

**Universidade Federal Fluminense
Instituto de Ciências Humanas e Filosofia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

IACÃ MACHADO MACERATA

**TRAÇOS DE UMA CLÍNICA DE TERRITÓRIO:
INTERVENÇÃO CLÍNICO-POLÍTICA NA ATENÇÃO BÁSICA COM
A RUA**

Niterói

2015

**Universidade Federal Fluminense
Instituto de Ciências Humanas e Filosofia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

IACÃ MACHADO MACERATA

**TRAÇOS DE UMA CLÍNICA DE TERRITÓRIO:
INTERVENÇÃO CLÍNICO-POLÍTICA NA ATENÇÃO BÁSICA COM
A RUA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Estudos da Subjetividade.

Linha de Pesquisa: clínica e subjetividade.

Orientador: **Prof. Dr. Eduardo Passos**

Niterói

2015

**Universidade Federal Fluminense
Instituto de Ciências Humanas e Filosofia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

IACÃ MACHADO MACERATA

**TRAÇOS DE UMA CLÍNICA DE TERRITÓRIO:
INTERVENÇÃO CLÍNICO-POLÍTICA NA ATENÇÃO BÁSICA COM
A RUA**

BANCA EXAMINADORA

.....
Prof. Dr. Eduardo Passos (Orientador)
Universidade Federal Fluminense

.....
Prof. Dra. Kátia Aguiar
Universidade Federal Fluminense

.....
Prof. Dr. Roberto de Oliveira Preu
Universidade Federal Fluminense

.....
Prof. Dr. Túlio Batista Franco
Universidade Federal Fluminense

.....
Prof. Dr. Ana Lucia Coelho Heckert
Universidade Federal do Espírito Santo

.....
Prof. Dr. Fernanda Eugênio Machado
Universidade Candido Mendes

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

M142 Macerata, Iacã Machado.

Traços de uma clínica de território: intervenção clínico-política na atenção básica com a rua / Iacã Machado Macerata. – 2015.

293 f.

Orientador: Eduardo Passos.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2015.

Bibliografia: f. 242-251.

1. Clínica. 2. Território. 3. População de rua. 4. Atenção primária à saúde. 5. Pesquisa científica. I. Passos, Eduardo. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia.

III. Título.

CDD 158

Este trabalho é dedicado às calçadas das ruas da cidade do Rio de Janeiro, que estão no chão que nos liga, e que nos permite ser cada um e todos. Este trabalho é dedicado à Ana Maria Galdeano, Laila Louzada, Claudia de Paula e a Eduardo Passos.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente e principalmente aos colegas de construção e vivência do POP RUA, especialmente a Laila Louzada, Claudia de Paula, Marcelo Pedra, Ana Maria Galdeano, Kelly Cristina, Fabio “Mosca”, João Bosco, Cléo Moraes, Sebastião Carlos e Alessandra Nunes. Ao grupo de pesquisa Enativos, especialmente aos colegas de pesquisa de campo André Miranda e José Guilherme. Agradeço aos colegas da Política Nacional de Humanização, por terem colaborado tanto na publicização do documento do POP RUA: especialmente a Tadeu de Paula, parceiro de tantos anos e principalmente Cathana Freitas Oliveira, pela habilidade, amizade, pelo amor, pela força de um laço que não tem fim e pela alegria de viver. Agradeço à roda de orientação coletiva do prof. Eduardo Passos, especialmente à Ruth Torralba, Flávia Fernando, Jorge Melo, Sandro Rodrigues, Lorena Guerini e Rafael Dias. Agradeço aos professores da banca: Ana Heckert, Kátia Aguiar, Túlio Franco e Simone Paulon. Agradeço especialmente os professores da banca que acompanharam o processo: Márcia Moraes, Abrahão Santos e Roberto Preu. Agradeço aos parceiros de militância na formação do SUS: Tatiana Ramminger, Denis Petuco. Agradeço ao período de Barcelona, onde estiveram comigo: Gabriela Ramos, Laila Domith, Simone Potenza, Federica Morone, Kathleen Cruz, Clara Caranguejo. Ao grupo de pesquisa do professor Francisco Tirado na Universitat Autònoma de Barcelona. Agradeço a Tânia pelo acolhimento em Lisboa. Agradeço à Fernanda Eugênio, pela disponibilidade, amizade e afeto, e por criar e oferecer tão generosamente ferramentas e recursos para construirmos nossos jogos de viver juntos. A Eduardo Passos meus maiores agradecimentos. Agradeço ao espaço do Limiar na UFF. Agradeço a CAPES pela bolsa de doutorado e pela bolsa de Doutorado Sanduíche.

Agradeço as pessoas que estiveram em diálogo comigo nesta tese ou que em algum momento criaram condições de amor, amizade ou desafio que contribuíram para que esta tese acontecesse: Everson Rach Vargas, Caroline Zamboni, Cristiana Gotsis, Gabriel de Resende, Fernanda Ratto, Danichi Mizoguchi, Luis Artur Costa, Chicão Oliveira, Tiago Régis, Pablo Francischelli, Leonardo Garavelo, Daniel Caminha, Danilo Christidis, Luis Felipe Barboza. Agradeço à Noelle Resende, companheira em boa parte deste processo, pelos questionamentos políticos, éticos, afetivos, pelo amor, e por termos partilhado nossas vidas de maneira tão bruta e delicada. Agradeço a Maria Thereza Santos, por cuidar do incurável. Agradeço a minha família, especialmente: Mariângela Machado, Marco Macerata, Ana Carla

Cardias, Luis Rizzon, Renata Machado, Luis Claudio, Arantxa, Maria Ondina. Agradeço aos colegas de gestão no SUS que encontrei nesse percurso dos últimos cinco anos.

Agradeço às ruas de Porto Alegre, do Rio de Janeiro, Barcelona e de qualquer cidade. Agradeço principalmente ao território da UFF Gragoatá, esta heterotopia que quero manter viva, por dar linha ao meu processo de vida. Agradeço as forças que me acompanham: Òké Aro!!! Epahei! Òóré Yéyé ó!. Agradeço ao surgimento de Waly Salomão, dínamo de produção de outras estéticas. Agradeço a este planeta que exuberava em mim e para quem e além de mim.

“Conheço as ruas da cidade do Rio de Janeiro como a palma da minha mão cujos traços desconheço”.

Waly Salomão

RESUMO

O presente trabalho propõe a noção de uma clínica de território pensada como um modo de atualizar a intervenção clínico-política no contemporâneo. Tal intervenção é pensada em um campo de práticas específico: o campo das políticas públicas de saúde, e especificamente a Atenção Básica a saúde, a partir do atendimento das chamadas populações em situação de rua. A noção de clínica de território foi construída a partir de uma experiência de intervenção do autor, como componente de uma equipe de saúde para população em situação de rua, conhecida como POP RUA, experiência realizada no Centro da cidade do Rio de Janeiro, de 2010 a 2011. Posteriormente, a pesquisa desta tese foi realizada com a mesma equipe, entre os anos de 2012 e 2014, sendo denominada uma pesquisa-apoio de perspectiva cartográfica. Tal investigação consistiu em construir um espaço de pesquisa junto aos trabalhadores do POP RUA, e produzir conhecimentos acerca do cuidado em saúde praticado por estes, dando elementos para a construção desta tese, e também, produzindo um documento de autoria conjunta entre pesquisadores e trabalhadores de diretrizes e metodologias de sua prática. A noção de clínica de território problematiza e propõe noções e modos de operar a clínica no campo da Atenção Básica em saúde, pensando a prática clínica a partir do cuidado em saúde com o território existencial da rua não como uma especialidade, mas como uma situação analisadora das práticas de saúde e práticas sociais na cidade.

Palavras-chave: clínica; território; situação de rua; atenção básica; pesquisa cartográfica.

ABSTRACT

This paper proposes the notion of “clinic of territory” as a way to update the clinical and political intervention in the contemporary. Such intervention is designed in a particular practical field: the field of public health policy, and specifically primary care health with homeless people. This notion was built from a publisher's intervention experience in a public health service to homeless people, known as POP RUA, experience held in the center of the city of Rio de Janeiro, 2010 to 2011. Subsequently, the research of this thesis was carried out with the same service, between the years 2012 and 2014, being named a research-support with cartographic perspective. This research was builded in association with the workers of POP RUA, and had as focus the care practiced by them, giving elements for the construction of this thesis, and also producing a document by authoring between researchers and workers, that is a guidelines and methodologies of their practice. The notion of clinic of territory discusses and proposes ideas and ways of operating the clinic in the field of primary care in health. Thinking from health care to the existential territory of street not as a specialty in the public health, but as an analyzer status health practices and social practices in the city.

Keywords: clinic; territory; homeless people; primary care; cartographic research.

SIGLAS

AB- Atenção Básica

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CAP- Comunidade Ampliada de Pesquisa; mas também Coordenação de Área Programática da cidade do Rio de Janeiro.

CMI- Capitalismo Mundial Integrado.

CMSOC- Centro Municipal de Saúde Oswaldo Cruz

CPRJ- Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro

GIT- Grupo de Intervenção com Trabalhadores

GIT- Grupo de Intervenção com Trabalhadores

GN- Grupo Narrativo

PNH- Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no SUS- Ministério da Saúde.

PTS- Projeto Terapêutico Singular

RAS- Rede de Atenção a Saúde.

RD- Redução de Danos

SER- Serviço de Emergência Regional

SM- Saúde Mental

UFF- Universidade Federal Fluminense.

Sumário

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO ZERO – EXISTÊNCIA E TERRITÓRIO EXISTENCIAL.....	28
UM TERCEIRO MUNDO.....	28
PERSPECTIVISMO	30
PONTO DE VISTA X PONTO DE VER.....	33
PERSPECTIVA: CORPO.....	39
SUBJETIVIDADE FORA DO SUJEITO E TERRITÓRIO EXISTENCIAL	41
OLHARES QUE TOCAM A EXISTÊNCIA.....	45
CAPÍTULO PRIMEIRO: O CAMPO PROBLEMÁTICO DA CIDADE E A POLÍTICA PÚBLICA URBANA.....	49
O DESTERRADO E O DESTERRO	49
TIPO PSICOSSOCIAL E PERSONAGEM CONCEITUAL.....	52
TERRITÓRIO EXISTENCIAL DA RUA: TERCEIRA MARGEM DA CIDADE.....	54
PLANO BRUTO DA EXISTÊNCIA.....	63
CIDADE: BRUTO E PÓLIS	66
PODER E GOVERNO NO TERRITÓRIO DA CIDADE	70
COMUM NA CIDADE	75
POLÍTICA PÚBLICA URBANA.....	77
NOSSO PERCURSO EM POLÍTICAS PÚBLICAS URBANAS: CLÍNICA PÚBLICA.....	82
CAPÍTULO SEGUNDO: CAMPO PROBLEMÁTICO DA SAÚDE: AB, SM, RD E RUA.	86
CONSTRUÇÃO INICIAL DO POP RUA	86
PARADIGMAS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	91
PARADIGMAS NA SAÚDE MENTAL (SM) E NA REDUÇÃO DE DANOS (RD)	92
VULNERABILIDADE NAS PRÁTICAS CONCRETAS DA SAÚDE.....	95
CLÍNICA AMPLIADA	102
OCUPAR E HABITAR O TERRITÓRIO.....	104
CONCRETO TERRITORIAL: REDE VIVA, NÓS COMUM.....	110
CLÍNICA DE TERRITÓRIO E ACESSO À EXPERIÊNCIA	114
CAPÍTULO TERCEIRO: CAMPO DE INVESTIGAÇÃO.....	116
PARTE 1: PERSPECTIVA CARTOGRÁFICA NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO	118
<i>Algumas pistas para concreção perspectiva cartográfica.....</i>	<i>125</i>
ALTERAÇÃO NOS TERMOS DA PESQUISA	133
<i>Campo</i>	<i>134</i>
<i>Problema de pesquisa como problematização.....</i>	<i>134</i>
<i>Sujeito e objeto na pesquisa.....</i>	<i>135</i>
<i>Obtenção dos dados: colheita</i>	<i>136</i>
<i>Análise.....</i>	<i>136</i>
<i>Cartografia: um intervenção de caráter participativo.....</i>	<i>137</i>
PARTE 2: UM NOVO TERRITÓRIO NO POP RUA: PESQUISA APOIO DE PERSPECTIVA CARTOGRÁFICA ..	139
<i>Apoio institucional</i>	<i>142</i>
<i>Entrada no campo</i>	<i>144</i>
<i>Mudança do problema</i>	<i>146</i>

<i>O dispositivo de campo</i>	148
<i>Processo do GIT</i>	154
<i>Experiência de dizer</i>	163
<i>Clínica da pesquisa</i>	166
<i>Subjetividade coletiva, coletivo ou comum</i>	169
<i>O produto, o documento do POP RUA</i>	169
CAPÍTULO QUARTO: CUIDADO NO POP RUA	171
CONCEITOS OPERADORES NA PRÁTICA DE CUIDADO NO POP RUA	175
PRIMEIRO SENTIDO DO CUIDADO - TERRITÓRIO DA CIDADE: DISPOSITIVOS, DIRETRIZES E METODOLOGIAS DO CUIDADO COM OS USUÁRIOS, A RUA, AS REDES	186
<i>Dispositivos</i>	187
<i>Diretrizes do cuidado com a cidade</i>	194
<i>Metodologias: modos de fazer funcionar os sentidos do cuidado da cidade</i>	210
SEGUNDO SENTIDO DO CUIDADO: DISPOSITIVOS, DIRETRIZES E METODOLOGIAS DO CUIDADO COM O TERRITÓRIO DA EQUIPE	223
<i>Dispositivos do cuidado com o território da equipe</i>	223
<i>Diretrizes do cuidado com o território da equipe</i>	225
<i>Metodologias do cuidado com o território da equipe</i>	231
FINALIZAÇÃO DE TRAJETOS QUE NÃO SE CONCLUEM	235
FONTES	243
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	243
REFERÊNCIAS FILMES E MÚSICAS	255
ANEXO: DOCUMENTO TÉCNICO DIRETRIZES METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO NO POP RUA	256

Introdução

Esta tese é fruto de trajetórias que venho percorrendo há mais de dez anos. É como um ponto de encontro - ponto final, trajeto circular? - de linhas, caminhos, buscas. Iniciações que venho fazendo, e que neste momento, com leve surpresa de intuição concretizada, dou-me conta que aqui se encontram e se articulam. Como se aqui estivesse um comum com esses diferentes campos de práticas que vivi: a pesquisa, a produção de conhecimento ou a investigação acadêmica, que comecei em meados do ano 2001, no que se chamaria campo de uma psicologia social; o trabalho/intervenção no campo das políticas públicas para pessoas que vivem nas ruas, em 2004; e a prática na clínica, em atendimentos em consultório e no AT¹, no mesmo ano. Em todos estes percursos, logicamente, comecei como aprendiz: estagiário, bolsista de iniciação científica. A sensação de iniciação, de meio de caminho, de um caráter sempre em processo de formação, nunca me abandonou. De uma maneira ou de outra, esse caráter inconcluso, em aberto, é marcante e central para a proposição que queremos fazer aqui.

Sim, esta tese é a proposição de uma clínica. Propõe noções, modos de ver, modos de agir. Uma clínica como um modo operativo. Mais diretamente, uma clínica praticada no campo da Saúde Pública e especificamente na Atenção Básica em Saúde. A essa proposição estamos chamamos Clínica de Território: uma atualização da intervenção clínico-política no contemporâneo.

Essa atualização se dá em territórios de experimentação e investigação no campo das políticas de Estado e de práticas clínicas concretas. Nos últimos dez anos, meu trajeto foi traçado numa íntima relação com as ruas do centro de duas cidades: Porto Alegre e Rio de Janeiro. Nelas, participei da implementação de dois serviços de políticas de Estado diferentes. Ambas experimentações se desdobraram em pesquisas acadêmicas: o Ação Rua, serviço da política de Assistência Social para jovens que viviam nas ruas, em Porto Alegre, onde atuei como psicólogo, e que foi o campo de minha pesquisa de mestrado²; o POP RUA, serviço da Atenção Básica em saúde para pessoas em situação de rua, no Rio, onde atuei como gerente de equipe, campo desta pesquisa de doutorado. Ambas experiências são marcadas por uma composição coletiva, com colegas de trabalho, usuários dos serviços, colegas de investigação. Em ambas pude vivenciar o que me vincula, aquilo que é meu interesse fundamental nas Políticas de Estado: a possibilidade de construir a dimensão pública de uma Política Pública.

¹ O AT (Acompanhamento Terapêutico) é uma prática clínica que se faz em sessões, atendimentos nas ruas, em
² Macerata, 2010.

No POP RUA, a vivência da construção do público através de agenciamentos e composições coletivas se intensifica. Silenciosa e, por vezes, ruidosamente enunciava o que entendia serem os refrãos existenciais do que ali vivíamos: “só misturando pra ver o que vai dar!”, “experimentar o experimental!”, “todas as ciências de baixa tecnologia”³. Chamo POP RUA, ou experiência POP RUA, o que foi construído, entre o ano de 2010 e 2013, como o primeiro serviço de saúde para a chamada população em situação de rua no centro da Cidade do Rio de Janeiro. O POP RUA começou como um serviço híbrido, mistura das práticas da Estratégia de Saúde da Família e da atenção em Saúde Mental/Redução de Danos. Práticas que no campo da saúde geralmente se operam de maneira separada. O POP RUA nasce com o mandato de construir um atendimento em saúde para pessoas que não conseguiam acessar qualquer outro serviço de saúde, por sua relação com a rua. Vivi a construção do POP RUA durante seu primeiro ano. Início marcado por grande precariedade nas condições materiais e metodológicas de trabalho, pela mistura de perspectivas profissionais e existenciais muito diferentes. Tudo ali parecia ser inicial, inédito, experimental, precário. Invenção que nos exigiu compor com tudo que pudesse ser utilizado, nos exigiu misturar o que tínhamos, experimentar e principalmente enfrentar muitos espaços em branco, limites do saber, não saberes. Estavam sendo agenciadas práticas de diversas políticas públicas, campos de saberes, experiências de trabalho e de vida diferentes, onde o ponto de articulação destas era a fauna, a flora, a paisagem existencial da rua.

Muito além do provável e do imaginável⁴, o POP RUA se constituiu e permaneceu vivo por alguns anos. Essa experiência contribuiu para a construção do modelo do que hoje se chama nacionalmente de equipes de Consultório na Rua⁵, tendo o próprio POP RUA se transformado em um serviço com esta tipificação. É esta experiência de construção e de prática do cuidado em saúde que tomamos como campo para construir a noção de uma clínica de território. Clínica de território que vem da rua, mas que não necessariamente se restringe ao trabalho

³ Enunciados da poesia de rua de Waly Salomão e Marcelo Yuka.

⁴ É preciso lembrar que este serviço foi feito criado em meio a gestão municipal de Eduardo Paes. Gestão notoriamente e especialmente nefasta à vida de rua, como discutiremos no capítulo segundo.

⁵ O Consultório na Rua (CnR) é um serviço previsto na portaria GM MS nº 2488/2011 que institui a PNAB – Política Nacional de Atenção Básica, entendida como prioridade da Rede de Atenção à Saúde. A portaria GM MS nº 122/2011, por sua vez, define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Estas equipes integram, segundo a referida portaria, o componente Atenção Básica da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, sendo assim, desenvolvem ações de atenção básica à saúde, de acordo com os fundamentos e diretrizes da PNAB. As equipes devem ser multiprofissionais, com o objetivo de ampliar sua capacidade de intervenção efetiva junto aos diferentes problemas e necessidades de saúde da População em Situação de Rua (PSR). O trabalho deve ser realizado *in loco*, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas com os outros pontos de atenção à saúde, de acordo com a necessidade do usuário. Dentre as atividades a serem realizadas destacam-se a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

com a chamada população em situação de rua. Clínica que opera por certa relação com o território, certa operação territorial: através do território, com o território, pelo território, a partir de territórios de vida concretos. A prática de cuidado no POP RUA, tanto como experiência que vivi quanto campo onde estabelecemos uma investigação posterior, é o objeto e o território desta pesquisa. A clínica de território que falamos aqui advém, como toda clínica, de um empirismo, uma experimentação no campo da Saúde Pública e na pesquisa com este campo. Experimentações de onde procuramos extrair e expressar elementos que ensejam e indicam uma clínica de território.

Importante colocar desde o início que por clínica, entendemos não uma escola, instituição ou saber específico. Como mostrou Michel Foucault em “O nascimento da clínica”⁶, é menos os saberes científicos que produzem a clínica, do que a clínica que produz os saberes científicos da saúde e até das ciências humanas. A clínica é uma prática que se faz no encontro. Encontro que problematiza a própria clínica. Clinicar é “propor estratégias teórico-clínicas particulares, singulares, que digam respeito aos problemas também singulares que a clínica nos propõe”⁷. Ela não é uma técnica, embora as utilize. Não é um saber, embora os empregue e os retroalimente. Clínica é um modo de operar um cuidado. Não há garantia científica na clínica. Há um engajamento ontológico permanente no qual aquele que se propõe a operá-la é sempre confrontado⁸.

A clínica não tem um dentro nem um fora, mas é uma operação de interfaces. Não há uma teoria abstrata da clínica, ela sempre se dá em um território que a atualiza. E aqui, vamos falando de certa concepção da clínica advinda de experiências teórico-práticas que ganham muitos nomes: clínica de abordagem transdisciplinar, clínica do esquecimento, clínica da superfície, clínica construtivista. Pragmáticas clínicas específicas que tem como foco acessar os processos de produção subjetivos. Não um sujeito, mas seu processo de subjetivação, ali onde ele se forma, ali onde o sujeito é processo. Clinicar que para Passos⁹ se faz a partir de dois operadores: um operador analítico, onde se decompõe, desnaturaliza as formações subjetivas/sociais, que fazem advir vários planos existenciais; e um operador articulacional, onde os sistemas de referência que estão aparecendo na análise, vão poder ser articulados de outras formas, de maneira que outras coordenadas existenciais possam advir. Clínica que tem dois sentidos: acolhimento, que vêm do grego *klinicós*, como movimento de debruçar-se sobre o

⁶ Foucault, 2001.

⁷ Rauter, 2012, p. 20.

⁸ Passos, 2002.

⁹ Passos, 2002.

leito do doente; e *produção de desvio*, tomando o sentido da palavra grega *klinamen*, como tendência do átomo em inclinar-se, desviar. A clínica que falamos então opera por análise e articulação, com a direção de acolher e produzir diferença. O que se repete em uma operação não é o conteúdo que ela opera, mas seu proceder. E este proceder é então corte e conexão, é análise e articulação, acolhimento e produção de desvio. Operações feitas ao acessarmos o que nas experiências individuais e coletivas é processo produção, que sempre se dá em um campo social, político. A clínica que falamos aqui é pensada na sua inseparabilidade com o não clínico: com a ética, com a estética, com a política. Ali onde estes vetores engendram processos de singularização.

Modo de operar que é inseparável da crítica: como contestação e análise do que na existência se apresenta em crise, aquilo que produz análise, pensamento, problematização. Uma clínica de território é pensada com a experiência do POP RUA justamente porque no encontro do cuidado em saúde com o território de vida da rua, uma série de problemas e analisadores surgem. Problemas que colocam em questão não só as práticas de saúde ali realizadas, mas as práticas de saúde em geral, e, na verdade, as práticas sociais. Construir o cuidado em saúde na rua do Centro do Rio de Janeiro envolvia uma série de problemas muito amplos, que a rua tinha a capacidade de evidenciar: como praticar um cuidado a partir dos modos de vida que ali se encontravam, sem rebatê-los a modelos ideais e abstratos de saúde e de vida? Como acessar aquelas pessoas e como fazer com que elas acessassem serviços de saúde? Como considerar as questões de saúde ali presentes constituídas em uma complexidade para além de uma enfermidade específica, para além de um sujeito isolado de um campo social de produção? Como construir um olhar mais integral em saúde, onde questões subjetivas, biológicas, sociais não sejam abordadas como dimensões separadas? Qual a relação de coprodução entre um sujeito e seu território? Como coexistir e compor com a diferença na cidade?

A exclusão da rua se dá por uma espécie de inclusão/encarceramento, um silenciamento pelo excesso de significação. Também pela indiferença. Em todas as questões e problemáticas envolvidas na prática do POP RUA parecia se colocar a questão do comum. Comum heterogêneo, plano que conecta, que é partilhado entre diferentes. Plano que liga saberes, práticas, existências. Como diz Fernanda Eugênio no manifesto do Projeto AND_Lab¹⁰, o território do POP RUA colocava para nós o amplo problema dos modos de ver e operar a realidade através das cisões modernas: corpo/alma, subjetivo/biológico, centro/margem, eu/mundo, indivíduo/sociedade, teoria/prática. Parece que o que a rua apresentava como problema, nunca

¹⁰ Eugênio, 2011.

era um problema somente da rua. Nos diversos modos de cindir a realidade, a experiência com a rua nos trazia a sensação de que, no contemporâneo, é mesmo essa experiência do comum, de um comungar, compartilhar que nos é subtraída. Estão colocados aí problemas muito amplos de como perceber e agir o mundo, como viver juntos, como considerar e se relacionar com a diversidade de existentes. Problemas que abordaremos ao longo desta tese.

Há uma violenta potência de problematização na rua. A rua, como território existencial, é uma alteridade radical na cidade. Estética da borda, experiência limite, um fora dos padrões de vida da cidade, dentro da cidade. Um fora-dentro, um estranho íntimo. Estando nessa posição marginal, de borda, a rua, quando confrontada, desnaturaliza, problematiza nossos modos de perceber e praticar o mundo. E ao mesmo tempo que aparece como diferença radical, também mostra um comum, um plano que nos liga. Por uma concretude muito simples: está na terra, é uma experiência terráquea, urbana, vizinha. Plano comum onde vivemos, que nos diferencia e nos liga. Há uma dimensão deste plano que vamos chamar plano bruto da existência: ali onde a existência não tem forma estrutural, ordem pré-definida. Plano bruto que fica exposto como carne crua na vida de rua. Plano que nos implica e que está em nós.

Um território de vida na rua, um espaço de vida constituído na rua se forma por vários vetores de quebras com códigos e territórios constituídos: surtos, rompimentos familiares, comunitários, desempregos, falências de várias ordens... experiências de ruptura nomináveis e inomináveis, singelas ou espalhafatosas. De todo modo inapeláveis, inevitáveis quando já acontecem. Rupturas, contudo, que fazem parte de um processo muito maior do que um sujeito, o que faz da experiência de rua uma realidade que não pode ser tomada como autodeterminada, autoreferencial. A rua é uma expressão de vulnerabilidade, mas não somente no sentido de que as pessoas que lá vivem estão vulneráveis: ela evidencia vulnerabilidades que são nossas, vulnerabilidades do modo de vida ocidental. A rua não é um mundo fora do nosso mundo, mas um mundo que evidencia modos de funcionar de nosso mundo, justamente por seu caráter inacabado, por evidenciar o processo social como carne crua, exposta, um bruto da sociedade.

Na sociedade o bruto da rua ganha a imagem do fracasso, do limite último que o sujeito urbano pode chegar. No registro social, a baixa codificação social da rua é inscrita no signo do negativo, da falta de civilização, falta de sociedade. E nesta lógica seria necessário civilizar. A experiência de margem, de desterritorialização, logo é recuperada em categorias que a estabilizam e a colocam sempre como existências erradas, aberrações autodeterminadas. Constrói-se categorias, tipos psicossociais, que determinam modos de ver e de se relacionar

com a experiência da rua: população em situação de rua, mendigos, crackudos, pivetes, viciados... Modos de operar que vão determinar diretamente a possibilidade de construção do comum, de relação com a rua: operando por separação, assepsia. O Capitalismo Mundial Integrado (CMI)¹¹ se define como um projeto de equalização dos *socius*, alisamento de suas formas de expressão, realização do princípio do capital: equivalência universal. E no jogo da equivalência universal, a rua só entra como aquilo que é inútil, que é puro entrave, que não vale nada. O CMI, ao se articular e se ao apropriar das práticas estatais, vai regular principalmente a possibilidade dos encontros, vai buscar gerir as dinâmicas relacionais. Constrói um comum pelo universal, necessariamente exclusivo, abstrato, e produz uniformização. Elimina o comum heterogêneo. Os mapas urbanos serão cada vez mais fechados, homogêneos, codificados em categorias aceitáveis, em identidades catalogadas. É sobretudo a relação não com o diferente, mas com a diferença, com a possibilidade de diferenciar(-se) que é restringida. E a rua, mais que um diferente, expressa um diferenciar, uma incompletude do modelo, a vulnerabilidade do modelo ocidental no centro da cidade.

Essa articulação CMI e práticas estatais e estatizantes, ativam um governo - biopolítico¹² - uma perspectiva oficial na cidade, que chamamos Pólis, e que vai ver e operar de certa forma os ambientes da vida urbana: ambiente limpo, expulsão do território, fechamento de fronteiras, anseio por fechar a incompletude, totalizar, categorizar. E isso vai ser colocado em ação diretamente através do campo das Políticas de Estado. E é nestas práticas que uma clínica de território realiza uma disputa de sentido e de direção.

Neste sentido afirmamos o público como diferente de Estatal, bem como diferente de privado. Construir o público a partir da aproximação com os vulneráveis é uma disputa não só pelas políticas para pessoas que vivem nas ruas, mas uma disputa por nós, por um nós mais abrangente, heterogêneo, vivenciável, inclusivo. Podemos observar que aqueles considerados vulneráveis, aqueles que não completam o modelo de vida capitalista vem chamando atenção de uma série de movimentos de resistência, como via de fuga ou respiro, como possibilidade de recusar a omninclusão da perspectiva capitalística¹³: minorias sexuais, raciais, culturais, subjetivas. Interessa o vulnerável como portador daquilo que vulnerabiliza a perspectiva ocidental capitalística moderna e pós-moderna. O diferente como portador mais evidente de um diferenciar. Como fala Deleuze¹⁴, ser de esquerda é questão de percepção e de devir: interessa

¹¹ Guattari, 1981.

¹² Foucault, 2005.

¹³ Guattari, 1981.

¹⁴ Deleuze, 2008.

ver de outro modo, ver antes o mundo para depois chegar a si, ainda, poder devir minoritário. Esta clínica que queremos propor se inscreve nessa perspectiva crítica. Como prática de re-existência. Um investimento e uma aposta na percepção e no devir.

Devir minoritário, alteração na percepção e nos modos de ser, crítica do modelo de Homem moderno através da vulnerabilidade. Esta não é a primeira nem a última empreitada que se faz por estes sentidos. Nesta introdução é preciso apresentar um primeiro importante intercessor desta investigação. Ele é o trabalho teórico e prático do educador, cineasta, teórico, e sobretudo, experimentador Fernand Deligny.

Deligny se interessou pelo humano, onde, por humano entendia algo diferente, anterior e mais abrangente que o Homem. Homem seria o homem-que-nós-somos¹⁵: etnia ocidental que se reconhece como ser de linguagem, caracterizado por uma reflexão de si, pela constituição de um si separado do mundo. Já o humano seria da ordem de um comum da espécie, onde o Homem como modo de existência é apenas uma formação entre outras possíveis. O comum pelo qual se interessa Deligny, que seria uma dimensão de todo existente humano, se aproxima daquilo que vamos chamar de plano bruto da existência. É através da convivência, coexistência, da busca pela construção de um comum com jovens delinquentes e com autistas que Fernand Deligny constituiu uma série de intervenções e problematizações acerca do humano e do viver junto com a alteridade. A iniciativa que Deligny empregava não dizia respeito, não tinha como objetivo socialização, nem inclusão, nem cura dos autistas. O problema que Deligny se colocava – o que viver junto a indivíduos sem linguagem produz no homem-que-nós-somos? – é de natureza parecida com a pergunta que me fiz ao me aproximar da rua: o que eu aprenderia com na rua? O que era que me ligava a rua?

É necessário então evidenciar uma quarta linha, outro tipo de percurso, mais sutil e abrangente, que se encontra nesta tese: a linha que me liga à rua. O impulso que me levou a querer me aproximar, aprender com a rua. Um experiente redutor de danos de Porto Alegre colocava a questão ao movimento da RD: porque o interesse pelos “malditos”? Por que era importante fazer como Hélio Oiticica e “andar pelas quebradas”, buscar “o bruto do mundo em seu nascedouro”¹⁶, se aproximar daquelas situações de vida mais limites? Não só lembro, como sinto ainda a intuição que me levou nessa trajetória pela rua. Porto Alegre vivia o final de um período de muitas experimentações em políticas públicas para a rua¹⁷. Havia ali uma

¹⁵ Deligny, 2009.

¹⁶ Salomão, 2003B.

¹⁷ Ver breve histórico em Macerata (2010).

aposta em se aproximar daquelas zonas de margem, principalmente através das práticas dos redutores de danos com usuários de drogas nas ruas. E lembro-me claramente que o que me convidava a experimentar a rua não era da ordem de uma ajuda que eu pudesse dar. Antes, a rua me ajudaria. Ir trabalhar em políticas públicas para a rua foi uma forma de expressar o que, no início dos anos 2000 eu estava interessado, e que estava relacionado a poesia de rua, ao movimento *manguebeat*, ao interesse pela poesia de Marcelo Yuka e principalmente Waly Salomão. Experimentar a rua era de alguma forma realizar uma quebra, criar condições para criação, que era também criação de mim mesmo. Criar a partir das condições que concretamente existiam: o bruto do mundo na rua. No início do novo milênio eu estava articulando uma série de elementos que vinham dos anos 70, tropicalismo, com uma cultura de rua dos anos 90, que envolvia uma série de experimentações na rua, contravenções, contestações. Uma necessidade de me comunicar com aqueles territórios marginais. Como quando Waly Salomão¹⁸ fala da importância da margem expressa pelo marginal, para a vida e a obra de Hélio Oiticica: um nódulo decisivo que tinha como foco questionar o lugar e a dinâmica da criação. A proposição ética-estética-política de Hélio Oiticica adveio de sua experimentação e relação com aquilo que estava à margem de seu universo familiar classe-média-alta-carioca: “a rua estava tatuada no seu corpo-alma com uma tão intensa osmose trashy, que nele se aplicaria, sob medida, as linhas *action poetry* de Frank O’Hara: “Estou me tornando a rua”¹⁹.

Para mim, entrar em contato com esses outros territórios era um investimento de alteração da percepção e do modo de sentir. Uma necessidade de respirar. Era também uma estratégia ambiental de transformação de mim e do mundo, a partir de um jogo com contiguidades, com a criação de vizinhanças. Fuga do modo operativo “em-si-mesmo” e insensível burguês brasileiro. A rua tinha a função de me tirar da abstração, de criar outras pontes com o real. Certamente não era tornar-me a rua, mas me contaminar dela, localizar-me em um paradoxo similar ao formulado por Fernand Deligny sobre si mesmo: hábil educador pequeno-burguês, trabalhando com delinquentes, que jogando com suas contradições, as elaborou em forma de paradoxo²⁰. A rua aparecia como lugar de experimentação onde eu poderia aprender algo. Lugar que me ajudasse a escapar de lugares que não eram mais possíveis. Lugar de criação de um repertório linguístico, corporal e afetivo para me relacionar com todo tipo de personagem na cidade.

¹⁸ Salomão, 2003B.

¹⁹ Salomão, 2003B, p. 28

²⁰ Pelbart, 2013.

Na dissertação, caracterizei o trabalho com a rua com uma imagem: “como bruxos maneando ferozes”²¹. Há uma dimensão da prática que é da ordem de um manejo com os afectos, com as forças, uma certa função de fazer composição e comunicação entre registros diferentes. O trabalho do feiticeiro, na maneira como caracterizam Deleuze e Guattari²², é um trabalho com as bordas. O feiticeiro teria uma afinidade com a aliança, com os pactos. Comunicações que se fazem com o anômalo, portador de uma diferença, indivíduo excepcional no grupo, que é uma passagem, uma porta de entrada em um processo de devir.

O manejo dos feiticeiros é construir agenciamentos através de um plano afectivo. Afecto, nessa tese, não diz respeito a sentimento pessoal, mas a matéria de composição do plano comum. Contagiar-se, agenciar com o anômalo, aquele que está ao mesmo tempo fora e dentro, é uma maneira de entrar em um processo de devir. É o que com Viveiros de Castro²³ vamos chamar de operação de transperspectivismo, operação que o Pajé realiza. A política da feitiçaria se faz “em agenciamentos que não são nem do Estado, nem os da família, nem os da religião”, mas agenciamentos com “grupos minoritários, ou oprimidos, ou proibidos, ou revoltados, ou sempre na borda das instituições reconhecidas, mais secretos ainda por serem extrínsecos, em suma, anômicos”²⁴. É por este interesse, que é um interesse de feiticeiro, que esta quarta linha compõe com as outras três: a pesquisa, a intervenção, a clínica. E é nos âmbitos acadêmico e das polícias de Estado que se opera uma clínica que se dá por agenciamentos com as margens, se faz por um manejo com os afectos, para produzir desvios nas perspectivas que compõe estes campos: incluindo-se aí o pesquisador, o trabalhador/interventor e o clínico. Neste trabalho há sempre um zigue-zague, uma composição, uma “polinização cruzada”²⁵ entre dimensões diversas do real: forma e força-processos. Um duplo sempre coexistindo na mesma perspectiva: devir, feitiçaria, intensidades, processos, plano bruto; e formas, Pólis, estados de coisas, sujeitos.

Para abordar a operação que se faz no cuidado do POP RUA, a prática clínica, fomos habitar novamente o território onde ela se faz, o único lugar onde ela existe. Queríamos acessar a experiência daqueles que acessam a experiência da rua. Assim, constituímos um território de investigação com os trabalhadores do POP RUA. Operando em uma perspectiva cartográfica, montamos um dispositivo de pesquisa-intervenção participativa. Pesquisa intervenção

²¹ Macerata, 2010.

²² Deleuze, Guattari, 1997.

²³ Castro, 2010.

²⁴ Deleuze, Guattari, 1997, p. 25.

²⁵ Salomão, 1998.

participativa que, ao estar no campo da saúde, ganhou a forma de pesquisa apoio institucional. Na perspectiva cartográfica conhecer é criar. Na clínica criar é parte do processo de cuidar. Para nosso grupo de pesquisa²⁶, conhecer e cuidar são efeitos de um mesmo processo. Elaboramos, em conjunto com nossos sujeitos de pesquisa, ou com nossos informantes no campo, um processo de pesquisa e apoio institucional com o POP RUA. Convidamos os trabalhadores a participar de uma experiência de transformação que queríamos fazer com eles²⁷. Montou-se um dispositivo de pesquisa que produziu, cultivou dados, e realizou sua análise em conjunto com os trabalhadores.

Construímos um território de pesquisa, que era também um território de cuidado da equipe. Não construímos um saber sobre o POP RUA, mas um saber com o POP RUA. Este processo com a equipe resultou em uma expressão mais ou menos sistematizada da prática de cuidado ali realizada. O que chamamos de documento técnico-político do cuidado no POP RUA: diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado²⁸ de autoria dos trabalhadores e pesquisadores e que foi publicizado com o apoio da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH/MS).

Esta tese é uma tese clínica, no sentido que fala de uma clínica, e no sentido que se fez como processo clínico: clínica como trabalho dos trabalhadores de saúde no POP RUA. Clínico porque gerou efeitos clínicos para os profissionais, a instituição POP RUA e para a pesquisa. Entendemos que a universidade tinha uma função importante ali: a função de auxiliar a expressar o que ali se fazia e que funcionava, expressar o que a experiência atestava. E isso se fez com os trabalhadores, quer dizer, os resultados e dados da pesquisa são produzidos, analisados e validados pelo coletivo de pesquisa que inclui os informantes do campo (trabalhadores do POP RUA). E mesmo falando de bruxos, anômalos, marginais, arte, falamos de política pública, pesquisa, produção de conhecimento, ciência. É que nossa operação de feitiçaria se faz como composição entre esses registros. E se fez no POP RUA como composição entre um registro acadêmico e um registro técnico-político do campo de uma política pública. Fizemos intervenção e pesquisa. Fizemos isso através de uma operação também clínica, uma operação cartográfica.

²⁶ Me refiro ao grupo de pesquisa Enativos: produção de cuidado e conhecimento, do Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, coordenado pelo Prof. Dr. Eduardo Passos.

²⁷ Para Despret 2011A, esse é o convite de uma pesquisa. transformação que envolve transformação da pesquisa, sujeitos e pesquisadores.

²⁸ O documento na íntegra, está no anexo I desta tese, e também pode ser encontrado em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/doc_tec_pop_rua2_0.pdf Nele constam os nomes de todos os autores/participantes (trabalhadores do POP RUA e pesquisadores da UFF) da pesquisa e do documento.

Foi preciso compor com várias territorialidades, que, com nossa proposta, se encontravam no POP RUA (política de Estado, academia, saúde pública, rua). Ao final, ao analisarmos o processo que se constituiu na pesquisa de campo, entendemos que nossa prática de pesquisa junto ao POP RUA, em muitos aspectos era similar ao próprio cuidado operado no serviço: habitar/construir território, acessar a experiência, compor o comum. Neste sentido entra o último grande intercessor desta tese que precisamos destacar: o Modo Operativo AND. Desdobrada, pensada e praticada como investigação, local de formação e prática de jogo, o AND é uma “abordagem ético-estética de aplicabilidade transversal, dedicada à “pensação” dos funcionamentos e modulações do acontecimento e à mediação das relações”²⁹, que vem sendo desenvolvida pela antropóloga Fernanda Eugênio. Simplificando e chamando simplesmente de AND, ele consiste em “um sistema de ferramentas-conceito e conceitos-ferramenta de aplicabilidade transversal à arte, à ciência e ao cotidiano para a tomada de decisão, a gestão sustentável de relações e a criação de artefactos.”³⁰. O AND é um modo de fazer que se utiliza de um dispositivo-jogo para praticar sua operação e que também constrói um corpo teórico. Sua prática, sua teoria, suas problematizações (“como viver juntos?; “como não ter uma ideia?”), sua operação que busca a composição do comum, nos auxiliam, de uma maneira muito forte e decisiva, a pensar e propor a clínica de território, tanto na maneira de investigá-la, junto ao POP RUA, como ao pensar e expressar sua operatória.

Se ao final do processo de campo, construímos diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado; se ao final desta tese temos uma espécie de proposição, é falso pensar, como viemos falando, que apresentamos um sistema fechado que daria conta de toda a prática do POP RUA e da operação que nele apontamos. O que aqui se apresenta como proposição da tese está em caráter não total, incompleto. O *em aberto* nos acompanha, sendo tanto o que nosso território de experimentação, a rua, produz como experiência existencial, quanto o que ao final apresentamos. Construímos uma cartografia e desta cartografia passamos por elementos que caracterizam operações de uma clínica de território. A cartografia é mapa que não pretende fechar o território, é trajeto datado e irrepitível. Sua precisão está em não se pretender cópia fiel ou totalizante, mas buscar uma justeza com a experiência, com o percorrido.

Aqui foi feito um exercício de criar referências, de situar-se em meio a um certo nomadismo, uma perambulação: entre campos de saber, entre campos de práticas, entre locais na cidade. O nômade não é exatamente aquele que se movimenta, mas aquele que consegue, na

²⁹ Eugênio, 2011.

³⁰ Eugênio, Fiadeiro, 2013.

desterritorialização construir lugares, provisórios, que servem de território para viver. Esta tese foi escrita em três cidades: Rio de Janeiro, Porto Alegre e Barcelona. Em Barcelona³¹ o processo da tese se desterritorializa, e precisa se atualizar em um território diferente. Foi necessário situá-la, discuti-la e pensa-la em um território de investigação muito diferente. Nesse período tive que exercitar, no corpo, no meu cotidiano, o manejo com a experiência de desterro, embora, essa experiência por mim vivida ainda tivesse referências muito estáveis, em comparação com o desterro da rua. Contudo, no percurso pela Europa, pude estabelecer uma série de conexões entre as pessoas que vivem na rua do Rio e a maneira como nas cidades Europeias está se lidando com os exilados, os imigrantes ilegais, a relação com a alteridade radical. De toda uma perambulação por cidades muito diferentes, mas que mantêm entre si linhas de conexão, tiramos elementos, traços para compor esta tese.

Trata-se, em todo este trabalho, de não se ter ideias gerais, de não querer ordenar todo o mundo, ou na linguagem do AND, não ter uma ideia: ideia que totalize, que se feche sobre si. A produção filmica do cineasta Federico Fellini começava sempre por desenhos que ele fazia em um caderno de esboços. De gestos, detalhes de um desenho advinham seus filmes. Tudo começava por traços, fragmentos, indícios, que acabavam por construir um contorno, paisagem final, o filme. É isso que apresentamos aqui: traços que se fizeram trajetos e que vão desenhando uma paisagem que nunca se completa. Renunciamos a pretensão de encontrar a forma mais total e verdadeira, seja da prática do POP RUA, seja da clínica de território. As proposições desta tese são primeiros alicerces moveis, montáveis e desmontáveis, jogos de armar. Contudo, sem dúvida se instauram direções, perspectivas datadas, conceitos. Modos de operar. Você leitor vai encontrar os seguintes capítulos/trajetos.

No **capítulo zero**, temos um ponto de partida, que é colocar o problema dos modos de entender a existência: como concebermos o existente e a diversidade de existentes? Discutimos o que seria uma perspectiva existencial que é agenciada em um corpo, como modos de ver e agir o mundo através da tese do perspectivismo ameríndio de Viveiros de Castro³². Daí passamos pela proposta de Fernand Deligny de um *ponto de ver* que é anterior ao ponto de vista do sujeito ocidental para discutirmos a primazia do espaço na constituição da subjetividade. Discutimos certo modo de conceber a subjetividade que está menos assentada no modelo sujeito e mais no que Guattari chama de território existencial, conceito fundamental para

³¹ Período de doutorado sanduíche na Universitat Autònoma de Barceloa (UAB).

³² Castro, 1996.

nosso percurso. Falamos ainda em dois registros do olhar, o que Suely Rolnik³³ vai chamar de articulação paradoxal entre olhar subjetivo e olhar objetivo.

No **capítulo primeiro**, discutimos a perspectiva existencial que se forma no território existencial da rua, através de uma experiência do desterro. Este capítulo traça um campo problemático fundamental ao cuidado no POP RUA, o campo problemático da cidade, que envolve as questões: como vivemos juntos, como nos relacionamos com as diferentes expressividades existenciais, as alteridades urbanas? Como construir o comum na diversidade de perspectivas? Chegamos então na discussão da construção do caráter público da política pública em meio às políticas de Estado, o que necessariamente coloca o problema de lidar com registros do real e perspectivas aparentemente opostas na cidade. O problema da cidade é o problema da produção do comum, e tomamos como via possível a construção do caráter público da política pública.

No **capítulo segundo**, vamos para o campo problemático do SUS: a atenção básica em saúde e sua articulação com as práticas da saúde mental e da redução de danos. Aqui apresentamos mais detalhadamente a experiência do POP RUA e apresentamos os problemas colocados pela rua a saúde: problema do acesso, problema da construção de um olhar integral no cuidado, problema de como considerar um território de vida, problema das políticas higienistas na cidade feitas a partir de prerrogativas de cuidado. Colocamos a necessidade de acessar a experiência do usuário/território para cuidar.

No **capítulo terceiro**, apresentamos pesquisa realizada junto ao POP RUA. Iniciamos caracterizando a perspectiva cartográfica, depois falamos das pistas do método cartográfico, para posteriormente apresentar como se deu a pesquisa no campo: seus dispositivos, metodologias realizadas e efeitos no campo.

No **capítulo quarto**, apresentamos e discutimos o que foi produzido com os trabalhadores do POP RUA, o documento do POP RUA, destacando elementos que indicam uma clínica de território. De zero a quatro, os capítulos são trajetos com pontos de encontro entre si. Durante o trajeto vamos levantando operações da clínica. Trajetórias: somos nós que as fazemos ou elas nos fazem? De todo modo é no caminhar destes trajetos da tese que queremos fazê-la, mostrando a operatória de uma clínica de território.

³³ Rolnik, 2010.

Capítulo Zero – Existência e território existencial.

Admitamos o que todos os idealistas admitem: o caráter alucinatório do mundo. Façamos o que nenhum idealista fez: busquemos irrealidades que confirmem esse caráter. Nós as encontraremos, creio, nas antinomias de Kant e na dialética de Zenão. "O maior feiticeiro" (escreve memoravelmente Novalis) "seria o que se enfeitiçasse até o ponto de ver suas próprias fantasmagorias como aparições autônomas. Não seria esse o nosso caso?" Presumo que sim. Nós (a indivisa divindade que opera em nós) sonhamos o mundo. Nós o sonhamos resistente, misterioso, visível, ubíquo no espaço e firme no tempo; mas aceitamos em sua arquitetura tênues e eternos interstícios de desrazão para saber que é falso.³⁴

Um terceiro mundo

É através de uma enciclopédia endereçada a um recém-morto que Borges encontra Tlön: "A primeira enciclopédia de Tlön. Vol XI. Hlaer à Jangr" é um "vasto fragmento metódico da história total de um planeta desconhecido"³⁵. A edição fala das arquiteturas e querelas do planeta, suas mitologias, imperadores e mares, minerais, flora, fauna. Mais do que apresentar as realidades para nós fantásticas desse planeta, interessa a Borges a cosmovisão de Tlön. E é pela maneira de ver e falar o existente que Borges aborda essa cosmovisão: uma gramática da existência.

Não há substantivos na protolíngua de Tlön, da qual procedem seus idiomas e dialetos. Substantivo é um "designativo da palavra que, exclusivamente e sem auxílio de outra, designa a substância; aquilo que designa um ser real ou metafísico"³⁶. Quer dizer, substantivo é a função gramatical que designa as coisas do mundo, que organiza o mundo, atribuindo àquilo que é visível substância, essência, continuidade, identidade.

No hemisfério sul de Tlön, em lugar de substantivos, tem-se verbos impessoais, qualificados por sufixos (ou prefixos) monossilábicos de valor adverbial. Lua em Tlön se diz lunecer ou lunar. "Surgiu a lua sobre o rio" diz-se "para cima atrás duradouro-fluir luneceu". No hemisfério norte, a célula primordial que substitui o substantivo é o adjetivo. Em vez de lua, diz-se "aéreo-claro sobre redondo-escuro".

Em Tlön, os corpos e objetos do mundo são tão abstratos quanto o pensar, e podemos dizer que pensar é tão material quanto o mundo. A maneira de falar e perceber a existência em

³⁴ Borges, 1989, p. 186.

³⁵ Borges, 2009, p. 12

³⁶ Dicionário Moderno de Português Michaelis acesso:

<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=substantivo>, em abril de 2014.

Tlön parece pressupor uma inseparabilidade radical entre extensão e temporalidade. Para tomarmos o exemplo acima, a lua não pode ser concebida com um objeto destacado do contínuo extensivo, nem mesmo como um objeto sofrendo a ação do tempo: não há nem uma matéria anterior ao processo temporal nem um corpo definível independente de todo o entorno de outros corpos. Não se concebe um objeto destacado, o que nos obriga a pensar que também não se pode conceber um sujeito destacado que seria o observador destes processos. As existências são ações sem sujeito, qualificadas por suas circunstâncias, características, aglomerados de sensações, percepções.

O terceiro mundo (*orbis tertius*) apresentado por Borges assombra menos por sua irrealidade e mais por uma sutil sensação de proximidade. A percepção e a expressão da existência em Tlön parecem ser possíveis também em nosso planeta. É uma terceira via entre uma perspectiva objetivista – o mundo é um para todos e está formado – e uma solipsista – o mundo real não existe, só existe a experiência subjetiva individual. Terceira via porque o *ver* a existência, em Tlön, não é um processo objetivo nem subjetivo: não há nem uma forma universal dada, nem uma interpretação de um sujeito já formado. Existência é vista como processos circunscritos em um espaço/tempo.

A visão de um lunecer, ao invés de uma lua, nos implica. Ver a lua como um lunecer, se assemelha com uma dimensão de nossa percepção que fica mais periférica em relação à maneira mais hegemônica como entendemos, descrevemos e agimos em nosso mundo. O lunecer, diferente do substantivo lua, não é um ente, um objeto, não na maneira como entendemos um ente.

Vamos entender que há uma perspectiva, um modo de ver nesse planeta imaginário. E essa perspectiva nos interessa em dois sentidos: um primeiro, porque ela fala de uma perspectiva possível, tanto que nos é inteligível, o que nos faz pensar que existem, tanto no universo possível quanto no virtual, muitos modos de perceber o real; um segundo sentido de interesse seria porque essa perspectiva possível e virtual desconstrói o modo hegemônico – ocidental – pelo qual entendemos as existências e a relação com a alteridade. Mas em relação a esse segundo interesse não só desconstrói, como torna possível construir outras perspectivas acerca da existência, outras formas de entender a diversidade de modos de existências e perspectivas no mundo. Tlön de Borges nos é uma porta de entrada para uma (re)existência.

A resistência aqui, nesta tese, se localiza na questão da diversidade e da alteridade no universo urbano. A diversidade de existências que o compõe e a necessidade de construir outros modos de ver essas diversidades. Modos de ver que possibilitem que nosso olhar e nosso

agir no mundo considerem uma maior diversidade existencial e de perspectivas. Essa é uma necessidade no trabalho com o universo das existências de rua na cidade, já que estas, como falaremos no próximo capítulo, são uma expressão radical da alteridade na cidade. Considerar uma maior diversidade existencial é poder construir outra forma de entendimento de como se dá a dinâmica de vida das pessoas nas ruas, de forma que se possa escapar de definir essas existências marginais como erros, como sujeitos que na dinâmica social teriam alguma espécie de falha – o que identificamos como efeito de uma visão objetivista da existência. Ao mesmo tempo, essa perspectiva da diversidade existencial nos permite escapar da indiferença, em que tudo vale e da aceitação das condições a que são submetidas na dinâmica social.

Iniciamos por uma discussão periférica, mas que nos parece ser importante para pensar uma clínica que atenta aos processos de subjetivação. Apresentamos algumas noções que vão aparecer durante toda a tese. Elas dizem respeito a propor certa perspectiva acerca do que entendemos serem as formações subjetivas, uma discussão acerca da noção de sujeito. Vamos propor, neste ponto de partida, o entendimento de que o sujeito se constitui como efeito singular de processos em um território existencial. Estão em jogo aqui modos de percepção, modos de existência e de construção do mundo, possibilidades de concepção da relação subjetividade-objetividade, do real, do existente.

Perspectivismo

Interessa-nos a discussão acerca da cosmovisão ameríndia a partir da proposta de um perspectivismo ameríndio de Viveiros de Castro³⁷. A visão de mundo ameríndia apresentada pelo antropólogo mostra uma forma específica de entender o existente ao mesmo tempo que coloca em questão o modo de ver ocidental, situando-o, em nosso entender, como mais uma forma de ver que poderia figurar dentro do mundo ameríndio: uma perspectiva entre outras.

Isso porque para este ameríndio, caracterizado no perspectivismo, o mundo estaria composto de uma multiplicidade de perspectivas. Todos os existentes seriam, em potencial, centros de intencionalidade, que apreendem os outros existentes segundo suas características e capacidades. Humanos, animais e outros não humanos (espíritos e até artefatos) seriam dotados de alma e se veriam como pessoas, constituídos em relações sociais. Quer dizer, todo existente seria em potencial uma “pessoa”. Ser uma pessoa seria ter um centro de intencionalidade, uma capacidade de ocupar uma perspectiva, de expressar e perceber.

³⁷ Castro, 1996 e 2010.

A virtual universalidade da capacidade de ter uma perspectiva não implica, contudo, que todo ponto de vista perceba e se expresse da mesma maneira. Ao contrário, se todos têm capacidade de agenciamento e apreensão do mundo, o que se apreende e como se expressa serão radicalmente diferentes, dependendo do ponto de vista. E o que vai determinar o ponto de vista é certa posição no espaço social, certo lugar na cadeia predatória. Por exemplo: o sangue do índio para o jaguar é cerveja; os gusanos em uma carniça são peixes assados para o urubu. O ponto de vista ocupa certo lugar, certa posição na relação social, que não é somente relação entre os homens, mas é entre todo o universo. Uma posição no espaço destas relações nesse grande espírito que recobre todo o existente – o universo - configura e é configurado pelo corpo. O corpo determina a perspectiva. A posição no espaço de relações vai determinar esta ou aquela configuração de corpo. Ter uma cultura, estar em determinadas relações predatórias é universal. O que é particular, na cultura ameríndia de Viveiros de Castro, é o corpo.

O perspectivismo é uma questão de grau: nem todo existente é necessariamente uma pessoa de fato. Mas nada impede que qualquer existente se torne pessoa. Nesse sentido, é na relação, na maneira como o existente se manifestará, como ocupará um lugar no espaço de relações, que ele poderá se tornar, para o índio, uma pessoa. Tornar-se pessoa, ter um ponto de vista legítimo, que percebe e expressa o mundo a partir de uma configuração corpórea singular, é uma potencialidade virtual ontológica da existência – seja ela humana, seja animal, vegetal, mineral, espiritual. Diferente do modo de ver do ocidente, no modo de ver ameríndio a capacidade perspectiva está relacionada ao contexto e à posição, antes de ser uma propriedade distintiva das espécies.

O mundo é um multiverso em que toda diferença é política e toda a relação é social. O que o índio chama de pessoa, alma, humano ou sujeito não pode ser entendido como igual ao que nós ocidentais entendemos por estes termos: "onde todas as coisas são humanas, o humano é outra coisa"³⁸. O que vamos manter desses termos, para seguir o que nos interessa, é essa noção de perspectiva: uma localização, um corpo construído nessa localização que agencia, apreende e expressa um modo de ver e agir o mundo. Um modo de ver é uma operação de "ver como..." (urubu, índio, jaguar, etc) – operar uma perspectiva. Agir, operar um "ver como..." singular.

Assim, instância que concretiza uma perspectiva é o corpo. Se na cosmologia ameríndia qualquer corpo – humano, animal, vegetal, espiritual, artefato, objeto – pode ser "gente", "gente" não indica um sujeito tomado como substantivo: dotado de essência, continuidade,

³⁸ Castro, 2010, p. 44.

identidade em relação a si mesmo. “Gente” é pronome coletivo de “a gente”, uma posição de sujeito, um marcador enunciativo que não denota o que para o ocidente é um substantivo, mas, sim, uma posição no espaço. O corpo é uma posição no espaço, podendo, qualquer posição, ser um sujeito.

Diferente da visão ocidental, conforme a qual o ponto de vista cria o objeto visto, o ponto de vista cria o sujeito: é o corpo como feixe de afecções e capacidades, determinado por certa posição no espaço, que é a origem das perspectivas. O corpo é o instrumento de apreensão da alteridade, que é diversidade de corpos, de perspectivas: “ele é o instrumento fundamental de expressão do sujeito e ao mesmo tempo o objeto por excelência, aquilo que se dá a ver a outrem”³⁹.

[...] corpo e alma, assim como natureza e cultura, não correspondem a substantivos, entidades autossubsistentes ou províncias ontológicas, mas a pronomes ou perspectivas fenomenológicas⁴⁰

Para Viveiros de Castro, o xamã seria aquele que tem a capacidade de conhecer a grande diversidade de existentes, ao ter a faculdade de atravessar as barreiras corporais entre as espécies e adotar uma perspectiva de subjetividade aloespecífica, de maneira a mediar as relações entre os não humanos e os humanos. Se para o conhecimento moderno o sujeito é um objeto insuficientemente analisado, diz Viveiros de Castro, para o conhecimento xamânico o objeto é um sujeito insuficientemente compreendido, apreendido. É que, enquanto para nós a forma da alteridade é a coisa – tudo é uma coisa, e caberia saber se é ou não sujeito –, para o ameríndio a forma do outro é a pessoa. A arte do xamã consistiria em apreender, entrar no ponto de vista desse outro, invariavelmente pessoa. Quando o xamã logra seu objetivo, ele “consegue ver cada acontecimento como sendo uma ação, uma expressão de estados predicados intencionais de um agente qualquer”⁴¹. Podemos já propor uma aproximação: ele vê verbos infinitos, adverbializados, ações a partir de uma certa circunstância de lugar. O agente pouco importa, ou melhor, ele só é agente a partir da ação, de sua expressão produzida por seu posicionamento no espaço social universal. Corpo que se constitui na própria expressão.

Assim, pois, vamos definir uma perspectiva: um corpo como circunscrição no espaço. Um corpo produz modos de ver e de se relacionar com o mundo. Um corpo produz-se nesse ver e se relacionar. Mas esse corpo não pode ser entendido, também ele, como substantivo ou sistema fechado. Ele é um sistema fechado em relação às representações, à forma, à informa-

³⁹ Castro, 1996, p. 132.

⁴⁰ Idem.

⁴¹ Castro, 2010, p. 42.

ção – o gusano não é a mesma coisa para o índio e para o urubu –, mas aberto às intensidades, aos feixes de afecções compartilhados no espaço: nesse sentido o sangue do índio é ora sangue, ora cerveja, dependendo do corpo que o vê, da relação estabelecida com esse sangue. Relação que, por sua vez, vai determinar a configuração do corpo. Uma perspectiva marca uma posição no espaço, que marca uma configuração corporal. O corpo só existe em relação com os afetos que o mundo lhe provoca e que ele provoca no mundo – corpo afetivo. O corpo é, pois, o instrumento de atualização de uma perspectiva.

Viveiros de Castro, ao pensar a cosmologia ameríndia, aponta que a relação com o outro, com o diverso, com o que é descontínuo em relação a mim mesmo, é sempre uma relação entre discontinuidades que têm por base uma continuidade: um mesmo espírito que margeia e atravessa meu corpo e o dos outros; o outro como um corpo-perspectiva-arranjo afetivo diferente, mas da mesma matéria, sempre real e legítimo. Ali então, a política não se restringe a uma relação de iguais – uma mesma cultura, um único gênero humano, uma classe social –, mas configura-se como uma relação de igualdade entre diferentes. A percepção e a admissão dessa continuidade, essa base da igualdade se daria não por representações ou formas unicamente, mas por afetos, percepções. São corpos afetivos que se comunicam pela via da mútua afecção. A existência é uma posição no espaço e um modo de operação operado. Mas o corpo mesmo não está dado de uma vez por todas.

Ponto de vista x ponto de ver

As contribuições construídas por Viveiros de Castro vão no sentido de, ao menos, ampliar as possibilidades de pensarmos o existente humano. Acima, estávamos utilizando os termos “ponto de vista” e “perspectiva” como sinônimos. Agora passamos a diferenciá-los.

A noção de "sujeito" é o conceito operador-chave das ciências humanas ao pensar o vivente humano. Principalmente no campo muito genérico disso que estamos chamando de clínica, ou em qualquer outro tipo de intervenção na dinâmica social, individual ou coletiva. Sujeito é pensado como o existente humano em geral, enunciação perfeitamente individuada. Sujeito é o personagem do racionalismo e do positivismo que se introduzirá nas ciências humanas como objeto dessas ciências, a maneira das ciências físico-naturais⁴². Quer dizer, ele se constitui um objeto que é estado de coisa, um substantivo, com estrutura, essência e identidade: é a própria operatória científica que o determina assim, aos moldes de qualquer objeto de conhecimento. Quando se fala de qualquer tipo de entorno desse sujeito, e em saúde pública

⁴² Passos, 2002.

não é diferente, se fala de determinantes sociais, de condicionantes. Determinantes e condicionantes que parecem operar sobre esse substantivo-sujeito já formado, como uma unidade mínima subjetiva que vai então se confrontar e conformar a um entorno social, político, natural-biológico, que em certa medida aparece como posterior. Como essência, sendo substantivo, tendo identidade, o sujeito humano corresponde à essência, à estrutura e à identidade de cada teoria que o objetifica⁴³.

Há uma necessidade ao longo de todo este trabalho de poder deslocar minimamente o ponto de vista de nossa disciplina, no caso a psicologia, e até mesmo o campo da saúde coletiva, para tentar preservar e garantir o mínimo de abertura ao existente. Que nossos campos de conhecimento atrapalhem menos nosso próprio processo de conhecer. E isso fazemos ao buscar habitar zonas de interferências entre disciplinas, mas também ao pensar o sujeito, o existente humano a partir de outras cosmologias que poderíamos chamar de não ocidentais, anti-coloniais. Sem dúvida, cosmologias menores em relação ao mundo ocidental que cobriu todo o ecúmeno. Isso explica por que é justamente certa perspectiva, certo modo de ver e agir no mundo, que se pretende verdadeiro, único e universal, é a operatória que produz adoecimentos, dominações e uma série de sintomas. O problema da rua nas cidades, na saúde pública, que se apresenta à clínica como intervenção clínico-político no contemporâneo, é o problema da perspectiva e do perspectivismo: relações entre, e modos de ver e agir o mundo.

Precisamos (re)existir como perspectiva que vê e age o mundo. Começamos tomando de empréstimo notícias de uma perspectiva extraterrestre ou fantástica, que é ao mesmo tempo ultraterrestre: Tlön; depois tomamos a própria noção de perspectiva daqueles povos radicalmente distintos do ocidente, que em sua maioria estariam em um registro de realidade a que Pierre Clastres chamou de *contra o Estado*⁴⁴. Agora, tratamos de outro importante intercessor na construção de nossa noção de perspectiva existencial e na construção de nossa própria perspectiva frente ao contemporâneo. Intercessor que pensa cosmologias menores – que certamente ele não chamaria de cosmologias, pois sua tentativa é de ver um mundo no qual se escape de qualquer tipo de totalização e identidade. Cosmologias menores no interior da própria sociedade moderna, europeia: o modo de vida dos autistas a partir de Fernand Deligny.

Para Fernand Deligny⁴⁵, o sujeito não é uma estrutura inata, original do humano. O sujeito é a forma do homem, que ele chama o homem-que-nós-somos. Homem que, através de

⁴³ Idem.

⁴⁴ Clastres, 2003.

⁴⁵ Pelpart, 2013.

uma operação de reflexividade da linguagem, produz e reforça totalizações e abstrações puramente linguísticas, mas que podemos dizer, produzem realidade. Essas totalizações abstratas, que constituem centros subjetivos, mediam nossa relação com o real por um excesso de linguagem, por um falar demais, por uma espécie de pregação de um mundo absolutamente simbólico – ao que Deligny chama de perorar: falar pretensiosamente. Pretensão de, ao falar, dar conta da existência. O sujeito, o homem-que-nós-somos, fala demais, e tem sempre a pretensão de dar conta do total do real da existência. Esse excesso de linguagem cria centros subjetivos e periferias, divisões, exclusões, hierarquia. O que nos é apreensível é imediatamente recuperado pela fala, pela consciência, pela suposição de intencionalidade, de ordem regente, de sentido como significado último. Uma pretensão de, por meio da interpretação, do abuso da simbolização, chegar à verdade última das coisas.

Sujeito, para Deligny, é o fruto do logocentrismo, sendo que o falar demais não diria respeito apenas à palavra em si, mas à crença na possibilidade de codificar, de simbolizar todo o real, de cifrar todo o existente a partir dos códigos e das lógicas do homem ocidental. Para ele, o sujeito é a forma da coação subjetiva, a maneira pela qual a existência é submetida, subjugada ao logos e à lógica que o implica. Uma gramática existencial que é eminentemente exclusiva. Principalmente enclausurante, privatizante, pois não cessa de construir um dentro, cisões, destacamentos de objetos, essências, substantivos. É privatizante porque antioletiva, pois não pára de reforçar as cisões eu/mundo, corpo/alma, indivíduo/sociedade, existência/espço, tempo/espço. Para Deligny, sujeito e poder são coextensivos, para além do sentido foucaultiano de que um sujeito é constituído no jogo de forças. Para Deligny, afirmar o sujeito, seja em discurso, seja em ato, é necessariamente fazer uma cristalização nas relações de força (poder), uma coação, uma violência. Ao menos o é na relação com os autistas, os quais, para Deligny, sujeitos não são.

Em seu texto “L’Arachnéen”⁴⁶, discute e acompanha perfeitamente Lacan (ou certa leitura de Lacan) ao entender que o acesso do Sujeito ao real só é possível mediado pelo simbólico, pela linguagem. Para Deligny de fato assim é para o Sujeito, o homem-que-nós-somos. A questão é que esse homem-que-nós-somos é apenas um, embora (pre)dominante, modo de existência. Na verdade, para Deligny, esse Sujeito estaria na ordem do étnico, e não do específico. É o que podemos entender por uma etnia ocidental. Deligny coloca uma categoria anterior ao homem, que diria respeito à espécie: o humano. O humano, para Deligny, seria um plano aquém da linguagem, um plano que tem por base não um significante, um código, uma

⁴⁶ Deligny, 2008.

forma organizadora, mas intensidades⁴⁷. Um comum que não é da ordem da forma, da informação, do logos. Dentro dessa espécie humana, certamente caberiam outras existências animais, minerais, os outros existentes inumanos⁴⁸. O problema da alteridade em Deligny também está relacionado ao para além e aquém do sujeito homem, ao que ele chama de humano ou comum.

Mas Fernand Deligny não fala com tal desenvoltura e radicalidade acerca da linguagem e do homem de maneira meramente teórica. Ou seja, não critica a linguagem com mais linguagem. Sua escrita é um traço que persegue uma experiência, uma experimentação, o que ele chama de tentativa, ou rede: uma iniciativa que não tem uma meta, um objetivo, um sentido ou significado, uma teleologia. Essa tentativa é sua rede de convivência com aqueles julgados inúteis, incuráveis, retardados⁴⁹: jovens delinquentes, no início de sua trajetória como educador, e autistas, na radicalização e autonomização de sua proposta. É, pois, com a experiência do autista que Deligny vai definir as bases de sua perspectiva crítica ao logocentrismo e ao nosso mundo.

Ao autista não faltaria nada, não haveria o que curar. O que é necessário é criar as condições para que ele viva de acordo com aquilo que lhe é inato⁵⁰. Tratar-se-ia de proteger o autista de nós mesmos e poder experimentar o que a convivência com o autista produz no homem-que-nós-somos. Deligny encontra no autista sua alteridade radical, o que possibilita uma transformação: o autista não é um sujeito, ele não caiu na armadilha do sujeito.

Deligny cria áreas de convivência com os autistas. Áreas que permitam o surgimento desse comum da espécie, que permitam ao indivíduo autista manifestar o ser específico, bem como permitam a manifestação deste específico naqueles que com ele convivem. Estes que convivem com o autista não são cuidadores, educadores. Eles não necessitam, e é desejável que não tenham, tipo algum de especialização. Ele são “vagabundos eficazes”, porque não estão regidos por nenhum domínio de saber que pretenda, que tenha a intenção, o projeto de qualquer modificação sobre o autista que não seja o agenciamento com o seu modo de vida. O modo de vida do autista é uma maneira de ser manifesta: não tem sujeito da ação; nosso modo de vida é uma maneira de ser manifestada (por alguém): onde nosso sujeito seria a origem de nossos atos e expressões.

⁴⁷ Pelbart, 2013.

⁴⁸ Idem.

⁴⁹ Deligny, 2009.

⁵⁰ Para Deligny, há um inato, que é não é da ordem da categoria, do que as ciências físico-naturais podem codificar.

Deligny pergunta como é possível permitir ao indivíduo existir sem lhe impor o Ele, o Sujeito, o Si, o Se ver. O autista não Se vê porque não tem o Ele. O autista não tem o "Se ver", mas tem o "Esse Ver"⁵¹. Um ver não reflexivo, que não supõe um ente agente, um centro subjetivo dotado de intensão. Por exemplo, o autista, quando desenha, não vê sua mão desenhando. Ele vê uma mão, essa mão **ali**. É um ver infinito, impessoal, circunscrito no espaço. A existência do autista experimenta não ser um Eu e se recusa a identificar o outro como um outro Eu. O que há, o existente, a existência, o existir são ações infinitivas localizadas, ações em um espaço em que não há distinção sujeito/objeto, eu/outro: porque não há sujeito, não há Eu, para haver um objeto, um outro. O autista vê verbos infinitivos, advérbios de lugares: infinitivo que vem do corpo, como "primazia antropológica e ontológica do agir do corpo, e não o fazer da consciência"⁵². Ao fazer, que supõe um sujeito que faz, Deligny opõe um agir sem finalidade, sem intencionalidade, pretensão a chegar a algum lugar, a ser alguma coisa. O agir apenas age, perfazendo um trajeto no espaço, é um gesto.

O agir autista é este traçar um trajeto pelo espaço agindo. É o agir o que marca a existência não refletida. Deligny não definiria assim, mas nós podemos dizer que há uma subjetividade sem sujeito, aquém do sujeito. De modo que a existência do autista não marca um ponto de vista, mas um ponto de ver: não fecha a existência como um objeto destacável, nenhum tipo de cisão entre diferentes pontos de vista, mas vários pontos, várias localizações que operam em um ver. A existência que manifesta aí é marcada, traçada em um topos. Há um entorno que envolve o ponto de ver dos autistas e o nosso ponto de vista. E nessa extensão, que é a área de convivência criada por Deligny para conviver com os autistas, que se faz um agir. Agir que produz o ponto de ver. Assim, ponto de vista pressupõe uma reflexividade, uma separação sujeito/objeto, um sujeito eu que se vê; ponto de ver é puro agir, circunscrito no espaço por intermédio de um corpo. Desde agora, vamos entender que a perspectiva é a categoria que abrange pontos de vista e pontos de ver, por ser um modo de ver e de agir em uma localização no espaço, circunscrita por um corpo qualquer.

Nisso que estamos chamando de subjetividade, nisso que extraímos de Deligny, nessa existência outra em relação ao homem-que-nós-somos, há uma primazia do espaço: linhas, conexões entre linhas/trajetos, ligaduras, pontos de encontro de linhas, acasalamento de trajetos. A importância do meio. E é nesse mesmo espaço, que se pode fazer comum ou área de convivência entre o ponto de ver dos autistas e o nosso ponto de vista, que ligações e agenci-

⁵¹ Deligny, 2009.

⁵² Pelbart, 2013, p. 267.

amentos são possíveis. Em palavras simples, é na convivência, na coabitação, no cotidiano que se cria o comum entre as diferentes perspectivas. É aí que se evidencia e se cria o comum da espécie humana, da qual o homem-que-nós-somos é apenas uma etnia entre outras existentes e possíveis.

É sobre a criação do comum que última instância trata este trabalho. E retornaremos a essa discussão. Agora nos importa marcar a existência de uma existência para a qual a primazia não é o tempo, no seu sentido interno, mas o espaço. E essa primazia do espaço fala de uma certa relação que para Deligny está em contato direto e se faz de modo imanente ao real: o autista está radicalmente no real, e só para aqueles que não viveram com os autistas é que o real pode ser um caos absoluto.

Autista de Deligny: uma existência como uma prática no espaço, que tem necessidade de continuidade e referências espaciais, que reage violentamente frente à interpelação da palavra ou do olhar que quer identificar um sujeito. Essa existência proporciona a Deligny um "programa de reflexão antropológica e um modelo de dispositivo de vida diferente da instituição"⁵³. O autista não perora, ele percebe o mundo e nele age mediado por um detectar/localizar. Localiza o espaço, identifica pontos de conexão com outros trajetos e se comunica por intermédio desses agires, desses costumes. Não há substantivos, há o espaço como o plano do real; o espaço produzindo diretamente a existência, sendo a existência **ali** naquele ponto. Localizar que transforma o substantivo em atividade e o verbo em uma noção intransitiva. O **ali** ("Y" em francês)⁵⁴ é a localização presente que configura diretamente a existência, é toda a sua concretude, seu possível. É a perspectiva construída pela localização.

E é essa localização que configura, para articularmos as discussões, a perspectiva, o modo de ver e agir no mundo. Configura o corpo do autista. Assim, entendemos o espaço, ou melhor, um espaço, um território, como o plano real de compartilhamento. O corpo da existência autista é um corpo comum, não privado. Corpo comum como derivação de um comum da espécie, mas também que é usado, agido como um corpo não separado, parte de um mesmo corpo: um território. A iniciativa de Deligny é um comunismo radical: não importa o outro, o outrem, importamos "nós-aqui"⁵⁵.

⁵³ Pelbart, 2013.

⁵⁴ Deligny, 2009.

⁵⁵ Idem.

Toda essa discussão acerca da existência autista nos interessa não para marcar somente uma diferença, uma diversidade, mas para nos fazer pensar sobre nós mesmos: esse humano específico de Deligny também nos compõe, subjaz em nós ao homem-que-nós-somos.

Perspectiva: Corpo

Na proposição 13 do livro 2 da *Ética*, Espinosa escreve: “O objeto da ideia que constitui a mente humana é o corpo, e o corpo existente em ato”⁵⁶. O corpo humano existe tal como o sentimos. É através do corpo que constituímos as ideias, por meio do que ele percebe e sente. As coisas que vemos não existem em si mesmas, apartadas de nós, para posteriormente conosco interagir, mas, sim, existem em ato, ou seja, só existem na conexão com outras coisas e com o nosso corpo. O corpo, assim, é a nossa interface com o mundo (interior e exterior, que seja). Através das imagens formadas pelas afecções que o corpo sofre, das imagens formadas na experimentação do corpo ao afetar o mundo e das ideias que se constroem com essas imagens é que concebemos e agimos no mundo; criamos uma perspectiva, criamos um corpo. O mundo não está dado de antemão à nossa percepção, ele vai sendo construído e sustentado a todo momento, pelos conceitos que vamos formando, pelas ideias das imagens das afecções de nosso corpo. Por outro lado, nossas ideias vão dispondo nosso corpo a se afetar dessa ou daquela maneira.

A disposição e o arranjo do corpo definirão a maneira como a imagem e a ideia da imagem do mundo exterior serão configuradas. A mente pode pensar de infinitas maneiras, e o corpo pode se afetar de inúmeras formas. Na proposição 14 do livro 2, Espinosa afirma que “[...] a mente humana é capaz de perceber muitas coisas e é tanto mais capaz quanto maior for o número de maneiras pelas quais seu corpo pode ser arranjado”⁵⁷. Nesse sentido, depende da capacidade afetiva do corpo, da capacidade de arranjar os vários elementos que o compõem/afetam, o aumento ou diminuição da capacidade da mente de perceber e de criar conceitos. Vamos entender o corpo como um **arranjo afetivo** inseparável das ideias das imagens que esse corpo forma: arranjo afetivo inseparável de um “ver como...”. O pensamento, os modos de pensar ou os modos de “ver como...” (perspectiva) são inseparáveis do arranjo afetivo do/no corpo.

Na proposição 21 da parte 2, Espinosa afirma: “[...] a ideia da mente está unida à mente da mesma maneira que a própria mente está unida ao corpo”. No linguajar de Espinosa,

⁵⁶ Spinoza, 2007, p. 97

⁵⁷ Spinoza, 2007, p. 107.

corpo, mente e ideia formam um único e mesmo indivíduo, concebido ora pelo atributo do pensamento (mente), ora pelo atributo da extensão (corpo). O que afirmam as proposições de Espinosa nos é fundamental, pois delas seguem-se que: (i) não é possível conhecer apenas com a mente, mas se conhece sempre também através do corpo; (ii) o corpo é um arranjo entre afetos, perceptos, que são a nossa interface com o real, o ponto de contato entre o que se entende por mundo exterior e mundo interior, o que faz dele individual e coletivo, pois só se forma em conexão com o mundo, só se forma em ato; (iii) o corpo/perspectiva é produzido pela relação com os outros corpos, por um arranjo das afecções que os encontros com outros corpos provocam – um arranjo afetivo.

Marcamos que corpo está para além de um mero arranjo biológico, mas agregamos nessa ideia que um mesmo corpo biológico é um corpo afetivo, perceptivo e de pensamento, quer dizer, que forma imagens do mundo. Uma posição existencial é agenciada por um corpo.

Um agenciamento é a conexão entre elementos heterogêneos, a partir da qual os termos são misturados e modificados. Ele implica necessariamente a criação de algo. E esse algo criado é um território, uma territorialidade – sendo um território mais que um organismo ou um meio, embora envolva os dois. O agenciamento cria uma forma mais ou menos estável, um estrato. Mas ele não se reduz ao estrato. Um agenciamento agencia conteúdo e expressão. Nele a expressão torna-se um sistema semiótico, um regime de signos, e o seu conteúdo, um sistema pragmático de ações e paixões: dupla articulação rosto-mão, gesto-fala, e a pressuposição recíproca entre ambos⁵⁸. Agenciamento é um agenciamento maquínico de corpos, materialidade, ações, paixões, intensidades (conteúdos); e um agenciamento maquínico de enunciação (signos, símbolos, e regimes de signos), a articulação entre um fazer e um dizer. Esse é o eixo horizontal do agenciamento.

O agenciamento tem também um eixo vertical: ao mesmo tempo que ele territorializa, cria algo, ele também deixa nesse ‘algo criado’ espaços abertos, não formados, pontas de pura processualidade, dimensões abertas à mudança: desterritorialização. Isso é o que Deleuze e Guattari⁵⁹ chamam de tetravalência do agenciamento: ele agencia materialidades/conteúdos e enunciações/expressões, extraíndo um território de um meio⁶⁰, e ao fazer isso constrói um novo território, mas ao tempo produz movimentos de deslocamento, enseja impulsos de saída desse território. Ele não o fecha; deixa uma porta aberta.

⁵⁸ Deleuze, Guattari, 1997B.

⁵⁹ Idem.

⁶⁰ Há uma diferença entre meio e território: um meio é feito de códigos, um território é ato expressivo. trataremos disso à frente.

Vamos entender o corpo como uma territorialidade aberta, ou seja, criada por agenciamento – agenciada por afetos, componentes materiais, intensidades (conteúdo), regimes de signos, fragmentos de signos, enunciações (expressão) – que, por estar aberto, sempre tem uma configuração provisória e em movimento.

A existência, pensada como agenciada em um corpo, é um processo de territorialização e desterritorialização. Não é possível apreender a totalidade da existência por meio de signos ou de qualquer tipo de enunciação da linguagem, justamente por ela ser uma articulação entre intensidades e materialidades e maneiras de expressar, e por estar em constante processo de (re)criação. O existente toma consistência fora de sua delimitação estrita: o aqui e agora. De modo que aqui marcamos a relação entre corpo e espaço, que está em uma inseparabilidade fenomenológica⁶¹.

Subjetividade fora do sujeito e território existencial

A subjetividade é também espacial. Na conversa entre Suely Rolnik e Hubert Godard⁶², fala-se que a maneira de construir o espaço vai constituir o gesto, as condições do gesto. O gesto é o trajeto do corpo no espaço. O corpo seria um senso de si, mas um senso de si que é inseparável do espaço, do gesto que se faz na superfície do espaço. O sujeito é o fotograma de um processo de subjetivação para além dele. Processo de subjetivação que se faz no agenciamento da existência em um corpo/perspectiva que está em relação intrínseca com o espaço: meios e territórios.

Subjetividade seria “o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial autorreferencial”⁶³. Subjetividade é um processo de subjetivação, conjuntos de condições agenciadas que formam um corpo como uma territorialidade na qual e através da qual se constitui e expressa uma existência. O processo de subjetivação é de constante criação irreversível: ele cria constantemente as formas de expressão e, no criar, abre linhas de passagem ilimitadas para outras formas, nunca havendo a possibilidade de voltar a uma origem, a um momento zero, e que sempre, em algum momento, chega ao fim como forma.

Um território existencial é uma corporificação e abriga corpos, e se faz por agenciamento e singularização desse processo de subjetivação coletivo. A subjetividade é, em Guatta-

⁶¹ Guattari, 1992, p. 153.

⁶² Godard, 2011.

⁶³ Guattari, 1992, p. 19.

ri, parcial (feita de elementos que comparecem parcialmente), pré-pessoal (anterior à pessoa), polifônica (feita de muitas vozes distintas). Uma subjetividade maquínica⁶⁴ que é pática, quer dizer, da ordem do patos, da afecção: conecta os elementos não por representação, significado, mas por afetos colados a esses elementos que grudam e arrastam elementos parciais, se concretizando em um território existencial.

Primeiramente nos interessa marcar que no processo de subjetivação, onde se forma uma perspectiva que percebe e age no mundo, agenciada por um corpo criado, a dimensão espacial é decisiva. Não há como pensar o processo de subjetivação somente por meio do tempo, porque não há como pensar, a não ser por abstrações, o tempo e o espaço como dimensões separadas. A subjetividade se dá em um espaço temporalizado, o espaço em pulsação, ritmo temporal, vivo. Guattari escreve: "[...] qualquer espaço vivido engaja aglomerados sincrônicos da psique"⁶⁵.

