



O PARADIGMA ÉTICO-ESTÉTICO-POLÍTICO DA CLÍNICA NA PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES: O FAZER CLÍNICO DO *PALMAS QUE TE ACOLHE*¹

Ana Carolina Peixoto do Nascimento

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas. Mestra em Ensino em Ciência e Saúde pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). E-mail: ana.carol57@hotmail.com..

Carlos Mendes Rosa

Doutor em Psicologia Clínica Pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Professor adjunto da Universidade Federal do Tocantins (UFT). E-mail: carlosmendes@uft.edu.br.

Resumo: O *Palmas Que Te Acolhe* é um serviço que compõe a rede de atenção à população em situação de rua do município de Palmas, Tocantins, baseado no modelo de HousingFirst, que propõe garantir o acesso ao pacote de direitos (moradia, alimentação, trabalho, renda, cultura e lazer) às pessoas em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas. Nessa perspectiva, o objetivo desse trabalho – derivado de uma pesquisa de campo exploratória realizada entre 2017 e 2019 –, sustentado por inspirações cartográficas, é compreender de que modo se constitui a clínica ética-estética-política e como esses modos de ser e de viver se configuram na produção de cuidado a partir da experiência do *Palmas Que Te Acolhe*. A fim de dar voz aos participantes que compõem esse serviço, foram realizadas 13 entrevistas a partir de um roteiro norteador, além de diários de campo que buscaram traduzir as sensações, sentimentos e impressões presentes no campo. Nesse escrito, propõe-se desterritorializar a noção da clínica tradicional, inscrita entre quatro paredes, para pensar uma clínica que se faz nos encontros territoriais e afetivos que vai de encontro à proposta do *Palmas Que Te Acolhe*.

Palavras-chave: Clínica. Álcool e outras drogas. Pessoas em situação de rua.

CLINICAL ETHICAL-AESTHETIC-POLITICAL PARADIGM IN THE PRODUCTION OF SUBJECTIVITIES: THE CLINICAL PRACTICE OF PALMAS QUE TE ACOLHE

Abstract: *Palmas Que Te Acolhe* is a service that makes up the network of care for the homeless in the municipality of Palmas, Tocantins, based on the Housing First model, which proposes to guarantee access to the package of rights (housing, food, work, income, culture and leisure) to homeless people and users of alcohol and

¹ O artigo tem origem na dissertação da autora Ana Carolina Peixoto do Nascimento (NASCIMENTO, 2019).

other drugs. In this perspective, the objective of this work - derived from an exploratory field research carried out between 2017 and 2019 -, supported by cartographic inspirations, is to understand how the ethical-aesthetic-political clinic is constituted and how these ways of being and living are configured in the production of care based on the experience of Palmas Que Te Acolhe. In order to give voice to the participants who make up this service, 13 interviews were conducted using a guiding script, in addition to field diaries that sought to translate the sensations, feelings and impressions present in the field. In this writing, it is proposed to deterritorialize the notion of the traditional clinic, inscribed within four walls, to think of a clinic that takes place in territorial and affective encounters that goes against the proposal of *Palmas Que Te Acolhe*.

Keywords: Clinic. Alcohol and other drugs. Homeless people.

Introdução

O objetivo desse escrito é pensar a constituição da clínica enquanto um paradigma ético-estético-político na produção de subjetividades. Propõe-se problematizar a constituição contemporânea da clínica e indicar estratégias singulares para lidar com as questões, também singulares, dos encontros no cotidiano. Dessa forma, compreende-se a aproximação desses conceitos como forma de construir uma clínica que se faz no encontro afetivo com o outro, no movimento que transborda o *setting* tradicional e produz subjetividades plurais e fluidas.

Na literatura, é possível encontrar diversas definições acerca da palavra “paradigma”, transitando por conceitos relacionados com os padrões de pensamento, ou seja, um consenso majoritário que predomina em determinada época (SILVA NETO, 2011). O paradigma está em constante transformação, e pode variar de acordo com os valores sociais, históricos, políticos e culturais de determinada sociedade. Esse processo de mudança pode ser conceituado como a crise paradigmática (SILVA NETO, 2011).

Esse artigo faz parte do desdobramento de uma pesquisa de mestrado (NASCIMENTO, 2019) realizada na cidade de Palmas, Tocantins, no período de 2017 a 2019. O objeto, o *Palmas Que Te Acolhe*, é um projeto de garantia de direitos para pessoas em situação de rua e esteve em andamento na capital no período de 2016 a 2019, atendendo pessoas em diversas situações de vulnerabilidade.

As experiências aqui relatadas se fizeram no encontro territorial com os atores e suas histórias, a partir de inspirações cartográficas para registrar as sensações, sentimentos e acontecimentos decorrentes desse encontro. Nesse processo, foram realizadas 13 entrevistas a partir de um roteiro norteador, além de diários de campo.

