

# PROVAÇÕES CORPORAIS: UMA ETNOGRAFIA FENOMENOLÓGICA ENTRE MORADORES DE RUA DE PARIS\*

Daniel Cefai

As *maraudes* do Samusocial de Paris<sup>1</sup>, criadas em 1993, são rondas que fazem noite e dia atendimento aos moradores de rua pela cidade. Elas sempre são realizadas por um agente social, uma enfermeira graduada e um motorista, que têm a tarefa de intervir nos casos de “emergência social”, de cuidar e de acolher os “grandes excluídos”. Elas se dão em cooperação com CHUS<sup>2</sup>, nos quais os moradores de rua, se desejarem, podem passar a noite; com os LHSS<sup>3</sup>, espaços de maior estabilidade, nos quais, desde 2007, podem ser tratados (no sentido médico do termo) durante algumas semanas para recuperar a saúde e, finalmente, com *maraudes* mais específicas, como a psiquiátrica, conduzida junto a

---

\* Tradução de Cristina Prado.

<sup>1</sup> O Samusocial de Paris é uma organização não governamental, financiada majoritariamente pelos poderes públicos para implementar uma política social de emergência para o atendimento de moradores de rua. Ver Gaslonde (2007) para uma apresentação institucional.

<sup>2</sup> Centres d’Hébergement d’Urgence Sociale [Centros de Acolhimento de Emergência Social], no Brasil conhecidos como albergues de pernoite.

<sup>3</sup> Lits Halte Soins Santé [Centros de Internação para Cuidados da Saúde].

uma equipe do hospital Esquirol, ou a da tuberculose, dirigida por um médico do Samusocial.

Faremos aqui uma descrição etnográfica de algumas das interações corporais entre os membros dessas equipes de assistência móvel e os moradores de rua. Trata-se de acrescentar mais uma peça ao debate acerca da transformação das intervenções sociais a partir dos anos 1980 (Ion, 2005a; 2005b), a saber: acompanhamento personalizado ao invés de burocrático; injunção à autonomia e apelo à responsabilização dentro de um projeto biográfico; gestão dos riscos da precariedade mais do que reintegração ao corpo social; atendimento a pessoas vulneráveis em vez de usuários anônimos; dispositivos flexíveis e territorializados no lugar de instituições sociais anônimas e centralizadas. As *maraudes* participam dessas mutações da intervenção social correlatas às “metamorfoses da questão social” (Castel, 1995).

72 Esta etnografia é fenomenológica na medida em que se apoia na descrição das provações corporais que aparecem no acompanhamento dos moradores de rua. Vincula-se desse modo aos trabalhos sobre as “políticas do próximo” (Thévenot, 1994; Breviglieri, 2005) ou as “políticas do *care*” (Laugier e Paperman, 2006). Tomado na espessura da experiência da percepção e do movimento, o sentido do encontro entre agentes do Samusocial e os moradores de rua é, de fato, encarnado. A temporalização do encontro é feita *in situ*. O problema para o investigador é o de tornar sensíveis atividades e interações que costumam ser invisíveis e silenciosas, o de revelar as capacidades corporais dos membros das equipes de assistência móvel que não são do âmbito de um saber cerebral, intelectual ou técnico. É um saber de experiência, forjado na sucessão de domínio e de perda de domínio sobre as situações, um saber ancorado nos corpos, que captam indícios e que os organizam, progressivamente, em configurações de sentido. A consciência é apenas a parte do *iceberg* que veio à tona. Na conjunção das provações de

seus corpos, os membros das *maraudes* captam um sentido expressivo à flor das situações. Eles trabalham por intuição; são afetados por sentimentos morais (compaixão, solicitude, respeito, indignação), ao mesmo tempo em que cumprem gestos profissionais. Nisto, esta etnografia fenomenológica se abre também para uma etnografia moral<sup>4</sup>.

### **A provação dos corpos: decifrar o sentido das aparências**

“A vida na rua é dura! E ataca o corpo!”, nos diz um médico do hospital psiquiátrico de Saint-Michel. Antes de tudo, a *maraude* cuida de corpos. Sem dúvida, também escuta e recolhe histórias, mas de maneira apressada, por falta de tempo. Se há um trabalho sobre relatos de vida, ele será feito mais tarde, durante o dia, com uma assistente social. Aqui, no atendimento de emergência, é preciso antes de mais nada localizar, alimentar, cuidar de corpos devastados; transportá-los, salvá-los do perigo da hipotermia ou da desidratação; colocá-los no abrigo e lhes devolver a força. O foco nos corpos e nas consequências sanitárias da vida na rua emergiu das consultas dedicadas aos moradores de rua de Nanterre, no CHAPSA<sup>5</sup>, montadas bem no início dos anos 1980 pelo doutor Patrick Henry, e mais tarde retomadas por Xavier Emmanuelli<sup>6</sup>.

73

Como era de se esperar, a cada parada do caminhão do Samusocial se abre uma pequena arena de apresentação

<sup>4</sup> Essa dimensão política, no entanto, não será tratada aqui.

<sup>5</sup> Centre d'Hébergement et d' Accueil des Personnes Sans-Abri [Centro de Acolhimento e de Cuidados aos Moradores de Rua] ou Maison de Nanterre [Casa de Nanterre]. Ela faz parte do CASH, Centre d' Accueil et des Soins Hospitaliers [Centro de Acolhimento e Cuidados Hospitalares], e acolhe todos os dias até 250 pessoas conduzidas pela BAPSA, Assistance aux Personnes Sans-Abri de la Préfecture de Police [Assistência às Pessoas Moradoras de Rua da Chefia de Polícia], pela RATP, Régie Autonome des Transports Parisiens [Consórcio Autônomo de Transportes Parisienses] e pelo Samusocial. Ver Girola (2007).

<sup>6</sup> Médico francês, cofundador do Médicos Sem Fronteiras em 1971, fundador do Samusocial, Secretário de Estado vinculado ao Primeiro Ministro, encarregado da Ação Humanitária de Emergência.

recíproca, de discussão e de brincadeira, de confiança e de consideração. A relação estabelecida pelas *maraudes* com os moradores de rua dá contorno ao encontro e não se reduz apenas às funções de alimentar, de tratar, de transportar. Mas, ainda assim, tudo passa por uma interação corpo a corpo. De um lado, os corpos dos membros da equipe são seus instrumentos de trabalho. A instituição os forma, os equipa e os treina, mas eles devem sentir, perceber e avaliar emoções para serem operacionais; “funcionários” da emergência, eles aplicam procedimentos, mas também têm a capacidade de experimentar as situações pessoalmente, de usar, à flor da pele, os sentidos e o bom senso. Por outro lado, os corpos dos moradores de rua são o primeiro desafio da assistência social de emergência. Doentes, mais ou menos machucados, marcados pelas circunstâncias de uma história, expostos às intempéries, é preciso protegê-los, recuperá-los ou preveni-los contra o pior. Eles serão objeto de atenção e de cuidados antes que qualquer outra medida de atendimento seja tomada.

Os corpos mais intactos, mesmo os que não exageram na bebida, mesmo os que não são corroídos pelo mal do desleixo, aparecem cambaleantes, pouco tonificados, desgastados pela comida ruim, exalando muitas vezes um cheiro de tabaco e álcool. Os rostos têm os traços cansados e fundos, a pele pálida ou a tez opaca. As barbas são mal cortadas, os cabelos são como crinas, os dentes, estragados ou ausentes... Alguns se mantêm por milagre. As mulheres sobretudo, que geralmente só aparecem nos albergues de modo sorrateiro e que guardam distância dos outros abrigados.

Sra. C. telefona toda noite entre 2h00 e 2h30, quer esteja nevando ou ventando. Ela surge do canto do bar L’Européen, perto da Gare de Lyon, saída de seu esconderijo atrás das tuias. No Samusocial, ninguém jamais conseguiu saber algo sobre sua vida diurna. Mas ela parece evitar a decadência através de uma extrema regularidade, de rigor e até mesmo

de rigidez ao cuidar de si. Um coordenador dos abrigos me apresenta uma teoria local, fundada na experiência, a este respeito. Segundo ele, muitos homens se afogam por razões afetivas, rupturas amorosas, choques existenciais. Eles “se tornam vadios”, desempenham o papel de “mau elemento” e incrementam a encenação do comportamento desviante. Segundo ele, as mulheres, em sua maioria, deixam seu domicílio após terem sofrido violência conjugal ou terem caído, por infortúnio, na miséria. Elas se dividem entre aquelas que encontramos nas ruas ou nos abrigos (que perderam toda referência, que são “totalmente piradas, sobretudo quando não podem mais ver seus filhos”) e as que resistem (que se apoiam nos dispositivos de ajuda específicos oferecidos pelas associações e pelas instituições). Estas últimas, em geral, se saem bastante bem no processo de reinserção.

Categorias, explicações e especulações nativas medeiam, desse modo, a forma como os membros das equipes compreendem a situação dos usuários. Mas seu raciocínio prático não passa apenas pelo desfile dos preconceitos. É todo um trabalho de observação que é feito cara a cara para saber com quem se está lidando. “Quem está aí?”, “O que está dizendo?”, “O que quer?": nada é dado de antemão e um bom agente social não pode se proteger da incerteza das situações fechando-se em seus preconceitos. Pelo contrário, o menor indício sensível é levado em conta. Julguemos isso comparando as anotações que tomei ao longo de uma *marau*de diurna com os comentários da enfermeira da equipe sobre o mesmo caso tratado acima:

“Mulher húngara, comunicação difícil, todos os dentes cariados. Não muito malvestida. Roupas de segunda mão de uma burguesa do bairro? Pedinte na Rua de Rennes, debaixo do cinema L’Arlequin, ex-Cosmos. Sentada num degrau, em cima de um papelão. Ela diz: ‘O corpo, tudo bem, mas cabeça e coração, em Budapeste!’.”

Quando a deixamos, pergunto à enfermeira por que não insistiu e nem propôs nada. Ela me faz o seguinte relatório:

“Acho que ela não precisa muito da gente. O colarinho de sua camisa não está preto e está bem penteada. Diz que não está num abrigo, mas não deve estar dormindo na rua. Está bem vestida, quase melhor que mim [*sic*]. Deve ter uma rede, ou pessoas do bairro que cuidam dela, ou uma associação de bairro [St-Sulpice, onde a prática religiosa ainda é valorizada e cujos habitantes têm posses]. Talvez seja um juízo de valor, não tenho certeza, mas acho que ela finge que não sabe falar francês. Ela parece entender mais do que deixa transparecer. Estava ansiosa para que a gente fosse embora para continuar a pedir esmola sossegada. No bairro, ela deve ter um bom rendimento diário.”