O espaço construído nos interpela de diferentes pontos de vista: estilístico, histórico, funcional, afetivo... Os edifícios, construções, desertos, espaços de todo o tipo são máquinas enunciantes de signos e intensidades. Logo, nunca são simples extensividades, mas sempre também intensividades. Estes espaços produzem o que Guattari chama de subjetivação parcial, ou componentes da subjetividade, que se aglomera com outros agenciamentos de subjetivação. Um bairro rico, uma favela, a rua fornecem discursos e manipulam impulsos cognitivos e afetivos distintos. Isso não quer dizer um determinismo do meio, como se a subjetividade fosse produto direto e sempre idêntico, determinada por um meio específico. O que se "extraí" de um meio no agenciamento da subjetivação que forma um território existencial está para além de suas estruturas visíveis e funcionais, de suas dimensões formais ou representativas. Um espaço é como uma máquina de sentido e sensação, portadora de universos incorporais que "não são todavia, universais, mas que podem trabalhar tanto no sentido de um esmagamento uniformizador quanto no de uma re-singularização libertadora da subjetividade individual e coletiva". Não é que o espaço influencia na subjetividade de um sujeito: o próprio espaço comporta uma dimensão subjetiva, ao conter nele mesmo enunciações, afetos, intensidades pré-pessoais. É uma compreensão animista ou, como começamos falando, perspectivista. Não há, contudo, uma ordenação, um modelo de subjetivação; há dinâmicas de agencia-

⁶⁴ Por subjetividade maquínica entende-se um processo de subjetivação que tem por base não um modelo, mas uma dinâmica de corte e conexão. Não é eterna, não se propõe permanente, mas emerge como dinâmica sempre em criação, finita, conectando fluxos, deixando componentes parciais, partes em aberto, que servirão de conectores com outros elementos. Não há um suporte unívoco por de traz dos entes. Há maquinações (Guattari, 1992).

⁶⁵ Guattari, 1992, p 158.

mento. As interações entre corpo e espaço construído se desdobram através de campos de virtualidade cuja complexidade beira o caos⁶⁶.

Em um texto breve⁶⁷, Deleuze fala de uma concepção cartográfica da subjetividade. Nessa concepção, subjetividade pessoal e subjetividade do meio se refletem. O meio tem subjetividade, e a subjetividade também é espacial, é trajeto. Conhecer a subjetividade é um processo de mapear trajetos, que são processos espaço-temporais. Mas a própria subjetividade se configura como um mapa interconectado de trajetos. O mapa exprime a identidade entre o percurso e o percorrido. Não há percurso necessário a se percorrer que não o que se percorre. Deleuze toma o exemplo dos pais no processo de subjetivação:

[...] os pais são um meio que a criança percorre, com suas qualidades e potências, cujo mapa ela traça. Eles só tomam forma pessoal e parental como representantes de um meio em outro meio. Os pais estão sempre em posição em um mundo que não deriva deles. Os pais só exercem uma função, em um meio maior, de abridores ou fechadores de caminho⁶⁸.

A subjetividade é um emaranhado de trajetos e é composta pelos componentes dos meios. Se configura como trajetos, rede de conexões agenciadas em um corpo que age e percebe um mundo. Trajetos em meios institucionais, comunitários, econômicos, culturais, e toda a sorte de meios que podemos e não podemos categorizar. Sobreposição de mapas de trajetos, mapas sobre mapas, que se remanejam: "de um mapa a outro não se trata de buscar uma origem, mas de avaliar os deslocamentos"⁶⁹.

Na etologia de Von Uexkül, muito utilizada por Deleuze e Guattari ao propor a ideia de território⁷⁰, cada ser vivente pertence a um mundo diferente dos demais. O que nós percebemos como um prado, para um formiga, é algo totalmente diferente ou mesmo não percebido. O animal se serve dos meios que utiliza em sua percepção e ação, de tal modo que tudo que percebe é seu mundo de ação e percepção. O que não está no seu mundo de ação não é percebido como mundo. Existem, porém, as mutações, as transformações. O mundo não é dado justamente porque não é estático.

É necessário que façamos uma distinção no interior da categoria espaço. Uma distinção entre território e meio. Um meio é o espaço mais estratificado, mais estável. É uma estrutura feita de códigos que podem ser interpretados por um animal, como signos. Um código é uma

⁶⁶ Guattari, 1992.

⁶⁷ Deleuze, 1997.

⁶⁸ Deleuze, 1997, p. 73.

⁶⁹ Deleuze, 1997.

⁷⁰ Borghi, 2014.

repetição periódica. Cada forma em um meio é o código desse meio. Um meio, portanto, é definido por funções que nele se exercem: sexualidade como função reprodutiva, caça como função alimentícia. O meio funciona de determinada maneira e se explica por suas funções.

Já o território também está no registro dos estratos, mas ele é menos estratificado que o meio. Ele se faz no entremeios. Ele é mais aberto à diferenciação, menos codificado, sendo definido não pelas funções que nele se exercem, mas por sua expressividade, pelo que nele surge como expressão, e não como resposta automática a um código. É o ritornelo⁷¹, como repetição diferenciante que cria o território. O território tem uma parte que compõe um meio, a sua parte já territorializada. Mas tem uma parte em que os códigos do meio no qual está assentado estão se transformando, estão em um processo de descodificação ou transcodificação. É quando o código repete de tal maneira que salta do meio territorializado, vira um ritmo no entre meios, fazendo o código variar, e dando expressividade ao território.

O território está para além de um conjunto de procedimentos que podem ser descritos e explicados em funções, assim como não pode ser tomado como uma realidade dada e preexistente. Ele é a dimensão processual e qualitativa do espaço, formado por "expressões territorializantes" e "funções territorializadas". As explicações das funções em um território se restringem ao plano da realidade territorializada do território, a sua parte que se formalizou. Mas essa é segunda, é efeito do território como ato expressivo. O território é uma expressividade dos meios, um meio tornado ato expressivo, que constituem certo domínio. As funções, os comportamentos para preservação da espécie (sexualidade, alimentação) não podem dar conta da formação do território⁷².

O território é uma assinatura expressiva que se encarna em condutas, não podendo, no entanto, ser explicada por estas⁷³. É um *ethos*, um movimento em constante produção, um agir infinitivo que é ao mesmo tempo morada e estilo: domínio. Mas o domínio, é o domínio de uma expressividade, onde o personagem ou sujeito formado é apenas efeito desta expressividade. Na verdade, as formas nos territórios, os personagens e suas paisagens não são polos

⁷¹ Ritornelo: ritmo do tempo em uma materialidade, uma pulsação. O ritornelo é como um refrão, uma repetição como ritmo que se faz pela diferença entre os meios. Cada meio é vibratório, cada meio tem um ritmo. Ritmo é o que o meio tem ou faz para conjurar o esgotamento ou a intrusão do caos, justamente porque o ritmo dá flexibilidade aos meios. A diferença entre as vibrações e os ritmos dos meios é o que cria o ritmar do ritornelo. Este está entre os meios. Ritmo não se define pelo que repete, mas pela repetição da diferença, entre duas batidas por exemplo. O ritornelo age sobre o que o rodeia, ao mesmo tempo que extrai daí vibrações, decomposições, transformações (Deleuze e Guattari, 1997D; Borghi, 2014).

⁷² Alvarez, Passos, 2009.

⁷³ Deleuze, Guattari, 1997D; Alvarez, Passos, 2009.

opostos e dicotômicos, mas compõem-se mutuamente numa circularidade ou em coemergência⁷⁴.

Deleuze e Guattari dão o exemplo do pássaro Scenopoietes⁷⁵, que vira as folhas e dispõe no solo abaixo de seu ninho, folhas da árvore quem têm uma cor diferente em cada aldo. Ele faz uma espécie mosaico ou painel, e faz das cores das folhas matéria de expressão para formar uma marca territorial. Os autores chamam isso de arte bruta: liberação de materiais de expressão no movimento da territorialidade. O mendigo, com qual Hélio Oiticica teve o *insight* da noção estética do parangolé⁷⁶, fazia uma vestimenta que era um “envoltório de trapos, tralhas, sacos plásticos, latas, sua parafernália de bugigangas recolhidas da descarga da grande cidade”⁷⁷, como um ato expressivo que constitui sua territorialidade. Marca um território, uma morada, uma assinatura.

Território existencial marca um meio onde se vive, mas também um espaço expressivo, onde se expressa uma estética de vida. Estilo, morada de um existente. Um ponto de singularização e expressividade de processos de subjetivação. O território existencial se produz por meio do agenciamento coletivo e impessoal de componentes que se constituem em formas-estados complexos. Esse agenciamento faz emergirem formas individuais e/ou coletivas de territórios existenciais autorreferenciais, que constituem um corpo individual e/ou coletivo que pode ser observado, que pode ganhar nome: um sujeito, um grupo, uma cultura. Mas esses corpos estarão sempre em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade também subjetiva, também em movimento⁷⁸. O território existencial se configura como uma paisagem existencial material e imaterial, que se faz o espaço relacional de onde advém sujeitos, formações subjetivas. Território existencial é o plano de expressão de uma existência.

Olhares que tocam a existência

Distinguir território de meio e de espaço, definir o território como estética de existência, como constituído de processos subjetivos, nos é importante para construir nosso olhar sobre os existentes que vão participar da experimentação clínica que aqui falamos. O território terá então uma dimensão que é forma, e outro que é processo. Ele se dará como ato, em ato. Território que tem seus códigos, que está em um meio, mas que também está em pleno pro-

⁷⁴ Alvarez, Passos, 2009.

⁷⁵ Deleuze, Guattari, 1997D.

⁷⁶ Salomão, 2003B.

⁷⁷ Salomão, 2003B, p. 39.

⁷⁸ Guattari, 1992.

cesso de diferenciar-se, está em movimento, expressos nas mudanças e transformações de seus códigos. Para considerar as existências que se fazem em e como território existencial, é preciso construir um olhar para ver e agir em territórios existenciais

Suely Rolnik⁷⁹ vem propondo o problema dos regimes do olhar no contemporâneo. Olhar, para Rolnik, não diz respeito a uma apreensão passiva do exterior, mas a um toque no mundo, uma forma de apreender o mundo que é também uma forma de produzi-lo. Rolnik nomina dois tipos olhares que funcionam em dois regimes perceptivos diferentes: o olhar objetivo e o olhar subjetivo.

Um olhar objetivo diria respeito à percepção das formas do mundo, denominando “estados de coisas” estáveis e localizáveis, a realidade como evidência objetiva. Essa percepção aborda a alteridade do mundo como “mapa de formas”, e estas formas como representações. Nesse regime, o outro ou aquilo que é exterior é um objeto fora de nós, um sujeito sobre o qual projetamos representações. A percepção desse outro fora de mim, como forma, remete a um modo de conhecer o mundo, a um regime de realidade em que conhecer o mundo é conhecê-lo como forma. Esse olhar conhece e se relaciona com mundo por intermédio de substantivos.

No olhar subjetivo não haveria uma separação clara entre sujeito e objeto. Esse olhar capta (age sobre) as forças, os processos, aquilo que não pode ser identificado e localizado como propriedade de um sujeito ou de um objeto. Ele aborda a alteridade do mundo segundo uma lógica da sensação. O mundo ou o outro é conhecido como um diagrama de forças, planos de consistência. Nesse sentido, se alteridade é composta de planos, o plano que o olhar percebe fora de si ele percebe em si. É um olhar que percebe o fora da forma de si em si. O outro se faz presente, se faz vivo em nós como sensação. Não aparecendo como objeto externo, ele tensiona nossa cartografia subjetiva, pois nos compõe. Esse olhar subjetivo não é a experiência privada de um sujeito, mas um modo de apreensão da dimensão não estratificada do mundo, dos espaços subjetivos na fronteira indeterminada entre sujeito/mundo.

O cerne da alma é onde o mundo interior e o mundo exterior se tocam. Pois nenhum homem se conhece, se não for simultaneamente ele mesmo e um outro⁸⁰.

Estes seriam dois regimes de olhar não excludentes entre si. Eles comporiam o que Rolnik chama de paradoxo da percepção – uma dinâmica entre esses dois olhares, esses regimes de olhar que compõem a percepção e a realidade tal como nos é possível perceber: “há

⁷⁹ Rolnik, 2010.

⁸⁰ Miller, 1990, p.192.

um toque que objetifica e um toque que dissolve no coletivo”⁸¹. Tudo o que podemos dizer, pensar, ver no mundo é também perceptivo (o objeto da mente é o corpo que percebe), é fruto dessa dinâmica paradoxal perceptiva. Tudo ocorre entre essas duas maneiras de perceber: formas e forças.

Quando Suely Rolnik pensa essas formas de ver no contemporâneo, é para colocar em questão como se lida com esse paradoxo da percepção e que efeito ele tem sobre as vidas. De uma olhar ontológico, passa-se a um olhar clínico.

Ela identifica no contemporâneo uma neurose do olhar⁸². Esta consistiria em não se ter mais subjetividade em relação ao mundo, em entender as coisas demasiadamente objetivas. No contemporâneo, esses dois regimes de olhar acabam sendo pensados e agidos como excludentes. A concepção seria de que o objetivo é o dado e evidente, geral, portanto verdadeiro; o subjetivo, por seu turno, diria respeito a uma realidade particular e privada de um sujeito, sendo relativo, problema próprio, ou seja, relativo ao modo como cada um representa o mundo. Havendo um domínio do regime objetivo, o corpo que possui essa dupla capacidade perceptiva fica anestesiado em relação à alteridade, que só pode ser captada como forma separada do eu, por estereótipo. Cria-se uma espécie de anestesia na existência do outro, uma política de subjetivação dominante. Anestesia-se a presença do outro em si.

A tarefa da clínica seria ativar essa articulação entre o olhar subjetivo e o olhar objetivo. Reativar o sensível é reativar a dimensão coletiva, subjetiva da existência, podendo ser incluído na experiência individual e coletiva isso que diz respeito a nós: um plano comum que nos implica, um espaço ou dimensão de partilha do sensível.

O AND⁸³ coloca esse problema da cisão e do olhar sobre a existência. Faz-se uma distinção entre três regimes de consideração da existência. Há uma perspectiva que considera que a existência é – e que seria baseada em um modo de cindir a realidade, uma cisão entitária, sendo esta vista como disposição de entidades no espaço, pareadas por substantivos: sujeito/objeto; individual/social; corpo/mente. Operar, agir sobre a realidade seria extrair significado dos substantivos/entes já formados. O ente, o ser antecederiam a relação, e a realidade seria uma verdade que já está ali, com leis de funcionamento e sentidos intrínsecos. A esse modo de considerar a existência estaria ligado o ponto de vista moderno. Um segundo modo de operar a existência seria o Eugênio e Fiadeiro⁸⁴ chamam de regime do **ou**: concepção que

⁸¹ Rolnik, 1998.

⁸² Rolnik, 1998.

⁸³ Eugênio, Fiadeiro, 2013.

⁸⁴ Idem.

se faria em oposição ao moderno, segundo a qual a verdade deixa de ser uma para ser múltipla. Embora se desconstrua o caráter unitário da realidade, a existência ainda é um ente, um substantivo autodeterminado. "O objecto, o dado ou a realidade são aí suprimidos como certezas, substituídos pela interpretação e pela aleatoriedade cambiante dos conteúdos", alternâncias interpretativas sobre as explicações. Aqui as existências são todas equiparáveis, tratando-se de combater o despotismo hierárquico pela substituição dos conteúdos. As existências são múltiplas possíveis, sob a condição de serem surdas, indiferentes umas às outras. Seria um modo de operar pós-moderno, em que "tudo pode", relativismo antirrelacional.

O terceiro regime operativo diria respeito a entender a existência como "e". Nesse regime, a operação é a de não fazer a cisão entre as existências, sendo as imagens da existência não pressupostas como entidade prévia à relação, fazendo resistência ao despotismo do "é" ao reconstruir as existências, re-existências. Nesse regime, considerar a existência é experimentar a relação com as imagens formadas, com a sua dimensão de composição. As existências são isso: e, e, e.

Uma perspectiva opera um modo de ver e um modo de agir. Constitui um corpo. Uma perspectiva/corpo é constituída em um território existencial, no qual sujeitos e objetos advêm como efeitos de um espaço relacional, que por ser relacional, estar em processo, é território. Território que é o meio de processos de subjetivação que o singularizam. No território existencial é que se constitui o existente. Em um existente pode se configurar um ponto de vista, que é da ordem do sujeito e um modo de subjetivação. Mas a cada existente subjaz um ponto de ver, uma existência não reflexiva que se constitui na expressividade, nos movimentos do território. O paradoxo da percepção é o paradoxo do existente: forma e força. Movimento que traça formas como efeito do próprio movimentação.

Tomamos essas ideias para pensar alguns problemas. Nas cidades atuais, na relação com o outro, com o diferente, que modos de ver e agir, que corpo, que arranjos afetivos estão em jogo, produzindo as relações urbanas? Se na relação com o outro construímos a presença dele em nós, de que maneira ele nos afeta? Como construímos nossos arranjos afetivos, nossos modos de ver e agir na relação com o outro na cidade? Que política temos nas cidades na relação com a alteridade?

O senhor vê: existe cachoeira; e pois? Mas cachoeira é o barranco de chão, e a água se caído por ele, retombando; o senhor consome a água, ou desfaz o barranco, sobra cachoeira alguma? Viver é negócio muito perigoso...⁸⁵.

⁸⁵ Rosa, 2012, p. 26.

Capítulo Primeiro: o campo problemático da Cidade e a política pública urbana

O desterrado e o desterro

É urgente falar dos ausentes
É tempo de falar daqueles que se equivocam
É importante interrogar os ausentes
Aqueles que vivem sem democracia em geral
É urgente falar dos ausentes
É urgente falar das ausências
É tempo falar daqueles que sempre se equivocaram
É urgente falar da liberdade
A democracia é uma emergência em geral
A democracia está sempre violada...
*Democracia... democracia é o caralho!*⁸⁶

É sem dúvida urgente e importante interrogar os ausentes. É importante falar das ausências. Falar das ausências, falar daqueles que se equivocam é interrogar o nosso mundo: os espaços constituídos de presenças e ausências; as perspectivas que fazem nosso mundo: o quê por elas se vê, o que elas fazem. Quem são os ausentes? De onde, quando, como estão ausentes? E ainda, sobretudo, como falar sobre as ausências? Como abordar aqueles e aquilo que vive sem democracia?

Todo o cinema de Tony Gatlif tem como propulsoras essas ausências, encarnadas nas figuras dos ciganos, dos exilados, dos abandonados, dos da rua. Os desterrados, aqueles que passaram por uma experiência de desterro: aqueles que perderam seu lugar, que são vistos como sem lugar, sem lugar legítimo, que constroem silenciosa e desavisadamente outros lugares pouco compreensíveis à nossa percepção. O desterrado: aquele que vive e se constitui em certa relação desterritorializada com os territórios oficiais, os fora da ordem. O desterro do desterrado questiona a sustentabilidade de nossa distribuição de lugares sociais, a sustentabilidade deste mundo-que-vivemos.

Os filmes de Gatlif nos mostram experiências de desterro e também nos arrastam, nos impulsionam em um movimento de desterro. São elegias, lamúrias do que é grande demais para um corpo suportar. Sentir as dores do mundo, expressá-las pode tornar o sentir político. O problema das ausências torna o sentir político e nos coloca o problema da

⁸⁶ Música Manifest, do filme Exils, Tony Gatlif, 2004.

cidade: como vivemos junto com o que há?⁸⁷ Como coexistimos com todo o existente na cidade – sendo que existir guarda uma dimensão não só de mim, mas uma experiência do mundo em mim? A ausência não é o que não há: ausência é a presença de algo que não estamos podendo considerar, algo que foi excluído de nós, mas que de alguma forma se faz presente. Os filmes de Gatlif formam paisagens melódicas, personagens rítmicos⁸⁸ que expressam marcas das violências da ordem, perdas, expulsões. Ausências produzidas ativamente e que constroem o mundo. Quando fechamos as portas da cidade, as portas de nossas percepções e espaços de convivência, estamos produzindo ativamente a cidade de uma forma e não de outra.

A urgência de falar das ausências é a urgência de mostrar que, na realidade, há muitas outras realidades. Realidades que deliberadamente fazemos ausentes⁸⁹. O homem-que-nós-somos tende a reduzir a realidade ao que percebemos como legitimamente existente. Há, pois, existências que, de uma maneira ou de outra, entendemos/percebemos como ilegítimas. Faltar-lhes-ia algo, algo não teria dado certo ou não se completou, algo faltou para serem legitimamente terráqueos?

A experiência do desterro se faz presente como ausência em nossa percepção normal. Localizamos o desterro na figura do desterrado, criamos um tipo psicossocial, o vemos como um objeto ao qual faltam coisas: o incompleto, o vulnerável. Mas falar das ausências não é definir o que no outro falta a partir de nosso ponto de vista. É, sim, questionar o que está ausente em nossa capacidade de perceber, sentir e agir, em nossa capacidade de legitimar. Falar das ausências é se aproximar e dar expressão às emergências: o que de novo pode emergir? A democracia é uma emergência: ela é urgente, ela está em uma situação crítica e ela está sempre por emergir. Ela consiste em legitimar uma diversidade de perspectivas que emergem. Ela se cria a partir daquilo que está presente como ausência. Ela só se faz no deslocamento de uma monocultura das existências para uma ecologia dos modos de vida⁹⁰. Esse é o problema que se coloca à cidade: se aproximar das nossas ausências, viabilizar, legitimar emergências para poder coexistir com a alteridade na cidade e em nós mesmos, (re)existir.

No cinema de Tony Gatlif, mais que meras lamentações, há belos cantos que homenageiam aquilo que é inexorável na vida: a passagem do tempo, a morte, as paixões,

⁸⁷ Eugênio, Fiadeiro, 2013.

⁸⁸ Deleuze e Guattari, 1997D.

⁸⁹ Santos, 2002.

⁹⁰ Santos, 2002.

as transformações, a inexistência de fundamento último em nossa realidade – evidenciada por aqueles que saem de sua ordem.

Em *Exílios*⁹¹, Boulanger e Naïma, parisienses, estão em Paris sem lugar. O filme começa no escuro. A cena abre do *close* no corpo de Boulanger para o corpo da megalópole. A toada da música “Manifeste” conduz um plano afetivo dramático: é urgente falar das ausências. A abertura da câmera nas costas de Boulanger, de lá para Paris, no ritmo e na melodia de “Manifeste”, liga a urgência em Boulanger à metrópole. Algo está ausente. Na imagem completa e chapada da metrópole, essa angústia parece anacrônica. O copo abandonado cai da janela. Boulanger mira Naïma: – “E se fôssemos para a Argélia?” – “Argélia? Há-há-ha, Argélia...” – “E porque ri?” – “O que você quer ir fazer na Argélia?”. Não há porque. O sentido como significado não preexiste, mas no percurso ele se fará direção.

Naïma e Boulanger realizam um percurso no contrafluxo imigrante. De Paris à Argel eles vão sempre de maneira *clandestina e precária*, sempre em meio a ciganos, imigrantes, exilados. Vão construindo um lugar pela passagem em lugares, pela habitação de vários lugares em passagem. O que caracteriza o nômade não é movimento, mas a velocidade: a abertura, a capacidade de criar condições em qualquer lugar, o grau menos elevado de estratificação que ganha território por sua abertura. A busca por um lugar perdido, não como volta a um lugar passado, mas como a busca de um povo que só existe como multiplicidade, não como identidade. “Me sinto estrangeira em todo lugar”: a fala assustada de Naïma antecede o transe. O transe que ela vive é o acesso ao seu povo perdido, que não está em lugar algum passado-futuro, mas se encontra no tempo presente ou fora do tempo. O povo perdido é a passagem que permite conjurar a maldição que sofreu: maldição da ausência de suas ausências. O transe ao qual Naïma se deixa levar, quase à força, é o deslocamento perceptivo que abre outro campo de possíveis. Certamente a maldição é uma perspectiva, um campo perceptivo do qual não se pode sair. A travessia é uma travessia de perspectiva. Perdidos para o mundo, eles buscam uma terra. Terra ignota, sem localização clara. “Aquele que está perdido para o mundo conquista o seu mundo”, como nos discursos de Zaratustra, quando o espírito quer a sua vontade e pode dizer o sagrado “sim”⁹². O sagrado sim é afirmação do que existe e acontece. Para se construir um novo lugar é preciso dizer sim ao impulso do desterro.

⁹¹ Gatlif, 2004.

⁹² Nietzsche, 1989.

“Exílios” não é a história da busca de uma verdade, da essência perdida. É a busca por meio da construção de um lugar, pela aproximação das ausências, pelo engajamento na experiência do desterro que faz uma composição com os fragmentos da desterritorialização extrema que vivem aqueles sem democracia em geral: os exilados, os vagabundos, os miseráveis, os povos desmembrados pela guerra – os desterrados. É a história de um povo, a luta por um povo. Tony Gatlif também é um exilado em busca de seu povo:

Toda a minha arte é de intervenção; não faria cinema se assim não fosse. Por intervenção quero dizer pelo povo, pela justiça, contra a injustiça. É preciso combater contra estereótipos. Só conhecendo o povo de dentro — como eu conheço — isso é possível.⁹³

Cada um que vai pra rua vive uma experiência de desterro. Cada um que vai para a rua é, em algum momento, um exilado: rua, lugar do que não tem lugar. Rua, país de exílio no mundo da cidade. Terra estrangeira, terra ignota. A fronteira que se cruza, quebra de território, quebra do ponto de vista, exílio, expulsão. A ida para uma dita situação de rua é uma busca desesperada por exílio. A experiência de desterro é a experiência de passagem entre pontos de vista: quando um ponto de vista é quebrado, nesse processo, o vivente constitui, por instantes, um ponto de ver. A experiência do desterro é a experiência da qual um vivente sai mais radicalmente de um ponto de vista para um ponto de ver: em que essa existência não fecha uma identidade e só possui verbos infinitivos.

Tipo psicossocial e personagem conceitual

Todo o nosso trabalho também busca ser uma intervenção. A vida na rua marcada por uma experiência de desterro nos atrai e impulsiona a questionar nosso mundo, que se fez como oportunidade de intervir.

O desterrado na cidade geralmente vai para a rua: os malditos, os mendigos, as crianças de rua, os loucos de rua. Aqueles que na rua sofrem as violências de todos os lados, aqueles que voltam a sua luta para a sobrevivência de cada dia, de cada necessidade irrevogável; aqueles que experimentam a ruptura afetiva com o mundo oficial e se conectam com outras matérias-primas, a matéria bruta. Mas esta seria uma experiência de desterro propriedade de uns e não de outros?

⁹³ Entrevista Tony Gatlif ao RTP2. *Jornal 2*, de 26 de Junho de 2008.

Geralmente localizamos o desterro no desterrado, esses tipos psicossociais referidos. Nosso interesse, contudo, é o contrário de abordar o desterro como experiência subjetiva individual, que marca um sujeito. Interessa nos aproximarmos das pessoas que vivem na rua para pensar a rua não como um mundo separado do nosso, mas sim para nos colocar em questão a partir do que ela nos murmura – e que só nos comparece como intuição fugidia ou sensação. É pela experiência da rua que vamos pensar problemas concretos na saúde pública. Problemas que envolvem, que têm como base o problema da percepção, da ecologia, o problema das ausências, do viver junto na cidade.

A figura do desterrado é assimilada por duas categorias de tipos psicossociais distintos: o mendigo, o pivete de rua, o drogado ou crackudo; o usuário de drogas, a pessoa em situação de rua, as famílias em vulnerabilidade social. Essas duas categorias de tipos psicossociais⁹⁴ dizem respeito a duas maneiras diferentes de produzir um objeto com a experiência do desterro, localizando-as nessas duas imagens: uma, a do imaginário popular da cidade; a outra estaria no registro técnico do Estado. Ambas as imagens são generalizações, como é próprio da construção de tipos psicossociais: esterotipização de uma existência, construção de um objeto, que no caso dos dois tipos psicossociais em questão são construídos por máquinas abstratas/cortes diferentes: máquina técnica do governo do Estado, máquina da sociedade pelo senso comum. Podemos entender a construção de um tipo psicossocial como um corte no real que tem como produto um objeto com menos velocidade, quero dizer, mais estável e mais definido. A definição e a estabilidade desses dois tipos psicossociais operam um destacamento da experiência do desterro a partir de um plano de coordenadas que define claramente um objeto.

Falar da vida na rua como experiência de desterro é nossa tentativa de escapar do estereótipo, sem ao mesmo tempo lidar com a rua como uma abstração que não remeta a nenhuma experiência concreta. Entendemos a experiência do desterro como sendo, de direito, de todo existente, mas de fato, localizada em alguns. Ou um experiência mais predominante em alguns. Em algumas pessoas ela é mais evidente, estando, pois, em maior grau. O corte realizado por máquinas sociais, contudo, localiza demasiadamente, privatiza essa experiência. E isso tem por efeito nos separar dela. Não entendemos que essa experiência não nos constitua.

Todavia, para poder produzir a intervenção, necessitamos lançar mão do registro que forma tipos psicossociais. E isso para, por meio dos aparatos técnicos/sociais – servi-

⁹⁴ Deleuze, Guattari, 1992.

ços e espaços de políticas públicas, movimentos sociais –, chegarmos aos territórios e às pessoas que nos permitem lidar com os problemas que essas experiências trazem à vivência urbana e ao campo das políticas públicas de saúde. Mas se entramos pelo registro do tipo psicossocial, é para logo em seguida sair.

Aqui falamos de um trabalho com os ditos mendigos, crackudos, usuários de drogas, pessoas em situação de rua. Interessa-nos, no entanto, a experiência da rua no que ela transborda o tipo psicossocial (o de direito da mesma) e na sua capacidade de contagiar e transformar certa ideia de clínica na saúde, que pode, por sua vez, contagiar e transformar certo modo de se relacionar na cidade. Não queremos nos deter e caracterizar demais o tipo psicossocial. Isso seria conferir a ele um ponto de vista e perder o que ele tem de ponto de ver. Queremos garantir uma potência de nos colocarmos em questão através daquele ponto de ver **ali**. O desterrado que falamos, é mais como um personagem conceitual⁹⁵, como um bloco de possibilidades de experiências que mostra certa paisagem de mundo, que fala de nosso mundo.

Trabalhamos, então, nesses dois registros: o das coordenadas definidas em um modo de percepção Estatal – o tipo psicossocial como personagem nas políticas públicas –; e o registro de um plano de composição, de não separação sujeito e objeto, para poder singularizar tais políticas em suas operações – personagem conceitual. Aqui já se enuncia o que entendemos ser a operatória fundamental da política pública, como a queremos afirmar: operar em dois registros, misturar na sua construção plano de coordenadas e plano de composição.

Território existencial da rua: terceira margem da cidade

A rua se configura como um território existencial na cidade marcado por certa relação de desterritorialização com os modos de vida estabelecidos na urbe. A rua é um meio na cidade que não é oficialmente entendido como lugar para se morar, mas que, contudo, acaba por abrigar aqueles que foram expulsos, das mais diversas maneiras, de

⁹⁵ Deleuze e Guattari falam que o personagem conceitual é aquele que contraefetua o acontecimento: "Atualizamos ou efetuamos o acontecimento todas as vezes que o investimos, de bom ou mau grado, num estado de coisas, mas o contraefetuamos cada vez que o abstraímos dos estados de coisas, para liberar seu conceito" (Deleuze, Guattari, 1992, p. 205) Assim, o personagem conceitual é a extração dos acontecimentos de uma figura que funciona como conceito que pode falar com outras situações e acontecimentos além daqueles de onde ele foi extraído.

suas casas, empregos, famílias; aqueles que por uma série de motivos acabaram indo viver nas ruas como única saída possível. A rua, então, como um território de vida.

Um território territorializado é um centro gravitacional constituído de códigos. Quando um vivente vive o desterro, rompe com os códigos de seu território territorializado, ele se desterritorializa. Deixando o território, ele também deixa de ser aquele sujeito forjado em seus códigos territoriais. Deixar o território, portanto, não é só sair de onde se vive, é romper com seus códigos, com aquilo que define suas formas de vida. Se um código é uma repetição periódica, é com essa repetição que se rompe ao se desterritorializar. E esse processo, se dando por expulsão, é um processo muito abrupto. Dizemos que a rua é um fora dos padrões modos de vida estabelecidos e reconhecidos da cidade, dentro da cidade⁹⁶.

Foucault⁹⁷ trabalha o conceito de “fora” como uma dimensão da realidade que estaria do lado de fora das formas – aquilo que bordejia as formações: os sujeitos, os objetos, os discursos, a linguagem, o pensamento como racionalidade. Dimensão esta que está fora das condições de visibilidade e de enunciação. Ele se mostra nas franjas das formações, nos limites, em que as formas vão deixando de ser o que são, onde elas se decompõem. Foucault se refere ao fora como uma dimensão que nos atrai, nos arrasta de nossos posicionamentos, de nossas configurações. A violência do fora se daria para nós como o encontro com um não sabido – fora do pensado –, um ainda não formado, um desconhecido, a quebra de certo estado de coisas: o choque do pensamento exterior⁹⁸. O fora não seria um fora do real, mas uma realidade que existe por entre as formas visíveis e enunciáveis do real⁹⁹. Não se trata de uma abstração, mas daquilo que só pode ser captado a partir dos limites do é, onde já se deixa de ser o que se é mas que ainda não se é outra coisa. Se em um primeiro momento Foucault pensava nesse espaço exterior – fora – como pura exterioridade, no decorrer de seu pensamento ele descarta a ideia de um fora absoluto e deixa de tentar pensar esse espaço em si. O fora passa a ser trabalhado não como um espaço exterior às formas, mas como uma dimensão do fora em meio às formas: a oposição não estará mais entre o interior e o exterior, entre o reinado do sujeito e o murmúrio anô-

⁹⁶ Macerata, 2010.

⁹⁷ Foucault, 2009A.

⁹⁸ Foucault, 2009A.

⁹⁹ Há, portanto, um plano das coisas que são passíveis de serem vistas e ditas, que seria o plano do atual, dos estratos, das coordenadas (Deleuze, Guattari, 1997D; Lapoujade, 2013), daquilo que se atualizou em uma forma. Há, por outro lado, o plano daquilo que não se atualizou, que é presente, real, está no mundo, mas virtualmente: o plano do virtual, plano de imanência (Deleuze, Parnet 1998).

nimo, mas sim entre o sujeito e o processo de subjetivação, a subjetividade – a dobra, o exterior do interior¹⁰⁰. A existência não pode ser pensada em um fora absoluto, sob o risco de toda ela se desintegrar. O fora está sempre entre as vizinhanças, nos limites das formações.

Dizemos que o fora é uma dimensão que pode predominar mais ou menos em determinada formação, em determinado território. Quando um território existencial sofre um processo de desterritorialização, há uma predominância da invasão do fora¹⁰¹. Se o grau de predominância do fora é absoluto, não há mais território. Na verdade, não há mais nada. Por mais violenta ou intensa que seja a desterritorialização, ela sempre deixa fragmentos de território: fragmentos de formas, códigos. Territorializar e desterritorializar são duas faces de um mesmo processo. Em toda territorialização que se faz, abrem-se linhas de desterritorialização, novas rachaduras nas formas, novas brechas de fora. E em toda desterritorialização, códigos se quebram, mas constituem matéria para novos códigos, novas formas, novas repetições periódicas finitas¹⁰².

Cada nova forma que se cria é uma dobra do fora, é uma maneira de dobrar esse espaço intensivo informe, que bordeja e fornece matéria-prima às formas, dando-lhes contornos. Podemos dizer que toda nova formação (material, existencial, pensamento, corpo) advém dessa relação limiar com o fora, só se tornando possível, só se atualizando por se fundar na relação forma-fora da forma. A dimensão do fora, os processos de desterritorialização estão sempre presentes na experiência de qualquer um: é o que veremos no capítulo quarto, quando trataremos diretamente o tema da experiência pré-refletida. A experiência empírica, pensada radicalmente, é a presença imediata ou a presença como fora, como o ainda não formatado na história, no reconhecimento de si. Experiência de um ponto de ver. A presença imediata, ou a presença do real, nos coloca em uma relação intrínseca com o fora.

Ao olharmos para o universo urbano, vemos que alguns o experimentam em uma relação de descolamento, de deslocamento de seu território para outro lugar que não se configura como uma decisão, uma escolha do sujeito. Mas, sim, é mais definido como um deslocamento forçado, por quebra de seu território de origem. O exilado sai de sua pátria por guerras, ameaças de morte de prisão, regimes totalitários que ameaçam seu cotidiano;

¹⁰⁰ Revel, 2011; Deleuze, 2005.

¹⁰¹ Deleuze e Guattari (1997D) trabalham essa ideia, porém chamando o fora de caos, ou cosmos, como essa matéria informe que invade as formações e sobre as quais as formações também são formadas.

¹⁰² Deleuze, Guattari, 1997D.

o imigrante africano, asiático, sul-americano, na Europa, pelos mesmos motivos, ou ainda porque não pode mais sobreviver pela fome, ou por desejos e anseios que tornam insuportável seu território de vida natal; o cigano é obrigado a fugir do nazismo ou de qualquer outro governo que cultive esses vetores. Invariavelmente é a sustentabilidade no território que é quebrada: certo grau de repetição, de estabilização das dinâmicas diminui drasticamente. É uma travessia que beira a morte, uma saída desesperada. A experiência do desterro leva a um estado de desterrado, o novo meio que o vivente vai habitar e que ainda não foi codificado. Assim, se entendemos que a existência se forma em um território existencial, o corpo, a perspectiva, o ponto de vista, o modo de ver e agir no mundo também estão desterritorializados. Um momento em que ainda não foi possível se criar uma repetição, um costume. A condição do desterrado é a provisoriedade.

Onde buscam territórios aqueles que perderam os seus, na cidade? Pontes, casas abandonadas, sob marquises; comendo a comida que encontram seja no lixo, seja onde for, fazendo trabalhos provisórios e precários. A cena do filme “Indignados”¹⁰³ mostra o espaço de trilhos e trens abandonados, ocupados por imigrantes africanos, em que a maneira de dispor, organizar e ocupar o espaço é muito parecida com os lugares ocupados por populações de rua no Brasil: camas improvisadas, fogueiras onde se prepara a comida e se aquece, buracos onde se guardam os pertences, sucatas como teto.

As ruas que conhecemos nas regiões centrais das cidades de Porto Alegre e Rio de Janeiro invariavelmente aparecem como espaços relacionados a quebras territoriais: os jovens em Porto Alegre iam para a Estação Rodoviária Central, por estarem sendo espancados em casa, por estarem se sentindo abandonados, por não terem comida, por não verem nada de interessante em suas comunidades, por estarem sofrendo ameaças de morte, por terem fugido da convivência insuportável nas instituições asilares; os homens e mulheres na Central do Brasil porque perderam o emprego, porque fugiam das ameaças do tráfico ou da polícia, porque saíram dos presídios, porque sofreram uma desilusão amorosa insuportável, porque brigaram com a família, porque não se sentiam aceitos por suas comunidades, por não suportarem a vida de trabalhador, por estarem mais interessados em usar drogas, por vergonha, orgulho, por surto, por terem se perdido e não saberem voltar para casa...

A verdade é que o que desencadeia o desterro, e na rua isso é muito evidente, nunca é somente um fator, uma causa: a metaestabilização do território existencial não é ex-

¹⁰³ Tony Galtif, 2012.

plicável por uma causa. É uma complexidade de fatores sociais, subjetivos, políticos, biológicos, econômicos; vetores de fluxos de forças, linhas máqunicas, universos de referências. Entender a totalidade dos fatores e vetores que determinam a estabilização de um território existencial, e inclusive a complexidade de um, é da ordem do impensável. Ele não é totalizável por uma interioridade do pensamento. O que se pode é perseguir e traçar processos, construir cartografias que não determinem uma causa. Por isso pensamos que a figura do território existencial é apropriada para abordar essa complexidade.

Com o desterro, outro território vai se fazendo. É a rua como território existencial na cidade, que é um território fora, dentro da cidade. Em especial, em nossa experiência, é justo no centro da cidade que se cria esse território que está fora dos padrões, fora da ordem¹⁰⁴.

Na utopia moderna de uma sociedade perfeita, com seus lugares muito definidos, a rua é lugar de simples passagem de um ponto a outro. Somos, inclusive, incentivados, cada vez mais a não permanecermos na rua. Mas a rua, com essa função na cidade utópica moderna, é e sempre foi transgredida pela própria produção social/desejante: quando os territórios constituídos já não são mais sustentáveis frente aos processos do desejo, eles se rompem, e tudo que se rompe vai pra rua – para o olho da rua, vai colocar o bloco na rua, vai aprender na rua.

A rua se torna meio de contestação do espaço em que vivemos – heterotopia¹⁰⁵ –, com dinâmicas e códigos específicos – maneiras específicas de falar, sobreviver, outra relação com a propriedade, com a vida comunitária, com os irmãos, pais e mães de rua, com os locais e o acesso a locais para o banho, a água escassa, a comida que sobra. Ao mesmo tempo, ela é totalmente aberta, penetrável, vulnerável aos espaços oficiais da cidade: ela está diretamente sujeita às ações do governo nos espaços urbanos, ao que acontece nas favelas e até nos bairros mais abastados.

A rua como meio, como certo espaço na cidade que vai formar territórios existenciais, não é qualquer rua da cidade, mas um espaço específico na rua que surge a partir de

¹⁰⁴ Macerata, Dias, Passos, 2014.

¹⁰⁵ Foucault (2009) fala das heterotopias como espaços que se constituem em uma relação direta com o fora. Nesses espaços somos arrastados para fora de nós mesmos, na erosão de nossa vida, tempo e história. A heterotopia para Foucault é o lugar na margem com o fora das leis e semióticas socialmente constituídas: as praias vazias que a envolvem, lugares reservados aos indivíduos cujo comportamento é desviante em relação à norma. Esses lugares funcionam como a contestação concreta dos ideais de nosso espaço normal e, conseqüentemente, colocam em questão nossos modos de ser e estar, nossos lugares existenciais. Uma heterotopia pressupõe um sistema de abertura e fechamento, que a isola ao mesmo tempo que a torna penetrável: ela é um mundo específico, com suas dinâmicas próprias e códigos marginais, mas produzida no mundo.

certas condições: fluxo de dinheiro, fluxo de pessoas, locais desocupados que servem de esconderijo, a invisibilidade à noite.

A rua como território existencial, que tem estética, uma expressão singular, é uma dobra na cidade que constitui um fora/dentro, mais distante que todo o mundo exterior e mais profundo que todo o mundo interior¹⁰⁶. Nas ruas da Central do Brasil (Rio de Janeiro), nos arredores da Estação Rodoviária Central (Porto Alegre), encontramos existências mais estranhas e estrangeiras a nós mesmos do que nos apartamentos de San Telmo (Buenos Aires), no Centro Cívico da Barceloneta (Barcelona) ou em qualquer casa, instituição de qualquer bairro de outro país ou continente ocidental. Frente à quase totalidade da perspectiva ocidental moderna no mundo, é no interior das grandes cidades que veremos emergirem as maiores fronteiras, as maiores distâncias.

A rua como meio que abriga o território existencial da rua no Centro do Rio de Janeiro parece conter todos os fragmentos da cidade: gente saída dos bairros mais abastados, dos mais miseráveis, todos os tipos de profissões, as mais variadas raças. A quebra de nossos territórios mostra a evidência de sua artificialidade – seu caráter histórico contextual – e também a ilusão de sua segurança, de sua ordem. O fato de pessoas vivendo em outra configuração de modos de morar, habitar mostra também nossa artificialidade. A rua é um espaço de compensação que, de certa forma, organiza na cidade um depósito, uma reunião do que não teve lugar em outros pontos. Justapõe em um só lugar real vários espaços e posicionamentos incompatíveis ou heterogêneos.¹⁰⁷ De fragmentos de todos os lugares da cidade é formada a rua, e todos os posicionamentos por ela passam, deixando pedaços e rastros. Como no Aleph¹⁰⁸ de Borges, a rua concentra todo tipo de fragmento do material dos espaços de dentro da cidade – tempos históricos, camadas sob camadas. Cidades misturadas.

Um território existencial se faz na rua como meio urbano. Lugar que seria de passagem, a rua abriga aqueles que estão na experiência de passagem: variação, desterritorialização. Território existencial que marca uma terceira margem da cidade, um terceiro meio-fio. A rua evidencia a dimensão de realização da realidade, caráter de acontecimento das formações da cidade, pois explicita as formas de vida em seu processo de constituição. Estéticas em uma forma *bruta*, mantendo traços das estéticas oficiais, porém em

¹⁰⁶ Deleuze, 2005.

¹⁰⁷ Aqui utilizamos a operação do conceito de heterotopia de Foucault (2009) para caracterizar a rua.

¹⁰⁸ Borges, 2001.

expressões não bem definidas, determinadas, completas. Feições mais brutas, estéticas de vida menos codificadas. Desenhos provisórios, moradias precárias que não formam uma cultura de rua. Uma cultura pressuporia certa totalidade ou identidade. As formações na rua, se pudermos deslocar o olhar estereotipado, se pudermos nos descolar do olhar oficial, são mais bem descritas por verbos no infinitivo do que por substantivos, estados das coisas. Esse território existencial se aproxima da ideia de terceira margem do rio, no conto homônimo de Guimarães Rosa e na música de Caetano Veloso. Expressões de um meio a meio da relação matéria-forma, composição entremeios, através de uma ritmar, que faz do espaço muito mais que coordenadas geométricas (ou muito menos), em que se vê efetivamente emergir outro mundo, com outra temporalidade, que só pode ser descrito como um ambiente muito sensivelmente distinto.

Mundo que não é feito pela pessoa moradora de rua, mas que coemerge com sua figura. Ambiente e existente coemergem e fazem do espaço/tempo um existente territorial, que marca um espaço, uma propriedade ou propriedades sensivelmente perceptíveis. Propriedade que nada tem a ver com propriedade privada, determinada por uma lei *a priori*. Marca um reino sem rei, sem dono, mas com qualidades expressivas. O que estamos entendendo por terceira margem?

Antes de identidades, posicionamentos, coordenadas espaço temporais. Antes de sentimentos, sensações, afetos. Na terceira margem o que temos são emergências mudas e provisórias, silenciosas, que não possuem repertório na língua corrente. É a emergência de traçados no espaço que constituem estranhos lugares de viver. Margem da palavra. Duro silêncio: “Nosso pai não diz, diz, risca terceira”¹⁰⁹. Terceira margem, que constitui um meio a meio do rio ou da rua. Não é um mundo descolado de nosso mundo, mas não constitui um mesmo território.

Nosso pai não voltou. Ele não tinha ido a nenhuma parte. Só executava a invenção de se permanecer naqueles espaços do rio, de meio a meio, sempre dentro da canoa, para dela não saltar, nunca mais. A estranheza dessa verdade deu para estarrecer de todo a gente. Aquilo que não havia acontecia.¹¹⁰

Meio a meio, onde a imagem do pai se metamorfoseia: “aspecto de bicho, conforme quase nu”, onde a figura do pai faz ausência, em meio ao duradouro fluir: “e o rio-rio-rio, o rio — pondo perpétuo”. O “Eu”, a possibilidade de identificação entitária, a substantivação

¹⁰⁹ Terceira Margem, música de Caetano Veloso.

¹¹⁰ Rosa, 1994.

vai rio a dentro, rio abaixo, rio afora. A canoa, singela heterotopia. A ausência da imagem clara do pai, presença de uma quase imagem: imagem ininteligível, imagem que a percepção não capta direito. A imagem selvagem, sem significação, não domesticada de Deligny¹¹¹. A imagem no meio a meio do rio se desdobra em um duplo que a razão e a ciência não explicam, a linguagem sonda só pelas margens, marginalmente. Teria o pai enlouquecido? Talvez a experiência da loucura seja um modo de falar disso, um nome que se dá. É um desdobramento, desdobramento do sujeito, do espaço, do tempo. A terceira margem do rio é um espaço inusitado que se cria. É uma política concreta, sem alarde, sem bandeira: não está no registro do homem-que-nós-somos. Não há uma intenção, um objetivo: o pai não foi viver no meio do rio para o resto da vida para passar uma mensagem. Nada a interpretar no homem que vai viver nesse meio a meio, que se torna uma imagem pouco compreensível e até pouco inteligível. Ele não diz, ele age, inventa outro espaço para habitá-lo.

A passagem ao meio a meio é feita de duro silêncio. O homem que constrói a terceira margem não está perorando, não está falando de si pretensiosamente. Uma existência que vai perdendo as operações necessárias à constituição do sujeito homem-que-nós-somos. Ação muda, radical, extrema, que se faz no limite da forma, enuncia um impulso, uma urgência, uma emergência de outro lugar. Um lugar que sai do registro do ponto de vista e vai para o registro do ponto de ver. O pai-canoa, o outro, o exilado, o estrangeiro, o refugiado, o cigano, o sem pátria, o de rua... Eles falam em um bruto silêncio, que não diz nada que possa totalizar uma visão da paisagem, que imprima um significado a ela. Existente que não diz, não faz, mas age: riscar, traçar uma terceira margem pela habitação de um lugar improvável: no meio do rio; entre o virtual e o atual; para alguém do possível.

As terceiras margens podem estar nos rios, nos descampados, podem ser os desertos. Elas podem surgir em qualquer lugar, fazem parte do real e estão em potencial em qualquer lugar. A rua, como um espaço criado meio a meio na urbe, produz outro espaço/tempo e, por ser um território existencial, marca um recorte no plano dos afetos, constituindo certo campo afetivo. Um campo entre a forma e a força, feitas de formas não totalizadas, semiformas que nossa percepção não compreende, não vê muito bem e só a capta por estereótipos, quero dizer, só por uma violência em relação à imagem em sua forma selvagem, a-significante. A imagem do pai-canoa, a imagem do vivente de rua é uma imagem selvagem, uma imagem menos submetida a um regime simbólico. O movimento de existir na terceira margem é uma recusa, uma escapada da imagem do sujeito moderno. Mas o que se forma nesse território da

¹¹¹ Deligny, 2009.

terceira margem vai ser violentado, domesticado, pois, como veremos à frente, geralmente só se entende esse caráter inconcluso, a-significante, como vulnerabilidade, fraqueza, como algo não desenvolvido. Vai se infantilizar, familiarizar a imagem selvagem: o bandido, o pobre coitado.

O território existencial da rua, a terceira margem na urbe, não é um lugar já formado. É ato expressivo que se faz. Sem significado *a priori*, sem forma *a priori*. A forma – sujeitos, objetos – desse agir advém. Terceira margem que engendra uma existência bruta: estética não lapidada, domesticada. Selvagem, porque se constitui na relação direta com a terra: a terra¹¹², esse espaço liso, quero dizer, esse espaço mais informe, esse elemento mais desterritorializado. A desterritorialização é a criadora da terra. Sobre o terreno desterritorializante da terra estão todos os territórios. A terra é um fundo sem fundamento, é ao mesmo tempo o lar íntimo para o qual se inclina naturalmente o território, mas que, apreendido como tal, tende a repelir este último (natal) ao infinito¹¹³. A terra é a abertura de território, é a fenda. Terra é diferente de meio (espaço codificado) e de território (espaço no qual o código vira ato expressivo). Se virmos o movimento daquele que vai pra rua, é um movimento de des-civilização, embora impulsionado pelo próprio processo civilizatório. Mas é a saída mais selvagem, menos pensada, refletida: ninguém constrói a terceira margem por um impulso lógico, teleológico. Remete à terra, é um impulso autóctone radical, fora das semióticas botânicas, biológicas, étnicas: um impulso selvagem.

É em uma violenta experimentação não reflexiva, eminentemente espacial, da ordem de um agir impessoal. Relação de imanência com a terra, com nenhuma ordem transcendente, abstrata, mas uma relação imediata com o aqui e agora, com a dimensão não reflexiva da experiência que se vai construindo a expressão, a morada na terceira margem. Nessa experiência predomina menos o ponto de vista e mais um ponto de ver. Experiência de não separação eu/mundo, sujeito/objeto, corpo/território, sentir/agir. É um mergulho no mundo de Tlön: existir em rualizar; ocupar, dormir sobre estático-áspero-rochoso, sob o negro-salpicado-brilhante; perambular, buscar, cheirar.

O território terceira margem na cidade expressa a alteridade radical urbana não como um ponto de vista, mas, para quem dele, como um ponto de ver – processo pelo qual um ponto de vista se desterritorializa de tal modo que passa a predominar mais um ponto de ver.

¹¹² Deleuze, Guattari, 1997D.

¹¹³ Idem.

Ponto em que a estrutura ‘outrem’ se corrói¹¹⁴. Alteridade radical que ganhará qualificação de fracasso nas dinâmicas relacionais da pólis. A terceira margem da rua será o lugar do fracasso, dos fracassados. E isso não está totalmente equivocado. Algo fracassa na formação do sujeito social. Certo fracasso, ou a finitude que faz parte do processo de desterritorialização, que é o vetor príncipe de qualquer transformação. A terceira margem é o lugar de contato direto com o procedimento básico da subjetividade: a subjetivação para aquém do sujeito, anterior à formação de um ponto de vista. A terceira margem é uma dimensão da cidade.

É importante dizer que não estamos afirmando ser essa terceira margem a totalidade da experiência daquele que vive na rua. Se fosse total, estaríamos operando somente pela noção do tipo psicossocial, constituiríamos um objeto essencial e estaríamos individualizando esta experiência. Assim, não é que todo morador de rua experimente assim sempre e totalmente, mas esta é uma dimensão da experiência no ir morar na rua. Dimensão da existência que nos importa, por estar ausente de nossas considerações e maneira de nos relacionar com o de rua, e também porque se mostra uma dimensão da cidade. Dimensão a que chamamos de *plano bruto da existência*.

Plano bruto da existência

Pelbart¹¹⁵ fala de um invisível que se sente no trato com os loucos, entrelaçado nas formas – objetos, pessoas, prédios. Um campo subjetivo, não o que está na cabeça de cada paciente, mas o que está entre eles, entre as palavras e as coisas. Um invisível impregnado não no sujeito louco, mas no clima que o circunda. Como uma camada que envolve e permeia as coisas, duplicando-as, lhes dando profundidade, espessura, tornando-as “relevantes, miraculosas, fantásticas, inéditas, brutas”¹¹⁶. É o acontecimento incorporal: como a morte que paira sobre o morto, o tempo, do qual o relógio é somente uma imagem, sem ser o tempo. Pelbart afirma que o estatuto desse invisível seria da ordem da cidade ou da natureza: ele é como uma textura ou nervura virtual que atravessa as coisas e está entre elas. Podemos entender como uma textura do meio ambiente, a dimensão do território que é captada pelo que Suely Rolnik chama de olhar subjetivo. Textura virtual das coisas, que é imanente às grandes máquinas téc-

¹¹⁴ Deleuze (1998) discute a ideia de um mundo sem outrem a partir do livro “Sexta-feira ou os limbos do Pacífico”, de Michel Tournier. Outrem seria uma estrutura perceptiva que constrói a nossa percepção do mundo como objetos exteriores, quer dizer, que constitui nosso modo perceptivo a partir da divisão eu/mundo.

¹¹⁵ Pelbart, 1993. p. 34.

¹¹⁶ Pelbart, 1993 p. 53.

nicas e sociais. Todas as formas, todos os espaços vivenciados possuem essa textura que confere qualidades. Sempre há um clima, um ambiente.

É como certa qualidade de invisível em que situamos o plano bruto da existência, o que é captado por um olhar subjetivo ou por um ponto de ver: expressões impessoais, dimensão em que não há separação sujeito/objeto. Chegamos à ideia de *bruto* por um comentário de Waly Salomão¹¹⁷ sobre a obra de Hélio Oiticica. Waly descreve uma experimentação de Hélio que foi fundamental para a sua obra e vida: a aproximação com a favela, com o samba, com a rua. Experimentação que Waly define como partindo de uma vontade de transformação de si e de chegar ao “bruto do mundo em seu nascedouro”¹¹⁸. O bruto do mundo, portanto, estaria mais oferecido nos territórios à margem na cidade: das estéticas provisórias, improvisadas, inacabadas. Matéria bruta na qual o desterrado, ao perder as posses, as propriedades, mergulha mais intensamente quando mergulha na natureza ou na cidade.

Chamamos de plano bruto da existência porque ele se apresenta como a matéria da existência que margeia as formações. E ele aparece ali onde o existente considerado por nossa perspectiva entitária se desfaz ou mostra suas brechas: nas situações extremas da vida humana, nos animais não domesticados, não humanizados, na experiência da loucura. Ali onde se interrompe a narrativa do sujeito ocidental, cidadão de direitos, sujeito reflexivo. Ali onde existência se mostra como um plano que interliga todo o ecúmeno. Ali onde, como mostra Deleuze¹¹⁹, há uma vida, como singularidade indeterminada. Vida que perde os atributos que determinam seu lugar na sociedade. Sendo ela, uma vida, o que é compartilhado, a existência neste planeta.

Antes trabalhávamos a ideia de um bruto social como formas sociais informes. Mas, certa feita, ao acompanharmos brevemente o percurso de trabalho do fotógrafo Sebastião Salgado, nos questionamos: por que ele começa a se interessar pelos povos intocados, pelas tribos escondidas, depois segue para as situações de fome e de miséria extremas, das guerras, e após isso vai aos animais no seu habitat intocado pela civilização, às geleiras, às pedras? Certamente aí há uma série de porques que podemos avaliar como não tão altruístas e como maneiras um tanto oportunistas. Mas como que, antecedendo a figura do fotógrafo famoso e os seus projetos politicamente corretos, sentimos que esse percurso também percorria uma linha que conectava todas as figuras fotografadas. E também, para aquém das fotos esteticamente

¹¹⁷ Salomão, 2003B.

¹¹⁸ Salomão, 2003B.

¹¹⁹ Deleuze, 2013.

organizadas, das imagens muito domesticadas, parece que Salgado via uma linha que unia todas essas existentes. E essa linha é a existência, um mesmo plano de existência compartilhada por aqueles que estavam morrendo, por aqueles que não tinham contato com a civilização, pelos animais, pelas geleiras nos confins do planeta. Um plano que liga todas essas existências e que, ao ser comum, não se expressa no existente de maneira uniforme, não tem uma forma universal, mas uma intensidade de existente. E que por isso lhe chamamos *bruto*, porque ainda não formado, mesmo e por isso mesmo margeando as formas. Plano bruto da existência que é o que partilhamos – e o partimos em partes exclusivas¹²⁰, como terrestres –, que nos liga, que nos faz legitimamente terráqueos. A experiência do desterro nos mergulha, nos roça nesse plano ao desterrar: se se perde quase tudo e se segue, é porque se continua como existente, se continua sustentado nesse plano bruto da existência que permitirá, que dará matéria-prima bruta para lapidar novas estéticas de vida. Contatar mais intensamente esse plano bruto é contatar com os momentos onde “sangramos quando diferimos de nós mesmos quando embarcamos numa diferenciação a partir de uma virtualidade”¹²¹.

O plano bruto da existência seria o plano que conecta e compõe a diversidade de existências. É a dimensão bruta de cada existência, quero dizer, a existência não formada, como uma dimensão animal, mineral, vegetal, pedra. Na cidade, ele é feito do mesmo material que são feitas as distâncias entre as perspectivas urbanas: o que reparte partes singulares e o que as liga. É o que coloca em questão a possibilidade de viver junto e ao mesmo tempo permite o viver junto, permitindo coexistirmos. Há algo entre as formações da cidade que não se reduz à diversidade de seus pontos de vista. Algo que sobra quando um ponto de vista é formado e reforçado, identificado: o que nele não é ou deixa de ser, o que é puro potencial de novas formações. Um bruto irredutível da cidade, que não pode ser civilizado, que não tem governo nem nunca terá.

Essa zona que sobra, zona intensa, causa tensão social: é o horror ao olhar a vida de rua, o absurdo ou afronta que aquilo parece aos olhos do habitante da pólis. O plano bruto da existência coloca todo o existente no mesmo plano. É como uma *zona intensiva urbana*, de modo que a tensão social na cidade se localiza nessa zona intensiva, o que deixa evidente uma paridade existencial e, ao mesmo tempo, insta a tensão social: se todos somos terráqueos, e de alguma forma iguais nessa condição, por que “uns são mais iguais que outros?”. Há um horror no contato com o desterrado urbano, com o que está à margem na cidade. E esse horror está

¹²⁰ Rancière, 2005.

¹²¹ Pelbart, 1993.

ligado a uma espécie de contradição da vida política na cidade: é a tensão da desigualdade social na igualdade de existência. E, ainda, aqueles viventes que estão mais mergulhados nesse plano bruto, por não estarem tão diferenciados e hierarquicamente situados nos códigos e axiomáticas da sociedade capitalista, serão considerados (e de fato estarão) vulneráveis. Vulnerabilidade que precisará ser eliminada.

Cidade: bruto e pólis

“Quando a obra se torna maior que o Homem, ela se chama cidade.”¹²²

Se todo homem tem um preço, a cidade é o lugar do troco¹²³. A cidade está para além do seu projeto de construção; a cidade excede, destrói o próprio projeto da cidade. Assistimos, muito atualmente, a cidade do Rio de Janeiro sofrer uma série de intervenções urbanas de projetos de cidade que a colocam em uma ordem de mercado, submetendo-a um choque de ordem. Uma nova ordem mundial povoa teorias da conspiração e conspirações na cidade. A cidade mercado conspira, aspirar tornar-se a cidade. Mas a cidade construída por um projeto necessariamente se destrói, não se completa. Algo não tem governo na cidade nem nunca terá.

A cidade é um conjunto heterogêneo, uma rede de territórios contíguos, pontos de vista vizinhos, existências diversas, contiguidades que formam o campo da cidade. Ela tem delimitação geográfica, mas também tem subjetividade, perspectiva, dimensão existencial. A cidade é uma máquina de produção de subjetividade individual e coletiva. Seus diversos constituintes se espargiram sobre toda superfície de um rizoma multipolar urbano que envolve o planeta. Não se pode mais definir a cidade em termos de espacialidade¹²⁴. O fenômeno urbano mudou de natureza: ele diz respeito diretamente à produção da existência, seja no que tange ao próprio vivente urbano quanto ao que está fora da cidade, já que ela é o centro de onde advêm as ações sobre o meio ambiente, onde a sociedade e seus modos de vida são produzidos. A cidade é campo de cruzamento de vetores – questões econômicas, sociais e culturais, de encontro e convivência de perspectivas heterogêneas.

O próprio espaço meramente físico da rua – o entreprédios, entrequadras, entrebairros, o que conecta as casas, as instituições, toda a formação física/material da cidade – evidencia a cidade não como uma estrutura, mas como uma rede. Ao menos confirma essa duplo registro

¹²² Marcelo Yuka, música “Cidade”.

¹²³ Idem.

¹²⁴ Guattari, 1992.

urbano: rede e estrutura. A rua liga a cidade constituindo uma rede espacial. Entendemos, contudo, que mesmo em termos de geografia física a rua é menos consequência das estruturas de prédios e construções do que sua condição de possibilidade. A cidade, antes de ser uma estrutura organizada, arborescente, é rede, rizoma. O que vemos hoje e o que fala Guattari¹²⁵ é que a cidade como rede se expandiu para além dos limites urbanos, conurbanos: a cidade é também a rede entre cidades, a malha aérea, férrea, naval, rodoviária que as conecta. Existem, assim, cidades centros, cidades periféricas, cidades expulsas, etc.

A cidade como rede coloca desde sempre, e cada vez mais, o problema de como viver junto, como coexistir. O território existencial da rua, como alteridade radical do ponto de vista urbano, em questão a capacidade de suportabilidade do ponto de vista para com o que há entre os pontos de vista: pontos de ver. O território existencial da rua problematiza a cidade: há cidade, há campo de contiguidade para além do projeto, dos objetos para a urbe, para além do mercado, para aquém e além de certa ordem das coisas urbanas. Geralmente a convivência com a alteridade é colocada em termos de tolerância: tolerar o ponto de vista do outro. Mas e quando esse ponto de vista não se fecha, não se completa em uma identidade a se tolerar? E, além disso, conviver, coexistir é uma questão de tolerância? A tolerância indiferente de cada um no seu lugar, no seu quadrado? A cidade, e principalmente uma cidade acidentada como a do Rio de Janeiro, não pode ser esquadrihada de modo que tudo seja colocado no seu lugar. A totalidade da cidade não tem governo nem nunca terá.

Quando a diferença que o outro apresenta é uma diferenciação, ela nos implica, pois é uma dimensão também nossa. O território da rua coloca o problema da coexistência e do que o outro faz em nós. A vida de rua é como um estranho íntimo. É uma forma de vida mais estrangeira e ao mesmo tempo muito próxima. Distante como perspectiva, íntima como existência, cúmplice como ponto de ver. Há uma subjetividade fora do sujeito e, assim, na cidade, fora das modulações e modelagens hegemônicas, há uma vida que se desenrola no espaço aberto e que se desvia radicalmente dos padrões hegemônicos, ainda que compartilhe de um mesmo plano de habitação. Isso que o corpo expressa, e que a alteridade da rua introduz, liga o problema do como coexistir na cidade ao problema do que modos de ver, que corpo, que arranjos afetivos estão em jogo na produção dessas relações urbanas? Na cidade, coexistem duas dimensões, duas dinâmicas de produção da experiência urbana. A cidade é pólis e bruto.

¹²⁵ Idem.

Utilizamos o termo *pólis*¹²⁶ para falar de certa perspectiva na cidade e de certo registro dos espaços urbanos. A *pólis* está no registro do ponto de vista reflexivo. O termo *pólis* se refere às cidades-estados da Grécia antiga. Segundo Jaeger¹²⁷, a *pólis* dava a direção espiritual da vida no mundo grego, isto é, a vida era vista pela perspectiva da *pólis*, sendo a forma mais firme e acabada da vida social. É com a *pólis* que surge o que entendemos por Estado, e ela abrangia todas as esferas da vida humana, determinaria seus modos de vida.

A *pólis*, como dimensão da cidade e perspectiva, remete a Estado. E, ao nos referirmos a Estado, não estamos tomando a instituição em si – as instituições dos governos municipal, federal ou estadual –, mas, sim, o Estado como práticas estatizantes, que vêm e agem de certo modo. Entendemos que a noção de Estado tem dois sentidos: a instituição Estado, com seus contornos definidos, em que se sabe bem quando se está dentro e quando não se está, em que se dão as práticas institucionais (lei, imposto, polícia, políticas de Estado, **práticas estatais**); o outro é o Estado como processo maquínico, como um modo de ver e praticar a realidade. A estas chamamos de **práticas estatizantes** – práticas que produzem estratos, categorias, que estriam, organizam, que veem a realidade como substantivos.

Práticas estatizantes, ou uma perspectiva Estado/*pólis*, seriam modos de operar a realidade que se caracterizam por centripetismos, pela criação de centros homologadores do existente. Clastres¹²⁸ define o Estado como o triunfo do uno: o Estado surge quando o olhar único, o regime de signos e o regime de leis se universalizam. Deleuze e Guattari trabalham a noção de aparelho de captura, que podemos aproximar do que estamos chamando de práticas estatizantes¹²⁹. Essas práticas surgem cristalizando as relações de poder em dominantes e dominados, fazendo categorizações hierárquicas, estratificando os fluxos nômades em estados de coisas¹³⁰. É a tal criação de entes a que nos referíamos no capítulo anterior. Deleuze e Guattari¹³¹ mostram que essas práticas não estratificam determinado território nômade sem que um potencial de estratificação não esteja já, no próprio território nômade, presente.

¹²⁶ O termo *pólis* era a denominação da cidade grega e no sentido da cidade-estado, em que é definido um modo de vida urbano que seria a base da civilização ocidental. Na *pólis* grega nenhum indivíduo é exatamente "igual" ao outro, por que cada um teria diferentes aspirações tanto para si quanto para a cidade. A vida na *polis* dividia-se em duas esferas: a privada dizia respeito ao patrimônio, ao casamento, à família, expressa pela casa; e a esfera pública, expressa pelo espaço público urbano (ou *político*, pois era o espaço da *polis*) e suas instituições. Assuntos privados não diziam respeito às discussões públicas e vice-versa.

¹²⁷ Jaeger, 1995.

¹²⁸ Clastres, 2003.

¹²⁹ Deleuze, Guattari, 1997E; Deleuze, 2005.

¹³⁰ Clastres, 2003.

¹³¹ Deleuze, Guattari, 1997E.

A operatória estatizante faz do existente, que pode ser tomado como forma e processo, somente forma, estados de coisas, substantivos. Apenas é possível computar o real por meio de informações, códigos, formas muito estáveis. Opera-se uma dupla captura¹³² do real que tem como efeito a produção de centros unificados, a constituição de universais: a captura em uma semiótica, que constitui um regime semiótico unificado; e a captura jurídica, que constitui um campo com regras e leis universais. Essa dupla captura faz uma combinação de signos-ferramentas¹³³, criando um modo de ver e de agir que se pretende universal e, assim sendo, busca submeter todo o existente a seu esquema de signos e leis, que são necessariamente estruturados em centros.

Em vez de traços de expressão que seguem um phylum maquínico e o esposam numa repartição de singularidades, o Estado constitui uma forma de expressão que subjuga o phylum: o phylum ou matéria não passa de um conteúdo comparado, homogeneizado, igualizado, ao passo que a expressão se torna forma de ressonância ou de apropriação¹³⁴.

A constituição de um regime jurídico define leis organizativas em um campo, determina um centro legítimo que compara, julga e define o que seria legítimo e o que seria ilegítimo, e um centro que pode intervir, coagir e “endireitar”. O que se produz nesta articulação são centros, interioridades. Uma interioridade no pensamento dos estados de coisas. Com tais regimes semióticos, leis e técnicas, isso que chamamos práticas estatizantes proporcionam ao pensamento uma forma de interioridade, um autocentramento que se desenvolve somente na interioridade desses regimes de signos, dessas leis e dessas técnicas. Assim, esse interior produzido vira tudo, e tudo é visto a partir do olhar desse interior.

Relacionado a qualquer coisa e entendendo o que pode decodificar e localizar como tudo, o todo possível, esse pensamento do interior opera sempre no binarismo “interior e exterior”, investindo tudo o que lhe é exterior a partir dessa ótica que a tudo pode englobar, comparando os pontos diversos, os sobrecodificando por meio do seu enlace semiótico, agindo neles com suas técnicas e leis. É todo um movimento de integração, interiorização. Criar substantivos, designar substâncias ao nomear, separar, dividir, distribuir, categorizando a partir de uma mesma matriz. Essa é a operação, o modo de ver e agir dessa perspectiva na cidade que chamamos de ‘pólis’.

A pólis busca e só reconhece completudes. Há uma perspectiva pólis que quer dominar toda e tudo na cidade. A pólis perspectiva a cidade como estados de coisas: os territórios exis-

¹³² Idem.

¹³³ Idem.

¹³⁴ Deleuze, Guattari, 1997E, p. 125.

tenciais são vistos e produzidos como territórios identitários. A pólis é, assim, a parte oficial da cidade e a parte que oficializa. O que ela inclui, o faz sob a sua categorização identitária. Não estamos identificando um regime do mal, mas um registro, um modo de ver a realidade. O problema é que essa perspectiva se pretende todo o existente, o modo de ver mais legítimo e evoluído.

Extraímos essa discussão de um regime da pólis na cidade da importante tese de Pierre Clastres¹³⁵: as sociedades ditas primitivas não são sociedades sem o Estado, no sentido de que não teriam ainda evoluído como sociedade ou civilização até chegarem a construir um Estado. São, ao contrário, sociedades que refugam, que escapam, sociedades contra o Estado, que criam outra “organização”. Elas só podem ser entendidas como primitivas a partir de uma perspectiva estatizante, que pressupõe uma linha evolutiva a partir de seus registros.

Mas a cidade não é só a pólis. Há outras perspectivas, outros modos de existência, de produção da experiência da cidade. Há sempre um fora do aparelho de captura, e Deleuze e Guattari¹³⁶ parecem avançar na tese de Clastres ao mostrar que não há nenhum tipo de Eldorado: o aparelho de captura precisa do seu fora, dos fluxos nômades, precisa de um fora de si para se alimentar. A questão é que entre os fluxos nômades e o aparelho de captura (Estado), aqueles são primeiros. Justamente por isso o aparelho busca capturar os nômades. Entender a pólis como uma perspectiva é tentar operar o perspectivismo como cosmovisão, pelo qual a pólis será apenas um modo de ver possível, e não o modo de ver, como ela pretende, único. Só de colocar nesses termos o perspectivismo já se faz cosmologia contra o Estado, pela simples razão de afirmar que existem outros reais na realidade. Dizemos, então, novamente, que há um bruto que está a todo o momento afrontando a pólis. Afrontam o funcionalismo na cidade, a completude, a reflexão, o produtivismo.

Poder e governo no território da cidade

A implicação do ponto de vista único da pólis é enxergar os territórios como identidades balizadas por um princípio organizador, reduzindo o real a formações, pensando o real como um primado de estruturas definidas por leis e por um regime semiótico primeiro. E isso vai legitimar subsumir todo o existente a essa perspectiva. Em o existente não se adequando a ela, ele ganhará um caráter de degeneração, aberração, erro. Em relação ao território existen-

¹³⁵ Clastres, 2003.

¹³⁶ Deleuze, Guattari, 1997E.

cial da rua, o ponto de vista da pólis não pode se relacionar com seus existentes sem transformá-los em objetos de intervenções. Intervenções de mão única: objeto que deverá ser corrigido, diferença que deve ser eliminada. Constrói-se um o objeto que desimplica sociedade e desterro. Para a pólis, como perspectiva disseminada em todo o tecido social, os desterrados serão vistos e tratados como sujeitos faltosos, desqualificados, “vidas nuas”¹³⁷. O que exige um processo (re)civilizatório. E sabemos bem o que acontece quando se busca civilizar os selvagens.

Deleuze e Guattari¹³⁸ falam ainda que isso que chamam de *aparelho de captura*, e que nós chamamos de *práticas estatizantes*, na modernidade, a partir de uma nova configuração, submete o que captura e produz o que submete.

Sublinhou-se recentemente a que ponto o exercício do poder moderno não se reduzia à alternativa clássica "repressão ou ideologia", mas implicava processos de normalização, de modulação, de modelização, de informação, que se apoiam na linguagem, na percepção, no desejo, no movimento, etc., e que passam por microagenciamentos. É esse conjunto que comporta ao mesmo tempo a sujeição e a servidão, levadas aos extremos, como duas partes simultâneas que não param de se reforçar e de se nutrir uma à outra... Sujeição ou servidão formam dois polos coexistentes, antes que duas fases.¹³⁹

A sujeição tem, ao menos, dois sentidos: submeter algo ou alguém, e isso que sujeita. Servidão seria, assim, o sentido de utilizar aquilo que submete e produz para que, de alguma forma, sirva ao seu próprio funcionamento, alimente a sua máquina. Aqui fica marcado como esse processo de sujeição e servidão sujeita e produz por normalização, modulação que se faz por sujeitar/produzir modos de falar, perceber, desejar, movimentar.

É a já clássica discussão do poder em Foucault¹⁴⁰, o biopoder, em que ele mostra uma complementaridade no poder contemporâneo entre modelização, modulação, normalização, regulamentação¹⁴¹. Imbricação entre poder disciplinar e poder biopolítico que se dá dentro e fora das instituições, ou através de *extituições*, em que a dualidade disciplinar dentro-fora é rompida¹⁴². O que é importante marcar para essa discussão das relações na cidade é que o controle para “além-muros” atua por meio de outra materialidade, que não unicamente a intervenção sobre o corpo individual, ou os grupos populacionais, ou ainda a ordem biológica do vivo. Mas também sobre o plano relacional, o espaço de relações que marca regimes de

¹³⁷ Agambem, 2004.

¹³⁸ Deleuze, Guattari, 1997E.

¹³⁹ Deleuze, Guattari, 1997E, p. 158.

¹⁴⁰ Foucault, 2005.

¹⁴¹ Foucault, 1984.

¹⁴² Gomez, Tirado, 2004.

afetabilidade, territórios existenciais. O poder individualiza, liga cada indivíduo a uma identidade sabida e conhecida, bem determinada¹⁴³. E faz isso, atuando sobre o indivíduo, mas também produzindo-o, através de certo cerceamento ou mediação das relações, do indivíduo para consigo e dos territórios existenciais onde ele se constitui. É a coadunação de uma antropopolítica disciplinar e uma biopolítica do controle.

Assim, na cidade, não serão somente as instituições que vão investir sobre as formas de vida da rua. São os cidadãos que farão as separações, os estereótipos e muitas vezes pedirão seu extermínio. Ao sair das instituições, o poder vai operar nos espaços de relação na cidade. Pólis é uma perspectiva civilizatória dessa civilização, que apresenta sua face mais sinistra contra aquilo que considera erro ou perigo biológico: o que Foucault chamou de racismo de Estado¹⁴⁴.

Racismo que opera um corte, uma separação entre as vidas dignas de serem (vi)vidas ou não. Racismo que opera com o conceito de humano, do humanismo ocidental. Levi-Strauss¹⁴⁵ introduz uma crítica ao humanismo, dizendo que este não está em contradição com os horrores do colonialismo, do nazismo, do fascismo, mas estes são sim seus prolongamentos. Eles definem o que é considerado humano e não humano, e ao fazerem isso também realizam um corte intraespecífico, traçando uma fronteira entre o homem e as outras espécies viventes, mas também dentro da própria espécie homem.

Para um tipo de olhar identificado com a pólis contemporânea, a rua que sobra da Pólis na cidade só pode ser considerada dejetos, expurgo, lixo do processo de produção. O bruto expresso no território da rua é o que não pode ser submetido às operações da sociedade capitalista. É que o desterrado, em um primeiro momento, parece emperrar a produção do capital: não consome, não paga impostos (embora pague). O delírio do decapitador de Mogi das Cruzes¹⁴⁶, é um delírio social: “Eu queria apenas era matar usuários de crack. Era usuário e mendigo ao mesmo tempo. Mas... digamos assim, a pessoa mais largada da sociedade. Matar moradores de rua é menos grave. Entre aspas, é menos grave, né? Pelo fato de eles não contribuírem com o sistema. Não pagam imposto. Bom, todo mundo tem direito à vida. Não tô falando que ninguém tem que morrer, todo mundo tem direito à vida”.

¹⁴³ Deleuze, 2005.

¹⁴⁴ Foucault, 2005.

¹⁴⁵ Deligny, 2009.

¹⁴⁶ Servente de pedreiro que matou cerca de 7 moradores de rua no interior de São Paulo em um mesmo dia, no início do ano de 2015.

Essa passagem ao ato do delírio do decapitador e a dupla mensagem esquizofrenizante – matar os que têm direito à vida –, expressam muito claramente o problema: todos têm direito à vida; e vida é uma gama de possibilidades de vida *que contribuem para o sistema*. Fora disso não há vida. Mas essa lógica não se dá apenas e necessariamente de maneira tão concreta. Pode ocorrer diretamente pelo extermínio da pessoa. Mas pode ocorrer também pela busca em exterminar a diferença que ela introduz. Aí, no mesmo registro, estão todas as ações de recuperação, de “salvação” do sujeito morador de rua; em certo de sentido, as que anseiam pela inclusão social. Não podemos esquecer que não foi somente o decapitador de Mogi das Cruzes que promoveu uma cruzada contra os usuários de crack, não foi só ele que achou que era “possível vencer”.

Chama-nos a atenção a similaridade entre as ações de recolhimento compulsório de usuários de crack e a política para imigrantes ilegais na Europa, especificamente na Espanha. O imigrante é esse que se torna alvo de ódio, mas que ao mesmo tempo é tratado como um problema a ser resolvido com humanidade. As ações têm um discurso ao mesmo tempo de exclusão e de acolhimento, auxílio: entre as ações direcionadas aos moradores de rua no Rio de Janeiro e aos imigrantes ilegais na Espanha, por exemplo, temos igualmente os Centros de Acolhimento – abrigos que funcionam como cadeias.

Na terceira margem da rua na cidade, o vetor de expulsão comparece retirando a pessoa da rua: oficialmente recuperando-a, requalificando-a a partir do que se imagina que deva ser um sujeito urbano; extraoficialmente eliminando diretamente a pessoa. De uma forma ou de outra, o que a pólis faz é expulsar essa diferença que a experiência do desterro evidencia. Na sociedade, a vulnerabilidade é fracasso. O vulnerável é visto e produzido como fracassado. Frente ao vulnerável, como tratamos em nossa pesquisa anterior¹⁴⁷ e como nos referimos acima, a recusa será operada pelos mais diversos segmentos da sociedade, pela eliminação da diferença que o desterrado introduz, seja remodelando-o, colocando-o em “seu lugar”, seja assassinando-o. Duas formas de individualizar a vulnerabilidade.

O fracasso do viver junto se torna o fracasso do indivíduo, ou o indivíduo fracassado. Ou, mesmo quando esta condição de fracasso começa a colocar em questão a dinâmica da sociedade, o problema é logo resolvido de modo a não modificar o projeto social: esse fracasso é o não cumprimento do processo civilizatório da Pólis na cidade. Necessita-se de mais leis, mais limites, mais guerra às drogas, mais presídios, mais Centros

¹⁴⁷ Macerata, 2010.

de Acolhimento. É preciso autorizar, em nome do cuidado, a suspensão das liberdades de ir e vir, de circular na cidade.

Ao entendermos o desterrado como fonte do desterro, o desterro como fracasso e esse fracasso como fracasso do indivíduo que o vive, ou, no máximo, num sentido mais amplo, o fracasso por não ter completado ainda o projeto civilizatório, recusamos o que a experiência de desterro tem a dizer à maneira como vivemos com os outros e na cidade. Recusamos viver juntos.

Matando diretamente, buscando recuperar através da realocação do desterrado nos territórios para ele já constituídos na sociedade, todo um sistema de reinclusão social – o que a sociedade faz é excluir o plano bruto da existência que compartilhamos. Primeiro, constrói-se o objeto individualizado, para depois (re)incluir algo que foi mesmo produzido pela sociedade. Se pede mais civilização, mais sociedade na maneira como ela é. Chamamos essas operações de exclusão/inclusão, uma exclusão de si, como um recalque. O que se recalca? A dimensão de coprodução da realidade, o plano afetivo que nos liga, a possibilidade de reconfigurar as práticas sociais. Frente ao assombro que a experiência no território existencial da rua apresenta, o desterro, o fundo sem fundamento da realidade à mostra, a pólis trata de recalcar, expulsar, reprimir.

Um sintoma da cidade contemporânea é a insensibilidade. Mesmo que se explore a figura do desterrado, mesmo que se tenha pena, comiseração, culpa, se está insensível ao outro como concreitude existencial, já que se faz desse outro uma imagem domesticada, um estereótipo que nos produz apenas certa gama de afetos: medo, ódio, pena. Mas que como alteridade, não nos modifica. Insensibilidade aos afetos que ele mobiliza. A configuração afetiva do corpo na cidade, hegemonicamente, ao fugir da afetação, para além da figura estereotipada, não é afetada pela intensidade da experiência de desterro. Se não é afetada, ela não pode ver, compreender, senão por estereótipos. O ver por estereótipo sempre implica essa recusa, uma separação, uma cisão. A vulnerabilidade do outro em nada está implicada com a minha vulnerabilidade. O corpo do ponto de vista hegemônico na cidade é um corpo insensível que, frente à violência com a qual o bruto se apresenta, só pode reagir com brutalidade, seja a brutal violência de destruição, seja a brutal violência da indiferença.

Como diz Deligny¹⁴⁸, uma sociedade de adultos perfeitamente indiferentes, ou como diz Waly Salomão¹⁴⁹, a insensibilidade da classe média brasileira sem par no planeta. É o que

¹⁴⁸ Deligny, 2009.

¹⁴⁹ Salomão, 2003B.

tratamos anteriormente sobre a neurose do olhar: ver as coisas como demasiadamente objetivas, sem subjetividade. Aproximar-se, sentir vulnerabilidade – a presença dela em si - é desviar da figura do vulnerável e pensar as práticas e os modos de se relacionar na cidade: o modo como se produz a cidade e a si mesmo como urbanoide.