Ao longo do artigo, propõe-se caminhar pelas trilhas da Reforma Psiquiátrica a fim de fazer um breve apanhado histórico da constituição dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em substituição ao modelo manicomial, da conquista de direitos

às pessoas em sofrimento psíquico, usuárias de drogas e outras vulnerabilidades. Será realizada uma breve contextualização do *Palmas Que Te Acolhe* para, então, pensar suas possibilidades de cuidado pautadas na clínica ético-estético-política.

Essa caminhada possibilitará reconhecer antigos movimentos, ainda presentes em práticas atuais, da exclusão social dos manicômios às práticas repressivas e policialescas que conferem um novo caráter de exclusão na atualidade. Ver-se-á de que modo essas práticas influenciam nos modos de fazer clínica, bem como pensar no paradigma ético-estético-político da clínica enquanto potência transformadora de cuidado.

Caminhando pela Reforma Psiquiátrica

A emergência da Reforma Psiquiátrica se deu somente após muitos séculos de práticas de exclusão. A estrutura herdada pelos leprosários, no final da Idade Média, deu origem aos primeiros asilos, alocando ali toda forma de exceção à normalidade – pobres, bêbados, loucos, presidiários assumem aqui o papel dos, antes, leprosos, a quem se destinava a exclusão como forma de salvação (FOUCAULT, 1978).

Se antes os leprosários tinham múltiplos sentidos na premissa de banimento, é nessa estrutura de internamento que a medicina captura os movimentos da loucura. No século XVIII, o tratamento moral, para Pinel no Grande Hospital, propunha restituir o louco de suas capacidades mentais para, então, se reinscrever no espaço social. Gabbay (2010) apresenta esse paradoxo, pois “para incluir, a condição prévia seria a exclusão” (GABBAY, 2010, p. 46).

Ora, Machado de Assis romanceou as histórias dos grandes manicômios que pretendiam curar todas as nuances da “loucura” em seu clássico romance *O Alienista*:

Chegado a esta conclusão, o ilustre alienista teve duas sensações contrárias, uma de gozo, outra de abatimento. A de gozo foi por ver que, ao cabo de longas e pacientes investigações, constantes trabalhos, luta ingente com o povo, podia afirmar esta verdade: — não havia loucos em Itaguaí. Itaguaí não possuía um só mentecapto. Mas tão depressa esta ideia lhe refrescara a alma, outra apareceu que neutralizou o primeiro efeito; foi a ideia da dúvida. Pois quê! Itaguaí. Não possuiria um único cérebro concertado? Esta conclusão tão absoluta, não seria por isso mesmo errônea, e não vinha, portanto, destruir o largo e majestoso edifício da nova doutrina psicológica? (ASSIS, 1882/1994, p. 34).

Basaglia, na década de 1970, abriu caminho para o movimento da Reforma Psiquiátrica italiana, transformando as práticas de cuidado da época (AMARANTE, 1995). O

lema “a liberdade é terapêutica”, proposto pelo médico psiquiatra, inspirou a forma como a sociedade se relacionava com a loucura, “na medida em que os internos dos hospitais psiquiátricos ocuparam os status de moradores da cidade” (NASCIMENTO, 2016, p. 21).

Para Basaglia, a psiquiatria não dava conta da complexidade das necessidades do sujeito acometido pela loucura. Ele propôs a constituição de uma rede de serviços intersetoriais que envolviam o atendimento às urgências psiquiátricas, serviços comunitários, cooperativas de trabalho, moradias assistidas e centros de convivência (AMARANTE, 1995).

A Reforma Psiquiátrica, no contexto político brasileiro, tem seu marco no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, concomitante ao quadro de redemocratização do país, após a Ditadura Civil-Militar (ROSA; VILHENA, 2012). Nesse sentido, dois acontecimentos marcaram essa luta: a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em São Paulo, que contava com mais de 500 internos, denunciando as práticas de tortura e exclusão, e o projeto de lei Paulo Delgado², que propunha a extinção gradual dos manicômios e a criação dos serviços substitutivos, com modalidades alternativas de tratamento e reabilitação (AMARANTE, 1995).

Guiando-se por duas vertentes, a Reforma Psiquiátrica Brasileira bebeu das fontes inglesa e francesa e propunha a melhora das práticas de cuidado com foco na atenção humanizada, na direção do lema italiano, com a radical extinção das instituições manicomiais, para pensar o cuidado em uma perspectiva plural e multidisciplinar, destituindo o conhecimento médico do pedestal de detentor do saber soberano (ROSA; VILHENA, 2012).

Em 2001, com a Lei 10.216/01, que dispõe sobre a “proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental” (BRASIL, 2001, não paginado), são propostas ações no âmbito da assistência, promoção e prevenção de saúde direcionadas a essas pessoas e à proteção dos seus direitos. É nesse contexto reformista que surgem os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços substitutivos ao modelo manicomial, que contam com uma equipe multidisciplinar, atuando em caráter interdisciplinar e territorial, para ofertar tratamentos de saúde às pessoas em sofrimento psíquico e portadoras de transtornos mentais, e aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2013).