76 Numa visada (Ginzburg, 1989), a enfermeira fez um diagnóstico; reuniu um monte de indícios observáveis e decidiu que esta senhora, aparentemente autônoma, não precisava de nossos serviços.

Outros salvam as aparências. Jean-Jacques, por exemplo, que se encontra em Garel. Sempre de terno e gravata, diz ter sido motorista na Prefeitura de Paris e parece agarrar-se ao uniforme do antigo emprego. Ele fuma um cigarro atrás do outro (apesar de seu pulmão arrebentado), mas fala sempre calma e educadamente, como seus interlocutores. *Doing being ordinary* (Sacks, 1994): toda uma arte da organização das aparências deve ser investida para fingir que tudo está bem, para ter relações normais com os outros, para não deixar transparecer seu cansaço ou seu desamparo. Mas por baixo desse jeito de resistir à entropia da rua, de quem “não se deixa abater”, é a preocupação consigo mesmo e o cuidado com os outros, a capacidade de habitar o mundo e de estar-aí, e bem aí, na situação, que estão em jogo. Jean-Jacques não faz senão salvar as aparências e se

esconder atrás de uma máscara. Ele forma laços, controla a situação, tenta enrolar uma menina bonita que apareceu no CHUS há algumas noites. Ele trai suas pequenas vaidades estatutárias, revela sua sagacidade e mostra que não desistiu de sair desse momento de infortúnio. Sentimos que fica à vontade na intimidade e sabe dar conta de si mesmo em público (Breviglieri, 2002).

Ao contrário dele, alguns residentes de Garel, tendo perdido a capacidade e os meios de se lavar e de se vestir, parecem totalmente destruídos, arruinados pelos maus tratos, incapazes de se empenhar e de se reinserir na rotina cotidiana. Fechados sobre o que resta de si mesmos, esgotados, prostrados, assustados, sonolentos. Alguns não conseguem mais falar uma linguagem articulada, têm o rosto agitado por tiques e seus gestos vêm acompanhados de gritos. Outros, inversamente, são levados por sua logoreia verbal. Ou o mutismo absoluto, pesado, insondável. Ou discurso circular, redundante; fuga de ideias (Binswanger, 2000; Tellenbach, 1979); delírio de perseguição. Diante de um morador de rua que apresentava comportamentos compulsivos, balançando-se de um lado para o outro, sem conseguir controlar seus membros agitados por gestos desordenados, um agente social solta: “Seu corpo tenta dizer algo mas não tenho o decodificador adequado”. E veremos que as aparências nem sempre são fáceis de decifrar.

77

### **O olfato: sentir e ressentir**

Violenta a ponto de fazer alguns dos novatos desistirem logo na primeira noite de ir atrás dos moradores de rua, uma das provações corporais enfrentadas pelos membros das *maraudes* é a olfativa. O olhar é, por excelência, um sentido à distância. O olho, o órgão da objetivação. O tato e o paladar são os sentidos do contato que se dá imediatamente no senciente. O tipo de afecção que o olfato propicia é de uma outra ordem: ele traz uma experiência

da impregnação e da penetração, do envolvimento e do contágio (Straus, 1989; 1966). O olfato é um sentido patético ou atmosférico<sup>7</sup>. Nem sempre permite localizar a fonte odorífera, já que os perfumes que afetam o corpo são difusos e voláteis. E mesmo se alguns clínicos são capazes de identificar uma patologia pelo gosto e pelo cheiro, a avaliação dos odores é raramente compartilhada. O léxico dos odores – a não ser em profissões específicas –, é extremamente reduzido e o que podemos exprimir a seu respeito permanece eminentemente impreciso, de ordem analógica ou metafórica.

O olfato desperta as mais violentas emoções, as que nos conduzem ao limite do suportável. Emmanuelli, na época médico-chefe de um albergue para moradores de rua em Nanterre, deu acerca disso a descrição seguinte:

78

“Naqueles que tomaram um banho e que, portanto, vão passar o dia ou a noite, o exame é mais fácil porque a pele fala mais espontaneamente de todas suas cicatrizes, todos seus buracos, suas tatuagens, todas suas lesões. Mas com aqueles que passaram pela outra entrada e não tomaram banho, é preciso enfrentar o descascar, camada após camada, de todos os trapos, para chegar à pele da pele: a última roupa de baixo, maculada de modo imundo, espécie de invólucro secreto da epiderme. Um cheiro feroz salta então destas cordas retiradas uma depois da outra, a ponto de captar todo o oxigênio, de provocar soluço, de cessar a inspiração, de escancarar as portas e as janelas mas que é preciso enfrentar para tornar suportável o encontro. Cheiro de excreções, líquidos orgânicos, transpiração e sujeira, mas também cheiro arcaico da morte, da carne fétida que começa a se decompor. Ele fala por eles. Eu que

---

<sup>7</sup> Diz-se ainda que ele pertence a uma “consciência fenomenal” que “nos mostra qual é o efeito de sentir sensações”. As qualidades desta experiência são chamadas de *qualia*. Ver Lenclud (2006, pp. 5-18) e Tellenbach (1983).



não fumo e não tenho, portanto, um cheiro sobressalente para me proteger, só me livrarei dele mais tarde com o aerosol. Por enquanto, ele se espalha pela pequena sala, fiel acompanhante da decadência deles” (Emmanuelli, 1994, pp.11-12).

Está tudo aí: as camadas sucessivas, como cascas de cebola, das roupas aglomeradas umas nas outras, coladas pelo suor e pela sujeira, aprisionando miasmas pestilentos; a putrefação das carnes não arejadas, maceradas em seus fermentos; o cheiro da podridão e da decomposição, que desperta um medo visceral da morte; a pregnância destes perfumes mórbidos, que se agarram às coisas, e se incrustam nas roupas e nas paredes; a asfixia sentida pelos agentes, que devem colocar entre parênteses sua repulsa e conter o soluço de suas entranhas para que se abra um espaço de cuidado e de atenção. Esse invólucro corporal, o Eu-pele (Anzieu, 1995) que alguns moradores de rua carregam consigo, pode ser a assinatura olfativa que marca seu território através da repulsa que provoca. O autor continua:

79

“Seguro de seu poder, [o cheiro] estagna entre nós e pode se tornar mais imundo ainda, mais violento e mais repugnante, a ponto de fazer vomitar, quando às vezes desfazemos velhos curativos esquecidos em suas pernas. É o cheiro proibido, o que deve permanecer sob a terra e nos túmulos, o das carnes informes derretendo como gorduras pútridas, em sua legião de vermes revelados de repente. Eles se contorcem no chão e nas ataduras negras e duras de humores, até dentro do lixo os curativos fedem ao piócito ou ao anaeróbico, cheiro de carniça e matéria em decomposição. É a própria violência do ar em volta das lesões que é a agressão – a derradeira arma dos que não têm nada à sua disposição para lhes dizer ‘merda’, é a de fazê-la ser inalada sem que digam nada” (Emmanuelli, 1994, pp. 11-12).

Essa descrição não é a de um etnógrafo. Deve ser tomada pelo que ela é: o testemunho de um médico que eventualmente recorre a imagem crística (de sofrimento e de redenção) para insistir, do ponto de vista sanitário, na condição catastrófica na qual se encontravam os grandes excluídos antes da formação dos instrumentos de assistência social. Para Emmanuelli, o território de intervenção junto aos moradores de rua equivale, em tempos de paz, aos campos de batalha enfrentados pelos Médicos Sem Fronteiras. Aí a descrição possui uma função retórica. Ele enfatiza o caráter extremo da condição desses “grandes excluídos”, que perdem até o sentido da dor. “Eles se divorciam de seu corpo”<sup>8</sup>, se desconectam de suas emoções. Mas, enquadrada desse modo, ela não é menos falante. A enfermeira e o membro da equipe que lhe serve de assistente, quando precisam trocar um curativo, aguentam, sem dizer nada, a provação do corpo que apodrece, com seu gosto de morte. Eles conhecem o nome dos três ou quatro moradores de rua que cheiram pior. Alguns destes moradores de rua não sentem mais a si mesmos, anestesiados por seu próprio cheiro, num estado de denegação que não leva em conta os comentários alheios. Para outros, o cheiro é uma maneira de estar-aí, bem-aí, de chamar atenção e de ocupar um espaço ao mesmo tempo em que obriga os demais a reagir.

Entre o pequeno grupo de pessoas conhecidas por seu cheiro forte, Jojo, cujas pernas são “comidas por um estafilococos”, só aceita muito episodicamente que refaçam seus curativos. Seus tornozelos e tíbias são cobertos por uma crosta negra da qual é impossível dizer se é sujeira, tecido ou pele. Instalado em seu abrigo em um ponto de ônibus, ele mantém afastados os usuários regulares. Ele afirma, em

---

<sup>8</sup> Emmanuelli (1999): “O sofrimento não cumpre mais seu papel de sentinela. Eles dizem consigo mesmos: ‘Sinto dor numa perna’, mas não percebem mais que se trata de sua perna. E por que o fariam? Mesmo se expressassem sua dor, não haveria mais ninguém por perto para ouvi-los.”

seu discurso pouco coerente, estar controlando a “evolução do mal”. Ele vai para a emergência apenas em último caso, quando sente que suas úlceras cavaram fundo demais e que tem dificuldade para andar. Quando sobe no caminhão, é preciso escancarar as janelas e mesmo assim a vontade de vomitar continua grande. O interior do caminhão é impregnado por este cheiro que se incrusta nos assentos e desafia os desinfetantes e os desodorantes. Outro caso famoso é o da Sra. D., a “dama de azul”. A *maraude* diurna a transportou por quatro meses seguidos, três vezes por semana, para que recebesse cuidados médicos. Ela “descobria as pernas logo que subia no caminhão”. Os membros das equipes comentavam o fato ainda dois meses depois, como sendo uma das experiências mais penosas que tiveram de enfrentar. “Mas valia a pena!”, acrescentavam. A Sra. D. teria acabado por aceitar o internamento que lhe propuseram e suas pernas sararam. Ela foi encaminhada para o atendimento psiquiátrico e recupera aos poucos seu “equilíbrio”.