Viveiros de Castro, ao ler a tese de Clastres sobre uma sociedade contra o Estado, fala que o desafio da alteridade é o desafio do ocidente: como levar a sério os outros?¹⁵⁰. É como abrir espaço para os outros em nós; como elucidar as condições de “autodeterminação ontológica do outro”, reconhecer-lhe uma consistência sociopolítica própria, não transferível para nosso mundo em forma de representação, de informação, mas transferível para o nosso mundo em termos de intensidade.

Comum na cidade

Há um plano bruto da existência urbana que nos diferencia e ao mesmo tempo nos liga, nos dá a possibilidade de viver juntos. A experiência da rua nos evidencia esse plano, ao mostrar que o que nos liga é o que nos diferencia; o que nos diferencia é o que nos liga. O plano do bruto é um modo do plano comum na cidade. Acessar o bruto é quebrar o nosso regime perceptivo e afetivo que faz com que nos conformemos com essa maneira separada e interiorizada. Há de se fazer um deslocamento, um desterro afetivo, de se embarcar nesse movimento para construir outra posição. Não é uma questão de consciência, ou melhor, a consciência é efeito de uma transformação perceptiva e afetiva.

O filósofo François Julien¹⁵¹ coloca que o comum é uma zona e um conceito político-afetivo. Para Julien, o comum seria “aquilo em que temos parte ou tomamos parte, que é partilhado e do qual participamos”¹⁵². Se o universal aparece como uma lei, que preexiste à experiência, o comum só existe na e a partir da experiência. Assim, temos um comum que não é predeterminável, mas experienciável. O que é comum na experiência não seria feito em razão de uma relação de identidade ou semelhança, como grupos identitários. O que é partilhado não é uma forma, mas um afeto. A busca do comum é por um comum que não seja semelhante: oximoro comum-heterogêneo. O comum, se for construído a partir de um modo de relação identitária, tende a tornar-se comunitarismo, gueto.

¹⁵⁰ Castro, 2014, p. 313.

¹⁵¹ Julien, 2009.

¹⁵² Julien, 2009, p. 36.

Para Deligny¹⁵³, o comum é como uma rede, um corpo comum que compartilhamos, que é oposto à sociedade, que não diz respeito a um si, mas a um nós. O existente no registro do comum é agir sem reflexão, sem consciência de ser, sem projeção de um si. O humano do qual fala Deligny é o ser do comum, que para ele é um modo de ser em rede¹⁵⁴. Rede como obra de muitos, que dispensa autor ou ideia preconcebida. Existência desprovida de todo “para”, sem razão. É com um corpo comum no qual inscrevemos e com o qual escrevemos o ser comum urbano. Quando, por breves instantes, como lampejos, vemos tudo como relações de relações: uma relação conjugal, de amizade, comunitária, e não relações entre entes, sendo cada ente já uma relação de si para si, de si para o mundo. Nesses instantes entramos no plano comum.

Corpo e território são meios acessíveis à nossa configuração existencial para chegar ao comum. É sempre em um território que o comum aparece como evento fenomenológico, e é sempre por meio do corpo, como articulação paradoxal entre olhar subjetivo e objetivo, entre ponto de ver e ponto de vista, que podemos acessar e traçar o comum.

Ao estarmos no espaço de convivência cidade, se vivemos somente e sobretudo a partir do ponto de vista, que é a configuração existencial que joga o jogo do saber, "o “comum” é pensado enquanto código preexistente (e, de preferência, consensual): “para se jogar, precisamos saber um conjunto de regras e, em seguida, reproduzi-las.”¹⁵⁵. É esse jogo, entretanto, que torna a convivência uma concorrência de existências soltas no espaço, abstraídas de um plano comum. Aí fazemos as separações que geram as exclusões, as insensibilidades que diminuem nossa capacidade de nos diferenciarmos de nós mesmos, de mudarmos. É preciso pararmos e nos ocuparmos do território em que nos localizamos, que habitamos¹⁵⁶.

Há e pode haver o comum. Há sem dúvida os pontos de vista, a pólis, que são formações e tecnologias existenciais. É preciso lidar com o que há. Com essa discussão sobre pólis e bruto, não queremos afirmar que é preciso ou possível sair de uma vez por todas do registro da pólis. Ao falarmos do governo contemporâneo biopolítico, de seus vetores de racismo de Estado, não estamos tomando como sinônimos o racismo de Estado e a instituição Estado. Entendemos que ainda é preciso fazer uma disputa com essa perspectiva, uma disputa que se dá também dentro da máquina do Estado, em certa medida e a partir de condições de possibilidade para tanto. Isso por entendermos que, mesmo dentro da instituição, não é somente o

¹⁵³ Deligny, 2009

¹⁵⁴ Idem.

¹⁵⁵ Eugênio, Fiadeiro, 2013.

¹⁵⁶ Eugênio, Fiadeiro, 2013.

registro da pólis que pode existir. Não nos interessa montar um problema que ignorasse a necessidade, por exemplo, de construir leis, políticas que obriguem, ao menos institucionalmente, a defesa dos direitos de pessoas que estão vivendo nas ruas. Negar seria ignorar o quando isso constitui a nossa paisagem existencial urbana. Contudo, ao introduzirmos a discussão de que na cidade há dois registros e perspectivas nas existências urbanas, dois espaços que constroem diretamente as perspectivas, estamos afirmando que somente esse registro da pólis não dá conta do ‘viver junto’. Fazer uma lei não dá conta de proteger os viventes que estão na rua de sofrerem violências legitimadas pela sociedade, como de fato ocorrem. Afirmar essas duas dimensões da cidade é, para nós, entender que há outro registro de realidade que nos afeta, que produz o mundo tal como ele é. Isso também é uma questão de percepção e perspectiva, de modo de ver e agir na cidade, o que é um problema político. E também um problema para a clínica.

É por agir com o que há que vamos pensar o trabalho com o território existencial da rua também como uma disputa com a pólis, não para a eliminar (não temos essa pretensão), mas para abrir espaço nas instituições que compõe a cidade, para abrir espaço na própria cidade. E, ainda, para abrirmos espaço em nossa perspectiva que se constitui na cidade. É uma disputa, mas uma disputa que não objetiva dominar, uma disputa perceptiva e perspectiva, que não pretende se tornar única, mas afirmar um posicionamento.

Política pública Urbana

A cidade é muito mais do que a pólis e a instituição Estado dão conta. Quero dizer, não é possível contar apenas com políticas de Estado para resolver as problemáticas da cidade. E é justamente essa a questão: se delega ao Estado a resolução do que comparece como problema na cidade, e principalmente a questão dos marginais. A sociedade entende que essa é uma questão de polícia, ou seja, de repressão ou, na melhor das hipóteses, de assistência social, vista como caridade, e de saúde, vista como ortopedia dos modos de vida. A sociedade acredita que o Estado, a pólis, deve resolver todos os problemas que lhe competem, e que o resto é o “deixar rolar” do mercado.

O desterrado vai se transformar em objeto de intervenção das políticas de Estado. O campo de intervenção das políticas de Estado, ali onde elas terão a pretensão de se transformar em políticas públicas concretas, também é um campo de disputa entre perspectivas urbanas, entre modos de ver e agir na cidade. A disputa tem sentido, pois se a cidade é composta também da pólis, há nos espaços institucionais um campo que oferece oportunidades de cons-

truir a cidade, pelo menos em parte. Temos uma utopia, um tanto vaga, e queremos a manter vaga enquanto ideia em relação à cidade: a cidade como grande útero, viveiro de diversidade de modos de viver, ecossistema biodiverso e sustentável.

A natureza da disputa a se fazer não tem sentido antagonista: eliminar o inimigo, mas sim agonístico, a transformação dos que disputam. O comum que queremos cultivar não se dá por consenso, mas pela possibilidade de coexistir, de conviver no dissenso¹⁵⁷, na diferença. É possível abrir brechas, abrir espaço para o comum dentro da máquina do Estado, nem que seja, e é assim mesmo que é possível, por instantes, momentos que logo se desfazem. A natureza dessa disputa a que nos referimos é da ordem do agora, do que o atual campo de possibilidade permite.

No registro do Estado e da pólis na cidade, somente pontos de vista podem ser considerados: o ponto de vista do palestino, o ponto de vista do israelense, o ponto de vista da vítima, do algoz, da polícia. A pólis lida com identidades. Em nosso território de disputa, entrando na máquina do Estado e no regime da pólis, o ponto de ver que queremos abrir espaço ganha o nome de ponto de vista da população em situação de rua. Poderíamos dizer que se constitui uma ‘identidade morador de rua’? Isto é, algo que é idêntico a si mesmo? Mas o que parece é que a perspectiva que se forma na rua se caracteriza justamente pela diferenciação. E mais que isso, é desejável uma identidade pessoa em situação de rua? Talvez somente em momentos estratégicos. Como, por exemplo, mostrar que o plano de combate ao crack realizado em todo o Brasil, e mais especificamente no Rio de Janeiro, estava na verdade sequestrando da rua a dita população em situação de rua. Essa situação, a entendemos como estratégica, para dar um exemplo muito concreto. Isso não acontece somente com a experiência da rua. Outras experiências só ganham espaço legitimado na cidade em categorias identitárias: a mulher, o homoafetivo, o negro. Certamente esse não é o horizonte que temos para viver juntos na cidade. Mas, em algumas situações específicas, operamos nesse registro para poder diminuir algumas violências, embora, logo em seguida, quando se utilizam as categorias identitárias, outras violências se criem.

Temos um campo de atuação necessário para aquém e além da instituição Estado, e não nos referimos a fazer trabalho comunitário, voluntário: a própria maneira como se relaciona com o outro, como se sente o outro em si, em que medida e como nos afetamos por outro ponto de vista e por aquilo que nem sequer constitui um ponto de vista, mas uma perspectiva bruta. Toda a ação de qualquer ator começa por aí e tem por base isso. É com isso, com essa

¹⁵⁷ Eugênio, Fiadeiro, 2013.

afetação, com este modo de partilha do comum que se podem construir arranjos coletivos de cuidado na cidade. As práticas estatais da instituição Estado existem também como campo de disputa. E, nesse trabalho, nos referimos principalmente a este campo.

Vamos entender que há uma diferença entre Políticas de Estado, Políticas de Governo, Políticas Públicas¹⁵⁸. Política de Governo seriam as práticas realizadas nas instituições estatais a partir das equipes de governo, formada a cada mandato, que se revezam na máquina de Estado. Essa política de governo vai realizar/interpretar de uma maneira o texto constitucional do Estado, o que marca certa instabilidade nessas políticas, devido ao jogo da democracia representativa ao qual a política de governo está submetida. Assim, a cada mandato, os serviços, programas e projetos mudam de inflexão. Política de Estado, por outro lado, seria a dimensão política assentada no texto legal da Constituição, sendo as políticas e ações que o Estado formalmente e oficialmente se propõe, o que marca certa estabilidade deste tipo de política, não em sua execução, mas em suas diretrizes oficiais. Uma política de Estado será executada dessa ou daquela maneira por cada equipe de governo. O SUS é uma política de Estado, que será executada de maneira diferente por cada equipe de governo, cada política de governo.

É com o que se chama ‘política pública’ que pretendemos disputar sentido. Nas políticas públicas não está garantido, e na grande maioria das vezes não comparece, o caráter público da política. Há uma apropriação que queremos fazer do termo *público*, afirmando que há um caráter público, um teor, um grau público da política. O termo público está diretamente relacionado à pólis: ao que é da ordem da pólis, ao que é da dimensão da pólis na cidade. A pólis é uma institucionalidade, um modo de estratificação do que é da ordem do comum na cidade. Como discutimos acima, o que é da ordem da pólis, no que diz respeito ao comum, acaba sempre sendo a jusante da experiência. Ele é contrário ao fluxo da experiência, pois busca estabelecer universais, subjugar a experiência, que só pode ser singular, localizada e temporária em categorias universais, que se pretendem gerais e permanentes. Esta é uma certa maneira de lidar (subjugar) com o espaço comum.

Atualmente, no entanto, se abandonamos a disputa nos espaços institucionais da cidade, a pólis e outras forças a ocupam de maneira a fazer de tudo que seria público instrumento de interesses privados – leia-se das grandes corporações. Uma privatização dos espaços públicos com a utilização da instituição Estado¹⁵⁹. O público então aparece como uma categoria

¹⁵⁸ Barros, Passos, 2005.

¹⁵⁹ Por exemplo, na ocasião das preparações para as Olimpíadas no Rio de Janeiro, a instituição é utilizada para desalojar os moradores do Morro da Providência, para reprimir os protestos, e deixa rolar livremente a especulação imobiliária, deixa que a concorrência, deixa que a política de habitação seja regulada pelo próprio mercado.

importante, que precisa ser reencantada, sobretudo em um contexto brasileiro de inanição do Estado de direito e hipertrofia de um Estado policial patrimonial, ou seja, que se ocupa da defesa da propriedade privada das grandes corporações. Falemos do público que queremos afirmar.

Mendonça Filho¹⁶⁰ nos fala do *público* como um centro de autoridade não específica e não localizada, uma dimensão a ser ocupada por todos e que remete às condições de articulação dos interesses de uma comunidade política. Esse público seria ao mesmo tempo interno e externo a todos, refutando a ideia de público como o “social”. O “público diz respeito à experiência concreta dos coletivos de forças sempre em movimento. Daí estar em um plano diferente daquele do Estado enquanto figura paralisada e transcendente da modernidade”¹⁶¹. O público diz respeito a todos, não no sentido de abranger um universal, mas no sentido de algo que diz respeito a qualquer um, de modo que possa congrega as singularidades dos existentes ao estar em composição direta com o que viemos chamando de plano comum. Vamos definir o público como uma zona de composição possível entre pólis e comum, pólis e bruto. O que faz desse público uma zona sempre instável e perigosa.

A implicação dessa caracterização de público é que por política pública vamos entender algo diferente das políticas de Estado e das políticas de governo, sendo que a política pública urbana seria uma composição na cidade entre sua dimensão institucional (Estado, movimentos sociais, instâncias reguladoras – pólis) e o fora da instituição, aquilo que não pode ser apreendido pelos pontos de vista.

Uma política pública sempre será um direcionamento, uma forma de organização do público como espaço subjetivo. Ela tem uma dimensão organizativa, de distribuição entre os pontos de vistas diferentes. Mas também deixa o espaço para a variação, para o que no ponto de vista não é. A maneira de deixar essa margem para o plano do bruto é afirmar o caráter, a qualidade, a intensidade pública da política, é fazer com que as práticas nas políticas de Estado sejam forçadas, tensionadas a estarem comprometidas com as experiências singulares que existem. Estejam, por instantes, à montante das experiências concretas, quero dizer, tenham valor de uso para as pessoas na concretude das suas existências. E isso só é possível em se assentando essas políticas no território, ou melhor, a partir dos territórios, para os territórios, a serviço do que *acontece* concretamente neles. O que torna a política pública um arranjo em

O direito a moradia deixa de ser problema do Estado, enquanto se criminaliza qualquer ato de contestação a isso, para a instituição ser chamada a intervir por meio da polícia.

¹⁶⁰ Mendonça Filho, 2008.

¹⁶¹ Monteiro, Coimbra, Mendonça Filho, 2006, p. 5.

termos de serviços e ações para o espaço público na linha de fronteira entre o instituído e o instituinte. Na máquina de Estado algo pode, sempre temporariamente, resistir às linhas de capilarização do poder, à sua interiorização, à sua privatização, à sua substantivação, apontando para a exterioridade, fazendo com que o Estado se abra para o que é o seu fora¹⁶² – o público, o coletivo.

Porém, esse sentido de políticas públicas urbanas só acontece em ato. O que *acontece* em ato acontece em um território existencial. A alteração da experiência coletiva pode “gerar políticas públicas malgrado o movimento de interiorização da máquina de Estado [...] é o que se produz no plano do coletivo que garante o sentido público das políticas que também atravessam o Estado”¹⁶³. Dentre as políticas que estamos caracterizando, a política pública é a mais instável, por que só existe quando acontece. O caráter temporário, provisório, a que nos referimos, sendo uma composição entre o bruto e a pólis, determina que as políticas públicas efetivadas invariavelmente perderão sua força e, mais cedo ou mais tarde, perderão o seu caráter público, porque é do regime da pólis e do Estado estratificar o que é movimento, criar categorias identitárias que enfraquecem o comum, e que conseqüentemente, o caráter público da política, já que o público é composto do comum. E essa estratificação sempre estará atrasada, sempre secundará o movimento diferenciante do vivo. Toda política, para ser pública, deve se saber perecível na sua forma de se arranjar, precisando ser aberta à sua finitude. Os grupos e atores que constroem essas políticas devem incluir a inevitável morte dos arranjos e dispositivos que constroem. E isso para perseguir a vivacidade das ações.

Os agentes das políticas efetivamente públicas, de caráter público, como os profissionais de saúde, que são os nossos sujeitos de pesquisa, fazem a ponte entre a pólis e o bruto. Eles têm essa função de fazer o intercâmbio nessa zona de fronteira, de passar a fronteira, de servir de intérprete, tradutor, intermediário, e sempre inventando aparatos temporários para conseguirem fazer presente o caráter público na política da Pólis, presentificando o que está fora de seus registros: o câmbio, os tráficos e as gambiarras.

O espaço do público tem essa potencialidade, mesmo e justo porque estamos em um momento histórico de privatização da maioria dos espaços, em que tudo vira empresa, negócio. O espaço público, como espaço de diálogo com a instituição do Estado, tem a possibilidade de conjurar, ao menos em parte, não apenas o próprio movimento totalizante e substanti-

¹⁶² Barros e Passos, 2005.

¹⁶³ Barros; Passos, 2005, p.15.

vante do Estado, mas também o modelo empresa que busca invadir qualquer organização social.

A política pública urbana, então, lida com essa tensão social que a terceira margem incita e que compõe com a cidade: a apreensão desse plano bruto da existência como qualidade urbana do plano comum. Ela deve partilhar esse bruto, aproximar-se, senti-lo em si, e é assim que contrai o coletivo e constrói a conexão – fazendo-se o transporte. Ela se compõe, então, com a rede da cidade, que é muito mais que institucional, é territorial, ou seja, acontece de fato nos territórios, se faz por conexão não de lei, mas de afeto.

Nosso percurso em políticas públicas urbanas: clínica pública

Na perspectiva da pólis, atravessada pelo biopoder contemporâneo e pelo Capitalismo Mundial Integrado, o vulnerável é a figura do que fracassou. E ali onde o projeto, a perspectiva da sociedade fracassa é que está a possibilidade de outra cidade, não comprometida com o projeto de cidade mercado. O vulnerável mostra, ao mesmo tempo, o equívoco que é o projeto da cidade limpa e vendável e a impossibilidade de vivermos juntos sob cisões. Mostra a inviabilidade da totalização, da substantivação, da versão única acerca da realidade. E o vulnerável mostra a importância para a vitalidade, para a saúde como capacidade de normatização¹⁶⁴, da abertura, do que não se completa.

Nossa trajetória de pesquisa busca pensar essa construção do público urbano com a vulnerabilidade nas ruas do Centro de nossas duas cidades. E sempre se tratou de construir operações intercessoras, pontes. A isso viemos chamando de uma operação da clínica. A construção do público seria uma tarefa da clínica, como uma composição entre o acontecimento e os estados de coisa da pólis, fazendo pontes¹⁶⁵.

Na dissertação, pesquisamos a ação de um dispositivo da política de Assistência Social com jovens que viviam nas ruas, cujo nome era Ação Rua. A pesquisa foi desenvolvida a partir de nossa experiência como psicólogo de uma equipe de “abordagem de rua” no centro da cidade de Porto Alegre. A questão, nesta pesquisa, era tomar em análise as práticas de cuidado nesse dispositivo. Para isso, foi necessário problematizá-lo, pensando que o cuidado que o mesmo visava exercer estava, pelas linhas de formação das políticas de Assistência Social, sempre implicado com o problema do controle sobre as pessoas assistidas.

¹⁶⁴ Canguilhem, 1982.

¹⁶⁵ Macerata, 2010.

Ali buscávamos entender que tipo de ação é possível dentro das políticas de Assistência Social, de modo que escapássemos das intervenções de modelação e eliminação dessa experiência subjetiva da rua – a que chamamos ações de controle – e nos aproximássemos de ações que diriam respeito ao que entendemos ser o cuidado e o cultivo da vida dos meninos e de suas famílias.

Montamos um estudo cartográfico que considerava três elementos em dinâmicas de coprodução: a Ação da política de Estado; a rua-alvo da intervenção; as relações que se estabeleciam entre os agentes da Ação e os jovens que viviam nas ruas. Os modos de relação entre *ação* e *rua* foram narrados a partir de experiências concretas do cotidiano do serviço. Tais modos de relação eram qualificados por preposições, marcando modos de *relações prepositivas*. A preposição servia para qualificar o sentido que a relação ganhava na prática em um território específico: ação <contra> a rua, ação <sobre> a rua, ação <na> rua, ação <com> a rua, ação <pela> rua.

Afirmamos que o cuidado ou o controle se definiriam a partir do sentido ou da lógica da relação. Controle como uma relação antagonista (contra, sobre a rua), que pressupunha a eliminação da experiência da rua nas pessoas pela modulação de seus modos de vida. Cuidado como uma relação agonística (na, com, pela rua), relação de aproximação, acolhimento, conexão e manejo a partir da experiência da rua. Uma composição com ela. Quando definimos ações com sentidos prepositivos de cuidado e de controle (com, na, sobre, contra), só o fizemos *a posteriori* da experiência. O sentido da intervenção se decidia em ato e nunca antes dele. O primeiro movimento para a construção do cuidado era estar na experiência: estar junto ao usuário da política, compartilhar seu ambiente. E estar, nessa dimensão relacional, compartilhando uma experiência era, na perspectiva de quem intervém, ao mesmo tempo estar ocupado consigo, cuidando de si, acessando e manejando os próprios afetos. Na relação com o plano bruto da rua há um caráter sempre inédito da experiência: na base, todo modo de relação da ação com a rua era uma ação $\langle \rangle$ ¹⁶⁶ rua, ou seja, na experiência concreta de relação com essa experiência de rua, infinitas eram as possibilidades de relação. Era no modo de manejar com os afetos no corpo do interventor, no caráter sempre inédito de cada encontro que o sentido da relação se decidia.

Daquilo que foi produzido na dissertação, destacamos alguns pontos que permaneceram como pontas soltas e que pediam desdobramento no processo de pesquisa da tese. O cuidado com os que vivem na rua coloca como imperativo um acesso à experiência da rua, que,

¹⁶⁶ $\langle \rangle$ é o rombo, símbolo da lógica que significa todas as relações possíveis.

como definimos, é uma experiência com o plano bruto da existência, que é necessariamente coletivo, não propriedade dos sujeitos que a manifestam. O processo de acessá-la trata-se de acessar simultaneamente o bruto expresso pelos sujeitos da rua e o bruto naquele que cuida: uma dimensão não formada, cheia de intensidades e vazia de formas, os afetos brutos em si, a parte não estratificada de nós mesmos.

Para escapar aos modos de relação de base antagonista – que produzem controle e não cuidado –, era necessário outro modo de entrar em relação. Cuidar, então, pressupunha estar na experiência da relação, em sua face ainda não formada, o que quer dizer manejar nessa zona afetiva de indissociabilidade entre eu e o outro. Acessar a experiência do bruto era colocar-se na relação como um plano afetivo de coprodução.

Assim, nos interessa marcar de onde construímos o que estamos propondo até aqui e que, neste momento, em se tratando de modos de relação – para com o outro, para consigo, para com a cidade –, estamos falando de um modo de operar cuidado, estamos falando de uma clínica pública. Essa clínica operaria uma comunicação entre os diferentes (abertura comunicacional, aproximação do distante), sendo um acesso e uma criação de um élan (território afetivo). Ela se utiliza de um corpo afetivo, de um arranjo sensível. Corpo do sentir como uma prática, uma prática sensível.

O percurso da dissertação mostrou que a aproximação com a rua como território existencial obriga um mergulho no plano relacional que se faz por um descentramento do objeto de saber e de intervenção. A pessoa em situação de rua, o mendigo ainda são estereótipos. Não podemos negá-lo, mas é preciso ir além ou, ainda, aquém dele. É preciso chegar aos territórios existenciais não identitários. E isso se faz por meio de um plano afetivo, da construção de um olhar que veja e opere esse plano afetivo. Olhar que não seja construído em uma interioridade do pensamento, mas que se dê por um corpo afetivo conectado no espaço.

Uma clínica pública como um modo de interferir no contemporâneo e que deva operar com outro olhar, construir um olhar que fuja aos modelos centrípetos das disciplinas e da própria subjetividade.

No seguimento desse percurso, encontramos a saúde pública agora no centro da cidade do Rio de Janeiro. Nessa nova experiência, a clínica vai ser a articulação entre uma diversidade maior de perspectivas do cuidado.

O que segue do primeiro processo de investigação na assistência social, chegando à saúde pública, é o manejo dessa dimensão sensível da cidade. A clínica, nesse sentido, não seria uma clínica do sujeito e suas representações, mas uma clínica de territórios subjetivos,

de planos afetivos. Iniciamos, então, um processo de construção de uma noção de clínica que pudesse desbloquear o invisível, que realizasse uma disputa perceptiva contra o Estado dentro do Estado.

O cuidado, no âmbito do que se chamam políticas públicas para população em situação de rua, é, portanto, acessar a experiência do bruto na pólis. Experiência política na cidade. A pesquisa da dissertação se desdobra na pesquisa da tese. A “ponta solta” que tomamos da dissertação para desdobrar na tese diz respeito ao acesso mesmo a essa experiência bruta: como é possível acessar e criar um plano comum com a experiência da rua? O que importa, nessa clínica pública, não é o outro, mas o nós comum de Deligny. Nesse sentido, é a direção do cultivo da cidade como grande útero que gesta diversidades, o que Guattari¹⁶⁷ chama de restauração da cidade subjetiva.

¹⁶⁷ Guattari, 1992.

Capítulo Segundo: campo problemático da Saúde: AB, SM, RD e rua.

Rio de Janeiro, demorô, é agora, pra se virar tem que aprender na rua o que não se aprende na escola¹⁶⁸.

Construção inicial do POP RUA

“O bloco nos surpreendeu. Aquilo que não havia acontecia. À medida que ele se deslocava no Centro da cidade, a surpresa parecia ininterrupta: não havia o momento da revelação, mas um desenrolar sutil e surpreendente que parecia menos revelar algo, chegar a um ponto final, e mais abrir caminhos neste mesmo Centro de sempre. Era uma surpresa fugidia, que conduzia... fazia “seguir o baile”, impulso de seguir. O Centro, de pessoas indiferentes e às vezes hostis, simpatizava, tomava parte, se interessava. Havia na atmosfera deste Centro, criado na passagem do bloco, uma irresistível disponibilidade, uma aderência, algo como o imperativo de Henry Miller: “Torne-se um adepto da vida!”. Pessoas diversas selecionaram sem saber, ao que parece, uma mesma frequência de onda. O bloco “Unidos do Atelier” tinha pouco ensaio, pouca alegoria, poucos instrumentos, mas na sua manifestação não faltou adesão ao élan criado no seu contato com o Centro. Pelo Largo da Carioca, Uruguaiana e Largo São Francisco, o bloco extrapolou seu itinerário, sua programação. Todos iam se juntando, o bêbado, o engravatado, o turista, o trabalhador, mendigos, camelôs... No seu desenrolar, não era possível identificar o delineamento “correto” dessas figuras, ou essa definição no momento não importava. Ali ninguém era usuário, trabalhador, transeunte. E o bloco fez-se uníssono em sua dissonância, surpreendente em sua modéstia. O bloco aconteceu com o Centro do Rio. Coisas do carnaval? Há nessas ruas algo que uma vez por ano reunimos sobre o nome e a expressão de carnaval, mas que tem infinitas outras expressões. Algo que é o ímpeto das expressões.”¹⁶⁹

Para quem e além do carnaval, nos importa o que a imagem desse bloco de carnaval pode falar do contexto em que foi produzido: contexto da prática de uma equipe de Saúde Pú-

¹⁶⁸ Música Zerovinteum, de Bnegão e Planet Hemp.

¹⁶⁹ Relato da experiência de campo, fevereiro de 2011, no bloco de carnaval dos usuários dos serviços POP RUA (Saúde) e Atelier Cidadão Bárbara Calazans (Assistência Social), fruto da oficina de música do POP RUA.

blica para população em situação de rua na relação com seus usuários e com a rua em que os mesmos habitam. Como integrante dessa equipe, pude entender que essa imagem afetiva mostra o que, em nosso entender, é a tarefa ou o processo de produção de política pública com as pessoas que vivem nas ruas: a construção de um tempo/espaço *comum*, a produção do público na política ou a co-habitação de um território.

É agosto de 2010. Passo a participar da implementação do primeiro serviço de saúde para população em situação de rua no centro da cidade do Rio de Janeiro. Conhecido como POP RUA¹⁷⁰, esse serviço inicia como uma equipe de Estratégia de Saúde da Família¹⁷¹ (ESF), acrescido de uma equipe de Consultório de Rua¹⁷². Um mesmo dispositivo que reunia uma equipe de Atenção Básica (AB) em saúde e uma equipe de Saúde Mental (SM) e Redução de Danos (RD)¹⁷³.

Tal serviço surge na cidade do Rio de Janeiro por uma necessidade muito concreta: atender uma população que não acessava o SUS, a não ser de forma muito pontual nos atendimentos de emergência. A ideia inicial que construiu o POP RUA era a de associar a lógica territorial e de acompanhamento longitudinal da ESF à lógica itinerante do projeto do Consultório de Rua, ampliando a capacidade de oferta e resolução das questões de saúde para os usuários do serviço. Ao articular a RD e profissionais da saúde mental à ESF, buscava-se uma ampliação da oferta de cuidados para as demandas de saúde diversas que as pessoas que viviam nas ruas do Rio apresentavam. A equipe foi criada para atuar no Centro do Rio e foi desenhada a partir de um grupo de trabalho que reuniu diversas áreas da saúde e de movimentos sociais e instituições que trabalhavam com a rua na cidade. A equipe era composta, em seu início, dos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, Agentes Co-

¹⁷⁰ POP RUA é como foi ficando conhecido o serviço de saúde para a população em situação de rua da área programática de saúde 1.0 da cidade do Rio de Janeiro. Posteriormente, com a instituição dos programas de Consultório na Rua, em 2012, o POP RUA se transformou em equipe de Consultório na Rua - Rio de Janeiro, Centro.

¹⁷¹ Tipificação de serviço de Atenção Básica em Saúde, que consiste em uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas (2.400 a 4.000), localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, da prevenção, da recuperação, da reabilitação de doenças e de agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade.

¹⁷² Projeto que consiste em uma equipe que tem a função de ampliação do acolhimento, de articulação da rede para o acesso a usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social. Iniciado em Salvador no final dos anos 90, o Consultório de Rua consiste numa equipe volante, constituída de profissionais da saúde mental, da atenção básica e pelo menos de um profissional da área de assistência social, que realiza uma rotina de atividades e intervenções psicossociais e educativas na rua junto aos usuários de drogas. Essas equipes realizam intervenções educativas e psicossociais e contam com insumos para o tratamento de situações clínicas comuns, além de preservativos, cartilhas e material instrucional, material para curativos e medicamentos de uso mais frequente.

¹⁷³ O POP RUA surge antes da proposta das equipes de Consultório na Rua, sendo uma das experiências no Brasil que serviu de modelo base para a construção desta proposta.

munitários de Saúde (ACS)¹⁷⁴ e odontólogo, associados a uma equipe multiprofissional de saúde mental: psicólogo, assistente social e musicoterapeuta.

O desafio inicial do trabalho era construir uma inserção da equipe no território da rua no Centro do Rio de Janeiro. A região abrangida pelo POP RUA é muito antiga na cidade que por sua vez é uma das mais antigas do Brasil. As ruas do Centro do Rio são centrais para toda a região do Estado e até mesmo do Brasil – Central do Brasil. As múltiplas camadas históricas coexistem com a importância social, cultural, econômica e política desse lugar no mapa brasileiro. Território de convergência e sobreposição de vários fluxos territoriais, econômicos, culturais, subjetivos: “O Rio é uma cidade de cidades misturadas, o Rio é uma cidade de cidades camufladas, com governos misturados, camuflados, paralelos, sorrateiros, ocultando comandos”¹⁷⁵. A rua do POP RUA era local de encontro e de coexistência de multidões que se encontram na Praça XV, Cinelândia, Central do Brasil, Praça Mauá, Uruguaiana, Largo da Carioca, Rodoviária Novo Rio, Lapa, Campo de Santana, Castelo, Zona Portuária, Morro da Providência. O POP RUA era um serviço inédito em sua conformação, uma mistura de serviços nunca produzida na cidade, com um mandato de atuar e construir uma lógica de trabalho em um território novo também para a saúde: a rua do Centro do Rio de Janeiro.

A alta concentração e a diversidade de pessoas que no território se encontravam, evidenciavam as diferenças e os abismos sociais. Convivendo em meio ao Centro da cidade havia uma África no Brasil: condições de saúde extremamente precárias, condições de desenvolvimento social baixíssimo, violências exacerbadas. Território de situações extremas, a rua do centro do Rio se configura como o lugar de tudo que não tem mais lugar na cidade, seja nos bairros mais abastados, seja nas periferias, favelas ou presídios: aqueles que enlouqueceram; aqueles que perderam suas famílias, seus vínculos afetivos, seus empregos; aqueles que saíram sem rumo de outras regiões do Brasil; sem teto; profissionais do sexo; usuários abusivos de drogas; catadores de material reciclável; vendedores de rua, camelôs; traficantes jurados de morte; ex-presidiários.

No encontro dos desterrados com o centro, uma tensão se cria pela própria dinâmica de exclusão da cidade, de violência de Estado e da sociedade que expulsa essas pessoas, novamente, do centro: através de grupos de extermínio, sequestros legitimados, operações higie-

¹⁷⁴ O Agente Comunitário de Saúde é um profissional de nível médio que tem a função de reunir informações de saúde sobre uma comunidade. Orientado por supervisor (profissional enfermeiro ou médico) da unidade de saúde, realiza visitas domiciliares na área de abrangência da sua unidade, produzindo informações capazes de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade.

¹⁷⁵ Rio 40 graus, música de Fausto Fawcett.

nistas de ordenação e limpeza das ruas, operações policiais e indiferença e ódio cotidianos. A saúde pública na AP 1.0 (Centro do Rio), região com mais equipamentos de saúde da cidade, oferecia muito pouco espaço àqueles que mantinham uma relação muito íntima com a rua.

Nesse sentido, logo fomos percebendo que o trabalho do POP RUA seria o de abrir espaço para a rua nos espaços institucionais do centro. Criar lugares, condições de possibilidade para a construção de novos lugares. Era necessário tomar do território o que ele tinha de singular e potencializar essa singularidade. Pela afirmação de seu caráter híbrido, misturado, o POP RUA colocou-se enunciados-estandartes da poesia de rua: “Só misturando pra ver o que vai dar!” e “Experimentar o experimental!”¹⁷⁶. Mistura e experimentação foram o norte para a construção do serviço: misturar os saberes, misturar o que a saúde poderia oferecer com a rua; experimentar a rua, experimentar estratégias. Como desenho institucional na saúde, o POP RUA já era uma mistura: Atenção Básica, Saúde Mental, Redução de Danos, bem como a experiência em outras políticas com a rua. O que se formou não foi um aglomerado de lógicas contraditórias ou paralelas, mas um híbrido que conjugava lógicas e experiências diferentes que estavam ao mesmo tempo totalmente sintonizadas.

Inicialmente, o serviço tinha poucos parâmetros para fazer seu desenho institucional. Embora tivesse a ESF como base, esse modelo, na maneira como era geralmente praticado não dava conta de atender a população de rua, como veremos à frente. O POP RUA também quase não tinha espaço físico, além da rua, para atender os usuários. A via de construção do trabalho, de desenhar seu funcionamento foi criar uma relação muito próxima com a rua, construindo um saber com a rua: como funcionava, qual a característica da pessoas que estavam em cada região, que instituições lá estavam, quais os problemas de saúde. O primeiro momento da montagem do serviço foi de mapeamento, de cartografia do território. Era um apropriar-se da rua. Nos primeiros dois meses, realizaram-se saídas a rua onde toda a equipe passava a maior parte do tempo de trabalho na rua. Saídas a rua acompanhadas de muitas discussões, reuniões, espaços coletivos para pensar e organizar o trabalho.

Após os primeiros quatro meses, o serviço começa a ter um desenho mais definido. A atuação na rua foi organizada por meio da divisão e distribuição do território em microáreas, onde a equipe se dividia e passava a visitar constantemente. Microáreas que eram constantemente redefinidas, a partir da concentração de população de rua e suas flutuações. O trabalho com o usuários passou a ser desenvolvido a partir de conversas na rua, que se tornavam cotidianas, pela repetição e contunidade: estar na rua, encontrar uma e outra vez, todos os dias.

¹⁷⁶ Marcelo Yuka, “o Homem amarelo”; Waly Salomão, 1998. Respectivamente.

Mas, também foram sendo criados e conquistados espaços dentro da sede do serviço: o Centro Municipal de Saúde Oswaldo Cruz (CMSOC). O usuário passou a frequentar o CMSOC. O contato entre POP RUA e usuários se dava de duas maneiras: através das aproximações e dos contatos na rua; através do acolhimento de porta aberta na sede do serviço, onde os usuários eram acolhidos, avaliados e agendado para os atendimentos diversos. A atuação do POP RUA passou a ser organizada então a partir de três planos territoriais: o trabalho acontecia na rua, na sede/unidade de referência e nas redes institucionais (de saúde e outras políticas públicas). Utilizamos a ideia de planos territoriais (dimensões) porque ela ultrapassava a noção de espaços de atuação como locais com clara demarcação física e permanente. Compreendeu-se que a rua, a sede/unidade de saúde e a rede eram espaços que estavam em contiguidade e se interferiam mutuamente. Por exemplo, a rua se fazia presente na sala de espera do acolhimento, a sede se fazia presente na rua, quando algum atendimento na rua era realizado. O mesmo se pode relacionar com a rede.

A experiência no POP RUA produziu acontecimentos no território do centro, na vida de muitos dos que passaram por aquelas práticas, como trabalhadores, usuários e afins. E, na saúde pública, o POP RUA tem um lugar importante na construção do que se chama hoje equipe de Consultório na Rua (eCR), tendo servido de um dos modelos para a construção desse programa. A experiência POP RUA suscita uma série de questões ao SUS, e especificamente ao cuidado praticado na Atenção Básica. Essas questões compõe o que entendemos ser um campo problemático da saúde no encontro da Atenção Básica com a rua. Tema do qual trata este capítulo.

Da experiência da construção do POP RUA, destacamos três importantes pontos para a discussão do cuidado em Atenção Básica: o primeiro que diz respeito a noção de território na atenção, é o estabelecimento de certa relação de abertura e composição com o território e um certo modo de considerar o território no universo do cuidado, um modo de compor com o território em que a equipe atuava e um modo territorial de construir o trabalho; um segundo, diz respeito a ampliação da clínica, pela articulação entre os diversos saberes que compunham a equipe, e especificamente a articulação dos pontos de vista de uma saúde do corpo e outra da saúde da mente/dos afetos, articulação das práticas de uma ESF e das práticas de equipes de Saúde Mental e Redução de Danos; e o terceiro ponto seria a questão do acesso, que está ligada com os dois pontos acima, estando também diretamente implicado com o acesso à cidade, ao acesso das populações em situação de rua ao SUS, mas também ao acesso do SUS a

rua. A experiência do POP RUA mostra vulnerabilidades do cuidado no SUS. Vulnerabilidades que são ao mesmo tempo potenciais de mudança nas práticas.

Se a abordagem desses três fatores – território, ampliação da clínica/integralidade do olhar em saúde e acesso – são fundamentais ao SUS e a mistura realizada pelo POP RUA se mostrou profícua, é porque entendemos que um importante fator para isso diz respeito a uma linha, a um potencial que já existe, há muito tempo, no SUS. Podemos dizer que ela seria a capacidade de articulação entre os paradigmas de cuidado que compõem o POP RUA: Atenção Básica, Saúde Mental e Redução de Danos. Há, nesses paradigmas ou lógicas de cuidado uma possibilidade de conexão entre elas, o que faz com que suas diferenças possam compor e com que cada lógica possa variar.

Atenção Básica, Saúde Mental e Redução de Danos são níveis, áreas e políticas no SUS. Mas entendemos que são também paradigmas ou lógicas do cuidado, que operam conceitos e metodologias. O termo cuidado abrange as práticas em saúde que são feitas na relação os territórios atendidos, o que pode envolver as ações dos profissionais, mas também as estratégias coletivas das equipes, na atenção, prevenção e promoção de saúde, também práticas de gestão que influenciam diretamente na atenção ao usuário do SUS. Vamos então entender que linha de conexão é essa entre AB, SM e RD que permitiu a construção do cuidado do POP RUA.

Paradigmas na atenção básica

Na AB, a diretriz é a de que as ofertas de cuidado sejam construídas a partir das demandas de saúde mais predominantes no território de abrangência¹⁷⁷. Cada serviço tem uma demarcação territorial de sua responsabilidade. A AB deve, pois, garantir o acompanhamento longitudinal do usuário, acompanhando-o por todo o seu percurso na rede e na vida. Sua condição de trabalho primordial é o vínculo, e sua especialidade não é nenhum tipo de linha de cuidado, mas sim o próprio território em que ela se localiza: ela deve ser generalista em seus saberes/instrumentos e especialista em seu território de atuação.

Para Cunha¹⁷⁸, o paradigma do cuidado na AB tem como características: ser geral, não sendo restritivo a faixas etárias, a tipos de problemas ou condições; ser acessível em relação a tempo, lugar, financiamento e cultura; ser integrado e integral, curativo, reabilitador, promotor de saúde e preventivo de enfermidades. Dessa forma, esse cuidado só pode ser um cuidado

¹⁷⁷ Cunha, 2004; Pasche, 2010.

¹⁷⁸ Cunha, 2004.

continuado e, necessariamente, operado por uma equipe multiprofissional. Sua perspectiva é centrada na pessoa e não na enfermidade, sendo orientado para coletividades (famílias, grupos e comunidades). A complexidade da AB é poder produzir um entendimento singular sobre cada processo de vida, e não sobre as doenças como categorias gerais. A AB é necessariamente inclusiva: inclui os mais diversos elementos na construção do seu saber e na sua intervenção.

Sobre a complexidade da AB, Campos¹⁷⁹ afirma que o complexo na rede básica atinge uma expressão maior, sendo necessário não somente considerar uma gama muito variada de aspectos no momento do diagnóstico, mas também as mais diferentes dimensões da vida do sujeito. Construída como contraponto ao modelo hospitalar – especializado, pontual e centralizado –, a clínica da AB busca responder às questões de saúde da maneira como elas se efetivam no cotidiano de seu território. Seu saber é menos especializado no sentido de ser inclusivo, que dizer, incluir em sua possibilidade de atendimento uma gama muito variada de questões de saúde.

Paradigmas na Saúde Mental (SM) e na Redução de Danos (RD)

Palombini¹⁸⁰ afirma que a perspectiva da SM é trabalhar com a subjetividade que se faz na relação com outro, onde se articula o singular e o coletivo, indivíduo e sociedade, dentro e fora. É nesse entremeio que a clínica da saúde mental opera com o horizonte de abertura à produção de novos sentidos e modos de conexão com o mundo, implicando a transformação e a produção de novas paisagens subjetivas. A SM construída a partir da Reforma Psiquiátrica marca outra relação com o território e um contraponto ao modelo do hospital psiquiátrico. A clínica nos novos equipamentos de saúde mental pós-Reforma Psiquiátrica tem como diretriz exercer seu trabalho de modo articulado com o território da cidade: a “noção de território ganha sentido existencial, como lugar em que se desfazem, se constroem, se reforçam ou se enfraquecem os laços sociais que dão sentido à vida”¹⁸¹.

Para Furtado e Passos¹⁸², a Reforma Psiquiátrica chegou para “desconstruir o espaço de relações que se criou em torno do louco enquanto objeto do conhecimento e de tecnologias do cuidado”. Ela problematiza o espaço do cuidado, propondo como direção clínica-política a desinstitucionalização, que deve ser pensada como uma deslocalização e uma abertura dos

¹⁷⁹ Campos, 2005.

¹⁸⁰ Palombini, 2010.

¹⁸¹ Furtado, Passos 2012, p. 412.

¹⁸² Furtado, Passos, 2012, p. 419.

espaços do cuidado. A deslocalização diz respeito à crítica ao lugar onde se vê, se fala, e no qual se produz o saber sobre a loucura: tradicionalmente, o hospital psiquiátrico. A partir dessa crítica há uma abertura do cuidado para o território. O lugar de ver, de falar e de produzir saberes sobre a loucura não está mais localizado no hospício nem mesmo no louco, mas se direciona a todos os espaços, numa descentralização da rede de saúde, ao buscar se aproximar da perspectiva daquele que busca tratamento.

A clínica peripatética proposta por Lancetti¹⁸³ no campo da SM e da Redução de Danos se desenvolve em um *setting* móvel – aquele que se faz na rua, com todos aqueles que excedem: jovens em situação de rua, moradores de rua, usuário de drogas, pacientes psiquiátricos. A clínica na rua é a criação de um *setting* fora das instituições, dentro da cidade, que tem por diretriz focar e valorizar o caráter ativo da experiência do sujeito e do território cuidado naquilo que a experiência da loucura, do uso de drogas, da rua é ativo, é produtivo, considerando-a a partir de suas especificidades. A clínica da Redução de Danos, então, trabalha com essas especificidades da experiência e busca ampliar a saúde a partir de suas condições. Clínica peripatética e redução de danos vamos entender por práticas que se fazem pela criação de redes heterogêneas que produzem novos territórios subjetivos.

A diretriz da SM nessa relação com o território faz com que o sentido dessa clínica não se dê somente em um espaço aberto, mas principalmente em uma abertura do espaço. “Tal operação de abertura [...] impõe uma modulação do espaço do cuidado a partir do que nele acontece, produzindo redes quentes”¹⁸⁴. E não é só o espaço em que ela se realiza. A clínica peripatética, a clínica da reforma, a clínica da RD são aberturas dos modos de cuidar para a o espaço. Abertura do cuidado tanto variando seu local, quanto variando os elementos com os quais vai operar através de um composição com os territórios onde está o sujeito a ser cuidado. Cuidar em territórios e não em uma suspensão do território.

A RD, como dispositivo de acompanhamento peripatético, se faz na rua, próxima às situações de uso de drogas, e se constitui como uma das primeiras experiências em saúde a traçar suas estratégias na rua. A RD deve ser entendida não só como dispositivo de intervenção, mas também e principalmente como paradigma ético do cuidado em saúde pública. Redução de Danos é a promoção da saúde a partir da singularidade de cada sujeito e de cada território, considerando seus funcionamentos, suas condições, suas características, seus desejos. Lancet-

¹⁸³ Lancetti, 2008.

¹⁸⁴ Furtado, Passos, 2012.

ti¹⁸⁵ define a RD como uma posição ética que desloca o problema da droga para a experiência do sujeito, objetivando a construção de estratégias de ampliação de vida.

Dentro das práticas da AB, SM e RD, temos diversos procedimentos técnicos, dispositivos de atendimento e alguns protocolos de tratamento: medicação, orientações, para tratar tuberculose, hipertensão, episódios psicóticos, delírios, abuso de álcool, estratégias para reduzir os danos da cocaína. Esses procedimentos técnicos, esses dispositivos de atendimento e protocolos de atenção são organizados e colocados em funcionamento por esses paradigmas e lógicas de cuidado.

O que permite a articulação entre AB, RD e SM na experiência do POP RUA é o uma similaridade operacional possível entre essas lógicas: certa maneira de ver e agir nos territórios. Tal fator está ligado a uma capacidade de ampliação ou variação dos modos de ver em cada lógica de cuidado. Todas essas práticas que veiculam esses paradigmas têm por norte metodológico habitar e acompanhar os territórios de vida dos usuários; operar por meio do vínculo; sintonizar com a experiência desses territórios, produzindo suas intervenções a partir das experiências neles vividas.

O território de vida da rua com o qual o POP RUA trabalhava exigia a articulação entre essas lógicas. A necessidade de reconsiderar o território e de ter um olhar integral acerca da saúde – olhar que permitisse considerar e atender as questões de saúde das mais variadas ordens - foram exigências que o próprio território impôs. Mas essa imposição não se dá somente pela via de incidência nosográficas no território.

Geralmente se justifica o trabalho com saúde mental e com o uso de drogas na rua porque se argumenta que na rua existem loucos e drogados. O que, em se falando nesses termos, é verdade. Mas isso não é consequência do fechamento dos hospitais e da falta de repressão ao uso de drogas, como quer argumentar certo ponto de vista. A experiência da loucura e do uso de substâncias psicoativas permeia todos os lugares do tecido social, e, entendemos, a rua evidencia a necessidade da Atenção Básica abordar essas questões de saúde, justo por serem questões de predominância na população, em geral.

A junção de uma diversidade de saberes no dispositivo do POP RUA não se dá pela necessidade de se ter um saber especializado para atender a uma doença específica. Não só, mas sim pela necessidade de ampliação dos olhares em saúde, justamente pelo desafio que a rua coloca à saúde. A psicologia, a medicina, a enfermagem, a odontologia, o serviço social, o saber da rua entram como pontos de vista que veem a saúde de uma pessoa ou de um grupo de

¹⁸⁵ Lancetti, 2008.

formas diferentes. Esses diferentes pontos de vista têm o desafio de construir um plano comunicacional comum, pelo qual se possa se comunicar para poder variar, e para poder trabalhar em um nível maior de complexidade. Ao nível de complexidade de uma vida em um território, subjacente a toda uma cidade, que por sua vez é subjacente ao mundo.

O que já estava colocado nos paradigmas de cuidado que formam a experiência POP RUA, o que é o comum entre eles é a centralidade do território para a construção do cuidado. Realizar o cuidado colocando como vetor central o território traz a necessidade dos saberes, dos pontos de vista que os compõem se ampliam, traz a necessidade de que a clínica produzida seja contra o hospitalocentrismo e seja instituinte de novas práticas. Esse é o sentido paradigmático da Reforma Psiquiátrica brasileira que, como paradigma, não diz respeito apenas às práticas de SM.

Vulnerabilidade nas práticas concretas da saúde

Os paradigmas e estratégias de cuidado da Atenção Básica, Saúde Mental e Redução de Danos confluem: têm seu cuidado centrado no território concreto de vida do sujeito; buscam a construção de um olhar integral em relação à saúde de seus usuários; trabalham se fazendo presentes no território do usuário; operam por vínculo, pela construção de um processo continuado de cuidado, baseado na singularidade das situações. A experiência do POP RUA em relação ao cuidado não representa nenhuma espécie de elemento novo que já não estivesse presente nas práticas em saúde. A novidade é a articulação entre essas práticas, trazida pela entrada do SUS na rua e da entrada da rua no SUS. As experiências de RD foram as precursoras da construção dessas entradas. Muito rapidamente, o campo de práticas em redução de danos se deu conta de que era preciso entrar pela questão do uso de drogas, mas que era preciso, justo para cuidar dessa questão, sair do foco na droga. O que a experiência do POP RUA traz é um arranjo mais concreto dessa entrada/saída e também uma abertura a outras entradas para o cuidado que não somente o abuso de drogas. Entrada que a diversidade de sintomas que o usuário na rua traz: um delírio, uma dor inespecífica, um pico hipertensivo. O POP RUA amplia a capacidade de acolhimento das queixas iniciais. E é pela estratégia territorial desses paradigmas, e principalmente pelo que diz respeito à redução de danos – de estar nas situações em que o usuário está mais vulnerável –, que entendemos que o foco direto no território existencial que se faz no espaço da rua traz alguns elementos que modulam a atenção em saúde no âmbito da Atenção Básica.

A tese deste capítulo é que a rua tensiona o SUS nos seguintes vetores: entender o território para além da demarcação física que organiza as ações de uma equipe por áreas de atuação; transversalizar seus saberes, buscar um olhar mais integral para a saúde de um sujeito ou coletividade, a ampliar o olhar, a clínica; pensar o acesso em via de mão dupla, quer dizer, é preciso que o usuário acesse as instituições e práticas de saúde, e é preciso que essas práticas de saúde acessem o usuário, a experiência que se constitui no território existencial da rua. Entendemos que esses vetores são tensões e demandas que acontecem quando o SUS se volta ao usuário considerado mais vulnerável.

Que movimento foi este da RD de se voltar aos malditos, aos mais vulneráveis? Certamente há determinantes contingenciais que permitiram o surgimento da RD no Brasil, na década de 80, onde entre ele destaca-se a relação entre o uso de drogas injetáveis e a disseminação do vírus do HIV. Era necessário agir frente à disseminação do vírus, e a troca de seringas velhas por novas, para o não compartilhamento de seringas entre os usuários de drogas injetáveis, era uma estratégia de saúde concreta e eficaz. Mas, ao se aproximar destas situações muito marginais, em locais que as ações de saúde não adentrava, algo se mostrou profícuo. Se pensarmos em termos de política de Estado e de Governo, lógicas para as quais a extensividade do alcance da política, o dado quantitativo são prioritários; porque investir em uma parcela populacional tão pouco significativa em termos numéricos, político, eleitorais na cidade? Calcula-se que o número de pessoas em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro seja de não mais do que 7 mil pessoas, em um universo de mais de 7 milhões, só na cidade do Rio¹⁸⁶. O morador de rua não vota, não está engajado no mercado oficial do trabalho, não aparece como ponto de vista reconhecido na sociedade. Porque, então, se voltar aos malditos, aos vulneráveis?

Entendemos isso que propomos com a ideia de uma política pública para o público: a experiência que se constitui nesse universo muito pequeno em termos quantitativos de uma megalópole não é insignificante em termos de intensidade. É uma questão que implica todos nós, porque essa experiência direta no espaço da cidade fala de nós, sobre o que temos em comum, o que compartilhamos. A vulnerabilidade só é uma ideia interessante se pensada não como atributo de um objeto, algo separado de nós, mas como uma vulnerabilidade nossa.

¹⁸⁶ Na Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social, realizada entre 2007 e 2008, estimou que a cidade do Rio de Janeiro teria cerca de 4500 pessoas em situação de rua. Só o número dos usuários cadastrados do POP RUA em 2012 era de mais de 5000 pessoas.

Ao discutir o marco conceitual da noção de vulnerabilidade, Monteiro¹⁸⁷ fala que ela foi trazida do campo jurídico para o campo da saúde, principalmente pela questão do HIV. A utilização do termo buscava superar a noção de risco social ou grupo de risco, com o sentido de ampliar a compreensão da suscetibilidade aos agravos de saúde, deslocando o foco do individual para considerar os aspectos do contexto social. A noção de vulnerabilidade identifica indivíduos, grupos e comunidades que estão expostos a condições de maiores níveis de risco nos planos sociais, políticos e econômicos – condições essas que afetam a vida individual, familiar e comunitária. Monteiro¹⁸⁸ diz que uma situação de vulnerabilidade diz respeito a múltiplos condicionantes, não sendo algo inerente a uma pessoa ou grupo, mas a determinadas condições e circunstâncias que poderiam ser revertidas. Por isso, tal noção tem sua importância nas políticas públicas: a diminuição dos níveis de vulnerabilidade social pode se dar a partir do fortalecimento dos sujeitos pelo acesso a bens, serviços e direitos que as políticas públicas têm a função de ofertar.

Entendemos que há um ganho quando a discursividade da saúde pública abandona o conceito de “risco” e “população de risco”, assumindo a ideia de vulnerabilidade, já que busca deslocar a ideia de que uma condição vivida por um sujeito é algo inerente a ele ou algo unicamente de sua responsabilidade. Mas a própria noção de vulnerabilidade pode denotar unicamente um adjetivo atribuído a um sujeito ou contexto, que isola a vulnerabilidade como algo que não nos implica ou implica muito pouco o restante das práticas sociais.

Não estamos propondo espécie alguma de substituição do termo vulnerabilidade. No âmbito das políticas públicas, isso que a vulnerabilidade aponta – um local, condições na vida de uma pessoa ou grupo – é necessário. Propomos, porém, que definir vulnerabilidades em relação a pessoas e grupos populacionais, é apenas uma parte do processo. Vamos entender que é preciso ir além: além de considerar as condições vividas por uma pessoa, os processos de produção dessas condições, é preciso implicar as intervenções sociais que agem sobre essas pessoas. Por exemplo, tomar as populações vulneráveis como analisadores das vulnerabilidades dos modelos e práticas de atenção do SUS. Na saúde, é fundamental deslocar a vulnerabilidade do sujeito para as condições sociais. Mas parar aí ainda é constituir um objeto de intervenção no qual nós, os interventores, nunca estamos implicados. Geralmente falamos que tal grupo ou indivíduo tem características ou está inserido em um contexto que dificulta o tratamento, mas não pensamos nossas dificuldades em tratar, pois ainda estamos excessivamente

¹⁸⁷ Monteiro, 2011.

¹⁸⁸ Idem.

localizacionistas. É preciso deslocalizar o problema sanitário, entendendo que sua natureza última é o território de vida, e que este só existe em contiguidade com outros territórios. O usuário e suas condições são feitas e compostas também pelas redes de cuidado que com eles se relacionam. O que a rua aponta ao SUS na maneira como ele se constrói, seja por sua presença, seja por sua ausência, no próprio território da rua?

Podemos dizer que, nas práticas concretas, na grande maioria das cidades, nem mesmo pela Atenção Básica (AB) nem – muitas vezes – pela Saúde Mental (SM), as pessoas que vivem nas ruas têm acesso ao SUS. Nesses dois domínios de práticas e instituições, o território é visto e trabalhado, predominantemente, por meio da matriz do domicílio: só são pacientes de uma área adscrita pessoas que vivem nos domicílios familiares de tal área. E, ainda, as ações da AB e da SM não se articulam entre si nos territórios¹⁸⁹, tampouco os olhares e saberes que definem cada uma. Opera-se um dualismo nas questões de saúde da realidade concreta do território e, em implicação recíproca, opera-se uma divisão binária entre demandas do “corpo” e da “mente”, implicando, por sua vez, uma mútua exclusão. Temos, então, essas duas vulnerabilidade iniciais: a maneira de trabalhar o território e a maneira de trabalhar a integralidade das dimensões de saúde de uma vida.

A rua, não considerada como espaço de vida, acaba não sendo considerada espaço que diz respeito à saúde. As pessoas não são atendidas enquanto estão na rua, somente se saírem dela. Por sua vez, a baixa capacidade comunicacional das perspectivas profissionais na saúde barram o acesso da rua ao SUS. Primeiramente, porque cria um fosso entre as disciplinas profissionais, as redes e os serviços. Fosso onde ficam desassistidos aqueles que estão em situações mais vulneráveis e complexas, que são como os buracos na rede. A pessoa que vive na rua muitas vezes não acessa a Atenção Básica, pois apresenta sintomas da ordem de patologias que seriam atendidas pela Saúde Mental: delírios, variação do humor, alucinações, confusão mental, abuso ou até somente uso de drogas ilícitas. E, ainda, essa mesma pessoa pode não acessar – como muitas vezes não acessa – a Saúde Mental, pois tem alguma questão grave de ordem biológica, que seria da ordem das patologias que são atendidas na carteira de serviços da Atenção Básica: hipertensão, diabetes, tuberculose. A pessoa que está padecendo muito claramente no corpo e na mente, nos afetos, fica no buraco da Rede de Atenção a Saúde (RAS).

Nesse buraco do sistema, que é também um buraco entre os pontos de vista dos saberes e disciplinas, o que está é a demanda de saúde que vem da rua: problemas de saúde muito

¹⁸⁹ Neves et all, 2011; Gama, Onoko Campos, 2009.

diversos, complexos, de toda ordem – orgânicos, sociais e subjetivos – e que se encontram em um corpo que sofre todo tipo de violências: ferimentos, enfermidades como tuberculose, HIV, associadas a transtornos mentais graves, ao abuso de substâncias psicoativas, a vulnerabilidades sociais extremas. Na verdade, ‘associadas’ não é o melhor termo: essa diversidade de patologias nomeadas advém de um mesmo processo de vida que se desenrola em um território. Sua identificação e distinção são segundas ao seu desenvolvimento na vida de uma pessoa. A complexidade dessas questões de saúde que a rua apresenta evidencia a inseparabilidade entre o que é da ordem da saúde do corpo biológico e o que é da ordem do corpo subjetivo, social, afetivo. O corpo que se cria ali no território existencial da rua é o ponto de emergência de vetores biológicos, subjetivos, sociais, históricos, econômicos.

Tratar a saúde de maneira que se a entenda como integral, ou seja, que se entenda que a saúde de um corpo individual ou coletivo é composta de uma complexidade de fatores que surgem em um mesmo processo de vida, é, como já indica a própria caracterização, uma tarefa complexa. Os saberes clínicos que compõem a área da saúde – medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, odontologia, psiquiatria – majoritariamente não estão preparados para trabalhar nessa e a partir dessa complexidade. E isso pela própria maneira como são produzidos e transmitidos como disciplinas. Essa dificuldade de lidar com uma complexidade singular, não é algo que só a rua sofre. Contudo, a vida que se faz na rua leva a uma radical evidência dessa complexidade: quando, por exemplo, fazemos um cuidado em que se exige uma rotina de encontros a fim de dar conta de uma demanda específica de saúde, como uma troca de curativos ou o tratamento diretamente observado para alguém com tuberculose, isso estará diretamente implicado com a maneira como a pessoa se organiza no tempo, com a sua circulação no território. Maneiras de se organizar diferentes daquelas para as quais os protocolos de tratamento foram organizados.

As doenças se apresentam graves ou raras dadas as condições de vida, habitação, alimentação, interação com outras pessoas: tuberculoses multirresistentes, transtorno delirantes graves, hipertensão agravada por a pessoa não ter o controle de sua alimentação, depressão, etc., são claramente enfermidades que se apresentam entrelaçadas e que se reforçam. A estranheza da rua evidencia, ao nosso olhar disciplinar e disciplinado, a complexidade de uma vida, pois a sua diferença, para quem se aproxima, revela os diversos vetores e determinantes de saúde e de composição de uma vida atuando em ato. A experiência de vida na rua não é mais complexa do que qualquer outro tipo de experiência de vida. A diferença é que a sua distância dos padrões mais conhecidos na cidade deixa essa complexidade muito evidente.

Desse modo, a rua se apresenta para o profissional de saúde como o espaço de não saber – isso se ele está minimamente atento. Ela traz o não saber, a surpresa do acidente, aquilo que não tem resposta pronta. Defrontar com o acidente é defrontar com o espaço em branco.

O espaço em branco ou o acidente¹⁹⁰ são notícias de um fora, de outro plano de realidade que compõe a existência, mas que não estava incluído, não estava sendo considerado. Em outros termos, é quando outro plano, com outros vetores não considerados, ganham relevo, relevância. A rua, assim, mostra, na cidade, o que está em outro regime. "A emergência do acidente dá-se primeiro como uma densidade de força e não de forma"¹⁹¹, por isso o que aparece na rua, o que impacta não é uma forma específica, uma característica, mas uma intensidade daquilo que se desterritorializa. Como espaço em branco que imprime uma força que ainda não ganhou forma em nossa percepção objetiva, há um espaço de negociação do acidente¹⁹²: a maneira como vamos dar forma, o relevo no novo plano que se cria. No caso dos serviços de saúde, com o choque do encontro, a tensão com a rua vai ganhar forma, vai mudar a paisagem das práticas de saúde, e as estratégias e entendimentos vão ser construídos a partir desse novo plano. Mas antes disso é preciso reconhecer o acidente como tal, pois pode-se continuar com a mesma maneira de atuar, como se nada tivesse acontecido, eliminando-se fatores e mantendo a mesma narrativa, o mesmo modo de narrar o processo vivido. "Quanto menos rígido for o sistema que desenha o plano comum, mais tempo e mais espaço de negociação ele vai dispor para a escolha de como acolher o acidente"¹⁹³.

No cuidado em saúde, quanto menos rígida for a ideia que um profissional ou equipe tem acerca das questões de saúde de seu usuário e território, mais será possível criar novas estratégias para lidar com a complexidade que se apresenta. O acidente só se faz como tal se é reconhecido. Se ele for logo capturado em uma forma, se não houver negociação que dê ao acontecimento espaço de autonomia – no caso da rua, espaço de autonomia para se apresentar –, então podemos ignorar o acidente. É o caso do não acesso da rua aos serviços, quando não se deixa a rua irromper como acontecimento e se diz: “isso é problema da saúde mental” ou “isso é da atenção básica, não é nosso...” ou, ainda, como último recurso: “isso é problema da política de assistência social, ou até da polícia”.

Se os serviços de saúde não ignoram a rua, ela injeta um nova vitalidade em suas práticas, por trazer problemas que mudam o plano de perspectiva com o qual se está habituado.

¹⁹⁰ Eugênio, Coutinho, 2012. Verbetes acidente.

¹⁹¹ Idem.

¹⁹² Idem.

¹⁹³ idem

Mas isso só é possível se se reconhece o bruto, o caráter sempre inédito de cada expressão de vida. "O acidente é uma brecha, uma oportunidade para a des-cisão"¹⁹⁴, sair da lógica do separado. A rua, como viemos vendo, é uma oportunidade para uma des-cisão entre os saberes, entre a relação meio e corpo do indivíduo, entre dimensões e regimes de um corpo e entre nós mesmos: é uma oportunidade de, por meio do plano bruto da existência, não nos vermos como separados.

A vida de rua é de uma vulnerabilidade tão extrema que coloca em questão nossas brechas. Traz para nós o impensado, o inédito, o que nos coloca em questão e nos mobiliza, pois não temos repertório com o qual preencher a imagem da rua, que não é significado, é selvagem, é pura intensidade. Para Suely Rolnik¹⁹⁵, a vulnerabilidade é a condição para que o outro deixe de ser somente um objeto de projeção de imagens preestabelecidas e possa se converter em uma presença viva, quero dizer, para além de uma significância ou representação – o que chamamos anteriormente de sair do estereótipo. Só na medida em que anestesia-mos nossa vulnerabilidade e a vulnerabilidade do outro é que podemos manter uma imagem estável de nós mesmos e desse outro.

A vulnerabilidade da rua, portanto, aponta para a vulnerabilidade das práticas de saúde, que já não têm mais (todo) um saber que dê conta de toda a realidade. Vulnerabilidade aponta os efeitos da existência do outro em nós, o bruto que nos conecta, traz a turbulência de uma alteridade que nos implica, que apreendemos, pois diz respeito a nós, mas ao mesmo tempo não compreendemos, pois não está no regime de formas, disciplinas, etc. A fragilidade da vida na rua mostra nossa fragilidade, e isso é fundamental.

A rua seria um plano territorial que tem a potência de extremar, de tornar mais visíveis os problemas no SUS. Ela traz a necessidade da radicalização de seus princípios: universalidade, integralidade e equidade, que são princípios para um movimento de coletivização: o SUS (e a cidade) é para todos e qualquer um. A radicalidade do SUS é a radicalidade do comum. É preciso que a vida da rua acesse o SUS, mas, para isso, é preciso que o SUS acesse a vida da rua, ou seja, contate, possa sentir, experimentar o que o liga a essa experiência. É preciso considerar que a vida, a singularização, aquilo que a concretiza, não se dê somente no âmbito do privado – domicílio, família nuclear, identidade individual –, mas se dê em um território expressivo, no qual o serviço de saúde deve estar presente, habitar, compor. O problema de considerar o território é escapar da privatização da existência.

¹⁹⁴ idem

¹⁹⁵ Rolnik, 2006.

Se a Atenção Básica está assentada no território como densidade populacional, família, domicílio, na separação entre o físico e o mental, entre disciplinas, entre indivíduo e sociedade, nossa tese é de que ela não está lidando com o plano básico que a define. O básico da atenção básica não é somente o básico do sistema, mas o básico da vida: o território de relações do existente consigo e com o mundo. O baixo coeficiente de transversalização na clínica do SUS impede as disciplinas de experimentarem a diferença bruta que as habita, fazendo com que estas não possam ampliar seu olhar a partir das interferências que outra disciplina ou saber possa lhe produzir.

É na clínica operada nos serviços instalados nos territórios que o sentido restrito de território aparece, que comparecem a desarticulação das ações e a produção de olhares isolados e exclusivos. E é na rua, ou em um território concreto que não pode ser domesticado, que nos defrontamos com o que não se aprendeu nas instituições de formação: a rua expõe e impõe a necessidade de se pensar o território e a saúde de outra forma, o que tem como pressuposto a própria clínica produzir-se de outra maneira.

Clínica ampliada

O campo da saúde coletiva produziu um importante conceito operador para a clínica da Atenção Básica que tem por norte lidar com a complexidade: a clínica ampliada¹⁹⁶. Esse modelo de clínica é uma diretriz na Atenção Básica que se construiria na tensão entre os saberes instituídos das ciências e a realidade singular dos sujeitos atendidos. Cunha¹⁹⁷ afirma que essa clínica se deixaria “tomar pelas diferenças singulares do sujeito doente, além de outros recortes teóricos, e produziria um projeto terapêutico que levasse em conta essa diferença”. Para Campos, ela aconteceria entre o que é universal e o que particular de cada sujeito, e entre o sujeito demandante e o profissional de saúde, sendo, nesse entremeio, a coprodução de compromissos singulares¹⁹⁸ acerca de um tratamento.

Campos fala ainda que, se os tratados sobre a doença e a fisiologia padrão dos seres humanos tornam a clínica possível, por outro lado, a clínica tem o desafio de passar do “campo de certezas e regularidades mais ou menos seguras ao campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana”¹⁹⁹. É na relação e na passagem entre a estrutura dos saberes e a situação imprevisível de cada sujeito sempre distinto que a clínica ampliada se constrói. Tal constru-

¹⁹⁶ Campos, 1997.

¹⁹⁷ Cunha, 2004, p. 102.

¹⁹⁸ Campos, 1997.

¹⁹⁹ Campos, 1997, p. 11.

ção, na perspectiva do autor, se dá primeiramente pelo reconhecimento dos limites de qualquer saber estruturado e da estrutura dos saberes, o que leva cada profissional a reconsiderar seus saberes frente às situações concretas de saúde dos sujeitos.

A Clínica Ampliada, como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH)²⁰⁰, visa se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, ou seja, produzir um grau de transversalidade dos saberes (técnicos e locais), buscando um olhar integral e coletivo acerca das questões de saúde dos usuários, que em sua relação com os serviços tornam-se inseparáveis da saúde do trabalhador. Ou seja, ampliar a clínica é uma necessidade de saúde para as demandas do território, e para a saúde do trabalho e do próprio trabalhador. Essa clínica ampliada trabalha com alguns eixos: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas; ampliação do “objeto de trabalho” (sair da doença para os sujeitos e coletivos); transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho (comunicação transversal e clínica compartilhada); suporte para os profissionais de saúde.

A clínica ampliada visa ao sujeito, à doença e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar o grau de autonomia de quem cuida e de quem é cuidado. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença²⁰¹.

Atenção Básica, Redução de Danos e Saúde Mental são paradigmas do cuidado (compostos de muitos pontos de vista, disciplinas) que se articulam no encontro com o território da rua. Assim se pensou a composição da equipe do POP RUA, a partir de uma necessidade de ampliação da clínica. Essa ampliação deve se fazer junto e a partir do território da rua, no qual e para o qual os pontos de vista que irão compor a clínica do serviço se tornam menos saberes especializados e determinados em um campo próprio, e mais modos de ver que entram em um processo de alterização, entram em contato com a diferença neles mesmos, pois se fazem também em relação a um acesso ao plano bruto da existência, a uma experiência também de diferenciação. A ampliação da clínica é, então, a transversalização dos saberes e o foco na especificidade dos sujeitos e do contexto a partir de uma construção que se faz no seu território de vida. É preciso estar no território. Mas como?

²⁰⁰ Brasil, 2009.

²⁰¹ Cunha, 2004.

Ocupar e habitar o território

Retornamos a questão de como considerar o território de vida. Os serviços de Atenção Básica estão nos territórios. Mas como estar no território? Como se relacionar com o que se encontra no território? No tocante a como habitar o território, está colocado o problema da diferença entre cuidar do território e controlar o território. Mas qual essa diferença?

O Secretário de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro, José Mariano Beltrame, afirma: "É preciso ocupar o território"²⁰². Está aí colocado um modo de estar no território, que, em relação às ações da Polícia Militar, é um modo militar de ocupar o espaço e controlar o inimigo. Muitos setores do Estado ocuparam o território em que o POP RUA atuava nos últimos anos, especialmente em intervenções sobre as pessoas que viviam nas ruas.

Práticas de sequestro, aprisionamento e até assassinatos contra pessoas que vivem nas ruas são antigas na cidade do Rio de Janeiro. Como um movimento em ciclos, elas reaparecem ao longo da história: nos anos 1960, com Carlos Lacerda, moradores de rua eram assassinados e “desovados” nas águas do Rio Guandu; nas operações “Cata Tralha” e “CopaBacana”, da gestão César Maia na década de 1990; e no que, ao longo das duas gestões Eduardo Paes (2008-2016), ganhou vários nomes: “Choque de Ordem”, “Recolhimento Compulsório”, “Internação Compulsória”, “Rio Acolhedor”, “Acolhimento Compulsório”, “Internação Involuntária”²⁰³.

Nos últimos cinco anos, pudemos presenciar o sentido que essas práticas que atuavam diretamente no território ganharam na cidade: a limpeza social urbana, tendo como foco pessoas que vivem em situação de rua no centro, na zona sul, na Tijuca e nos espaços muito visados pela mídia, as “crackolândias” da cidade do Rio de Janeiro. A internação compulsória, que passou a ser executada pela Secretaria Municipal Assistência Social, em sua versão carioca, advém de outra área que não a das políticas de proteção social no município, e estava atrelada ao projeto de reordenamento de alguns espaços da cidade. O dispositivo da internação compulsória tem como uma de suas linhas de proveniência as políticas gestadas na Secretaria Municipal de Ordem Pública (SEOP) na gestão Eduardo Paes. Na sua primeira gestão, passa a vigorar a operação de “Choque de Ordem” no ano de 2009-2010. Essa política consistia em diversas ações que incluíam desde a apreensão de veículos, a prisão daqueles que urinassem em via pública, a dispersão dos camelôs e o recolhimento forçado de pessoas em situação de

²⁰² Fala do Secretário Beltrame exposta no filme “Domínio Público”, 2014.

²⁰³ Macerata, Dias, Passos, 2014.

rua. Nessa época, uma equipe era destacada com a função de retirar moradores de rua, crianças e jovens, dos locais turísticos, geralmente da zona sul e do centro.

Com a proximidade dos grandes eventos na cidade do Rio – Copa 2014, Olimpíada 2016 –, a prefeitura massificou as ações de “ordenamento”, visando “recuperar” os recolhidos, reordená-los. Em 2011, as práticas de recolhimento passam da SEOP para a Assistência Social, por meio da realocação de seus gestores, que assumem a pasta da Secretaria Municipal de Assistência Social – rebatizada em 2012 de Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Ideal desenvolvimentista que em 2012 passa a compor com o Plano Nacional de Enfrentamento do Crack: “É possível vencer”²⁰⁴, que consistia em milhões de repasse de verbas para as cidades contempladas. A nova Secretaria de Desenvolvimento Social do município do Rio passa a ter uma equipe destacada para as ações de recolhimento de “usuários de crack”. São instituídas pela prefeitura e pelo Ministério Público do Estado as ações de internação compulsória de crianças e adolescentes em situação de rua. O recolhimento dos adultos já vinha sendo executado, mas não oficialmente.

As ações do recolhimento da Secretaria de Desenvolvimento Social eram, na prática, a mesma ação realizada pelo “Choque de Ordem” da SEOP, com a diferença de que as pessoas passaram a ser levadas para o Abrigo de Paciência²⁰⁵, uma fábrica abandonada transformada em abrigo para mais de 400 pessoas, que ficava nos limites da cidade. Em lugar da ordenação do espaço público, essas ações passaram a ser justificadas por um pretense cuidado ou tratamento das pessoas recolhidas. O estigma de “dependente químico” e “usuário de crack”, atribuído à maioria daqueles que vivem na rua, servia de justificativa para a intervenção e a internação forçada. As ações foram defendidas como modos de proteger o sujeito em situação de rua que teria tido sua vida arruinada pela droga. Falas realizadas pelo então secretário da SDS e antigo secretário da SEOP, Rodrigo Betlhen: “Estamos fazendo o que um pai faria por um filho”; “Há quem fique somente na poltrona vendo a droga destruir as famílias”.

O recolhimento de pessoas da rua, embora seja justificado com o argumento de proteção social e à vida, estava evidentemente relacionado ao problema da ordem pública e da valorização comercial de certos bairros da capital carioca: era em nome de uma certa ordem na cidade que se ocupava o território por meio da violência por eliminação, seja de maneira direta, pela exclusão por internamento em abrigos ou comunidades terapêuticas, seja pela elimi-

²⁰⁴ Plano nacional do Governo Federal, que incluía vários Ministérios, como o da Justiça, Desenvolvimento Social, Saúde.

²⁰⁵ A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) indica que os abrigos tenham capacidade para no máximo 50 pessoas.

nação no sujeito de uma experiência tida como “desordeira e perigosa”. Era conjugada a ação de uma secretaria de claro sentido coercitivo e punitivo (SEOP) com uma política que primaria pelo cuidado daqueles que estariam desprotegidos socialmente (Assistência Social).

Na prática, o recolhimento era feito, via de regra, por agentes sem nenhum tipo de formação ou experiência na área da saúde ou da assistência social e que não tiveram relação alguma de vínculo ou mesmo qualquer tipo de contato prévio com a pessoa a ser recolhida. O critério avaliativo para a escolha de quem deveria ser recolhido era feito no momento em que se avista a pessoa: por estereótipos, aparência pessoal: se estava magro, malvestido, na rua, se tinha cara de “crackudo”.

Ao acompanharmos pessoas em situação de rua, sabíamos do trajeto que o recolhimento fazia: a pessoa era convidada a acompanhar os agentes, que são chamados de “educadores sociais”, como quem recebe o convite sem direito de recusa. Esses agentes eram muitas vezes acompanhados de um aparato ostensivo da polícia, sendo o recolhimento efetuado muitas vezes violentamente. O veículo no qual essas pessoas são transportadas tinha como destino, geralmente, como dito acima, o abrigo de Paciência. Os “recolhidos” não eram obrigados a permanecer lá, mas sua passagem por lá era compulsória, e para voltar de lá não contariam com auxílio. Do POP RUA se observava que as pessoas recolhidas no centro da cidade tinham seus tratamentos de saúde interrompidos, seus laços ainda mais fragilizados e muitas vezes seus pertences destruídos.

As experiências da rua e das drogas aparecem como desvios que precisam ser reordenados. A distância que a sociedade mantém dessa realidade das ruas – sua própria realidade – gera um recorte no interior do tecido social, em que são identificadas vidas sem qualificação. Vidas que podem ser recolhidas como quem recolhe o lixo, potencial vetor de doenças, inimigo da saúde da cidade.

Na base do dispositivo da internação compulsória, identificamos os paradigmas da guerra às drogas, da abstinência e da ordem pública.²⁰⁶ Paradigmas que compartilhem a ideia da construção de um inimigo da espécie²⁰⁷, atualizando o vetor biopolítico de racismo de Estado, e que se associam para engendrar estratégias de controle, parasitando a necessidade efetiva que as pessoas que estão na rua, usando drogas, têm de cuidado: acesso à saúde, assistência social, educação, trabalho, moradia, etc. O direito à vida é justificativa para recolher, internar,

²⁰⁶ Macerata, Dias, Passos, 2014.

²⁰⁷ Foucault, 2009.

normalizar o espaço público e é, ao mesmo tempo, ponto de disputa de uma série de setores da sociedade que se organizam contra essas ações de controle formuladas.

A ação de eleição de um inimigo da espécie, que sofrerá assassinato direto ou assassinato político pela exclusão e pelo silenciamento, é o que Foucault²⁰⁸ chamou de racismo de Estado: o exercício do poder de morte do governo biopolítico. Nele, a morte ou submissão do “outro” (perigoso e anormal) é o fortalecimento da “raça” ou de determinada classe social, sendo o que pode garantir certa homogeneidade e assepsia ao corpo social.

Vemos modulações no poder, na maneira como Foucault o caracterizou nos anos 1970. Vemos um controle que incide sobre o corpo individual, sobre as relações biológicas operando pela noção de população, mas também um controle do espaço urbano, que opera por mapeamento, ocupação dos territórios: incide sobre a circulação na cidade, ordenando, sobretudo, os trajetos, as possibilidades dos encontros, da composição, o *ethos* do vivo na cidade. Como sugere Deleuze sobre as sociedades de controle, o que se procura controlar é o movimento, como percurso do vivo, mas também o próprio *ethos* do vivo, sua expressividade, sua estética de existência. Não há uma estética imposta, mas uma gama de estéticas permitidas, sendo que algumas não podem ser capitalizadas (ainda), são proibidas, não podendo existir.

A ocupação do território procura alcançar o processo de formação das estéticas de vida e dos encontros entre os viventes. E isso se faz ocupando o território e regulando certa curva de desvio aceitável: a ordem é ampla nos estereótipos, nas identidades. Tudo se torna identificável, ganha nome e categoria. Se trata-se, sobretudo, de identificar, categorizar, localizar no mapa, e assim controlar e conduzir a circulação no espaço aberto, distribuindo-a nas zonas de circulação na cidade. Limpando, purificando territórios existenciais, eliminado principalmente os territórios que representam ameaça a ordem do mercado.

Como vimos, a própria noção de vida está relacionada à noção de território: a vida concretamente só se dá em territórios existenciais. Nesse sentido, o poder procura captar o *modus operandi* da unidade mínima do real, que é o agenciamento, que, no espaço urbano aberto, pode ser concretizado em termos de quais encontros e movimentos são permitidos na cidade, numa tentativa de controlar o diagrama de forças. Menos que moldar intervindo somente sobre o indivíduo, regula-se as condições de expressão e de encontro. O que é da ordem da expressão em um agenciamento é o diagrama: é a máquina abstrata do agenciamento, o mais abstrato que se pode extrair do agenciamento. O diagrama não diz respeito à forma, mas aos campos de forças, às dinâmicas de afetação presentes em um território. Não são as

²⁰⁸ Foucault, 2009.

formações, mas as linhas de forças que subjazem às formações. O diagrama é uma trama referente ao registro do virtual, como um desenho no virtual. É a operação abstrata, a máquina abstrata da formação de um território existencial²⁰⁹. Então, não se pode conceber um diagrama apenas para a formação linguística, para os códigos. O diagrama articula códigos semióticos, mas não apenas: articula corpos, sinais de partículas. Ele emerge nos agenciamentos como efeito e ao mesmo tempo como causa – o efeito que já estava presente na causa. Virtual, de matéria de força, o diagrama é imanente às formações.

Diagrama em Deleuze e Guattari²¹⁰ é diferente da maneira como caracteriza Foucault. O diagrama para Foucault é o diagrama de poder, fechado. Para Deleuze e Guattari, o poder nunca alcança o diagrama, pois este é sempre aberto, não é projeto, não tem um fim. É sobre o diagrama de forças, as dinâmicas de afetação e encontro na dinâmica do território que o poder tem a pretensão de dominar. O poder procura capturar o diagrama. Mas isso é uma pretensão, pois o poder não pode capturar o diagrama; pode, sim, tentar concorrer no regime que o diagrama opera. Aí entra a questão do axioma, o capitalismo como axiomática. O poder não é diagramático, mas axiomático.

A axiomática, longe de combinar linhas de fuga criativa e desterritorialização, traços positivos, bloqueia as linhas, as submete a uma norma tomada como princípio. Ela semiotiza, fiscaliza, regula. O axioma é um programa que pretende atuar na modulação das formações. A axiomática ignora a invenção e a criação; é uma tentativa deliberada de parar, corrigir, fixando-se em um nível fixo de abstração "grande demais para o concreto, também pequeno para o real"²¹¹. Tem-se, assim, o agenciamento maquínico dos corpos e o agenciamento coletivo de enunciação, e também a territorialização e a desterritorialização. (Desterritorialização é ponta solta do diagrama: por isso que o diagrama não é axiomático. Não há nele sistema de reterritorialização. Não há captura, sobrecodificação.)