81

O cheiro também pode ter suas virtudes. Mais do que sintoma de desleixo ou de falta de cuidado consigo mesmo, ele pode também ser um ato de comunicação a se decifrar. Ele mantém o intruso à distância e demarca um território do Eu. A Sra. D. abusava disso para conseguir um quarto só para ela. O cheiro é do âmbito das táticas de interação. Ele é como uma espada na ponta da qual se mantém as pessoas à distância. Ele dissuade os outros de quererem penetrar seu espaço pessoal. Às vezes, é uma proteção: muitas mulheres contam que quanto mais cheiram mal, mais garantia têm de não serem violentadas ou violadas por homens, “com teto” ou “sem teto”. O cheiro de merda é uma muralha contra a agressão. Ele tem um valor funcional. Ele protege mais que as leis. Na balança dos prazeres e dos sofrimentos, ele incomoda, dá nojo, desperta o medo da mácula. Emissão nauseabunda, ele inibe o intruso em seu impulso. Ele transforma um objeto de desejo em objeto de repulsa e, mais do

que isso, em objeto proibido. É bastante racional e sensato para muitas mulheres, sozinhas na rua, tornarem-se intocáveis. O cheiro, soco no cérebro reptiliano, tem um verdadeiro poder de expressão. Ele provoca uma reação lá onde havia apenas indiferença, civil ou não. No metrô, ele se faz suportar e aguentar, de boa ou de má vontade. Ao afastar do caminho e ao delimitar uma zona onde se evita o contato, ele os constrange a tolerá-lo sem dizer nada, impondo ao mesmo tempo uma forma de respeito. A menos que o morador de rua use de saída a cartada da má consciência:

“Este mundo não me quer e não me dá condições de existir, então eu me largo, desisto de ser como todo mundo, vou até o fim da autodestruição e, se conseguem fingir que não me veem, não podem deixar de sentir meu cheiro. Jogo meu cheiro nas suas caras!”

82 O cheiro está no coração da atração e da repulsa. Quando chegam em uma nova área, os agentes sociais inspiram o ar, cheiram ou farejam para saber se um odor os põe em alerta. “É preciso ter estômago”, ainda mais que a decência proíbe que se diga abertamente o que se sente. “A gente nunca chega a se acostumar completamente, mas é preciso aguentar”. Este cheiro “penetra”, “cola nos cabelos e nas roupas”, gruda. Pode ser um tipo de fedor institucional, pesado e carregado, um perfume de miséria e de imundície que flutua pelos corredores dos abrigos. Aboubacar, um maliano que está temporariamente dormindo no centro após ter perdido seus documentos, exclamou, chocado: “O cheiro do albergue fica dentro da gente. Uma coisa assim, no meu país, fecharia o Estado”. Mas pode ser também um cheiro de angústia e sofrimento, ácido, violento, para além das simples pestilências da sujeira ou da doença, um cheiro que faz a gente se sentir mal, que nos dá a sensação de “entrar dentro do corpo, mesmo

estando em apneia” (Candau e Jeanjean, 2006). Com mais frequência, são as exalações dos corpos, de suas feridas, de seus excrementos, que fazem parte do espaço sensorial das equipes de assistência móvel. Elas são do âmbito do sentir e do ressentir, num misto de afecção e de percepção, mas são raramente comentadas enquanto tais. A discrição é uma convenção diante dos usuários e não vale a pena evocar o assunto mais tarde. A não ser através da risada, a propósito de alguns casos folclóricos...

### **Apertar a mão e tocar o corpo**

O tato é um sentido de contato. Os corpos vão além do simples confronto. Eles se encontram. Ser tocado por uma situação é ser afetado por ela, é sentir compaixão às vezes, e também engajar-se num modo de comunicação não verbal – o que requer muita intuição. Os antropólogos falam de um tipo singular de “percepções hápticas”, “[que] são objeto de um longo aprendizado profissional no terreno e [que] são raramente verbalizadas” (Bromberger, 2007)<sup>9</sup>. “Não há palavras para dizê-lo”. O aperto de mão, por exemplo, no momento de entrar em contato e de se despedir, é crucial. Os membros da equipe vão um por um apertar a mão do ou dos moradores de rua. Esse aperto de mão é ao mesmo tempo um rito de interação que abre a sequência do encontro, uma garantia das disposições pacíficas das duas partes e uma maneira de estreitar o laço, um gesto de humanidade. A maioria dos apertos de mão são francos, viris, atestados de presença e afirmações de igualdade. Um aperto de mão é eloquente. Para os agentes, já é uma maneira de saber se a pessoa está de fato aí, se é capaz de se engajar numa relação interpessoal, se confia suficientemente para se arriscar a tocar em outra pessoa. Um aperto de mão sinaliza também

83

---

<sup>9</sup> Sobre os descritores das qualidades táteis: “*Não há palavras para dizê-lo, é preciso sentir*. Descrever e nomear as percepções hápticas profissionais” (Sola, 2007). As percepções hápticas foram descritas pela primeira vez por Veldman (2001).

a configuração corporal que se desenvolve ao seu redor: olhos nos olhos, o olhar direto, sem desvio; o torso ereto, as costas não curvadas; o cumprimento franco, sonoro, nem apagado, nem forçado. O aperto de mão capta as boas ou as más vibrações. Ele inicia o trabalho de um *diagnóstico tátil*, que vai se somar aos outros diagnósticos afetivos e sensoriais, fornecendo sua parte de informações pré-reflexivas.

O fato de que a pessoa se levanta em sinal de boas-vindas em seu território também é significativo. Se ela permanece sentada e lança um olhar meio sombrio, isso pode significar que não é um bom momento para visitas. Se ela permanece sentada sem animosidade, pode ser simplesmente porque ela esteja com dificuldade para se levantar e esse esforço físico é demais para ela. Uma pessoa que, ao cumprimentar, permanece deitada não será surpreendente à noite (a incomodamos em uma hora inadequada) ou se faz frio (ela apenas quer continuar agasalhada em sua coberta). Agora, se é dia, é possível que ela apresente sinais corporais de depressão e de esgotamento; ou se está rodeada de garrafas vazias, que ela bebeu um gole a mais. O aperto de mão é apenas uma sequência fugaz da relação cara a cara, mas ele adquire sentido na prova de sua inscrição numa experiência intercorporal.

84

“Como manter um pouquinho de cuidado quando você é morador de rua? Você vê o cara jogado no chão ao lado de sua latinha de cerveja e de sua garrafa de vinho... Eu não concordo com isso. Não fique jogado no chão. Seja digno. Esteja sempre limpo, saiba também respeitar os outros à sua volta. As pessoas, quando aparecem, podem apertar a sua mão, veem que estão limpas. É importante. É assim que o contato é feito”,

explica Jean-Marc Restoux, que prefere pagar cinco euros por uma ducha pública do que frequentar as duchas gra-

tuitas onde há grande risco de contrair fungos<sup>10</sup>. Este argumento é típico e serve a alguns moradores de rua para marcar sua diferença em relação aos que se descuidam de si. A limpeza é uma questão de decência. De respeito próprio e de respeito pelos outros.

Logo de saída, antes mesmo de examinar o “paciente”, a enfermeira, encabeçando a fila, avalia sua febre. Mãos quentes ou frias, secas ou úmidas, às vezes fervendo, às vezes geladas, que valem como índice nosológico. A enfermeira que tem os sentidos em alerta encontra, no aperto de mão, um primeiro elemento de avaliação, da mesma forma que alguns odores recorrentes são índices de uma infecção e que algumas posturas tortas são índices de dor. Ela então prossegue passando a própria mão sobre a testa do “paciente” para ver se tem febre, se ele transpira, para depois tomar o pulso. As mãos não são um órgão qualquer. Ultrassensíveis e ágeis, ferramentas do manejar e da carícia, são também um espelho da alma e o reflexo de uma história. As mãos dos moradores de rua são sujas ou limpas, cuidadas ou descuidadas. Algumas são cobertas de sujeira com unhas compridas quebradas ou ulceradas, o que pressagia a higiene do resto do corpo. Outras são cuidadas e tão expressivas quanto uma postura enérgica, um olhar franco e uma voz clara. As mãos da enfermeira, elas também, transmitem uma mensagem implícita: podem criar distância ou facilitar uma aproximação (Thévenot, 1994; Breviglieri, 2005). Sua missão não é apenas a de verificar o estado de saúde de um paciente. Elas têm um “magnetismo”, como diz uma enfermeira. Elas acalmam, consolam e tranquilizam. Tocar alguém com a mão é fazer dele seu próximo (Pouchelle, 2007, p. 16). As mãos rompem o isolamento, injetam fraternidade ou criam intimidade. A

---

<sup>10</sup> Jean-Marc Restoux, 54 anos, morador das ruas desde os 27 anos, que se tornou estrela de vídeo na Internet num documentário de curta-metragem, *S.D.F.* (2006), de Sébastien Vixac, e que obteve 3,7% dos votos no primeiro turno das eleições municipais de março de 2008 pela Mairie do 6° distrito em Paris.

enfermeira está de joelhos ao lado de D. [uma mulher de uns 50 anos]. Nos intervalos da conversa, elas batem papo como confidentes. Estão de mãos dadas, se olham no fundo dos olhos. De vez em quando, a enfermeira passa a mão pelos cabelos de D. Parecem amigas. O toque serve então de controle terapêutico mas também tem o seu papel no trabalho de “amansar”. Aceitar ser auscultado mesmo de maneira tão sumária, com ou sem a mediação do estetoscópio, significa muito mais do que se submeter a um ato médico. É conceder o direito de penetração na “bolha sagrada”<sup>11</sup> da proximidade corporal, território muitas vezes invisível, de geometria variável, zona limítrofe do Eu. No sentido inverso, tocar um corpo sem consentimento é atentar contra a integridade e violar sua intimidade.

86

“Você vai apertar uma mão e vai sentir que a pessoa não quer largar da sua, e você vai colocar a outra por cima, e aí vai sentir que tem uma energia que passa, que a pessoa precisa deste contato físico [risos]. Depois há alguns que abusam disso, como o Chamego-da-Mamãe [apelido dado por elas a um morador de rua mais atrevido].”

Esse contato háptico se inscreve, ele mesmo, na totalidade do trabalho de abordagem, no qual se realiza e inicia toda uma comunicação não verbal. Aproximar-se sem parecer ameaçador. Avaliar reciprocamente quem é quem. Ponderar se é um bom ou mau momento. Não interromper uma atividade em processo. Não se interpor numa discussão animada. Declarar sua identidade (em geral, primeiro a enfermeira e depois seus colegas). Agachar-se, sentar-se ou ajoelhar-se para ficar na mesma altura. Não olhar de cima, manter um contato visual, ouvir bem o que é dito. Encontrar a distância ade-

---

<sup>11</sup> Segundo a expressão de Hall (1978), retomada por Goffman (1963). Ver também Winkin (1981).



quada, nem perto demais, nem longe demais. Uma distância que não incomoda, que não é entendida pelo morador de rua nem como invasão nem como frieza, e que, pelo contrário, permita aos membros da equipe fazer contato, conhecer, criar laços. Criar um lugar de encontro, que coloque entre parênteses o barulho dos carros no fundo e que faça abstração do fluxo dos pedestres. Captar um gesto ínfimo como o deste homem na Rua da Ancienne Comédie, que não tem mais forças para se mexer e falar, mas que abre o olho e mexe a cabeça, quase que imperceptivelmente, quando lhe dizem para “subir no caminhão”. E assim por diante.

Os membros das equipes são, sem querer, microssociólogos. Praticam a “quinestesia”<sup>12</sup> e a “proxêmica”<sup>13</sup> sem se dar conta. Sentar-se ao lado de alguém que geralmente provoca repulsa e afastamento é uma maneira de iniciar uma conversa de igual para igual. Quando um médico de Saint-Michel que acompanha uma ronda diurna se instala num banco ao lado de um homem recalcitrante aos cuidados médicos e apresenta-lhe uma lista de argumentos sobre a necessidade de cuidar de uma provável insuficiência renal, não o faz mandando trazer o “paciente” para o seu consultório, quer queira, quer não. Não o faz, tampouco, mantendo-se à distância ou dirigindo-se a ele de cima, em pé, em suma, ficando de fora do seu território corporal. Ele se senta ao seu lado, ombro a ombro, fala de perto, numa conversa que só acontece entre íntimos. Ele enriquece sua fala com piadas, virando a cabeça e observando as reações de seu interlocutor por cima de seus óculos, curvando ligeiramente o busto a cada vez e exercendo uma pressão lateral

---

<sup>12</sup> *Kinesics*: é o estudo da comunicação não verbal, através de atos de “língua corporal” (movimentos, gestos, posturas, mímicas...), iniciada nos anos 1950 por Birdwhistell (1970).

<sup>13</sup> *Proxemics*: é o estudo das distâncias físicas que se estabelecem entre as pessoas no curso das interações e que variam segundo os meios sociais ou culturais. Ver Hall (1968; 1978).

com o seu cotovelo na barriga de seu vizinho. Ele recorre, é claro, aos argumentos do homem de ofício, explicando com palavras simples os riscos que corre este sem-teto que recusa o tratamento médico. Mas, se a mensagem passa, é porque se empenhou muito.

Essa simplicidade corporal é tanto mais comovente para o morador de rua quanto maior é seu caráter inusitado. O médico se aproveita, sobretudo, da incongruência de sua presença física no local. Ele sabe que está provocando um curto-circuito ao transportar para esse território sua legitimidade de médico e ao visitar pessoalmente aqueles que são considerados párias. Ele, que ocupa o ponto mais alto na hierarquia do *status* social, desce à rua para tocar os intocáveis. Evita, diz ele, abusar da imagem de “médico dos pobres”, mas serve-se dela de duas maneiras. Por um lado, ao estar presente, em pessoa, diante dos corpos que ele deve tratar vistos, sentidos, apalpados no local onde vivem – obtém informações que nunca teria em seu consultório, que lhe permitem ter uma leitura contextual de certas patologias. (Ele se diz favorável a uma medicina de campo e desistiu de seu consultório particular em parte para recuperar esta experiência. “É preciso ir ver os caras na rua em vez de ficar com a bunda na cadeira”.) Por outro lado, muitas vezes, sua visita permite desentruar situações difíceis e montar, assim, regularmente, junto com a enfermeira diurna, uma coreografia destinada aos que fogem ou resistem: o contato direto atinge, com precisão, a cabeça e o coração do morador da rua.

A abordagem deste médico é ainda mais eficiente na medida em que coincide com uma expectativa de firme compromisso da parte do morador de rua. Trata-se, de fato, de um fugitivo do Saint-Michel, do Ridder e do Esquirol. É possível que sua doença seja de fácil tratamento, mas também é possível que ela piore de maneira dramática. A pressão física é também uma pressão moral. Os compromissos firmados cara a cara são bem mais fortes do que os firmados

à distância. Por força do corpo a corpo, M. G. acabará concordando em ser tratado.

*Médico:* Vamos trabalhar com o organismo antes de passar para o psicológico. O senhor não está querendo enfrentar nada. Precisa ter coragem de encarar a doença!

*M.G.* [vira os olhos, oscila ligeiramente sobre si mesmo, visivelmente embaraçado]: Aceito ir ao Saint-Michel!

*Médico:* O senhor pode voltar para o Saint-Michel, mas quero um compromisso seu por escrito. O custo dos leitos é de 110 euros por dia e somos todos responsáveis. É claro que tenho um carro e o senhor, um carrinho de compras [mostrando o carrinho cheio de plumas do acolchoado, M. G. sorri], mas estamos todos dentro da sociedade. Séverine voltará. Trabalhamos em dupla. Mas não brinque mais com o seu corpo! Eu encontro um leito para o senhor, mas o senhor tem de colaborar!

89

Operação em vias de ser bem-sucedida. Mas a atenção não deve ser distraída: o motorista desvia de uma terceira pessoa, Bébert, que apareceu ao ver o caminhão. “Um pouco invasivo”, “um pouco parasitário”, há o risco de ele atrapalhar o encontro.

A enfermeira explica que abordaram M. G. três vezes nesses últimos tempos. Ela acha que ele diminuiu a bebida por medo da doença, embora ainda mantenha seu litro de vinho ao alcance da mão. “Ele está no ponto”, ela pensava, mas não conseguia convencê-lo. A estratégia da visita pessoal do médico funcionou. E como é preciso forjar o ferro enquanto está quente, ela resolve redigir a carta com o consentimento do coordenador das *maraudes*, cujos termos são discutidos com o médico. “Eu me comprometo a fazer um exame renal, em Tenon, que precisa de dois a três dias de hospitalização”.

Os presentes selam a amizade. Antes de deixá-los, o médico oferece aos dois membros da equipe diurna potes de geleias de cereja “com caroço”, que ele preparou na cozinha do hospital, numa noite de plantão. Dentro dos caminhões, laços são formados também entre os agentes sociais.

### **Tato e contato: comunicação, exploração e contaminação**

“Pega-se o jeito”, menos através do conteúdo das magras diretivas por parte da organização<sup>14</sup> do que de instruções transmitidas, na prática, de um membro da equipe para outro, com o intuito de guiar as operações no campo. E essas instruções são bem pouco de ordem verbal. Os novatos observam bastante, ficam na retaguarda da ação, fazem perguntas práticas e absorvem por todos os poros. A transmissão se dá numa pedagogia pelo exemplo. O contato pode ser tematizado durante as sessões de formação, mas é nas situações que os agentes sociais aprendem a pisar em ovos e a falar baixinho, a declarar sua identidade pessoal ou institucional, a esperar pela autorização de se aproximar e de propor, a dedicar-se a uma interação sem precipitar as coisas, a envolver-se no trabalho sem deixar de ser profissional, a fazer contato através da voz, e depois através do olhar, e depois através do toque. O contato requer tato. E o tato não é apenas o tocar, com a ambiguidade perturbadora do que toca e do que é tocado<sup>15</sup>. Não são apenas a habilidade ou a delicadeza que são colocadas à prova. É também a capacidade de formar uma opinião com rapidez a partir de indícios infinitesimais ou de avaliar espontaneamente o que convém dizer ou fazer. É um sentido da conveniência (Thévenot, 1990), tanto em termos de afinidade afetiva e de habilidade prática quanto de pertinência

90

---

<sup>14</sup> “Dignidade, solidariedade, cidadania”. Ver Samusocial Charte du Samusocial de Paris <<http://www.samusocial-75.fr/samu-social-paris/documentation#chartesamu>> ou a Charte Éthique et Maraude: <[http://www.espace-ethique.org/doc2008/Charte\\_ethique\\_maraude\\_mars08.pdf](http://www.espace-ethique.org/doc2008/Charte_ethique_maraude_mars08.pdf)>.

<sup>15</sup> Sobre o “quiasma tátil”, ver Merleau-Ponty (1964).

perceptiva e de apropriação moral. O tato não é um sentido como os outros. Ele nos conduz à maior proximidade do outro. Nele se conjugam as intuições dos cinco sentidos. Ele é a qualidade primeira destes “equilibristas do tato” que são membros das equipes de assistência móvel.

O desejo de cuidados é evidente no caso seguinte. Um homem, Momo (um mauriciano que vive debaixo de sua barraca) não se sente realmente doente. A enfermeira logo percebe que ele não está doente e ele sabe que a enfermeira sabe que ele não está doente. Mas a auscultação continua mesmo assim “por via das dúvidas”, me dirá depois a enfermeira. Ela admite que o episódio deve ser entendido como um momento compartilhado de intimidade. Momo diz que vomitou várias vezes. “Vomitou o quê?”, pergunta a enfermeira, “Bílis, algo sólido?”. Ele não responde mas vai buscar um cinzeiro bem grande no fundo da barraca, acende um cigarro e instala-se na interação. A enfermeira comenta, com um ar interrogativo, que ele parece ser bem-organizado. Percebe-se um movimento no fundo da barraca, há visivelmente outra pessoa. Momo não leva isso em conta [Descobrimos através de um terceiro – um “português” que vem interferir na interação e pedir uma sopa –, que um marroquino invadiu a sua barraca. “Ele o domina”, diz]. A enfermeira volta ao seu diagnóstico. “O senhor teve diarreia?” Ele diz que sim – sem ser convincente. “Quantas vezes por dia?” “Uma...”, ele responde. “O senhor bebe bastante água ou bebe álcool?” “Vinho”. “Quantos litros por dia?”. “Uns três ou quatro”. Momo parece enganar a enfermeira. Ele diz ainda que está com sarna, mas não apresenta nenhuma marca nas mãos. “Hoje, o senhor comeu o quê? Quer um *bolino*<sup>16</sup>?” Daí ele muda de patologia: “Sinto dor nas veias”. “Me mostre onde dói”. Ele mostra os dedos. A enfermeira mostra então todo o serviço. Ela o ausculta: otorrino; tem-

<sup>16</sup> Bolino é um produto francês equivalente ao Miojo brasileiro. [N.T.]

peratura; exame de glicemia. “Concorda com uma picada no dedo? O senhor me deixa fazer a picada?”. Daí ela verifica se Momo tem lesões cutâneas no torso ou nas costas. Depois de uns vinte minutos de auscultação, Momo faz o sinal da cruz, coloca a mão da enfermeira sobre sua testa e a beija em sinal de respeito e gratidão. Ele fica segurando o seu punho durante uns cinco minutos e fala com ela calmamente, como se o mundo em volta deles tivesse desaparecido. Os outros membros da equipe ficam à distância. Eu tomo notas enquanto finjo olhar para outro lado, o motorista voltou para perto do caminhão, a agente social está ocupada fazendo perguntas de rotina ao português, que já está no seu segundo *bolino*. A enfermeira ainda pergunta a Momo se ele tem problemas cardíacos. Mas o que ele quer, evidentemente, é ser transferido para um leito de enfermaria. Ela resiste. Ele não está doente, apenas um pouco cansado e deveria comer e beber corretamente para ficar mais saudável. Nada justifica o hospital. Momo não insiste. Ele agradece ainda várias vezes com uma gratidão muito teatral, mas que parece sincera.