Do mesmo modo como a atuação territorial do biopoder regula os encontros e os trajetos, quer regular a formação de territórios existenciais. Sua finalidade é otimizar e controlar a performance urbana e social e tornar os fluxos mais eficazes e fluidos para o capital e somente para ele. Ou seja, se não entra no sistema de equivalência geral, não é legítimo. Se não é legítimo, aí intervém o racismo de Estado, aí não apenas se regula, mas se elimina diretamente: o sequestro, o encarceramento, o assassinato direto ou político do corpo individual que emperra

²⁰⁹ Como exemplo de diagrama Deleuze e Guattari (1997B) falam que o diagrama da sociedade disciplinar é a prisão ou panóptico: a escola ganha territorialidade em uma expressividade prisão, o mesmo que a fábrica.

²¹⁰ Deleuze, Guattari, 1997B.

²¹¹ Deleuze, Guattari, 1997B, p. 70.

o fluxo do capital. Na situação do centro do Rio de Janeiro, isso fica muito evidente: a cidade é menos vendável se há mendigos nos cartões postais cariocas. Nas zonas fora das instituições se faz um rastreamento generalizado do plano de ação e de comportamento comum. O controle é diluído e o indivíduo é jogado em uma zona em que tem de agir por si mesmo. Uma individualização radical das responsabilidades, uma gestão do si próprio. E isso se faz de modo naturalizado, como se fosse essa a condição de possibilidade de qualquer vida, ficando obliterada a sua dimensão comunitária, territorial. Para esse que fracassou, o controle rígido sobre o corpo é combinado com a estratégia das modulações e mediações dos encontros e fluxos territoriais. Em ações diretas no espaço da rua, o capital, por intermédio da máquina do Estado, age sobre o que não pode se expressar no espaço urbano.

A equação é simples até aí. O problema é que, também em função do mapeamento realizado, não é possível eliminar diretamente, francamente aquele que não se encaixa nas categorias, na diversidade de pontos de vista recuperados, nas existências legítimas. Como vimos, o Estado não é um em si, mas é o instrumento e o ponto de vista utilizado: "o papel do Estado na axiomática capitalista (é) o de garantir a extração da mais-valia humana na periferia e nas zonas apropriadas do centro"²¹². Definindo categorias semilegítimas como em transição para uma recuperação, para um lugar destinado aos recuperados (daí os termos em situação de), toda uma série de práticas, como vimos, com o enunciado de cuidado, se implementam.

Essa é a diferença, contudo, entre o cuidado e o controle do território: o convite e a produção de condições para se criar o comum, a participação no território, ao que vamos chamar de 'habitar o território' - cuidado; a invasão, a paragem, a administração dos fluxos no território direcionando a privatizações, a comunitarismos, a identificações, ao mapa como estereotipização, ocupação do território que não cria comunidade, ao que vamos chamar de ocupar o território - controle. Nesta diferença entre habitar e ocupar²¹³, aquele que ocupa não cria comunidade com o território que ocupa. Não acessa e não cria comum. Nos territórios identitários, comunitaristas, o que permanece insistentemente fora da ordem torna-se inimigo.

Nosso ponto de disputa é uma Atenção Básica que habita e não ocupa o território. Ela não pode servir de controle de fluxos; ela deve compor, deve fazer parte da comunidade. No entanto, ela não deve entrar em tudo, não deve ser onipresente. Ela deve construir espaços

²¹² Deleuze, Guattari, 2004, p. 280.

²¹³ É importante marcarmos que essa diferença entre ocupação e habitação que aqui fazemos, se faz a partir da fala do Secretário de Segurança pública acerca das Unidades de Polícia Pacificadora. Em nossa prática, utilizamos o termo ocupação urbana, no caso de quando comunidades sem teto ocupam um espaço vazio, para nos contrapor ao termo invasão.

comuns, espaços de convivência. Perceber e colocar-se no plano das relações comunitárias sem ideal técnico-normativo dos modos de vida trazidos de fora. O controle da ocupação do território, ao qual os serviços da AB são convocados a fazer, estão muito relacionados a uma vontade/ilusão de ter o controle de todo o aleatório. A crença em um governo da sociedade que pode ou poderá dar conta de todo o aleatório da vida. É muito diferente uma postura em uma prática de atenção básica que faz comunidade, ou melhor, que se vê como parte da comunidade, marcando seu posicionamento e vendo o fruto da sua ação como resultado de processos maiores que sua prática específica: “a gestão do espaço comum é devolvido ao uso de cada um, num plano em que cada agente singular cuida das condições de existência, não de si mas dos outros”²¹⁴. Esse fruto cria as condições de existência dos outros, as condições de existência de ali onde não sou, o que quer dizer condições para a emergência de uma comunidade, ou a manutenção das condições de possibilidade de vida de um ecossistema.

A diferença importante entre o cuidado e o controle é como o profissional de saúde vê e age a sua prática: estando em uma posição de gerência da saúde em determinado território, como um controlador, que determina o que é a saúde, quem é o especialista nisso; ou como mais uma perspectiva nesta comunidade que tem várias visões de saúde, e que se encontram no concreto do território, no cotidiano radical:

[...] a vida prolifera sem que se determine *a priori* o que vai acontecer, o que vai emergir e nascer, mantendo um estado de atenção permanente às condições de possibilidade da existência de outros [...] O sujeito não é causa, ele vive por consequência. Não há protagonismo do eu nem desejo de hipervisibilidade, senão volta-se ao controle”²¹⁵.

Concreto territorial: rede viva, nós comum.

Os efeitos se decidem pela maneira como se vê e se age no território, como se vê os territórios constituídos em determinada localização espacial e como se constroem, se compõem esses territórios. Entendemos que o território ocorre para além de toda possibilidade que um agente tenha para controlá-lo, delimitá-lo, prevê-lo totalmente. Não é possível dar conta de todo o território. O território é redefinido pelo acontecimento a todo o momento. Ele só é acontecendo, já que, para nós, território é o ato expressivo.

No cuidado em um território, portanto, o protagonismo é transferido dos sujeitos profissionais de saúde para o território. Essa dica é do AND: transferência do protagonismo do

²¹⁴ Eugênio, Coutinho, 2012. Verbete gamekeeper.

²¹⁵ Eugênio, Coutinho, 2012. Verbete gamekeeper

sujeito para o acontecimento. Essa transferência dá-se substituindo as perguntas habituais do sujeito – quem e por que – por interrogações que o acontecimento nos coloca: o quê, como, onde e quando? Pergunte à situação que se apresenta: O quê, aí está? Como, neste que? Onde e quando, com este como?²¹⁶

Que geografia coletiva, que plano comum compõe a paisagem do território? O concreto do território, onde o acontecimento acontece e faz o território, é o ordinário, o cotidiano. Ele é o relevo que faz o território. E não quem, por que, mas o que, como, onde/quando? Essas são perguntas para se ver o território e também para agi-lo, construí-lo. O território, ou a *paisagem* comum, não quer nada *a priori*, mas só pede algo para se manter vivo. O território é o meio, “aquilo que nos cerca, nos atravessa e nos faz: a matéria dos nossos afectos: é um ‘Isso’ que, contudo, assume forma de ‘Isto’ a cada vez que é partilhado.”²¹⁷ O território é um isso se tornando isto. Para o AND, quando jogamos o jogo do saber, não deixamos espaço para o não saber. Totalizamos o espaço e o território, ocupamos todo o espaço, controlamos o que no território pode advir. Habitar é coabitar com o outro. Coabitar é sentir a presença do outro, sendo mais do que identificar, mas sentir.

O básico com o qual a atenção trabalha é o ordinário do território, o comum da espécie ou o plano bruto da existência. É com isso que se maneja. Nas tentativas de Deligny, era com esse plano comum, bruto, assignificante que se trabalhava, por meio de um viver junto no ordinário, no cotidiano: autistas e colaboradores iam fazendo as atividades, sem falar, sem olhar no olho, mas com gestos amplos, de modo a criar uma espécie de dança em que a criança poderia se engajar na convivência²¹⁸. Não há finalidade se não coabitar.

O trabalho da atenção básica é simples e difícil: habitar o território, sem finalidade *a priori*, quero dizer, a partir de uma organização suficientemente precária para construir a paisagem de modo conjunto, deixando espaço para que o território guie as dinâmicas, o cuidado com o ecossistema. Habitar para que o comum surja. O desafio concreto colocado aos profissionais que atuam na AB é trabalhar com o mais básico da vida das pessoas, o cotidiano de vida das pessoas: o que se faz, se produz, se concretiza dia a dia, dia após dia, aquilo que se configura constantemente. Podemos dizer que esse básico está em relação com o tempo e com o espaço: o processo temporal se desenvolvendo amalgamado a um território.

²¹⁶ Eugênio, Fiadeiro, 2013.

²¹⁷ Eugênio, Fiadeiro, 2013, p. 231.

²¹⁸ Deligny, 2009.

Nesse concreto territorial (que se entende por um espaço/tempo e um certo ambiente), o cuidado já não pode suportar diferenciações de campos de saber. Se a atenção secundária (especialidades) ou terciária (hospitalar) tem como foco uma enfermidade e precisa para dar conta da enfermidade com o máximo de especialismo, na Atenção Básica o cuidado precisa acontecer junto aos acontecimentos, ao processo vivo do território, onde a saúde concreta das pessoas não pode ser mais dividida em campos de saber. Isso obriga que cada olhar do profissional de saúde tenha que necessariamente transitar por outros olhares. Podemos entender que, se cada olhar é um modo de ver, e cada modo de ver é uma perspectiva, a operação feita é uma operação de transversalizar as perspectivas: um transperspectivismo. Este transperspectivismo é a clínica. Para acessar o básico, é preciso um transperspectivismo, diferentes visadas. Precisamos do outro para cuidar de um território.

O trabalho com as formações das doenças, com os nomes que estas ganham, os hábitos visíveis e nomeados não dão conta de explicar o trabalho em saúde. A ideia de ligação que se produz na rua entre SM, RD e AB transversaliza as relações dentro do próprio sistema de saúde. É preciso quebrar a separação, a cisão que o jogo dos saberes na AB impõe: cisão entre individual, social, biológico, subjetivo, mas também entre nós e eles, entre a intervenção e o intervindo.

É isso que entendemos ser a operação necessária à clínica na atenção básica: transversalizar. A transversalidade é a operação de fazer modular, variar cada perspectiva pela interseção com outras. Nessa alterização, as disciplinas profissionais entram em contato com a diferença nelas mesmas – aquilo que nelas difere delas mesmas –, o que lhes possibilitaria entrar em contato com o que na *pólis* é a diferença bruta. Transversalizar seria uma capacidade de fazer variar cada território profissional para fazer uma interseção entre as disciplinas, de modo a poder produzir uma maior capacidade clínica de integralidade do olhar na atenção à saúde.

Na diretriz da Clínica Ampliada, a clínica se faz presente no território e em direção ao sujeito. Contudo, vamos entender que estar no território e centrar-se no sujeito é fundamental, mas não o suficiente. Além da tarefa de estar no território, a clínica deve se construir através do território; deve acolher o sujeito mas também acessar seus processos de produção, os processos territoriais. A clínica no território tem de ser também uma **clínica de território**. Nessa expressão, a preposição “de” guarda múltiplos sentidos prepositivos para a relação entre a clínica e o território: no, com, para, desde o. Essa clínica se faz de modo territorial, e da ação clínica de habitar o território, o território mesmo cuida. Essa clínica está no território para

primeiramente ser modificada e produzida **pelo/através do** território (o território é o protagonista) e ter como objetivo o cultivo do território, ser **para** o território: cuidar de/por/através/para um território existencial. O que seria aqui cuidar de um território? Envolve a percepção do subjetivo como além do sujeito humano, envolve entender o espaço como subjetivo.

A rua amplia o sentido político da clínica: ela cuida de um território existencial da cidade; intervém nos modos de relação entre os territórios de vida que compõem a cidade; afirma como legítimos os modos de existência da rua na sua diferença. Assim, intervém nos espaços relacionais da cidade, nos espaços comunitários e na produção de subjetividade, já que os sujeitos são produzidos em relação com o território, e no território está a subjetividade para alguém dos sujeitos. Cuidar não é reabilitar um sujeito já (mal)formado, evitar que tal ou qual modo de vida se produza, mas é construir relações de cultivo da diversidade, o que implica construir relações, posições políticas e éticas.

Direcionando-se aos sujeitos estritamente, a clínica corre o risco de se tornar ortopedia de modos de vida, intervindo apenas nas formações e não nos processos de produção. E intervir nos processos de produção é participar deles. O território é uma figura viva que se constitui na relação com outros territórios em movimento, não sendo fechado nem isolado. No caso da rua, podemos entender que, embora ela apareça como um território estranho, esse território é sempre formado em relação aos outros territórios de vida que compõem a cidade.

A transversalidade, então, frente ao campo problemático da saúde pública no SUS, é a operação para a construção de uma perspectiva de saúde integral na clínica (modo de ver e modo de agir), que busca sair do separado, no que diz respeito às disciplinas que compõem os saberes que movimentam a operatória da clínica, mas também da maneira como a intervenção da clínica vai se postar: não sobre, contra a rua, mas através, com a rua. Comendo com a rua.

Ao trabalhar com o concreto territorial, esse cotidiano da rua é viável pela lógica de cuidado da AB, SM e RD. Nesse concreto territorial, nem saberes podem ser separados, nem o sujeito que intervém e sujeito que recebe a intervenção. A clínica é de território, e não clínica do sujeito, porque é só no território que o sujeito se apresenta em ato, enquanto materialização, concreção de uma vida, e não como abstração, objeto de uma história, sujeito da linguagem. O concreto territorial é um aqui-agora material, que é só o que temos, que é como toda uma história que se faz presente em ato. Só nessa medida, enquanto existente em ato, que importa a história do sujeito, de modo que essa clínica faz geografia, desenha e acompanha um território a partir do que se apresenta.

Como no jogo do AND, começa-se e acaba-se a história pelo “meio”. O meio é o lugar da intervenção, o território como ato expressivo que apresenta uma vida, ou vidas, em gerúndio, acontecendo, não como objeto finalizado, mas em seu percurso. É nesse sentido que usamos o termo território. É com um *vivendo* que se trabalha: comendo, dormindo, trabalhando, sentindo, lembrando, sangrando, adoecendo. Trabalhar com o básico, com o concreto territorial, desse modo, é trabalhar com aquilo que se apresenta concretamente, em gerúndio, com o que há **ali**. É **ali** que se trabalha, e é com esse **ali** que se compõe, que se faz comum. Trabalha-se geograficamente e de modo geográfico sem chegar a um termo ou verdade, mas potencializando processos, “vivendos”. E se faz isso clinicando: “Um meio para nos tornarmos ‘advérbio de modo’ e escaparmos, a cada vez, de sermos ‘sujeitos de verbo’”²¹⁹.

Clínica de território e acesso à experiência

Ao que estamos propondo que acontece no encontro de AB, RD, SM com a rua, estamos chamando de Clínica de Território. Tal clínica não é uma disciplina, uma escola, mas um modo de operar que conjuga saberes a partir de um operar que se dá em e com um território: a concreção de uma existência em ato. O que está em questão nessa clínica é muito mais do que o sujeito da demanda de cuidado: para esse cuidado ser operado, se coloca em questão a cidade, a relação entre os saberes da saúde, os modos de ver e agir no mundo. Não é uma clínica para a demanda de remissão de sintoma, é a clínica para criar condições de outras expressividades que possam compor, viver junto no ecossistema urbano.

Nas problemáticas em que se envolve a saúde na rua, é preciso enfrentar as vulnerabilidades das próprias práticas de saúde: separação mente e corpo; concepção de território como mera delimitação geográfica abstrata, representativa; estabelecimento de modelos de vida; separação ou neutralidade da intervenção em relação ao seu alvo. Implicados nesses problemas estão: conjurar as lógicas racistas, competitivas da cidade como mercado; a deslegitimação do que há. Se a clínica na Atenção Básica se faz pela composição com o básico, compor é seguir vetores, deixar advir a presença do outro enquanto vetor em minha existência.

A clínica de rua experimentada no POP RUA suscita tais problemas e proposições porque o cuidado feito não se deu unicamente sobre os sujeitos usuários ou sobre as doenças, mas também sobre o que acontecia na rua. Somos cada vez mais influenciados por nossos dois principais interesses: a proposta do Modo Operativo AND e a tentativa de Fernand

²¹⁹ Eugênio, Fiadeiro, 2013, p. 223.

Deligny. Como viver juntos sem ideias preestabelecidas? Como construir um viver comum como uma tentativa sem fins, objetivos pré-formados?

Para as práticas em Atenção Básica, coloca-se, então, a necessidade de coabitar o território, quebrando as separações. Fomos entendendo que, para quebrar a separação, para chegar ao território, era preciso acessar a experiência. O problema do acesso da vida de rua ao SUS é o problema do acesso em via de mão dupla: permitir o acesso e acessar a experiência no território.

No AND, fazer a des-cisão, sair da separação, é entrar, reparar: reparar no que há à volta, no meio, “nos fatores de situação cujas inter-relações emergem enquanto teias de um imenso e envolvente mapa vivo”²²⁰. É ainda entrar em um modo de espera, que é o aguentar não saber. O que em nossa pesquisa anterior chamamos de estar em uma relação ação \diamond rua, estar no empírico da experiência, em que os sujeitos da relação ainda não estão formados, mas em processo de formação. É preciso acessar a experiência infinitiva impessoal que se expressa pelo território existencial. Uma experiência que vamos chamar de pré-refletida – a dimensão da experiência de cada um é coletiva, não havendo uma separação eu/mundo.

A experiência, em sua dimensão pré-refletida, opera em um regime que não é representativo, mas afetivo. Ela se dá pelos afetos, em um plano comum, de modo que a experiência nessa dimensão nunca é algo individual. O que ligaria as perspectivas não seria uma forma passível de ser representada. É o comum que é amodal, aformal, de ordem intensiva e não figurativa. É preciso conseguir ver os processos, aquilo que não é da ordem da forma objetiva. Ver os processos, pois, é acessar os afetos através da própria afetação. É na interseção eu-mundo, no plano dos afetos, que a clínica opera: habitar o território. Clínica de território implica, portanto, um acesso à experiência. A clínica de rua implica um acesso à experiência da rua ou à experiência do desterro. Abordamos o acesso à experiência necessário ao habitar um território existencial, mostrando um método de acessar a experiência e um exemplo: nossa pesquisa de campo.

²²⁰ Eugênio, Fiadeiro, 2013, p. 224.

Capítulo terceiro: campo de investigação

Nós iniciamos este campo intuindo a possibilidade de pensar e propor uma clínica de território. Até aqui, clínica de território seria a designação do lugar onde acontece a clínica e do modo como a clínica acontece: um adjunto adnominal de lugar e de modo. É a clínica se territorializando – se constituindo como um território e se constituindo no território – e o território clinicando – o território propondo questões para a clínica, abrigando-a e produzindo nela desvios. Nesse sentido, no jogo prepositivo entre clínica e território (clínica de território, clínica com o território, clínica no território, clínica para o território, clínica pelo território) intuimos que a clínica se territorializa e se desterritorializa, forçando seus limites identitários, reinventando-se. Cuida-se no território e o território cuida. Habitar o território produz efeitos clínicos, a clínica se faz habitando um território.

Para expressar, desdobrar essas intuições que surgiram todas complicadas em um bloco empírico de experiências e experimentações na rua, e especificamente com políticas públicas para a rua, tomamos como campo de investigação nosso meio de experimentação donde surgem essas intuições: a prática do serviço de Consultório na Rua Rio de Janeiro/Centro, da Coordenação de Área Programática 1.0 da prefeitura municipal do Rio de Janeiro²²¹. Serviço mais conhecido como POP RUA do qual participei da construção, na condição de gerente técnico.

A pesquisa de campo junto a este serviço foi realizada após minha saída da gerência. O processo de investigação junto ao POP RUA foi denominado *pesquisa-intervenção participativa/apoio institucional de perspectiva cartográfica*. Neste capítulo tratamos de apresentar esse processo de pesquisa. Dividimos esta apresentação em duas partes. Uma primeira parte apresenta o que seria uma *perspectiva cartográfica* na produção de conhecimento, uma concepção de produção de conhecimento e modo de operar uma investigação, através de pistas que orientam ou dão referencia processo cartográfico. A segunda parte trata de mostrar o trajeto de uma pesquisa-intervenção participativa, construída a partir da perspectiva cartográfica e de pistas para operar a cartografia: como esta perspectiva (modo de ver e agir) e estas indicações se atualizam em um processo de investigação junto à prática do POP RUA.

²²¹ A cidade do Rio de Janeiro é subdivida em distritos sanitários, regiões da área de Saúde, que são chamadas áreas programáticas (AP). A AP 1.0 diz respeito a região central da cidade. Sendo composta predominantemente de grandes instituições hospitalares, e com numero reduzido de instituições de Atenção Básica.

Nesta tese, a perspectiva cartográfica e as pistas para a pesquisa cartográfica engendraram pesquisa-intervenção participativa, que se concretizou como um apoio institucional junto aos trabalhadores do POP RUA, e que por fim gerou, como produto deste apoio, um documento técnico de autoria coletiva (trabalhadores e pesquisadores) acerca do cuidado do POP RUA.

A dimensão metodológica que apresentamos neste capítulo sem dúvida não está separada de outras dimensões da investigação: o nóculo de problemas no qual está inserida a pesquisa, os conceitos que produzem os problemas, as experimentações que fizemos, a proposição que a tese visa fazer. Podemos dizer que a aposta metodológica da pesquisa é operacionalmente similar à aposta clínica que vamos propor ao final desta tese. Tratamos, sobretudo, de modos operativos. Estes modos operativos dizem respeito tanto à clínica de que queremos falar quanto ao conhecimento que pretendemos produzir. Mais que isso: *cuidado e conhecimento são duas faces de uma mesma operação*. Esta tese fala de uma clínica - modo operativo - mas, como pretendo sustentar ao final deste capítulo, esse processo de investigação também foi uma operação clínica junto ao território da prática do POP RUA. Neste sentido é que a tese é sobre a clínica e é uma clínica realizada. E isso já é importante destacar pela proposta que fizemos ao final do último capítulo: *cuidar é habitar/criar um território e acessar a experiência; conhecer é criar/habitar um território e acessar a experiência*.

Colocar o problema do acesso à experiência só nos é possível em função de um lugar que viemos habitando, um território específico de pesquisador: o Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense - Estudos da Subjetividade, e especificamente, o grupo de pesquisa "*Enativos: conhecimento e cuidado*". Esse grupo está em conexão com uma rede mais ampla de pesquisadores implicados com as questões da produção de subjetividade, operando em vários campos e áreas: psicologia, antropologia, filosofia, artes, saúde pública, políticas públicas, cidade, dinâmicas de exclusão social, direitos humanos, etc.. Um grupo mais restrito de pesquisadores desta rede desenvolveu em dois volumes o que foi chamado pistas para o método da cartografia²²². A partir destas coordenadas proponho que falemos em uma perspectiva cartográfica na produção de conhecimento.

²²² Passos, Kastrup, Escóssia (2009); Passos, Kastrup, Tedesco, 2014.

Parte 1: Perspectiva cartográfica na produção de conhecimento

Uma perspectiva veicula posicionamentos éticos e políticos, e diz respeito à maneira como nos posicionamos frente à produção da realidade. Uma perspectiva não cria somente o objeto visto, o mundo, mas o ponto que vê, podemos dizer o sujeito do ponto de vista. Posicionamento é uma concreção no espaço, um corpo em relações de afecção – atravessado e transmissor de afetos e signos. Uma perspectiva agencia corpos, e é por eles agenciada. Perspectiva cartográfica é então uma forma de se posicionar, uma articulação que concebe e age a realidade de certa maneira, e que em cada território concreto no qual age, cria diferentes corpos, se concretizar de diferentes maneiras.

Uma perspectiva cartográfica se diferencia diretamente do que vamos denominar perspectiva representacional²²³. Estas duas perspectivas, tanto no âmbito da produção de conhecimento, como em domínios como a clínica, constituem-se como posicionamentos ético-estético-políticos diferentes em sua relação com o real.

Na perspectiva representacional o real é tomado como sendo organizado por estruturas e significantes universais. Seria o que Deleuze e Guattari²²⁴ chamaram de pensamento arborescente: ele teria uma raiz, um componente central e organizador de suas formações. As configurações possíveis do real, nesta perspectiva, estariam todas submetidas a estas estruturas, e as formações do real seriam representações destas estruturas: o mundo é entendido como totalidade representável. Aquilo que não é formado, os processos, as relações, nesta perspectiva, seriam segundos: a relação é segunda frente aos estados de coisas, estruturas, cadeias significantes. O real perspectivado pela representação tem leis e regras de ordenação já definidas em alguma instância que transcende nossa experiência; ou, em uma variação, o real não é formado, mas nosso único modo de acesso a ele é através de estruturas que mediam nossa relação com ele. O que significa dizer que para o vivente humano, o real é representacional. Assim, a maneira de acessar o real do mundo é representando-o. Tal perspectiva representacional podemos associar a uma perspectiva objetivista do mundo, onde o que interessa é o objetivo verificável que nos levaria à verdade pura e única. É o modo de relação com o real que, como falamos no capítulo zero com a discussão do AND, seria da ordem do “é”: o real ou a verdade é...²²⁵. Há também um polo oposto a esta perspectiva, que podemos chamar de solipsismo, e

²²³ Tedesco, Sade, Caliman, 2013.

²²⁴ Deleuze, Guattari, 1997A.

²²⁵ Eugênio, 2011.

que Eugênio remeteria ao contra-golpe pós-moderno²²⁶. Um subjetivismo, um solipsismo, onde o real seria puramente subjetivo, relativo, individual, o regime do “ou”: o real, o verdadeiro é isso, ou isso ou aquilo.

Nos interessa aqui discutir a perspectiva representacional. Nesta o mundo já está formado, e cabe ao ato cognoscente expressar este mundo, através de signos linguísticos e de uma sintaxe que relaciona estes signos. Assim este plano da linguagem seria o plano da expressão, que estaria separado do plano do conteúdo, que seria a realidade exterior à linguagem²²⁷. Dizemos que o mundo estaria dado porque o plano da expressão somente representaria o real, não interferindo nele, e sendo o nosso único modo de acesso ao real: seja porque o real é o inapreensível para uns, seja porque o real é informação, forma já atual e criada para outros. Para esta perspectiva, o que é distinto é separado: os signos funcionariam como classes gerais que operam recortes no plano empírico, estabelecendo fronteiras claras entre as ocorrências factuais²²⁸; a sintaxe seria a maneira de organizar estes signos, pois seria idêntica à ordem da natureza. Tedesco, Sade e Caliman²²⁹ afirmam que a perspectiva representacional é refratária às inconstâncias dos fatos, ao que foge de sua sintaxe ou de seus signos, exigindo a eliminação das variações de expressão, ou seja, de qualquer expressão ou conteúdo *nonsense*. De modo que esta perspectiva imprime uma política mais de reprodução do que de produção de conhecimento. E em nosso modo de ver, é uma forma produzir realidade que não interessa ética, estética e politicamente.

A discussão que aqui se coloca não defende que não existe a representação, ou que não devemos produzir signos nem sintaxes - talvez essa fosse a saída solipsista. Queremos afirmar a inseparabilidade entre o plano da expressão e o plano do conteúdo - sintaxe e signo se produzem mutuamente - e colocar em análise os signos e as sintaxes constituídos. Talvez além disso, produzir outros signos e outras sintaxes que realizem uma democratização das formas de expressão, justamente pela inclusão do que escapa à linguagem instituída. Assim, "A Linguagem" não existe, mas sim linguagens, marcadas histórica e politicamente. Então vamos dizer que linguagem são muitas, e que estão para além do linguístico, das palavras e signos entendidos como tal.

A perspectiva cartográfica é uma terceira via que busca habitar o entre polos objetivo/subjetivo, entre o “é” e o “ou”: coisas são, e também não são. Nem a definição de uma

²²⁶ Idem.

²²⁷ Tedesco, Sade, Caliman, 2013.

²²⁸ Idem.

²²⁹ Idem.

verdade e de um único modo de acesso a ela, um mundo, puro e último, nem a aleatoriedade de qualquer mundo indiferente a nós. Na perspectiva cartográfica o real é dinâmica de produção, é maquinação sem fundamento primeiro estrutural, formal, objetivo ou cêntrico. O real se dá na composição de duas dimensões: formas e forças, atual e virtual, objetivo e subjetivo, um delineável que mantém limites sempre imprecisos. O real é composto de representações, estados de coisas, objetos estáveis, visíveis e delineáveis, representáveis, mas também de forças, processos, imprecisões. Mas o que é força, matéria informe, é o que tem o primado na produção do mundo: o primado é deste plano *nonsense*, “uma exterioridade que não pode ser considerada nem objetiva nem subjetiva”²³⁰.

O real, ou sua dimensão primeira, não seria arborescente, mas rizomático²³¹: rede acêntrica, que se faz traçando, que é sempre uma experimentação, que se experimenta ao subtrairmos o Uno (*n-1*), ao se retirar a unificação e a totalização do ver, ao retirarmos a pretensão de dominação de tudo que existe. A realidade é um plano de composição sem centro e em perpétua diferenciação: “plano de diferenças e plano do diferir frente ao qual o pensamento é chamado menos a representar do que a acompanhar o engendramento daquilo que ele pensa”²³².

A realidade é criação sem instância ordenadora privilegiada, a não ser o próprio ato criador sem essência necessária, quer dizer, sem uma instância que cria, sem "O Criador". Cartografia: feitiçaria ateia, a qual cabe desenhar trajetos, processos de realização do real, bem como o que, ao lado do que foi traçado, permaneceu como incompleto, informe, como virtual - uma cartografia é sempre um desenho incompleto. Agir o mundo na perspectiva cartográfica não é representá-lo, reproduzi-lo, mas criá-lo, a partir deste fundamento sem significado ou estrutura pré-estabelecida. A perspectiva cartográfica implica necessariamente uma concepção criacionista e relacional do real.

Ao aceitar o fundamento primeiro de um plano coletivo de forças, há uma recusa do pressuposto de que tudo que é distinto é separado. A criação, ou a produção do mundo, se faz em dinâmicas paradoxais: ao mesmo tempo que vejo, crio o mundo, e crio aquilo com o que vejo: é a imagem das mãos se desenhando, de M. C. Escher²³³. Este posicionamento em relação ao real, ao mundo, se aproxima e se sustenta na concepção de vida proposta por Maturana

²³⁰ Eirado, Passos, 2004, p. 80

²³¹ Deleuze, Guattari, 1997A.

²³² Passos, Kastrup, Escóssia, 2009, p. 10.

²³³ Eirado, Passos, 2004.

e Varela²³⁴: a vida como autopoiesis, criação continua sem criador, sem fundamento criador, ou melhor, com um fundamento informe, *nonsense*. Nesta concepção, a criatura (o que é criado) e o criador (aquele que cria) emergem concomitantemente e constantemente em um mesmo processo de criação.

É no conceito de autopoiesis que a cartografia pode buscar sua concepção de conhecimento: a imagem do ato cognoscente é a vida, como dinâmica de autocriação sem criador, o ato de conhecer como ato de criar o mundo (enação)²³⁵. O paradoxo autopoietico é colocar criador e criatura em um mesmo círculo criativo. Criação e criado são uma coisa só em regimes diferentes: regime de verbo infinito (o criar) e regime de substantivo (o criado). Um mesmo real, que também para Bergson, aparece em dois registros distintos e inseparáveis, expressos através de fluxos temporais: o atual, que marca formas estáveis e delimitáveis no tempo, estados de coisas e o virtual feito de processos, devires, matérias informes, pré-objetivas e pré-subjetivas. Dinâmicas paradoxais na cartografia (paradoxo do fluxo temporal, o paradoxo do vivo) são dinâmicas circulares: não paralisam o processo do tempo ou do vivo, mas sim, a circularidade paradoxal faz vida e tempo redobram-se sobre si mesmos, constituindo uma circularidade. A circularidade quer dizer que estes registros diferentes se torcem um em direção ao outro, se refletem e entram em circuito, e que não há etapa, linearidade, hierarquia. No ato mesmo de conhecer é que emergem sujeito e objeto do conhecimento. Quando produzimos conhecimento não estamos representando o mundo, estamos criando versões de mundos. E ao produzirmos conhecimento estamos produzindo também modos de ser e estar no mundo - produção de subjetividade. De acordo com tal perspectiva os polos da relação cognoscente (sujeito e objeto) são efeitos, e não condição da atividade cognitiva.

Da circularidade da vida, como operação da produção de conhecimento, tira-se muitas implicações. Uma primeira é que não haveria um mundo predeterminado, mas sim, em todas as formações do mundo (sujeitos, objetos, realidades sociais) haveria uma dimensão virtual imanente (processual). Essa dimensão seria o excedente das formas, aquilo que nelas abunda e que faz com que elas não sejam permanentes e definitivas. Outra implicação é a recusa de que polos distintos em uma mesma dinâmica relacional, seriam separados: criador/criatura, atual/virtual, sujeito que conhece/objeto conhecido, indivíduo/sociedade, corpo/mente, etc. Se para nossa percepção predominante coisas distintas aparecem como separadas, como por exemplo o pesquisador e o que é pesquisado, isso diz respeito a modos de conceber e operar a

²³⁴ Eirado, Passos, 2004.

²³⁵ Passos, Eirado, 2009.

produção de conhecimento, aos arranjos concretos que utilizamos para nos movermos no real. Quer dizer, os saberes e até nossa percepção são historicamente construídos, e produzem realidade na maneira como operam.

O que seria isso que garante a possibilidade de transformação e que, ao mesmo tempo, marca a inseparabilidade entre coisas distintas? É o fundamento primeiro do real, a gama de conceitos mais ou menos os mesmos que viemos nos referindo e que é fundamental para a perspectiva cartográfica: plano comum - plano coletivo das forças, plano de consistência, plano bruto da existência, esta dimensão processual verbal impessoal infinitiva, plano dos afectos.

Comum que queremos pensar²³⁶ não é o mesmo nem o igual. O comum não é o homogêneo, mas o comum da diferença. É mais a diferença em si que o diferente. O comum não é o que se comunga por similitude, identificação. Não diz respeito à semelhança da forma. O que é comum entre coisas distintas, é o que as diferencia e o que as torna inseparáveis, e é a matéria da produção do mundo, da sua transformação.

Produzir conhecimento na perspectiva cartográfica é, então, acompanhar processos de diferenciação, de criação do mundo e daquele que conhece. Não se pode conhecer sem criar; não se cria sem se recriar a si mesmo no processo de criação. E o que é criado nunca aspira ser todo o real, ele é sempre a fórmula n-1: um percurso. A produção de conhecimento não visa à produção de verdades universais e que dariam conta de um todo, mas singularidades verdadeiras²³⁷. Processo é toda sorte de movimentos e micro-acontecimentos, irreduzíveis a estados de coisa, mudanças, transições, transformações nos estados das coisas: aquilo que se passa entre pontos fixos. Na linguagem, são melhor expressos pelos gerúndios, pelos verbos infinitivos impessoais. Eles comportam uma duração, habitam certa espessura do acontecimento.

Contudo, se é na produção de conhecimento que advém sujeito e objeto do conhecimento, por outro lado, não se cria nada do nada. Não se parte nunca de uma tábula rasa. Parte-se sempre do meio do processo. Na pesquisa parte-se do pressuposto que sujeito e objeto são estabilizações temporárias de um processo de produção do conhecimento. Produzir conhecimento implica a transformação tanto da realidade pesquisada, tanto daquele que pesquisa. Assim entende-se que todo processo de investigação é uma intervenção em um estado de coisas que em um primeiro momento pode parecer definitivo.

²³⁶ Passos, Kastrup, 2013.

²³⁷ Deleuze, Guattari, 1997A.

Neste processo de conhecer, ao intervir no mundo, modificando-o, de uma maneira ou de outra, estamos sempre implicados em processos de objetificação (produção de objetos) e de subjetivação (produção de sujeitos). É neste processo que novos sujeitos e objetos de pesquisa são criados, e novos modos de construir sujeitos e objetos. Qualquer prática de pesquisa sempre produz realidade, desta ou daquela forma: seja produzindo mais do mesmo, reproduzindo, seja abrindo questões, alterando modos de ver, novas versões da realidade, criando. Por isso conhecer é criar e transformar o mundo e a si mesmo. Conhecer é intervir no que está formado.

A questão para a cartografia é concretizar um modo de fazer a pesquisa que esteja em consonância com sua perspectiva criacionista da produção de conhecimento e da realidade. A cartografia terá como desafio construir seus problemas de pesquisa, seus objetos e componentes.

A cartografia busca a reversão do sentido de método: do *metá-hodos* para *hodos-metá*. Não é pelo cumprimento de metas e etapas de pesquisa preestabelecidas que ela vai realizar seu processo de conhecer. O método se consolida e define suas metas no ato de pesquisar: criar a metodologia no caminhar do processo, não sendo a meta que define o caminhar, mas o caminhar que vai definir a meta. Em um sistema acêntrico, como conceber a direção metodológica? A metodologia, quando se impõe como palavra de ordem, define-se por regras previamente estabelecidas. Daí o sentido tradicional de metodologia que está impresso na própria etimologia da palavra: *metá-hódos*. Com essa direção, a pesquisa é definida como um caminho (*hódos*) predeterminado pelas metas dadas de partida. Por sua vez, a cartografia propõe uma reversão metodológica: transformar o *metá-hódos* em *hódos-metá*.²³⁸ Essa reversão consiste numa aposta na experimentação do pensamento – um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude.

E isso implica não definir de uma vez por todas um objeto e problemas de pesquisa, mas atentar e sustentar processos de produção dos objetos e dos problemas de pesquisa como sempre em curso, bem como objetos de pesquisa como processos (objetos-processos) e problemas de pesquisa como um processo constante de problematização. Na atividade problematizar faz-se uma abertura no sentido, uma diferenciação na repetição, que vai modulando os problemas e objetos. A cartografia acompanha processos: estar ao lado de seu próprio processo de produção da metodologia, e acompanhar processos no campo onde se insere, e onde, querendo ou não, intervém, interfere.

²³⁸ Passos, Kastrup, Escóssia, 2009.

Mas o que garante a consistência da cartografia construída, sua validade e que sua criação seja interessante para o território com o qual ela se relaciona? O que garante a consistência e relevância do processo cartográfico? Compromisso e interesse com o processo de pesquisa nos campos onde investiga são índices de consistência. Contudo, se é processo, nem interesse, nem compromisso garantem a validade da cartografia. Sempre de uma maneira ou de outra, por um lado ou outro se pode falhar. O que valida a legitimidade do processo cartográfico é o próprio comum construído no campo de intervenção, e os efeitos produzidos na realidade compartilhada da pesquisa entre o campo, a comunidade acadêmica, os atores. Interesse, compromisso são efeitos que só podem ser construídos ao habitarmos o campo que construímos.

Aí está uma chave para entender o termo intervenção na cartografia. Seu caráter interventivo não pode ser entendido como uma via de mão única. O comum construído no território deve validar a cartografia, de modo que intervenção aqui tem caráter de mão dupla: intervém no campo e o campo intervém na pesquisa, já que pesquisa e campo se formam em um mesmo processo. A intervenção não é um planejamento que deve ser cumprido, como um programa, um projeto formado anteriormente. Certamente se terá um projeto, objetivos formados antes de se adentrar o campo. Mas a questão é em que medida é possível acompanhar a variação e a dissolução do projeto, de modo que ele se transforme em um trajeto que se faz ao percorrer. Intervenção, como veremos, é inerente ao investigar, como discute Vinciane Despret²³⁹, ao falar da influência como efeito bilateral, entre pesquisador e pesquisado no processo de pesquisa.

A validade da cartografia se constrói por duas vias: pelo rigor no caminhar, que pode ser entendido como grau de abertura e ao mesmo engajamento no processo que se mantém ao longo da pesquisa; e pela validação do coletivo que toma parte na cartografia. A precisão cartográfica está distante de exatidão, e mais próximo de justeza, mais próxima de um acordo com os movimentos da vida ou da normatividade do vivo, de que fala Canguilhem²⁴⁰. O compromisso da cartografia é com as regras emergentes no campo, com seu próprio movimento de criação. Compromisso e interesse com a vivacidade do campo e da própria pesquisa. O conhecer, assim, é muito próximo de cuidar.

A experimentação cartográfica é guiada pelo compromisso com a vivacidade de um ecossistema. Por isso, cuidar é conhecer e é criar: para cuidar é preciso conhecer, e para co-

²³⁹ Despret, 2011A.

²⁴⁰ Canguilhem, 1982.

nhecer é preciso criar, transformar. Interessa mais à cartografia construir uma geografia, entender os processos que levam a tal estado de coisas, e os processos que abrem outro campo de possíveis, trazendo a luz, a enunciação, a dimensão virtual, processual do campo pesquisa. Menos entender os porquês, menos construir uma interpretação despreocupada com a partilha da mesma com o campo, e mais traçar o *como*, de modo que isso possa ser compartilhado com o campo.

Algumas pistas para concreção perspectiva cartográfica.

Apresentamos aqui algumas pistas do método cartográfico, que são as pistas que mais fizeram funcionar nossa investigação. Estas pistas não são, e não foram para nós, regras para serem aplicadas ou etapas. As pistas funcionam como pontos de referência para a construção e sustentação de um posicionamento no campo da produção de conhecimento. No caso, nossa posição de pesquisadores.

Cartografar é acessar e construir o plano comum, acessar a experiência.

Cartografar exige o acesso a este plano comum como se apresenta no território pesquisado. Há um paradoxo próprio ao plano do comum: ele ao mesmo tempo em que está aí, precisa ser produzido²⁴¹, ele é acessado ao tempo que é construído. A dimensão da realidade que a produção de conhecimento precisa incluir em seu olhar, na condução e nos instrumentos concretos que utiliza, é ontológica, mas é preciso ser produzida.

O comum, sendo da lógica das sensações, da ordem do afecto, se acessa com o corpo afectivo. O conhecimento para a cartografia ganha consistência em processos de corporificação do conhecimento e práticas que configuram regimes de afetabilidade²⁴². É o afecto ao lado da informação.

Acompanhando o trabalho do filósofo pragmatista Willian James, Vinciane Despret afirma que na experiência emocional, os enunciados, “isto é meu corpo”, “lá está o mundo” tornam-se muito mais indeterminados. A emoção não seria aquilo que é sentido, mas um certo tipo de arranjo que produz uma disponibilidade ao sentir, sendo aquilo que faz sentir: “a emoção, eu diria, não é somente aquilo que nos faz acolher o mundo, é também a maneira como solicitamos ao mundo nos acolher, pedindo-lhe mesmo, às vezes, de nos dar um coração”²⁴³. Analisando o trabalho da antropóloga Catherine Lutz juntos aos ifaluk, Despret

²⁴¹ Kastrup, Passos 2013.

²⁴² Pozzana, 2013.

²⁴³ Despret, 2011D, p. 57.

indica que estes não estabelecem nítida distinção entre cognição e afeto: são ambas atividades que permitem a entrada em relação, e que se explicitam no universo interpessoal²⁴⁴. De modo que podemos dizer que Despret apresenta outro sentido de experiência emotiva. Emoção é o afecto sentido por uma pessoa, sendo o que se passa no mundo, nas relações, o que necessariamente dá o sentido social e político aos afetos. A emoção não é uma representação social pois possui sentido paradoxal de uma matéria forjada em um plano de referencia indeterminado, ou seja, nem objetivo, nem subjetivo: as emoções “estão no mundo que nos afeta ou em nossa capacidade de transformar o mundo? Este homem é amável porque eu o amo ou eu o amo porque ele é amável? Os duas concepções se fazem objeto de uma negociação”²⁴⁵.

Acessar o plano comum das forças, plano coletivo heterogêneo, é acessar o plano onde experiências individuais e coletivas, eu e mundo, corpo, consciência não podem ser claramente separados, distribuídos. Acessa-se esse plano traçando, o que quer dizer que se marcam formas, enunciam-se versões, sensações, qualidades que não se completam, que não se transformam em propriedades de uma pessoa, mas de um entre, de um meio, ambiente. Acessar o plano comum afetivo é expressá-lo. Expressar é desdobrar, expressar de maneiras diferentes, o que não quer dizer desvelar o oculto, mas criar novas inscrições em uma superfície, novos modos de falar que estejam em sintonia afetiva com determinado ambiente. É preciso, onde se habita para acessar o comum, incluí-lo como existente, através de modos de expressá-lo, em signos linguísticas ou não. De uma certa forma, incluí-lo na consciência, no que é dito. Um transito entre dois registros perceptivos.

Segundo Kastrup e Passos²⁴⁶, o comum se produz por procedimentos que vão à jusante da experiência: quer dizer, o comum acompanha o fluxo da experiência. A experiência é a via régia de acesso e construção deste plano do comum. É comum aquilo que, na experiência, é vivido como pertencimento a um coletivo²⁴⁷.

Eirado, Passos, et al²⁴⁸ definem dois sentidos para experiência: um primeiro é a experiência como história de vida - aquilo que pode ser falado sobre uma vivência pregressa, a história de vida de uma pessoa, que remete ao *vivido*, aquilo que foi atualizado. O segundo é o sentido afetivo da experiência: a experiência como ato impessoal de “experenciar” determinado no momento presente, que remete a um “*vivendo*”, *a um viver*. Exemplo: a experiência

²⁴⁴ Despret, 2011D.

²⁴⁵ Idem.

²⁴⁶ Kastrup, Passos 2013.

²⁴⁷ Passos Kastrup 2013.

²⁴⁸ Eirado, Passos, et al. (2010)

com o uso de crack de uma pessoa comporta sua história de uso, e também aquilo que ela vivencia em ato, o efeito o como se desenrola a experiência de usar o crack. Uma experiência pré-individual que definirá, a cada instante de uso, droga e usuário. Esse segundo sentido da experiência remete a uma experiência de natureza afetiva, quer dizer, não passa somente pela palavra, pelo que pode ser pensado e dito, mas por um tipo de vivência qualitativa radical. Na etimologia da palavra experiência estão os sentidos de travessia e perigo: *ex* de exterior, de estrangeiro, de exílio, de estranho e também de existência: “passagem da existência, a passagem de um ser que não tem essência ou razão ou fundamento, mas que simplesmente “*existe*” de uma forma sempre singular, finita, imanente, contingente”²⁴⁹.

Kastrup e Passos mostram como o conceito de comum ganha vários nomes: no trabalho de Daniel Stern (percepção amodal), Willian James (experiência pura). Toda experiência possui duas dimensões: uma modal (que pode ser gustativa, tátil, olfativa, visual ou auditiva) e outra amodal, que antecede a diferenciação dos sentidos (ritmos, velocidades, intensidades e formas). Esse plano amodal comunica forças e é pré-reflexivo, podendo ser apreendido nos diversos modos sensoriais, não sendo contudo específico de nenhuma natureza perceptiva. Isso que está em uma experiência, como sentido pré-refletido (à jusante), se caracteriza por movimentar sensações difusas, difíceis de descrever, mas ao mesmo tempo intensas e singulares. A experiência pré-refletida é a presença do plano comum em nós. Pré-refletido porque é a dimensão da experiência que não foi totalizada, não realizou ainda a separação eu/mundo, ainda não foi apropriada pela consciência reflexiva que identifica sujeito, objeto, que faz as separações, mas comparece como traços, sensações, intensidades. Ela é a experiência primeira, matéria com a qual se constrói a experiência refletida, segunda.

Se a experiência pré-refletida é a dimensão de onde advém, a todo momento a estabilização do real em forma de eu-mundo, entende-se que esta experiência é performativa, quer dizer, ela tem a força de performar, de pôr a realidade e fazer emergir eu/mundo de determinada forma. O mundo como se faz a cada momento presente, não se estabiliza em um momento inaugural, mas vai se fazendo a todo momento. Está aí um postulado de que o fazer, o saber e o conhecer são processos que advém de um mesmo plano de experiência: na medida em que faço, construo um saber, e conheço.

Para a cartografia²⁵⁰, a direção metodológica é acessar a experiência, o que envolve três processos: influência, sintonia, confiança. Influência é a transformação do campo de for-

²⁴⁹ Bóndia, 2002, p.25.

²⁵⁰ Sade, Ferraz, Rocha, 2013.

ças (dimensão relacional ou afetiva) enquanto se intervém e enquanto se conhece, quando se entra em relação. É a contaminação mútua do sujeito interventor e do mundo onde se intervém. Despret²⁵¹ trabalha a ideia de que a influência como efeito no campo, é índice de se está produzindo conhecimento, e não uma variável a ser eliminada. Para conhecer é preciso que pesquisador e pesquisado estejam em um processo de influência mútua. De modo que para nós, ao acessar a experiência no cartografar, é necessária uma disponibilidade como ethos do pesquisador, uma disposição ao campo de influência que é criado: “os sinais que correspondem ao mundo e os que correspondem ao sujeito são redistribuídos de uma nova maneira. Ambos são ativos e ambos são transformados pela disponibilidade do outro. Ambos são articulados pelo que os outros 'fazem-no fazer'”²⁵².

Sintonia é a articulação entre aquele que intervém e o objeto da intervenção, que não se dá pela via da representação. A sintonia é a conexão de ordem afetiva feita de um ritmo, uma intensidade e uma simetria comuns. A sintonia é diferente da empatia²⁵³ que diz respeito ao movimento de pôr-se no lugar de alguém, onde se conecta com esse alguém pelas formas e representações que projetamos nele. Diferentemente, a sintonia diz respeito a estar *com* o outro, onde se sintoniza um afeto que me conecta ao outro, na impossibilidade de projetar representações que deem conta de sua existência. A sintonia é a via de compartilhamento da experiência afetiva. Ela também é a via pela qual se sai da relação interpessoal – relação entre objetos já formados - e entra-se na relação transpessoal, sujeitos e objetos em devir. Stern²⁵⁴ defende que a sintonia do afeto é “o desempenho de comportamentos que expressam a qualidade do sentimento de um estado afetivo compartilhado, sem imitar a exata expressão comportamental do estado interno”.

Confiança é o engajamento de um sujeito em determinado campo de forças. Produz-se a partir deste engajamento, sendo ela que permite tal engajamento. A confiança é uma apreensão intuitiva direcionada não a um objeto ou representação específico, mas confiança em um processo. Segundo Rolnik²⁵⁵, a confiança geradora de agenciamento não é confiança nos signos do senso comum, mas justamente no espaço vazio, nas pequenas brechas e cortes do tecido de realidade – por isso confiança sem objeto. A confiança é a crença “num mundo que não

²⁵¹ Despret, 2004.

²⁵² Despret, 2004, p. 125.

²⁵³ Stern, 1992.

²⁵⁴ Stern, 1992, p. 129.

²⁵⁵ Rolnik, 2011.

estaria além deste mundo, mas sim além do senso comum”²⁵⁶. Confiar: fiar com, tecer com. Confiar não está relacionado à certeza de cumprimento de uma expectativa por um resultado determinado, por uma completude de uma finalidade. Se confia em algo abstrato, incompleto, não total. Não se trata de confiar em um resultado específico. Confiança não é um sentimento pessoal, mas sim uma ciência (awareness) que se ancora em um plano comum (amodal) de experiência.

A nosso ver, a o senso de confiança emerge com a sintonia afetiva, como processo de contração de si e do mundo, tal como o senso de si emergente descrito por Stern²⁵⁷. Este pressupõe uma percepção direta e “global” de uma organização mínima que me articula, mas que ainda não pode ser localizada em uma interioridade ou em uma exterioridade, nem definida segundo as estruturas e esquemas da experiência. A noção de senso é importante, pois aponta para o caráter ao mesmo tempo pré-reflexivo e relacional da experiência. Sintonia está ligada à confiança e a disponibilidade. A sintonia é um compartilhamento de estados afetivos, ocorre largamente sem ser notada, fora da consciência reflexiva. Para além dos afetos categóricos (alegria, tristeza, raiva etc.), percebemos afetos de vitalidade, qualidades que se expressam nos menores gestos cotidianos, no modo como se faz qualquer coisa. Essas qualidades são percebidas em termos dinâmicos e cinéticos, a partir de um plano de percepção amodal. Quando Stern descreve uma percepção amodal, ele descreve-a no processo de formação do Eu do bebê, no processo de subjetivação inicial, onde o bebê passa a diferenciar eu e mundo. É o processo de constituição de um ponto de vista que realiza uma “inversão da base”²⁵⁸: a experiência pré-refletida, que é a base do existente, é invertida, e a divisão sujeito e objeto parece ser a condição inicial de existência, conhecimento e ação no mundo. O ponto de vista parece, por tal inversão, ser primeiro, sendo, contudo, apenas efeito.

Os processos de influência, confiança, sintonia, como modos e índices de acesso à experiência não seriam como palavras de ordem: não se pode tomar a decisão de influenciar, confiar, sintonizar. O que é descrito nesses processos não é da ordem da consciência reflexiva (se não, talvez, de uma consciência contemplativa), ou totalmente determinados pela intencionalidade de um sujeito. Pode-se decidir por uma experimentação através desses modos, que são também efeitos, são ao mesmo tempo causas e efeitos do acesso a experiência. Acessar a

²⁵⁶ Rolnik, 2011, p. 12.

²⁵⁷ Stern, 1992.

²⁵⁸ Passos, Eirado, 2009.

experiência se faz por estes modos, mas não se decide entrar neles, somente é possível estar disponível a entrar nestes modos-processos.

É no terreno da experimentação que a experiência surge, e que se pode enganar, por instantes, a inversão da base, o que Passos e Eirado chamaram de dissolução do ponto de vista²⁵⁹. A dissolução do ponto de vista do observador é a entrada em um ponto de ver, que desnaturaliza a realidade do objeto e permite, no caso do pesquisador, abrir o campo perceptivo que separa os diversos pontos de vista que habitam uma mesma experiência de realidade, sem que ele se deixe dominar por aqueles que parecerem ser verdadeiros em detrimento de outros que parecem falsos. Assim, a dissolução não significa o abandono da observação, mas sim a adoção de um olhar que não se atenha totalmente aos pontos de vistas formados. Trata-se da contemplação da coemergência sujeito/mundo, que se faz através da experimentação da variação (de si e do mundo). A posição paradoxal do cartógrafo corresponde à possibilidade de habitar a experiência sem estar amarrado a nenhum ponto de vista e, por isso, sua tarefa principal é dissolver o ponto de vista do observador sem, no entanto, anular a observação.

Disposição à dissolução do ponto de vista, não sendo o abandono do ver, do observar, tem no corpo o terreno de articulação necessária entre consciência e processo indiferenciado. O ponto de articulação paradoxal entre olhar objetivo e subjetivo. Corpo, instância ambígua do ser: pertence às vezes ao mundo dos objetos, ao mundo lá de fora, às vezes ao mundo dos sujeitos, o mundo aqui de dentro²⁶⁰; às vezes o objeto a ser conhecido; às vezes sujeito que conhece; às vezes parte da natureza, do mundo objetivo, às vezes, vinculado à mente e aos acontecimentos subjetivos. O corpo seria essa "trajetória dinâmica na qual nós aprendemos a nos tornar sensíveis àquilo de que o mundo é feito"²⁶¹. A articulação que o corpo faz é ligar o regime da forma ao plano dos afetos. Ele é o ponto de articulação, a interface.

Cartografar é transversalizar

O que a cartografia faz para construir/acessar o comum é transversalizar. Transversalizar é em primeiro lugar desestabilizar o que se apresenta como tendo unidade e identidade. Segundo Guattari²⁶², se desestabiliza os eixos verticais (as hierarquias entre os diferentes) e os eixos horizontais (a identidade entre os iguais). Chama-se esse primeiro movimento de lateralização: os elementos, em um plano, são colocados todos lado a lado: os pontos de vista envolvidos na pesquisa ficam lado a lado, onde é quebrada a hierarquia.

²⁵⁹ Passos, Eirado, 2009.

²⁶⁰ Despret, 2004.

²⁶¹ Despret, 2004.

²⁶² Guattari, 2004.

Mas além das hierarquias, também as fronteiras entre os pontos de vista são desestabilizadas, trazendo o foco ao limite entre os pontos de vista, lá onde as identidades deixam de ser o que são. Transversalizar é fazer as diferenças se comunicarem, criando entre os diferentes um comum. Comunicação que passa a ser uma composição, novas articulações. É aí que o eixo horizontal dos iguais é quebrado, ao se evidenciarem as diferenças para a comunicação. As diferenças, o que comparece como fragmentos de formas, partículas sensíveis são distribuídas, partilhadas. A operação de transversalização produz diferenças, cruza espécimes diferentes, gera mutações. Multiplica-se os pontos de comunicação não por similitude, mas por sintonia, traçando uma rede de articulações entre termos pré-individuais. A aposta na transversalidade diz respeito a operar no “entre” os domínios de saberes e objetos definidos.

Traversalizar é uma operação similar a da tradução. Tradução não como o encontro dos termos verdadeiros. Mas encontrar o termo justo, um “adequado” que não é da ordem de uma exatidão informativa. Quando, ao transversalizar, se intensifica o grau de comunicação, necessariamente isso passa por um diálogo com a alteridade, o contato com outras línguas, e a produção de outra língua no território da pesquisa: “Traduzir é realizar a passagem de uma língua a outra, sem que haja uma língua por trás, que pudesse funcionar como um ponto de vista externo, garantido ou afastado”²⁶³. O que guia essa passagem é o que Kastrup e Passos chamam de “sentido sentido”, ou felt-meaning. É ele que sustenta a coerência da tradução:

“traduzir o que não existe ainda, para dar-lhe a chance de existir. Reencontramos, então, a etimologia latina de tradução: trans-ducere: conduzir através, mas sobretudo conduzir na via de sua realização/completamento. Enfim, traduzir significa dizer o mesmo, dizendo outra coisa”²⁶⁴.

A matéria prima da língua a ser traduzida não é sua significação, mas seu sentido intensivo. É com o hiato irreduzível da língua, entre um sentido-significado e um sentido-direção afetiva, através de um felt-meaning corporal, se realiza a operação de tradução. “O plano do felt-meaning é que sustenta a coerência do território, e não seus limites espaciais”. O felt-meaning vibra com a paisagem do território existencial, e é tendo o sentido que é sentido como base que se traça a transversal, ao lateralizar e ao fazer comunicar, compor.

Cartografar é habitar um território existencial concreto²⁶⁵

Acessar a experiência, transversalizar só pode se fazer na relação com um território existencial concreto, já que estas operações se fazem na imanência da relação forma e força. A cartografia é uma proposição teórica que só tem sentido em uma pragmática concreta. Ha-

²⁶³ Kastrup, Passos, 2014, p. 275

²⁶⁴ Idem.

²⁶⁵ Alvarez, Passos, 2009.

bitar é um certo modo de estar no território que se caracteriza por uma composição - posição-com.²⁶⁶ Habitar um território é o que permite a construção de uma perspectiva cartográfica. Uma experiência só pode ser considerada e acessada ao ser uma experiência singular, que ocorre em um território concreto. Não “A experiência”, como uma categoria que generaliza a experiência e a torna abstrata, mas uma experiência.

Habitar um território existencial²⁶⁷ é fazer uma imersão nos seus processos e signos, pois é junto a eles que se faz esta composição, e compor-se com este território. Quer dizer, “eu faço parte dele e ele passa a fazer parte de mim”. Ao habitarmos, outro território é feito, já que todo território só existe como ato, e que cada elemento influencia na sua dinâmica. Pequenas diferenças são introduzidas, tem-se um novo território. O cartógrafo sabe que não pode ficar alheio ao território, e o território nunca é alheio a nada. O território existencial habitado é o da pesquisa, que envolve o pesquisador, como um ator e uma expressividade nele presente. A empreitada de pesquisa influencia tanto o território com que se relaciona quanto o da pesquisa.

Habitar portanto diz respeito a conjurar, na prática de cartografia, a relação distanciada, que se pretende neutra e objetiva. Descrito de fora, constituída como um objeto, só se apreende o território como realidade territorializada, ou seja, só se apreende a parte formal do território, sua identidade. Cria-se uma abstração objetiva porque o observador se preocupa em ocupar uma posição exterior, construindo condutas descritas, onde se confundem as causas e os fins: como se os sujeitos no territórios fossem as causas de suas dinâmicas relacionais e não o contrário, separando o agente e o ambiente, para depois, numa atitude abstrata, reconstruir as ligações, através das relações ideais de causa e efeito²⁶⁸. Tal atitude metodológica não permite ao pesquisador habitar o campo pesquisado, mas, ao contrário, visa analisar e sintetizar, de fora, o campo estudado. Essa posição exterior só pode descrever o território separando sujeito e ambiente. “Embora inclua o ser vivo em sua definição, é ainda um território exterior e prévio”, onde os modos de vida e os sentidos vinculados à constituição de um território existencial são reduzidos a espaços físicos e respostas motoras que se relacionam. “A qualidade e a multiplicidade cedem lugar à unidade e à generalidade”²⁶⁹.

Em meio ao território, se pode ver como “o motivo ou as forças de expressão não são mais explicados pelos personagens e pela cena de suas ações, mas, ao contrário, são esses que

²⁶⁶ Eugênio, Fiadeiro, 2013.

²⁶⁷ Alvarez, Passos, 2009.

²⁶⁸ Alvarez, Passos, 2009.

²⁶⁹ Idem.

surgem através dos motivos e expressões"²⁷⁰. Se vê e experimenta o território existencial como ethos, movimento, condução geográfica. Ao habitar o território para aprender em outros registros, sujeitos e objetos, comportamentos deixam de ser o foco da pesquisa, cedendo lugar aos "personagens rítmicos" e às "paisagens melódicas", formações que se apresentam como movimento processual.

Traçar a transversal no território é delinear, desenhar um plano comum da pesquisa, que envolve em um mesmo plano de experiência pesquisador, pesquisado e elementos diversos que compõem um território existencial. O plano criado, que paradoxalmente estava e não estava ali, é a rede de articulações entre termos pré-individuais, componentes afetivos, que emergem sempre como franja da dimensão informacional, identitária, objetiva. A realidade investigada aparece então como um efeito do próprio ato de pesquisar: forma-se um território. A consistência da pesquisa será determinada então pela quantidade e qualidade das articulações que podem ser feitas na cena de pesquisa.

Se a perspectiva cartográfica faz uma recusa do modelo representacional do conhecimento, sem enveredar-se por um solipsismo, a cartografia busca instalar-se no meio destes do polos objetivo e subjetivo. Ela é um artifício, e não uma representação da realidade; mas ela é também precisa estar conectada com o mundo, com o plano relacional que nos une a determinado campo. Toda pesquisa está sempre inserida e implicada em um campo político, onde várias linhas políticas a produzem e são por ela (re)produzidas. De modo que a cartografia exige pensar e agir com seus posicionamentos ético-políticos. E isso deve ser encarnado em uma problematização e transformação dos instrumentos mesmos da investigação.

Alteração nos termos da pesquisa

Estas pistas iniciais da cartografia, estas referências para sustentar a perspectiva/posicionamento do cartógrafo produzem alteração nos termos da investigação.

Primeiramente podemos dizer que as etapas tradicionais da pesquisa qualitativa não serão mais cumpridas em uma linearidade temporal: construção do problema de pesquisa; escolha do objeto e do campo; seleção dos sujeitos de pesquisa; contratualização; coleta de dados; análise dos dados; conclusões do estudo. Estas etapas serão consideradas dimensões de um processo: o problema vai variando; o campo e o objeto são constantemente redimensionados; a contratação da pesquisa junto ao campo é um processo de contratualização ao longo de toda investigação; a coleta de dados é um cultivo de dados; a análise se inicia em meio ao

²⁷⁰ Idem.

campo e não como momento separado; a conclusão é como um fotograma que capta movimentos, uma imagem provisória, um recorte datado, mas que nunca pode ser entendida como sentença final acerca de uma realidade.

Campo

Ser afetado pelo campo e no campo é um processo base do habitar o território da pesquisa, e não uma variável a ser eliminada. Como propõe a antropóloga Favret-Saada, essa disponibilidade à afetação faz com que se assuma o risco de ver seu projeto de conhecimento se desfazer. Se o projeto de conhecimento for onipresente, totalizante dos processos vividos em campo, nada se produz²⁷¹. Estar no campo passa a ter o sentido não de coleta de informações, mas cultivo e colheita de elementos para a pesquisa. Processo de cultivo do campo²⁷², um cuidado para que se ele torne mais rico, e possa gerar melhores frutos para a pesquisa. O ponto de vista do pesquisador, ao acessar a experiência no campo, é por momentos dissolvido, para que possa ser deslocado ao ser afetado e ao articular-se com o território de pesquisa.

Problema de pesquisa como problematização

Afetar-se e articular-se com o território existencial que a pesquisa circunscreve, coloca em questão o projeto da pesquisa: a maneira como seu problema estava montado. Se o que interessa é que o problema seja pertinente, interessante ao campo, o problema, ao se implicar na relação com o território vivo do campo, muito provavelmente sofrerá alterações. Certamente vamos para o campo com um problema que deve, ele também, ser afetado pelo campo. O problema, no âmbito da cartografia, deve ser entendido como um processo de problematização, um processo de variação do problema: “um verdadeiro problema é aquele que é colocado do ponto de vista da duração”²⁷³, ou seja o processo indica se o problema é falso ou verdadeiro. O processo de investigação vai redefinindo, recolocando o problema. Importa menos a solução do problema do que sua capacidade de se fazer processo de problematização, de dissolver falsos problemas, e de abrir novos problemas. Menos se aproximar da verdade do que ser vetor de criação de novas saídas, novos problemas que vão implicar mudanças no cor-

²⁷¹ Favret-Saada, 2005.

²⁷² Sade, Ferraz, Rocha, 2014.

²⁷³ Passos, Kastrup, 2013, p. 394.

po da pesquisa, ampliar o plano comum da pesquisa e do território pesquisado: “multiplicar os pontos de conexão, criar uma zona de “inter-esse”²⁷⁴, isso que se faz entre nós.

Sujeito e objeto na pesquisa

A cartografia como prática de produção de conhecimento não vai eliminar os termos sujeito e objeto de pesquisa. Não se trata de permanecer em um indiferenciado, mas de mostrar o artifício e a plasticidade do que é diferenciado. Se altera a concepção de sujeito e objeto na pesquisa porque se altera a relação e a concepção da relação entre eles. Despret defende que os sujeitos das pesquisas nunca são indiferentes às questões que lhe são colocadas. O que quer dizer que as expectativas, a maneira como se pensa e se relaciona com os sujeitos em um campo investigado produz estes sujeitos desta ou daquela maneira: “as condições de conhecimento são inextricavelmente condições de existência”²⁷⁵. Despret define que o sujeito é “um ser fabricado e purificado por um dispositivo de psicologia, isto é, por um dispositivo de poder organizando a demarcação de saberes.” A noção deste sujeito é construída nos dispositivos das práticas que se empregam. Que sujeito então nossos dispositivos podem construir?

O objeto de pesquisa na cartografia se localiza em escapar ao dualismo estável/fluído²⁷⁶. Ao pesquisar cartograficamente certamente vamos estabelecer focos, pontos de interesse. A questão é que o que vamos destacar, o fazemos atentando ao processo de produção de formas individuadas. Como definir objetos sem essencializá-los? O objeto de pesquisa não é um conteúdo do cérebro-consciência. Os objetos tampouco são substâncias conteúdos-continentes de si: são definidos a todo momento nesse movimento de salto entre a memória e a ação possível, nesse tempo vivido da duração. A duração é a relação estado de coisa/processo. O objeto é considerado como um processo de objetificação, é considerado o processo de construção deste objeto. Tal processo não tem como produto a delimitação de conjuntos lógicos categoriais indenitários, mas tensões-estilos²⁷⁷: variações de variações em contínua descontinuidade. O objeto é um acontecimento, um evento mais ou menos estável que nos permite “falar em “isto” sem perder a singularidade do acontecimento. Permite-nos dizer que “isto é isso, e não aquilo” sem apelar a formas e substâncias, mas sim a modulações de estilos, tendências a propiciar certos modos de relação”²⁷⁸.

²⁷⁴ Kastrup, Passos, 2013, p. 272.

²⁷⁵ Despret, 2011D.

²⁷⁶ Fonseca, Costa, 2013

²⁷⁷ Fonseca, Costa, 2013

²⁷⁸ Fonseca, Costa, 2013

Obtenção dos dados: colheita

Os dados, as informações que são a matéria prima para a pesquisa são considerados então como produtos do processo de pesquisa. Há um processo de produção de informações a serem utilizadas como matéria prima para uma cartografia, um processo de cultivo/colheita de dados que não estão dados, mas estão se dando. Os dados são colhidos com a participação dos diferentes grupos de interesse, de tal maneira que não se supõe a separação entre quem pesquisa e quem é pesquisado, somente uma diferenciação. O que implica considerar que há um plano comum que constitui pesquisador e participante da pesquisa²⁷⁹. O que por sua vez implica a mútua contaminação entre estas funções. A participação como prática de lateralização entre pesquisador e seu objeto impõe que o trabalho de análise não seja menos inclusivo: a análise, em certo nível, também é realizada pelos participantes da pesquisa.

Análise

Análise não se exerce sobre dados, informações já formadas, mas sim sobre expressividades surgidas no processo. Essa expressividade é captada na variação verificada na duração dos componentes da pesquisa: sujeitos, objetos, informações, pesquisadores. Logicamente a cartografia opera com informações, mas não se visa somente a informação como conteúdo dado, mas em sua capacidade variar, produzir outras informações. Analisar é, assim, um procedimento de multiplicação de sentidos e inaugurador de novos problemas. Analisa-se as relações em um campo de pesquisa. Coloca-se em análise as relações que produziram as informações, destacando a relação do pesquisador com o seu campo e objeto: com que problemas estamos implicados quando chegamos? Qual nossa abordagem em relação ao problema? Com que linhas institucionais estamos implicados, e que produziram dados de tal maneira?²⁸⁰ Conforme a análise institucional, fazer a análise dos dados é fazer também uma análise de implicação: que linhas e estratos sustentam tal campo de realidade na sua conjunção com o campo de realidade da pesquisa? Analisar é dar visibilidade às relações que constituem uma realidade local, na qual o pesquisador se encontra enredado²⁸¹.

Segundo Renault Barros e Barros²⁸², o analisador é quem realiza a análise: eventos, elementos que evidenciam linhas de relação, linhas de composição dos sujeitos e objetos em

²⁷⁹ MELO; SCHAEPPPI; SOARES; PASSOS, *no prelo*.

²⁸⁰ Barros LMR, Barros MEB, 2013.

²⁸¹ Idem.

²⁸² Idem

questão. Ao pesquisador cabe a construção de analisadores, mostrar estes eventos que em si evidenciam linhas de relação, linhas de composição do campo. Assim se considera que análise não é um momento separado do trabalho de campo. Ela deve ser feita, e pode ser feita de muitas formas, junto ao campo. De modo que ela é sempre uma análise-intervenção. Todas as situações de análise-intervenção estão baseadas no manejo de analisadores construídos, atualizados com o objetivo de fazer emergir material analítico. Se o objeto estudado emerge da problematização, é no sentido do problema que se encontram as condições de análise. Para a escolha dos procedimentos de análise é preciso acessar o sentido dos problemas. E isso é colocar em análise a própria pesquisa. O que se coloca como tarefa da análise, portanto, é permitir constantemente que a própria pesquisa seja interrogada na relação com o campo.

Cartografia: um intervenção de caráter participativo

Intervenção não designa apenas uma ação, mas um método para sair do lugar de pesquisador privilegiado, invulnerável, desimplicado. A partir da maneira como coloca seu problema, ela interfere, abre linhas de interferência, de coprodução entre pesquisa e realidade pesquisada. O pesquisador sai da posição de quem, em um ponto de vista de terceira pessoa, julga a realidade do fenômeno estudado, para aquela posição ou atitude (o ethos da pesquisa) de quem se interessa e cuida, leia-se é coautor da realidade pesquisada. Cuidar é acompanhar processos de gênese de realidade, de si e do mundo, e abrir coeficientes de comunicação, quer dizer, transversalidade. O paradigma é o do cuidar para conhecer, e não o do conhecer para depois cuidar.

A pesquisa é tanto mais articulada quanto mais participativa²⁸³. Ela é mais articulada quando mais elementos estão sendo visualizados como participando de sua composição. Certamente, nunca se dá conta da totalidade de elementos que compõem um território existencial com o qual se pesquisa. Mas o caráter participativo da cartografia lida com o caráter finito e ilimitado das conexões, das participações em um processo territorial em que se pesquisa. A pesquisa cartográfica é um processo finito ilimitado de criação: finito porque tem fim, e ilimitado porque as articulações que são evidenciadas não são reveladas, mas criadas.

O problema da participação não se cumpre ao nos propormos “dar a voz” a subjetividades coletivas que não teriam voz. Os indivíduos em suas experiências concretas não precisam de ninguém que lhes dê voz, precisam talvez. antes, de ouvidos que de fato escutem. A

²⁸³ Passos, Kastrup, 2013.

participação que a cartografia propõe tem o sentido de garantir a participação ativa na própria construção da investigação. Criar novas vozes articuladas a outros elementos, que criem outros regimes de visibilidade e enunciação em um dispositivo, que desloque o eixo do visível e do enunciável, criando outros regimes do que pode ser dito e falado. O sujeito pesquisado, o campo, participam então do novo regime de enunciação e visibilidade criado por um dispositivo de pesquisa. O dispositivo não é dos pesquisadores, mas da pesquisa, entendida como um arranjo com o campo, entre pesquisadores e campo.

Despret²⁸⁴ afirma que o caráter participativo da pesquisa realça frequentemente uma inquietude e se formula a maior parte do tempo sob a forma dessa pergunta: “você quer me acompanhar no evento de transformação cuja experiência estou tentando fazer?” Este é o sentido que liga a pesquisa cartográfica ao cuidado: processos de transformação. Acompanhar e prolongar a transformação, tornando-a possível, pensável, dizível e enunciável.

Neste sentido participativo há o que se chama de tríplice inclusão²⁸⁵, o que daria o caráter participativo da pesquisa: 1) inclusão dos sujeitos e objetos em lateralidade (pesquisadores, pesquisados, elementos do campo) sem hierarquia ou centralidade predefinida; 2) inclusão das crises e tensões geradas pela primeira inclusão, criando os analisadores (aquilo que gera análise, que obriga a pensar); 3) inclusão dos movimentos do coletivo (as transformações nas relações em determinado campo de pesquisa).

Partilha-se o pertencimento ao processo, distribui-se partes exclusivas, partes singulares que compõem um mesmo processo, que tem sua existência marcada pela interdependência de singularidades, heterogeneidade de sujeitos, elementos necessários ao processo como ele vai sendo.

Pois é no caráter participativo da pesquisa que reside o processo que vai validar a pesquisa. Validar uma pesquisa cartográfica é avaliar suas avaliações²⁸⁶, isto é, confirmar ou corroborar tanto os procedimentos e seus efeitos, quanto as diretrizes com as quais a pesquisa se orienta. Estabeleceu-se três indicadores para a validação²⁸⁷: o acesso à experiência (a experiência foi acessada?), a consistência cartográfica (a pesquisa gerou articulação, realizou processos de heterogênese?) e a produção de efeitos (quais os efeitos produzidos?). Tais indicadores são considerados em três níveis de avaliação: a autoavaliação realizada pelo próprio pesquisador, a avaliação pelos participantes da pesquisa e a avaliação por pares (outros pes-

²⁸⁴ Despret, 2011A.

²⁸⁵ Kastrup, Passos, 2013.

²⁸⁶ Passos, Kastrup, 2013.

²⁸⁷ Idem.

quisadores) – o que vem a compor a ideia de uma validação distribuída. Nenhum dos seus três níveis pode sozinho dar conta da avaliação do processo de investigação.

Parte 2: Um novo território no POP RUA: pesquisa apoio de perspectiva cartográfica

"esteja alerta para a regra dos 3"²⁸⁸

Três. No jogo do AND três é o numero que marca uma relação com uma relação: relação com a relação estabelecida entre posição 1 + posição 2. A terceira posição vai marcar o tipo de relação estabelecida no território/tabuleiro de jogo. É ali que vai se definindo o jogo que está sendo jogado na paisagem, o plano do comum partilhado, que define paisagem e personagens. Três é o numero da concreção. No produto da pesquisa com os sujeitos pesquisados em seu devir pesquisadores, três são os movimentos do cuidado: diretriz, metodologia, dispositivo. A maneira como chegamos a esta concreção da pesquisa de campo também se dá por um movimento tríptico na pesquisa: temos uma composição metodológica, temos um manejo, temos dispositivos concretos. Mas este tríptico não se faz como série, linha de produção nas diretrizes. A experiência de construir um território de pesquisa no POP RUA é feita de dinâmicas circulares, onde o 3 é um número que aparece fractalizado, sempre presente.

Como vimos nos capítulos anteriores, há uma experiência produzida na relação com a rua, com e na expressividade do território da rua. Para cuidar desta experiência que delimitam sujeitos e coletividades – uma pessoa que vive na rua, um grupo que vive na rua – é preciso acessar essa experiência. Acessar essa experiência é estabelecer uma relação com a relação entre os sujeitos na rua. Relação de relação. Mas sempre estabelecemos relações com essas relações: a evitação, o extermínio é um modo de relação. Contudo, nessas, o jogo termina, são modos de acabar com o comum. Que modo de relação, que modo de operar a relação com as relações na rua que permite aos trabalhadores o acesso à experiência da rua e a construção do cuidado?

É com este intuito que vamos a campo, questionar aqueles que estão praticando um cuidado com a rua. Assim vamos a campo buscar estabelecer uma relação com a relação que trabalhadores de saúde estabelecem com as relações na rua. Construir com eles um comum que nos modifique. Há uma preocupação no modo de operar a relação com nosso campo. O modo de operar a relação com o campo deve estar em sintonia com o modo de operar a rela-

²⁸⁸ Third, Portishead.

ção de cuidado. Quer dizer, acessar a experiência de cuidado é operacionalmente similar à maneira como, no cuidado, se acessa a experiência da rua. Vamos apresentar um método de acesso à experiência que orienta nossa pesquisa.

Cabem algumas considerações relativas à narrativa. A primeira é que se construímos a narrativa em primeira pessoa do plural é para evidenciar o caráter coletivo dessas construções - a experiência no POP RUA, a pesquisa, a tese. Contudo, em alguns momentos cabe que falemos em primeira pessoa do singular, principalmente quando tratamos de implicações muito específicas que dizem respeito a meu lugar de ex-gerente e pesquisador. Falamos de uma experiência coletiva, que se engendra no coletivo, mas que por vezes deve ser localizada em primeira pessoa, para que aí se evidencie um ponto de singularização mais específico. A segunda consideração se refere à maneira como aparecem as falas dos trabalhadores em itálico e entre aspas. Não vamos identificar qual profissional realizou determinada fala. Todos os profissionais que participaram desta pesquisa, que a construíram, têm nome. O nome, a categoria profissional de cada participante está no documento produto da pesquisa, no anexo desta tese. Isso se explica porque estamos nos focando aqui no processo vivido por um coletivo de pessoas. Não que ele seja a representação de um geral, mas sim uma expressão de um comum compartilhado entre os envolvidos.

Um ano e meio após minha saída do lugar de gerente técnico, retorno ao POP RUA como pesquisador. Um deslocamento que me leva ao mesmo serviço, em outra posição. Retorno à paisagem do POP RUA com objetivos, mandatos e relações diferentes. Retorno que é uma junção de placas tectônicas, de continentes distintos que eu habitava nos últimos anos: o POP RUA e o coletivo de pesquisa Enativos.

Essa junção articulou as experiências nesses territórios. Na pesquisa, falamos de um certo lugar, construímos uma paisagem que sustenta um modo de ver e agir o mundo - perspectiva cartográfica; no POP RUA também construí minha perspectiva, uma história marca minhas relações com a equipe e seu trabalho: a gerência, a participação na sua criação serão marcas presentes neste processo de pesquisa. Marcas que precisaram ser cuidadas.

Nosso problema de pesquisa, ao iniciar o campo, dizia respeito a pensar como os trabalhadores acessavam a experiência do bruto da rua, através da relação com os usuários do serviço. É ao entrar em relação com o território pesquisado que o problema vai modulando.

Tudo é geografia. A questão é como habitamos. Preenchemos todos os espaços alcançáveis pela consciência? Nossa estrutura perceptiva é cheia de sobras, pontos cegos. A ten-

dência é tentarmos preencher estes espaços vazios o mais rapidamente possível, colando representações de um passado vivido, projetando um futuro possível. Mas ao nos lançarmos em algumas experiências, esse preenchimento simplesmente não é mais possível. Nestes momentos, no lançar-se na experiência, é nossas ideias totais acerca de um futuro que estão em risco de se desfazerem. Os espaços em branco se abrem, somos obrigados a não ter ideias, ao menos por momentos. Somos lançados em um estado de emergência. Podemos durar nos pontos em branco, o que necessariamente produzirá angústia, tensão. É a tensão por aquilo que está para nascer.

O campo concreto desta pesquisa passou a ser construído no final do ano de 2012. Inicialmente ele se compunha em parceria com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS do Ministério da Saúde (PNH), e cabia uma divisão bem clara entre o que seria o objetivo da intervenção (feita em parceria com PNH) e o que seria o objetivo da pesquisa de doutorado. Essa divisão constituiu o que chamamos de Eixo A e Eixo B da pesquisa. O eixo A dizia respeito ao processo e material colhido para a elaboração de um produto técnico sobre o cuidado em saúde para população em situação de rua. O eixo B seria o material colhido para a pesquisa, dizendo respeito à temática do acesso à experiência da rua, o que chamávamos experiência do bruto social. Antes do início do campo a parceria com a PNH se desfaz. Contudo, a separação entre eixo A e eixo B se mantém em um primeiro momento. Logo na entrada em campo havia um problema de pesquisa por um lado, e por outro a oferta de apoio à equipe, que consistiria em trabalhar alguma temática que ela julgasse importante. Dois sentidos e objetivos que pareciam distintos e separados, como dois projetos em paralelo.

Essa divisão se deu, em parte, pela conformação institucional inicial da pesquisa, onde havia uma separação entre o que seria um campo de práticas da gestão em saúde, através do projeto com a PNH, e um campo de produção de conhecimento, que dizia respeito à pesquisa do grupo Enativos. Queríamos realizar a pesquisa, e também, ao mesmo tempo, não podíamos ir ao POP RUA como vai o típico pesquisador: para coletar dados, satisfazer anseios de pesquisador e construir suas análises fora do campo. Era importante ofertar algo ao POP RUA. De modo que propor dois projetos paralelos foi a forma com que conseguíamos abarcar esses dois campos que pareciam separados: um projeto de investigação (campo acadêmico), e outro de apoio institucional (campo da gestão em saúde). Esta era a configuração antes da entrada no campo. Para falar da modulação do problema, e da construção da pesquisa no território, precisamos entender, primeiramente, o que se entende por apoio institucional.

Apoio institucional

A noção de apoio é proposta por Campos²⁸⁹ como um método de intervenção que incide sobre as relações de poder e de saber presentes em todas as instituições, visando à produção de um coletivo crítico que possa produzir análises sobre estas relações e assumir compromissos conjuntos. O apoio deve construir, junto aos trabalhadores de uma instituição de saúde, condições para que estes, coletivamente, possam lidar com os aspectos organizacionais do trabalho que envolvem condições materiais, metas e objetivos institucionais, e também com os aspectos subjetivos do trabalho relativos aos interesses e desejos dos trabalhadores. A tarefa do apoiador consiste em acompanhar os grupos e auxiliá-los a instaurar processos de co-gestão que permitam transformar as condições de trabalho.

Gustavo Nunes Oliveira²⁹⁰ propõe o apoio como uma função institucional e como metodologia de intervenção. Como função, o apoio é exercido por um agente (o apoiador) que tem a finalidade de produzir, em uma instituição, análises e intervenções que visem à transformação dos processos de trabalho, mudanças nos modos de gestão, qualificação dos seus modos de produção. Neste sentido o apoiador realiza sua finalidade através: (1) da ativação de espaços coletivos, da produção de dispositivos que propiciem a interação e a construção conjunta entre os sujeitos; (2) do reconhecimento e manejo com os afetos envolvidos, as relações de poder e a multiplicidade de saberes, que podem contribuir para a construção de um arranjo coletivo de trabalho através destas matérias-primas – os afetos, os poderes, os saberes; (3) do manejo e mediação para construção de objetivos comuns, pactuações e contratos para realização destes objetivos; (4) da promoção da capacidade de análise e crítica dos coletivos.

A metodologia do apoio se faz através da construção de mapeamentos que sejam como um:

[...] mapa dinâmico de saberes e de práticas mais ou menos articulados que demarcam balizas e contornos para o fomento de processos de democratização institucional e ampliação da capacidade de sujeitos e de coletivos para análise, para intervenção e para a invenção de si e do mundo [...]²⁹¹

O mapa do apoio serve para construir uma visão coletiva do processo de trabalho, e ao mesmo tempo ir sendo construído, de forma que busque articular os vários elementos que compõem o mundo de um contexto de trabalho. Oliveira fala que o apoio é a aproximação do

²⁸⁹ Campos, 2005.

²⁹⁰ Oliveira, 2011.

²⁹¹ Oliveira, 2011, p. 39.

“mundo do trabalho” com o “mundo da vida”. Por “mundo da vida” podemos entender a dimensão extra campo, aquilo que compõe as instituições mas que não faz parte dos seus elementos e estruturas oficiais, a dimensão do trabalho que não é a formal ou protocolar. Diz respeito também à dimensão política, aos jogos de força, disputas de poder. Toda instituição tem seu dentro e seu fora, seu visível e invisível, aquilo que está incluído e excluído. Todos estes fatores a compõem, fazem parte de seus processos.

O método de apoio concebido pela Política Nacional de Humanização²⁹² é orientado também pelo já referido método da tríplice inclusão: (i) inclusão dos diferentes sujeitos que participam dos processos de produção de dada instituição; (ii) inclusão dos analisadores sociais que resultam da primeira inclusão e que apontam os pontos críticos da instituição; (iii) do coletivo, como dimensão do trabalho que é maior do que a soma das partes, que diz respeito à dimensão relacional na instituição. Esta tríplice inclusão e seu manejo se faz através da constituição de rodas, análise coletiva dos conflitos, fomento e constituição de redes, aumento do grau comunicacional intra e interinstitucional, com os usuários e territórios²⁹³.

A execução de tal método se faz, segundo Pasche e Passos²⁹⁴, por um modo de fazer que congrega ação intensivista e ação por contágio, constituindo uma função de referência. Ação intensivista se dá onde os parâmetros gerais das políticas de saúde se singularizam em experiências, em contraponto à ação extensivista, que se entende como uma ação que trabalha com conceitos que dão conta de um geral de uma população, que trabalha com números estatísticos. Por exemplo, as campanhas de conscientização para o sexo seguro.²⁹⁵ A ação intensivista diz respeito a fazer-se presente e se aproximar da experiência concreta dos coletivos de trabalho singulares e localizados, para além dos parâmetros extensivos. Isso quer dizer estar atento e tomar como matéria prima mais do que a função instituída de determinada instituição, mas também o modo singular como os coletivos vão implementar e se apropriar dos parâmetros extensivos da política. O extensivo da política está enunciado nas portarias e cartilhas, ele é da ordem do universal. O intensivo da política é da ordem do afetivo, da intensidade. É assimilado não por imposição, mas por contágio, pela apropriação singular que os coletivos fazem destas.

O contágio a que nos referimos diz respeito à postura do apoiador que cria lateralidade. O apoiador tem uma postura de estar ao lado dos sujeitos que compõem o arranjo de traba-

²⁹² Brasil, 2008.

²⁹³ Brasil, 2008.

²⁹⁴ Pasche, Passos, 2010.

²⁹⁵ Passos, Barros, 2009.

lho o qual apoia. Neste sentido, o apoio ajuda a instituir, a partir da tensão entre o que já está instituído e os movimentos instituintes, novas práticas em saúde. O apoio opera na região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão, onde estes domínios se interferem mutuamente²⁹⁶.

Há no campo da saúde uma disputa de sentido do que seria o apoio: chamamos de apoio institucional? podemos falar de apoio matricial? De qualquer modo, o apoio é uma intervenção em uma instituição, feita por agente externo, que vem construir e trabalhar alguma demanda da instituição apoiada. O apoiador constrói a demanda junto à instituição, e desenha um processo de trabalho para trabalhar tal demanda, de modo que o processo de apoio tenha um fim e uma finalidade, que poderá variar ao longo do processo: melhorar o fluxo de acolhimento de porta de entrada em serviço, construir estratégias mais eficazes para lidar com os insumos em um Hospital, fornecer subsídios a uma equipe para realizar um tratamento de hanseníase. O apoiador pode ser também um agente que dará suporte permanente à determinada equipe de gestão ou de atenção, como vêm se constituindo em muitos Estados brasileiros na substituição da função de supervisor técnico. De todo modo, preconiza-se que o apoiador não determine o que deve ser transformado no processo de trabalho da instituição, mas que possa acompanhar este processo de trabalho, auxiliando sua transformação através da oferta de tecnologias diversas. Logo vê-se que a concepção de apoio que queremos afirmar aqui está diretamente ligada a uma perspectiva cartográfica.

Entrada no campo

O campo se inicia com o contato e a negociação da pesquisa junto à gerente da equipe: faríamos, como primeira ação, um processo de levantamento de necessidades da equipe, o que é também a primeira etapa da construção de um apoio institucional. Chegamos à equipe com a proposta de uma pesquisa que fosse realizada juntamente com questões que a equipe julgasse necessário trabalhar. Após uma reunião inicial com a gerente do POP RUA, realizamos uma reunião ampliada com o restante dos trabalhadores. Ali, apresentamos algumas questões que a gerente relata que precisariam ser trabalhadas: a construção de projeto terapêutico, as estratégias de território.

Contudo, na reunião, os trabalhadores questionam acerca do lugar da PNH no processo de pesquisa: o apoio institucional iria se apropriar do que eles fazem, para depois ser publica-

²⁹⁶ Brasil, 2008.

do como um produto do Ministério da Saúde? Segundo os trabalhadores, as pesquisas e outros atores do Ministério da Saúde vinham ao POP RUA, se utilizavam de seu trabalho, coletavam o que queriam e não deixavam nada para a equipe. E ainda, quando vinham conhecer o trabalho, se apropriavam do que aquela equipe havia criado como se a criação não tivesse surgido ali. Porém, nesses questionamentos, havia uma outra questão não enunciada diretamente: que lugar essa pesquisa poderia ter no serviço, sendo ela proposta pelo ex-gerente? Seria uma supervisão do trabalho da equipe? Nossa intenção não era coletar dados sem estarmos envolvidos em um processo a ser construído com a equipe; não tínhamos a intenção de nos apropriar do trabalho deles para depois fazê-los sujeitos anônimos no conhecimento produzido; nem mesmo tínhamos nenhuma intenção de direcionamento ou julgamento do trabalho da equipe. Contudo, um limite foi imposto. A equipe pedia que a pesquisa fosse colocada de maneira mais clara, leia-se, de outra maneira. A recusa compareceu menos em termos do conteúdo, da proposta da pesquisa, e mais como um aviso de que era preciso negociar. Aparecendo menos através de uma recusa argumentada e mais como um plano afetivo que não se colocava em disponibilidade.

De todo modo, esse primeiro momento foi fundamental. Colocou-se um imperativo: era necessário construir um processo junto à equipe que tivesse o próprio trabalho da equipe como protagonista. Em meio à discussão do lugar e do sentido da intervenção, a psicóloga sugere que a pesquisa pudesse ajudar os trabalhadores a serem autores de sua própria prática. Os trabalhadores explicaram que estavam em um momento de muitas transformações, de troca de profissionais, e que era preciso enunciar o que foi criado até aquele momento por aquele serviço.

O rechaço inicial exige da pesquisa um primeiro reposicionamento: não é porque eu tinha uma história no serviço que estaria dada a possibilidade de realizar uma pesquisa lá. Justamente por este histórico, seria necessário construir uma entrada, construir uma nova inserção. A equipe dizia que havia formulado diretrizes do seu trabalho, mas que era preciso rediscuti-las, repensá-las e reformulá-las. A equipe queria tornar-se autora da produção de conhecimento sobre seu trabalho. Pudemos entender e acolher esta demanda. Reformulamos a proposta da pesquisa, que posteriormente foi aceita pelos trabalhadores. A pesquisa e a intervenção tomariam a forma de um apoio institucional que teria por temática a produção de conhecimento em saúde, e que consistiria em apoiar a equipe a sistematizar as diretrizes de sua prática.

Em pouco tempo, já pudemos começar a compor um novo território com a equipe, pois realizamos uma composição com o que ali existia. Sem dúvida, essa rapidez se deu por muitos fatores: pela perspectiva com que iniciamos esta relação, por eu já ter histórico no serviço, o que trazia dificuldades, mas também todo uma experiência de trajetos ali, e sobretudo por que ali existia um ambiente muito rico em possibilidades de conexão, um ambiente complexo e ao mesmo tempo com muitos pontos de articulação possíveis.

Mudança do problema

Na entrada em relação com o território o problema da pesquisa muda: a questão era poder enunciar, pensar e formular o que **ali** se fazia. Nossa tese foi modulando seu problema: há um redirecionamento do sentido do cuidado, saindo da ideia do cuidado centrado no sujeito, para um cuidado que se faz em relação ao território onde estão estes sujeitos. Fomos entendendo que a intervenção da equipe se dava diretamente no território da rua, indo além do que seria um trabalho unicamente com usuário, pois as questões de saúde que emergiam nas relações nos territórios estavam para além dos sujeitos. O sujeito morador de rua não podia ser entendido como essência autodeterminada, com o risco de sonegar à clínica a consideração e intervenção sobre as dinâmicas políticas, sociais, relacionais contudo, que produzem esta situação de rua. Ficando no sujeito não acessamos seu processo de produção. Chegar ao seu processo de produção, era chegar ao seu território.

Ajudou-nos a construir essa intuição uma frase escrita em um quadro negro em uma sala de aula da UFF, depois de uma aula do professor Abrahão Santos: “por uma psicologia de terreiro”. Eu estava acompanhando a pesquisa do professor Abrahão, e entendia que neste sintagma havia uma crítica ao modelo do sujeito ocidental, e havia a ideia de uma prática na imanência do processo de produção dos sujeitos, o que Abrahão estava chamando de terreiro: um recorte no plano de imanência, um território de forças pré-individuais em que estava colocada uma lógica não colonial, mas africana, que vê o mundo como composição de forças, e que não tem o sujeito como centro da subjetividade. Em nossa pesquisa, entendemos que queríamos falar então de uma clínica não do sujeito, mas do território. E que território remetia ao termo de Guattari, território existencial, sendo ainda um termo que dialogava com o campo com o qual queríamos conversar: o campo da saúde pública. Embora neste, o conceito de território tivesse outro sentido, e justamente esse sentido era um problema motriz de nossa investigação.

Nas práticas da saúde, o território tem importância especial para o seguimento de práticas e para a lógica de cuidado que se denomina Atenção Básica. O POP RUA, que desde o primeiro momento era nosso território de investigação, é um serviço da Atenção Básica. O básico com o qual a AB trabalha é o território. Não como mera distribuição geográfica, como mapa estático, mas sim como plano basal, plano cotidiano da experiência concreta dos sujeitos, o plano básico onde se desenrola a vida das pessoas e comunidades. Plano de relações. A AB, como parte do SUS, é uma política de Estado, que para estar a serviço das experiências concretas dos sujeitos, precisa se efetivar como política pública. O público da política só se efetiva em territórios de vida concretos.

Público é um caráter de um espaço ou instituição que está a serviço da experiência concreta de qualquer um, que se sustenta em uma experiência que é comum a todos. A primeira formulação do problema de pesquisa era investigar a construção de uma dimensão pública da política pública no POP RUA: que se expressaria na experiência de um bruto social, um modo de ser em sociedade não formatado, expresso no sujeito morador de rua. Mas o bruto ainda ficava como experiência de uns sujeitos e não de outros. Passamos a entender que havia um lugar onde se dava a existência, onde se fazia a experiência, e de onde advinham sujeitos: territórios existenciais. Entendemos que o objeto, o foco da AB deveria ser estes territórios existenciais, para que ela fosse de utilidade para a experiência concreta dos sujeitos, fazendo-se assim política pública. O bruto, se transforma em plano bruto da existência, como plano no qual são expressos territórios existenciais. Entendemos que cuidar de territórios, era cuidar de um plano de relações, era cuidar do plano de produção de experiências que produziam os sujeitos, e que em saúde, esse plano é o básico com o qual lida a Atenção Básica.

No campo passamos a ter como foco a enunciação e formulação de uma clínica que se faz com territórios existenciais, pensada a partir da experiência de cuidar de um território de vida: a rua. A clínica de território que passa a ser pesquisada, não é pesquisada como se lá estivesse. É clara para nós a necessidade dela ser expressa. Expressão que é ao mesmo tempo causa imanente, já está lá, mas que também é invenção em seu modo de expressão.

O processo de pesquisa junto ao POP RUA foi uma pesquisa-intervenção participativa de perspectiva cartográfica, que se faz intervenção pelo método do apoio. O apoio teve como objetivo construir um espaço que propiciasse condições para a produção de conhecimento, e que ao final pudesse ter como um de seus produtos a sistematização de diretrizes do cuidado do POP RUA.

O apoio deixa de ser um projeto paralelo e se transforma em uma pesquisa-intervenção no campo da saúde. Torna-se um modo de qualificar a dimensão interventiva da pesquisa: um compromisso com a instituição e, mais especificamente, com a dimensão instituinte das instituições de saúde. O método do apoio compõe com o método da pesquisa. Atenção ganha o sentido de cuidado, e gestão ganha o sentido de gestação. É para cuidar das condições do trabalho em saúde, para gestar novas normas de vida, novas estéticas de existência, em uma instituição, que serve o apoio. Recusa-se a ideia do apoio como ação de um especialista: temáticas especiais podem ser trabalhadas, mas a especificidade demandada deve advir da relação com a instituição apoiada. O apoio nunca se inicia por um projeto pronto, que se manterá. A maneira como ele será organizado vai ser fazer no próprio processo de apoiar, e sempre a partir da negociação com o território onde intervém.

Se a intervenção vira apoio na pesquisa-intervenção, o apoio, como modo de produzir saúde é também um modo de produzir conhecimento. No campo da saúde, pesquisa-intervenção é pesquisa-apoio. Nesta cartografia realizada no POP RUA, acompanhamos processos de produção de saúde, processos de trabalho e processos de produção de conhecimento.

O trabalho do cuidador (trabalhador) se lateraliza com o pesquisador do cuidado, e devém pesquisador. Apoio como intervenção na pesquisa intervenção é aposta metodológica no campo da epistemologia, e não só nas práticas de produção de saúde, em termos de processo de produção de conhecimento. A equipe do POP RUA foi então apoiada na produção de conhecimento sobre sua prática. Essa produção teve como produto o *"documento técnico-político de diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado do POP RUA"*, que será apresentado e discutido no capítulo seguinte.

O dispositivo de campo

O dispositivo de pesquisa foi desenhado com três espaços diferentes. O espaço central era o Grupo de Intervenção com Trabalhadores (GIT), que reunia três pesquisadores de campo da UFF, mais cerca de 10 trabalhadores do POP RUA, onde eram feitas as discussões acerca da prática. O mesmo GIT se transformava periodicamente em Grupo Narrativo (GN), onde era apresentado aos trabalhadores o que fora sistematizado da discussão do GIT. A sistematização, o conteúdo e a maneira de expressar este conteúdo e a perspectiva analítica eram validados e modificados pelos trabalhadores. O terceiro espaço era o grupo de pesquisa,

que reunia os três pesquisadores de campo mais os outros componentes do grupo de pesquisa da UFF (grupo Enativos).

O desenho do dispositivo de pesquisa-apoio foi feito a partir da demanda construída e da análise de dezesseis enunciados formulados anteriormente pela gerente e pela psicóloga da equipe, que eram denominados diretrizes da equipe do POP RUA. Ao analisarmos na UFF estes enunciados, concluímos que sua formulação não estava em forma de diretrizes, mas de objetivos do trabalho. Os objetivos ensejavam a possibilidade de desdobrarem-se, cotejando-os com a experiência concreta da equipe. Propusemos, assim, uma diferenciação entre o que seria diretriz, metodologia e dispositivo: diretriz seria a direção do cuidado do POP RUA dada a partir dos princípios do SUS; metodologia seria o como fazer, como proceder em tal direção; dispositivo seria um arranjo concreto de trabalhadores e usuários que encarna uma diretriz e um modo de operá-la. Pensar o cuidado a partir da tríade diretriz, metodologia e dispositivo é tomar o cuidado em suas variadas dimensões: éticas, políticas, técnicas. A tríade não teria necessariamente uma linha sequencial: pode-se ter uma diretriz a partir da experimentação de um dispositivo ou da operação de uma metodologia.

O GIT era delimitado no espaço e no tempo como dispositivo que consistia em encontros de duas horas na sede do POP RUA. Funcionou quinzenalmente de abril a setembro de 2013, semanalmente de setembro até dezembro de 2013, com mais quatro encontros até março de 2014. Entre os trabalhadores, participaram mais diretamente da pesquisa (mais de 5 encontros): cinco Agentes Comunitários de Saúde; dois médicos; dois enfermeiros; duas assistentes sociais; quatro psicólogos; uma gerente técnica; uma residente em saúde da família. O dispositivo era aberto aos profissionais que desejassem participar, tendo como condição o compromisso de assiduidade.

Cada encontro do GIT começava com um enunciado disparador da discussão extraído dos dezesseis enunciados iniciais²⁹⁷ formulados anteriormente, a partir do qual o grupo derivava discutindo livremente a propósito do tema proposto ou variando de tema. Cada enunciado sempre estava inserido em uma ou mais temáticas. A discussão do grupo podia ir em outra direção do que a proposta pelo enunciado disparador. Reunimos os enunciados disparadores nos seguintes grupos temáticos: 1- Clínica do POP RUA: 1.1- A clínica e a dimensão subjetiva do cuidado; 1.2- A clínica e a experiência subjetiva de uso de drogas; 1.3- Gestão da clínica. 2- Território: 2.1- cartografia do território existencial dos que habitam as ruas; 2.2- terri-

²⁹⁷ Estes dezesseis enunciados iniciais encontram-se no "documento técnico diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado no POP RUA", em anexo.

tório de produção de saúde nas três dimensões do cuidado: assistência, prevenção e promoção; 2.3- território e intersectorialidade. 3- Produção de conhecimento do/no território: 3.1- formulação e sistematização do conhecimento; 3.2- análise e aprendizagem da prática.

No GIT, os pesquisadores se ocupavam de promover a discussão, tendo como norte o acesso à experiência concreta da equipe, exercendo três funções: o *manejo*, que consistia em facilitar e cogerir a discussão do grupo, com perguntas, pedidos de esclarecimentos. É o momento em que os pesquisadores da UFF falam ou abrem espaço para a fala. A *observação* do dito e visível, quando os pesquisadores anotam o que é relativo às diretrizes, metodologias e dispositivos; o relativo à parte visível e enunciável do dispositivo, sua função instituída. A *anotação*, que é o registro das funções instituintes do dispositivo, aquilo que não seria da ordem da função instituída do dispositivo, que não seria sua parte oficializada, mas que permeava a prática do cuidado; aquilo que estava fora do regime de visibilidade e enunciação do dispositivo. Esta três funções eram distribuídas entre os três pesquisadores da UFF, não havendo designação prévia de quem faria o que. Cada pesquisador no campo devia estar atento a estas três funções que deveriam ocorrer no grupo: o acompanhamento e o manejo da expressão da prática de cuidado no grupo, que consistia em desdobrá-la, facilitar sua expressividade; o registro, a inscrição do que era diretriz, metodologia e dispositivo nesta prática expressa; e o registro do que era de outra ordem, que poderia ser os movimentos do grupo, as questões políticas que estavam atravessando a prática ou o grupo, e todo um entorno da prática de cuidado.

Ao final de cada encontro, utilizávamos do que foi registrado e gravado, e construíamos uma *memória* do encontro. A memória era a expressão do conteúdo e expressão da discussão, bem como dos movimentos do grupo anotados. Cada texto de uma memória passava pela revisão de cada um dos pesquisadores de campo, de modo que a memória fosse a mais coletiva possível.

A cada cerca de seis encontros do GIT era realizado um Grupo Narrativo (GN). Os GNs aconteceram em três momentos da pesquisa e consistiam na devolução para a equipe do que havia sido sistematizado e analisado das discussões dos GIT's anteriores. Essa devolução era feita na forma do que denominamos *narrativa*, que já tinha um formato de sistematização da discussão em forma de diretrizes, metodologias e dispositivos. Os GNs tiveram a função de validar o que a pesquisa entendia, sistematizava e analisava do que foi discutido no GIT, tendo como foco a produção de diretrizes. Assim, a cada GN era pedido que o coletivo presente fizesse o esforço de avaliar a forma de enunciar, organizar e expressar a prática de cuidado, fazendo sugestões de maneiras de dizer, rediscutindo algum ponto, retirando trechos. Ao final

de cada GN se construía outra memória do encontro, que registrava as intervenções dos trabalhadores sobre as narrativas.

As narrativas eram também discutidas e validadas no terceiro espaço da pesquisa: o grupo de pesquisa do grupo Enativos. Neste espaço se avaliava o processo e se fazia tomadas de decisão que seriam pactuadas junto à equipe, o que ocorria em reunião semanal na UFF.

Podemos dizer que além de campo de pesquisa o GIT era também o que, na clínica da atividade, se denomina Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)²⁹⁸. Uma CAP pode ser entendida como uma estratégia de intervenção em via de mão dupla: para conhecer e transformar o trabalho desenvolvido pelos viventes humanos; também um trabalho que dá a conhecer e a transformar as práticas e conhecimentos científicos. Isso se faz através da criação de um espaço de diálogo-confrontação-cooperação entre o conhecimento e a prática de pesquisa com a experiência de trabalho dos trabalhadores. Nesse espaço se coloca em análise a formação de todos os envolvidos (formação profissional, formação acadêmica), através de trocas e debates entre conhecimento científico e experiência prática, centrados em problemas concretos. A tentativa de uma CAP é fazer da "experiência no trabalho fonte de percepção e interpretação dos processos engendrados nos/pelos cotidianos"²⁹⁹. Podemos dizer, e isso se evidenciou na proposta e no processo de nossa pesquisa, que um dispositivo como o da CAP, promove um devir pesquisador do trabalhador e um devir trabalhador do pesquisador. Tanto o trabalhador influencia no produto da pesquisa, agindo por instantes como pesquisador, produzindo análises, validando o conhecimento produzido, quanto o pesquisador influencia no processo de trabalho, produzindo análises, refletindo a prática. Há uma intervenção mútua entre pesquisa e trabalho, uma experiência de devir paralelo.

O processo de validação da pesquisa se faz através da CAP, que passa por diversos processos em espaços diferentes: GIT, grupo de pesquisa, GN's. Essa passagem visa ampliar a abertura comunicacional e a polifonia da discussão, quando é possível reconhecer a experiência prática e o que foi discutido na diferença entre o que foi dito e a maneira como isso retorna na validação. Reconhecimento que está relacionado ao trabalho de uma equipe que tem o drama de estar diante da própria diferenciação na relação com a experiência da rua. Pois, se o cuidador reconhece a si próprio e acessa o outro, necessariamente se diferencia. A validação passa por vários processos que produzem um reconhecer-se na diferença.

²⁹⁸ Barros, Heckert, Marchiori, 2006.

²⁹⁹ Barros, Heckert, Marchiori, 2006, p. 29.

No arranjo da pesquisa no campo tivemos então seis etapas/dimensões: contratualização/construção do dispositivo de pesquisa; discussão no GIT; construção das memórias dos encontros; construção das narrativas; devolução e validação das narrativas no Grupos Narrativos; sistematização do documento técnico e fechamento da pesquisa.

Sendo um processo de cultivo e colheita de informações, esta pesquisa-apoio entendeu – e isso se faz já pela perspectiva cartográfica – que os dados produzidos advieram de um processo de coautoria na produção do conhecimento. A concepção de sujeitos da pesquisa como coautores é levada então à concretude, constituindo a parte visível, enunciável do dispositivo de pesquisa do POP RUA: a equipe foi apoiada no processo de produção de conhecimento de sua própria prática, e esse processo teve como produto uma obra da qual a equipe é autora.

A coautoria do conhecimento produzido é relevante, tanto no campo de práticas da saúde pública, quando no que toca à produção de conhecimento em saúde, o que podemos chamar campo acadêmico da saúde coletiva. A aposta na lateralização e na transversalização entre as perspectivas técnicas e acadêmicas se concretiza tanto no processo, na maneira de montar o dispositivo de pesquisa, no modo de conduzi-lo e ainda, diretamente em um produto final da pesquisa. Houve um devir autor dos trabalhadores. A diferença que isso introduz na academia é evidente, pois é incomum que os sujeitos pesquisados saiam do anonimato garantido por um contrato de sigilo.

Para Despret³⁰⁰, o anonimato nas pesquisas, ao invés de apagar, cria um identidade: um sujeito de pesquisa que nada ou pouco sabe, e que por isso é submetido ao trabalho do expert. Despret chama esse procedimento habitual da ciência de "efeito sem nome", que apaga a singularidade, a força expressiva de um sujeito, generalizando-o, dando-lhe pouca relevância, e constrói a assimetria entre o “profano” (o sem regra, o mal pensado, as trevas da inconsciência) e o “expert”, o que sabe: o sujeito pesquisado é um qualquer, desinteressante. Neste regime de divisão, quando se tem que falar com um qualquer, os objetivos da experiência são ocultados, e o sujeito pesquisado não tem clareza do processo do qual está tomando parte. Um sujeito anônimo é um sujeito desinteressante, e que, segundo a autora, provavelmente vai produzir respostas desinteressantes. Se por acaso o sujeito anônimo e desinteressante produz uma resposta interessante, essa é rapidamente apropriada pelo pesquisador desinteressado, e apresentada como sua, já que não há ninguém para reclamá-la, pois o sujeito é anônimo, geral e previsível: só fala o que a identidade anônima espera que ele fale.

³⁰⁰ Despret, 2011A.

Em nossa pesquisa os sujeitos pesquisados são interessantes. São pessoas: a Agente Comunitária de Saúde Ana Maria Galdeano, a Gerente Técnica Laila Louzada, a enfermeira Luciana Marins... Todos os nomes dos participantes estão na produção deste documento. Eles foram nossos parceiros pesquisadores porque os considerávamos interessantes, de modo que construísimos um dispositivo onde o que eles tinham de interessante pudesse emergir, e inclusive, coisas ainda mais interessantes podiam ser criadas. Eles são interessantes, certamente, mas também houve um trabalho prévio de conhecimento de seu território existencial, que permitiu que nos interessássemos, e que eles a nossos olhos fossem interessantes, e que interessasse convidá-los a serem atores/autores neste processo de transformação que empregamos. Habitamos o território do POP RUA e, no próprio processo, estávamos atentos fazendo as perguntas, desdobrando as discussões de modo que pudessem sair respostas interessantes, que evidenciassem as potencialidades ali.

E esse processo é interessante tanto para o campo da produção de conhecimento, quanto para o campo das práticas em saúde. Geralmente as equipes de saúde são convidadas a serem elas também desinteressantes. São convidadas, e as vezes coagidas, a seguirem os protocolos, em cada âmbito da atenção e da gestão, e quase nunca a serem autoras, criadoras de sua própria prática. Muito embora sejam os profissionais da atenção os atores que estão em contato direto com os territórios existenciais, eles somente cumprem um papel de executores, e muito pouco de criadores das políticas. Isso se deve também à maneira como o território de vida é considerado: como mera delimitação geográfica, entendido através de indicadores extensivos, o território como mera representação, ou abstração, a qual se deve aplicar as ações de saúde que são como normas prévias à experiência concreta nos territórios. É preciso marcar, embora nossa perspectiva não seja representacional, a representatividade de ter trabalhadores de saúde e autores de documento técnico sobre sua prática. Até nisso, a rua como introdutora dos espaços em branco, permite a criação. Também no campo da saúde, na direção das políticas públicas é importante lateralizar e transversalizar, inverter o sentido de construção das políticas públicas: elas devem partir dos territórios, e são os trabalhadores da atenção, e mais diretamente da atenção básica, os mais próximos ao território.

Assim, este processo de transformação que convidamos os trabalhadores do POP RUA a tomar parte, é também um processo de produção de subjetividade: novos modos de ser trabalhadores de saúde. E produção de novos modos de ser e estar é também uma operação da clínica. Neste sentido está evidente, em mais um ponto, a dupla face produção de conheci-

mento/produção de cuidado. A pesquisa-apoio foi uma pesquisa-intervenção que produziu conhecimento e produziu cuidado.

Processo do GIT

A pesquisa-apoio no POP RUA teve a tarefa de criar condições para a contração de um coletivo de trabalhadores capaz de discutir, pensar e enunciar sua prática: uma passagem de um saber-fazer, para um fazer-saber. Contudo, isso que a equipe sabia fazer não estava dado, nem como saber, nem como um fazer já pronto. O processo realizou condições tanto para que um conhecimento fosse produzido, quanto para a própria recriação da prática, no exercício mesmo de expressá-la. Expressar a experiência prática era acessar a experiência do cuidado em sua dimensão coletiva, acessar o comum da experiência do cuidar, aquilo que podia ser partilhado em partes exclusivas, mas que tinha como base um mesmo plano, as diferenças que podiam ser reconhecidas, mas que eram consideradas como legítimas, válidas, condizentes. A experiência coletiva e singular era validada, através do dispositivo de acesso a ela. O trabalho da pesquisa era propiciar o acesso à experiência experimentada por cada pessoa, e pela sua publicização no espaço coletivo construído.

Vamos entendendo que a construção, manutenção, acesso, cultivo deste território, ou sujeito coletivo, foi o trabalho da pesquisa: dele saíam diretrizes enunciadas; a partir dele a pesquisa podia sistematizar e devolver o que era enunciado, pois sustentado neste espaço comum de experiência coletiva; nesse espaço a pesquisa cultivava e colhia suas informações, os sentidos utilizados.

Para discutir a clínica de território era preciso habitar o espaço da equipe e produzir um outro espaço dentro deste espaço. A pesquisa cria uma ambiência, participa de um processo de produção de território, dentro do território da equipe, e do grupo de pesquisa. Habitamos o território do POP RUA, e habitamos o território de nosso grupo de pesquisa, o que modifica estes dois territórios. Influenciamos o campo e o campo nos influenciou.

Todo o processo de pesquisa passou por estabelecer uma relação territorial, criar um território, através de repetições, ritornelos: estar no espaço, marcando aquele território, quinzenal ou semanalmente; discutindo e rediscutindo questões; captar os estilos pessoais e o estilo coletivo que se expressa por repetição, pela maneira de falar, pelo modo como cada um e o grupo de trabalhadores aborda as questões; imprimir estilos pessoais e coletivos na pesquisa. Uma convivência é criada. Essa composição é feita por estarmos ali não como observadores

(embora estivéssemos também), mas conscientes de nossa influência e da que sofríamos, e fazendo algo com elas. Mergulhando, manejando.

Para poder construir o território da pesquisa no campo, foi fundamental manejar com a primeira sensação de rechaço. Foi fundamental entender que a entrada em território exigia uma desterritorialização da pesquisa, que viabilizaria uma desterritorialização da equipe: da presença do “chefe” ex-gerente, de minha história no serviço, da relação com a equipe e até com o grupo de pesquisa. Não era a mesma equipe que eu conhecia, não era o mesmo momento, a mesma rua, embora o que passou estivesse sempre ali, de outra forma. A marca da minha história, minha memória se atualizaria de várias maneiras diferentes no processo. A história, a memória estavam ali e era preciso manejar com ela.

Os primeiros momentos me obrigavam a habitar diferentemente aquele lugar, o que era fundamental para construir nosso manejo durante toda a pesquisa: manejar com a entrada no campo com meus colegas para viabilizar o manejo no próprio GIT. Não poderia ficar neutro. Impor um outro lugar como se ele estivesse pronto seria inviável e indesejável. Não era possível manter o ponto de vista de gerente. Era preciso saber menos, ter menos ideias acerca daquele lugar e daquela prática que havia me acostumado tanto a produzir narrativas, a enfrentar os problemas construindo soluções. Devia estar aberto o suficiente para ser permeado por outros modos de ver. Devia escutar muito. Esse era um lembrete que me orientava, agindo sobre os meus hábitos, firmando a sensação de deslocamento do lugar do gerente. Dissolver o ponto de vista proprietário, altamente reforçado, ainda mais na figura de um gerente. Saber que ali tudo estava misturado: história, hábitos de gerenciar, ver como gerente, pesquisador, militância, amizade, bem querer, preguiças, impaciências, condendências. Era preciso, naquele momento, misturar para dar em outra coisa.

Nas duas primeiras idas a campo, a reunião do grupo não aconteceu. Na primeira semana a gerente e a psicóloga ficaram presas em uma reunião com a coordenação de área. Outros trabalhadores estavam presentes, mas ninguém se movimentou para a realização do GIT. A entrada na equipe ainda passava muito pela figura da gerente e da psicóloga. Tratamos de ficar por ali, esperar um pouco para ver se elas chegariam a tempo de fazermos o grupo de intervenção. Descemos e passamos pelos arredores da Praça da Cruz Vermelha. Conversamos com os ACS.

Na semana seguinte regressamos, e novamente o grupo não acontece. O ambiente estava pesado e impenetrável. Impossível mudar o clima e ir para a tarefa. A usuária Marilene está no nono andar do prédio do POP RUA reclamando e xingando, dizendo que vai "*furar a*

psicóloga". *"Ela tá com uma faca"*, alguém diz. A trabalhadora que era o alvo de Marilene está trancada no consultório. Marilene diz: *"não saio até que consigam um abrigo pra mim"*. Não era mais possível àquela hora, não havia para onde ir. Os trabalhadores às vezes tensos, às vezes descontraídos. Aquilo é e não é comum.

Milene desce, com sua ACS de referência, para fumar um cigarro. Estou na entrada do prédio. *"É um absurdo isso, estou aqui há dois anos e até hoje não resolveram meus documentos. Ela fica escondendo meus documentos, fica tudo com ela, não atualizaram a validade dos meus exames, minha carteira de trabalho... desde a época que você era gerente... esses papéis estão aí e ninguém encaminhou nada. E essa psicóloga, só quer que eu fale dos estupro, das vozes que eu ouço... já tô cansada de falar disso! Me falou pra eu me desligar do abrigo de Antares³⁰¹, disse que ia conseguir um abrigo mais perto para eu fazer meu tratamento aqui. Hoje eu fui lá, fiquei 5 horas esperando pra chegar na hora e dizer que não tem vaga. Aí, agora que eu me desliguei do abrigo de lá, vou ter que dormir na rua? Não, vocês vão ter que arranjar vaga pra mim. E estão querendo que eu seja internada no Pinel³⁰²... eu já conheço o Pinel desde meus 8 anos, se eu chegar na frente do médico e dizer pra ele, doutor, você acha que eu tô em surto? Tô calma aqui! Ele não vai me internar... a psicóloga só fica querendo me medicar, fica pedindo pro psiquiatra aumentar a medicação... como eu vou tomar um haldol decanoato e ir pra Paciência³⁰³? Ou ficar na rua? Vão me matar, me atropelar, não vou conseguir nem me mexer... imagina eu atravessando a rua? Eu conheço todos esses hospitais: Pinel, CPRJ³⁰⁴, Heitor Carrilho³⁰⁵... é fácil de fugir de lá... tô cumprindo pena ainda, vou todo mês no juiz me apresentar, mas agora é em liberdade... eu ia voltar pra minha casa, mas não dá, minha casa só tem maluco, todo mundo é mais maluco que eu... eu sou maluca, desde os 8 anos vou ao psiquiatra, fiquei internada aos treze no Pinel. Não tenho nada a perder. Recebi eletrochoque no Heitor Carrilho... é horrível, na hora tu não sente porque tá sedada, mas depois tu não consegue ficar de pé... não pode mais essa coisa de eletrochoque, mas eles ainda fazem lá"*.

Fico ali todo o tempo meio calado. Milene me diz: *"o que houve? Tu não tá mais aqui né? O que tu anda fazendo?"* Falo que saí e agora estou estudando. *"Tu não acha que eu tô*

³⁰¹ Abrigo da Secretaria de Assistência Social

³⁰² Clínica para internação psiquiátrica de emergência.

³⁰³ Local da cidade do Rio onde fica o Abrigo de Antares, nos limites da cidade.

³⁰⁴ Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro.

³⁰⁵ Hospital Psiquiátrico Forense.

certa?" Falo que estou tentando entender o que está acontecendo. Escuto tudo, falo pouco. Penso muitas coisas a fazer. Coisas que faria se fosse gerente. Fico ali, quieto.

A cena acaba com Milene sendo levada pela SAMU, como um bicho caçado: *"filha da puta! chama minha mãe!"* A ACS e a gerente choram. A gerente nos diz depois: *"isso foi uma internação involuntária... era isso ou chamar a polícia... nunca senti que uma ameaça de morte podia se concretizar como senti hoje"*.

Vivemos uma situação que, se não predomina, marca o POP RUA: a precariedade das condições de trabalho, a dor com que se lida, a violência institucional. Nesses encontros que não aconteceram começamos a habitar o POP RUA, os desenhos dos usuários nas paredes, as instalações feitas pela própria equipe, fotos, frases, tudo é grito de guerra. Ainda estavam nas paredes os que eu fiz: *"Todas as ciências de baixa tecnologia!"* Os belos estandartes do bloco de carnaval do POP RUA. O caráter artesanal em tudo, feito com atenção, detalhe, cuidado. O reaproveitamento do mobiliário abandonado no depósito, o uso de sucata. O próprio nono andar do edifício que o POP RUA ocupa, que é uma invasão, uma ocupação. Não foi dado, foi simplesmente ocupado e habitado. Fiz parte da ocupação. A Lapa abrupta, a tensão no ar, a violência nas práticas do Estado; a camaradagem, o envolvimento. Havia muito de mim naquele espaço, há muito daquele espaço em mim. A chegada no POP RUA não se limitava ao início dos grupos. Chegar ao POP RUA já configurava para nós um mergulho no campo. Geralmente íamos nós três de Niterói. Na ida, percorríamos a pé a Praça XV, o Largo da Carioca, a Lapa, a rua da Relação, a praça da Cruz Vermelha, território do POP RUA. Íamos nos aclimatando: passos apressados, pequenos negócios em ação, profecias do final dos tempos, compro ouro, compro cabelo, chip da vivo, da tim, da claro e oi, já vem com crédito e bônus... o olhar silencioso da polícia, a aparição da ordem pública, os grandes negócios nos edifícios... o lanche improvisado, camas improvisadas, lojas improvisadas, comércio improvisado, trabalho improvisado. Infinitude de pequenas ações que passam rápido pela consciência, desapercibidas, mas que dão a movimentação frenética do centro. Nós estávamos ali improvisando uma pesquisa.

Mas não era daquele eu de gerente, de defensor do POP RUA, que se tratava agora. Um outro lugar ia se fazer. Fomos entendendo que o grupo não aconteceria com hora marcada, que vários seriam os atravessamentos com que teríamos que manejar. O GIT passou por várias composições, varias pessoas entraram e saíram do grupo: profissionais que começaram mas não levaram à frente, profissionais que saíram da equipe e não foram mais ao grupo, profissionais que saíram da equipe e continuaram indo ao grupo, gente que não começou o grupo

e se inseriu na segunda metade. Era em roda que nos arrumávamos, na sala de convivência do POP RUA.

Não faltavam ali condições de conexão. A precariedade, a provisoriedade a velocidade, talvez por seu caráter aberto, pelas pontas soltas que deixa, fazia muito fácil a conexão, a aproximação. Já no primeiro encontro a discussão acontece, esquenta, fica flexível, aderente. Fica consistente. Muitas pessoas falaram, dando exemplos de situações concretas que diziam respeito ao tema que estava sendo falado: a aproximação na rua, na minha área é assim, com o fulano por exemplo foi assim... Tínhamos que ficar atentos a quem queria falar e não falou. A discussão corria. A experiência vinha ao verbo, quente, viva, fácil, na ponta da língua. A psicóloga fala: *“isso vai ser muito interessante, tô achando muito interessante ouvir o que as pessoas acham de uma coisa que a gente faz sem se falar muito”*.

Construir o território era primeiramente habitar o território. Habitá-lo tinha um primeiro movimento de senti-lo, entendê-lo a partir de como ele se apresentava, acontecia naquele espaço tempo. Era desfazer, ao menos um pouco, toda história e saborear³⁰⁶ a geografia. É o jogo do AND que nos ajuda. Entrando no território é preciso perceber e sentir sua paisagem: re-parar. Parar toda a narrativa que eu tinha já constituída, a partir de minha experiência muito refletida, vivida e atentar ao que acontecia ali. No jogo do AND é o acidente, aquilo que quebra a narrativa, que impõe um parar e perceber/sentir o que se passa. No POP RUA, o acidente já havia ocorrido, ou acontecia a cada grupo, um novo território a construir. Mas o reparar não era só perceber de fora, como se eu estivesse olhando um aquário. Era em meio à nova paisagem ainda cheia de pontos em branco. Era preciso fazer a des-cisão³⁰⁷: estar em meio ao acontecendo do território, em meio à discussão. Ali, no território que se forma, habitar o paradoxo corporal entre o olhar objetivo e o subjetivo. Em um primeiro momento é preciso habitar convivendo com os espaços em branco, com a impossibilidade da reflexividade, habitar sem buscar apreender toda a paisagem em imagens mentais, narrativas, ideias. Para mim, ali e naquele momento, o principal espaço em branco dizia respeito ao meu posicionamento naquela nova paisagem.

Só conectando com o plano comum, que permite entrarmos em um plano de relação é que é possível o segundo movimento do habitar: compor o território, compor com o território, coexistir nele.

³⁰⁶ Eugênio, Fiadeiro, 2013.

³⁰⁷ Eugênio, Fiadeiro, 2013.

A direção do jogo do AND é fazer uma composição coletiva. Ele acontece em um tabuleiro (escala maquete) onde ocorrem jogadas, uma após a outra. Uma jogada é introdução (ou retirada) de um elemento que compõe a paisagem do tabuleiro, intervenção que faz a paisagem. Uma jogada poder ser colocar um pedaço de papel, fazer um traço com um giz, pingar água. A questão é introduzir, ou retirar algo, de modo que isso componha a paisagem do tabuleiro. O tabuleiro se faz como a superfície de inscrição de relações. A cada jogo é preciso primeiramente descobrir qual jogo se está jogando, que relações estão se estabelecendo. O jogo a ser jogado só é definido nas sequências de posições. Cada jogada é uma posição. E cada posição vai compondo uma paisagem feita por todos os participantes do jogo. A composição é produzida pelo seguimento de vetores e pela estabilização momentânea de uma unidade sequencial: uma relação. A unidade é estabilizada pela relação, ela pode mudar todo o tempo. O jogo começa quando chegamos à unidade sequencial. A duração da unidade sequencial é o jogo que está sendo jogado, porém essa unidade sequencial não se faz por representação, mas por relação: relação leve/pesado, relação de simetria, relação cores do mesmo tom. A forma é secundária, a relação pode ter muitas formas diferentes. A unidade sequencial é uma relação que pode ser composta de formas e elementos os mais diversos: pode ser uma relação de contraste que ganha a forma de elementos brancos e pretos, ou leve e pesados. O que determina a composição é a sensação produzida no próprio território/tabuleiro. No AND não há regras antes do jogo, as regras do jogo surgem no jogar.

Há sim um modo de composição: a posição 1 é introduzida. Depois vem a posição 2 que busca compor com a primeira. Estabelece-se uma primeira relação, que contém uma virtualidade de possibilidades de seguimento do jogo, uma possibilidade finita e ilimitada de unidades sequenciais que darão seguimento ao jogo. O jogo de composição coletiva passa a ser estabelecido quando uma relação com relação se faz. Uma unidade mínima pode se formar. Algo se compõe. É a terceira posição que estabiliza a unidade sequencial, que permite a composição. A terceira posição se faz com o estabelecimento de uma relação com a relação entre a primeira e a segunda posição.

No GIT sentávamos em roda, o meio da roda era nosso tabuleiro, nosso território de inscrição onde se compunha uma paisagem, tomando como elementos falas (ou silêncios) da experiência de cuidado. O grupo inicia por um silêncio que abre espaço para o enunciado disparador. Ele é a primeira posição. Quando enunciado é dito ele introduz um elemento que começa a compor a paisagem. Essa primeira posição é muito aberta: uma virtualidade de caminhos imagináveis e inimagináveis podem ser seguidos a partir do enunciado. O enunciado

disparador apenas enseja temas, questões, situações possíveis de serem abordadas. Um segundo silêncio se faz, para reparar a posição inicial que o enunciado coloca. Como se posicionar frente a ele? Que caminho no leque finito e ilimitado que a primeira posição coloca o grupo vai seguir?

No trabalho de campo da pesquisa, geralmente era a gerente quem se posicionava frente a esta primeira posição. O trabalho era se posicionar frente ao enunciado da diretriz em sua formulação inicial, mas não em relação ao momento em que ele foi produzido anteriormente, mas em relação ao que ele implicava no presente da equipe no momento da discussão, após toda a experiência vivida. O que este enunciado, que tem uma história, propõe à experiência agora, como ele se configura agora?

Dura um tempo até o grupo encontrar uma segunda posição que vai compor com a primeira posição do enunciado. Isso pode acontecer já na primeira fala, ou é preciso discutir mais para achar essa segunda posição, de modo que o grupo possa se posicionar, introduzir um elemento que compusesse com o enunciado de alguma maneira que faça sentido para a experiência presente. Com a segunda posição, a maneira como equipe lida com o enunciado será melhor definida: é só na segunda posição que se começa a dar sentido à primeira. É a partir daí que se cria uma relação na paisagem do grupo. Mas o processo não para por aí. Em uma terceira jogada, quando o grupo introduz uma terceira posição que começamos a ver a dinâmica do grupo. Surge uma dinâmica coletiva. É na relação com uma relação que se inicia a estabilização da unidade sequencial e o grupo começa a compor, produzir algo, novos sentidos que tenham um mínimo de estabilidade para expressar algo. Assim é composto um comum. Relação com a relação entre o enunciado disparador e o posicionamento que a equipe toma em relação a ele: é aí que se constrói o comum e que o GIT acontece.

Por exemplo, o enunciado é disparado: **XII. Considerar a Rua como ferramenta de apostas clínicas** (Posição 1). O grupo poderia tomar seu tema mais abrangente como, por exemplo, perguntando-se como é fazer da rua ferramenta de apostas clínicas; ou pegar uma fração dele: a aposta clínica. Uma experiência que tem relação com o tema de atender na rua é colocada: o usuário tal, estava em estado avançado da tuberculose, mas não aceita ser internado, fizemos as seguintes estratégias... Posição 2. A partir destas duas posições, uma terceira era introduzida: o paciente pode ser atendido morando na rua, mas e quando paciente que está muito debilitado? Internar o paciente? A discussão pode colocar o funcionamento da internação. Todas estas possibilidades levam à posição 3: a constituição de uma relação com um relação. O foco do GIT era chegar à posição 3 (estabilização de uma unidade sequencial), de

modo a poder compor algo, e a não cair em uma sequencia que deriva infinitamente sem criar nada, que funciona no vazio.

O manejo dizia respeito a facilitar o encontro desta terceira posição, uma criação (que ali se fazia em termos de enunciação) coletiva, que tinha como material a experiência concreta em seus dois sentidos: o que cada trabalhador tinha de experiência vivida, e a maneira como ele sentia, experimentava cada situação no presente do GIT: *"como foi e como é decidir por apostar construir um leito para tuberculosos graves na calçada da rua ao lado do serviço?"*

O manejo conduzia o grupo a achar essa terceira posição: *"mas como é isso, pode dar um exemplo? Então o problema colocado é...? e isso implica quê relação com o usuário, com a gestão?"* O manejo tinha o sentido de estabilizar uma unidade mínima da discussão que fosse interessante. Interessante para quem, como? O que determinava o que era interessante? Era, geralmente, quando uma fala ou um debate tinha mais intensidade de mobilizar, quando as pessoas falavam com mais intensidade, ou quando ao contrário havia um silêncio. Ou ainda, quando havia uma discordância dos pontos de vista que parecesse importante para o cuidado na experiência concreta.

Produzir conhecimento a partir da experiência da equipe era fazer uma composição coletiva, onde o material é a experiência. Para isso, era preciso compor um território, a experiência de compor um território conjunto na roda do GIT, de onde adviria a obras criadas, que compareciam em termos de narrativas que expressam a experiência prática do cuidado.

O manejo acontecia na paisagem do grupo, com os elementos e intensidades que ali estavam sendo colocados e, ao mesmo tempo, produzia essa paisagem: que rumo se tomou? Que ponto se enfatizou? O que vem à tona? O que tal caminho deixa de expressar? O manejo era sempre uma decisão que não devia ser tomada por uma consciência, não resultava do raciocínio de uma pessoa. O manejo acontece no traço que ele marca no território, ele ia no sentido de traçar o que estava sendo composto na paisagem, seu rumo e seu sentido. O manejo não estava predeterminado como tarefa de nenhum dos pesquisadores em específico. E nem necessariamente era feito somente por nós pesquisadores. Ele devia acontecer, ser feito. E às vezes era feito com um silenciar, ou rir, um olhar e escutar atentamente uma fala. Não necessariamente um sujeito do grupo fazia o manejo. Ele era uma função que devia acontecer como efeito da relação de composição coletiva do grupo. Às vezes alguns trabalhadores exerciam a função de manejo. Por vezes algumas intervenções nossas com a intenção de manejar não tinham eco.

O manejo estava a serviço da experiência de discussão no grupo, e não para o que seria um tema importante somente para nós pesquisadores. Nosso ponto de vista devia estar sólido para que pudesse se misturar aos movimentos do coletivo no GIT. Com isso não digo que fazíamos intervenções neutras. Nós fortalecíamos uns sentidos, buscávamos enfraquecer outros, a partir de como estávamos vendo e sentido a experiência do GIT. Certamente, por alguns momentos nos equivocamos. Prendemo-nos na forma, interpretamos, e ficamos surdos por pensar demais. Por isso, o manejo era também e primeiramente consigo mesmo. Havia um esforço em durar um pouco na intervenção antes de falar, estar atento, um esforço por encontrar a melhor maneira de colocar a questão, esforço em estar sintonizado com o grupo e não elucubrando separadamente, de modo cindido da experiência. Buscávamos conectar com o que sentíamos como importante para a manutenção da experiência no GIT. Isso quer dizer que o GIT não era um espaço da equipe do POP RUA: o GIT foi se construindo como um espaço de composição entre os trabalhadores e os pesquisadores. Interessava o rumo da discussão, a maneira como ela expressava o que era importante para a prática de cuidado. Manejávamos com o objetivo de fomentar uma experiência de formulação da prática daquela equipe. O GIT era a oportunidade de fazer saber a partir da prática.

O AND nos ajuda a pensar o manejo a partir da questão “como viver juntos?”, mas também da questão “como não ter uma ideia?”. Não ter uma ideia sozinho é ter uma ideia experienciável e compartilhável. Compor algo, formular questões sobre a prática de modo que não fosse uma realidade individual de cada trabalhador ou do pesquisador, nem uma realidade que só pudesse ser compreendida pelos participantes envolvidos na pesquisa. A supervisão da pesquisa ajudava em todo esse processo: *“essa é ou não uma questão para o trabalho?”*, *“como tornar isso comunicável para quem não está no GIT?”*. Se era preciso criar o GIT como território, este deveria estar no mundo, e a supervisão ajudava a passar da dimensão individual/grupal da experiência para a realidade da cidade.

É um meta-equilíbrio que o pesquisador tem que efetivar: estar no território, habitá-lo, mas compô-lo de maneira que ele não esteja isolado do mundo. Por isso as intervenções iam no sentido de dizer: *“ok, mas como falamos isso para quem não conhece a rua? Ou como explicamos isso para o usuário?”* Era preciso criar uma paisagem que estivesse aberta às conexões do campo da saúde, das políticas públicas, dos usuários, da cidade.

Manejo é similar ao que no AND se chama manuseio: define-se por contraste com a manipulação. Manipular é fazer algo antes de chegar o momento de fazer, em resposta a uma vontade pessoal, ou depois desse momento passar, em resposta a um apego. É uma ação base-

ada em causa suposta, um “porquê”, um já saber antes de agir, e isso fecha o que acontece em só um sentido possível, controla. Manejar para nós, como o manuseio do AND, é circunscrever a ação (fala, silêncio, escuta) à materialidade concreta do que se passa e restringir-se à brecha do presente que o solicita. Ele está a serviço de conservar a vida do plano de relação: “é um trabalho de proximidade e não de lógica abstrata: quanto mais próximo se está da concretude do que se passa, melhor se atende à direção do acontecimento”³⁰⁸.

Eram evitadas perguntas do tipo “por que?”, “o que isso te faz pensar?”, que reforçam a tendência a formar um “meta-discurso” sobre a experiência³⁰⁹. Se buscava perguntas do tipo “como?” e “e então?”, que comportam maior grau de indeterminação e convidam a vagar mais amplamente pela experiência. As perguntas não deviam fomentar respostas a questões pré-estabelecidas, mas a movimentação e coletivização das questões investigadas e que envolva criação de novos sentidos e ideias, ao produzir diferenciações, traçando novas linhas de conversa, promovendo agenciamentos com outros coletivos.

O comum que buscávamos no GIT não era igual a produzir consenso, era sim manter um arranjo coletivo, um corpo coletivo mesmo no dissenso³¹⁰. Manejávamos a discussão das diretrizes de maneira que fossem úteis concretamente, nas situações que se apresentavam no cotidiano. Isso colocava o problema da formulação das diretrizes, da enunciação escrita e organização da discussão, como trataremos logo abaixo. Aproximar-se da experiência de cuidado, e a partir daí, formular diretrizes, não exigia que se pensasse no ideal, ou se escondesse as falhas no trabalho, mas que se pensasse a partir dos êxitos e fracassos, das pedras no caminho, como se deu tal ação exitosa ou fracassada.

Experiência de dizer

O território do GIT construiu uma experiência de dizer a partir da experiência. E esse dizer era dos trabalhadores, que diziam no GIT a experiência de cuidado na rua, e dos pesquisadores, que diziam na narrativa e na sistematização do documento a experiência de cuidado/produção de conhecimento no GIT.

O que era dito pelos trabalhadores no GIT, contudo, não era um único enunciado, ou um enunciado dito por uma única voz. Como viemos falando não se tratava somente de des-

³⁰⁸ Eugênio, Coutinho, 2012, verbete manuseio.

³⁰⁹ Tedesco, Sade, Caliman, 2014

³¹⁰ Eugênio, Fiadeiro, 2013.

crever algo que já estava ali. Ao se basear na experiência, em sua dupla acepção, se criava e recriava a prática de cuidado enunciada.

O conteúdo do que era dito não era único, homogêneo, assim como a mentira de dizer, de se entender a experiência. Os impasses surgiam. O enunciado disparador que diferenciava as noções de vínculo e tutela no cuidado, inicialmente parecia amplamente entendido, homogêneo, entre a equipe: *“ah essa é mole, isso já está encarnado pra todo mundo”*. Neste mesmo encontro, os trabalhadores se dão conta que os entendimentos acerca da temática eram diferentes entre a equipe: *“será que a gente consegue com essas diferenças chegar em diretrizes? Tenho a sensação que a gente não vai conseguir escrever uma frase”*. Essa então é uma primeira questão na experiência de dizer: como construir uma enunciação comum, mas que suporte as diferenças? Como sustentar o comum mesmo na dissensão? Como sair dos impasses? O que seria sair dos impasses se tratando do trabalho de um coletivo, e não uma normativa? Como expressar um comum que seja coerente?

Percebemos que a chave para sustentar o comum mesmo no dissensão era permanecer na duração. Não buscar a resolução imediata de determinado impasse, mas sustentá-lo, deixá-lo em aberto, permanecendo perto dele. O manejo devia permitir que se adiasse a necessidade de resposta. Se não chegávamos a pontos de acordo durante o grupo, foi preciso continuar o processo, entrar em outras questões e reformular determinado impasse, de modo que essa formação permitisse a existência dos dissensos. Esse era o trabalho da construção das narrativas.

A construção inicial das narrativas estava a cargo dos pesquisadores. Criar a narrativa não era representar a discussão e nem um todo dela. Era efetivamente uma criação arbitrária, no sentido de que se pretendia como perspectiva a ser inventada, e que se sustentasse na experiência do GIT, que fizesse sentido, desse sentido a discussão. É a operação que identificamos na operação cartográfica da transversalização: comunicar os materiais heterogêneos, fazer uma tradução entre experiências em dissensão sustentada em um *“felt-meaning”*. Narrar neste caso era sair do dualismo entre as perspectivas objetiva e subjetiva, entre dizer objetivamente o que os trabalhadores diziam, sem interferência da pesquisa, e dizer independente deles, dizer a partir de um ponto de vista externo ao campo de experiência dos trabalhadores. Não criar uma expressão, compor uma narrativa que pertence a um ou a outro, mas sim uma que se faz *“entre”*.

Esse entre era a experiência coletiva no GIT. A validação dessa expressão entre, se fazia no dispositivo do Grupo Narrativo. De modo que, inseridos novamente na experiência da

roda da pesquisa, agora em um espaço de análise da experiência no GIT, não era a forma representativa dos enunciados que devia ser avaliada, mas os signos sensíveis³¹¹: aquilo que tinha sentido, não como significado, mas como direção da enunciação. *É esta a direção, independente se digo assim ou assado?* Na construção da narrativa do GIT, deveriam ser incluídos os afetos que estavam ligados aos enunciados no GIT, as variações, a entonação, toda a carga de intensiva que circunscrevia cada sentença ou temática discutida no grupo.

Na construção das narrativas não objetivamos exatamente a reconstrução de um passado objetivo, e nem mesmo, por seu caráter de sistematização, a totalização, a chegada a um enunciado único, sem dissenso. Procurávamos narrar uma experiência que produz um outro passado e um outro presente. Procurávamos compor um terceiro elemento entre os elementos em dissenso³¹²: o que restava do dissenso entre os pontos de vista acerca do vínculo e da tutela, por exemplo, o que era comum, e deixar à mostra o que era dissenso. Isso se fazia circunscrevendo as sentenças: vínculo é isso, mas nesse outro caso pode ser aquilo. Proliferam-se os sentidos. A preocupação nesta construção era não interpretar, mas circunscrever a paisagem que se formava na discussão do GIT. No AND³¹³ se diferencia interpretação, descrição e circunscrição. Na interpretação: eu falo de fora; na descrição: eu descrevo de dentro; na circunscrição: eu componho e desenho com. Circunscrever se faz a partir de uma coalizão com o afeto.

Os grupos narrativos foram o espaço de melhorar a tradução que a narrativa propunha. A narrativa levada à equipe pelos pesquisadores, tanto em forma de texto, como em forma de conversa no grupo, era a matéria comum de trabalho. A narrativa como matéria comum, segundo Passos e Benevides³¹⁴, tem o duplo sentido, o da pesquisa e o da clínica: tomada de posição numa certa política de narratividade, que produz tanto conhecimento quanto transformações nos sujeitos engendrados pela experiência de narrar. Produz subjetividade. Nesse sentido, aparece mais fortemente o cuidado na prática de produção de conhecimento.

Não há separação entre conteúdo e expressão, a linguagem é de caráter pragmático. O conteúdo e o modo de exprimir são faces da mesma moeda da linguagem que interfere e produz a realidade, no mesmo processo em que é produzida. Dizer a partir da experiência, faz uma nova experiência de dizer, que é escutada e dita novamente (GIT - GN). Nesse processo modos de dizer a experiência são construídos e constroem novas experiências, que engendram

³¹¹ Tedesco, Sade, Caliman, 2014

³¹² A ideia de viver junto no dissenso também tomos do AND (Eugênio, Fiadeiro, 2013).

³¹³ Eugênio, Fiadeiro, 2013.

³¹⁴ Passos, Benevides, 2009b, p. 150

novos modos de ser e estar.

Na avaliação e fechamento da pesquisa pudemos receber, na devolutiva da equipe, que a força pragmática da linguagem se exerceu, reconfigurando práticas concretas junto a seus pacientes. O exercício coletivo de dizer se constituiu como espaço de cuidado daquele que falava com a experiência. A pesquisa, criou agenciamento coletivo de enunciação, promoveu transformações nos trabalhadores. O território da pesquisa no POP RUA se fez terreno de formulação e de transformação. Método de criar uma paisagem de cuidado similar à própria clínica ali existente.

Clínica da pesquisa

A função do manejo no grupo deveria realizar a tríplice inclusão. Ao incluir vetores diversos que se apresentam, se fazem, amalgamados, todos juntos ao mesmo tempo, estes só podem ser considerados, sentidos, em um território concreto. E nossa intuição insiste na evidência de que a abundância dessa multivetorialidade é evidente na rua. Muitos vetores presentes, muitas intensidades. Estes trabalhadores lidam, estão expostos a muitas intensidades afetivas. Intensidade que comparece como alegria, dor, violência, maravilha, êxtase, sofrimentos. É de nossa metodologia articular os vetores presentes, dar-lhes língua e forma. Apresentá-los.

Em quatro encontros do GIT não se discutiram os enunciados: ocasião da saída em massa da equipe de saúde mental; ocasião do não pagamento dos salários nem dos vales-transportes dos trabalhadores por quase um mês; ocasião da troca de gerência. Na maioria dos encontros se discutiu para muito além do POP RUA: as violências da rede de saúde com os trabalhadores e usuários; a dor de ver usuários morrendo, mutilados, assassinados; as ocasiões de extermínio, de limpeza étnica e social do território.

“O único espaço que a gente pode contar é com essa rua mesmo, com estes atores que estão lá... indiretamente o exército, o jornaleiro, as profissionais do sexo, o china que está no restaurante... em compensação quando a gente pede ajuda para o poder estabelecido... inclusive da própria secretaria... ninguém se propôs a pegar o paciente e colocar no carro... a parceria acaba sendo o estranho, o cara da banca de jornal...”

“A gente precisa de um espaço para falar disso, a gente precisa disso... eu venho da rua chocada em ver seu Adalberto sentado no mesmo lugar (ênfatisa) de onde a gente tirou ele para ser internado. Com quem a gente divide isso? A gente sofre, não tem um apoio. Não

tem onde falar disso. Não adianta pensar que vai chegar em casa e se desligar, a gente tá adoecido... Tá adoecido! Você liga a televisão... lá na Central, Seu Adalberto não consegue correr se tem uma ação... pode morrer lá... o que foi feito com ele? E também com a gente, sabe? Não é só estudo de caso... é o que SINTO, com relação a isso, isso faz mal, encontrar o Leandro, com a mesma história.”

“É uma coisa muito estranha, como uma massa branca que te oprime, e como se não estivesse te oprimindo, a pior opressão é aquela que não aparece, eu entendo quando o Sebastian diz que parece que tem uma espada cortando nosso peito, é assim que se sente”.

Em todas estas ocasiões, percebíamos que o espaço do GIT deveria ser usado para discutir questões político-afetivas. A clínica aqui, muito evidentemente está inseparável da política. Esta postura de inclusão de analisadores, de inclusão das discordâncias e conflitos, da lateralização dos atores criava condições para que o grupo se constituísse como um território de expressão e formulação de problemas. Problemas de todas as ordens: da saúde, da cidade, existenciais. Ou melhor, um problema que envolve muitas ordens: o problema do cuidado no território dos moradores de ruas.

O cuidado da equipe se deu por construirmos um espaço de produção de conhecimento e cuidado. Pensar, discutir, formular a prática cuidava do trabalho; o cuidado do trabalho cuidava do trabalhador.

Penso minha experiência prática de primeiro gerente desta equipe como um trabalho de cuidado, dos trabalhadores e da prática que realizavam. A preocupação inicial com a pesquisa era de que, de algum modo, meu ponto de vista de gerente não se efetivasse novamente, na forma de uma supervisão, ou algo do gênero. O apoio começou pelo viés de produção de conhecimento, mas a questão do cuidado retorna. A pesquisa gerou a possibilidade de uma revisão de práticas, de uma reciclagem do trabalho, de algo que eles denominaram uma supervisão do grupo pelo próprio grupo.

A função da pesquisa era similar à função da equipe junto a seu território: habitar o território da equipe, cuidado dos processos de heterogênesse que ali se desenvolviam, não por intervenções normalizantes, mas por acompanhar processos de normatividades, criação de normas, por cuidado.

Na entrega do produto do apoio, o documento técnico, e fechamento da pesquisa, o que era produção de conhecimento vira produção de cuidado.

“Quando você saiu, eu fiquei com muita raiva de você. Quando você voltou eu achei que você não devia voltar, e hoje fico muito feliz de poder dizer que eu estava errada... a mi-

nha fala de questionar a pesquisa, lá no início do processo, foi de questionar se essa pesquisa tinha lugar neste serviço, eu questionei muito. Em nenhum momento eu achei que o Iacã pudesse ter lugar aqui simplesmente como pesquisador... como não teve... não acho que tenha sido só isso. André e Guilherme parece que sim, mas o Iacã, de alguma forma, talvez esteja fechando algum mandato que ele começou, um processo gerencial, de indicação de direções, que a gente iniciou no começo do serviço... num lugar muito mais maduro do que quando a gente começou... eu tô muito emocionada, até por ele... ter visto este percurso. Esta pesquisa tem muito o desejo dele na sustentação deste processo, ter tentado escavar alguma coisa que fosse possível, ter tornado este possível tão produtivo”.

“Foi muito importante que nestes momentos em que não discutimos diretrizes, “você não vieram com a preocupação ‘ah, mas a gente veio para discutir isso’, vocês permitiram que agente colocasse nossa insatisfação, o que a gente estava vivendo... nos foi permitido. Normalmente a gente participa de várias atividades onde tudo está imposto. Aqui a gente pôde expressar o que estava sentindo.”

“Esse espaço do GIT pra mim foi para além de discutir as diretrizes. Foi um espaço onde eu consegui perceber a gente enquanto equipe, e quão importante é... Com esse trabalho da pesquisa existe um documento que respalda o que eu estou falando... é uma coisa que foi construída para além da gente”.

Muitas questões me implicavam neste processo de pesquisa: toda uma história, laços afetivos. Estar na relação não é estar contra ela nem a favor, mas estar em proximidade³¹⁵. A tendência a tomar partido, a ficar a favor da equipe era, em mim, muito forte. Em muitos momentos não pude somente estar com os trabalhadores que, de uma maneira ou de outra, não deixavam de ser meus companheiros. Ceio que a própria resistência inicial de meus antigos companheiros, e a presença dos meus novos companheiros, me ajudaram a manejar melhor comigo mesmo aquilo que tenderia ao corporativismo. Foi possível transversalizar. O GIT foi o espaço para o coletivo não institucional. A fala acima assinala a existência de um coletivo “para além da gente”. O que sustentou tanto o processo de produção de conhecimento, quanto o cuidado do trabalho da equipe e dos trabalhadores foi a criação de um coletivo, ou sua reativação para além, ou melhor, “aquém da gente”.

³¹⁵ Eugênio, Fiadeiro, 2013.

Subjetividade coletiva, coletivo ou comum.

A pesquisa teve a tarefa de criar condições para a contração de um coletivo na equipe capaz de discutir sua prática e produzir conhecimento, definindo suas diretrizes, metodologia e dispositivos. Processo que acarretava o cuidado do trabalho da equipe, e assim dos próprios trabalhadores. A pesquisa-apoio foi um processo de cultivo do território existencial da equipe, cultivo do plano comum da equipe através de seu território existencial.

Observamos isso quando nos damos conta, por exemplo, de que no GIT, quando ocorreu uma flutuação da presença das pessoas da equipe no dispositivo de pesquisa, o processo do grupo continuou, de maneira que era sensível seu funcionamento e os efeitos produtivos. Apesar das interrupções na continuidade da participação, não eram geradas interrupções na continuidade do processo. Isso foi garantido certamente porque de fato houve sempre um número mínimo de pessoas da equipe no GIT, embora não tenham sido exatamente sempre as mesmas. Há uma presença no GIT que não se confundia com o somatório das pessoas. Havia um para além ou para além da presença numérica do grupo. Um efeito de coletivo/sujeito, coletivo/subjetividade, coletivo/grupalidade foi criado.

Constituiu-se um território como um ambiente. Uma subjetividade de grupo que se apresenta como uma dinâmica na qual estão implicados uma pluralidade de agentes coabitando e agindo em um sistema de organização. O processo da pesquisa criou um agenciamento coletivo de enunciação, as pessoas que entraram no grupo rapidamente se articularam a ele: *"neste tempo que passou por tanta mudança isso pôde se manter, e isso foi importante, e este espaço permitiu a gente poder encontrar um ponto comum"*. Paisagem comum.

O produto, o documento do POP RUA

O documento técnico foi o principal produto do apoio. No último Grupo Narrativo apresentamos a narrativa final, que era a junção de todas as narrativas já no formato do documento. A equipe fez alterações e validou o documento: *"articula tudo que falamos!"*, *"já pensou se a gente pudesse desenhar isso que está escrito? A gente está lendo está visualizando todas estas imagens"*.

O documento foi construído na seguinte estrutura: conceitos operadores, diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado na equipe do POP RUA, em dois sentidos: cuidado da cidade e cuidado do território da equipe. A ideia desta estruturação era ir do mais abstrato,

conceitos, diretrizes, ao mais concreto, dispositivos, como os arranjos concretos que encarnam conceitos, diretrizes e metodologias. No próximo capítulo apresentamos o documento.

Capítulo Quarto: Cuidado no POP RUA

O processo de pesquisa-intervenção-apoio que tratamos no capítulo anterior teve como produto a formulação, em forma de documento técnico que discutiremos neste capítulo. Tal documento produzido com os trabalhadores do POP RUA é um desenho técnico-político do cuidado na experiência desta equipe. Tratamos, agora, de tomar esse documento em análise, sendo ele próprio o resultado de uma análise. Ele é uma atualização, um caso possível para pensar a clínica pública, como intervenção clínico-política no contemporâneo.

Parece-nos que, frente à extrema facilidade com a qual qualquer tipo de instrumento, enunciado ou produto estético é recuperado pelo Capitalismo Mundial Integrado, a intervenção clínico-política no contemporâneo só pode ser pensada a partir de experiências locais e concretas. Para assim ser caracterizada, essa intervenção exige que tais experiências concretas sejam enunciadas e validadas diretamente pelos sujeitos que se constituem nessa experiência. Como vimos, essa foi a demanda dos trabalhadores do POP RUA (demanda de apoio); como veremos, a validação da experiência daquele que é foco de intervenção do POP RUA – a pessoa que vive na rua – também é um componente fundamental para essa prática.

Podemos falar de protagonismo dos diferentes sujeitos que compõem uma cena complexa e localizada. Protagonismo daquele que seria, tradicionalmente, sujeito/objeto da intervenção: da pesquisa, na maneira como se produz o conhecimento acerca do cuidado no POP RUA e do cuidado do serviço, na maneira como se constrói na prática com o território da rua. Protagonismo do sujeito/objeto que nada mais é do que o já falado processo de lateralização e coletivização, à medida que ninguém é mais importante. Mas, sim, que há uma experiência que deve ganhar maior relevo, foco, principalmente pela maneira como ela é hegemonicamente considerada no jogo do saber das investigações acadêmicas e das intervenções dos sistemas de saberes através das políticas de Estado: ou seja, sempre como objeto. Protagonismo – nome ruim, diga-se de passagem – nada mais é do que desobjetificar os viventes com os quais se pesquisa e dos quais se cuida. Ver esse que seria objeto, um existente que se constitui em um plano bruto da existência que nos implica, como pesquisadores e como cuidadores. Não se toma o objeto pelo enfoque da cisão, mas pelo da composição, ao convidarmos a participar e participando de seus territórios existenciais, que se fazem outros com nossa participação. Via de mão dupla da intervenção.

Temos como objeto não sujeitos, mas o cuidado no POP RUA sendo dito, pensado e sistematizado a partir da experiência dos trabalhadores constituídos como tais nessa prática de cuidado. Tal objeto, a prática de cuidado, ganha materialidade, certa estabilidade, no documento técnico-político. Um objeto, de caráter técnico como político, uma vez que aborda certo modo de perceber, posicionar-se e produzir o campo da saúde pública e, no limite, no campo político mais amplo da experiência urbana, ou da experiência de viver junto na cidade.

Neste capítulo nos interessa apresentar e discutir esse desenho, de maneira a mostrar traços e trajetões de uma intervenção clínico-política que aqui estamos chamando de *clínica de território*.

É preciso fazer uma última ressalva antes de entrar diretamente na apresentação do documento: há, na posição que assumimos nesta narrativa, um hibridismo que deve ser afirmado. Aqui estamos em uma posição que se caracteriza pelo singular fato de situar-se *entre* o trabalhador do POP RUA e o pesquisador do POP RUA. Tal atitude de estar *entre* é a assunção da condição híbrida que nos propusemos e é também uma posição resultante da nossa aposta metodológica, no caso, devir-pesquisador do trabalhador e devir-trabalhador do pesquisador. É entre a pesquisa e o trabalho, na “ponta” das práticas de saúde, que encontramos as condições para dizer da intervenção clínico-política em sua relação de contato com os problemas do contemporâneo. Posição que está na própria maneira de constituir, apresentar e discutir o documento: seu texto se configura com alterações e rearranjos na sua ordenação, marcando-se a redação original por meio do recurso gráfico de uma fonte diferente (Courier New) e, a partir dela, se foi desdobrando o que nele está sendo dito e pode ser dito com ele. Ao mesmo tempo, inserimos falas e narrativas feitas no GIT da pesquisa, grafadas em itálico e entre aspas. Essas falas constituíram o material bruto e resultaram na confecção do documento.

Com esses recursos, visamos, ao mesmo tempo, apresentar os dados produzidos após um primeiro processo de análise, o que evidenciou certas condições de dizibilidade do documento no âmbito do dispositivo do GIT, e expor o segundo processo de análise, agora no âmbito desta tese. Como dito anteriormente, os trabalhadores-autores deste documento estão identificados no próprio documento anexo a esta tese, de modo que entendemos não ser necessário checar o autor de cada fala de cada profissional, apenas na situação em que essa identificação evidenciar a polifonia de determinado trecho. Assim, identificamos o sujeito que fez determinada fala pela categoria profissional entre parênteses.

O documento técnico-político do cuidado no POP RUA

Ao analisarmos inicialmente o que era discutido acerca da prática de cuidado no POP RUA, sentimos a necessidade de realizar uma diferenciação no interior dessa prática, de modo a organizar e sistematizar sua expressão, ao mesmo tempo alterando o modo de pensá-la. Em meio à prática do POP RUA, todos os elementos estão interligados, como um emaranhado de difícil diferenciação. Na verdade, interligados não é o melhor termo: eles se constituem em coemergência, se sustentam uns nos outros. Ao organizar esse material, tentamos manter o caráter totalmente codependente dos elementos que diferenciamos, de modo que sempre convivemos com a sensação de arbitrariedade no modo de organizar, dividir, diferenciar os elementos que constituem o cuidado. Não é à toa: essa maneira de desenhar a prática do POP RUA é um artifício; ela não estava, dessa forma, dada na prática.

Como vimos no capítulo anterior, expressar a experiência, mesmo que em forma de palavras, não é representá-la, mas criá-la, modificá-la. É paradoxal esse problema da expressão: se expressa algo a partir de um conteúdo, mas o que é expresso mantém o conteúdo do qual foi derivado em outra forma. Uma expressão que não é uma deterioração, uma simplificação do conteúdo, mas um desdobramento dele ao expressar, que cria novos conteúdos e possibilidades de novas expressões³¹⁶. Desdobramento que pode se dar ao infinito. Isso ficou muito evidente, como vimos no capítulo anterior, já que, ao retornar à equipe a expressão do conteúdo da discussão, se recriava o conteúdo discutido. E o processo de discutir, formular/expressar, discutir a expressão e gerar novos conteúdos poderia ser sem fim. Por intermédio da discussão no GIT, se recriava a prática; na expressão do conteúdo da discussão do GIT no grupo narrativo, se recriava o conteúdo da discussão.

Desse modo, o que está expresso aqui é realizado pelo POP RUA, mas também, e muitas vezes, não o é, embora sempre se sustente na experiência concreta. O texto, por conseguinte, não dá conta perfeitamente do que é a experiência do POP RUA. E isso para o bem e para o mal, quero dizer, ao mesmo que se acrescentam elementos a ele, se os subtraem, tanto pelo problema de expressar que falamos acima quanto pelo fato de a equipe poder enunciar coisas que não consegue praticar, mas que pode dizer que são importantes serem feitas. Desdobrar a prática do POP RUA, assim, implica invenção, artifício, o que não se confunde com a inverdade, pois a prática está ali recriada. E, no cotidiano dessas pessoas, ela é modificada pela pesquisa. Eis o sentido clínico da pesquisa-apoio.

³¹⁶ Deleuze, 1968.

Finalmente, entrando na organização do documento, entendemos que as práticas de cuidado no POP RUA tinham dois grandes sentidos que deveriam se sustentar mutuamente: um para exterior, para a cidade, orientação do mandato institucional do POP RUA: cuidado com os usuários, com os territórios de vida desses usuários, com as redes de saúde, com as políticas públicas e as redes não institucionais – que chamamos de **cuidado com o território da cidade**. O outro, para o interior, para a própria equipe – que chamamos de **cuidado com o território da equipe**. A clínica se faz operação de interface dentro/fora.

O desenho do cuidado passou por essas diferenciações: sentidos externos e internos, cidade e equipe. Mas as diferenciações não param aí. Além de definir conceitos operadores do cuidado, em cada sentido do cuidado diferenciamos o que seriam diretrizes/direções, metodologias/modos de fazer e dispositivos/arranjos concretos. Distinções codependentes que facilmente poderiam ser propostas de forma diferente. O que temos ao final é um documento-rede com pontos de natureza, nível de abstração ou consistência diferentes, mas que estão nessa relação de codependência/coemergência.

Temos conceitos que funcionam como modos de ver/entender; diretrizes que dão sentidos/direções ou apostas do cuidado; metodologias que são o como fazer operar essas direções; dispositivos que são o arranjo concreto dessas direções e de seus modos de fazer operar no concreto das práticas dos trabalhadores/usuários. No documento original, em se tratando de um texto, fazemos um caminho que começa pelos conceitos, passa pelas diretrizes, metodologias e chega aos dispositivos. Mas isso não quer dizer que esses dispositivos sejam o produto de conceitos, diretrizes e metodologias pensados anteriormente, como se houvesse uma sequência lógica pensar-agir-realizar. Todos esses elementos surgem em coprodução, se reforçam mutuamente. Não há um modo de fazer que corresponda a só uma diretriz.

Um modo de fazer, portanto, corresponde a muitas diretrizes, e muitas diretrizes correspondem a um ou mais modos de fazer. A linearidade com que eles aparecem tanto no documento como neste capítulo é uma maneira de fazer o caminho dessa rede que é a prática de cuidado no POP RUA. Não conseguiremos expressar todas as relações entre os elementos, apenas indicá-los e apresentá-los de maneira tal que sua codependência seja intuitiva. Muitos pontos cegos restarão, e talvez essa seja a vitalidade do texto. O enunciado aqui é uma configuração muito momentânea. Os elementos não são se dispõem em uma sequência, um passo a passo, mas como em uma paisagem. Por isso, o modo de entender também é territorial. Por onde começa, qual a verdadeira sequência lógica? Ela não há. Inclusive, nesta apresentação, mudamos a ordem original: depois dos conceitos, iniciamos os sentidos do cuidado pelos dis-

positivos, para começar pelas engrenagens mais concretas do cuidado.

Mas por que começar pelo concreto dos dispositivos? É que, ao começar a análise do documento, entendemos que conceitos, diretrizes e métodos nunca são definidos antes de uma experiência concreta, antes da prática. Conceitos, diretrizes, metodologias e dispositivos são efeitos, se extraem de práticas concretas/localizadas. Nessas categorias, o dispositivo é o mais concreto, no sentido de que é o mais próximo das práticas localizadas. E é essa a direção que entendemos ser a de qualquer construção teórica conceitual: parte-se de uma experiência para daí produzir enunciados mais abstratos ou gerais. Conceitos, diretrizes e métodos se extraem das práticas concretas nos dispositivos.

Como falamos inicialmente, é da prática de clinicar que são extraídos os conceitos, as teorias dos saberes que compõem as clínicas, e não o contrário. No campo da saúde, não há ciência aplicada nem a clínica é aplicação de uma ciência, mas é da prática clínica que advêm as ciências que dela pretendem dar conta. E é para evidenciar isso, em nossa estratégia narrativa, que, embora comecemos pelos conceitos operadores do POP RUA para facilitar a apresentação, colocamos à frente das metodologias e diretrizes os arranjos concretos vinculados a elas: os dispositivos.

Conceitos operadores na prática de cuidado no POP RUA

Cuidado

Entendido como uma relação que se estabelece. Um modo articulação entre sujeitos (profissionais de saúde, usuários e pessoas que compõem os territórios) e territórios. O cuidado é construído no plano relacional do território. O profissional do POP RUA é um cuidador, mas a efetivação do cuidado não depende somente de suas ações, e sim do que se constrói entre profissional/usuário/território: o cuidado é mais que um procedimento ou uma ação deliberada, ele se parece mais com uma rede de relações que se constrói no território de vida do usuário.

O cuidado é sempre uma relação de corresponsabilidade, na qual o cuidador tem a função de propositor, facilitador, condutor. O cuidador constrói a relação por meio de um posicionamento ético, político e desejante: ele tem uma posição de respeito às formas de vida do território, responsabilidade de cuidar e desejo de construir o cuidado. É um posicionamento político, porque interfere nos modos de

relação na cidade. É um posicionamento desejante, porque implica certo engajamento com o desejo.

O posicionamento por meio do qual o trabalhador constrói a relação de cuidado deve estar presente em todos os lugares e relações nos quais o agente do cuidado atua: estando na rua, na sede, na rede, com o usuário ou com o gestor, com o transeunte. A relação de cuidado é construída entre trabalhador e usuário, mas também trabalhador e território, redes de saúde, redes intersetoriais. No limite, o cuidado é com a cidade: território que envolve usuário, rua, redes, trabalhadores, população em geral. O cuidado com o usuário e com o território é inseparável do cuidado com as redes de saúde, com a população que habita, trabalha ou passa pelas ruas. Para cuidar de seu usuário alvo, o POP RUA cuida das relações nas quais está inserido esse usuário, mediando essas relações para que as condições do cuidado se produzam: intervindo nas relações entre usuários e atores do território (comerciantes, policiais, outros moradores de rua, etc.), usuários e serviços de saúde e outras políticas públicas; buscando criar espaços de diálogo e negociação; buscando construir relações de cooperação e apoio a partir das condições concretas de vida no território. O cuidado do POP RUA também deve fazer-se internamente: o cuidado do usuário e do território é inseparável do cuidado da própria prática, da equipe pela própria equipe.

A prática de cuidado do POP RUA é movida mais por princípios e diretrizes do que pelo alcance de metas - entendidas aqui como metas quantitativas, mas também como lugares preestabelecidos a se chegar: o usuário não "tem que ser" dessa ou daquela maneira, ter esse ou aquele hábito, ter este ou aquele modo de vida.

O POP RUA trabalha para a sua própria dissolução: horizonte de dissolução de serviços especializados para população de rua. Não porque se supõe que em algum dia não haverá população de rua, mas porque se entende que a atuação do POP RUA deve ir no sentido de interferir no SUS, de modo a fazer com que qualquer serviço de saúde possa atender resolutivamente a população de rua.

Território

Não é somente a delimitação espacial, mas é o território de vida. Ele tem dimensão objetiva, mas também dimensão subjetiva. Quer

dizer, ele é definido a partir de certos limites territoriais, é composto por atores e instituições variadas, mas também pelas relações que se estabelecem entre eles. Assim, ele é o plano onde se produz e desenvolve a vida dos sujeitos e coletivos, não sendo mais possível separar uma vida do território em que ela vive. Sempre coletivo e singular, o território é apropriado e produzido pelas diferentes perspectivas que nele coexistem. Não há um único sentido nem uma perspectiva verdadeira acerca do território. Há versões que coexistem, que se coproduzem, que "co-vivem".