Esses momentos de intimidade são essenciais; delimitam o local do encontro interpessoal e evitam a intromissão intempestiva de outras pessoas: uma espécie de fronteira invisível. Podem acontecer ao ar livre, em público, mas podem acontecer também a portas fechadas. Assim, a higienização assistida pode fornecer a oportunidade de uma proximidade corporal que assume um caráter afetivo. Nenhum procedimento especial rege esta operação, a não ser as instruções dadas às enfermeiras durante a sua formação: o toque deve ser feito com “suavidade” ou com “carinho”, num ritmo lento, sem gestos bruscos. Ele não é apenas funcional: evita os “apertões”, sempre feito com a autorização do paciente e não pretende substituir seus próprios movimentos. A autonomia passa também pela manutenção do esquema corporal e pelo respeito à intimidade do corpo.

As auxiliares de enfermagem muitas vezes descrevem em voz alta o que estão fazendo ou pedem para os pacientes se mover: “Levante o braço, estenda a mão, vou ensaboá-lo, não está quente demais, vou enxaguá-lo, vou esfregar suas costas, quer com mais força, vai se secar agora...”. Elas têm de enxaguar bem e secar bem as dobras da pele para evitar as irritações e tratar assim que detectadas as infecções ou as escaras. Se são mulheres que estão encarregadas de cuidar de um morador de rua, elas podem acompanhá-lo até o banheiro, senão, os monitores do abrigo. Em Garel, os moradores de rua tomam duchas, enquanto em Montrouge, Chantal, a monitora faz com que tomem banho de água quente na banheira.

*Agente social:* Gosto de dar banho de chuveiro, a gente tem uma relação especial com o corpo. Aproxima. É realmente um momento de intimidade...

*Enfermeira:* Sr. Slavski pede para ficar mais tempo brincando na água. É um luxo poder relaxar deste jeito. É quente, o cheiro é gostoso, dá para fazer umas bolhas, é divertido! [suspirando de prazer]. Ao mesmo tempo, é útil para verificar o estado da pele e examinar feridas.

*Agente social:* Mas é bem desagradável quando alguém sofre de incontinência fecal. Às vezes é menos complicado “se borrar” do que se locomover com as pernas machucadas e chegar até os banheiros públicos. [A limpeza é um sintoma seguro do estado físico e psíquico de uma pessoa.] De repente, as conversas vão aparecendo, mas podem ser mais sérias, mais pessoais, sobre assuntos que os tocam mais. Gosto disso.

O laço criado pela exposição da nudez e pelo cuidado com a higiene pessoal de outra pessoa é, ao mesmo tempo,

muito profissional (não há nenhuma conotação erótica, e os comentários provocantes que permitem-se fazer à distância seriam, aqui, totalmente inconvenientes) e muito íntimo: remete ao banho que os pais dão a seus filhos, cuja lembrança é, às vezes, evocada. Mais radicalmente, é um laço patético e estético (Maldiney, 1990) que se forma na interface dos corpos do assistente e do assistido. Os cuidados no banho preenchem as seguintes funções: ter acesso a partes do corpo que normalmente são ocultas e examiná-las; ajudar uma pessoa que sofre de uma deficiência física a ser operacional; esfregar as costas, cortar as unhas ou refazer as ataduras. Esses cuidados têm a ver com a carícia (Straus, 1993, p. 437), com o abandono de si (Maldiney, 1990, p. 199), com a suspensão das rotinas cotidianas, com a osmose entre mundos vívidos, com a confiança dada e com o respeito recíproco. O contato dos corpos estende-se ao contato através das palavras<sup>17</sup>. As línguas se soltam e surgem relatos impensáveis em outras circunstâncias. Como se tocar o corpo rimasse com tocar o coração. É um momento de confidências, de coisas ditas a meia voz, ao pé do ouvido, coisas que são caladas no espaço anônimo da rua. É um momento em que os locais de interação são redistribuídos. A agente social ou a enfermeira, ao mesmo tempo em que assumem seu papel institucional, tornam-se as destinatárias de palavras secretas. O reconhecimento interpessoal supera então, claramente, a interação de emergência.

Mas o contato, na medida em que aproxima, pode também se tornar uma fonte, real ou imaginária, de “contaminação”. Mesmo sem transparecer nenhuma atitude esquivada que seria sentida como discriminatória, barreiras entre agentes sociais e moradores de rua são estabelecidas mesmo assim para não se “contaminar”. No sentido próprio do termo, limita-se os riscos de transmissão de doenças (usam

---

<sup>17</sup> Para uma reflexão sobre o contato desde Ferenczi, ver Leroy-Viémon e Gal (2008).



banheiros diferentes, recorrem a desinfetantes para as mãos várias vezes à noite, evitam partilhar bebidas e comidas, não tocam uma ferida sem luvas). Tudo é feito sem ostentação e sem um caráter obsessivo. De qualquer forma, os riscos são limitados de todos os jeitos. No dia seguinte a um episódio de sarna, os agentes percebem que, sem ter combinado nada, todos foram consultar a Wikipédia ou o dicionário médico Larousse para reunir elementos informativos sobre este ácaro que cava galerias sob a pele: “É bom se informar!”. Os três membros da equipe e o pesquisador caíram na gargalhada dentro da cabine do caminhão quando um contou que coçou as costas, o outro, a barba a noite toda, mas que, verificaram depois, essas duas partes do corpo escapavam aos efeitos nefastos do contágio. Essa obsessão pela contaminação é profissionalmente circunscrita. Uma vez que os verdadeiros riscos são reduzidos através de medidas simples e fáceis de serem cumpridas e de serem aplicadas no dia a dia, o resto é uma questão de autocontrole. Na verdade, a transmissão de doenças neste tipo de contexto permanece rara, e todo agente aprende a controlar uma membrana imaginária que o protege em seu território corporal e psíquico. Uma enfermeira encerra o assunto:

95

“Se a gente for pensar que vai pegar Aids toda vez que cuidar de um doente, ou que vai mergulhar na esquizofrenia toda vez que encontrar um maluco, não dá pra aguentar! A gente aprende, na escola e na prática, a se proteger. Eles são eles, nós somos nós.”

O aprendizado profissional do contato do qual é preciso se aproximar – dar de si dando-se ao outro, no corpo a corpo, ao mesmo tempo em que são cumpridos gestos de cuidado – vem junto com a neutralização do medo do contágio que muitos profanos sentem ao entrar em contato com moradores de rua. Aí também há um trabalho sobre

si mesmo que é constitutivo do *ethos* profissional: simultaneamente à tomada de precauções, os agentes sociais, ao abordar um corpo do qual é preciso cuidar, colocam entre parênteses a repulsa à sujeira que qualquer um tem.

### **Problemas da interação: atmosferas, espacialidades e temporalidades**

Os agentes sociais funcionam na base do *feeling* (Valli, 2002). Boa parte de seu traquejo depende do aprendizado corporal. Eles recorrem às suas experiências de captação de atmosferas afetivas, como ao mais seguro barômetro para saber onde estão pisando. A apreensão dos indícios empíricos e seu ordenamento em formas significativas não dependem apenas de um trabalho de indução ou de dedução. Os membros das equipes de assistência têm como primeiro indicador dos ambientes as tonalidades afetivas que os assaltam, fisionomias situacionais que eles captam sem refletir. Uma parte de seu saber é fundada na experiência e se dá sob o modo da passividade, à sua revelia. A *Stimmung*<sup>18</sup> é sua bússola de orientação mais segura<sup>19</sup>. As primeiras impressões abrem um horizonte de expectativas que serão confirmadas ou invalidadas pelo fluxo de temporalização do encontro. Diz a enfermeira consigo mesma: “Ui! Ai! Ai!”. Depois, com o rosto sério, diz em voz alta num tom acolhedor, suave e medido (como se falar alto demais fosse provocar um cataclisma): “Olá senhor, é o Samusocial!”. Os membros das equipes têm, como primeira abordagem, uma avaliação climática da situação. Diante de um “caso”, eles se sentem arrasados ou tranquilizados, apavorados às vezes, aflitos em outras, e até meio aliviados (quando a interação

96

---

<sup>18</sup> *Stimmung* é um conceito heideggeriano, usado pela análise existencial.

<sup>19</sup> Binswanger (1998, p. 88) fala do caráter tímico (de *thumos*: o coração e seus humores) das situações que atravessamos. Maldiney (1973; 2007) insiste em seu caráter patético (de *pathos*: o sofrimento ou a paixão). Dufrenne (1987) fala, por sua vez, de uma “experiência pítica” do gesto ou do grito.

engrena alegremente). A tristeza ou a ansiedade, o desamparo ou o desespero, e, pior talvez, o silêncio profundo (quando a pessoa parece tão aniquilada que se torna difícil saber o que ela sente) lhes são impostos como traços da situação: não apenas impressões subjetivas, retraídas em seu foro íntimo, mas também como experiências de cognição e guias para a ação. Ao mesmo tempo em que são expostos a esse *Stimmung*, eles investigam o estado físico e moral dos moradores de rua e sua exploração orienta sua intervenção. As provações se interpenetram umas nas outras: as sensações e as percepções se encadeiam e esta configuração sensível e perceptiva (no sentido de uma *Gestalt*) se desenha como portadora de sentido. Essa apreensão vem acompanhada das ações e das interações: esse vai buscar o café, este toma o pulso e percebe um relaxamento da atenção ou uma falta de tônus, aquele faz casualmente perguntas sobre o moral enquanto fala de assuntos do dia a dia.