O território é paisagem produzida pelas relações que nele se estabelecem: as amizades, as parcerias, as inimizades, as relações de violência, exclusão, as relações de ajuda e cooperação. Composto por todos os atores que por ele passam (os moradores de rua, a polícia, os traficantes, as instituições religiosas, de políticas públicas, os comerciantes, os transeuntes, pesquisadores), e ainda por coisas e lugares que o compõem (bueiros, esconderijos, calçadas, estabelecimentos) e pelas ações nele realizadas (morar, perambular, dormir, comer). O POP RUA é uma perspectiva a mais no território. Perspectiva que não se pretende superior a nenhuma outra.

Rua

Rua é o território-alvo e a base para a construção da estratégia POP RUA. Existem vários tipos de vivências de rua: uma rua para cada morador de rua; uma rua para cada profissional do POP RUA. A rua é resultado das várias versões a ela dadas pelos seus diversos atores. O que define versão é justamente o fato de ela estar sempre sendo revista, refeita, de acordo com o momento e com as relações de pontos de vista.

Viver na rua não é sinônimo de doença física, subjetiva ou social. A vida na/da rua é uma forma legítima de vida na cidade, quer dizer, ela existe pelas próprias dinâmicas da cidade, e não por defeito ou culpa do indivíduo que nela se encontra. As pessoas que vivem nelas têm problemas de saúde, assim como os têm todas as outras, sendo esses problemas específicos, relacionados ao seu território de vida.

A rua expressa modos de vida muito diferentes dos padrões considerados normais no universo urbano. O POP RUA não entende essa di-

ferença como doença. Cuidar sem querer eliminar a diferença pode fazer com que se criem outros modos de habitar e viver a cidade, e, no caso do SUS, se construam outras tecnologias de cuidado. Sendo uma expressão radical de alteridade na cidade, a rua tem por efeito colocar em xeque os saberes e conceitos instituídos, produzindo zonas de "não saber". Esse efeito se apresenta, por exemplo, nas demandas muito complexas de saúde: enfermidades que aparecem entrelaçadas (tuberculose, HIV, transtornos mentais, abuso de drogas), produzidas em um contexto de extrema vulnerabilidade social. Essas complexidades convocam a todo o momento um olhar integral à saúde. Além disso, a rua convoca a adaptação do serviço à sua dinâmica: a rua possui outras dinâmicas temporais, de relações com a família, com o trabalho, com a moradia, etc.

Para o POP RUA, a rua é um espaço de cuidado possível: para atender a pessoa na rua e atender a pessoa em situação de rua não é necessário retirá-la da rua. A rua é também um *setting*. Mas, para tanto, a vida na rua deve ser atendida em suas necessidades e condições concretas, sem que as ações sejam balizadas a partir de um modelo de vida supostamente correto ou ideal. Não cabe aos serviços de saúde decidir se é certo ou errado morar na rua: as pessoas podem estar na rua e terem acesso à saúde. Não se faz apologia à situação de rua, tampouco à saída da rua. O POP RUA oferece acesso a direitos, não impõe modos de vida.

O POP RUA legitima a rua e constrói o cuidado a partir dela, buscando entendê-la, habitá-la, constituindo-se como mais um ator da rua. Para isso, é preciso "contaminar-se" com a rua - e não temer o contágio -, incorporar parte de seu funcionamento, direcionando-o ao cuidado. É preciso manejar com a lógica da rua e usá-la a serviço do cuidado.

O cuidado no POP RUA é o estabelecimento de um ambiente para além da ação de um profissional. Esta compõe o cuidado, mas não é todo o cuidado. O cuidado, como ambiente, é uma relação que não depende só do profissional de saúde. O cuidado não tem meta geral predefinida, quer dizer, está para além da intencionalidade de um centro subjetivo racional. Ele é a rede de relações que se estabelecem como condição de possibilidade para que uma vida seja cultivada. Podemos dizer que ele é construído nos territórios concretos: campo fértil para o cultivo de vidas, que realiza na cidade a utopia da urbe como grande útero, local de gestação

de existências singulares, de invenção de novos modos de vida.

Assim, território de cuidado é terreno de criação. Criação que não tem o profissional de saúde, muito menos os serviços de saúde, como autores da criação. O que implica dizer que não há uma ideia pensada, preconcebida do que será criado. *“É incrível como começou: a gente não era nem isso nem aquilo, mas também não tinha o que deveríamos ter pra ser um serviço de saúde.”* *“A gente só valorizava a necessidade, a gente ia cifrando as demandas... pensava com os usuários em possibilidades para conseguir determinada coisa. Coisa que não tínhamos para dar.”* *“Eles e nós fomos entendendo qual era o espaço do cuidado”* (ACS e Psicóloga). Mas esse entendimento era sutil, porque o espaço do cuidado não está determinado, estabelecido antes ou depois da experiência. Ele só existe no momento presente do acontecimento. Ele é criado a partir de um nada a oferecer, a não ser um corpo, uma presença disponível. O que vamos chamar de um estar **ali**, junto para cuidar da saúde. A ideia muito abstrata de saúde servia como um norte abstrato, suficientemente aberto às várias possibilidades de sua realização. O início do POP RUA se deu a partir de uma oferta simples: uma escuta, uma presença, um estar **ali**.

Em **ali** ou **aí**, adjuntos adverbiais de lugar, há a ênfase em uma ação que se faz em um espaço, em um lugar e momento específicos. Esse lugar é a cidade, ou melhor, um território existencial na cidade no qual se desenvolve uma existência. Estar ali junto é estar junto à concretude da experiência. A experiência concreta só existe em uma dimensão também espacial, em que o sujeito só advém como efeito de uma experiência presente em um território específico. Espaço temporalizado. Partimos do espaço para o tempo, e não o contrário. **Ali** ou **aí**³¹⁷, que indicam presença e lugar, constituem o espaço-tempo em que se constrói o cuidado. O mergulho no **ali/aí** da cidade produz a criação de uma área de convivência que é uma área de coexistência e de coengendramento. Esse mergulho pressupõe mistura, afinidades eletivas³¹⁸, quebras e possibilidades de se produzirem outros arranjos.

Se o trabalhador não é o responsável exclusivo da produção de saúde, se a saúde pode se dar de muitas formas, é preciso que ela se realize a partir do efeito sentido concretamente pelo usuário. Ao trabalhador cabe construir a posição de cuidador. Com o AND, podemos en-

³¹⁷ Deligny, 2009.

³¹⁸ Goethe, 2008.

tender uma posição como algo que contrasta com uma ação entendida como a consequência do protagonismo de um sujeito. Tomar uma posição é manejar com a matéria do acontecimento, de modo que o sujeito da relação não se autoproponha como autor do que acontece. No cuidado, o cuidador não faz uma ação de cuidado, mas oferece uma posição que viabiliza a possibilidade de existência do outro, abre espaço à emergência de um *plano* comum. Quer dizer, em meio ao cuidado, o sujeito cuidador faz ações de cuidado. Mas a criação do cuidado não depende exclusivamente de suas ações. O que está no campo de possibilidade do cuidador é primeira e principalmente construir uma posição de cuidado. Construir uma posição de cuidado é ocupar-se de como se age e se pensa, como se dispõe seu corpo para o plano da relação, dispor-se a compor o plano da relação como o lugar onde o cuidado se dá.

A *posição* é então entendida como uma oferta que aciona o ciclo de dádiva através do qual se tece o *plano* de relação [...] É ele que permite a entrada em *composição* e só é inaugurado quando a oferta não traz um sentido determinado por si mesma, mas se oferece à emergência de um sentido partilhado. Uma *posição* é um convite, mesmo se já implicado e dependente do que está já presente no *plano* de relação [...] A *posição* só recebe a sua completude à medida que vai fazendo parte de uma *composição*, e por isso podemos dizer que a posição se determina e se enuncia por retroação.³¹⁹

É para compor o cuidado que se constrói uma posição de cuidador. Constrói-se uma posição de cuidador compondo o plano da relação, e não sendo protagonista. Essa composição depende da capacidade de entrada na relação do cuidador com outros fatores em jogo no *plano* de relação, de modo que “só existe com-*posição*, nunca uma posição isolada”³²⁰. A posição de cuidador construída no cuidado no POP RUA é política, pois analisa e intervém criticamente na configuração política do território. Posição que utiliza ferramentas técnicas e também um proceder ético com essas ferramentas – um modo de se posicionar no plano afetivo e relacional do território da cidade.

Território, no POP RUA, é um ambiente relacional no qual está o sujeito e suas dinâmicas de produção. A rua é um território, mas também o é a equipe, um serviço de saúde, a cidade. No território são produzidos o morador de rua, o profissional de saúde, o habitante urbano. O POP RUA constrói um território de cuidado do qual emergem o trabalhador do POP RUA e seu usuário. No cuidado do POP RUA temos três territórios imediatos de ação,

³¹⁹ Eugênio, Coutinho, 2012, verbete posição.

³²⁰ idem

que são ao mesmo tempo dimensões do trabalho: a rua, a sede do POP RUA (a equipe), as redes. *“A pessoa não é só a pessoa, é o espaço... é a gente localizar o papel da gente ali.”* Os sujeitos se fazem nos territórios, e cabe ao trabalhador localizar-se nesse território, compondo-o, produzindo-o – quer dizer, o território tem dimensão subjetiva para o POP RUA.

Dona Maria, usuária do POP RUA na Central do Brasil, tem uma produção delirante com a paisagem que mostra essa dimensão subjetiva. Dona Maria está diante do Ministério da Guerra, dizendo que conhece o general. Para Dona Maria, o problema da Central do Brasil, e dela mesma, é o da falta de oxigênio. Quando ela não está bem, é porque há muito hidrogênio e pouco oxigênio no ar da Central. Dona Maria constrói máquinas no teleférico do morro da Providência. Uma dessas máquinas chama-se Hiroshima. Ela vai até o Ministério da Guerra para enviar essas máquinas. As máquinas purificam o ar, por que a crise está relacionada ao excesso de hidrogênio. Quando Dona Maria está bem, o oxigênio está estável. O território onde falta oxigênio existe para Dona Maria. E, assim, existe para o cuidado. O trabalhador ajuda na manutenção da máquina quando Dona Maria está na internação e não pode ir até o teleférico. O cuidador estabelece uma relação, acessa e compõe o território que precisa de oxigênio, pois este território compõe Dona Maria.

Existem muitos territórios em uma mesma demarcação espacial. O mapa do território não é o território, ou não é todo ele. Não há como representar todo o território. O território também é uma experiência subjetiva e, como tal, sempre mutante. Podemos dizer que o território último, como verdade estética, não existe. O que existe, como forma de apreensão do território, é um acesso legítimo e consistente aos territórios vivenciados. A posição de cuidador não pode entrar em contato com o território sem modificá-lo, quer dizer: produzi-lo. A simples presença dos profissionais do POP RUA no território da rua já modifica a sua configuração. É impossível ver, falar do território sem produzi-lo. A questão que se coloca é que a prática do trabalhador se constrói como posicionamento em um território, sendo por isso mesmo um modo territorial de pensar e agir. Como já discutimos anteriormente, um posicionamento é um modo de ver e um modo de agir.

O cuidado é intervenção e efeito geográficos. Faz-se em uma geografia a modificação do espaço exterior, que também produz mudanças no próprio cuidador. A intervenção do cuidador é, então, uma ação nas bordas: entre o modo de ver e de agir, borda de si e do mundo, borda do usuário e da cidade. A borda é aquilo que compartilhamos e é nosso espaço de composição.

Por isso o cuidado no POP RUA tem dois sentidos: para fora – os usuários, as ruas, as

redes – território da cidade; para dentro – cuidado de si próprio, do processo de trabalho – território da equipe. Rua de mão dupla. Duplo movimento dentro/fora, fora/dentro. Parangolé³²¹ que compõe um amálgama paisagem/si próprio, em giro de mão dupla. Operação do parangolé é a operação do corpo do trabalhador: acesso, trânsito entre os territórios, passagens que constituem um espaço de cuidado. Território do cuidado como território de passagem: câmbios, tráficos, gambiarras.

É a partir da rua que o cuidado no POP RUA é pensado e feito. Cria-se o território do cuidado no território da rua, experimentando-se estar na borda interior da cidade, no fora dentro do espaço urbano. Essa experiência de rua é antes de tudo afirmada pelo POP RUA; é afirmada a existência da rua como existência terráquea, como possibilidade de **ali**, e não em outro lugar ou em condição ideal, construir algo novo e também terráqueo. Construir algo com os elementos que a rua tem: se utilizam a sua rede informações informais, os seus recursos, os lugares onde há banho, comida, etc.

Rosimere tinha tuberculose e não conseguia dar continuidade ao tratamento, estando internada. Ela se curou da tuberculose na enfermaria criada na calçada da rua perpendicular à da sede do POP RUA: ela ficou na rua, ao lado do serviço, durante vários dias, para ser cuidada. Os cobertores do seu leito foram buscados nos bueiros. Os outros pacientes da enfermaria se cuidavam, se supervisionavam mutuamente. Esse arranjo, longe do ideal, funcionou. Fez-se como gambiarra eficiente.

Muitas vezes, sair da rua não quer dizer ter mais saúde: *“Claudia saiu da internação gordinha e bem tratada... mas saiu mais morta que nunca, porque estava infeliz, longe do homem dela, longe dos filhos... e a gente queria colocar ela mais longe ainda, no abrigo, e levando espetada três vezes por dia de insulina e sob o nosso controle. E aí a gente achou que ela ia estar mais viva...”*. Existem aqueles que estão na rua porque querem – e não querem sair da rua. Existem aqueles que querem sair da rua e não conseguem, e outros que, com o simples acompanhamento, querem e conseguem se organizar e sair da rua – ou se organizar melhor *na rua*.

Mas não há idealismo que penda para um lado ou para outro: a rua do POP RUA também é local de violência, de vulnerabilidade, de perigo. A afirmação da rua no texto do POP RUA não é a constituição de um binarismo pró-rua/antirrua. É a quebra do binarismo

³²¹ O parangolé de Hélio Oiticica é um giro em uma relação corpo-espaço em que se cria um vórtice em dois movimentos: para fora, no sentido corpo-espaço exterior; para dentro, no sentido espaço exterior-corpo. Trataremos mais à frente do parangolé.

bem/mal. Na rua convivem sentidos diversos e contraditórios: amizades, faturas, alegrias, desgraças, misérias, violências. O POP RUA vê de modo cruel: nem bandido, nem mocinho em nenhum lugar, nenhuma ordem superior que não seja a do tempo a modificar a configuração do espaço. Ninguém a salvo. Só a violência da duração, da constante diferenciação que reconfigura lugares e efeitos, a necessidade de avaliar sempre local e temporariamente. A possibilidade de pequenas saúdes, pequenas mudanças.

Há uma oferta de continuidade, de acompanhamento que é acompanhar a duração, o desdobramento de uma vida. Acompanhamento que não se faz de fora, mas estando junto, em composição. Há uma violência da duração no processo de desdobramento de uma vida, em que se reconfiguram lugares e formas de vida. Há uma violência da duração, mas há também uma violência no cuidado que acompanha essa duração. Tal violência se faz no testemunho daquilo que se desdobra (se decompõe e recompõe) e pela própria composição que o cuidado faz. É o que em química se chama “afinidades eletivas”, e que Goethe³²² mostra nas relações amorosas em seu livro homônimo. Quando dois compostos se misturam em um solvente, de maneira que AB e XZ, entram em relação de afinidades eletivas. B começa a se ligar a X, A começa a se ligar a Z, de modo que essa eleição gera BZ e AX. Algo se compõe, se cria, e algo se destrói.

Na criação há sempre uma dimensão de quebra, de violência, disrupção. A experiência na Atenção Básica pressupõe uma violência de afinidades eletivas, pois se operam mistura e destruição para a criação de novas configurações de vida no território. Por isso que o trabalho na rua é tão emblemático. É o tipo de mistura que o trabalho exige, com consequências violentas, de certos componentes: equipe-território, trabalhador-usuário. Ali o grau de mistura que a ação no território exige vai à máxima potência, gerando efeitos de criação e de violência. Algo é violado. Mas o que diferencia essa violência própria das afinidades eletivas não é o estabelecimento de uma ordem de submissão ou dominação de um componente sobre outro. O cuidado aqui é caracterizado por uma causalidade circular, em que os termos em relação se coproduzem, não havendo um agente protagonista que se sobreponha a outro.

A rua é mesmo esse local de encontro dos fragmentos, de elementos quebrados, parciais. Local de agenciamento. O acesso à rua também produz ruptura para quem não a conhece: muda-se a visão acerca do que é a rua, por consequência, muda-se o modo de sentir e o modo de agir na rua. Entra-se em contato como uma complexidade tal que o modo de ver, o corpo, o modo de agir – posição –, o saber construído dizem respeito menos a um conteúdo e mais a

³²² Goethe, 2008.

uma dinâmica – balanço, ginga –, uma posição que se sustenta na incerteza, no suspense que antecede a surpresa, no embaralhamento da visão. Saber fazer silêncio frente aos golpes incessantes de imagens, barulhos, odores, toques. Silêncio das opiniões gerais que se estabelecem muito rapidamente e são definidoras – ou definitivas. Saber, sim, improvisar no instante da duração, no aqui e agora-já.

Há códigos e configurações específicas das ruas do centro do Rio. Um ambiente com regras, personagens próprios. Demarcações que só podem ser vistas na medida em que se convive neste lugar. Estão nas ruas pessoas de muitas classes sociais, regiões da cidade e do país. A rua do centro do Rio é, na visão do POP RUA, um mosaico dos vários fragmentos de muitas partes da cidade, local de recomposição do que se quebrou.

Nesse sentido, quem é o usuário do POP RUA? Quem é esse sujeito que se constitui na rua? Ele não está lá, como usuário, antes do POP RUA. O usuário se cria a partir da aproximação e do desdobramento do complexo território – cuidado como círculo criativo. O POP RUA definiu seu usuário como aquele que, no espaço do centro do Rio, esteja mais excluído, os corpos que sofrem as maiores violências, que são também aqueles que estão em uma relação mais direta e intensa com a rua. Assim, não é só o tipo psicossocial do mendigo nem a categorização tão desavisadamente arbitrária da ‘pessoa em situação de rua’, usuário do POP RUA é aquele que, por sua relação com a rua, não pode acessar os serviços de saúde facilmente. Experiências que os serviços de saúde não acessam: andarilhos, moleques de rua, biscates, pessoas sem casa, comerciantes precários de rua, profissionais do sexo, moradores de ocupações urbanas, egressos do sistema prisional sem casa nem trabalho. Todos aqueles que vêm desesperadamente como exilados parar na Central do Brasil.

Os usuários do POP RUA são pessoas que, geralmente, não acessam nenhuma outra política pública, mesmo a assistência social: *“Quem está nos abrigos da assistência social? É quem poderia estar trabalhando em casa e bem... os sadios, os mais organizados, os que estão saindo da rua... O crivo é demais... tem hotéis³²³ que a gente não entraria, porque a gente fuma. A gente não daria conta...”*. Os usuários do POP RUA são aqueles que sofreram e que foram exilados pela violência institucional: da polícia, da falência das instituições do Estado, falência econômica, da família, da comunidade.

Essa violência é diferente da violência das composições, pois nela há um termo ou agente que busca se sobrepor, dominar. Ela não compõe, reduz, extermina, amputa. O usuário Geraldo teve sua mão esmagada por um policial, com um paralelepípedo, por tentar roubar

³²³ Refere-se aqui aos abrigos, albergues para pernoite, equipamentos da Política de Assistência Social.

cabos de luz do metrô. Ele foi atendido e medicado. À noite, sua mão estava em processo infeccioso grave. De tanta dor, Geraldo tomou todos os antibióticos de uma só vez. Ele volta ao POP RUA, que rapidamente o encaminha ao serviço de emergência que seria a referência para emergências do POP RUA. No encaminhamento, é relatada a infecção e observada ingestão indevida do antibiótico. Nesse serviço, Geraldo não teve sua mão examinada, os curativos não foram trocados. O usuário teve alta, sendo somente indicada a não necessidade de lavagem estomacal. Geraldo volta ao POP RUA: “*Corta minha mão doutora, pode cortar!*”. Há miíase no dedo, “*não havia tecido vivo, só o osso*”. Geraldo teve o dedo indicador amputado. Se fosse atendido devidamente no serviço que deveria ser a retaguarda de emergência do POP RUA, Geraldo não teria chegado a isso.

Na dinâmica cruel da rua, nem sempre os militares são algozes. Atores inusitados aparecem como importantes aliados: é com o dono da banca de jornal com quem se combina o controle da medicação de Dona Maria; o P2 do exército chama a equipe quando alguém está passando mal atrás do restaurante popular. O usuário Edson não queria se tratar, mas na rua o grupo que estava em volta dele “*já começa dizendo, ‘vai lá, você tem que se tratar, você tá mal’... aí o Edson foi*”.

Podemos entender que da conceituação de território com a qual opera o POP RUA subjaz uma noção de rede no cuidado em saúde que está para além da rede institucional de saúde, da Rede de Atenção em Saúde (RAS) e também de outras redes institucionais. A rede com a qual se constrói o cuidado, sendo o próprio cuidado um efeito de rede, é a rede do território da cidade. É qualquer rede que se possa contar para o cuidado. Rede, aqui referida também como rede da rua, são as conexões entre a diversidade de existentes e espaços na cidade. No POP RUA, atenção integral pressupõe um cuidado que não se realiza apenas nas redes dos equipamentos de saúde e de outras políticas de Estado. A rede é no território e é composta dos atores e das instituições das mais diversas naturezas. A rede são as relações no território urbano.

O POP RUA aponta que não é possível construir o cuidado em saúde apenas contando com os equipamentos institucionais e com as relações entre eles. É necessária uma abertura ao território, na medida em que o cuidado só existe quando acontece, porque se faz sempre localmente, sempre em um território concreto. A rede de cuidado a ser construída se confunde com a cidade, de modo que o horizonte da prática do cuidado, do cultivo das redes de cuidado está em fazer a cidade cuidar.

No limite, podemos dizer que de uma maneira ou de outra a rua na cidade é o abrigo

último. Está nela a possibilidade de acolhimento quando não se encontra nenhum outro lugar: como já dizia Hélio Oiticica, o chão é a maior cama do mundo. No que diz respeito ao POP RUA, construir o cuidado no território é ativar isso que já existe de dimensão de cuidado na própria rua, incluindo, como veremos, as redes institucionais das políticas de Estado. A rua do centro do Rio de Janeiro tem códigos, organização, toda uma rede de informações, de sobrevivência. O cuidador trata de agenciar-se com essa rede, utilizar-se desses códigos e dessa rede para construir o território de cuidado na rua, na sede, na rede de saúde. Agenciar-se com a rua é acessá-la; acessá-la é percebê-la em si, em que nos modifica. Trata-se de contaminar-se dela. O território de cuidado se faz por contaminação.

Nessa linha, outro ponto a ser destacado no que diz respeito aos conceitos com os quais opera o POP RUA é a diferenciação do que seria a ação do profissional de saúde e a organização das ações do SUS, a Atenção em Saúde, a assistência, o cuidado. O cuidado está para além da intencionalidade de um agente na sua relação com um outro; é mais que o procedimento do profissional, é mais que as ações organizadas de um equipamento de saúde ou das redes de equipamentos do SUS: ele se constrói na relação, onde o procedimento do profissional, as ações dos serviços e do SUS são componentes do cuidado, mas não todo o cuidado. O cuidado implica aquele que se fará usuário do SUS e implica a cidade. De modo que entendemos necessário diferenciar atenção/assistência, prevenção, promoção de saúde de cuidado, sendo os primeiros componentes essenciais ao cuidado, mas sem ter condições de sozinhos criá-lo.

Cuida-se da cidade para a cidade cuidar. E essa é a dimensão mais complexa da rede. A cidade precisa mudar, e aí está o problema de como viver junto na cidade sem que um projeto, uma estética de vida se sobreponha a outra. Como viver junto em composição e dissidência é o problema que o AND coloca subjacente: como viver juntos sem ideias? É preciso mudar as perspectivas. E é através do cuidado ao vivente que se faz usuário que temos o primeiro sentido do cuidado no POP RUA.

Primeiro sentido do cuidado - território da cidade: dispositivos, diretrizes e metodologias do cuidado com os usuários, a rua, as redes.

Dispositivos

Sistematizamos uma série de dispositivos do POP RUA que funcionam como mecanismos que se conectam, fazendo um arranjo da prática de cuidado com a cidade. Digamos que na relação com a cidade, com todo o seu entorno, o POP RUA monta mecanismos.

O dispositivo base desse conjunto de mecanismos é o da **aproximação na rua**. Ele consiste na presença sistemática nas ruas, onde grupos de trabalhadores, geralmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)³²⁴, circulam pelos territórios, permanecem ali, observando, fazendo um primeiro contato com possíveis novos pacientes e acompanhando os pacientes que já fazem parte do serviço.

Na aproximação, o trabalhador realiza um manejo com e na rua que requer saber a hora certa de conversar com o usuário, a hora de convidá-lo para o serviço. O manejo é um jogo de tempo: tempo do usuário, tempo do território, que exige saber a hora de se aproximar, conversar, não conversar. Esse dispositivo é preparado com a cartografia do território. Não se pode fazer uma aproximação com o usuário sem antes ter começado a construir um entendimento do território. Há uma sensibilidade para o trabalho na rua que orienta o manejo na rua. Sensibilidade que diz respeito a acessar a experiência do usuário no momento do contato: ele está aberto a conversar? Até que ponto? É necessário apenas ficar ao lado sem conversar? É hora de colher informações, hora de convidar o usuário para o serviço? A aproximação na rua constitui uma experiência de rua, constrói um campo de convivência que permita convidar o usuário a ir ao serviço,

³²⁴ Agente Comunitário de Saúde é a categoria profissional na Estratégia de Saúde da Família que realiza as visitas domiciliares. Ele não tem formação técnica, mas está na equipe por fazer parte e conhecer a comunidade, e ainda ser capaz de auxiliar na orientação e no acompanhamento em saúde. Mantivemos aqui essa nomenclatura, embora no documento técnico, por pedido dos trabalhadores do POP RUA, esse profissional na equipe fosse denominado como o é no atual Consultório na Rua: Agente Social de Saúde. Aqui preferimos manter o termo Agente Comunitário, primeiramente porque essa era a denominação desse profissional no POP RUA até há pouco, e em segundo porque entendemos que o termo comunitário é mais interessante por dois motivos: (i) é o mesmo nome desse profissional em uma equipe de Saúde da Família, e queremos manter um diálogo com a prática desse profissional na atenção básica, entendendo que ele pode atender pessoas em situação de rua, mesmo não estando em um Consultório na Rua; (ii) o termo comunitário nos parece mais interessante que social, já que fala de uma prática de construir comunidade. Social é um termo que remete à condição social do usuário do Consultório na Rua, como se se tratasse de um problema social que o indivíduo tenha, e, por conseguinte, a prática do agente social seria um misto de assistência social e saúde. Entendemos, outrossim, que tudo é social, então não há sentido marcar um teor social de uma prática somente porque ela se faria em condições sociais mais precárias. Essa é uma forma de marcarmos nossa posição contrária à especialização de um serviço de Atenção Básica específico para a rua, pois o horizonte é de que qualquer serviço em saúde possa atender qualquer pessoa, esteja na condição social que estiver.

saber como ele está conduzindo seu tratamento no local onde vive, colher informações de um entorno maior do que aquilo que o usuário pode dizer ou não. A aproximação tem como regra geral estar inserida em um processo maior de cuidado.

Aproximar, aqui, tem o sentido de estar ao lado. Esse tipo de aproximação é estranha ao usuário, já que o movimento usual das pessoas em relação a ele é ou de afastamento, ou de uma abordagem que o interpele a se confessar como sujeito equivocado, culpado de algo – abordagem que quer se sobrepor. Aproximação tem o sentido de ir em direção a e de criar condições de um encontro. Seu objetivo primeiro é estabelecer um contato, sem muitas propostas já prontas, e constituir um território de convivência. Aproxima-se da distância entre o povo da rua e os outros habitantes da cidade. Nessa distância, sustenta-se certo sentido de silêncio: abertura a expressão do outro e não do que se esperaria dele. Oferece-se *“cara e ouvido pra escutar, porque muitas vezes eles não têm nem isso”*.

De forma lenta, se puxa uma conversa, o profissional se apresenta: *“Às vezes eles, num primeiro momento, não querem, te ameaçam, pegam um pedaço de pau... mas é o momento que você engole o medo e veste a camisa, e diz: ‘ou me respeita ou me relaxa’. E quando a gente trata os próximos que estão em volta e deixa eles de escanteio, eles querem se aproximar, se interessam”*. É preciso deixar um espaço para que o usuário vá em direção ao encontro, e a maneira de chegar a um paciente é começando por onde há possibilidade.

A aproximação é o início de uma interface rua-POP RUA. Cria-se um ponto móvel de referência que marca um tempo que se repete. Aproximam-se os trajetos do trabalhador POP RUA e do usuário na rua. O acesso aos vários territórios em um mesmo território – cada usuário é um território em volta de si – se faz gradualmente: *“A gente só entrava na parte debaixo da ocupação da Gamboa³²⁵, já que na parte de cima era o pessoal do tráfico. Mas aí como tinha um deles morrendo de tuberculose lá em cima, e eles viram que a gente tava trabalhando no primeiro andar do prédio, aí eles pediram pra gente entrar na parte de cima. Liberaram nosso acesso”*.

Ao tempo de construir um espaço no território, faz-se, concomitantemente, outro espaço de interface com a rua: é o **Dispositivo Acolhimento de porta de entrada**.

Ele consiste em estabelecer e manter um espaço de acolhimento inicial dentro do serviço de saúde. Acolhimento de porta aberta é um espaço que dura todo o expediente do serviço para receber os pacien-

³²⁵ Sub-bairro do centro do Rio.

tes, novos ou não, que não tenham nenhum atendimento agendado. Este espaço na sede é importante para se criar uma referência, um ponto de acesso fixo para os usuários. O paciente chega ao serviço, é identificado, e logo após isso se realiza uma escuta inicial do motivo da busca em um espaço mais protegido para que a pessoa possa expressar uma demanda inicial. Essa expressão não é feita necessariamente por uma fala ou um pedido claro. Muitas vezes há uma queixa inespecífica que é escutada: "sinto dor... onde? Sinto dor... ok". Esse dispositivo exige uma ambiência de acolhimento, uma sala ou espaço onde outras pessoas não ouçam o que o usuário está falando, por exemplo. É uma ambiência que passa por uma disposição do espaço físico e por uma disposição do profissional a escutar.

Há duas interfaces, a criação de dois territórios entreterritórios, em gradações diferentes: a criação de um espaço do serviço de saúde na rua na aproximação e a criação de um espaço da rua no serviço, no acolhimento de porta de entrada. Bordas entre serviço de saúde e rua. Esses dois realizam a interface da rua com um terceiro espaço, o **Dispositivo Sede do serviço**.

A sede do serviço é o espaço físico em que se fazem os atendimentos, em que há também um espaço de convivência, no qual as pessoas esperam o atendimento, fazem atividades de desenho, pintura. É um espaço de convivência da rua dentro do serviço de saúde, no qual a rua entra: o usuário pode entrar da maneira como vive, com suas roupas, seus hábitos, sua linguagem. A sede é uma ambiência acessível e acolhedora. Busca ser um espaço de convivência entre diferentes: os profissionais de saúde e a diversidade de usuários. A convivência promove relações de vizinhança entre os moradores de rua, os trabalhadores da saúde e a comunidade em geral. O tipo de demanda da rua exige que a sede seja um espaço com recursos para lidar com as situações graves e complexas, devendo ter ainda outros recursos que facilitem o atendimento desta população: banho, espaço para oficinas coletivas, sala de curativos. A sede é um campo de negociação, de diálogo, já que os modos de ser da rua são conflitivos com os modos de ser exigidos no serviço de saúde, onde, por exemplo, não se permite que o usuário deite ou sente no chão. A sede não vai funcionar com os códigos estritos da rua, mas busca ser um espaço híbrido, espaço de mistura.

A sede do POP RUA tem importância fundamental ao constituir-se como um espaço público fixo para a pessoa de rua, onde pode se experimentar a possibilidade, o direito, adentrar e usufruir dos serviços públicos, dos espaços institucionais na cidade para o acolhimento continuado, ponto de referência para o morador de rua, com horários regulares que atendam às necessidades do território.

Com esses três dispositivos iniciais, criam-se espaços nos quais as ações de cuidado acontecem. A partir deles, realizam-se os atendimentos individuais – clínica médica, enfermagem, saúde mental, assistência social, odontologia. Esse é o dispositivo de **Atendimento individual**, no *setting* do consultório, um dispositivo importante para sustentar o cuidado em muitos casos. Ele cria uma referência e garante um espaço de escuta privado, o que se mostrou fundamental para muitas pessoas que não dispunham de nenhum espaço dessa natureza. Ele disponibiliza outra temporalidade ao usuário, diferente do tempo da rua: um espaço em que se podem expressar e destrinchar histórias de vida que não estavam podendo vir à tona, sensações e sentimentos que não podem se expressar em espaços abertos e para muitas pessoas. O atendimento individual ganha importância ao compor uma heterogeneidade de espaços de cuidado do POP RUA. Quando o serviço oferece atendimentos individuais, e em saúde mental, não configura, *per si*, uma lógica ambulatorial. O que configura uma lógica ambulatorial é a falta de comunicação entre as ações profissionais, o isolamento do atendimento individual em relação a um projeto terapêutico mais amplo. Na experiência do POP RUA, os atendimentos individuais na sede, no *setting* individual devem estar inseridos em um projeto terapêutico mais amplo para garantir o cuidado integral e longitudinal.

Além dos atendimentos individuais, realizam-se as **interconsultas**, que são dispositivos em que dois ou mais profissionais de formações diferentes realizam um atendimento conjunto. Eles têm a função de articular os tratamentos, implicá-los mutuamente, e aumentar e distribuir a responsabilização acerca do cuidado com um usuário. Como, por exemplo, onde enfermeiro, psicólogo e ACS realizam uma consulta com um usuário para traçar estratégias do tratamento da tuberculose, onde será negociado o modo como será feito o tratamento, levando em consideração as condições do usuário – se usa drogas, se está abrigado ou na rua, se há dificuldade com os efeitos da medicação, como será ministrada a medicação, etc.

Existem também os dispositivos de **atendimento em grupo**, que podem ser variados e balizados por uma temática específica (grupos de gestantes), ou ainda por uma atividade como pintura, desenho, oficina musical. De um desses espaços de grupo surgiu o bloco de carnaval do POP RUA, chamado “Unidos do Atelier”, que teve grande importância no início do serviço.

Se a Atenção Básica sofre uma tendência a constituir seus atendimentos individuais de modo ambulatorial – atendimentos isolados do restante dos serviços –, têm-se duas ferramentas para conjurar essa tendência, para fazer comunicarem-se os atendimentos: o ‘projeto terapêutico singular’ e o ‘profissional de referência’.

O **Dispositivo Projeto terapêutico Singular (PTS)** é a coordenação e o planejamento do tratamento e do cuidado de um usuário. No PTS, o cuidado é pensado como articulação de diversos tratamentos e proposições para cada usuário em cada momento específico. As ações do PTS envolvem vários atores da equipe, da rede de saúde e até mesmo do território. Tais ações são adequadas às especificidades e necessidades de cada caso e devem ser pautadas por uma lógica sempre em processo e tentativa de sistematização. Esse processo de organização visa à construção permanente de um olhar, de uma imagem do caso de cada paciente: quais suas demandas de saúde, que vetores, atores e circunstâncias atuam diretamente no cuidado. Trazer a rua do usuário para o PTS é tarefa dos profissionais ao construir a estratégia de cuidado, e o ACS tem função privilegiada nisso, ao ser ele o profissional que está mais diretamente acompanhando o usuário na rua.

O PTS é um dispositivo para a construção do caso. Ele também faz com que a equipe tenha consciência do que se produz nos casos. *“A discussão dos casos faz com que a gente se aproprie da situação, faz com que a gente tome consciência do acompanhamento, que isso tem efeito terapêutico, tem importância. Quando a gente não discute o caso, parece um monte de procedimentos isolados, aí não tem a dimensão do acompanhamento... Talvez o que dê a dimensão de acompanhamento é quando a gente consegue entender o processo e os procedimentos, tendo um sentido nisso tudo.”*

Os **Profissionais de referência** funcionam como um dispositivo para puxar a construção do caso e pautar a equipe. É o profissional que será a referência inicial para o usuário no cuidado, que estará

mais próximo deste e assegurará, junto à equipe, a continuidade do tratamento, buscando reunir condições para construir coletivamente uma direção para a condução do caso. Ele é um ponto de articulação das ações multiprofissionais, do que acontece na rua e dos desejos, das condições e das possibilidades do usuário. A referência não é única. Cada usuário tem dois ou mais profissionais de referência: ao menos um ACS, que o acompanha em seu território, e técnicos de referência. A referência tem a função de identificar quais profissionais acompanham mais de perto determinado caso. Esses profissionais de referência têm a responsabilidade de discutir o caso com a equipe e com a rede, e dar subsídios que direcionem a clínica. Em cada micro-território há um ACS de referência, que sabe identificar os dispositivos de cuidado (não só os equipamentos de saúde) e conhece a situação do território. A referência não é um cargo na equipe, mas é uma função que pode circular, que pode ser distribuída entre vários profissionais. Em última instância, a referência é a equipe do POP RUA, não podendo ficar definitivamente localizada em um profissional.

O cuidado é essa construção espaço-temporal. Cuidar do usuário é, portanto, realizar ações com ele e estabelecer um plano territorial comum. Essa construção, no entanto, vai além do território da rua e da sede do serviço. O território do usuário se estende também para as RAS e para as outras redes de políticas de Estado. Assim, outros dispositivos são fundamentais ao cuidado.

O dispositivo de acompanhamento do usuário nos atendimentos na rede de saúde e em outras redes se constitui quando os profissionais do serviço vão às consultas dos usuários nos outros serviços da rede. Nesse acompanhamento, o profissional busca garantir que o atendimento seja realizado com compromisso e inclua a experiência do usuário. É a construção de uma interface ‘rua–instituição de política de Estado’, mas agora fora do âmbito da sede do POP RUA. A presença do profissional do POP RUA visa pressionar a rede a realizar o atendimento, mediar a relação usuário–rede, aumentando a possibilidade de comunicação.

Outros dispositivos têm o objetivo de ampliar a comunicação das redes institucionais de políticas de Estado com o território da rua: o **dispositivo de reunião de articulação de rede de saúde e intersetorial** e o **dispositivo de apoio a equipes de Saúde no trabalho com a rua e da Assistência Social no trabalho com o cuidado em saúde**. Ambos dispositivos visam ampliar a capacidade de comunicação e de cuidado das redes de saúde e outras políti-

cas. Na saúde, trabalha-se pela comunicação, construção de fluxos necessários ao cuidado em saúde para a rua e ainda para que os serviços de saúde possam, por si mesmos, atender a rua. Na assistência social e em outras políticas, trabalha-se também para estabelecer fluxos de trabalho, de modo que seja localizada e definida a função da saúde nessas relações intersetoriais.

O POP RUA auxilia equipes da saúde e da assistência social no cuidado em saúde com o morador de rua - ou com o morador de ocupações urbanas. Isso ocorre tanto porque equipes de saúde, de atenção primária, secundária e terciária, não sabiam lidar com moradores de rua e com pessoas que vivem em ocupações urbanas; e também porque equipes de assistência social, que atendem moradores de rua, não sabiam como abordar questões de saúde, como, por exemplo, abrigos da Assistência Social no manejo com situações que envolvem a tuberculose ou o HIV. Esse apoio se faz diretamente, acompanhando os profissionais das equipes que solicitam auxílio, por meio de reuniões, discussões de casos, interconsultas.

Esses dispositivos são fundamentais à integralidade do cuidado. A partir dessas reuniões e interconsultas, ou das ações conjuntas, criam-se fluxos de atendimento entre os pontos da rede ampla, que envolvem as instituições de políticas públicas e também outros atores do território. Nesse espaço de diálogo se pactua a direção técnica e política do cuidado conjunto. O POP RUA tem como orientação não se aliar a ações que visem ao recolhimento compulsório ou a qualquer outro tipo de ação que se realize sem a construção de um processo de cuidado ou, ainda, que não promova autonomia e o respeito aos direitos humanos.

“A gente ensinou isso a alguns profissionais da assistência social, a basear o trabalho na continuidade e a não ter a internação como primeira alternativa, e principalmente entender melhor a lógica de trabalho na saúde, a divisão por regionalização, que um paciente deve ser atendido em qualquer equipamento de saúde e não em serviço especializado para população de rua.”

A presença em espaços da rede institucional também exige outro dispositivo: a **participação nos espaços de lutas por direitos humanos.**

Essa articulação é fundamental, pois esses espaços ajudam a equipe a ampliar a noção de saúde, bem como fazem a troca de informações e elementos sobre o que acontece na rua, fortalecendo o en-

tendimento de que no cuidado está em jogo também a luta por garantia de direitos e transformação das práticas sociais. A presença nesses espaços fortalece politicamente o serviço, ajudando a criar uma sustentação para além de uma equipe de governo, mas baseada em movimentos sociais.

Todos esses dispositivos são espaços de negociação e troca de códigos. Cria-se uma máquina concreta, que se organiza de modo territorial, buscando avançar e habitar espaços da cidade, realizando trocas entre meios.

Dispositivos, nesse sentido do cuidado, são, portanto, mecanismos que formam o aparato, os arranjos, os modos de organizar o trabalho da equipe do POP RUA, de maneira a construir demandas e a responder a elas. Tais mecanismos movem e são movidos por direções e por modos de operar essas direções.

Diretrizes do cuidado com a cidade

Uma direção é um horizonte, um sentido que dá direção às práticas nos dispositivos. Não são normas, pois, se uma diretriz é um sentido, este é antes a direção que um significado.

Começamos pela direção de acompanhamento dos processos de vida.

Acompanhar os processos de vida do usuário é acompanhá-lo ao longo do tempo e através dos territórios pelos quais ele passa e habita. Acompanha-se porque [o profissional do serviço] se coloca ao lado, não como o autor do cuidado. E acompanhar aqui tem um sentido temporal e espacial: ele habita o tempo do território e acompanha o traçado nesse território que o usuário faz. Cada espaço diferente impõe uma temporalidade: a temporalidade da rua é diferente da temporalidade de uma internação hospitalar, de um abrigo, de uma casa, uma comunidade, etc.

Acompanhar é acompanhar longitudinalmente, é estar junto ao usuário nos espaços nos quais se define uma demanda de cuidado, marcando um ritmo, uma continuidade. Diz-se que se acompanham processos de vida, porque não é o acompanhamento de uma doença. O que se acompanha não é uma enfermidade, mas uma pessoa e suas relações no seu território. É diferente do atendimento pontual e utilitarista que

foca no procedimento e na doença, e que tem como horizonte a remissão do sintoma.

Muitas vezes, produz-se uma demanda social do POP RUA no sentido de que ele faça avaliações para uma internação, um curativo, uma ministração de medicamento. O que o POP RUA pode oferecer não é uma solução, mas uma continuidade do cuidado, uma relação.

Um processo de vida é um ritmo, é uma continuidade, o desdobramento de uma vida no espaço e no tempo. Podemos dizer que acompanhar processos de vida é não focar somente no procedimento sobre uma enfermidade de modo isolado do restante da vida do usuário. Naturalmente, se identifica a doença. Por exemplo, com um usuário que tem tuberculose, se constrói uma linha de cuidado para a tuberculose que seja uma oportunidade para cuidar de outras questões que estão **ali**³²⁶ envolvidas, do sujeito **ali** – vivente presente e constituído em um espaço temporalizado específico e singular. O vivente está ali e se acompanha de seus processos. Acompanhar é estar **ali**, acompanhando continuamente trajetos no espaço e no tempo que marcam um lugar, fazendo-se presente nos territórios em que usuário toma parte. Acompanhar processos de vida implica uma questão perceptiva, implica acompanhar habitando o paradoxo da percepção. Somente a partir dessa percepção paradoxal é possível acompanhar os processos: o desenvolvimento da tuberculose em determinado paciente e local; os efeitos e os comportamentos do paciente relativos à medicação ao longo tempo; a sua alimentação; com quem ele está vivendo; etc.

Para acompanhar os processos de vida, é necessário acolher o que nesse processo se expressa. O cuidado tem, então, a diretriz **de acolhimento**.

Acolher o usuário nas suas condições de vida concretas, não tendo nenhum tipo de exigência preestabelecida para seu atendimento. O acolhimento consiste em uma atitude presente em todas as ações da equipe por todos os espaços. O acolhimento, neste caso, é irrestrito; ele não faz seleção do que acolhe. O acolhimento é um sentido que tem como pressuposto a saída dos clichês sociais e técnicos que se impõem ao profissional de saúde no que diz respeito à situação de rua.

Acolher as condições concretas do usuário é considerar o conteúdo de uma vida (as

³²⁶ Grifamos ali, para marcá-lo como uma noção fundamental do modo de ver o território e seus existentes, que se constituem e acontecem ali: sentido de presença e lugar. Essa ideia trazemos do trabalho de Fernand Deligny, que utiliza o “Y”, pronome e advérbio de lugar em francês (Deligny, 2009).

queixas referentes à vida sexual, ao uso de drogas, aos hábitos alimentares, por exemplo) e o expressar dos usuários e dos territórios (o modo queixoso, evasivo ou raivoso, a forma de lidar com o sexo e as drogas, a maneira de se alimentar). O acolhimento é uma postura, uma disposição afetivo-corporal que permite uma conexão de base afetiva, não verbal, não representacional: não se concorda com o que está dado, não se “cola” na informação, mas se conecta afetivamente. Acolhimento, nesse sentido, pressupõe atenção e legitimação da existência do usuário e, portanto, requer abertura na escuta, disponibilidade em receber um estado afetivo diferente, muitas vezes disruptivo ou conflitivo.

Por vezes, ainda, é direcionado ao profissional o revide de uma série de violências que o corpo do usuário sofre. É preciso abrir espaço para isso, sem, contudo, tomar esse retorno algo direcionado à pessoa do trabalhador. Acolher, entretanto, não é fruto de uma neutralidade, de uma indiferença. Para acolher um conteúdo, é preciso conectar-se afetivamente, entender o que se manifesta, por meio do corpo afetivo do próprio profissional, meio de acessar a experiência que ali se manifesta. E, ao mesmo tempo, deixar espaço para que outras manifestações surjam. Por isso, o acolhimento se faz no tempo do processo, ao habitar um espaço temporalizado. Não se fecha uma ideia acerca da vida do usuário. São necessários percepção de processo e posicionamento de disponibilidade, de conexão, de abertura ao acontecimento. Acolher, por conseguinte, pressupõe sentir o estado afetivo do usuário, acolher em si; identificar, através do corpo afetivo do cuidador, o corpo afetivo que envolve o usuário. *“Essa troca subjetiva é a base do nosso trabalho.”*

Acolher demanda também alteridade, que irrompe no corpo afetivo do trabalhador e constrói também seu posicionamento. E essa é uma direção básica não somente em uma escala interpessoal, mas também institucional: as instituições precisam acolher o que vem da rua. Por isso, outra diretriz do cuidado é **a inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade.**

Essa inclusão objetiva que a rede de saúde e a cidade possam minimamente conviver e compor-se com o povo da rua. Convivência como espaço de conexão e composição, mistura da rua com os espaços institucionais da cidade. No serviço de saúde, isso necessariamente implica oferecer acesso e adaptação dos fluxos das redes institucionais às necessidades da rua. O cuidado então tem o sentido de construir diálogo entre a rua e os espaços institucionais da cidade, o que implica a participação dos moradores de rua nos espaços públicos. Incluir a rua nos equipamentos da rede de saúde, produzir aces-

so e adaptação dos fluxos de cuidado significam transformar as práticas. Para a comunidade, o cuidado se direciona a poder ampliar a gama dos indivíduos que dela fazem parte: o morador de um domicílio antes hostil pode ter uma relação mais amigável e cooperativa, o que transforma sutilmente o ambiente relacional nos espaços comunitários.

Essa inclusão produz um agenciamento com a rua, criando espaços institucionais/comunitários mais heterogêneos. Não basta incluir de qualquer maneira e em lugares predefinidos, como na verdade é a inclusão que o SUS faz quando somente o serviço especializado em situação de rua atende a pessoa que vive na rua: dessa forma, a inclusão o categoriza e isola, substantivando uma heterogeneidade de existentes e modos de existir, o que resulta pelo destino a apenas um local. É preciso que o que seja incluído ou acolhido transforme substancialmente o espaço em que é incluído, isto é, as instituições e os espaços comunitários. Quando o acolhimento é bem-sucedido, muda os regimes de afetabilidade no trabalhador e da instituição. A rua a ser incluída deve transformar a dinâmica institucional/comunitária. Incluir é criar interfaces de troca entre o território da rua e esses outros espaços institucionais e comunitários.

Fomentar e sustentar essas zonas de passagem e interface implicam uma tensão no encontro entre distâncias em um mesmo espaço. Essa tensão aparece muito claramente na relação com os pontos de rede de saúde. A diretriz acima não seria assim formulada se a RAS efetivamente funcionasse em rede. Os trabalhadores do POP RUA dizem contar muito mais com a rede informal da rua do que com a RAS. Entrar na rede de saúde é *“se jogar no escuro, sem rede embaixo. Você escuta: ‘É morador de rua? Lá vem a senhora de novo? A senhora gosta, hein! Pois é, é pra vocês gostarem também...’ O SER³²⁷ é muito gelado, por causa do ar condicionado. A gente perguntou: ‘Por que tão frio o ar? É para disfarçar o cheiro dos pacientes de vocês’”*.

Quando era gerente do POP RUA, um ACS me ligou, quando estava acompanhando uma paciente em uma consulta no Hospital. A paciente precisava de exame ginecológico e estava em um processo de surto. O ACS relata que ela fez um escândalo no Hospital, após ter ficado 5 horas esperando atendimento: *“Xingou, quebrou porta... O clima ficou tenso, Iacã”*. Naquele momento, entendemos que era disso que se tratava. Se na rua estava “tenso” para a paciente, era inevitável e necessário levar a tensão da rua para dentro da instituição pública,

³²⁷ Serviço de Emergência Regional (SER) é a referência, o serviço que serviria de retaguarda ao POP RUA para questões de urgência e emergência.

que deve lidar com isso, que deve responder a isso de forma satisfatória. Inclui-se a tensão e trabalha-se para que ela seja acolhida, gerando transformações nos fluxos de atendimento.

O acolhimento, a inclusão da rua também é sustentada por outra diretriz de inclusão: a **inclusão da dimensão subjetiva do cuidado**.

Criar campo de diálogo entre lógicas diferentes se faz por uma conexão não somente objetiva, mas subjetiva. A subjetividade é uma dimensão da saúde presente em toda e qualquer ação de Atenção Básica. Manejar com o desejo do usuário, suas questões subjetivas, considerar esses aspectos subjetivos em cada procedimento no tratamento é uma tarefa de toda e qualquer clínica, não sendo uma especialidade da saúde mental.

Incluir a experiência do usuário é entender que o modo como este experimenta o mundo é elemento fundamental ao cuidado. Praticamente incluir a dimensão subjetiva do cuidado quer dizer sair da objetividade da doença e dos padrões do que seja saúde. Por exemplo: *“Às vezes achamos que salvamos a vida de uma gestante, levamos para um hospital... Mas seu bebê lhe é tirado, entra para uma instituição da assistência social... O sistema é perverso”*. Essa é uma tensão sempre presente na prática do POP RUA e talvez de qualquer serviço de saúde. Se considerarmos objetivamente, levar a gestante ao Hospital é um procedimento que não se questiona.

Porém, há toda uma série de outras questões aí implicadas. Uma delas é de ordem subjetiva. Que sentido tem uma internação hospitalar na vida de uma pessoa que passou a maior parte de sua existência internada em instituições como a prisão ou o manicômio? *“Não adianta manter a vida biológica a qualquer custo, a pessoa tem que se implicar com o desejo de viver.”* A aqui chamada dimensão subjetiva do cuidado é o que faz com que as práticas de saúde saiam do protocolo – o subjetivo é justamente aquilo que não pode ser tomado como estado de coisa dado, mas que a cada momento e em cada lugar faz com que as doenças, os processos de saúde, os sujeitos se apresentem de maneira singular. De modo que considerar a saúde uma dimensão subjetiva é sair da normalização e atentar à normatividade³²⁸, à vida não como uma regra, mas como um processo de variação das regras, organizações, modos de vida.

A dimensão subjetiva do cuidado não é diretamente a expressão da vontade primeira do usuário: *“Não podemos tomar o que aparece como enunciado primeiro – ‘não quero ir’ –*

³²⁸ Canguilhem, 1982.

como expressão do desejo do cara”. A dimensão subjetiva do cuidado está acessível no que acontece entre cuidador, usuário e território: aquilo que se sente nesse território que se cria. Incluir no cuidado a dimensão subjetiva é poder construir um processo de entendimento e atenção para a experiência singular do usuário; é poder realizar a troca afetiva de que já falamos: *“A Cristina era uma paciente muito difícil de se aproximar. Quando a Ana entrava na viagem dela, havia uma brecha para trabalhar a saúde dela no todo”*.

“Entrar na viagem” dela, ou seja, incluir a dimensão subjetiva no cuidado é diretriz que está também sustentada em outra diretriz: a **Redução de Danos (RD)**. A Redução de Danos tem, no POP RUA, o sentido de levar em consideração a experiência do usuário na construção das estratégias de cuidado.

A RD foca o sujeito e seus processos de vida e não a substância psicoativa de que faz uso ou abuso. O uso de drogas pode ser ou não um problema de saúde. O POP RUA entende que a droga tem um lugar e um funcionamento específico para cada sujeito. Estando ou não sob o efeito de substância psicoativa (SPA), o usuário do serviço é um sujeito com direito ao acesso à saúde. O uso de SPA é tratado como mais uma dimensão da vida do usuário e mais uma questão de saúde, com suas especificidades. O tratamento do abuso de drogas é construído também caso a caso e nas condições concretas de vida do usuário, entendendo o lugar da droga para cada pessoa e a cada momento. O que a diretriz de Redução de Danos traz para o cuidado é a inclusão da experiência do usuário com a droga para a pauta do tratamento. De forma que, ao se criarem estratégias de cuidado, se levará em consideração a relação singular que determinado usuário ou grupo mantém com determinada substância.

Considera-se essa mesma orientação em relação ao acompanhamento dos processos de vida, no sentido de não focar na doença. Isso não quer dizer excluí-la, e sim buscar a dimensão “saudável” do sintoma ou o sintoma como material de trabalho. Ou, ainda, entender o sintoma como constituído em um território existencial é captar a expressão do sintoma como um modo de evidenciar uma configuração de vida – o que no sintoma insiste, repete, pede passagem para expressar uma questão, uma problemática de vida. Por exemplo, Deleuze coloca em

discussão o uso de drogas como um investimento desejante na percepção, na alteração da percepção³²⁹. Esse investimento, não deve ser problematizado como mero exercício filosófico, mas deve ser considerado na construção do cuidado. Como negar, em nosso mundo, a necessidade de ver de outra maneira? Como negar ao usuário a necessidade de alterar a sua percepção em um mundo que possa não fazer sentido a ele ou desconsiderar a sua necessidade de buscar outras maneiras de apreender a realidade?

No cuidado, essas questões implicam coisas muito simples, como fazer ajustes na maneira do uso da droga ou promover a troca de umas substâncias por outras menos danosas para determinado indivíduo. Implicam também problematizações complexas, para as quais não se encontra resposta direta, mas que abrem caminho para novas especulações – o que implica também que o vivente se mantenha vivo para seguir com o processo de problematização. Utiliza-se o sintoma, assim, de modo a transformá-lo em estilo, quer dizer, em material ou indicações para novas formações existenciais. Esse é um elemento decisivo que a redução de danos traz não só para o uso de drogas, mas para outras questões de saúde. Não se busca reduzir o problema existencial ali colocado, mas, sim, o dano; busca-se entender a possibilidade de continuar problematizando, e isso só se faz na alteração dos padrões do sintoma. A repetição que marca o sintoma precisa tornar-se repetição diferenciante. E isso não implica, como geralmente se pensa, abrir mão de uma eventual internação ou de uma abstinência, mas, sim, e principalmente, entender que cuidar do problema do abuso de drogas não é eliminar o uso, mas transformar a dinâmica existencial, de modo que outros usos, outras maneiras de uso, de hábitos, de repetições que marcam uma vida possam ser criadas. Tal procedimento é estendido a qualquer sintoma que esteja colocando em risco a continuidade, a possibilidade de continuar o processo de variação que é uma vida.

Essa é parte de uma aposta na capacidade de autocriação, autonomização que qualquer vivente tem em potencial. Entra então a diretriz de **promoção de autonomia**.

Autonomia que não é baseada no ideal de um indivíduo totalmente independente, mas sim na possibilidade de o usuário aumentar a sua capacidade de relação na cidade, de conhecer e ocupar outros espaços, de aumentar a sua capacidade de diálogo com a cidade, e da cidade para com ele. Nesse sentido, autonomia é sempre coletiva, sempre se mede pela capacidade de o indivíduo estabelecer relações.

³²⁹ Deleuze, 1992B.

O grau de autonomia que um sujeito experimenta na relação com seu território de vida é variável. Alguns usuários vão precisar mais ou menos da equipe para se cuidar. O grau de autonomia é singular a cada situação, pessoa e momento. Se o cuidado tem como norte a autonomia, o usuário pode escolher não se tratar. Mas essa escolha deve implicar um processo de negociação, é uma construção envolvendo o território. É preciso criar condições para que o usuário possa escolher se quer se tratar ou não e que tipo de tratamento quer fazer. Se a situação de saúde do usuário for extrema, quando ele está sem condições mínimas de decidir cuidar de si, o cuidado pode conter uma ação de tutela desse usuário.

Tutelar é uma atitude deliberada quando o profissional e a equipe assumem a responsabilidade que o usuário no momento não tem condições de ter. As ações de tutela não se sustentam como cuidado se não estiverem baseadas no vínculo, na negociação com o território e na compreensão de que são deliberações pontuais. Quando a tutela se institucionaliza, se torna nefasta para as relações de cuidado. Ela só faz sentido como ação pontual inserida em um processo de promoção de autonomia, sendo sustentada em uma avaliação criteriosa e em um conhecimento do caso. Nesse sentido, a internação - a ação de cuidado com menor grau de autonomia do usuário - deve ser o último recurso, em situação de saúde extrema, inserida em um processo maior de cuidado.

Promover autonomia não é buscar a autossuficiência do usuário, que já está totalmente desvinculado de condições suficientes, que já está deixado à sua própria sorte, à sua própria capacidade de sobrevivência. No POP RUA se entende que a autonomia é coletiva, por ser sempre considerada em um grau de capacidade de articulação com a heterogeneidade de atores, instituições, situações. Assim, a questão não é restringir as dependências, mas ampliar os espaços de sustentação. A prática do cuidado deve aumentar os pontos de apoio do sujeito, convocando as políticas públicas e a comunidade; deve ampliar a capacidade de relação com a cidade, o grau comunicacional com a cidade e seus diversos registros.

O tema da autonomia para a pessoa que mora na rua, que está em processo de desfiliação social, sempre traz junto a questão da tutela. A tutela na saúde está geralmente associada à

internação, principalmente pelo uso de drogas. No campo problemático da cidade, a sociedade mobiliza intervenções para tutelar o morador de rua de forma a transmitir-lhe o que lhe é devido pensar, desejar, o lugar que deve almejar. A tutela, no entanto, também é um problema colocado ao POP RUA, que lida com um usuário que oscila entre extremos: ou está submetido a uma tutela do Estado, que o indivíduo é literalmente sequestrado para “salvá-lo” de seu vício; ou bem é deixado morrendo nas calçadas, ao que assistimos nas cenas cotidianas.

O POP RUA admite fazer ações de tutela, de forma pontual, pois elas são, às vezes, necessárias ao cuidado. Mas a avaliação de quando tutelar, internar, realizar uma intervenção de direção direta na vida do usuário é sempre feita caso a caso, considerando-se a situação mais ou menos extrema na qual se encontra um usuário. Nunca se aceita a exceção da tutela a partir de avaliações gerais, por indicadores prévios ao caso, prévios ao encontro. Uma ação tutelar é sempre uma aposta extrema que responde a uma situação muito extrema, de exceção. Quando se tem um usuário em situação limite com a morte, que não quer nenhum tipo de intervenção, *“quando se vê uma pessoa débil, uma pessoa muito gravemente enferma, uma pessoa grávida colocando o outro em risco, uma pessoa doida de pedra... de que lugar você sustenta que tem ali um outro que não se apagou, e que o desejo dele vale... Como?”*. *“Em alguns momentos, a gente tem que admitir que existe uma incapacidade (do usuário). E que a situação pede da gente uma atitude. E que a gente tem que tomar. Às vezes, a gente fica com cagaço de assumir essa atitude, de poder ser chamado de antirreforma, autoritário... Esses conceitos se confundem quando a situação está à frente, mas a gente não pode tirar da reta.”*

Que limite tênue e perigoso! E é nesse fio que transita um cuidado que lida com situações tão extremas. Por outro lado, algumas “medidas de segurança” precisam ser tomadas frente a esse perigo. E elas dizem respeito aos próprios sentidos do cuidado: ser baseado em processos, ser feito a partir das singularidades do caso e do território, cada procedimento estando inserido em um processo maior de cuidado. O grau de autonomia está diretamente ligado ao grau de negociação que se estabelece em um território de vida. Promover a autonomia é então exercitar com o usuário essa negociação.

A definição de cuidado para o POP RUA se desdobra em duas diretrizes: o **cuidado seja compartilhado com o usuário** e a **atenção, a prevenção e a promoção³³⁰ de saúde se-**

³³⁰ Podemos dizer que atenção, prevenção e promoção de saúde são, no campo da saúde pública, os tipos de ação que correspondem ao sentido de integralidade do SUS. Atenção seriam as ações feitas diretamente sobre os indivíduos e populações, quando estes apresentam uma doença ou um agravo em saúde; a prevenção seriam

jam um mesmo processo.

Isso implica que os conceitos de doença e saúde são definidos em cada território de vida específico: é necessário que lidemos com os conceitos de doença usados pelos usuários em seus territórios - e que podem ser diferentes dos padrões gerais das ciências da saúde. O que classificamos por doença pode não corresponder ao que os usuários definem por doença para eles.

A atenção, a prevenção e a promoção de saúde são construídas a partir das singularidades do território e em conjunto com o usuário. O POP RUA entende ainda que as ações de prevenção e promoção da saúde estão entrelaçadas, em meio aos atendimentos, à atenção: no mesmo momento de realizar a atenção já está ali incluído um sentido de prevenção e promoção. O território da rua não permite que as três dimensões do cuidado sejam tomadas como modelos a serem aplicados. Tratar, promover saúde e prevenir doenças são práticas que se definem a partir da experiência das pessoas atendidas. Nesse sentido, a construção dessas três dimensões do cuidado deve ser feita em conjunto com o usuário, não tendo uma forma preestabelecida. O cuidado é construído na articulação entre as ofertas da equipe e as possibilidades e desejos de cada paciente.

Geralmente as ações de prevenção e promoção, bem como os protocolos de atenção, já vêm prontos, descolados de sentido para as realidades locais. No que tange à prevenção e à promoção, no campo prático da Atenção Básica, os trabalhadores do POP RUA observam que essas ações são feitas como atividades que pouco ou nada dialogam com as realidades para as quais falam, com enunciados que se esvaziam ao chegar às realidades nas quais pretendem intervir. Assim, entende-se que prevenção e promoção ganham sentido quando estão misturadas à atenção, ou seja, que estejam alinhadas às necessidades tais como aparecem concretamente, construídas com os elementos locais que fazem sentido para as pessoas. *“Você tem que descobrir na sua realidade o que você pode usar como ingrediente para promover saúde e prevenir doenças.”*

Aí encontramos a diretriz *princeps*, basal do cuidado no POP RUA: **o cuidado do território, no território e para o território.**

A relação com o território da rua é o primeiro recurso do ser-

as ações para prevenir doenças em uma comunidade; e a promoção seriam ações que buscam construir hábitos, costumes mais saudáveis.

viço para construir sua prática de cuidado. O território é ao mesmo tempo o local onde se realiza o cuidado e o objeto do cuidado como território de vida. Não é possível cuidar do indivíduo de forma isolada de suas relações territoriais, de sua relação com seu meio.

Dessa forma, o cuidado é construído para o território, de acordo com ele. Cuida-se do território como um todo através da construção de relações de cuidado com as pessoas, os atores e as instituições de forma ampliada. É preciso cuidar de todos que no território da rua demandem cuidado. Se o POP RUA exclui alguma pessoa ou grupo em seu território, todo o seu trabalho tende a enfraquecer, já que o cuidado de uma pessoa no território é inseparável do cuidado de outra, uma vez que todos os atores no território estão em relação de coprodução. O que se constroem são espaços de cuidado democráticos, de acesso universal.

O POP RUA busca construir espaços de diálogo com os diferentes atores do território, tendo como foco a saúde do usuário. Na medida em que o POP RUA ocupa o território, ele o transforma, criando nele outras versões, outros territórios possíveis. É importante que o serviço se insira na rede da rua, constituindo-se como mais um recurso no território de vida da população de rua. Quem mora na rua conhece os recursos existentes em seu território: onde conseguir trabalho, comida e água; onde dormir.

A proposta do POP RUA é inserir-se na rua de modo que o usuário possa tê-lo como mais um recurso. A vivência e o conhecimento do território possibilitam a saída dos clichês em relação à população de rua. É preciso limpar os preconceitos (sociais e técnicos) do olhar do profissional de saúde para poder cuidar. O cuidado no/do/para o território comporta um duplo movimento: produzir conhecimento acerca do território e agir nele, através dele. O que a equipe produz nos territórios nos territórios permanece, por mais que mudem os usuários que neles habitam, como marca do trabalho de cuidado.

Esta diretriz marca uma relação prepositiva entre cuidado e território da, na e para a rua. *Cuidado da rua*: a rua é o objeto do cuidado, se cuida da rua; mas a rua também cuida, os

elementos da rua podem cuidar. *Cuidado na rua*: a indicação que para cuidar da rua e fazer a rua cuidar é preciso praticar o cuidado no espaço da rua. *Cuidado para a rua*: o cuidado não está a serviço de nenhum outro interesse que não o de cuidar pelo benefício do cultivo da rua. Esse interesse evidencia o posicionamento do POP RUA face às maneiras como a sociedade tende a se relacionar com os moradores de rua, cujas intervenções têm por fim os interesses de um ideal de urbanidade, no qual as existências de rua lá não estão. Fazer a rua cuidar é intervir em sua dinâmica de modo que **ali** se constituam territórios de cuidado.

O território é objeto, local, modo, motivação e produto do cuidado. Criar zonas de cuidado novas, no contexto da rua, é criar trânsito de códigos entre os territórios. Esse trânsito tem como esteira, trilho ou base o plano afetivo que conecta as expressões territorializadas.

O cuidado, sendo mais que a ação de um agente, sendo um ambiente, não se sustenta se não exercer seus sentidos, suas metodologias, se não direcionar seus mecanismos multidirecionalmente, quer dizer, para todos. Em determinado momento o POP RUA ficou submetido a um tipo de adscrição territorial, a um limite de número de pacientes, que o impedia de iniciar um processo de cuidado com novos usuários. Esse fato institucional passou a gerar efeitos na relação com a rua: usuários passaram a ficar revoltados com o fato de que uns eram atendidos e outros não; os ACS perderam a referência de como trabalhar na rua, já que não contavam mais com a possibilidade de levar novos usuários ao serviço. *“Quando a porta de entrada que estava aberta fecha, o ACS tem dificuldade de trabalhar, de ir mais pra rua. A princípio, fechar a porta era para acompanhar melhor, para ter menos pacientes e cuidar melhor de cada um. Mas isso não ocorreu.”*

A dinâmica da rua é muito clara e imediatamente rizomática. Ela tende à coletivização. É muito difícil isolar um elemento, direcionar-se a somente um usuário, enquanto outros não são atendidos, pois isso acarreta a construção de uma cisão, divisão, de exclusão no plano territorial. E, desse modo, a potência de inserção na rua diminui muito, fica mais restrita, reduzindo-se também a possibilidade de trânsito nela, o que enfraquece o clima que o cuidado precisa construir. Certamente não se trata de dar conta ou resolver todas as demandas, mas sim de criar uma organização que primeiramente possa acolher as demandas iniciais e que possa, também, dar seguimento ao atendimento.

Um clima no ambiente se caracteriza pelo envolvimento de elementos circundantes, pela contaminação do cuidado: *“Dona Maria estava internada e quis voltar para rua: a gente foi construindo na rua a rede, a referência... pessoas a que ela já se reportava. O P2 do*

exército nos avisava se Maria estava mal; o dono da banca de jornal ajudava a cuidar se ela tomava o remédio; o comerciante lhe dava água”.

Esse clima criado, uma espécie de território no território da rua, é algo muito difícil de explicar e muito fácil de, ao vivenciá-lo, entender. Tal clima não é nenhum tipo lugar a se chegar, que já está lá ou que deve ser de uma maneira ou de outra. Mas é simplesmente um ambiente construído pela relação entre os atores que compõem o território. Um ambiente que tenha suficiência, que sirva de rede de apoio mínima, e que essa rede de apoio possa ser sentida pelos viventes. Ele se dá naquilo que chamamos de plano bruto da existência – plano absolutamente informe e intensivo que conecta os viventes. Isso fica evidente na relação com os animais na rua: *“Se até os cachorros conhecem, é porque o ACS está na rua com frequência, fazendo um trabalho de qualidade”.* O cachorro é um índice de relação com o território. *“É importante ter uma relação boa com os cachorros.”*

O caso do Seu Sady pode ser bem ilustrativo. Há um ano, Seu Sady foi diagnosticado com um câncer de boca. Ele retorna ao serviço, tempos depois, com um estado bem mais avançado do tumor. Quando questionado sobre o motivo de não ter continuado o tratamento, a primeira coisa que aponta é o fato de não ter com quem deixar o Fio Maravilha da Silva, seu cachorro. A equipe ouviu isso como uma demanda de atenção que está para além do câncer na boca e que pede uma composição com o território de Seu Sady: o cachorro e a ida até a Praia do Flamengo para acompanhá-lo ao exame. Aderindo ao tratamento, Seu Sady contaria com a equipe para cuidar do Fio Maravilha. Conseguiu-se um lugar para o cachorro ficar na ausência dele.

“A gente acorda de madrugada pra levá-lo, e ele tá lá na praia pronto, esperando. Desmonta a barraca. Ele não reclama, mesmo tendo feito exames como a tomografia com contraste. Eu percebo que o Fio Maravilha passou a ter uma afinidade com todos nós da equipe, por que antes não podíamos tocar nas coisas do Seu Sady que o cachorro queria morder. Quando ele percebeu que o Seu Sady estava sendo tratado, ele permitiu. Hoje eu fiz isso, peguei na mala do Seu Sady e o cachorro veio e me lambeu.”

Se o cuidado tem o sentido de focar em processos de vida, se é direcionando-o para o (no, em função do, a partir do, com o) território que isso é possível, tais aspectos promovem outra diretriz do cuidado: **Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada.**

Cuidar de forma integral é considerar e manejar com as diversas

dimensões da vida do usuário. A construção de um olhar integral e a ampliação da clínica têm dois principais desafios: a inseparabilidade entre saúde física e saúde mental, e a inclusão do território nas análises do caso e na intervenção. A ampliação da clínica se faz, portanto, pela atenção ao território e pela conexão entre os diferentes olhares da equipe, e a inclusão nas análises das diferentes perspectivas e dos fatores que constituem o território.

A perspectiva da saúde mental no serviço reforça a importância da dimensão subjetiva do cuidado na Atenção Básica. A saúde mental pode questionar os procedimentos unicamente técnicos e introduzir a escuta ao desejo do usuário, criando um diálogo com a perspectiva biológica. Há uma diversidade de olhares no serviço que é preciso conjugar para que não se tornem olhares separados em especialidades.

Considerando corpo, subjetividade e território como dimensões inseparáveis da saúde, o cuidado é construído sempre de forma singular: a avaliação e a intervenção são feitas caso a caso. O caso é a situação singular de uma pessoa em determinado território e em determinado momento.

A integralidade do olhar e a ampliação da clínica são diretrizes do cuidado que nunca se concretizam definitivamente. Não se supõe que será chegado o momento em que se dê conta de toda complexidade de uma vida. É em uma mistura e contaminação entre as diversas perspectivas profissionais da equipe e entre equipe de saúde e território que o olhar acerca das questões de saúde se integraliza e a clínica se amplia.

Olhar integral é um modo de ver que busca integralização; clínica ampliada é uma maneira de garantir à clínica o seu contínuo movimento de ampliação. Não se alcança ter um olhar integral que abarque o todo; nem se chega a uma clínica que opere sobre todas as dimensões de uma vida – aliás, nem é desejável que se chegue. Esse olhar e essa prática se relacionam com a complexidade expressa na vida de um sujeito ou na coletividade, mas não dão conta da complexidade, porque ela não é totalizável. Não é totalizável porque o território, o recorte que mais pode se aproximar da complexidade, é sempre um espaço-duração contínua, é sempre uma variação.

O que é necessário é, sim, uma abertura constante, um modo de ver e agir que permita uma constante integração e ampliação. O cuidado deve construir um modo de ver e um modo de agir que busque ser transversal, o que significa a ampliação de graus de comunicação entre regimes de olhar, entre perspectivas heterogêneas. O desafio que o território coloca é considerar ao menos três dimensões que são, mesmo que dito o contrário, trabalhadas na prática de forma separadas: corpo, subjetividade, espaço/*socius*/contexto. Construir uma noção singular de território é focalizar em um recorte, o que permite transversalizar e entender que, embora tenhamos construído olhares que façam essa distinção de dimensões, elas são dimensões em coprodução.

Como já vimos no PTS e vamos ver mais abaixo, a construção de um caso é um exercício que permite a ampliação e a integralização, já que ele é uma ficção, um ponto de apoio que expressa a situação singular de uma pessoa em determinado território e em determinado momento. Uma apreensão no presente de uma realidade complexa em mutação.

Olhar integral e clínica ampliada constroem uma geografia do caso que dá mais conta da complexidade do que um histórico: “*O histórico do caso nem importa tanto, mais o que ele apresenta ali na hora*”. O caso se apresenta como geografia viva. O caráter sempre incompleto dessa geografia é o que permite que o olhar e a ação estejam vivos. Quando se fecha a percepção do caso, quando se acredita que se totalizou o que se sabe, o cuidado fica morto, estático ou protocolar, perdendo-se a duração, o movimento: “*Se a gente tivesse visto o menino antes, feito um atendimento para além da coisa do crack... da tensão da assistência social, ele não teria morrido. A gente ficou nessa do vício do crack, mas o problema era outro, e a gente não se deu conta. O problema é quando a gente sabe demais*”.

Ampliar, integralizar é, então, em um primeiro momento, complexificar. Mas como fazer com que essa complexidade não paralise o trabalho, tornando-se uma emaranhado com o qual os profissionais se enredam? Traçar a transversal, ligar os pontos que em determinada situação pedem passagem exigem comunicação. Para lidar com a complexidade, a estratégia é se traçarem narrativas, construírem entendimentos que conectem pontos que aparecem separados. E ampliar o grau de comunicação entre as questões de saúde pelo movimento de as colocar lado a lado, de não se buscar a origem, mas a comunicação entre os elementos de um mesmo processo.

Trabalhar com a complexidade, portanto, não quer dizer que seja mais trabalho, que fique mais complicado, ao menos não em um segundo momento. É, sim, outra natureza de olhar, que nos é mais difícil, pois com ele não estamos acostumados. No caso do menino que morreu, o que precisava ser feito era muito mais simples: escutar os seus “sinais vitais”, questionar a demanda inicial que é feita pelo clichê, perceber que o uso de drogas não dá conta de definir aquela existência que ali se apresenta.

É preciso um esforço para sair do ‘especialismo’, sair da doença, resistindo à maneira como nosso olhar foi construído. No exemplo do menino, pelo foco demais totalizante da questão do uso de drogas, que na verdade era estigmatização feita pela caracterização “criança em situação de rua”, deixamos de ver o que se passava no caso, os índices de vida que estavam nele se exprimindo e que ficavam sufocados pela imagem do usuário de crack.

Olhar integral e clínica ampliada só se fazem coletivamente, por afetação com usuário e outros olhares, por habitar a fronteira com “o que não sei”, “não entendo”. Quer dizer, traçar a transversal não é uma ação de uma mente brilhante, sabedora de tudo, mas uma composição que se faz em coletivo, a partir das várias perspectivas que se podem envolver em um caso: o ponto de vista médico, psicológico, social, ponto de vista do ACS que traz o território. Na distância entre os pontos de vista em um mesmo território de cuidado criado está a possibilidade da emergência do ponto de ver, menos abstrato e mais próximo do território, então, sim, um campo fértil para a composição dos olhares.

É no território que se encontram outros atores e perspectivas totalmente diferentes. Falamos de quem encontramos na rua. É preciso que se considerarem também, de acordo com o sistema de garantia de direitos básicos, outras políticas públicas que contribuam para a integralidade. Se o cuidado tem o sentido de ampliar o olhar, de ampliar a clínica, por outro lado o POP RUA não pode lidar com todas as questões e dimensões da vida do usuário.

Assim, o cuidado deve ter a diretriz de **articulação intersetorial**.

O diálogo intersetorial é fundamental ao cuidado do POP RUA pela necessidade de outras políticas públicas que garantam acesso a direitos fundamentais: assistência social, educação, trabalho e renda, etc.

Cabe sublinhar esse ponto, que já está subentendido em outras diretrizes. Ele é evidente, mas o reforço aqui tem o sentido de marcar a importância de algo que a saúde faz muito pouco na sua prática e no cotidiano. A articulação intersetorial, que na verdade é a sustentação da saúde em um sistema de garantia de direitos, no sentido de ativar a rede informal de recursos disponível no seu território e chamar as redes institucionais de políticas de Estado a se fazerem presentes. A partir das necessidades percebidas no território, estabelece-se o plano de negociação e articulação, que é um caminho para a construção de políticas públicas.

Metodologias: modos de fazer funcionar os sentidos do cuidado da cidade.

Entramos agora nas operações das direções, o modo de operá-las. Destacamos primeiramente a metodologia que foi denominada de **ampliar a escuta e construir demanda**. Ampliar a escuta é um modo de sair do foco na doença, direcionando-o aos processos de vida.

Em um primeiro momento do atendimento, a queixa é o pedido inicial do usuário, o problema manifesto, a ponta de um iceberg. Ela aparece como uma demanda pontual, que pede uma solução pontual. Por exemplo, uma dor de cabeça que pede um analgésico. É preciso acolher a queixa da maneira como ela aparece. Contudo, a equipe não pode respondê-la diretamente sem inseri-la em um processo maior de cuidado. Quando o profissional atende rápida e pontualmente à queixa, seja essa queixa do paciente ou da sociedade em relação a ele, sem problematizá-la, sem procurar entender o processo que forma essa queixa, ele responde com clichês. Ampliar a escuta é desfazer os clichês da saúde, que são as respostas imediatas aos sintomas.

Um exemplo disso é quando o usuário chega ao serviço pedindo abrigo³³¹, e o profissional responde diretamente procurando articular esse abrigo, ou responde negativamente ao pedido, entendendo que não é referente à saúde, ou seja, procede sem buscar entender melhor o lugar que um suposto abrigo teria na vida do usuário: se ele já foi abrigado antes, como foi, se o usuário está em um momento propício para ir para um abrigo, etc.

³³¹ Pedir para conseguir vaga em um abrigo da política de assistência social.

A queixa precisa ser problematizada, e o que permite isso é a ampliação da escuta. Essa escuta se exercita com a prática, sem que nunca se esgote, e se amplia justamente pelo acompanhamento ao longo do tempo e dos espaços, na medida em que o conhecido vai se diferenciando. Nesse plano relacional profissional de saúde/usuário/território se acompanham os desdobramentos do processo. A escuta instrumentaliza o manejo. O acolhimento e o manejo com as queixas, a partir da ampliação da escuta, propiciam a construção de demandas. A demanda, por conseguinte, dá a direção do cuidado reivindicado na relação serviço/usuário/território, sendo a implicação do usuário na construção do cuidado. Só há demanda quando o usuário está implicado em seu processo de cuidado, quando está envolvido o desejo do usuário em se cuidar.

Escutar o usuário permite entender que sua questão de saúde está para além da doença específica motivadora da queixa. Identificar a demanda de cuidado exige uma escuta da integralidade do problema de saúde. A escuta especialista dá lugar a uma escuta ampliada que vai além da resposta a um sintoma, ampliando a visão acerca do caso.

Ampliar a escuta é buscar construir um mapa da situação do usuário, uma geografia existencial, com a qual se pode traçar uma demanda de cuidado. A demanda é algo que pede passagem, que busca uma transformação mais ampla que uma remissão de sintoma. Um exemplo do exercício da escuta ampliada: priorizar o atendimento de um usuário que tenha entrevista de emprego para o mesmo dia. A ampliação da escuta é uma sensibilidade, uma atenção. Como no caso relatado por uma ACS: *“Na minha área tinha pessoas que tinham HIV, mas não conseguiam falar. Mas a gente, ao perguntar e eles, ao se enrolarem e ficarem um pouco abalados, a gente conseguia saber se aquela pessoa poderia ter HIV”*.

A demanda de cuidado do caso não é algo que está dado a ser desvelado. Identificar se a pessoa é soropositiva, se está buscando trabalho são componentes para construir uma demanda, que é parte da estratégia de cuidado. É construir uma expressão, dar uma forma provisória, construir uma problematização em saúde, um trajeto artificial em meio ao complexo da vida do usuário. Aí entra a operação de transversalizar as dimensões da vida desse usuário e

os saberes presentes na equipe. Se constrói uma linha, uma direção para cada situação, que é construir uma demanda, uma narrativa acerca da situação. Demanda que envolve diversas questões de saúde, diversos vetores individuais e coletivos e diversos saberes, e que sempre deverá ser atualizada. Se a demanda é construção pura, ela não é a única versão e, assim, precisa estar em consonância com a situação em questão. A demanda é uma circunscrição de problemas que a equipe constrói com os usuários nas suas paisagens existenciais.

Contudo, a paisagem existencial do usuário não está alheia à interferência do POP RUA. A equipe vai construir diretamente essa paisagem. Para isso, ela busca se situar no território. Essas relações geográficas apontam para uma metodologia fundamental: **Cartografar constantemente o território.**

Cartografar o território é produzir um conhecimento do território, que é o primeiro passo para a construção da demanda e para o desenho do cuidado. Cartografar é construir um mapa vivo e não estático de um território de trabalho. Mapa que inclua a processualidade, as relações, os afetos envolvidos. A equipe escuta o lugar do território para cada usuário, mas também inclui na cartografia suas percepções e sensações acerca do território. Para entender e incluir a dimensão subjetiva do território que a cartografia proporciona, é preciso uma base vivencial nele. Não é possível fazer a cartografia sem habitar o espaço da rua e sem estar engajado nele. Esse engajamento é um engajamento de cuidado, uma posição política.

A cartografia que a equipe realiza consiste em criar uma imagem do território advinda de uma vivência nele. Trata-se de “desbravar” o território, experimentá-lo, fazer nele uma experimentação e tomá-lo como meio de uma experimentação. O ACS é a função na equipe que está mais cotidianamente na rua. Ele tem uma função-chave para o trabalho: a função de agir comunitariamente em saúde. A função do ACS cria uma sensibilidade ao território: desdobra o território, complexificando-o, descobrindo histórias, meandros, detalhes fundamentais. Nisso, constrói-se um manejo com a rua, um *know-how* de rua, que é uma leitura e um modo de intervir construídos a partir da experiência de presença constante e de cuidado no território.