Uma primeira avaliação é feita desde as primeiras fases do encontro. As tonalidades afetivas são fundamentais para a elaboração de um diagnóstico. A maioria dos elementos levados em conta não são claramente explicitáveis e não aparecem nos formulários da enfermeira ou da assistente social. Essa avaliação inicial passa também pela troca de palavras. Se a fala é da maior importância na hora de descobrir mais, da própria boca do interessado, ela também tem um alcance expressivo (Merleau-Ponty, 1968). Não se trata apenas de um veículo de informação. A maneira de falar, o ritmo e o timbre da voz<sup>20</sup> são indícios sensíveis do estado de uma pessoa, muito embora uma voz animada possa, às vezes, mascarar o sofrimento, e, pelo contrário, o mutismo possa levar a interpretações excessivas. Somente ao prolongar um pouco a interação é possível encontrar falhas e incoerências no

97

---

<sup>20</sup> Sobre o “timbre” da voz e a “aparência” dos moradores de rua, Breviglieri (2008) escreveu coisas similares. Ele recorre à noção de constrangimento como “embaraçar-se”, emprestada a Lipps e Van Kerckhoven (2006).

discurso, faltas de presença, irrupções de afetos, distúrbios da comunicação. Ou, ao contrário, surgir um sentimento de confiança recíproca nos quais os constrangimentos iniciais desapareçam, os receios de ambos os lados se acalmem e que a pessoa pareça capaz, ou não, de manter uma conversa, de retomá-la no ponto em que estava no dia anterior, de alimentá-la ou de interrompê-la de maneira coerente. Aí, também, o tato permite vencer as reticências, ultrapassar o constrangimento ou a suspeita. É preciso discrição para não assustar e para acolher o outro; circunspecção para não intimidá-lo e para tranquilizá-lo; atenção para entendê-lo e para convencê-lo; prudência para evitar as palavras e os gestos que ferem ou que irritam. Todos esses desafios dependem de detalhes mínimos, frequentemente no limite do perceptível. E, ao mesmo tempo, os membros das equipes de assistência devem, se necessário, provocar reações, estimular, revitalizar um impulso vital ou despertar uma vontade adormecida (Stavo-Debauge, 2007).

98

Sem ter uma boa formação em psiquiatria ou em psicopatologia, as enfermeiras e os assistentes sociais estão atentos a indícios suscetíveis de valor enquanto sintomas. Muitas vezes a categoria “*psi*” aparece numa frase meio rápida: ela significa uma incapacidade de compreender a situação e, talvez, um distanciamento, um mecanismo de defesa. “Ele é psico” pode querer dizer que a pessoa é conhecida por seu comportamento fora do comum e que já não se nutre muita esperança em sua capacidade de sair desta, ou que tenha se mostrado perigosamente agressiva no passado e que é preferível não se demorar muito com ela. Mas a “loucura” pode parecer tolerável, nada mais do que uma coleção de idiosincrasias: “Ela é meio especial, mas é preciso saber lidar com ela”, “Ele não é mau, está tomado pelos tiques e ‘tocs’”. Outras vezes, seu comportamento é entendido como um distúrbio da interação (Joseph, 2007) com a qual a pessoa não está acostumada, que pede vigilância e que é preciso

investigar para lhe dar um freio. Podemos distinguir nessas avaliações um movimento duplo. Por um lado, de reconhecimento, senão de identificação e de projeção, no qual o morador de rua é o duplo do agente social, seu reflexo especular (o que abre espaço para todo tipo de história sobre antigos agentes sociais que foram parar em abrigos). Por outro, de distanciamento, de demarcação e de auto-proteção, no qual o morador de rua é o outro do agente social, aquele que ajudamos, mas com o qual não queremos nos parecer e que aquartelamos na alteridade daquele “que não quer sair desta”. Ou seja, dependendo das pessoas e das situações, a provação da semelhança e da diferença não será a mesma. Ora prevalecerá o sentimento de que “estamos todos no mesmo barco” ou “vimos todos do mesmo barro”, “isso pode acontecer com qualquer um, e não demora pra chegar!”; ora se imporá o sentimento de que “tem um monte de malucos que tinham problemas antes de vir para a rua e isso só fez piorar o seu estado”.

99

As enfermeiras e as assistentes sociais mais antigas da casa reconhecem, no entanto, em suas descrições, o que alguns psiquiatras qualificam como “síndrome da autoexclusão” (Joseph, 2007): os moradores de rua são desestimulados pelo sentimento de estarem privados do controle de sua situação, o que gera uma forma de “des-habitação de si”<sup>21</sup>, de desconexão do sensorial e do psíquico (a qual conduz a uma “hipoestesia corporal” e a um “amortecimento afetivo”, ou, pelo contrário, a uma hiperexcitabilidade que pode chegar até a uma receptividade delirante). A esses dois elementos se acrescenta a inibição, que impede os moradores de rua de transformar sua experiência através da reflexão. Essa incapacidade de experimentar as situações vem

---

<sup>21</sup> Síndrome que acompanha a ruptura das relações com os parentes e os amigos e um fechamento sobre si mesmo: a errância em uma fuga permanente, a incúria, a impossibilidade de habitar e a negligência de seu corpo, a perda do respeito por si mesmo e da vergonha perante o outro.

muitas vezes se acrescentar às dificuldades em que vivem os alcoólicos e os psicóticos, no entanto, sem se confundir com elas. Ela subentende fenômenos paradoxais do tipo: quanto mais uma pessoa está mal psiquicamente, menos ela tem capacidade de pedir ajuda (médica, social ou psíquica). Os agentes sociais devem mostrar uma grande paciência para superar esta renúncia e para aprender a ir além de um “está tudo bem”. A tática certa é a de propor ao morador de rua um cuidado que passa por cima de seu não pedido de ajuda, sem, por isso, ignorá-lo ou desprezá-lo.

“Convém navegar entre dois extremos: de um lado, a arrogância violenta do direito de ingerência por princípio, e de outro, a espera por um pedido formal e dentro das normas, que, em alguns casos, constituiria um tipo de eutanásia passiva” (Joseph, 2007, pp. 129-130).

100

Mas as dificuldades não param aí e se reencontra o paradoxo quando deixamos os albergues e vamos para os locais de estabilização. Pode-se formulá-lo assim: quanto mais o assistente ajuda, mais a pessoa fica mal; quanto mais sua situação material melhora em termos de dinheiro ou alojamento, mais ela se degrada num plano psicossocial. Outro problema, muitas vezes desconcertante, é o do “pedido cruzado”: um assistente social, que ouve as confidências íntimas de uma pessoa em grande dificuldade (por exemplo, traumas ligados à primeira infância na *Assistance publique*<sup>22</sup> orienta o paciente para um psiquiatra para quem essa mesma pessoa faz um pedido de ajuda material (de trabalho ou de moradia) que ela deveria ter feito ao assistente social. “É muito comum a gente ser enrolado pelos moradores de rua; não se deve levar tudo ao pé da letra com eles”.

---

<sup>22</sup> A *Assistance publique* designa aqui a instituição francesa responsável pelo atendimento a crianças órfãs, abandonadas ou filhas de pais desconhecidos.

Embora os casos “*psi*” sejam numerosos, segundo os agentes sociais, são raramente notificados junto à *marau*de psiquiátrica da Rede Sofrimentos e Precariedade<sup>23</sup>. As enfermeiras podem telefonar ao CPOA<sup>24</sup> para uma informação complementar e pedir que o centro de atendimento verifique no banco de dados do Samusocial, o 4D, isto é, se a pessoa tem antecedentes. Mas a investigação muitas vezes para por falta de formação para fazer um diagnóstico. Há um hiato entre o fato de os agentes sociais categorizarem muitos distúrbios como sendo psicopatológicos (Henry e Borde, 1997)<sup>25</sup>, e o fato de acionarem tão raramente os serviços psiquiátricos para cuidar de pessoas afetadas por estes males e de frequentemente fecharem os olhos, especialmente em relação aos que eles próprios qualificam como “grandes excluídos”. Não há psiquiatrização sistemática feita por eles da condição dos moradores de rua. Eles têm consciência de que os graus de acessibilidade, de inteligibilidade e de reciprocidade na relação com os moradores de rua podem variar ao longo do tempo. E o rótulo “*psi*” é vagamente associado a qualquer tipo de distúrbio interativo e de inconveniências situacionais (Goffman, 2010), mais ou menos como dizemos de alguém que conhecemos, sem que isto tenha consequências, que ele é “completamente louco”. Por fim, o exame se limita, frequentemente, a um tes-

101

<sup>23</sup> Em francês, Réseau Souffrances et Precarité. Trata-se da equipe do setor psiquiátrico do hospital Esquirol, ligada ao Samusocial de Paris. [N.R.]

<sup>24</sup> Centre Psychiatrique d’Orientation et d’Accueil [Centro Psiquiátrico de Orientação e Acolhimento] do hospital Sainte-Anne. Além de sua função de conselho e de informação, o CPOA é uma célula de emergência médico-psicológica, médico-social ou psiquiátrica. Ele acolhe o paciente e sua família, trata a crise ou orienta para uma consulta ambulatoria ou uma hospitalização.

<sup>25</sup> Parece difícil não reconhecer a pertinência de certos comentários clínicos que se aplicam mais particularmente a esta minoria de moradores de rua, que os membros das equipes de assistência social móvel qualificam como “grandes excluídos”. Mas sua sistematização em uma “síndrome de des-socialização” é mais problemática e é contestada no próprio núcleo do Samusocial. Ver as operações cumpridas por Declerck (1996; 2003), em resposta a Vexliard (1998), o primeiro a desenvolver a tese da des-socialização (a partir de 1950).

te de orientação. Trata-se de um protocolo elementar para avaliar a presença do morador de rua no mundo: “Como o senhor se chama? Está na rua? Há quanto tempo? Que dia é hoje? Onde estamos? O senhor tem onde ficar?” Para a maioria das enfermeiras e assistentes sociais, a consciência da desorientação espacial e temporal de muitos “grandes excluídos” é aguda. Estes veem sua experiência do espaço encolher e empobrecer. Quando não sofrem de agnosia ou de apraxia, são tomados por vertigens assim que se afastam de seu pequeno território. A degradação de sua capacidade de se mover e seu aprisionamento num círculo de rotinas implacáveis desembocam na incapacidade de se situar<sup>26</sup>. Alguns andam em círculo num pequeno perímetro, num pedaço de bairro, e sofrem ataques de pânico quando ultrapassam suas fronteiras. Outros chegam a não mais deixar sua posição sentada ou deitada e morreriam lá mesmo se ninguém cuidasse deles.

102

A questão da autonomia não é apenas uma questão de retórica liberal. Ela se coloca em termos de capacidade de se mexer, de se orientar e de se projetar no espaço. A categoria de PSPM<sup>27</sup> utilizada nos albergues remete no fundo a esta distinção entre os que ainda ficam de pé (e que conseguem andar sem ajuda) daqueles que não conseguem. Ela aponta para esta capacidade elementar que um corpo tem de se sustentar, de ter pés e pernas que o levam onde quiser ir. A invenção da *maraude* é a de um dispositivo de apoio e de inserção destinado em primeiro lugar “àqueles que não têm mais forças”. Mais radicalmente, a “pessoa” é distribuída nas vizinhanças do território e nos objetos que o equipam e o povoam. E ela progride na medida em que não está

---

<sup>26</sup> Binswanger (1998, p. 88) fala de espaço úmico (*gestimmt Raum*). Ver também Fernandez-Zoila (1987).

<sup>27</sup> Em francês, sigla para “*par ses propres moyens*” que se refere àquele usuário da assistência social de emergência que é capaz de vir com seus próprios meios – de se deslocar com as próprias pernas. [N.R.]



presa a um “aqui” e que dispõe de um poder de circular. Essa análise existencial da mobilidade conta tanto quanto o diagnóstico terapêutico. A atenção que as enfermeiras dão aos pés dos moradores de rua é diretamente ligada a esta preocupação com a autonomia na deambulação. Afirma uma delas:

“A principal causa de doenças são os problemas venosos. Eles não se cuidam, ficam macerando em seus sapatos molhados. Eles transpiram. Quando se borram, a coisa escorrega entre as pernas e vem se aglomerar nas meias. Eles não as trocam, nem ao curativo quando são tratados. Qualquer bolha ou micose vira uma escara, as bactérias ou os fungos se multiplicam. Ou então se coçam, se coçam, se coçam até sangrar, ficam cobertos de feridas e acabam com uma úlcera...”

A maioria das feridas problemáticas vem dos pés. Um morador de rua que não pode se deslocar, que perde sua mobilidade, não é mais capaz de procurar seu alimento, de se dirigir aos locais de tratamento ou de albergue por seus próprios meios e, ainda por cima, se torna presa fácil para colegas mal-intencionados. “Um pé ou uma perna que não funciona ou está dolorida, é o começo do fim”.

103

Esses distúrbios da espacialidade e da mobilidade se juntam muitas vezes a distúrbios de temporalidade. A memória que falha a ponto de não se lembrar mais do dia anterior (Laé, 1998), de não poder mais se orientar dentro de um antes e um depois, é às vezes acompanhada da queixa melancólica de um Eu perdido, da existência despedaçada por ocasião de um evento originário em que as possibilidades parecem ter se fechado. Essa catástrofe inicial, em forma de cena originária, sempre existiu: maltrato infantil, internação na *Assistance publique*, alcoolismo, toxicod dependência, dissolução familiar, morte de um filho,

ciclo do endividamento-despejo, perda de emprego ou passagem pela prisão... Mas ela parece proibir definitivamente qualquer recuperação. Muitos moradores de rua descrevem um estado em que padecem sem encontrar forças para reagir, no qual sua liberdade é selada pelo destino, em que a presença perante as coisas e os outros é obscurecida pela incapacidade de (se) sentir e (se) ressentir. Eles são prisioneiros da evidência inabalável de que nada mudará, mergulhados num estado de angústia em que toda veleidade intencional se esgota<sup>28</sup>. “O tempo parou e todo o problema está em fazê-lo voltar a fluir”, nos diz uma assistente social. O problema maior não é apenas o do acesso ao trabalho ou à moradia enquanto tais, mas o da restauração de uma experiência de si, do outro e do mundo, que contenha a angústia e que abra espaço para um projeto.

104

Uma cena noturna, diante do Crazy Horse, na Avenida George V, é reveladora nesse aspecto. Um homem está deitado sobre um respiradouro de ar quente, prostrado, em estado de torpor. Ele ainda encontra forças para resmungar e dar socos no ar de maneira desordenada. Ele fala um sabir<sup>29</sup> incompreensível. Diz que se chama Jim Jackson, e que é afegão mas vem da “América”. As palavras saem de sua boca como suspiros. Uma enfiada de palavras e depois um longo silêncio expressivo. Ele parece esgotado. Em seu charabiá quase inaudível emergem “apartamento... *whisky*... Afeganistão...”. Ele tenta nos explicar que é “cato-*liki*”... Não conseguimos tirar disto uma história. A assistente social parece desamparada. Está de joelhos ao lado de Jim, tenta tomar-lhe uma mão que se esquiva. Ela percebe sua hesitação. Ele a olha de esguelha, desvia os olhos. De

---

<sup>28</sup> Ver Binswanger (1987) e, para uma apresentação do problema, Tatossian (2002).

<sup>29</sup> Linguajar que é uma mistura do árabe, do italiano, do espanhol e do francês, falado na África do Norte e no Mediterrâneo oriental. [N.T.]

vez em quando dá murros no ar, contra inimigos invisíveis. Parece perdido, no limite do impasse, como se, na incapacidade de achar uma solução para seu problema, tivesse decidido se ausentar do aqui e agora. De volta ao caminhão essa assistente fala da atonia de muitos moradores de rua, da “desconexão de seus afetos”, de seu “medo de amar e ser amado”, que é o quinhão do sofrimento. Ela fala também da “falta de confiança em si e nos outros”. Os apoios do Eu lhes escapam. “Eles não acreditam mais, e, para que se salvem, é preciso lhes dar objetivos”. Os moradores de rua são como “massas que não conseguimos mais deslocar”. Eles parecem estar esmagados por forças implacáveis contra as quais eles abdicaram e que, às vezes, se materializam em vozes que os comandam.

A visão desta melancolia pode ser justaposta à da mania. Muitos moradores de rua estão, pelo contrário, em estado de superexcitação, de humor eufórico e de agitação motora, não sem movimentos brutais. Suas palavras são desordenadas e formam uma balbúrdia com um excesso de familiaridade que, às vezes, descamba para a intrusão e para a grosseria. Um senhor bem vestido, superexcitado, se lança sobre nós assim que vê o caminhão, arrastando um grande caixote de papelão: “Vocês me conhecem? Não, mas vamos aprender a nos conhecer. Meu nome é Florence”. Ele nos puxa em direção a um casal bem burguês, com roupa de festa, que está pagando o parquímetro [o homem lhe dá discretamente uma nota de cinco euros que ele enfia no bolso].

“Me chamo Firenze, *ecco*. [adulador] O senhor está muito elegante, a senhora está muito bonita. Ei! Mantenham a França assim, tão bela. Olhem, é meu apartamento [apontando para os caixotes de papelão]. Eu, pessoalmente, gosto da beleza do mundo. Olhem, as árvores vão logo florir. Vou me instalar ali. Fazem catorze anos que moro em meus caixotes.”

Abdel Firenze explica que nunca foi nos caminhões, nos abrigos ou nos ginásios. Oferecem-lhe uma sopa, mas ele pede dinheiro abaixando a voz. Recusa da assistente social. Por fim, ele pega um *bolino* e se joga no meu pescoço para me dar um beijo babado na bochecha [uns cinco minutos depois dou uma sumida, como quem não quer nada, para me encharcar de desinfetante]. “Madame, Sarkozy, Hortefeux, Rachida Gâteau”.<sup>30</sup> Ele recita uma ladainha de nomes tirados da atualidade e me joga na cara: “O senhor não gosta dos árabes”. Revolto-me. Dois minutos depois, diz para a enfermeira: “A senhora não gosta dos afegãos. Eu quero calor humano, você é muito bonita”. A assistente brinca com ele: “O senhor é italiano nos gestos” [*come vai, sta bene?*, ele repete]. “Senhora, eu a amo, bizarro, bizarro, como o *Hôtel du Nord*”<sup>31</sup>. O senhor está fazendo estatísticas [dirigindo-se a mim, que estou tomando notas]. Não gosta dos italianos?” A assistente: “Ei, Abdel! O senhor é cansativo, pare de dizer que não gostamos de ninguém.” Um cabila, que vende frutos do mar na cervejaria ao lado, se aproxima.

“Ele é de Azazgha, nasceu lá, mas cresceu em Argel, faz vinte anos que está nos caixotes. Ele tem filhos, não tem mais notícias, mas envia o RMI<sup>32</sup> para lá. Às 6 horas da manhã ele já está acordado, é conhecido nos cafés, nos PMU<sup>33</sup>. Ele ainda tem um passaporte da Argélia francesa. Sempre bem vestido, nos trinques”. “Eu, eu sou rico, o melhor morador de rua de Paris, sempre de terno...”. A equipe foge. “Se quiser que a gente venha, é só nos chamar. Boa noite, senhores, não briguem”.

<sup>30</sup> O morador de rua troca o sobrenome da personalidade política Rachida Dati por Gâteau, que quer dizer “bolo” em francês [N.T.]

<sup>31</sup> Aqui o sem-teto cita o famoso trecho “bizarro, bizarro” dito por Louis Jovet no filme *Drôle de drame*, de Marcel Carné, que ele confunde com *Hôtel du nord*, do mesmo cineasta. [N.T.]

<sup>32</sup> Sigla para *Revenu Minimum d'Insertion*, uma renda social mínima. [N.T.]

<sup>33</sup> Local de apostas em cavalo. [N.T.]

Jim e Abdel. O contraste é impressionante. Em contraponto com Jim, perdido no labirinto de suas queixas, em luta com seus fantasmas, labutando no calor de seu respiradouro, não esperando mais nada, Abdel vocifera, pula de um assunto para o outro, não termina suas frases, multiplica os trocadilhos e as associações disparatadas, gruda a dois centímetros do rosto de seus interlocutores, fica saltitando e agarra os braços deles, se perde num turbilhão de palavras, muitas vezes desconexas, oscilando entre a simpatia invasiva e o humor agressivo. Um não diz mais nada, o outro transborda em palavras. Um está petrificado pela imobilidade, o outro não domina mais sua superexcitação. Mas com um ou com o outro, como entre um e o outro, a comunicação, sim, é difícil.