A cartografia que se constrói nunca tem uma forma final: ela é

incompleta, sempre obra aberta. É um "cartografando". Habitar, conhecer e cuidar do território são processos inseparáveis. Cartografar é conhecer tanto as questões objetivas do território (o perfil populacional, as doenças prevalentes, a delimitação física, etc.) quanto a sua dimensão subjetiva (as relações interpessoais e interinstitucionais, os sentidos singulares de cada usuário e de cada trabalhador acerca do território, o "clima" de cada microárea³³²).

Em outras palavras, é preciso sentir o território, respirar seus ares. Quando o profissional está na rua, ele interpreta o território, e este é modificado pela sua presença e sua interpretação. A cartografia é o mapeamento que o trabalhador faz do território em um determinado momento, mas que se atualiza de modo cotidiano, ou seja, é a constante atualização da imagem que cada profissional vai construindo no território, a experiência advinda da experimentação na rua.

Cartografar já é intervir no território. No momento em que nos inserimos em seus processos, se contamina e se produz uma imagem-trajeto a partir de certa posição nele. As imagens-trajetos construídas não pretendem ser todo o território, mas são construções perspectivadas pela posição construída de cuidador-cartógrafo. Imagens-trajetos que também produzem o território, e não se pretendem exteriores ou representações dele. Cartografar não é observar e desenhar uma paisagem de fora, mas é experimentá-la, desenhá-la experimentando. Interpretação aqui não tem o sentido de decodificação para que se encontrem códigos origens, a verdade última do território. É mais a criação de versões que podem ser infinitas. Interpretação como ação de um interprete, de alguém que faz uma versão, como Elis Regina, a grande intérprete que cria uma outra canção. Por isso é uma experimentação que cuida do território, pois cria condições de outras expressividades a partir de um engajamento de cuidado, de uma posição clínico-política.

Na cartografia, intervir, conhecer e cuidar são ações de um mesmo processo. São experimentações que desdobram o território, produzindo mais sentidos, multiplicando suas qualidades. *“Como foi mapear a Central do Brasil? Eu fui entrando, indo lá todo dia. Aí tinha um muro que eu sempre via, mas nunca atravessava. Um dia, pulei o muro, atravessei e conheci as profissionais do sexo. A Central do Brasil tem o resto de tudo no Rio de Janeiro. Uma coi-*

³³² Microárea é a divisão da área de atuação do POP RUA em pequenas áreas nas quais a equipe trabalha. Um exemplo de microárea é a região da Central do Brasil.

sa vai puxando a outra.” Das profissionais do sexo chega-se aos travestis, ao tráfico escondido, às ocupações urbanas. Ao desdobrar, chega-se à série de conexões do território. *“Na rua existe uma rede que dá informações, e a gente sempre fica sabendo, tem uma rede de ligação que faz chegar a informação muito rápida.”* A ACS, ao pular o muro, ao experimentar o território, monta o mapa, constrói a constelação de elementos que forma o território, constrói uma versão para ele.

Esse mapa é sempre incompleto: *“A incerteza do que vai encontrar na rua e como você vai se virar é o caldo ideal para trabalhar. É lógico que não dá para ficar o tempo todo nessa função, como um pajé indígena fica. Quando a gente vai para a rua, tem que ir com a cabeça mais de pajé mesmo... Olhar questões de saúde, de relacionamento, questão espiritual, ver o que está acontecendo. Os profissionais estarem na rua é uma novidade, e ver como eles (usuários) recebem isso é importante. É uma nova classe de relacionamento que não existia”* (Médico do POP RUA).

Pajé que está no meio da relação matéria-expressão, que está fazendo o trânsito entre as perspectivas, os diversos atores em seus pontos de vida, e acessando aquilo que é ponto de ver. A experiência do desterro da rua está ajudando que ali se formem outras estéticas de vida a partir do manejo com a experiência do desterro. O pajé opera o transperspectivismo, experimenta, faz o trajeto, conecta os elementos por intermédio do plano afetivo informe de base, o plano bruto da existência. O devir-pajé no profissional de saúde: *“A gente fala a linguagem deles, aliás, adolescente e paciente psiquiátrico na minha área eu entendo todo mundo, não sei que coisa é essa... Eles falam e eu consigo entender, depois eu nem entendo como entendi”*.

O ACS é a função profissional no POP RUA que realiza mais diretamente a cartografia. Ele está sempre mapeando: *“tem algo de antropólogo”*. Algo de antropólogo e algo de pajé. Híbrido de duas personagens geralmente em lados opostos no campo da antropologia: o ACS capta os códigos do território para rearranjá-los, acessa a decodificação que acontece no desterro e cria condições para que os códigos sejam rearranjados, para que outros territórios existenciais se criem. Cartografar cuidando e cuidar cartografando. O mapa não é o território, pois não há o território último que possa ganhar forma de mapa. A todo momento o trabalha-

dor está atualizando uma imagem do território, porque em cada momento há na imagem construída uma abertura, uma parte não bem definida, complicada, um espaço sempre a desdobrar.

Pode-se se dizer que o cartografar é uma sistemática constante de acompanhar os processos territoriais, o que se articula com a **metodologia de acompanhar longitudinalmente no tempo e no espaço**.

Acompanhar longitudinalmente se dá em relação ao tempo e ao espaço. A periodicidade dos atendimentos é definida caso a caso, a cada momento. Em um caso a periodicidade é semanal, e em outro pode ser mensal ou semestral. Atendimentos pontuais podem fazer parte do acompanhamento longitudinal, mas este vai além de ações pontuais. Acompanhar longitudinalmente significa acompanhar o usuário com continuidade temporal e através de seu trajeto na cidade: seja na rua, seja em atendimento em alguma instituição, seja em internação.

A longitudinalidade é uma operação para acompanhar de modo mais amplo a situação de vida do usuário. Mesmo depois de resolvida alguma morbidade específica, o serviço continua acompanhando o usuário, sendo referência para ele. O que define a forma de operar o método do acompanhamento longitudinal são as necessidades formuladas pelo usuário como sujeito na relação de cuidado construída junto ao serviço. O usuário é sujeito, e não objeto de cuidado, quer dizer, o POP RUA só entra nos espaços do usuário com sua permissão, e se isso for importante para o cuidado, em função da demanda construída na relação de cuidado.

“A gente acompanha ela desde o início, foram vários processos, a gravidez, interferência da família... A gente teve muito próximo dela no último bebê que ela teve... Ter ido até o juizado, ter chamado a família, a família ter ficado com o nenê, a gente ter mantido o acompanhamento na rua, na internação, na fuga dela, no desaparecimento, aparecimento...”

O acompanhamento longitudinal é um processo mais lento, o que mantém por mais tempo a tensão das situações e a tensão de não se saber o que fazer imediatamente. O acompanhar longitudinalmente pressupõe sustentar essa tensão. O que faz dele também um acompanhamento latitudinal, acompanhamento das variações de intensidade³³³. Essa tensão se sus-

³³³ Franco, Galavote, 2010.

tenta em relação ao tempo; é preciso durar na tensão, mas também nos espaços atravessados pelo trajeto do usuário. Longitudinalidade do acompanhamento não quer dizer somente que ele se faz ao longo do tempo, sem um fim predefinido, mas também na extensão do espaço: há um sentido espacial da longitudinalidade. É longitudinal o cuidado que se dá ao longo do tempo e na extensividade do espaço da cidade. Assim, é estando com o usuário durante meses, anos, e durante os muitos espaços por que passa (a rua, as internações, a volta à família, a volta à rua) que se faz um processo de acompanhar processos. Por isso a importância da mobilidade da equipe, sua capacidade de adentrar tanto a rua quanto as instituições das mais variadas. Acompanhar no tempo e no espaço, longitude, é acompanhar as dinâmicas afetivas, dinâmicas de intensidade nesses processos espaço-temporais. Por isso se acompanha as subidas e descidas de intensidade. Latitude.

Mas isso não quer dizer estar sempre com o usuário, abarcar toda a sua vida, mas somente onde/quando se faz necessário, como forma de ampliar o olhar e atender integralmente. E isso somente a partir de um convite, de uma entrada autorizada, desejada, exigida pelo cuidado.

O método da longitudinalidade do cuidado está diretamente implicado com o **método de criar referências**, no sentido de que não se modela ou vigia a vida do usuário, mas se constroem pontos de apoio, pontos de referências que sustentam o cuidado. Criar referências é criar marcações no tempo e no espaço do usuário que servem de pontos de apoio para o processo de cuidado. Constituir uma referência para o cuidado longitudinal não pode ser confundido nem com o controle de todos os aspectos da vida do usuário nem com a vigilância ou o policiamento.

A referência tem múltiplos sentidos. Externamente, o serviço se constitui como um ponto de referência para o usuário no território da rua; por outro lado, o serviço torna-se referência para a rede, no que diz respeito aos pacientes de rua; o serviço é, também, referência para a cidade, no que diz respeito às pessoas que vivem nas ruas. No território da rua, o ACS é o profissional de referência por excelência. A construção da referência na relação ACS/usuário começa desde a primeira aproximação na rua. O objetivo é iniciar o processo de vínculo e referenciação, mostrando ao usuário que ali alguém se responsabiliza pelo cuidado em conjunto com ele.

Internamente na equipe, o ACS tem também um papel fundamental: ele será o articulador entre o espaço da rua e os espaços das instituições de saúde, estando como facilitador desta relação. Mas o ACS não tem só a função de abrir caminho para o trabalho da equipe. Ele é um agente propositor de cuidado. Ser referência exige conhecer com espessura vivencial um caso ou um território. É preciso, em meio à dinâmica intensa da rua, localizar, orientar, tanto o usuário quanto a rede e a própria equipe. O POP RUA mantém uma posição paradoxal: ele cria um espaço de referência, sua sede, mas busca descentralizar, não fixar o usuário nesse espaço, e sim fazer com que esse espaço o acolha e o ajude a ocupar outros espaços.

Criar referências é fazer uma marcação no tempo e no espaço. Cria-se uma repetição que marca um território de referência. Pode ser um espaço aberto no serviço, porta de entrada; pode ser a presença do corpo do trabalhador do POP RUA na Central do Brasil todas as manhãs. De todo modo, constitui-se um espaço disponível ao encontro. E isso não está dado até que se faça, por continuidade, insistência. O material para fazer isso é o corpo, a disposição afetiva do coletivo da equipe e de cada trabalhador: *“Os pacientes foram entendendo qual é o espaço de cuidado e que não existia em lugar nenhum. Não tem no imaginário dessa população um local de cuidado, uma unidade de saúde e de uma equipe que acompanhe. A gente conseguir cavar esse espaço de referência e apoio; foi o que a gente tinha para oferecer”*.

A referência é um espaço aberto à conversa, no sentido de ser um espaço que negocia com as condições de vida concretas do usuário, mas que, ao mesmo tempo, opera no sentido do cuidado. Um espaço de referência pode estar dentro de uma instituição ou não, pode estar na rua, pode se localizar em um ator da rua que auxilia no cuidado. O importante, na rua e com a rua, é proliferar as referências.

A referência tem como base o vínculo que se faz entre pessoas. Construir referência está ligado à metodologia de **construir vínculo**.

Vínculo é a relação de confiança e compromisso entre profissionais de saúde e usuário. O vínculo é componente da constituição da referência e é um dos elementos que sustenta o processo do cuidado. Ele se constitui pela presença do trabalhador no território, uma

presença contínua e atenta. É iniciado quando o usuário tem interesse em receber algum tipo de atenção em saúde: um curativo, uma simples conversa. Ele pode ser iniciado também quando o usuário conta com o serviço em uma situação iminente de morte, mesmo não tendo manifestado desejo de se tratar. Contudo, para a consolidação do vínculo, é preciso que o usuário queira se cuidar, é preciso que esteja em jogo o desejo do usuário de se tratar. O desejo do usuário no cuidado vai sendo produzido no próprio processo de construção do vínculo.

Vincular é articular, agenciar. Esse agenciamento implica ambos os sujeitos envolvidos. Quer dizer, há uma transformação mútua, uma coemergência de trabalhador e usuário nessa relação. Usuário e trabalhador não se formam como pontos de uma rede de cuidado sem um vínculo, que envolve sempre afeto. Mas é preciso um trabalho com os afetos para que esse sentimento não se transforme em um sentimento pessoal e que tome de assalto a rede de cuidado e a privatize, a coloque em termos pessoais. E esse é outro perigo sempre presente na prática do POP RUA: *“Esse vínculo meu com Ranieri tá muito afetivo, me mexe muito quando eu saio com ele, muito mesmo... Eu não consigo almoçar e ver ele com fome, eu não sou obrigada a levar comida pra ele, mas eu levo a minha quentinha mais a dele”.*

O afeto está sempre implicado. A questão é como ele entra e como ele é manejado. Pensamos que o afeto referido pela ACS, na fala transcrita acima, é mais definido como sentimento, e sentimento remete a uma personalidade – que geralmente entra em configurações das relações familiares, conjugais, ou seja, da ordem do privado. É preciso outro tipo de configuração relacional, afetiva, que não permaneça em uma expressão privada dos afetos, mas que seja do público, que se dê por cooperação entre os habitantes da cidade em suas experimentações públicas, despojadas de interesses privados.

E esse regime afetivo relativo à coisa pública permeia o cuidado de outra forma: torna coletivos e políticos os sofrimentos e os desejos, e a necessidade de ajudar se transforma em uma responsabilidade pública do trabalhador da saúde, do vivente da cidade. Isso não significa nenhum tipo de neutralidade, mas distribui a responsabilidade, a remetendo a um coletivo, o que alivia o peso e a dor do trabalhador, sem fazer com que esse afeto se transforme em insensibilidade ou pretensa neutralidade objetivista. O vínculo se produz na longitudinalidade do acompanhamento e se sustenta na confiança. E o trabalho é fazer da confiança algo para além do pessoal. Algo que seja uma relação vivida entre os existentes, os habitantes do planeta terra. Confiança não somente nas pessoas, mas nos processos e territórios compartilhados.

O vínculo não é, pois, uma relação paternalista, assistencialista ou de caridade. É um compromisso entre viventes com a vida. Ele serve de ponto de apoio para um processo de autonomia do usuário. Um método para a promoção de autonomia coletiva é a **metodologia de criar espaços de atendimento diversos**.

Um espaço de atendimento não é definido por sua oficialidade, institucionalidade. Um espaço de atendimento oficial (instituição de saúde, conselho tutelar, etc.) não necessariamente se transforma em espaço de cuidado efetivo. O espaço de atendimento no POP RUA só existe enquanto acontece. Esse espaço envolve e compromete os atores que o constituem, pois é um espaço de cuidado no qual é realizada uma ação de cuidado, podendo se constituir na rua, com outros atores do território, que não somente os da saúde ou das políticas públicas. Exemplo: os comerciantes de determinada área podem contribuir para o cuidado de determinado usuário, dando informações, conversando com ele, etc. O espaço de atendimento com o usuário pode ser formal ou informal, cabendo à equipe a função de construir e fomentar espaços de atendimento diversos. A sede é apenas um desses espaços de atendimento do POP RUA.

Espaço de atendimento é, assim, um tipo de espaço de referência, caracterizado por ser o ambiente no qual se realiza um procedimento de cuidado, uma ação de cuidado. O POP RUA efetiva espaços de atendimento – a sede, a rua –, mas também trabalha para que outros espaços funcionem como espaços de atendimento e cuidado: serviços de saúde, dispositivos de outras políticas públicas, pessoas e instituições presentes no território que possam fazer pequenas ações que contribuam para o cuidado. Há aí uma aposta no sentido da política pública que estamos afirmando: realizar-se para além da oficialidade institucional do Estado, convocando um pertencimento e um engajamento na coisa pública para quem de qualquer instituição, tendo efeitos na experiência concreta dos usuários e mobilizando uma rede de apoio comunitária irrestrita para a diversidade de modos de vida na cidade. Criar espaços de atendimento é mobilizar redes e recursos que estão no território e que podem ser efetivados no sentido do cuidado.

Se não é a oficialidade do espaço que o efetiva como espaço de cuidado, é preciso, muitas vezes, intervir junto aos pontos da rede de saúde para que eles possam efetivamente funcionar como espaços de cuidado. Por isso, **tensionar a rede** é uma metodologia para o cuidado.

Gerar tensão na rede é uma maneira de o POP RUA incluir a rua no SUS, no sentido tanto de intencionar, visar à criação de redes de cuidado no território, quanto de criar tensão, crise que permita a transformação. Pressionar a rede a atender a pessoa em situação de rua por meio da criação de vagas e da identificação das necessidades específicas, da cobrança por compromisso, da criação de fluxo onde não há, a fim de fazer a rede fluir. Montar um projeto terapêutico adequado ao caso, envolvendo outros pontos da rede, geralmente, tem o efeito de criar um espaço de cuidado, assim como ir acompanhando o usuário por entre os pontos da rede, construindo fluxos de referência e contrarreferência.

O trabalho com a rede é tão importante quanto o trabalho com os usuários. Para os trabalhadores, trabalhar com a rede é maior desafio que trabalhar com o usuário e com a rua: *“Na rua, com a rede da rua, a gente consegue bastante coisa. Aqui na sede também. Quando precisa da rede, não tem”*. Há muitos relatos de descaso, indiferença e violência dos agentes públicos com o usuário do POP RUA: *“Olhar de repugnância e de nojo”*. Um mau tratamento na rede pode desconstruir todo o trabalho feito pela equipe na hora em que precisar contar com outro serviço de saúde.

Essa situação da rede colocou como tarefa do POP RUA a intervenção junto à dinâmica da rede de saúde. De certo modo, esse trabalho só pode ser feito, principalmente no início do serviço, por criar tensão, fazer pressão: *“A gente só vai no porradão, chutando a porta”*. Mas junto com a porrada vem um trabalho de fazer entender a importância da inserção do usuário. E esse entendimento diz respeito não somente a um registro moral, da ordem do dever, mas a um contágio afetivo com o cuidado, sobre o que falaremos à frente.

Os problemas da rede de saúde não são exclusivos para o usuário do POP RUA. Entende-se aqui que tensionar a rede é um trabalho contínuo, que nunca se chegará a uma rede funcionando definitivamente de modo ideal. O termo tensão tem o sentido de criar crise, mas

também remete à intensidade: trabalhar para que a rede tenha intensidade, esteja viva, possa estar sensível. Criar um ambiente de conversa, tomando a rede também como um território de intervenção, e não esperar que ela seja uma retaguarda pronta. O POP RUA conseguiu ampliar o número de equipamentos de saúde que recebem e atendem o povo da rua. E fez isso se utilizando o dispositivo do Projeto Terapêutico Singular, ou seja, construindo o caso, as estratégias de cuidado, de modo que envolvesse outros serviços no tratamento, por meio de reuniões, pactuações.

Tensiona-se a rede para que ela possa se transformar, para que novas estratégias e fluxos sejam criados, para que se produzam mais tecnologias de cuidado. Daí a metodologia **construir e adequar instrumentos técnicos adequados à realidade do território**, que vai no sentido de questionar os fluxos e protocolos de cuidado, as estratégias de atenção, prevenção e promoção de saúde a partir das necessidades da rua tal como elas se apresentam. Essa metodologia diz respeito a questionar e avaliar o instituído, pressupondo-se que ele não serve para o cuidado com a rua.

Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade é também um método para incluir a rua, tensionar a rede, criar novos instrumentos técnicos e, principalmente, buscar a integralidade do cuidado.

A alimentação, a renda, a moradia, enfim, o acesso a direitos fundamentais são dimensões da saúde integral. Por isso a importância dos espaços de articulação intersetorial. E, justamente pelo lugar que os moradores de rua ocupam na sociedade, a presença nos espaços políticos é estratégia fundamental para a luta pela oferta de serviços e pela defesa de direitos. O POP RUA não garante todos os direitos ao seu usuário, mas promove acesso a políticas públicas, pautando os espaços institucionais da cidade no que diz respeito às necessidades encontradas em seu território.

Há uma clara necessidade na saúde pública de se articular com outras políticas de Estado. *“A gente está muito ensimesmado na política de saúde”*. Se o POP RUA precisa, por exemplo, acompanhar uma gravidez, o nascimento e o desenvolvimento de uma criança, a decisão de se o bebê fica ou não com a mãe está para além da saúde. E, ainda, é preciso principalmente articular as ações de defesa de direitos humanos, que são constantemente violados no contexto da rua.

Criar novos instrumentos a partir do território, ocupar os espaços políticos levando a pauta da rua são modos de interferir produzindo institucionalidade, o que podemos entender por ativar o movimento instituinte nas instituições e ensejar novas instituições: criar e abrir espaço de legitimação social para as experiências singulares como corpo das políticas públicas.

Assim como cartografar o território é uma metodologia basal do cuidado do POP RUA, podemos dizer que, para o cuidado, **conectar lógicas heterogêneas** é outro método que percorre quase todas as ações e direções do cuidado.

O POP RUA conecta lógicas e espaços diferentes: a dinâmica da rua e a dinâmica dos serviços de saúde; práticas de atenção da ESF e dispositivos da saúde mental. Para incluir a rua e para ampliar a clínica, é necessário que o serviço possa articular diferentes perspectivas subjetivas, funcionamentos institucionais e não institucionais. A lógica do serviço de saúde e a lógica da rua devem poder entrar em sintonia e se agenciar.

Conectar lógicas heterogêneas, territórios diferentes, modos de ver muito distintos, sem essa dinâmica o trabalho do POP RUA não acontece. Essa conexão entre os heterogêneos produz espaços e funcionamentos híbridos, terceiros termos: a sede como espaço institucional da rua; o serviço como dispositivo de atenção integral (saúde físico-biológica e saúde mental). O POP RUA faz esse intercâmbio, essas trocas que geram composições pela criação de territórios de passagem, territórios “entre” que formam novos territórios. Primeiro é necessário aproximar os diferentes, produzir sintonia entre eles, conectar partes de elementos umas às outras: sala de espera onde o paciente pode deitar, entrar malcheiroso, sob o efeito de SPA; calçada da rua onde é realizado o exame de pressão, de batimento cardíaco, a escuta; procedimento de curativo permeado pelo diálogo delirante do usuário; atendimento psicológico pelo qual se organize um procedimento de cuidado com uma ferida, com o tratamento de hipertensão.

Há um trânsito de códigos que o cuidado deve fazer e que tem como base o território existencial. Esse trânsito se faz a partir de uma sintonização entre os diferentes lugares, colocando lado a lado os elementos que formam uma situação complexa. A estratégia metodológica básica do POP RUA, malgrado seja também um grande temor que suscita o contato com o

povo da rua, é o contágio: entre os saberes, entre as lógicas e dinâmicas territoriais, entre os modos de vida, com os serviços da rede de saúde para atender o usuário: “*Estratégia é menos confronto e mais contágio*”. O POP RUA serve de território de passagem para esses contágios, através de seus espaços e dos corpos afetivos dos trabalhadores.

Segundo sentido do cuidado: dispositivos, diretrizes e metodologias do cuidado com o território da equipe

Para cuidar da cidade, é preciso cuidar de si – de seu espaço, de seu campo de ação, daquele território no qual se constitui esse si mesmo, borda. Foucault³³⁴ já mostrava que na Grécia antiga só se inventou a pólis porque se inventou os sujeitos. Inventou-se uma atenção, um cuidado com o processo de subjetivação. Embora isso tenha enveredado por uma via de privatização da experiência subjetiva, não vamos tratar disso aqui. Nos interessa marcar que o cuidado do outro, da cidade era inseparável do cuidado de si. E cuidado, lembramos, tanto em Foucault como aqui, tem o sentido de criação. Pensar o cuidado como via de mão dupla diz respeito também à maneira como se constitui o cuidado com a rua: a rua apresenta questões, necessidades que exigem que a sociedade se constitua de outra maneira. Pensar o cuidado como via de mão dupla é evidenciar que nos constituímos em um plano comum, que o trabalho do cuidado é com esse plano bruto da existência que nos liga, que liga cada um de nós ao todo existente, que nos faz existentes e traz a necessidade do criar a si mesmos.

O POP RUA, para cuidar, precisa criar espaços de cuidado/criação de seu próprio trabalho. Seu trabalho é essa superfície de contato equipe-rua, essa borda. No seu início, não havia muitas balizas para construir a prática. Foi preciso fazer um arranjo que criasse condições de criar, que cuidasse das condições para cuidar. Um arranjo marcado por processos coletivos de reflexão, de ação de si para si mesmo. Análise e construção do trabalho. Uma clínica do território de trabalho.

Dispositivos do cuidado com o território da equipe

Os espaços coletivos de análise e construção se fazem em relação às três dimensões de trabalho no POP RUA – rua, sede, rede – e na implicação com os sujeitos envolvidos nos territórios – profissionais de saúde, usuários, outros atores que compõem o território.

³³⁴ Foucault, 1984a e 1984b.

Um primeiro dispositivo é o espaço de **acompanhamento do processo de trabalho de rua**.

Nesse dispositivo se acompanha e analisa o trabalho no território da rua. Isso é feito por meio do levantamento de informações e estatísticas do cuidado, da organização estratégica da equipe no território, bem como da análise da sua dinâmica. Por exemplo: se em tal área há um esvaziamento de usuários, quais os componentes do território e como são suas dinâmicas relacionais. Cada microárea de cobertura da equipe é analisada. Nesse espaço constrói-se a cartografia da microárea, levantam-se os casos que precisam de maior atenção, acompanham-se a relação dos profissionais com o trabalho da rua, as dificuldades, as possibilidades de criação de novas estratégias.

Nesses espaços de acompanhamento do território, casos surgem como mais agudos e pedem uma análise mais ampla, em que é necessário compartilhar, seja por sua gravidade, seja porque o caso está em um ponto de desenvolvimento que exige uma mobilização maior para uma transição decisiva na sua situação. Ele é o espaço de comunicação entre os profissionais comprometidos com uma microárea e é composto pelos ACS que trabalham nela, mais um técnico responsável por difundir as informações.

Há também a **reunião de estudo de caso**.

Espaço de estudo de caso para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Por exemplo, quando um caso é pautado na reunião de equipe ou na supervisão de área, e os profissionais envolvidos se reúnem com outros profissionais pertinentes ao caso para a construção do PTS.

Se há espaços coletivos, como os supracitados, em que somente alguns trabalhadores participam, há também o espaço em que toda a equipe está envolvida: **a reunião de equipe**.

Encontros semanais direcionados a entender as complexidades e as necessidades do usuário/território e que visam aprimorar constantemente o próprio serviço. A intenção é tornar o serviço sensível às diversidades e complexidades dos usuários desde a porta de entrada até o atendimento. Seu objetivo é criar possibilidades de acompanhamento das avaliações que permitam o serviço repensar suas práticas. Desse encontro participam todos os profissionais da equipe, bem como dele podem participar atores da gestão que visem dialogar com a

equipe. Esse é o espaço para coletivizar as questões, tratar de tensões, problemas, e principalmente fazer as tomadas de decisões da equipe.

Todos os espaços supracitados tem o sentido de produzir análise e escuta da equipe pela própria equipe. É necessário, contudo, devido à natureza e agudez dos problemas enfrentados, um espaço de **supervisão/apoio clínico institucional**.

Trata-se do espaço coordenado por um agente externo ao serviço, onde se discutem casos clínicos e a gestão da clínica no serviço. O olhar de um agente externo auxilia na análise e na desnaturalização das práticas de cuidado e funciona como suporte à equipe, como mais um espaço de cuidado com o trabalho.

Embora a presença de um agente externo seja importante, na ausência do mesmo a própria equipe pode fazer essa função de supervisão, que se torna “intervisão”. Se na supervisão é feita uma análise da equipe por um ator externo, na “intervisão” se faz uma análise entre os vários pontos de vista dos profissionais, o que exige um esforço maior de construir uma visão que se componha desses pontos de vista. A intervisão é mais trabalhosa, porque um olhar de fora pode acelerar a análise de questões que passam despercebidas pela equipe, mas, contudo, é exequível. Em ambas as tecnologias (supervisão e intervisão) trata-se de produzir analisadores de forma coletiva, que façam um cuidado da equipe através da despersonalização dos entraves ao trabalho e da construção coletiva de estratégias para a sua resolução. Esse espaço também pode fazer parte da reunião de equipe. Ele está ligado a outro espaço, que é o que acompanha a análise, que seriam os **seminários internos/grupo de estudos**.

Espaços para produzir conhecimento a partir da experiência prática do trabalho e para a transmissão do conhecimento através do estudo e da discussão de temas mais amplos relacionados ao cuidado que a equipe realiza.

Esses espaços não necessariamente precisam ser dispositivos separados, podem ser dispositivos ou espaços dentro de espaços. É importante essa quádrupla operação: acompanhamento do processo de trabalho, análise, acolhimento do profissional, tomada de decisão coletiva, estudo.

Diretrizes do cuidado com o território da equipe

A base do cuidado com a equipe é poder se vincular, se articular, se agenciar com a rua. Caso isso não ocorra, o trabalho não acontece, e a equipe não suporta o trabalho. Por isso,

uma direção do cuidado da equipe para consigo mesma é a da **aprendizagem com a rua**.

Para construir o trabalho da equipe é necessário aprender com a rua. Trabalhar com a rua necessariamente transforma o olhar do trabalhador, tirando-o do lugar do senso comum sobre a rua. O trabalhador aprende não somente os códigos da rua, as informações, mas, de certa forma, incorpora-se à sua dinâmica: imprevisibilidade, rapidez, conjunção de fatores ou multideterminação dos eventos da rua, conjunção de muitos elementos do aqui e agora. O trabalhador é obrigado a lidar com situações novas para ele, sempre com a possibilidade de ser surpreendido. O ritmo da rua: estar atento a tudo ao mesmo tempo. Devem-se conhecer os diferentes e divergentes atores que compõem a rua; estar atento ao bueiro na rua, ao perigo de ser atropelado, à violência, à discriminação. O aprendizado com a rua é o que impulsiona a ampliação dos olhares e das perspectivas profissionais.

Há duas dimensões dessa aprendizagem: uma que diz respeito aos códigos da rua, à linguagem, e que trata de saber os elementos que a compõem; outra dinâmica é a que diz respeito à dinâmica, à aprendizagem do jogo de cintura, uma sensibilidade. Sempre é preciso manter “um limiar de dúvida”, de não saber. E é com esse não saber que se maneja. Não saber que diz respeito ao não apreensível em categorização, que é da qualidade intensiva da experiência de desterro, de não estratificação. A aprendizagem com a rua não forma um modo padronizado, mas uma capacidade de manejo, uma afetabilidade que se manifesta de maneira específica para cada profissional: *“Cada um tem sua maneira de agir na rua... e eu agora tenho a minha”*. *“Nosso crescimento vem da relação com os usuários, das conversas com eles.”*

Aprender com a rua produz um acúmulo, que é menos um acúmulo de conteúdos e informações e mais uma flexibilidade no ver e no agir: um corpo profissional de rua. Esse aprendizado se faz também entre os profissionais; o manejo com a rua também se aprende com o colega. Por isso a diretriz subjacente é a da **coletivização: transmissão continuada das estratégias de cuidado**.

Transmitir e coletivizar constantemente as estratégias de cuidado, de modo a que o saber construído permaneça no serviço, mesmo que haja mudanças na equipe e/ou nas estratégias adotadas. Entende-se que o saber construído na experiência do POP RUA tem valor de uso público. O conhecimento produzido pelo POP RUA é público, já que se

trata de um serviço público: para o público, gratuito e de acesso universal. Isso não significa que as estratégias de cuidado construídas devam se manter, mas que possam servir de referência para a sua continuidade ou para a sua transformação.

O saber precisa circular na equipe, como informação, e como modo de operar. Isso serve para gerar coletivo na equipe, mas também para inscrever o saber acumulado no plano comum da cidade, na coisa pública.

A transmissão continuada não é só a manutenção dos conteúdos do conhecimento construído, mas também a sustentação da sua variação. O que se incorpora é coletivizado e (re)transformado. A mistura é um mote que enseja a diretriz de **integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade)**.

É direção do trabalho da equipe sobre si mesma a integração e a ampliação dos olhares, a articulação entre as perspectivas profissionais na equipe. O POP RUA é uma equipe com saberes profissionais (multidisciplinar) que se organiza de forma interdisciplinar e busca realizar ações transdisciplinares. As ações transdisciplinares são o resultado da integração e da ampliação das orientações profissionais da equipe. Sua direção é a construção de uma perspectiva coletiva generalista que não apague as especificidades dos saberes da equipe, mas busque conjurar o especialismo - entendido como perspectiva não favorecedora do diálogo com os outros saberes.

É preciso, portanto, acabar com o especialismo, o que é diferente de recusar a especificidade de cada perspectiva/saber profissional. O profissional não deve atuar como especialista que só olha do ponto do vista do seu campo do saber. Ele deve procurar manter uma abertura a outras interpretações, a outras perspectivas, o que permite a transformação de sua própria perspectiva. O ACS é a função no serviço que tem maior potência para a perspectiva generalista, pois ele não está amarrado a nenhum saber específico. O ACS, não sendo especialista em nenhum domínio do saber, pode trazer com mais força as demandas complexas da rua. Ele é matriciado³³⁵, incorpora todos os saberes específicos presentes na equipe e ensina os técni-

³³⁵ Entende-se por matriciamento o suporte realizado por profissionais de diversas áreas especializadas dado a uma equipe interdisciplinar com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações. O matriciamento ou apoio matricial foi formulado por Gastão Wagner em 1999 (Ministério da Saúde, 2011).

cos acerca das singularidades do território da rua.

A perspectiva do ACS é menos exposta aos limites da atuação técnico-científica, tendo a possibilidade de ser mais transdisciplinar, pois circula constantemente por todas as esferas do serviço, da rede e do território. A função do ACS é vital para a integração das perspectivas na equipe. O POP RUA não é um serviço de Atenção Básica com atendimentos em saúde mental, mas um serviço de Atenção Básica modificado por uma lógica da saúde mental. A saúde mental é uma perspectiva que deve permear todos os atendimentos, as práticas de qualquer profissional da equipe. A troca de saberes deve estar e está atrelada a necessidades concretas impostas pela complexidade dos casos.

Essa diretriz diz respeito à diretriz da clínica ampliada que trabalhamos no capítulo segundo. Como discutimos, é o concreto da experiência dos sujeitos e dos territórios e a aproximação com essas experiências que fazem a clínica se ampliar. A transdisciplinaridade se faz pela construção de um plano comum entre os profissionais da equipe, pela habitação e acesso deste plano comum da equipe construído com a rua, o que vai fazer variarem os pontos de vista profissionais, fazendo-os tender a pontos de ver coletivos. A junção pouco usual das práticas de ESF com as práticas da saúde mental, a possibilidade de construir uma prática coletiva que articule essas práticas, é feita pela realidade concreta dos casos e pela aproximação e troca entre os profissionais nos casos concretos: *“O psicólogo anuncia aos pacientes que ele vai entrar de férias. A paciente fala para ele ir despreocupado, porque qualquer coisa ela conversa com a dentista”*.

A troca, a contaminação que faz variarem as perspectivas profissionais dos trabalhadores é entendida como um vetor de existencialização importante: um vetor clínico para a própria equipe. Como lidar com questões de saúde e violência produzidas no seio da sociedade? O sofrimento vivido no trabalho deve ser entendido como dizendo respeito à própria problemática que o POP RUA lida: a sociedade. Assim o sofrimento do trabalhador não é algo pessoal. Ao menos, é preciso cuidar desse sofrimento do trabalhador a partir de como ele surge na relação com o trabalho.

Por isso, uma importante diretriz é **o cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho.**

Mas o que seria cuidar do profissional? Geralmente o cuidado do trabalhador se faz em espaços isolados do restante do processo de

trabalho, realizado em dinâmicas que têm como objetivo a formação do trabalhador e o acolhimento de suas dificuldades e sentimentos. É preciso cuidar, no trabalho, dos sofrimentos produzidos na própria atividade profissional. Não é nítida e precisa a linha divisória entre os sofrimentos pessoais e profissionais. Os sofrimentos e dificuldades acontecem misturados às várias esferas da vida do profissional. O que deve ser cuidado no espaço de trabalho é o sofrimento que está implicado no processo de trabalho.

Sem dúvida, é preciso um espaço para que sejam expressos os sofrimentos do trabalhador, mas essa expressão é somente um primeiro momento do cuidado do profissional através do trabalho. É preciso, como com o usuário, transformar a queixa do trabalhador em demanda, o que implica um reposicionamento do profissional, da própria equipe em seu processo de trabalho e, ainda, da gestão que está em relação com a prática da equipe. Quer dizer que a queixa dos trabalhadores deve se transformar em demanda para a gestão: tanto a gestão interna da equipe quanto a gestão dos serviços e das redes.

O cuidado com o trabalho da equipe visa dar suporte às muitas dificuldades que a equipe enfrenta: de lidar constantemente com as violências institucionais, de elaborar as situações extremas encontradas na rua e as precariedades do trabalho, de gerenciar o processo de construção de uma prática, etc. É preciso construir esses espaços para cuidar do trabalhador que também está sendo atravessado pelos afetos que circulam no território em que intervém. Quer dizer, não se pode individualizar o problema, como se este não se constituísse um campo problemático coletivo. A individualização do sofrimento encobre as condições do trabalho, o modo como este está sendo gerido, as próprias dificuldades no processo de trabalho e as questões políticas envolvidas nesse processo.

A expressão do que o trabalhador sente em relação ao trabalho deve ocupar o fazer da equipe. Para a coletivização e politização das questões, para a ampliação da clínica e para a transmissão contínua do conhecimento do trabalho é fundamental que a gestão dessa clínica seja feita de forma coletiva, participativa, com espaços coletivos de cuidado do trabalho. Coletivizar as questões, torná-las políticas, enseja a diretriz fundamental do cuidado com o território da equipe: **a cogestão do cuidado e a construção de espaços coletivos de cuidado do trabalho.**

O trabalho conjunto dos profissionais amplia a visão acerca do próprio serviço, permitindo que cada trabalhador saiba como ele funciona como um todo, conhecendo os fluxos internos e com a rede e a função de cada um. O cuidado na Atenção Básica deve ser coletivo, envolvendo as mais diferentes perspectivas na clínica. A construção do saber acerca do trabalho está ligada à saúde do trabalhador: é produzindo sentido para o trabalho, por meio da produção de conhecimento sobre a sua prática, que o profissional pode ter uma relação mais saudável com esse trabalho.

A coletivização distribui a responsabilidade e sustenta melhor a tarefa de lidar com a complexidade, ao juntar perspectivas diferentes. Por perspectivas diferentes não se entendem somente as diversas formações técnicas, mas a singularidade de cada trabalhador. O POP RUA se formou como uma equipe com formações diferentes, mas também com histórias de vida, estilos diferentes. Inicialmente, essa diversidade gerava muitos conflitos, disputas, mas eram também nessas diferenças que a equipe era forçada a pensar.

Há uma direção do cuidado com a equipe, da criação da equipe que é subjacente e que seria mais como uma capacidade que é condição básica para o trabalhador do POP RUA, mas que, ao mesmo tempo, é exercitada e construída: **a abertura à alteridade.**

O que permite aprender com a rua e ampliar o olhar da clínica é uma disponibilidade ao outro, ao diferente: seja a perspectiva diferente do colega de equipe, seja a do usuário, seja a do território da rua. Essa disponibilidade se dá por uma maneira de se fazer presente com um interesse genuíno. Tal interesse não é uma questão de boa vontade. Ele comparece como uma flexibilidade, uma capacidade de aproximação daquilo que é diferente de mim ou que está fora de meus padrões. Também desperta uma capacidade de estranhar nossos próprios conceitos e concepções. É preciso estar disponível à diferença que a rua traz. O trabalhador está aberto à diferença quando acolhe os estranhamentos provocados tanto pela presença do outro quanto pelas diferenciações que o trabalhador sente em si mesmo. É preciso trabalhar a capacidade de estranhar-se, e esse trabalho se faz convivendo com as diferenças.

Interessante esse interesse, que não é uma questão de boa vontade, caridade. Não tem a ver com sentir pena do outro. Estaria mais relacionado a uma sensação paradoxal: interesse-me pelo diferente de mim porque sinto essa diferença em mim. Encontramo-nos nessa dife-

rença. A ACS relata: *“Gostava de ver miíase, osso pra fora. Sangue. Mas tinha medo do cara que morava na rua. Aí, no primeiro dia que fui sozinha pra rua, já era noite... Cheguei perto de um grupo para fazer a aproximação. Comecei a conversar: por que você está na rua? Sabe que é, matei minha mãe. Senta aqui... Ai meu Deus, sentei, né, de boa... Se não sentasse...”*

Mesmo na sua monstruosidade, o outro existente é interessante. Algo nos conecta nessa monstruosidade, com ela, apesar do que ela possa ter de abominável. *“Esse trabalho nos tira da caixa.”* Há algo comum na equipe. Muitos membros dela se apresentam como as *“ovelhas negras da família”* que se direcionaram a trabalhos dos quais pais e familiares discordavam. Muitos não. O que há de comum é esse interesse pela ruptura, pelo que sai da tal *“caixa”* – certo fascínio pela desordem ou por poder ver a inexistência de qualquer ordem superior do mundo, pelas possibilidades absolutamente imprevisíveis de expressão das existências. Ao que chamamos de *‘expressão do plano bruto da existência através da experiência de desterro’*. O que liga a rua e os trabalhadores entre si é esse *“interesse genuíno, a gente se interessa pela vida deles e eles percebem isso”*.

Metodologias do cuidado com o território da equipe

No primeiro sentido do cuidado no POP RUA, falamos de metodologias do trabalho. Mas há também metodologias do cuidado com o trabalho. Se o trabalho é de construir um cuidado que é criação e cultivo, o cuidado com o trabalho é também criar e cultivar a própria prática de trabalho. São modos de fazer direções do cuidado do território da equipe: **organizar o trabalho de maneira interdisciplinar, praticar o cuidado de modo transdisciplinar.**

A interdisciplinaridade é definida por arranjos no processo de trabalho que articulam as diversas funções na equipe e que visam à construção de uma coesão entre as ações. Os arranjos interdisciplinares têm uma distribuição clara do que cada um deve fazer. Isso pressupõe um bom nível de comunicação e troca na equipe. É necessário que todos tenham noção do processo geral da equipe, de como se organiza a instituição e as etapas do processo de trabalho. Não se trata, portanto, de todos fazerem tudo, e sim de todos se sentirem corresponsáveis. A chave para isso é a comunicação adequada, clara e que integra todas as funções da equipe. Essa comunicação é mantida e aprimorada tanto no trabalho diário quanto nas reuniões de equipe, de estudo de casos e em supervisões.

Na interdisciplinaridade não se perde a função da referência. Não é possível ao profissional dominar todos os saberes, mas as ações da equipe podem estar integradas, apesar dos lugares definidos. Um arranjo interdisciplinar é um ponto de convergência dos vários atos profissionais. Esse tipo de arranjo não prescinde de uma coordenação, mesmo que esse papel circule na equipe e nos casos. Nos arranjos interdisciplinares (interconsulta, reunião de equipe, discussão de caso), os saberes conversam e partilham a experiência do cuidado, embora tenham seus lugares fixos e definidos.

Na prática, na experimentação, contudo, os saberes interferem uns nos outros e fazem variar os limites entre eles. A esse tipo de comunicação entre os saberes chamamos de transdisciplinar: os saberes se interferem de modo a que o olhar e a intervenção do médico, por exemplo, já não sejam mais os mesmos depois de afetados pela perspectiva e pela intervenção do ACS. As ações transdisciplinares tornam difusa a fronteira entre os saberes. Quando um trabalhador se deixa tocar pela perspectiva do outro, faz variar sua própria perspectiva e ação para além do saber de sua competência. O que se torna transdisciplinar são as ações da equipe na relação com o usuário, e não os profissionais. A ação é transdisciplinar quando deixa de ser propriedade de um agente.

A enfermeira está atendendo uma paciente e apenas iria fazer o exame TIG³³⁶. Ela compreende que, nessa situação específica, não deveria dar o resultado de uma forma aleatória. Precisava ir mais lentamente, para entender o desdobramento do resultado para a usuária e para o trabalho. *“Nesse momento me dei conta de que não olhava estritamente como enfermeira, somente o procedimento do TIG. Não necessariamente a gente diz que tem uma graduação.”* A transdisciplinaridade se faz em ato, após uma longa experimentação, um contato próximo. É decisivo entender que esse processo se faz e ainda mais o seguir, dar espaço para ele quando aconteça. Trata-se, pois, de comunicação, de aprender a se comunicar por outras linguagens: *“Depois da transdisciplinaridade tem a pandisciplinaridade, que é quando a gente vai conseguir latir (risos)”* (Médico). Dizemos que esse trânsito se faz por esse plano afetivo, que é o plano bruto da existência, que nos conecta a outro profissional, ao usuário e até aos cachorros.

O matriciamento cruzado é outra figura metodológica que fala de um modo de trans-

³³⁶ Teste de gravidez.

versalizar.

Matriciamento cruzado é a troca entre as perspectivas profissionais da equipe. É a troca entre os saberes em via de mão dupla: não é a transmissão de um saber superior ou especialista, mas é compartilhamento. É quando um profissional conversa e atua com outro e ambos aprendem nessa interação. O que se produz no matriciamento cruzado é uma prática e uma perspectiva híbrida. O matriciamento cruzado não é garantido por nenhum dispositivo específico. Ele se faz a partir da disponibilidade, da convivência e do trabalho conjunto entre as diferentes perspectivas profissionais.

O matriciamento cruzado é diferente do matriciamento como é entendido geralmente no campo da Saúde Pública. Em geral, o matriciamento é a ação de um agente externo, que é especialista em determinada questão e vem passar um saber. O matriciamento cruzado é uma troca entre profissionais que se faz no ato do trabalho. O modo de operar essa troca, essa coletivização é estar em contato no presente do tempo-espaço, na experiência do trabalho. Por isso, outra metodologia é **aprender e analisar em ato**.

O aprendizado acerca do trabalho, do manejo com a rua, da integração dos olhares se faz no dia a dia, a partir da prática de se aproximar dos casos. É sempre um aprendizado que se faz em ato, na experimentação - sendo esta fundamental para o aprendizado. Contudo, esse aprendizado em ato deve ser elaborado, refinado em espaços coletivos que realizem análises e reflexões da prática. Para ampliar a clínica, transversalizar os saberes e conhecer, é necessário produzir uma análise com a experiência vivida - isto é, análise a experiência na medida em que analiso com a experiência. A análise se faz no ato de experimentar, acolhendo a experiência mais do que a julgando a partir de categorias de certo ou errado. A análise em ato é a análise dos efeitos das práticas, do que efetivamente se produziu em determinada experiência. Para fazer a análise da prática é preciso incluir a experiência, estar ao lado da experiência, buscando entender como ela se produziu.

Essa metodologia diz de como utilizar a experiência concreta vivida no território. Aprender e analisar em ato é aprender e analisar **ali** - denotativo de presença no território -, buscando estar perto da concretude do vivido e dos afetos, da experiência presente, de como o profissional se afeta, sente a experiência.

Finalização de trajetos que não se concluem

Trajetos. Nós os percorremos, tomamos algumas direções e não outras. Vamos os fazendo em tempo real. Tomamos trilhas que já existem, abrimos novas. Passamos por becos, vielas, atravessamos fora da faixa de segurança, passamos de uma maneira única por onde muitos passam. Cada trajeto é singular, como o rio de Heráclito. Algo de nós faz os trajetos, e eles nos vão fazendo. Fazer um trajeto é, como diz Waly Salomão, “fazer fazendo no feito”³³⁷. É sempre com um já realizado que vamos realizando outras realizações. Ao final deste trajeto-tese, que junta muitos outros trajetos evidenciados, e outros que ficam como subterrâneos, temos a sensação de que poderíamos continuar. E ao mesmo tempo, temos a certeza de que é imperativo finalizar. Os problemas que tentamos enfrentar, as possibilidades de saídas para estes problemas, parecem ser de ilimitada expressão. As possibilidades dos trajetos são ilimitadas. Mas o trajeto é necessariamente finito.

Apresentamos aqui uma experiência de território. Na verdade, somente trajetos, traços, vestígios desta experiência. O bloco empírico vivido no POP RUA é um emaranhado de trajetos que se encontram, e formam um território que nunca poderia ser completamente expresso em linhas narrativas. A trajetória da tese é um trajeto possível neste bloco. É um percurso, uma linha nessa topografia. Uma cartografia que se sabe artificial. Mas essa experiência de território, esse trajeto-tese, parece ganhar algumas consistências.

Ao fim e ao cabo, não temos um sistema completo de técnicas, um método, um protocolo passo a passo, para resolver o problemas das chamadas populações em situação de rua na sua relação com o campo da saúde e das políticas de Estado. Tratamos de entender que o problema das pessoas que vivem nas ruas é um problema nosso. Ou melhor, qualquer saída construída passa por um “nós”. Lidamos com problemas, colocamos questões à produção de conhecimento, à Atenção Básica em Saúde, à cidade, aos modos de ver e agir no contemporâneo. Mas a estes problemas e questões não apresentamos resoluções, justamente porque entendemos que lidar com eles, enfrentá-los, é mantê-los como perguntas e problemas que sempre devem se atualizar em territórios específicos. Problemas que devem manter seu gerúndio, seu infinitivo. Não podem nem devem ganhar resoluções definitivas, únicas, gerais, totais. A natureza destes problemas, de início, pede de nós uma abertura, uma iniciativa, uma experi-

³³⁷ Salomão, 2003B.

mentação, uma continuidade, uma duração no tempo ao habitarmos esses territórios problemáticos. O que o infinitivo destes problemas cria?

Nos últimos anos, criou por exemplo esta tese, o espaço da pesquisa, a prática do POP RUA, o documento técnico-político do POP RUA, efeitos na vidas das pessoas que destes processos tomaram parte. O que reunimos sob o nome de documento técnico, o que analisamos e criamos a partir dele, são análises apenas possíveis. São atualizações datadas. São apenas traços, esboços que nada totalizam. Mas sim, apontam direções direcionadas, apontam modos de fazer a partir de um feito, apontam um local no tempo e no espaço. Mas mantém uma abertura, um grau de incompletude que permite sua conexão e transformação em e com outros territórios vivos. De fato, como na experiência da terceira margem do rio, a terceira margem da rua não é totalizável em uma definição. Mas é fértil em apontar, esboçar novas formas, novas estratégias. Em produzir atualizações. Esta tese, a maneira como aqui vem se falando de uma clínica de território é uma atualização da intervenção clínico-política no contemporâneo, através do território da Atenção Básica em saúde para a rua. Mas só o é a partir da rua, e com rua.

As diretrizes, metodologias e dispositivos, como modos de falar da prática do POP RUA, foram feitas a partir de esboços, como os desenhos iniciais de Fellini. Mas para uma clínica de território, que é mais e menos que a prática de cuidado no POP RUA, estes elementos do documento técnico devem funcionar apenas como traços, direções, movimentos iniciáticos.

O que se criou no POP RUA, e a clínica de território que entrevemos, é da ordem da tentativa. É uma insurgência local, tem seu fim no próprio agir, não tem projeto de resolução, não quer ter. Quer ter sim um mínimo, um básico no trabalho em saúde. Não há meta estabelecida porque não se tem um projeto final para as pessoas que vivem nas ruas: não achamos que precisam ir para uma casa, não achamos que precisam ficar na rua. Não estamos dizendo, obviamente, que as ações não precisam apresentar respostas concretas, a problemas concretos. Mas não há resposta geral, e mais que isso, qualquer resposta não depende somente de um serviço de atenção básica ou de uma clínica.

Nos restringimos a um mínimo, um básico. O que exige de nós certa crueldade, certo capacidade de suportar violências, ou melhor, fragilidades, recomposições. A tentativa no POP RUA e na pesquisa, era a de criar uma rede “frágil e persistente como um cogumelo no

reino vegetal”³³⁸. Fazer proliferar as zonas autônomas e coletivas temporárias, criar condições para isso. Nossa tentativa está em uma relação dentro/fora dos aparatos do Estado, que quer sempre definir, resolver (o quê? pra quem?). Entramos no aparato, dialogamos com ele, o operamos de certa forma para viabilizar não nosso projeto, mas nosso “fazer fazendo no feito”. Nossa tentativa que é para e no aqui e agora. Nossa iniciativa, como interventores, clínicos, pesquisadores é como a jangada de Deligny: frágil, precária, para ser suficientemente aberta e flexível.

Nossa jangada, nossa heterotopia³³⁹, tem ligaduras, pontos bem amarrados que servem de liga. Nos termos do AND³⁴⁰, tentativa é aberta, flexível o suficiente para que o jogo siga em seu processo, para que sigamos vivendo juntos. O que liga é da ordem da articulação, do vínculo, e não de um centro. Um mínimo de estrato suficiente para que o acontecimento passe, para que haja uma interface/superfície de contato com o curso do rio que embarcamos. Tratamos de seguir o curso do rio, e “o rio não quer chegar a lugar nenhum, ele quer é chegar a ser mais largo, mais fundo”³⁴¹. Da jangada, Deligny fala: “nossa liberdade relativa procede desta estrutura rudimentária. Eu acho que os que criaram a jangada, fizeram o melhor que podiam quando de fato não tinham condições de construir um embarcação [...]”³⁴².

O POP RUA criou territórios de cuidado, construiu sua prática quando não tinha condições de fazer isso; eu comecei a fazer esta tese quando não tinha condições de fazê-la. O que sustentou estes processos foi a vinculação, a articulação com os territórios com os quais compomos: a rua do centro do Rio, o POP RUA, nossa atividade na UFF. Vínculo não é só simpatia, sentimento pessoal. É mais um grau de agenciamento, de possibilidade de acesso à experiência, o que faz da vinculação, uma articulação, que modifica ambos os termos articulados.

O que aqui foi dito, formulado, direcionado, traçado, foi feito para ser impermanente. Um corpo de passagem que nos permite continuar a durar na amplitude de problemas, e que ao mesmo tempo, nos permita viver, aqui e agora, outros lugares. Não estamos em um relativismo ou indiferença com (per)curso que se toma. Ao contrário, é atenção e presença próxima ao curso do rio, ao percurso, **ali** onde ele efetivamente acontece: nos territórios existenciais, nos pontos de encontro das linhas, dos percursos das existências, ali onde a realidade efetiva-

³³⁸ Deligny, 2009.

³³⁹ Foucault 2009.

³⁴⁰ Eugênio, Fiadeiro, 2013.

³⁴¹ Rosa, 2012.

³⁴² Deligny, 2009, p. 42.

mente emerge como processo de realização, em um concreto de uma vida que é feita de percursos e vetores coletivos, nas linhas que correm nesta terra.

É de disso que se trata. Uma relação com o território. Território que fazemos parte, que compomos e nos compõe. É uma certa relação com o território que mantém viva a iniciativa, ou, como podemos atualizar em um termo mais próximo, a **aposta**.

É a aposta nos territórios, que tem uma dimensão forma e uma dimensão puro processo entre as formas, que entendemos ser o foco de uma atenção básica em saúde. É atenção ao básico de uma vida: básico como o território base onde se formam as existências. O básico, o cotidiano, o ordinário da vida: aquilo que se apresenta como imperceptível e que participa de muitos relevos possíveis³⁴³. O básico como o espaço das relações de toda ordem: entre pessoas, entre seres vivos de todos tipos, sejam bactérias, vírus, aves, roedores, caninos, humanos; mas também entre artefatos, espaços, signos. Território da atenção ao básico como o recorte do plano básico onde a vida, o mundo se movimenta.

Parece que para o homem-que-nós-somos é possível, ao menos em parte, destacarmos, desconectarmos deste plano base. Podemos estabelecer, e parece que muitas vezes estabelecemos, relações e modos de estar no mundo mais ou menos abstraídos, mais ou menos separados ou indiferente em relação ao plano básico da vida.

É a relação com o território é que sustenta nossa aposta sem projeto. Quanto maior a capacidade de conexão, maior grau de potência do corpo afetar e ser afetado, maior nossa mobilidade e força dos vínculos. Maior nossa capacidade de acessar e traçar o comum. Que na cidade, na política pública na cidade, é poder compor com o que há.

A maneira de vincular, de construir as articulações diz respeito a operação, a como operar a relação. Durante toda a tese tem-se a impressão de repetição. Dizer a mesma coisa, de modos diferentes. Ao final, aqui dou-me conta que, isso que se repete é a operação. Se repete da operação não o conteúdo onde ela opera, mas seu proceder, seu operar. É aí que existe uma operação. Deleuze e Guattari³⁴⁴ falam do ritornelo, como a operação de repetição que cria o território. Cria e ao mesmo tempo vai transformando, porque é uma repetição diferenciante. Toda este processo de pesquisa foi produzido por repetições, habitar repetidamente o território da pesquisa, de estudo, de escrita, de discussão com os colegas, de músicas que ouvimos, frases que lemos, costumes. Pequenos refrães.

³⁴³ Eugênio, Fiadeiro, 2013.

³⁴⁴ Deleuze, Guattari, 1997D.

Clínica de território se faz como modo de relação, modo de operar a relação com o território. A primeira característica desta é que ela é uma operação de dinâmica circular, paradoxal, onde as afirmações sobre a clínica de território são mesmo os elementos da constituintes da clínica e da maneira de afirmá-la. Operar modos de ver e agir onde está incluído na ação operar aquilo mesmo que vê e age. Construir um corpo, ao construir um ver e um agir. Começa-se sempre por si mesmo, ou melhor, por onde se está, como modo de criar condições. Começo que não é etapa, mas condição, que age sobre si e sobre o outro, age dentro e fora. Por isso dois sentidos do cuidado do POP RUA: cidade e equipe, porque os problemas dizem respeito não a eles ou a mim, mas a nós. As operações constroem um ambiente, um território.

Sendo uma clínica - o que implica as direções de acolhimento e produção de desvio, que envolve operações analíticas e articulacionais - a clínica de território envolve três operações básicas, em dinâmica operacionais circulares, ou seja, não etapas, mas movimentos que se coproduzem. Operações que fazem da clínica de território um clinicar de território: habitar o território, transversalizar ou traçar o plano comum, cartografar.

É nestas três operações que dizemos que nossa relação com o território cria um território do qual tomamos parte, que nos compõe. Os saberes que construímos, as técnicas que utilizamos para o clinicar de território, são sempre de uma ordem transdisciplinar. A clínica é sempre transdisciplinar³⁴⁵. Clínica como operação que perturba os limites das disciplinas, dos saberes, desestabilizando a dicotomia sujeito/objeto e as unidades e identidades das disciplinas e dos especialismos. Um processo de diferenciação que não tende à estabilidade³⁴⁶.

Contudo, nessa instabilidade, um posicionamento no território vai sendo produzido na operação. Um corpo da clínica, uma perspectiva, como efeito coemergente com a operação. Cria-se o território e cria-se nossa posição. Criamos o território ao criamos também nosso posicionamento. Cabe ao clínico construir esse corpo/posicionamento. Corpo que poderíamos dizer, com Waly Salomão³⁴⁷, é de um tipo de sensibilidade, um tipo de potência de afetar e ser afetado. Sensibilidade **OUTINSIDE**: fora/dentro, articulação sensível que se faz na margem eu-outro, eu mundo: “na ciência dos cuidados fui treinado, agora entre meu ser e o ser alheio, a linha de fronteira se rompeu”³⁴⁸. Corpo político que se faz por uma relação com um ambiente: um espaço/tempo, sensibilidade atenta ao alheio, e não pela via das imagens/clichês/coágulos. Incorporação do fora, incorporação no ambiente.

³⁴⁵ Passos, 2002.

³⁴⁶ Passos, Barros, 2000.

³⁴⁷ Salomão, 2003.

³⁴⁸ Salomão, 1996, p. 21.

Perspectiva de um clinicar de território, que opera um modo de ver cartográfico, um modo de ver na articulação paradoxal entre ponto de ver e ponto de vista, que age compondo traçando uma transversal. Modos de ver e agir em uma sensibilidade ao território, um corpo de sensibilidade OUTINSIDE. Corpo que é mais um processo de corporificação, pois cria uma consistência construída ao operar sua perspectiva. Corpo que se confunde com a operação, pois só existe, consiste no processo de corporificação.

Clinicar de território é operacionalmente semelhante ao parangolé de Hélio Oiticica. O parangolé consiste em uma performance onde alguém dança com uma espécie de capa ou roupa. Na verdade, é mais que isso. O parangolé para Hélio só existe como obra enquanto agenciamento capa-corpo-espaco-tempo-dança, o que faz dele uma experiência que evidencia certa relação com um ambiente. Uma relação ambiental, com tudo que rodeia. Oiticica³⁴⁹ fala que o Parangolé propõe um jogo/dança que objetiva (ou tem por efeito) exorcizar limites do feito e do fazer-se, do externo e interno, e assumir o poder de inventar. Podemos identificar nessa relação ambiental, que é a criação de um clima-ambiência, um giro-vórtice da dança no parangolé. Giro-vórtice em duas direções no jogo: sentido **centrípeto** traz o fora, o ambiente espaço-tempo, para dentro, dissolvendo o ego-identidade permanente e completo; e sentido **centrífugo**, que leva o clímax corporal ao entorno, criando um ambiente, onde o agente não é um eu identificado, mas a experiência do giro que rompe as fronteiras, o jogo de dissolvência da fronteira corpo/ambiente se dando em ato. Clima, ambiência criada para dentro e fora, para o corpo e o espaço-tempo.

Esse programa/jogo/dança/experimentação só pode acontecer ao criar um corpo coletivo. O parangolé está em contiguidade, cumplicidade e simbiose com as “agruras e voltas por cima daqueles da base da pirâmide social: bicos, expedientes, subempregos, camelotagem”³⁵⁰. É nestas margens que o bruto do mundo está em abundância. O parangolé é um manéio de bruxo com o bruto do mundo, “feitiço fugaz, uma firula, uma propensão a gingada para dribles e embaixadas, que agita e serve como condicionador de seus giros”³⁵¹. Cinética do programa/jogo/dança que opera a descoagulação da realidade dos substantivos pela fluidez de sentido. Entendemos que a clínica de território, com a rua opera um parangolé: cria um clima, joga e dança com as contigüidades, absorve o território e incorpora no território, cria outros territórios.

³⁴⁹ Oiticica, 2013.

³⁵⁰ Salomão 2003B, p. 39.

³⁵¹ Salomão, 2003B, p.28.

O que propomos como clínica de território são estas operações de criação com o ambiente. Clínica de território é uma proposição para a saúde e para a cidade, que se faz sempre de maneira coletiva, que não é operada somente por um ator. Que tem por isso em algumas condições da Atenção Básica seu meio de desenvolvimento: equipes multiprofissionais, que estejam próximas e dentro dos territórios que atendem, ocupadas de processos de vida. É uma operação de cuidado de nosso ambiente. Uma ecologia, que quer cultivar a diversidade, que quer dar espaço para os outros. E que tem uma função instituinte nas práticas de saúde, que transversaliza os saberes da saúde, por essa relação com o basal do território.

Proposição crítica e clínica em relação as práticas de saúde. Clínica de território com a rua é fazer o território da rua clinicar a cidade e a saúde pública, porque cuidar da rua implica a modificação de nós mesmos. Por se pretender uma intercessora na cidade, é uma clínica pública (e haveria uma clínica comprometida com os processos de subjetivação que não seria pública?).

Estamos na cidade, vamos à política pública, vamos a saúde, e chegamos onde na saúde, há território mais fértil - atenção básica. Acrescentamos à atenção básica aquelas práticas que se afirmaram em um trabalho também territorial, com os territórios mais à margem: a saúde mental, a redução de danos, aquelas práticas que se aproximam da experiência da loucura, do uso de drogas, experiência de estar fora da ordem³⁵², de estar desterritorializado, estar exilado. Não há sujeito, vivente, território de vida enfim, que não seja digno de ser cuidado, preservado. Clínica de território é uma ecologia urbana. Uma linha possível para fazer ecologia na cidade. E na cidade brasileira, onde o Estado de bem estar social nunca existiu, a aposta é na realização da política pública de saúde, no caráter público da política: criar, promover o comum em meio as práticas sociais do Estado, de modo que sua tendência cronificante, centralizadora, substantivantizante seja diminuída. De modo que se possa utilizar o espaço institucional do Estado para, minimamente, criar condições de vida onde as pessoas vivem.

Clínica de território é a explicitação da aposta em política pública, através do SUS: modelo não centrípeto, nem trabalhador-centrado, gestor-centrado ou usuário-centrado. Mas assentado no território, onde todos os atores da saúde pública se relacionam, se constituem. Clínica de território coloca em questão muito mais do que o sujeito da demanda de cuidado: coloca em questão as práticas civilizatórias, as práticas de coletivização.

É contra a subtração de nossa possibilidade de viver junto, como sintoma cada vez mais agudo, que se faz necessário uma clínica de território. A experiência POP RUA foi bem

³⁵² Macerata, Dias, Passos, 2014.

sucedida porque foi uma experiência de coletivo, entre os trabalhadores das mais diversas formação na equipe; entre equipe e usuários; entre equipe e outros atores das políticas públicas; entre equipe e pesquisadores. Tudo isso por uma relação com/no/a partir/para o território. A cidade se compõe para além do querer dos sujeitos e coletivos que formam unidades racionais. Há zonas brutas, zonas que mostram o caráter relacional ou construcionista da produção da realidade. Como fala um entrevistado do documentário “À margem da imagem”³⁵³, sobre a cidade e a rua, “precisamos fazer que as classes se misturem, é isso que faz da cidade democrática, e não esperar o momento onde todo mundo for igual, pois não vai existir este dia”. Por classe vamos entender algo além de classe social, mas todas as classes de viventes, existentes.

Minha vida foi atraída pela rua, pelas existências que na rua se constituem de maneira tão intensa. Mas não se trata só daquele de rua ou da minha vida. Se trata da vida, se trata de nós, da nossa vida nesse planeta. Se trata da terra, este elemento elementar, esse elemento mais desterritorializado, mais informe, mais bruto, este plano onde tudo se cria, se transforma, todo o campo de virtualidade, de possível e de atual. Se trata aqui de conectar com a terra, acreditar na terra³⁵⁴. Contudo, se trata-se de muita coisa, com este trabalho, queremos que essa experiência muito local e contingencial sirva apenas de instrumento de crítica e clínica às práticas em atenção básica, saúde mental e redução de danos em saúde, que entendemos ser um campo possível para engendrar a intervenção clínico-política no contemporâneo.

³⁵³ Edvaldo Morcazel, 2004.

³⁵⁴ Deleuze, Guattari, 1997D.

Fontes

Referências Bibliográficas

AGAMBEM, G. **Homo Sacer, o poder soberano e a vida nua I**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.

ALVAREZ J, PASSOS E. **Cartografar é habitar um território existencial**. In: PASSOS E, KASTRUP V, ESCÓSSIA L, organizadores . *Pistas do método cartográfico*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BARROS, L. M. R.; BARROS, M. E. B. **O problema da análise em pesquisa cartográfica**. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, Aug. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922013000200010&lng=e&nrm=iso>. access on 11 Sept. 2014.

BARROS, M.E.B.; HECKERT, A.L.C.; MARCHIORI, F.M. **Desafios para a pesquisa dos processos de trabalho: a CAP como estratégia**. *Est. Pesqui. Psicol.*, v.6, p.1-15, 2006.

BARROS, R. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BÓNDIA, J.L. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. *Revista Brasileira de Educação*. Jan-Abr. nº 19, 2002.

BORGHI, S. **La casa y el cosmos: el ritornelo y la música en el pensamiento de Deleuze y Guattari**. Buenos Aires: Cactus, 2014.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção a Saúde, CN-DST/AIDS. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS: estratégia para a qualificação da gestão descentralizada** / Ministério da Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 648/GM, de 28 de março de 2006. **Aprova a Po-**

lítica Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4. ed., 2008.

_____. Ministério da Saúde. **diretrizes do apoio integrado para qualificação da gestão e da atenção no sus.** Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_100712.pdf. Acessado em: 20 dez. 2012.

_____. **Expansão do Saúde da Família.** Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/PROESF/expansao_sf.php. Acessado em: 22 mar. 2013.

BORGES, J. L. **Avatares de la tortuga. Discusión.** Buenos Aires: Emecé, 1989.

_____. **O Aleph.** São Paulo: Globo, 2001.

_____. **Ficções.** São Paulo. Companhia das letras. 2009.

CAMPOS, G.W. **A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** 1997 mimeo DMPS-UNICAMP.

_____. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** 2a ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. **Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica: diretrizes: documento preliminar.** Rio de Janeiro: ABEM; 2005B.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. **A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos.** Saude soc., São Paulo, v. 19, n. 3, set. 2010. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300021&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 30 jul. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300021>.

CASTRO, E. V. **Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio**. Mana, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 115-144, Oct. 1996. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93131996000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 17 June 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93131996000200005>.

_____. **Metafísicas canibales: líneas de antropología postestructural**. Buenos Aires: Katz Editores, 2010.

_____. **Posfácio** em: CLASTRES, P. A arqueologia da violência. São Paulo: Cosac & Naif, 2014.

CLASTRES, P. **A Sociedade Contra o Estado**. São Paulo, Cosac & Naif, 2003.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Campinas, SP: Dissertação [Mestrado] Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2004.

_____. **Atenção Básica e o desafio do SUS**. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos Humanizaus Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

DELEUZE, G. **Spinoza et le problème de l'expression**. Paris: Éditions de Minuit, 1968.

_____. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

_____. **Dois Questões**. In: LANCETTI, A. (Org.) SaúdeLoucura. São Paulo: Hucitec. 1992b. n. 3, p. 63-66.

_____. **Crítica e clínica**. São Paulo: 34. 1997

_____. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 1998.

_____. **Foucault**. São Paulo. Brasiliense, 2005.

_____. O Abecedário Gilles Deleuze. Disponível em:

<www.oestrangeiro.net/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=67>. Acessado em 25/07/2008. 2008.

_____. **Espinosa filosofia prática**. São Paulo, Escuta: 2012.

_____. **A imanência: uma vida...** disponível em:

<http://www.letras.ufrj.br/ciencialit/terceiramargemonline/numero11/xiii.html>, acesso junho,

2013.

DELEUZE, G.; GUATTARI, G. **Proust e os signos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

_____. **O que é a Filosofia**. Rio de Janeiro, Ed. 34, 1992

_____. **Mil Platôs. Vol. 1**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997A.

_____. **Mil Platôs. Vol. 2**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997B.

_____. **Mil Platôs Vol. 3**. São Paulo, Ed. 34, 1997C.

_____. **Mil Platôs. Vol. 4**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997D.

_____. **Mil Platôs Vol. 5**. São Paulo, Ed. 34, 1997E.

_____. **O Anti-édipo**. Lisboa, Assírio & Alvim, 2004.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DELIGNY, F. **L'Arachnéen et autre textes**, avant-propos de Sandra Alvarez de Toledo et postface de Bertrand Ogilvie, Paris, L'Arachnéen, 2008.

_____. **Permitir, trazar, ver**. Barcelona: Museu d'Art Contemporani de Barcelona, 2009.

DESPRET, V. **The Body We Care For: Figures of Anthro-zoo-genesis**. In: *Body & Society*, 10(2-3), 2004, p. 111-134.

_____. **Os dispositivos experimentais**. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 43-58, abr. 2011A. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922011000100004&lng=pt&nrm=iso)

[02922011000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922011000100004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 06 jun. 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922011000100004>.

_____. **Leitura etnopsicológica do segredo**. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 05-28, Apr. 2011B. Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922011000100002&lng=en&nrm=iso)

[02922011000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922011000100002&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 June 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922011000100002>.

_____. **Acabando com o luto, pensando com os mortos**. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio

de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 73-82, Apr. 2011C . Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922011000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 06 June 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922011000100006>.

_____. **As ciências da emoção estão impregnadas de política? Catherine Lutz e a questão do gênero das emoções.** *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 29-42, Apr. 2011D. Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922011000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 06 June 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922011000100003>.

EIRADO, A.; PASSOS, E. **A noção de autonomia e a dimensão do virtual.** *Psicologia Em Estudos, Maringá*, v. 9, n. 1, p. 77-85, 2004.

EIRADO, A. et al. **Memória e alteridade: o problema das falsas lembranças.** *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 75-86, 2006.

EUGÊNIO, F. **Dos modos de re-existência: um outro mundo possível, a secalharidade.** 2011. Disponível em: <http://and-lab.org/manifesto>. Acesso junho, 2015.

EUGENIO, F.; FIADEIRO, J. **Jogo das perguntas: o modo operativo "AND" e o viver juntos sem ideias.** *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Sept. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000200002>.

EUGÊNIO, F.E; COUTINHO, L. **Vocabulário do Modo Operativo AND.** 2012. Acessível em: <https://magazineandlab.wordpress.com/category/glossario-and/>. Acesso junho 2015.

FAVRET-SAADA, J. Ser afetado (tradução de Paula de Siqueira Lopes). *Cadernos de Campo*, n. 13, p. 155-161, 2005.

FONSECA, T. M. G.; COSTA, L. A. **As durações do devir: como construir objetos-problema com a cartografia.** *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Sept. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000200012>.

- FELLINI, F. **Entrevista sobre o cinema, por Giovanni Grazzini**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.
- FOUCAULT, M. “**A Governamentalidade**”, em MACHADO, R. *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- _____. **História da Sexualidade II: o uso dos prazeres** (7ª ed.). Rio de Janeiro: Graal. 1984A.
- _____. **História da Sexualidade III: o cuidado de si** (5ª ed.). Rio de Janeiro: Graal. 1984B.
- _____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense, 2001
- _____. **Os anormais**. São Paulo: Ed Martins Fontes, 2002.
- _____. **Em defesa da sociedade**. 4ª reimpressão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- _____. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins fontes, 2008.
- _____. **O pensamento do exterior**. In: *Ditos e Escritos III. Estética: Literatura e Pintura, Música e Cinema*. Tradução Inês Autran Dourado Barbosa. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009A.
- _____. **Outros espaços**. Em: Motta, M. (org) *Ditos e escritos III*. Forense universitária, Rio de Janeiro, 2009B.
- FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. **Em Busca da Clínica dos Afetos**, in, Franco, T.B. & Ramos, V.C. “Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde”. Hucitec, São Paulo, 2010.
- FUÃO F. **Canyons: Av. Borges de Medeiros e o Itaimbezinho**. Porto Alegre: FUMPROARTE, 2001.
- FURTADO, R., PASSOS, E. **Espaço e loucura: uma análise dos espaços de cuidado na reforma psiquiátrica**. In: *Saúde mental coletiva. Clínicas e vulnerabilidades*. 1 ed. São Paulo : Schoba, 2012, p. 409-430.
- GAMA, C. A.; ONOCKO CAMPOS, R. T. **Saúde mental na atenção básica - uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007)**. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 1, p. 112-131, 2009.
- GOMEZ, D. L.; TIRADO, F. **La norma digital y la extitución. El caso de la teleasistenciadomiciliaria**. *Revista Atenea digital*, num 5, 2004, p. 135-149.

GONDIM, G. ; MONKEN, M. ; ROJAS, L. I. ; BARCELLOS, C. C. ; PEITER, P.C. ; NAVARRO, M. ; GRACIE, R. . **O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização**. In: Ary Carvalho de Miranda, Christovam Barcellos, Josino Costa Moreira, Mauricio Monken. (Org.). Território, Ambiente e Saúde. 1ed.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, v. 1, p. 237-256.

GODARD, H. **Olhar cego. Entrevista com Hubert Godard, por Suely Rolnik**. In: ROLNIK, Suely. Arquivo para uma obra acontecimento. São Paulo: Edições Sesc, 2011.

GOETHE, J. W. **As Afinidades Eletivas**. São Paulo, Nova Alexandria, 2008.

GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

_____. **As três ecologias**. Campinas: Papirus, 1990.

_____. **Caosmose**. Rio de Janeiro: Ed.34, 1992.

_____. **Psicanálise e transversalidade**. Aparecida- SP: Idéias e Letras, 2004.

JAEGER, W. **Paidéia - A Formação do Homem Grego**.. S.Paulo: Martins Fontes, 1995.

JULIEN, F. **O diálogo entre as culturas: do universal ao multiculturalismo**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2009.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. **Cartografar é traçar um plano comum**. Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Sept. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000200004>.

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

LAPOUJADE, D. **Potências do tempo**. São Paulo: N-1 Publicações, 2013.

LOURAU R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MACERATA I. **Como bruxos maneando ferozes: relações de cuidado e controle no fio da navalha: análise de um dispositivo da política pública para crianças e adolescentes em situação de rua**. Niterói, RJ. Dissertação [Mestrado em Psicologia] – Universidade Federal Fluminense; 2010.

MACERATA, I.; DIAS, R.; PASSOS, E. **Paradigma da guerra às drogas, políticas de or-**

dem e experiências de cuidado na cidade dos mega-eventos. Em LOPES, L.E, BATISTA, V.M (orgs). *Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o “crack”*. Rio de Janeiro: Revan, 2014.

MELO, J.; SCHAEPPPI, PB.; SOARES, G., PASSOS, E. **Acesso e compartilhamento da experiência na gestão autônoma da medicação: o manejo cogestivo.** *Cadernos Humaniza SUS*. No prelo 2012.

MENDONÇA FILHO, M. **Análise Coletiva das Implicações: ferramenta de desmonte da interioridade unificada do “si mesmo”**. Em: ESCÓSSIA, L.; CUNHA, E. (org) *A psicologia entre indivíduo e sociedade*. São Cristóvão: Editora UFS, 2008.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hicitec, 2002

MILLER, H. **Sexus**. São Paulo, Editora nova Cultural, 1990.

MONTEIRO, A. COIMBRA, C. MENDONÇA FILHO, M. **Estado Democrático de Direito e Políticas Públicas: Estatal é Necessariamente Público?** *Revista Psicologia & Sociedade*, 18 (2): maio/agosto de 2006.

MONTEIRO, S. **O marco conceitual da vulnerabilidade social**. 30 *Sociedade em Debate*, Pelotas, 17(2): 29-40, jul-dez./2011.

NEVES, H.G.; LUCCHESI, R.; MUNARI, D.B. **Saúde mental atenção primária: necessário constituição de competências**. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Goiania, p.667, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/25.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2011.

NIETZSCHE, F. **Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

OITICICA, H. **Bases Fundamentais para uma definição do Parangolé**, 1964. Em: <http://54.232.114.233/extranet/enciclopedia/ho/index.cfm?fuseaction=documentos&cod=49&tipo=2>

_____. **Conglomerado Newyorkaises**. Cesar Oiticica Filho e Francisco Coelho (org). Rio de Janeiro. Beco do Azogue, 2013.

_____. **Tropicália (1968)**. In: Hélio Oiticica Penetráveis.

OLIVEIRA G. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Campinas, SP . Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências

Médicas, 2011.

OLIVEIRA, G.N.; FURLAN, P.G. **Co-produção de projetos coletivos e diferentes olhares sobre o território**. In: CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V.P. (org.). Manual de Práticas na Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada, São Paulo: Hucitec, 2008, p. 247 -272.

PALOMBINI, A. **Práticas no Território**. Em: 2010 em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/praticasclnicasanalicepalombini.pdf>

PASCHE D. **Contribuições da Humanização da saúde para o fortalecimento da atenção básica**. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos Humanização Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

PASSOS, E. **Por uma clínica do social : relações entre a esfera pública e a esfera privada na psicologia**. Curso de Extensão ministrado no Programa de Pós-graduação em Psicologia – Faculdade de Psicologia – PUCRS, Porto Alegre, 21 e 22 de março de 2002, 79 p.

PASSOS, E.; BARROS, R. **A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade**. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília , v. 16, n. 1, p. 71-79, Apr. 2000 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 19 June 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722000000100010>.

PASSOS, E. BARROS, R. **A cartografia como método de pesquisa intervenção**. Em: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs) *Pistas do método cartográfico*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; BARROS, R. **Por uma política da narrativa**. Em: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA; L. (Org.) *Pista do método cartográfico – pesquisa-intervenção e produção da subjetividade*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009.

PASSOS E, EIRADO A. **Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador**. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pistas do método cartográfico*. Porto Alegre: Sulina; 2009. Pista 6, p.109-30.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs) **Pistas do método cartográfico**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. **Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos**. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro , v. 25, n.

2, Aug. 2013 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200011&lng=en&nrm=iso>. access

on 10 Sept. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000200011>.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (orgs) **Pistas do Método da Cartografia - Vol. 2 - A experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

PASSOS, E. e SOUZA, T. **Redução de Danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”**. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>. Acesso em: 11 de dezembro de 2012.

PELBART, P. **A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1993.

PELBART, P. **O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento**. São Paulo: N-1 Edições, 2013.

POZZANA, L. **A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade**.

Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, Aug. 2013 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200007&lng=en&nrm=iso>. access

on 11 Sept. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000200007>.

RANCIÈRE, J. **A partilha do sensível: estética e política**. São Paulo: EXO Experimental, 2005.

RAUTER, C. **Clínica do esquecimento**. Niterói: Editora da UFF, 2012.

ROLNIK, S. **Subjetividade Antropofágica / Anthropophagic Subjectivity**. In: Herkenhoff, Paulo e PedrosaA, Adriano (Edit.). *Arte Contemporânea Brasileira: Um e/entre Outros*, XXIVa Bienal Internacional de São Paulo. São Paulo: Fundação Bienal de São Paulo, 1998. P. 128-147.

_____. **Esquizo Análise e Antropofagia**. In *Gilles Deleuze. Uma vida filosófica* (São Paulo: Editora 34, 2000. p. 451-462.

_____. **Geopolítica del rufián** (o del chuleo, o del cafishio. *Revista ramona*, 67.

<http://www.ramona.org.ar/>. Consultado el 30/06/2014. 2006.

_____. **Políticas da hibridação: Evitando falsos problemas.** Em Cadernos de subjetividade. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica Pontifícia Universidade Católica de São Paulo 2010. Endereço eletrônico: <http://revistas.pucsp.br/index.php/cadernossubjetividade>.

_____. **Confiança.** Consultado da página da internet: http://www.caosmose.net/suelyrolnik/pdf/confianca_corrigido.pdf, em março de 2011A.

_____. Arquivo para uma obra acontecimento (encarte). São Paulo: Edições Sesc, 2011B.

ROSA AS, CAVICCHIOLI MGS, BRÊTAS ACP. **O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua.** Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):576-82.

ROSA, J. G. **Grande sertão: veredas.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

_____. Ficção completa, Rio de Janeiro, Nova Aguilar, 1994.

SADE, C.; FERRAZ, G.; ROCHA, J. **O ethos da confiança na pesquisa cartográfica: experiência compartilhada e aumento da potência de agir.** Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, Aug. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Sept. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000200005>.

SALOMÃO, W. *Gigoló de bibelôs.* São Paulo: Brasiliense, 1983.

_____. **Algaravias.** Rio de Janeiro, Ed. 34, 1996.

_____. *Lábia.* Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

_____. **Me segura que eu vou dar um troço.** Rio de Janeiro: Aeroplano: Biblioteca Nacional, 2003.

_____. **Hélio Oiticica: qual é o parangolé? e outros escritos.** 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2003B.

SANTOS, B. S. Para uma sociologia das ausências e das emergências. Revista Crítica de Ciências Sociais, 63, 2002. P. 237-280.

SILVA, A. E., PASSOS, E. H., FERNANDES, C. V. A., GUIA, F. R., LIMA, F. R., CARVALHO, J. F., BARROS, L. M. R. e VASCONCELOS, C. S. **Estratégias de pesquisa no estudo da cognição: o caso das falsas lembranças.** *Psicologia & Sociedade*; 22 (1): 84-94, 2010.

SCHÉRER, R. **Sem rosto: limites das prerrogativas do eu (moi) na criação - a indéia de mínimo em Deleuze.** Em: Maciel, Auterives; Kupermann, Daniel; Tedesco, Silvia (orgs) *Polifonias: clínica, política e criação.* Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. 2005.

SPINOZA, B. **Ética.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2007.

STERN, D. **O mundo interpessoal do bebê: uma visão psicanalítica.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

TEDESCO, S. H.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. **A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer.** *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, Aug. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Sept. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>.

TIRADO, F. **Los objetos y el acontecimiento: teoría de la socialidad mínima.** Barcelona: Amentia, 2011.

VARANDA, W; ADORNO, R. C. F. **Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde.** *Saude soc.*, São Paulo, v. 13, n. 1, abr. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 jul. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100007>.

VARELA, F. **O círculo criativo: esboço histórico-natural da reflexividade.** Em P.Watzlawick, *A realidade inventada.* (pp.302-316) Campinas: Editorial Psy II. 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Alma-Ata Declaration.* [internet.], Alma-Ata, 1978.[acesso em 30 jul 2012]. Disponível em: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1

Referências filmes e músicas

Filmes

Exílios, Tony Gatlif, Exils, França, 2004.

Indignados, Tony Galif, França, 2012.

Domínio público, Raoni Vidal, 2014,

PAN-Cinema permanete, Carlos Nader, 2006.

Músicas

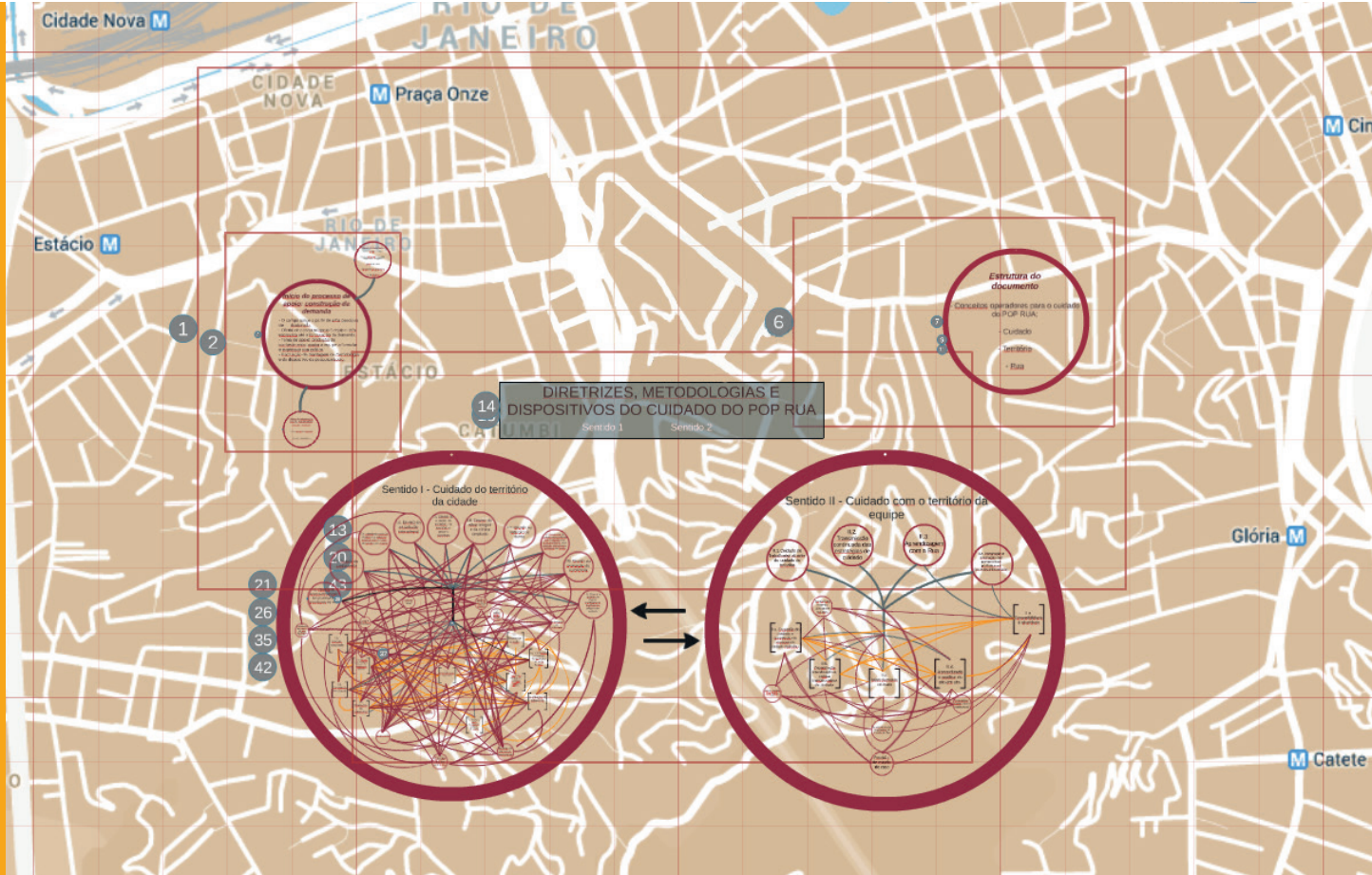
Marcelo Yuka, música “Cidade”.

Marcelo Yuka, música “Homem amarelo”.

Caetano Veloso, música “Terceira margem”.

Fausto Fawcett, música “Rio 40 graus”

Anexo: Documento técnico diretrizes metodologias e dispositivos do cuidado no POP RUA.



DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO NO POP RUA

(EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO - CENTRO)

Autoria

Equipe Pop Rua 2012/2013 & Grupo de Pesquisa “Enativos: conhecimento e cuidado” (Coordenação Eduardo Passos)- Universidade Federal Fluminense - Programa de Pós Graduação em Psicologia

Junho de 2014



Apoio:



 **creative
commons**



ÍNDICE

APRESENTAÇÃO 05

O QUE É O POP RUA 08

I. DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO COM O TERRITÓRIO DA CIDADE: O CUIDADO DA EQUIPE COM O USUÁRIO DO SERVIÇO, COM O TERRITÓRIO DA RUA, COM AS REDES INSTITUCIONAIS E NÃO INSTITUCIONAIS. 12

II. DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO COM O TERRITÓRIO DA EQUIPE: O CUIDADO DA EQUIPE COM SEU PRÓPRIO TRABALHO. 29

ANEXOS 36

APRESENTAÇÃO

Este documento é resultado de uma pesquisa-intervenção participativa junto à equipe do Consultório na Rua Rio de Janeiro/Centro, também conhecida e doravante aqui chamada de “POP RUA”.

A pesquisa proposta junto à equipe objetivou constituir uma parceria entre o grupo de pesquisa “Enativos: conhecimento e cuidado” do Programa de Pós Graduação em Psicologia, da Universidade Federal Fluminense e equipe do POP RUA¹, tendo dois focos orientadores mutuamente implicados: (i) constituir-se como uma pesquisa acerca do cuidado realizado pela equipe; (ii) constituir-se como uma intervenção de apoio institucional ao POP RUA. Um dos resultados deste trabalho de pesquisa e intervenção é o presente documento que sistematiza diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado da equipe do POP RUA. Tal formulação está assentada na experiência de mais de três anos de atividade da equipe, e consiste em indicação direcionais, metodológicas e desenhos de arranjos concretos que remetem a esta prática em específico, não se propondo como norma técnica, modelo ou cartilha. Mas sim se afirma como o que pode ser formulado a partir de uma experiência bem sucedida de cuidado em atenção básica junto a população em situação de rua.

A pesquisa realizada junto ao POP RUA foi uma pesquisa-intervenção participativa de perspectiva cartográfica. Nesta metodologia é sempre **com** a experiência que a pesquisa visa intervir e produzir conhecimento: ao investigar, investiga-se com a experiência do campo pesquisado (participantes da pesquisa) e investiga-se com a experiência no campo (pesquisadores). A “pesquisa com” contrasta com a “pesquisa sobre”. Sendo um processo de cultivo e colheita de informações, a pesquisa-intervenção participativa entende que os dados produzidos advêm de um processo de coautoria na produção do conhecimento, colocando lado a lado pesquisadores e participantes da pesquisa. Os dados são cultivados e colhidos com a participação dos diferentes grupos de interesse, de tal maneira que não se supõe a separação entre quem pesquisa e quem/o

1. Os nomes e funções de todos participantes/autores deste material encontram-se no anexo I deste documento.

que é pesquisado: ambos se constituem no próprio processo de investigação. A pesquisa intervém na realidade investigada uma vez que promove o reposicionamento dos sujeitos representantes do campo estudado. A pesquisa participativa torna os participantes atores do processo de produção de conhecimento: pesquisadores-universitários ao lado de pesquisadores-trabalhadores. A pesquisa realiza uma colheita de dados porque cultiva o campo, transformando-o no ato de pesquisar.

O processo de pesquisa desenhado entre o grupo Enativos e a equipe POP RUA teve por objeto a clínica realizada pelos trabalhadores do POP RUA, e objetivava buscar subsídios para a construção, sistematização e enunciação de **diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado do POP RUA**.

Todo o desenho da pesquisa no campo foi feito em diálogo com a equipe, fazendo parte do processo de apoio institucional. Primeiramente foi realizado um levantamento de necessidades: os pesquisadores foram ao campo, apresentaram o interesse em pesquisar o cuidado realizado pela equipe junto aos seus usuários e territórios. Ao mesmo tempo foi colocada a intenção de que o processo de pesquisa não se constituísse somente como coleta de dados, mas que o processo pudesse trazer contribuições para o trabalho da equipe. De modo que foi ofertada uma intervenção de apoio institucional para trabalhar temas que a equipe entendesse como relevantes para seu trabalho, e que precisassem ser desenvolvidos. A partir do levantamento de necessidades se construiu uma demanda de apoio institucional. Esta etapa constitui em dois encontros com a gerência da equipe e mais dois encontros com todos os trabalhadores.

A partir da demanda construída a temática do apoio pactuada foi a produção de conhecimento em saúde: a pesquisa se constituiria em um processo de apoio institucional que visava apoiar a equipe a produzir conhecimento sobre sua prática. Quer dizer, se realizaria uma análise da prática concreta da equipe, e a partir desta análise se formularia e enunciaria diretrizes metodologias e dispositivos que a equipe operava, mas que contudo não estavam formulados, enunciados e sistematizados. Neste sentido, a demanda dos pesquisadores também era atendida: cultivar e colher dados para pesquisar a clínica realizada pela equipe do POP RUA.

Para executar esta direção de pesquisa/apoio foi construído um dispositivo de produção de conhecimento, sistematização e avaliação da prática do POP RUA que ganhou a denominação de **Grupo de Intervenção com Trabalhadores (GIT)**. O GIT foi um dispositivo que reuniu três funções: pesquisar, intervir/apoiar e registrar o produto deste processo.

2.

Inicialmente o grupo era composto por 12 profissionais. Contudo durante todo o período, passaram pelo grupo 19 profissionais. Tiveram regularidade no grupo 12 profissionais, mais uma residente.

O GIT ocorreu quinzenalmente, de abril de 2013 a março de 2014. Cada encontro tinha cerca de duas horas de duração. O grupo era composto por cerca de 12² profissionais do POP RUA, das mais variadas funções (agente social de saúde (ASS), enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, odontólogo, residente de saúde da família), e mais 3 pesquisadores da

UFF. Em cada encontro, o grupo discutia sua prática a partir de um enunciado disparador. Tais enunciados advinham de um documento produzido anteriormente por duas trabalhadoras da equipe, que sistematizava 16 objetivos do trabalho do POP RUA³. A partir da leitura de um destes enunciados em cada encontro, o grupo discutia livremente. A função dos pesquisadores no grupo era de manejo cogestivo da discussão, uma espécie de facilitação do processo de discussão, de modo que pudesse ser evidenciadas as estratégias de cuidado da equipe a partir de sua experiência, e ainda enunciado o que esta experiência ensinava: além do que a equipe fazia concretamente, também o que ela muitas vezes não conseguia realizar, mas achava necessário fazer para que o cuidado se efetivasse. Quer dizer, a prática era enunciada e se realizava uma análise crítica com a experiência concreta.

Depois de cada encontro do GIT, os pesquisadores construíam **memórias** que expressavam o conteúdo e o processo de discussão do grupo. A cada seis encontros do GIT era construída uma **narrativa**, que sintetizava e sistematizava as memórias dos encontros anteriores, o conteúdo e o processo de discussão dos encontros anteriores. O texto da narrativa sistematizava a discussão a partir da distinção entre o que seria diretriz, metodologia e dispositivo do trabalho. Esta sistematização era apresentada em um encontro chamado **grupo narrativo**. No grupo narrativo objetivava-se fazer coletivamente alterações no texto sistematizado pela pesquisa, validando o conteúdo e a forma de expressar o que fora discutido. Esse procedimento de validação visava ampliar a abertura comunicacional e a polifonia da análise realizada pela pesquisa, afirmando-se a diferença entre os grupos de interesse envolvidos: os trabalhadores do POP RUA e pesquisadores da UFF. De modo que se chegava a acordos e pactuações acerca dos temas discutidos referentes ao cuidado prático da equipe, bem como a forma de enuncia-los. Ao final de cada grupo narrativo se constituía outra memória acerca do encontro, e se alterava o conteúdo do texto das narrativas, conforme a discussão apontava em cada grupo narrativo.

Ao final deste processo, com base no material das memórias, narrativas e grupos narrativos, formularam-se e sistematizaram-se diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado do POP RUA. Assim, o documento que apresentamos é o resultado de um processo de produção de conhecimento em saúde realizado pelos pesquisadores e conjunto com a equipe do POP RUA sobre sua prática, sendo os trabalhadores que participaram do processo e os pesquisadores os autores deste documento.

3.

Inicialmente o grupo era composto por 12 profissionais. Contudo durante todo o período, passaram pelo grupo 19 profissionais. Tiveram regularidade no grupo 12 profissionais, mais uma residente.

O QUE É O POP RUA

POP RUA é o nome como é conhecida a equipe de Consultório na Rua do Centro da cidade do Rio de Janeiro. O serviço, começou a funcionar em 2010, sob o nome de “Saúde em Movimento nas Ruas”, projeto que reunia em um único dispositivo dois tipos de serviço: a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o projeto Consultório de Rua. A equipe que iniciou o trabalho tinha os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, agentes comunitários de saúde, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, musicoterapeuta e gerente técnico. Na época do seu surgimento a proposta de equipes de Consultório na Rua (eCR) ainda não existia. O POP RUA foi um dos serviços tomados como modelo e que contribuíram para a construção da proposta das eCR.

O POP RUA surge com a função de promover acesso à saúde à população em situação de rua na região central da cidade do Rio de Janeiro: o distrito sanitário com mais equipamentos de saúde, mas que, contudo, não promovia o acesso à saúde de pessoas em situação de rua. Com este serviço, visava-se associar a lógica territorial e de acompanhamento longitudinal da ESF à lógica itinerante do projeto do Consultório de Rua, ampliando a capacidade de oferta e resolução das questões de saúde para os usuários do serviço. Na sua trajetória, o POP RUA ampliou seu conceito de situação de rua, definindo como seu público alvo toda pessoa que mantém uma relação muito próxima com o território da rua, e que por este tipo de relação tem dificuldades em acessar os serviços de saúde: moradores de rua, crianças e jovens em situação de rua, famílias residentes de ocupações, profissionais do sexo, trabalhadores de rua, andarilhos.

O POP RUA funciona atualmente das 9h às 22h, de segunda à sexta, estando sediado no Centro Municipal de Saúde Oswaldo Cruz. A equipe conta com os seguintes profissionais: 4 Agentes Sociais de Saúde, 2 médicos, 2 psicólogos, 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar administrativo, 2 assistentes sociais, 1 odontóloga, 1 auxiliar de consultório odontológico.

Definições iniciais

Cuidado: Cuidado para o POP RUA não se restringe à ação de um agente cuidador: ele é uma relação de cuidado, uma articulação entre sujeitos e territórios. O cuidado é construído no plano relacional do território. O profissional do POP RUA é um cuidador, mas a efetivação do cuidado não depende somente das ações do profissional, e sim do que se constrói entre profissional/usuário/território: o cuidado é mais que um procedimento ou uma ação deliberada do profissional, ele se parece mais com uma rede de relações que se constrói no território de vida do usuário. O cuidado é sempre uma relação de corresponsabilidade, onde o cuidador tem a função de propositor, facilitador, condutor.

Nesta relação o cuidador constrói um posicionamento ético, político e desejante: ele tem uma posição de respeito às formas de vida do território, responsabilidade em seu cuidado, sabendo que sua postura tem um caráter político, que visa alterar os modos de relação na cidade, sendo também a afirmação de uma posição desejante. O trabalhador tem um compromisso ético e político, e uma implicação desejante na produção do cuidado. Tal posicionamento está presente em todos os lugares e relações nos quais o profissional do POP RUA atua: a relação de cuidado é construída entre trabalhador e usuário, mas também trabalhador e território, redes de saúde, redes intersetoriais. No limite, o cuidado do POP RUA é com a cidade: território que envolve usuário, rua, redes, trabalhadores, população em geral. O cuidado com o usuário e com o território é inseparável do cuidado com as redes de saúde, com a população que habita, trabalha ou passa pelas ruas. De modo que para cuidar de seu usuário alvo, o POP RUA cuida das relações onde está inserido este usuário, mediando essas relações para que as condições do cuidado se produzam: intervindo nas relações entre usuários e atores do território (comerciantes, policiais, outros moradores de rua, etc.), usuários e serviços de saúde e outras políticas públicas: buscando criar espaços de diálogo e negociação, buscando construir relações de cooperação e apoio.

A prática do cuidado do POP RUA se organiza a partir das relações que compõem determinado território da urbe. Contudo, se o cuidado do POP RUA se faz em relação a tudo que lhe é externo, ele também deve fazer-se internamente: o cuidado do usuário e do território também é inseparável do cuidado de si mesmo, quer dizer, cuidado da equipe pela própria equipe.

O caráter político da ação do POP RUA tem como principal objetivo produzir acesso de seu público à saúde. O POP RUA intervém clínico-politicamente pela inclusão no SUS das formas de vida da rua. Esta intervenção vai além do campo da saúde, se fazendo como uma intervenção na cidade, nas suas dinâmicas de exclusão. O cuidado é uma intervenção política no território, intervenção nas suas relações, se inserindo na luta por garantia de direitos e transformação das práticas sociais.

O posicionamento do profissional do POP RUA depende de vários elementos: presença, atenção, acolhimento, engajamento. O cuidado se faz por um estar ao lado do usuário, uma construção que leva em conta o usuário e suas condições concretas de vida. O cuidador propõe direções de cuidado a partir desta postura na relação com o usuário e seu território.

O cuidado do POP RUA é movido mais por princípios e diretrizes do que pelo alcance de metas - entendidas aqui como metas quantitativas, mas também como lugares preestabelecidos a se chegar. Assim, embora reconheçamos a importância de metas e indicadores como componentes na organização do trabalho, o cuidado do POP RUA não é organizado por lugares predefinidos a se chegar: o usuário não “tem que ser” desta ou daquela maneira, ter este ou aquele hábito.

O POP RUA, sendo um serviço específico para a promoção do acesso à população em situação de rua, trabalha para sua própria dissolução: temos como horizonte do trabalho a dissolução de serviços especializados para população de rua. Não porque se suponha que em algum dia não haverá população de rua,

mas porque se entende que a atuação do POP RUA deve ir no sentido de interferir no SUS de modo a fazer com que qualquer serviço de atenção básica e de outros níveis de atenção possa atender resolutivamente a população de rua. Para operar esse sentido, o POP RUA visa intervir nas redes de saúde e redes urbanas de modo a apoiar estes espaços a incluir e a cuidar das pessoas em situação de rua.

Território

Mais do que uma delimitação espacial, é sempre um território de vida, que tem dimensão objetiva, mas também dimensão subjetiva. Quer dizer, ele é definido a partir de certos limites territoriais, é composto por atores e instituições variadas, mas também pelas relações que se estabelecem entre eles. O território é fundamental ao cuidado, pois não é só meio físico ou geográfico, mas o plano onde se produz e se desenvolve a vida dos sujeitos e coletivos, não sendo mais possível separar uma vida do território onde ela se desenvolve. Serviço, usuário e território se coproduzem em um plano de coexistência. Tendo o território uma dimensão subjetiva, ele é sempre coletivo e singular, isto é, o território é apropriado e produzido pelas diferentes perspectivas que nele coexistem. Não há um único sentido nem uma perspectiva verdadeira do território, mas há versões que coexistem, que se coproduzem, que convivem.

O território para o POP RUA é um espaço relacional, isto é, espaço produzido pelas relações que nele se estabelecem: as amizades, as parcerias, as inimizades, as relações de violência, exclusão, as relações de ajuda e cooperação. Composto por todos os atores que por ele passam (os moradores de rua, a polícia, os traficantes, as instituições religiosas, os comerciantes, os transeuntes, os agentes públicos, os pesquisadores), e ainda por coisas e lugares que o compõe (bueiros, esconderijos, calçadas, estabelecimentos) e pelas ações nele realizadas (morar, perambular, dormir, comer) o território não tem uma imagem estática, pois é feito de muitas imagens em movimento, em várias dimensões.

O POP RUA é mais um ator no território da rua; ator que não detém nenhuma verdade final sobre esta, mas é uma perspectiva a mais. Perspectiva que não se pretende superior a nenhuma outra, mas que tem o sentido de buscar construir relações de cuidado, inclusão e promoção de direitos humanos.

Rua

O território alvo e é a base para a construção da estratégia POP RUA. Entende-se que não existe um conceito fechado de rua, mas vários: uma rua para cada morador de rua; uma rua para cada profissional do POP RUA. A rua é resultado das várias versões a ela dadas pelos seus diversos atores. O que define versão é justamente o fato de ela estar sempre sendo revista, refeita, de acordo com o momento e com as relações de pontos de vista.

Viver na rua não é sinônimo de doença física, subjetiva ou social. A vida na/da rua é uma forma legítima de vida na cidade, quer dizer, ela existe pelas próprias dinâmicas da cidade, e não por defeito ou culpa do indivíduo que nela se encontra. As pessoas que vivem nelas têm problemas de saúde como todas as outras, sendo estes problemas específicos relacionados ao seu território de vida.

As formas de vida na rua expressam modos de vida muito diferentes dos padrões considerados normais no universo urbano. O POP RUA não entende esta diferença como doença. Cuidar sem querer eliminar a diferença, pode fazer com que se criem outros modos de habitar e viver a cidade, e para o SUS, outras tecnologias de cuidado.

A rua se apresenta como expressão radical da alteridade na cidade. Essa expressão tem por efeito colocar em xeque os saberes e conceitos instituídos, produzindo zonas de “não saber”. Este efeito se apresenta, por

exemplo, nas demandas muito complexas de saúde: enfermidades que aparecem entrelaçadas (tuberculose, HIV, transtornos mentais, abuso de drogas) produzidas em um contexto de extrema vulnerabilidade social. Estas complexidades convocam a todo o momento um olhar integral à saúde. Além disso, a rua convoca a adaptação do serviço à sua dinâmica: a rua possui outras dinâmicas temporais, de relações familiares, relações com o trabalho, com a moradia, etc. Contudo, a necessidade de um olhar integral à saúde e a necessidade de considerar as singularidades da rua não são exclusividades da atenção básica à população de rua: todo território de vida é específico, todo olhar de saúde na atenção básica precisa ser integral. A diferença é que a rua deixa isso muito evidente. No limite, as realidades concretas não podem ser encaixadas em padrões e modelos gerais. Esse limite é muito evidente no trabalho com a rua.

Para o POP RUA, o espaço da rua é onde o cuidado é possível: para atender a pessoa na rua e atender a pessoa em situação de rua não é necessário retirá-la da rua. A rua é também um setting. Mas, para tanto, a vida na rua deve ser atendida em suas necessidades e condições concretas, sem que as ações sejam balizadas a partir de um modelo de vida supostamente correto ou ideal. Não cabe aos serviços de saúde decidir se é certo ou errado morar na rua: as pessoas podem estar na rua e terem acesso à saúde.

Não se faz apologia à situação de rua, tampouco à saída da rua. O POP RUA é um dos muitos dispositivos que buscam garantir direitos básicos. Garantir um direito não é impor uma forma de vida. Esta é a função de um serviço público: oferecer acesso a direitos, e não impor modos de vida.

O POP RUA legitima a rua e constrói o cuidado a partir dela, buscando entendê-la, habitá-la, constituindo-se como mais um ator da rua. Para isso é preciso “contaminar-se” com a rua – e não temer o contágio –, incorporar parte de seu funcionamento, direcionando-o ao cuidado. É preciso manejar com a lógica da rua, e usá-la a serviço do cuidado.

Diretrizes, metodologias e dispositivos do Cuidado

Após as definições iniciais de cuidado e território, e do território específico com o qual este cuidado age, parte-se para as diretrizes, metodologias e dispositivos elencados como operadores do cuidado com o território.

Antes de mais nada, é preciso definir o que se está chamando de diretrizes, metodologias e dispositivos. **Diretriz** é o que dá a direção do trabalho em consonância com os princípios do SUS. **Método** é o “como fazer” ou a maneira de operar a direção. **Dispositivo** é um arranjo possível no qual diretriz e método se atualizam concretamente. Ferramentas técnicas.

No processo de formulação do cuidado do POP RUA, entendeu-se que este cuidado tem duas direções inseparáveis: (I) para os usuários, territórios, redes – o território da cidade; (II) para o próprio trabalho do POP RUA, os processos de trabalho da equipe. Assim, dividiram-se as diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado do POP RUA em dois grandes grupos:

I - Cuidado com o território da cidade: os usuários, territórios de vida e redes institucionais e não institucionais.

II–Cuidado com o território da equipe: cuidado com o processo de trabalho e com os trabalhadores.

Os dois grupos de diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado são inseparáveis, estão mutuamente implicados. Como ficará evidente ao longo do documento, em cada grupo, as diretrizes também estão mutuamente implicadas entre si, não podendo ser pensadas separadas umas das outras. Tais implicações se evidenciam nos dispositivos.

I. DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO COM O TERRITÓRIO DA CIDADE: O CUIDADO DA EQUIPE COM O USUÁRIO DO SERVIÇO, COM O TERRITÓRIO DA RUA, COM AS REDES INSTITUCIONAIS E NÃO INSTITUCIONAIS.

I.1 - Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida:

É diretriz do cuidado acompanhar o usuário ao longo do tempo e através dos territórios que ele passa e habita. O acompanhamento longitudinal tem um sentido temporal e espacial: ele habita o território e ajuda a traçá-lo na direção do cuidado. A longitudinalidade não está garantida somente pelo acompanhamento ao longo do tempo, mas também pela capacidade da equipe de acompanhar o usuário nos variados espaços pelos quais ele transita. Cada espaço diferente impõe uma temporalidade: a temporalidade da rua é diferente da temporalidade de uma internação hospitalar, de um abrigo, de uma casa, uma comunidade, etc. Acompanhar longitudinalmente é estar junto ao usuário nos espaços onde se define uma demanda de cuidado.

Este acompanhamento só pode ser feito em uma perspectiva de ampliação da clínica, isto é, o caso acompanhado não se restringe a uma doença específica: o que se acompanha não é uma enfermidade, mas um sujeito e suas relações no território de vida. O acompanhamento longitudinal difere do atendimento pontual e utilitarista que foca o procedimento e a doença. Deste modo está implicado nesta diretriz um olhar integral acerca das questões de saúde do usuário e seu território: questões físicas, psíquicas, emocionais, sociais, territoriais.

O POP RUA trabalha na lógica de continuidade do cuidado. Muitas vezes ele é demandado por outros equipamentos (da saúde ou de outras políticas públicas) para, por exemplo, fazer avaliações para internação por uso de drogas ou um exame pontual. Neste caso, ele busca uma articulação com este outro serviço de modo a construir um fluxo que, caso o POP RUA possa ajudar, estabeleça um cuidado longitudinal junto ao usuário. O que o POP RUA pode oferecer é a continuidade do cuidado. Para isso é preciso construir fluxos com outros serviços de modo a garantir que esta lógica seja preservada.

I.2 - Diretriz do acolhimento

Direção de acolher o usuário nas suas condições de vida concretas, não tendo nenhum tipo de exigência preestabelecida para seu atendimento. O acolhimento é uma diretriz do cuidado que consiste em uma atitude presente em todas as ações da equipe: atitude de respeito, receptividade e acolhimento das condições e modos de vida do usuário. O acolhimento neste caso é irrestrito, ele não faz seleção do que acolhe. Para acolher é necessário sair dos clichês sociais e técnicos que se impõem ao profissional de saúde, no que diz respeito à situação de rua. Isso se faz através de uma vivência e da produção de conhecimento através do território.

I.3 - Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade

Incluir a rua nos espaços instituídos do SUS e da cidade é uma direção do cuidado do POP RUA. Esta inclusão visa que a rede de saúde e a cidade possam conviver e respeitar as pessoas que vivem nas ruas, garantindo seu acesso aos serviços de saúde e adaptando os fluxos da rede às necessidades da rua.

Se a atuação do POP rua tem como direção primeiramente incluir a rua no SUS, esta inclusão não se restringe ao sistema de saúde, mas se estende a outras políticas públicas e diversos espaços da cidade. Neste sentido, o POP RUA auxilia no diálogo entre a rua e os espaços institucionais da cidade, incentivando que os moradores de rua usem os espaços públicos, facilitando a relação com a população em geral, mostrando que existem outras formas de ver e habitar a cidade. Incluir a rua nos equipamentos da rede de saúde não significa aumentar o trabalho dos equipamentos, mas apoiá-los no atendimento ao usuário. Ajudar a rede a atender a população de rua e não transferir responsabilidade para a rede.

I.4 - Diretriz da articulação intersetorial

O diálogo intersetorial é fundamental ao cuidado do POP RUA. Ao buscar um olhar integral da saúde de seu usuário, o POP RUA entende a necessidade de outras políticas públicas que garantam acesso a direitos fundamentais: assistência social, educação, trabalho e renda, etc. Nesse sentido, é necessário garantir um tempo do trabalho para articulação e construção de fluxos com outras políticas públicas.

I.5 - Diretriz do cuidado do território, no território e para o território

A relação com o território da rua é o primeiro recurso do serviço para construir sua prática de cuidado. O território é ao mesmo tempo o local onde se realiza o cuidado e o objeto do cuidado, como território de vida. Não é possível cuidar do indivíduo de forma isolada de suas relações territoriais, de sua relação com seu meio. Desta forma o cuidado é construído para o território, de acordo com ele. Cuida-se do território como um todo através da construção de relações de cuidado com as pessoas, atores e instituições de forma ampliada. É preciso cuidar de todos que no território da rua demandem cuidado. Se o POP RUA exclui alguma pessoa ou grupo em seu território, todo seu trabalho tende a enfraquecer, já que o cuidado de uma pessoa no território é inseparável do cuidado de outra, todos os atores no território estão em relação de coprodução. O que se constrói são espaços de cuidado democráticos, de acesso universal. O POP RUA busca construir espaços de diálogo com os diferentes atores do território, tendo como foco a saúde do usuário. Na medida em que o POP RUA ocupa o território ele o transforma, criando outras versões do território, outros possíveis: por exemplo, o morador de um domicílio antes hostil, pode ter uma relação mais amigável e cooperativa, o que transforma sutilmente o ambiente relacional.

É importante que o serviço se insira na rede da rua, constituindo-se como mais um recurso no território de vida da população de rua. Quem mora na rua conhece os recursos existentes em seu território: onde conseguir trabalho, comida e água, onde dormir. A proposta do POP RUA é inserir-se na rua de modo que a população de rua possa tê-lo como mais um recurso.

A vivência e o conhecimento do território possibilita a saída dos clichês em relação à população de rua. É preciso limpar os preconceitos (sociais e técnicos) do olhar do profissional de saúde para poder cuidar.

O cuidado no/do/para o território comporta um duplo movimento: produzir conhecimento acerca do território e agir nele, através dele. O que a equipe produz nos territórios, nos territórios permanecem, por mais que mudem os usuários que neles habitam, como marca do trabalho de cuidado: o comércio, a polícia, as outras instituições de saúde já comportam um olhar menos distanciado aos usuários que vivem nas ruas em geral.

I.6 - Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada

O foco do cuidado do POP RUA é nos processos de vida do usuário, e não em enfermidades. É diretriz do cuidado o olhar integral acerca das questões de saúde e, conseqüentemente, a ampliação da clínica. O profissional acolhe as demandas de saúde expressa em doenças e queixas, mas busca integrá-las e ampliar seu olhar e sua intervenção, inserindo as queixas em um contexto maior: os processos de vida no território. É preciso que o profissional escute as questões, a história de vida, a relação do usuário com a rua, para além do adoecimento. A escuta da rua e o saber aí construído impulsionam a constante ampliação do olhar e do cuidado do POP RUA. Cuidar de forma integral é considerar e manejar com as diversas dimensões da vida do usuário. A construção de um olhar integral e a ampliação da clínica têm dois principais desafios: a inseparabilidade entre saúde física e saúde mental e a inclusão do território nas análises do caso e na intervenção. A ampliação da clínica se faz, portanto, pela atenção ao território e pela conexão entre os diferentes olhares da equipe, e a inclusão nas análises das diferentes perspectivas e fatores que constituem o território.

A perspectiva da saúde mental no serviço reforça a importância da dimensão subjetiva do cuidado na Atenção Básica. A saúde mental pode questionar os procedimentos unicamente técnicos e introduzir a escuta ao desejo do usuário, criando um diálogo com a perspectiva biológica. Há uma diversidade de olhares no serviço que é preciso conjugar, para que não se tornem olhares separados em especialidades.

Considerando corpo, subjetividade e território como dimensões inseparáveis da saúde, o cuidado é construído sempre de forma singular: a avaliação e a intervenção são feitas caso a caso. O caso é a situação singular de uma pessoa em determinado território e em determinado momento.

A integralidade do olhar e a ampliação da clínica são diretrizes do cuidado que nunca se concretizam definitivamente. Não se supõe que será chegado o momento em que se dê conta de toda complexidade de uma vida. É em uma mistura e contaminação entre as diversas perspectivas profissionais da equipe e entre equipe de saúde e território que o olhar acerca das questões de saúde se integraliza e a clínica se amplia.

I.7 - Diretriz da Redução de Danos

A redução de danos (RD) é não só um dispositivo, mas, sobretudo, um paradigma do cuidado. A RD foca o sujeito e seus processos de vida e não a substância psicoativa de que se faz uso ou abuso. O uso de drogas pode ser ou não um problema de saúde. O POP RUA entende que a droga tem um lugar e um funcionamento específico para cada sujeito. Estando ou não sob o efeito de substância psicoativa (SPA), o usuário do serviço é um sujeito com direito ao acesso à saúde. O uso de SPA é tratado como mais uma questão de saúde, com suas especificidades. O tratamento do abuso de drogas é construído também caso a caso e nas condições concretas de vida do usuário, entendendo o lugar da droga para cada pessoa e a cada momento.

O que a diretriz de Redução de Danos traz para o cuidado é a inclusão da experiência do usuário com a droga para a pauta do tratamento. De forma que, ao criar estratégias de cuidado, se levará em consideração a relação singular que determinado usuário ou grupo mantém com determinada substância.

I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde

O cuidado é construído a partir da singularidade das necessidades de saúde do território. Os conceitos de doença e saúde são definidos para cada território de vida em específico: é necessário que lidemos com os conceitos de doença usados pelos usuários em seus territórios, que podem ser diferentes dos padrões gerais. O que classificamos por doença pode não corresponder com o que os usuários definem como doenças para eles.

A atenção, a prevenção e a promoção de saúde são construídas a partir das singularidades do território e em conjunto com o usuário. O POP RUA entende ainda que as ações de prevenção e promoção da saúde estão entrelaçadas, em meio aos atendimentos, à atenção: no mesmo momento de realizar a atenção já está ali incluído um sentido de prevenção e promoção. O território da rua não permite que as três dimensões do cuidado sejam tomadas como modelos a serem aplicados. Tratar, promover saúde e prevenir doenças são práticas que se definem a partir da experiência das pessoas atendidas. Neste sentido, a construção destas três dimensões do cuidado deve ser feita em conjunto com o usuário, não tendo uma forma preestabelecida. O cuidado é feito a partir das condições do território e é construído na articulação entre as ofertas da equipe e as possibilidades e desejos de cada paciente. É sempre a partir do possível para cada usuário e da singularidade de cada território que o cuidado será construído.

I.9 - Diretriz da Promoção de autonomia

Promoção de autonomia no POP RUA não é baseada no ideal de um indivíduo totalmente independente, mas sim na possibilidade do usuário aumentar sua capacidade de relação na cidade, de conhecer e ocupar outros espaços, aumentar sua capacidade de diálogo com a cidade, e da cidade para com ele. Nesse sentido, autonomia é sempre coletiva, sempre se mede pela capacidade do indivíduo estabelecer relações.

Se o cuidado tem como norte a autonomia, o usuário pode escolher não se tratar. Mas essa escolha deve implicar um processo de negociação, é uma construção envolvendo o território. É preciso criar condições para que o usuário possa escolher se quer se tratar ou não, que tipo de tratamento quer fazer. O grau de autonomia que um sujeito experimenta na relação com seu território de vida é variável. Alguns usuários vão precisar mais ou menos da equipe para se cuidar. O grau de autonomia é singular a cada

situação, pessoa e momento. Se a situação de saúde do usuário for extrema, o cuidado pode conter uma ação de tutela do usuário, quando ele está sem condições mínimas de decidir cuidar de si. Tutelar é uma atitude deliberada quando o profissional e a equipe assumem a responsabilidade que o usuário no momento não tem condições de fazê-lo. As ações de tutela não se sustentam como cuidado se não estiverem baseadas no vínculo, na negociação com o território e na compreensão de que são deliberações pontuais. Quando a tutela se institucionaliza se torna nefasta para as relações de cuidado, cristalizando práticas assistencialistas e até higienistas. Ela não pode ser uma diretriz de ação. Ela só faz sentido como ação pontual inserida em um processo de promoção de autonomia, sendo sustentada em uma avaliação criteriosa e em um conhecimento do caso. Neste sentido, a internação – a ação de cuidado com menor grau de autonomia do usuário - deve ser o último recurso, em situação de saúde extrema, inserida em um processo maior de cuidado.

I.10 - Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado

O POP RUA conecta lógicas e espaços diferentes: a dinâmica da rua (temporalidade, códigos, etc) e a dinâmica dos serviços de saúde; arranjos de cuidado da ESF e dos dispositivos da saúde mental. Para incluir a rua e para ampliar a clínica é necessário que o serviço, através do manejo com as demandas do território, possa articular diferentes perspectivas subjetivas e funcionamentos institucionais. A lógica da equipe de saúde e a lógica da rua devem poder entrar em sintonia através da dimensão subjetiva que conecta as diferentes instituições em relação. A subjetividade é uma dimensão de saúde presente em toda e qualquer ação de Atenção Básica. Manejar com o desejo do usuário no tratamento é uma tarefa de toda e qualquer clínica, não sendo uma especialidade da saúde mental.

Metodologias das diretrizes do cuidado da equipe com o território da cidade

I.a - Acompanhamento longitudinal

O POP RUA acompanha, ao longo do tempo, o território do usuário: onde ele vive, e também os locais por onde ele passa. A longitudinalidade se dá então em relação ao tempo e também ao espaço. Ela não significa uma forma preestabelecida de periodicidade: encontro diário ou semanal. A periodicidade dos atendimentos é definida caso a caso, a cada momento. Em um caso a periodicidade é semanal, e em outro pode ser mensal ou semestral. Atendimentos pontuais podem fazer parte do acompanhamento longitudinal, mas este vai além de ações pontuais. Acompanhar longitudinalmente significa acompanhar o usuário com continuidade temporal e através de seu trajeto na cidade: seja na rua, seja em atendimento em alguma instituição, seja em internação. Acompanhar longitudinalmente implica uma constante atenção e acolhimento do usuário. Essa prática produz uma ideia mais ampla da situação de vida do usuário. Mesmo depois de resolvida alguma morbidade específica, o serviço continua acompanhando o usuário, sendo referência para ele. O que define a forma de operar o método do acompanhamento longitudinal são as necessidades formuladas pelo usuário como sujeito na relação de cuidado construída junto ao serviço. O usuário é sujeito, e não objeto de cuidado, quer dizer, o POP RUA só entra nos espaços do usuário com sua permissão, e se isso for importante para o cuidado, em função da demanda construída na relação de cuidado. O método da longitudinalidade do cuidado se faz por criações de referências, no tempo e no espaço. Criam-se marcações no tempo e no espaço do usuário, que servem de pontos de apoio para o processo de cuidado. Constituir uma referência para o cuidado longitudinal não pode ser confundido com o controle de todos os aspectos da vida do usuário, nem com a vigilância ou policiamento.

Diretrizes implicadas: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência.

I.b - Escuta Ampliada

A escuta ampliada produz transformações nas queixas imediatas do usuário, do trabalhador e da sociedade, com a intenção de transformá-las em demandas. Em um primeiro momento do atendimento, a queixa é o pedido inicial do usuário, o problema manifesto, a ponta de um iceberg. Ela aparece como uma demanda pontual, que pede uma solução pontual. Por exemplo, uma dor de cabeça que pede um analgésico. É preciso acolher a queixa da maneira como ela aparece. Contudo, a equipe não pode respondê-la diretamente sem inseri-la em um processo maior de cuidado. Quando o profissional atende rápida e pontualmente a queixa, sem problematizá-la, sem procurar entender o processo de saúde que forma esta queixa, ele responde com clichês. Ampliar a escuta é desfazer os clichês da saúde, que são as respostas imediatas aos sintomas. Um exemplo disso é quando o usuário chega ao serviço pedindo abrigo, e o profissional responde diretamente procurando articular este abrigo, ou responde negativamente ao pedido entendendo que não é referente à saúde, ou seja, procede sem buscar entender melhor o lugar que um suposto abrigo teria na vida do usuário: se ele já foi abrigado

antes, como foi este abrigo, se o usuário está em um momento propício para ir para um abrigo, etc. A queixa precisa ser problematizada, e o que permite isso é a ampliação da escuta. Essa escuta se exercita com a prática, sem que nunca se esgote, e se faz no plano relacional profissional de saúde/usuário/território. A escuta instrumentaliza o manejo. O acolhimento e o manejo com as queixas, a partir da ampliação da escuta, propiciam a construção de demandas. A demanda dá a direção do cuidado reivindicado na relação serviço/usuário/território, sendo a implicação do usuário na construção do cuidado. Só há demanda quando o usuário está implicado em seu processo de cuidado, quando está envolvido o desejo do usuário em se cuidar.

Escutar o usuário permite entender que sua questão de saúde está para além da doença específica motivadora da queixa. Identificar a demanda de cuidado exige uma escuta da integralidade do problema de saúde. A escuta especialista dá lugar a uma escuta integral que vai além da resposta a um sintoma, ampliando a visão acerca do caso. O clichê é a resposta demasiado rápida do profissional que se pretende final e definitiva, sendo, na prática, assistencialista. A ampliação da escuta implica incluir o desejo do usuário no tratamento. Isso exige que o desejo do usuário esteja implicado em um cuidado processual, que está para além dos procedimentos pontuais queixa-conduta.

Diretrizes implicadas: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I.a- Acompanhamento longitudinal; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência.

I. c - Construção e promoção de espaços de atendimento diversos

Um espaço de atendimento não é definido por sua oficialidade, institucionalidade ou permanência no tempo. O espaço de atendimento no POP RUA só existe enquanto acontece. O espaço de atendimento envolve e compromete os atores que o constituem. O espaço de atendimento é o espaço de tratamento, podendo se constituir na rua, com outros atores do território de intervenção que não somente da saúde ou das políticas públicas. Exemplo: os comerciantes de determinada área podem contribuir para o cuidado de determinado usuário, dando informações, conversando com o usuário, etc. O espaço de atendimento com o usuário pode ser formal ou informal. A equipe tem a função de construir espaços de atendimento diversos. A sede é apenas um dos espaços de atendimento do POP RUA.

Diretrizes implicadas: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I.a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

I. d - Construção de vínculo

Vínculo é a relação de confiança e compromisso entre profissionais de saúde e o usuário. O vínculo se estabelece quando a equipe ou um profissional serve de referência de cuidado para o usuário. O vínculo é um dos componentes que sustenta o processo do cuidado. O vínculo se constrói em um processo gradativo, não só na relação direta com o usuário, mas também com o território que o envolve. Ele se constitui através da presença do trabalhador no território, uma presença contínua e atenta. O vínculo tem como resultado a criação de referências para o usuário: profissional e serviço de referência. O vínculo é iniciado quando o usuário tem interesse em receber algum tipo de atenção em saúde: desde um curativo a uma simples conversa. Ele pode ser iniciado também quando o usuário conta com o serviço em uma situação iminente de morte, mesmo não tendo manifestado desejo de se tratar. Contudo, para a consolidação do vínculo é preciso que o usuário queira se cuidar, é preciso que esteja em jogo o desejo do usuário de se tratar. O desejo do usuário no cuidado vai sendo produzido no próprio processo de construção do vínculo.

Diretrizes implicadas: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. i- Criação de referência;

I. e - Promoção de autonomia

A autonomia é promovida na relação com o usuário, quando a equipe trabalha com estratégias de autocuidado, e trabalha com seu território a possibilidade do usuário se cuidar melhor. A equipe promove autonomia quando intervém junto aos atores no território do usuário: conversando com policiais, comerciantes, criando espaços de diálogo e cuidado no território. A autonomia deve ser vivida já nas práticas de cuidado, na lida com esses diferentes aspectos e variáveis envolvidas. A promoção de autonomia como uma metodologia para o cuidado é uma operação extremamente complexa, pois o desejo do paciente deve estar aí implicado. Os profissionais não obrigam ninguém a se tratar, contudo, às vezes o usuário não tem desejo nem de se tratar, nem de não se tratar. É preciso criar uma relação que promova a autonomia do usuário, para que este possa escolher um caminho. Há sempre uma tensão na relação de cuidado, especialmente no que diz respeito às doenças infecto-contagiosas, quando o usuário pode legitimamente escolher não se tratar, sabendo que esta escolha implica uma margem grande de risco para outras pessoas: por exemplo no caso da tuberculose. Na promoção de autonomia não há modelo a ser seguido. A autonomia produzida é relacional, é um norte metodológico do cuidado. Na promoção de autonomia, o profissional de saúde sempre terá que lidar com a tensão, com a complexidade de lidar com o desejo do paciente e com tratamento de uma doença onde está em jogo mais do que a saúde de um indivíduo.

Diretrizes implicadas: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

I. f - Tensionar da rede

O POP RUA é um serviço que serve de ponte entre lógicas e espaços muito diferentes como a rua e o espaço institucional dos serviços de saúde. Essa conjugação não se faz sem tensão. Assim, gerar tensão na rede é uma maneira do POP RUA incluir a rua no SUS, tanto no sentido de intencionar a criação de redes de cuidado no território, quanto de criar tensão, crise que permite a transformação. Pressionar a rede a atender a pessoa em situação de rua através da criação de vagas e da identificação das necessidades específicas da rua, da cobrança por compromisso, da criação de fluxo onde não há, a fim de fazer a rede fluir. O POP RUA não se sustenta sem uma rede eficiente para acolher a complexidade das demandas da rua. Montar um projeto terapêutico adequado ao caso, geralmente, tem o efeito de criar um espaço de cuidado para esse usuário na rede, assim como ir acompanhando o usuário por entre os pontos da rede, construindo fluxos de referência e contra referência.

Diretrizes implicadas: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

I. g - Cartografia constante do território/atuação na rua

O conhecimento do território ajuda a legitimar e acolher as queixas e, conseqüentemente, é o primeiro passo para a construção da demanda e para o desenho do cuidado. A construção deste conhecimento se dá pela cartografia, que é um método para o mapeamento do território. Cartografar é construir um mapa vivo e não estático de um território existencial ou território de vida. Na cartografia, a equipe precisa escutar o lugar do território para cada usuário, mas também incluir neste mapa suas percepções e sensações acerca do mesmo. Para entender a dimensão subjetiva do território que a cartografia proporciona, é preciso uma base vivencial com o mesmo. Quer dizer, não é possível fazer a cartografia sem habitar de alguma maneira o espaço da rua e sem estar engajado nele. No campo da saúde, a cartografia está baseada no cuidado. A cartografia é a construção de um entendimento não fechado, que acompanha a processualidade das práticas de cuidado no território.

Para esse cuidado que se faz do território e no território, é necessário à equipe uma apropriação da lógica da rua. Apropriação que é uma produção de conhecimento do/no/com o território. A cartografia que a equipe realiza consiste em criar uma imagem do território advinda de uma vivência nele, e de uma apreensão do lugar que a rua tem para o usuário.

Se a cartografia só se faz sustentada no cuidado e a partir de uma experiência no território, é necessário “desbravar” o território, experimentá-lo, fazer nele uma experimentação e tomá-lo como meio de uma experimentação. A atuação na rua é a base para a cartografia, e sendo o ASS (Agente Social de Saúde) o profissional que está mais cotidianamente na rua, ele tem uma função-chave para o trabalho. O ASS

cria uma sensibilidade ao território que permite diferenciar as situações que lá ocorrem. Ele desdobra o território, complexificando-o, descobrindo histórias, meandros, detalhes fundamentais. Além de uma imagem do território, o ASS constrói um manejo com a rua, um know how de rua, que é uma leitura e um modo de intervir construídos a partir da experiência de presença constante e de cuidado no território.

Nesta relação com a rua, o profissional de saúde aprende a habitar o território. Nesta apropriação da rua, a cartografia que se constrói nunca tem uma forma final: ela é incompleta, sempre aberta. A imagem que se produz nunca é definitiva: há um espaço aberto para o não saber. O mais importante ao estar no território é perceber as articulações ali presentes, e saber como e com quem se articular. O conhecimento construído com o território depende da relação de cuidado. Não é possível construir o conhecimento do território estando distante. É preciso estar engajado na relação. Habitar, conhecer e cuidar do território são processos inseparáveis.

Estar engajado com o território é conhecer tanto as questões objetivas do território (o perfil populacional, as doenças prevalentes, a delimitação física, etc.), quanto sua dimensão subjetiva (as relações interpessoais e interinstitucionais, os sentidos singulares de cada usuário e cada trabalhador acerca do território, o “clima” de cada microárea). Em outras palavras, é preciso sentir o território, respirar seus ares. Quando o profissional está na rua, ele interpreta o território, e este é modificado pela sua presença e sua interpretação.

A cartografia é o mapeamento que o trabalhador faz do território em um determinado momento, mas que se atualiza de modo cotidiano, ou seja, é a constante atualização da imagem que cada profissional vai construindo no território, a experiência advinda da experimentação na rua.

Diretrizes implicadas: I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3-Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

I. h - Cartografia constante do território/atuação na rua

Para direcionar e interferir na construção de políticas públicas é importante a construção de novos instrumentos e indicadores direcionados às complexidades e necessidades do usuário/território. Estes instrumentos visam aprimorar o próprio serviço. O território da rua traz a necessidade de repensar muitos aspectos da política: carteira de serviços da Atenção Básica, metas, indicadores, protocolos, etc. É necessário fazer com que os instrumentos mais duros estejam a serviço do trabalho, e não o contrário. O protocolo tem a função de ser uma baliza para as práticas em determinada questão de saúde, através de uma padronização que garanta um mínimo de qualidade na ação. Contudo, ele não pode sobrecodificar o cuidado. Deve ser entendido como um fio condutor a ser adaptado a cada realidade singular. A rua como território diferente na cidade e território novo para a saúde exige inovações nos protocolos. Ao inovar, é necessário ter embasamento claro e registrado em prontuário de como e por que determinada ação clínica teve de ser feita de maneira diferente da protocolar. Isso serve para aprimorar os indicadores e metas. A base para o bom uso dos indicadores e metas, contudo, é a relação de cuidado estabele-

cida, quer dizer, os indicadores quantitativos e os protocolos só fazem sentido se estiverem sustentados em um cuidado balizado por princípios e diretrizes adequados. Combate-se ingerências equivocadas e mitos que circundam muitas políticas para população em situação de rua. Exemplos: a retirada dos bebês de suas mães; os recolhimentos compulsórios; a exigência de documentos para marcação de exames; sistema de regulação que não acompanha as necessidades da pessoa em situação de rua, etc. Transformam-se os fluxos e ações que não atendem às necessidades concretas da população.

Diretrizes implicadas: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

I. i - Criação de referência

É metodologia do serviço criar referências. A referência tem múltiplos sentidos. Externamente, o serviço se constitui como um ponto de referência para o usuário no território da rua; por outro lado, o serviço torna-se referência para a rede no que diz respeito aos pacientes de rua; o serviço é, também, referência para a cidade no que diz respeito às pessoas que vivem nas ruas. Para a construção de projetos terapêuticos singulares, é fundamental a função de referência. Essa função define os profissionais com os quais o usuário tem vínculo, mas também e, principalmente, o profissional que assume a definição da direção do cuidado. A referência, contudo, não é única. Cada usuário tem dois ou mais profissionais de referência: ao menos um ASS, que o acompanha em seu território; e técnicos de referência.

A referência tem também sua função para a equipe: a equipe precisa saber identificar quais os profissionais que acompanham mais de perto determinado caso. Tais profissionais têm a responsabilidade de discutir o caso com a equipe e com a rede e dar subsídios para direcionar a clínica. Em cada micro território há um ASS de referência, que sabe identificar os dispositivos de cuidado (não só equipamentos de saúde) e conhece a situação de seu território. Em determinado momento, a depender da dinâmica de cada caso, um profissional de referência precisa ser apontado; em outro caso ou momento é preciso distribuir a referência, compartilhar entre outros profissionais. Entende-se que a referência não é um cargo na equipe, mas é uma função que pode circular, que pode ser distribuída em vários profissionais.

Em última instância a referência é a equipe do POP RUA, não podendo ficar definitivamente localizada em um profissional. O profissional que, em dada situação, está exercendo a função de referência reúne o conhecimento do caso, produzindo um entendimento complexo acerca do mesmo. Esta função está ligada à metodologia do vínculo. A referência conhece o usuário e serve de ponto de apoio para seus processos. Na lógica da referência, é fundamental estar atuando no território. No território da rua, o ASS é o profissional de referência por excelência. A construção da referência na relação ASS/usuário começa desde a primeira aproximação na rua. O objetivo é iniciar o processo de vínculo e referência, mostrando ao usuário que ali alguém se corresponsabiliza pelo cuidado, em conjunto com ele. Internamente na equipe, o ASS tem também um papel fundamental: ele será o articulador entre o espaço da rua e os espaços das instituições de saúde, e o facilitador desta relação. Mas o ASS não tem só a função de abrir caminho para o trabalho da equipe. Ele é um agente propositor de cuidado. É fundamental a

permanência do ASS no acompanhamento do caso para garantia da longitudinalidade do cuidado, já que ele vai estar cotidianamente na rua acompanhando o usuário. Ser referência não é ser tutor do usuário. A referência só se estabelece em uma relação de corresponsabilização no cuidado, entre serviço/profissionais e usuário. Ser referência exige conhecer com espessura vivencial um caso ou um território. É preciso, em meio à dinâmica intensa da rua, localizar, orientar, tanto o usuário, quanto a rede e a própria equipe. O POP RUA mantém uma posição paradoxal: ele cria um espaço de referência, sua sede, mas busca descentralizar, não fixar o usuário neste espaço, e sim fazer com que este espaço o acolha e o ajude a ocupar outros espaços.

Diretrizes implicadas: I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3-Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território.

I. j - Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade

O POP RUA enfrenta o desafio de cuidar de modo integral sem assumir para si todas as funções do cuidado que uma vida exige: a alimentação, a renda, a moradia, o acesso a direitos são dimensões da saúde integral. Por isso a importância dos espaços de articulação intersetorial: Fórum de população de rua, reuniões com outras secretarias, espaço de luta por direitos humanos, entre outros. O POP RUA não garante todos os direitos ao seu usuário, mas promove acesso a políticas públicas, pautando os espaços institucionais da cidade no que diz respeito às necessidades encontradas em seu território.

Diretrizes implicadas: I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3-Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território.

Dispositivos usados a partir das diretrizes e metodologias do cuidado da equipe com o território da cidade

Dispositivo Aproximação na rua:

A aproximação na rua é um dispositivo-chave do serviço. Ele corresponde ao que na ESF se designa de visita domiciliar. Trata-se da construção de uma relação com o usuário e de um cuidado que já se dá no território de vida. Ele se realiza através da presença, escuta e acolhimento do profissional. Na aproximação o trabalhador realiza um manejo com e na rua que requer saber a hora certa de conversar com o usuário, a hora de convidá-lo para o serviço. O manejo é um jogo no tempo: tempo do usuário, tempo do território. Quando se aproximar? O que e quando falar? Quando propor encaminhamentos? Quando fazer uma intervenção? Este dispositivo é preparado com a cartografia do território. Não se pode fazer uma aproximação do usuário sem antes ter minimamente entendido o seu território. Uma questão importante neste dispositivo da aproximação é quando o usuário está sobre o efeito de SPA ou ainda quando está experimentando transtorno mental. Nestes casos, que são muito diferentes, mas que envolvem uma alteração do estado perceptivo e afetivo, quando a pessoa pode estar violenta ou esquivar ao contato, se faz necessária a prudência. É sempre preciso verificar a possibilidade de contato. Se o usuário estiver muito alterado e, principalmente, se for um paciente com o qual não se tenha vínculo, muitas vezes é melhor aguardar, apenas se fazer presente no território disponibilizando o atendimento. Caso se perceba que é possível falar com o usuário, é preciso, de alguma forma, buscar entender e se conectar com o usuário, estabelecendo algum tipo de comunicação. É preciso manejar com o que o usuário está experimentando no momento. Há uma sensibilidade para o trabalho na rua que orienta o manejo. A aproximação tem como regra geral estar inserida em um processo maior de cuidado. Ela não tem, na maioria das vezes, valor em si, mas deve ser uma via para a construção de um processo de cuidado mais amplo. Muitas vezes, a aproximação será pontual, para intervir em uma situação em que o usuário está em risco, embora isso não se possa fazer sem observar regras de prudência.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

Dispositivo Acolhimento de porta de entrada:

Acolhimento de porta aberta na sede é importante para se criar a referência a um ponto de acesso fixo para a população. É preciso contar com um espaço reservado para conversar com o usuário, onde ele pode ter um pouco mais de privacidade para falar de suas questões de saúde. Este dispositivo exige uma ambiência de acolhimento, uma sala ou espaço onde outras pessoas não ouçam o que o usuário está falando. Acolhimento de porta de entrada não é igual ao espaço de recepção com “baias”. O Acolhimento é uma ambiência, que passa por uma disposição do espaço físico e por uma disposição do profissional a escutar.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1-Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência.

Dispositivo Sede como ambiência acessível e acolhedora - espaço de convivência:

O ambiente da sede do POP RUA deve ser um espaço acolhedor e acessível ao usuário. Busca ser um espaço de convivência entre diferentes: os profissionais de saúde e a diversidade de usuários. Promove relações de vizinhança entre os moradores de rua, os trabalhadores da saúde e a comunidade em geral. Deve atender às especificidades da população de rua sem se isolar dos outros serviços de saúde. Deve ser um espaço com recursos para lidar com as situações graves e complexas, devendo ter ainda outros recursos que facilitem o atendimento desta população: banho, espaço para oficinas coletivas, etc. Espaço que acolhe a dinâmica da rua em seus modos de viver o tempo e de habitar o espaço. Ele é um campo de negociação, de diálogo. O serviço não funciona na lógica da rua, mas tem um pouco da rua em seu espaço: um espaço híbrido, espaço de mistura. A sede do POP RUA tem importância fundamental ao constituir-se como ponto fixo para o acolhimento continuado, ponto de referência para o morador de rua, com horários regulares que atendam às necessidades do território.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I.e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. i- Criação de referência;

Dispositivo Atendimento individual em saúde mental no setting do consultório:

o dispositivo da clínica individual da saúde mental no setting do consultório não só é possível, como em muitos casos, é desejável. Ele tem a adesão dos pacientes na experiência do POP RUA, bem como é um dispositivo importante para sustentar o cuidado em muitos casos. Ele cria uma referência e garante um espaço de escuta privado, o que se mostrou fundamental para muitas pessoas que não dispunham de nenhum espaço desta natureza. Ele disponibiliza outra temporalidade ao usuário, muito diferente do tempo da rua: um espaço onde podem-se expressar e destrinchar histórias de vida que não estavam podendo vir à tona, sensações e sentimentos que não podem se expressar em espaços abertos e para muitas pessoas. O atendimento individual ganha importância ao compor uma heterogeneidade de es-

paços de cuidado do POP RUA. Quando o serviço oferece atendimentos individuais em saúde mental não configura necessariamente uma lógica ambulatorial. O que configura uma lógica ambulatorial é a falta de comunicação entre as ações profissionais. Na experiência do POP RUA os atendimentos individuais na sede, no setting individual, devem estar inseridos em um projeto terapêutico mais amplo para garantir o cuidado integral e longitudinal.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. i- Criação de referência;

Dispositivo Distribuição de medicação individualizada:

Este é um dispositivo que viabiliza a oferta de medicação no próprio consultório (ao invés de somente na farmácia), onde o medicamento é ministrado em meio ao ato de atendimento . Isso permite um acompanhamento mais próximo do uso da medicação, e a possibilidade de trabalhar esse uso junto ao paciente. Esse dispositivo viabiliza que o profissional tenha maior possibilidade de acesso à experiência do usuário com a medicação, quais processos estão envolvidos no uso, bem como trabalhar melhor o lugar que a medicação tem para o usuário.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. i- Criação de referência;

Dispositivo Projeto terapêutico Singular (PTS):

É a coordenação e planejamento do tratamento e do cuidado de um usuário. No PTS o cuidado é pensado como articulação de diversos tratamentos e proposições para cada usuário em cada momento específico. As ações do PTS envolvem vários atores da equipe, da rede de saúde e até mesmo do território. Tais ações são adequadas às especificidades e necessidades de cada caso e devem ser pautadas por uma lógica sistematizada, com começo, meio e fim. Um usuário poderá, ao longo do tratamento, ter mais de um projeto terapêutico, caso este precise de adequações e reavaliações. Nesta relação entre o usuário, o serviço e o território, deve haver o consentimento entre as partes do que se espera produzir como estratégia de cuidado, um compartilhamento da experiência de cuidado.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

Dispositivo Profissionais de referência:

Profissional que será referência inicial para o usuário no cuidado, o acompanhará e assegurará a continuidade do tratamento, buscando reunir condições para construir coletivamente uma direção para o cuidado. Os profissionais de referência para um caso de usuário em situação de rua devem ser no mínimo, dois: um ASS, que acompanha o usuário cotidianamente na rua, e um técnico.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

Metodologias encarnadas no dispositivo: I.a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. i- Criação de referência.

Dispositivo Interconsulta:

Interconsulta é quando dois ou mais profissionais de formações diferentes realizam um atendimento conjunto. Ela tem a função de articular os tratamentos, implica-los mutuamente, e aumentar e distribuir a responsabilização acerca do cuidado com um usuário. Ex: enfermeiro, psicólogo e ASS de referência realizam uma consulta com um usuário para traçar estratégias do tratamento da tuberculose, onde será negociado o modo como será feito o tratamento levando em consideração as condições do usuário – se usa drogas, se está abrigado ou na rua, se há dificuldade com os efeitos da medicação, como será ministrada a medicação, etc.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia;

I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

Metodologias encarnadas no dispositivo: I.a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência.

Dispositivo de Apoio á equipes de Saúde no trabalho com a rua e da Assistência Social no trabalho com o cuidado em saúde:

O POP RUA por muitas vezes foi chamado por equipes de Atenção Básica para auxiliar no cuidado com um morador de rua ou de ocupações urbanas. Também foi chamado para auxiliar uma equipe hospitalar a manejar com um usuário da rua que estava em internação. E ainda, chamado por Abrigos da Assistência Social para auxiliar no manejo com situações que envolvem a tuberculose ou o HIV. Nestes casos, o POP RUA acompanhou seus usuários que estavam nestes serviços, não assumindo para si a tarefa que era de responsabilidade dos serviços, mas sim, fez reuniões, conversas, acompanhando os atendimentos das equipes, no sentido de apoiar, “fazer junto”, para criar condições para que estes equipamentos pudessem realizar o cuidado com seus usuários. Esse apoio se faz diretamente acompanhando os profissionais das equipes que solicitam auxílio, através de reuniões, discussões de casos e conversas, e não se faz tomando a responsabilidade pelo usuário do outro serviço.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1-Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

Metodologias encarnadas no dispositivo: I.b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência.

Dispositivo Distribuição de medicação individualizada:

Este é um dispositivo que viabiliza a oferta de medicação no próprio consultório (ao invés de somente na farmácia), onde o medicamento é ministrado em meio ao ato de atendimento. Isso permite um acompanhamento mais próximo do uso da medicação, e a possibilidade de trabalhar esse uso junto ao paciente. Esse dispositivo viabiliza que o profissional tenha maior possibilidade de acesso à experiência do usuário com a medicação, quais processos estão envolvidos no uso, bem como trabalhar melhor o lugar que a medicação tem para o usuário.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

Dispositivo participação nos espaços de lutas por direitos humanos:

Para o POP RUA, a articulação com espaços de lutas por direitos humanos é fundamental: espaço do Fórum de População Adulta em Situação de Rua, audiências públicas, Comitê da População em Situação de Rua da Câmara de Vereadores, etc. Estes espaços ajudam a equipe a ampliar a noção de saúde, bem como trazem mais informações e elementos sobre o que acontece na rua, fortalecendo o entendimento de que no cuidado está em jogo também a luta por garantia de direitos e transformação das práticas sociais. A presença nestes espaços fortalece a continuidade do trabalho da equipe, baseado por princípios éticos e políticos. Além disso, a própria equipe de saúde traz outros elementos para estes espaços, alimentando as discussões, e possibilitando a construção de ações conjuntas.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. f- Tensionar da rede; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

II. DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO COM O TERRITÓRIO DA EQUIPE: O CUIDADO DA EQUIPE COM SEU PRÓPRIO TRABALHO.

II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho:

É diretriz do POP RUA cuidar do profissional através do cuidado com o trabalho. Não há como cuidar do usuário sem o cuidado do profissional de saúde. Mas o que seria cuidar do profissional? Geralmente o cuidado do trabalhador se configura em espaços isolados do restante do processo de trabalho, realizado em dinâmicas que têm como objetivo a formação do trabalhador e o acolhimento de suas dificuldades e sentimentos. É preciso cuidar, no trabalho, dos sofrimentos produzidos na própria atividade profissional. Não é nítida e precisa a linha divisória entre os sofrimentos pessoais e profissionais. Os sofrimentos e dificuldades acontecem misturados às várias esferas da vida do profissional. O que deve ser cuidado no espaço de trabalho é o sofrimento que está implicado no processo de trabalho.

Sem dúvida é preciso um espaço para que sejam expressos os sofrimentos do trabalhador, mas esta expressão é somente um primeiro momento do cuidado do profissional através do trabalho. É preciso, como com o usuário, transformar a queixa do trabalhador em demanda, o que implica um reposicionamento do profissional e da própria equipe em seu processo de trabalho, e ainda, da gestão que está em relação com a prática da equipe. Quer dizer que a queixa dos trabalhadores deve se transformar em demanda para a gestão: tanto a gestão interna da equipe, quando a Gestão que gere os serviços e as redes.

O cuidado com o trabalho da equipe visa dar suporte às muitas dificuldades que a equipe enfrenta: lidar constantemente com as violências institucionais, e com as situações extremas encontradas na rua, com as precariedades do trabalho, dificuldades do processo de construção de uma prática, etc. É preciso construir esses espaços para cuidar do trabalhador que também está sendo atravessado pelos afetos que circulam no território em que intervém. O sofrimento de um profissional não deve, na grande maioria dos casos, ser tomado como um problema pessoal. Quer dizer, não se pode individualizar o problema, como se este não se constituísse em um campo problemático coletivo. A individualização do sofrimento encobre as condições do trabalho, o modo como este está sendo gerido, as próprias dificuldades no processo de trabalho e as questões políticas envolvidas neste processo. O sofrimento do trabalhador deve ser inserido no campo problemático próprio deste serviço, que trabalha em meio a muitos tipos de violência produzida na dinâmica social da cidade. O cuidado do profissional de saúde se faz tornando coletivas e políticas as dores e sofrimentos que advêm do trabalho, construindo demandas para a gestão do processo de trabalho.

II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado:

É diretriz do POP RUA transmitir e coletivizar constantemente as estratégias de cuidado, de modo a que o saber construído permaneça no serviço, mesmo que haja mudanças na equipe e/ou nas estratégias adotadas. Entende-se que o saber construído na experiência do POP RUA tem valor de uso público. O conhecimento produzido pelo POP RUA é público já que se trata de um serviço público: para o público, gratuito e de acesso universal. Isso não significa que as estratégias de cuidado construídas devam se manter, mas que possam servir de referência para sua continuidade ou para sua transformação.

II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua:

Para construir o trabalho da equipe é necessário aprender com a rua. A rua é força motriz que constrói o trabalho em saúde para o território. Trabalhar com a rua necessariamente transforma o olhar do trabalhador, tirando-o do lugar do senso comum sobre a rua. Lidar com a rua é lidar com aquilo que desvia, que surpreende. O trabalhador aprende não somente os códigos da rua, as informações, mas, de certa forma, incorpora sua dinâmica: imprevisibilidade, rapidez, conjunção de fatores ou multideterminação dos eventos da rua; dinâmica que conecta muitos elementos, formando figuras heterogêneas, híbridas. O trabalhador é obrigado a lidar com situações novas para ele, devendo estar atento às várias possibilidades que caracterizam a situação de rua. Deve conhecer os diferentes e divergentes atores que compõem a rua: ficar atento ao bueiro na rua, ao trânsito e ao perigo de ser atropelado, à violência policial, ao preconceito social com os setores à margem da sociedade. Ele deve estar conectado e atento às diferentes demandas e às dificuldades e impossibilidades imposta pela rua. O aprendizado com a rua é o que impulsiona a ampliação dos olhares e perspectivas profissionais.

II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade):

É diretriz do trabalho da equipe sobre si mesma a integração e ampliação dos olhares, a articulação entre as perspectivas profissionais na equipe. O POP RUA é uma equipe com várias saberes profissionais (multidisciplinar), que se organiza de forma interdisciplinar e busca realizar ações transdisciplinares. As ações transdisciplinares são o resultado da integração e ampliação das perspectivas profissionais da equipe.

Sua direção é a construção de uma perspectiva coletiva generalista. Uma perspectiva generalista não apaga as especificidades dos saberes da equipe, mas busca conjurar o especialismo - entendido como perspectiva que não favorece o diálogo com outros saberes. É preciso acabar com o especialismo, o que é diferente de recusar a especificidade de cada perspectiva/saber profissional. O profissional não deve atuar como especialista que só olha através de seu campo do saber. Ele deve procurar manter uma abertura a outras interpretações, outras perspectivas, o que permite a transformação de sua própria perspectiva. O ASS é a função no serviço que tem maior potência para a perspectiva generalista, pois ele não está amarrado a nenhum saber específico. O ASS, não sendo especialista em nenhum domínio do saber, pode trazer com mais força as demandas complexas da rua. Ele é matriciado por todos os saberes específicos presentes na equipe e ensina os técnicos acerca das singularidades do território da rua. O ASS não tem só a função de trazer o usuário para serviço, mas também de cuidar do usuário na rua. A perspectiva do ASS é menos exposta aos limites da atuação técnico-científica, sendo mais transdisciplinar, pois circula constantemente por todas as esferas do serviço, da rede e do território, produzindo relações de cuidado com o usuário, lidando com a imprevisibilidade que toda situação nova traz. Deste modo, a perspectiva que o ASS constrói na rua é vital para a integração das perspectivas na equipe.

O POP RUA não é um serviço de Atenção Básica com atendimentos em saúde mental, mas um serviço de Atenção Básica modificado por uma lógica da saúde mental. A saúde mental é uma perspectiva que deve permear todos os atendimentos, as práticas de qualquer profissional da equipe. A perspectiva do cuidado no POP RUA está sempre em ampliação, em direção à integralidade. A ampliação do olhar nunca é definitiva e está relacionada à produção de conhecimento e à intervenção sobre a realidade. A troca de saberes deve estar atrelada a necessidades concretas impostas pela complexidade dos casos.

Metodologias do cuidado com o território da equipe

II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho:

Para a ampliação da clínica e para a transmissão contínua do conhecimento do trabalho é fundamental que a gestão da clínica seja feita de forma coletiva, com espaços coletivos de cuidado do trabalho. É preciso criar espaços de troca entre os saberes. O espaço da sede ajuda a organizar o trabalho da equipe, torná-lo mais integrado e integral. O trabalho conjunto dos profissionais amplia a visão acerca do próprio serviço, permitindo que cada trabalhador saiba como funciona o serviço como um todo, conhecendo os fluxos internos e com a rede, e a função de cada um. Tais espaços se dão através de dispositivos coletivos de trabalho, instituídos pela equipe, e de trocas cotidianas, nos atendimentos ou conversas informais. O trabalho coletivo é um método de ampliação da clínica do POP RUA. O cuidado na Atenção Básica deve ser coletivo, envolvendo as mais diferentes perspectivas na clínica. A clínica é uma tarefa coletiva no POP RUA. Criar espaços coletivos, construir o trabalho de forma coletiva é uma via para o cuidado: sair do sofrimento como um problema individual para ligá-lo à política de saúde e à cidade.

O cuidado do trabalhador se faz pela construção e utilização de espaços coletivos de gestão da clínica e de análise do trabalho da equipe. Nestes espaços, cuida-se do trabalhador despersonalizando e coletivizando os problemas do trabalho. O cuidado do profissional de saúde se faz tornando coletivas e políticas as dores e sofrimentos que advêm do trabalho, construindo demandas para a gestão do processo de trabalho.

A construção do saber acerca do trabalho está ligada a saúde do trabalhador: é produzindo sentido para o trabalho, através da produção de conhecimento sobre sua prática, que o profissional pode ter uma relação mais saudável com este trabalho.

Coletiviza-se o saber dos trabalhadores através do compartilhamento nos dispositivos de reunião de equipe, discussão de caso, etc. É fundamental consolidar os saberes sistematizados através de relatórios, documentos técnicos, etc., o que permite que as construções permaneçam no serviço, para além das pessoas.

Diretrizes implicadas: II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias implicadas: II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado:

A interdisciplinaridade é definida por arranjos no processo de trabalho que articulam as diversas funções na equipe, e que visam à construção de uma coesão entre as ações da equipe. Os arranjos interdisciplinares têm uma distribuição clara do que cada um deve fazer. Isso pressupõe um alto nível de comunicação e troca na equipe. É necessário que todos tenham noção do processo geral da equipe, de como se organiza a instituição e as etapas do processo de trabalho. Não se trata de todos fazerem tudo, e sim todos se sentirem corresponsáveis. A chave para isso é a comunicação adequada, clara e que integra todas as funções da equipe. Esta comunicação é mantida e aprimorada tanto no trabalho diário, quanto nas reuniões de equipe, de estudo de casos e em supervisões.

Na interdisciplinaridade não se perde a função da referência. Não é possível ao profissional dominar todos os saberes, mas as ações da equipe podem estar integradas apesar dos lugares definidos. Um arranjo interdisciplinar é um ponto de convergência dos vários atos profissionais. Este tipo de arranjo não prescinde de uma coordenação, mesmo que esse papel circule na equipe e nos casos. Nos arranjos interdisciplinares (interconsulta, reunião de equipe, discussão de caso) os saberes conversam e partilham a experiência do cuidado, embora tenham seus lugares fixos e definidos.

Contudo, na prática, os saberes interferem uns nos outros, e fazem variar os limites entre eles. Esse tipo de comunicação entre os saberes chamamos de transdisciplinar: os saberes se interferem de modo a que o olhar e a intervenção do médico, por exemplo, já não sejam mais os mesmos depois de afetados pela perspectiva e intervenção do ASS. As ações transdisciplinares tornam difusa a fronteira entre os saberes. Esta prática diz respeito à troca de experiência na equipe onde. Quando um trabalhador se deixa tocar pela perspectiva do outro, faz variar sua própria perspectiva e ação para além do saber de sua competência. O que se torna transdisciplinar são as ações da equipe na relação com o usuário, e não os profissionais. A ação é transdisciplinar quando deixa de ser propriedade de um agente.

Diretrizes implicadas: II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias implicadas: II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

II. c- Matriciamento cruzado:

Matriciamento cruzado é a troca entre as perspectivas profissionais da equipe. É a troca entre saberes em via de mão dupla: não é a transmissão de um saber superior ou especialista, mas é o compartilhamento quando um profissional conversa e atua junto ao outro e ambos aprendem um com o outro. É um compartilhamento de responsabilidade e de saberes diferentes. O que se produz no matriciamento cruzado é uma prática e uma perspectiva híbrida. O matriciamento cruzado não é garantido por nenhum dispositivo específico. Ele se faz a partir da disponibilidade, da convivência e do trabalho conjunto entre diferentes perspectivas profissionais. É preciso criar um espaço de troca, que pode se dar informalmente ou de modo instituído. Os dispositivos coletivos de trabalho ajudam a fomentar esse matriciamento, criando condições para ele. Estes dispositivos são arranjos e processos coletivos que impedem que os atendimentos fiquem isolados em ilhas de especialismo.

Diretrizes implicadas: II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias implicadas: II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

II. d- Aprendizado e análise em ato:

O aprendizado acerca do trabalho, do manejo com a rua, da integração dos olhares se faz no dia-a-dia, a partir da prática de se aproximar dos casos. É sempre um aprendizado que se faz em ato, na experimentação. A experimentação é fundamental para o aprendizado. Contudo, este aprendizado em ato deve ser elaborado, refinado em espaços coletivos que realizem análises e reflexões da prática. Para ampliar a clínica, transversalizar os saberes e conhecer é necessário produzir análise com a experiência vivida – isto é, analiso a experiência na medida em que analiso com a experiência. A análise se faz no ato de experimentar, acolhendo a experiência mais do que a julgando a partir de categorias de certo ou errado. A análise em ato é a análise dos efeitos das práticas, do que efetivamente se produziu em determinada experiência. Para fazer a análise da prática é preciso incluir a experiência, estar ao lado da experiência buscando entender como ela se produziu.

Diretrizes implicadas: II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias implicadas: II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. e- Disponibilidade à alteridade.

Dispositivos do cuidado com o território da equipe

Acompanhamento do processo de trabalho de rua:

Neste dispositivo se acompanha e se analisa o trabalho no território da rua. Isso é feito através do levantamento de informações e estatísticas do cuidado, da organização estratégica da equipe no território, bem como da análise da dinâmica do território, por exemplo, se em tal área há um esvaziamento de usuários, identificar os componentes do território e analisar suas dinâmicas relacionais. Esse espaço de encontro pode ser feito através da reunião dos ASS que trabalham em uma microárea de cobertura da equipe. Neste espaço, constrói-se a cartografia da microárea, levantam-se os casos que precisam de maior atenção, acompanham-se a relação dos profissionais com o trabalho da rua, as dificuldades, as possibilidades de criação de novas estratégias.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias encarnadas no dispositivo: II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

Espaços de planejamento, acompanhamento e avaliação - Reunião de equipe:

Encontros direcionados a entender as complexidades e necessidades do usuário/território e que visam aprimorar constantemente o próprio serviço. A intenção é tornar o serviço sensível às diversidades e complexidades dos usuários, desde a porta de entrada até o atendimento. Seu objetivo é criar possibilidades de atuação a partir do que nos trás o usuário, e não apenas por uma ação protocolar, produzindo, a partir do acompanhamento e das avaliações, indicadores que permitam o serviço repensar suas práticas. Deste encontro participam todos os profissionais da equipe, bem como dele podem participar atores da gestão que visem dialogar com a equipe. O espaço da reunião deve ser garantido semanalmente, com ou sem a presença da gerência do serviço.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias encarnadas no dispositivo: II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

Supervisão/apoio clínico institucional:

Trata-se do espaço co-ordenado por um agente externo ao serviço, onde se discute casos clínicos e a gestão da clínica no serviço. O olhar de um agente externo auxilia na análise e na desnaturalização das práticas de cuidado, e funciona como suporte à equipe, como mais um espaço de cuidado com o trabalho.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias encarnadas no dispositivo: II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

Seminários internos/grupo de estudos:

Espaços para produzir conhecimento a partir da experiência prática do trabalho e para a transmissão do conhecimento através do estudo e discussão de temas mais amplos relacionados ao cuidado que a equipe realiza.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: .1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

Reunião de estudo de caso:

Espaço de estudo de caso para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), por exemplo, quando um caso é pautado na reunião de equipe ou na supervisão de área, e os profissionais envolvidos se reúnem, juntamente com outros profissionais pertinentes ao caso, para construção do PTS.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: .1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

ANEXOS

Anexo I – Os participantes/autores do documento:

1 - Grupo de pesquisa “Enativos: conhecimento e cuidado”, Programa de Pós Graduação Universidade Federal Fluminense.

Coordenação: Prof. Dr. Eduardo Passos.

Pesquisadores de Campo: Iacã Macerata – doutorando; José Guilherme Soares – mestrando; André Miranda – bolsista iniciação científica.

Grupo de Pesquisa: prof. Dr. Christian Sade- Pesquisador; Thaís Melo - bolsista iniciação científica; Lorena Guerini- mestranda; Beatriz Prata- mestranda; Jorge Mello- doutorando; Letícia Renault- doutoranda; Julia Ramos – psicóloga, mestre em psicologia.

2- Profissionais do POP RUA autores/participantes da pesquisa:

Agentes Sociais de Saúde: Ana Maria Galdeano, Kelly Victor, Rosália Silva, Fabio “Mosca” Campos, Cléo Moraes.

Médicos: Lúcia Dantas, Gervásio D. Araújo.

Enfermeiros: Luciana Marins, Sebastião Carlos.

Assistentes Sociais: Gizzely Ilha, Aline Guedes.

Psicólogas(os): Clarice Boechat, Daniel Elia, Julio Nicodemos, Claudia de Paula.

Gerente Técnica: Laila Louzada.

Residente: Polyana Esteves.

Anexo II – Enunciados disparadores dos GIT`s:

Objetivos produzidos anteriormente pela psicóloga Claudia de Paula com o apoio da gerente Laila Louzada, ano de 2011.

- I.** Estabelecer uma cartografia própria referente a pesquisa do perfil de população de rua. E, a partir desta cartografia considerar o território de vida e não o território de moradia físico como referência.
- II.** Organizar os três campos de atuação da equipe (assistência, prevenção de agravos, promoção da saúde) levando em consideração a dinâmica encontrada no território. A demanda historicamente reprimida, a gravidade dos casos com morbidades cruzadas, a inexistência de equipamentos especializados (CAPS, UPA) e a dificuldade de acesso à rede determinaram a priorização das ações assistenciais no primeiro momento.
- III.** Instrumentalizar a abordagem às queixas de Rua, intencionando transformá-las em demandas.
- IV.** Ser Referência em convergência para o território de vida e não o território físico, sustentando o direcionamento das demandas em oposição à fragmentação típica que a Rua produz.
- V.** Configurar espaço de tratamento diversos (Rua, sede, rede) que respeitem a especificidade da questão a ser tratada/ a singularidade de cada demanda.
- VI.** Apostar na construção do vínculo (na autonomia e desejo de cada sujeito tratar-se) e não na tutela social e na tutela de sentidos.
- VII.** Implantar lógica de referência na abordagem/ acompanhamento longitudinal dos casos com demanda para saúde mental, visando permitir ao sujeito, apesar da circulação própria e específica do mesmo, ter seu tratamento localizado e assegurado em continuidade.
- VIII.** Implementar uma abordagem às questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e drogas, referida pela diretriz da redução de danos que, desconstrua o foco voltado para a substância e progressivamente o redirija para a história de vida do sujeito.
- IX.** Estimular a corresponsabilização interdisciplinar e multiprofissional em equipe, visando produzir uma dinâmica de acompanhamento a partir da construção de casos.
- X.** Estabelecer ferramentas que permitam classificar os casos graves, a fim de priorizar atendimentos e fluxos de atenção.
- XI.** Empenhar-se no cuidado ao sujeito, percebendo-o como o mesmo acompanhado pelos serviços da SMAS, sendo portanto fundamental a integração dos cuidados e atuação corresponsável.
- XII.** Considerar a Rua como ferramenta de apostas clínicas.
- XIII.** Não vincular o olhar do cuidado à perspectiva da doença, estimulando o enfermeiro a assumir o papel de articulador dos fluxos de atenção.
- XIV.** Estimular a superação das lógicas convencionais de atenção à saúde, fragmentadas em ações programáticas.
- XV.** Sistematizar continuamente estratégias oriundas da prática em metodologias de trabalho.
- XVI.** Problematicar a prática visando extrair elementos referenciais que subsidiem a educação permanente da equipe e a atuação na micropolítica do território.