Na verdade, as aparências não são sempre fáceis de decifrar...

### Daniel Cefai

é diretor de pesquisa na École des Hautes Études en Sciences Sociales (Paris) e membro do Centre d'Étude des Mouvements Sociaux/Institut Marcel Mauss.

107

### Referências bibliográficas

- ANZIEU, D. 1995. *Le Moi-peau*. Paris: Dunod.
- BREVIGLIERI, M. 2002. "L' horizon du 'ne plus habiter' et l'absence de maintien Soi en public". In: CEFAÏ, D.; JOSEPH, I. (orgs.). 2002. *L'héritage du pragmatisme*. Paris: Éditions de l'Aube, 2002.
- \_\_\_\_\_. 2005. "Bienfaits et méfaits de la proximité dans le travail social". In: ION, J.(org.). *Le travail social en débat(s)*. Paris: La Découverte.
- \_\_\_\_\_. 2008. "Le corps empêché de l'usager (mutisme, fébrilité, épuisement): aux limites d'une politique du consentement informé dans le travail social". In: PAYET, J.-P., GIULIANI, F., LAFORGUE, D. (orgs.). *La voix des acteurs faibles: de l'indignité à la reconnaissance*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- BINSWANGER, L. 1987. *Métancolie et manie*. Paris: PUF.
- \_\_\_\_\_. 1998. *Le problème de l'espace en psychopathologie*. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail.

- \_\_\_\_\_. 2000. *Sur la fuite des idées*. Grenoble: Jérôme Million, 2000.
- BIRDWHISTELL, R. 1970. *Kinesics in context: essays on body motion communication*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- BORDE, M.-P.; HENRY, P. 1997. *La vie pour rien*. Paris: Éditions Robert Laffont.
- BROMBERGER, C. 2007. "Toucher". *Terrain*, Paris, n° 49, pp. 5-10.
- CANDAU, J.; JEANJEAN, A. 2006. "Des odeurs à ne pas regarder...". *Terrain*, Paris, n° 47, pp. 51-68.
- CASTEL, R. 1995. *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris: Fayard.
- DECLERCK, P. 1996. "La figure particulière du 'clochard': vie quotidienne et syndrome". *Problèmes politiques et sociaux*, n° 770, pp. 38-40.
- \_\_\_\_\_. 2003. *Les naufragés avec les clochards de Paris*. Paris: Pocket.
- DUFRENNE, M. 1987. *L'Œil et l'oreille*. Montréal: L'Hexagone.
- EMMANUELLI, X. 1994. *Dernier avis avant la fin du monde*. Paris: Albin Michel.
- \_\_\_\_\_. 1999. "Des urgences vitales aux urgences sociales". *Réanimation urgences*, vol. 8, pp. 5-8.
- FERNANDEZ-ZOILA, A. 1987: *Espace et psychopathologie*. Paris: PUF.
- FURTOS, J. 2007. "Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale". In: SOULET, M.-H. (org.). *La souffrance sociale*. Friburgo: Academic Press, pp. 119-138.
- GINZBURG, C. 1989. "Traces: racines d'un paradigme indiciare". In: *Mythes, emblèmes, traces: morphologie et histoire*. Paris: Flammarion.
- GIROLA, C. 2007. *De l'homme liminaire à la personne sociale: la lutte quotidienne des sans-abri*. Tese de doutorado. Paris: EHESS.
- GOFFMAN, E. 1963. *Behavior in public places: notes on the social organization of gatherings*. New York: Free Press.
- HALL, E. T. 1968. "Proxemics". *Current anthropology*, vol. 9, n° 2-3, pp. 83-92.
- \_\_\_\_\_. 1978. *La dimension cachée*. Paris: Seuil.
- ION, J. (org.) 2005a. *Le travail social en débat(s)*. Paris: Éditions La Découverte.
- \_\_\_\_\_. et al. 2005b. *Travail social et souffrance psychique*. Paris: Dunod.
- JOSEPH, I. 2007. "Intermittence et réciprocité. La folie comme pathologie de l'interaction". In: *L'athlète moral et l'enquêteur modeste*. Paris: Economica.
- LAUGIER, S.; PAPERMAN, P. (orgs.). 2006. *Le souci des autres: éthique et politique du care*. Paris: Éditions de l'EHESS.
- LAË, J.-F. 1998. "Voix, mémoire et intimité: l'homme à la rue". *Les cahiers de la Villa Gillet*, n° 6, pp. 5-24.
- LENCLUD, G. 2006. "La nature des odeurs (remarques)". *Terrain*, Paris, n° 47, pp. 5-18.

- LEROY-VIÉMON, B.; GAL, C. 2008. "Utilisation du contact comme ouverture à la rencontre: l'exemple du psychodrame existentiel de groupe pour la psychothérapie des personnes". *Psychothérapies*, vol. 28, n° 1, pp. 19-36.
- LIPPS, H; VAN KERCKHOVEN, G. 2006. "La gêne comme affection existentielle". *Annales de phénoménologie*, n° 5, pp. 99-122.
- MALDINEY, H. 1973. *Regard, parole, espace*. Lausanne: L'Âge d'Homme.
- \_\_\_\_\_. 1990. "La dimension du contact au regard du vivant et de l'existant"; "Esthétique et contact". In: SCHOTTE, J. (org.). *Le contact*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael, pp. 177-194 e 195-220.
- \_\_\_\_\_. 2007. "Psychose et présence". In: *Penser l'homme et la folie*. Grenoble: Jérôme Million.
- MERLEAU-PONTY, M. 1964. *Le visible et l'invisible*. Paris: Gallimard.
- \_\_\_\_\_. 1968. *La prose du monde*. Paris: Gallimard.
- POUCHELLE, M.-C. 2007. "Quelques touches hospitalières". *Terrain*, Paris, n° 49, pp. 11-26.
- ROUAY-LAMBERT S. 2001. "SDF et citoyens dans l'espace public". *Annales de la recherche urbaine*, Paris, n° 90, pp. 165-172.
- SACKS, H. 1994. "On doing 'being ordinary'". In: ATKINSON, J. M.; HERITAGE, J. (orgs.). *Structures of social action: studies in conversation analysis*. New York: Cambridge University Press, pp. 413-429.
- SOLA, C. 2007. "Y'a pas de mots pour le dire, il faut sentir". *Terrain*, Paris, n° 49, pp. 37-50.
- STAVO-DEBAUGE, J. 2007. "Des faiblesses de la volonté du jeune à l'abord des épreuves de recrutement". In: BREVIGLIERI, M.; CICHIELLI, V. (orgs.). *L'espace public à petits pas: jeunesse méditerranéenne et société civile*. Paris: Maisonneuve e Larose.
- STRAUS, E. 1966. *Phenomenological psychology: the selected papers of Erwin W. Straus*. Londres: Tavistock Publications.
- \_\_\_\_\_. 1993. *Du sens des sens: contribution à l'étude des fondements de la psychologie*. Grenoble: Jérôme Million.
- TATOSSIAN, A. 2002. *Phénoménologie des psychoses*. Puteaux: Le Cercle Herméneutique.
- TELLENBACH, H. 1979. *La mélancolie*. Paris: PUF.
- \_\_\_\_\_. 1983. *Goût et atmosphère*. Paris: PUF.
- THÉVENOT, L. 1990. "L'action qui convient". In: PHARO, P.; QUÉRÉ, L. (orgs.). *Les formes de l'action*. Paris: Éditions de l'EHESS.
- \_\_\_\_\_. 1994. "Le régime de familiarité; des choses en personnes". *Genèses*, Paris, n° 17, pp. 72-101.
- VALLI, M. et al. 2002. "Le 'feeling' des agents de l'État providence". *Ethnologie française*, vol. 32, n° 2, pp. 221-231.

- VELDMAN, F. 2001. *Haptonomie: science de l'affectivité, redécouvrir l'humain*. Paris: PUF.
- VEXLIARD, A. 1998. *Le clochard*. Paris: Desclée de Brouwer.
- WINKIN, Y. (org.). 1981. *La nouvelle communication*. Paris: Seuil.

*Outros materiais:*

- GASLONDE, O. 2007. Disponível em [http://www.sfm.u.org/urgences2007/donnees/pdf/32\\_gaslonde.pdf](http://www.sfm.u.org/urgences2007/donnees/pdf/32_gaslonde.pdf). Acesso em 15 de junho 2009.
- Charte du Samusocial de Paris* <<http://www.samusocial-75.fr/samu-social-paris/documentation#chartesamu>>. Acesso em 15 de junho 2009.
- Charte Éthique et Maraude*. <[http://www.espace-ethique.org/doc2008/Charte\\_ethique\\_maraude\\_mars08.pdf](http://www.espace-ethique.org/doc2008/Charte_ethique_maraude_mars08.pdf)>. Acesso em 15 de junho 2009.





## **PROVAÇÕES CORPORAIS: UMA ETNOGRAFIA FENOMENOLÓGICA ENTRE MORADORES DE RUA DE PARIS**

DANIEL CEFĂI

O Samusocial de Paris é uma organização não governamental, financiada pelos poderes públicos para implementar uma política de atendimento social a moradores de rua. As equipes da organização, compostas por um assistente social, uma enfermeira e um motorista, fazem rondas diurnas e

noturnas pelas ruas da capital francesa. Este artigo propõe uma etnografia fenomenológica das experiências corporais (sensoriais, afetivas e morais) que se dão nos encontros entre os profissionais das equipes do Samusocial e os moradores de rua que eles atendem. Tenta-se compreender as inferências práticas e os procedimentos interpretativos postos em marcha pelos agentes dessas interações específicas.

**Palavras-chave:** Etnografia fenomenológica; Samusocial; Moradores de rua; Política social de emergência.

### ***CORPORAL PROVATIONS: AN ETHNOGRAPHY WITHIN HOMELESS IN PARIS***

*The Samusocial of Paris is a non-governmental organization, partly funded by the state. It undertakes a mission of outreach work with homeless people, thought as “social emergency”. Teams, composed of a social worker, a nurse and a driver, patrol night and day all over the capital. This paper proposes a phenomenological ethnography of some the embodied experiences (sensitive, affective and moral), lived in the encounters between the professionals of the SSP teams and the homeless. It tries to understand what kind of practical inferences and interpretative procedures are accomplished in these specific interactions.*

**Keywords:** *Fenomenological ethnography; Samusocial; Homeless; Social policies of emergency.*