² Apresentado em 1989 e transformado na lei ordinária 10.216 em 2001.

De forma oposta, em 2017, com a emergência de governos conservadores, as instituições manicomiais passaram a ganhar força do Estado. Com a publicação da Portaria n° 3.588/2017, do Ministério da Saúde, evidencia-se o retrocesso nesses 30 anos de Luta Antimanicomial e 18 anos da promulgação da Lei 10.216/2001 no que tange o fortalecimento das internações (BRASIL, 2017).

Na mesma direção da Portaria supracitada, em 2019, a publicação da Nota Técnica n° 11/2019, da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, ligada ao Ministério da Saúde, vem fortalecer o retorno das instituições psiquiátricas e o aumento do repasse financeiro, retirando o caráter substitutivo dos CAPS: “O Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (BRASIL, 2019c).

Mais de um século se passou desde os tempos dos leprosários e asilos psiquiátricos e, no entanto, as práticas manicomiais estão mais fortes do que nunca. Os usuários de drogas adquirem o status dos novos desviantes e, dentro desta lógica, as comunidades terapêuticas funcionam como manicômios contemporâneos, em virtude de sua proposta de tratamento ser embasada no enclausuramento.

As comunidades terapêuticas são entidades da sociedade civil que objetivam acolher usuários de álcool e outras drogas, com vias à perspectiva da abstinência e reintegração social. O Conselho Federal de Psicologia, por meio do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, realizou a inspeção nacional nas comunidades terapêuticas, dando fruto ao relatório no ano de 2018 (BRASIL, 2017).

Reiterando as mudanças na Política de Saúde Mental e Política sobre Drogas, por meio da Portaria n° 3.588/2017, da Portaria Interministerial n° 2/2017 e da Nota Técnica n° 11/2019, estas vêm fortalecer o funcionamento das comunidades terapêuticas, estabelecendo repasses financeiros para o desempenho e a expansão dessas instituições (BRASIL, 2017a, 2017b, 2019c).

Assim, as políticas de recolhimento vão ganhando novas nuances com o passar dos tempos. Se antes, os leprosários se enchiam de pessoas desviantes, hoje há nas prisões e comunidades terapêuticas a manutenção do *status quo* da exclusão, mantendo longe o que fere nossos olhos.

Pensar a clínica do cuidado que promova a autonomia e o protagonismo dos sujeitos é conceber os indivíduos enquanto cidadãos de direito, com suas liberdades individuais preservadas, pressuposto basilar da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Notas sobre uma clínica ética-estética-política

Ao falar sobre clínica, vem à mente a formatação tradicional de um consultório médico, estéril, quatro paredes fechadas em torno de si, dois sujeitos: um passivo, que sofre, e outro que traz a promessa de cura do sofrimento. No entanto, propõe-se aqui produzir fissuras neste modo hegemônico de se fazer a clínica e, para isto, é preciso repensar sua definição.

Etimologicamente, a palavra clínica vem do Latim *Clinicus* que significa “médico que visita os pacientes em seu leito”; do Grego *Klinike Tekhne*, “prática a beira do leito”, e *Klinos*, “aquilo sobre o qual se deita” (ORIGEM DA PALAVRA, 2019). É também o ato de inclinar-se sobre o enfermo com a pretensão de interpretar seus significados (DUNKER, 2001).

Para Foucault (1977), a clínica nasce na ciência médica, quando então a medicina encontra sua possibilidade de estabelecer a relação entre o sofrimento e o que traz seu alívio. Como expõe: “antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da Humanidade consigo mesma” (FOUCAULT, 1977, p. 60).

A despeito do engajamento de uma suposta cura do sintoma, a clínica se ocupa da produção de novas subjetividades e formas de ser e estar no mundo. Barros e Passos (2004) traduzem a clínica na transversalidade do si e do outro e do si e do mundo. Destarte, é desse encontro significativo que se produz um novo modo de operar a realidade; como aponta Lancetti (1990), o *setting* terapêutico é o espaço facilitador na comunicação terapeuta-sujeito, podendo ser uma situação ou cenário. No entanto, essa cura só poderá ser exercida na relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo (LAMANNO-ADAMO, 2006).

É na desterritorialização da clínica que se vê emergir outros devires, conforme Peter Pál Pelbart enuncia em entrevista a Antonio Lancetti: “é outra subjetividade que aí se esboça, talvez mais fluxionária e rizomática, com seus processos de recomposição intensiva sempre em andamento e abertos à exterioridade” (LANCETTI, 1990).

As condições para o exercício da clínica convocam a pensar, cotidianamente, a radicalidade do que significa o outro, do que significa a linguagem, o imaginário, o simbólico, do que é feito o real, e isso tudo, no fundo, é immanentemente ligado à problemática social. O

social não está fora, não está mais além, só que, dependendo de como isso é feito, não se consegue reconhecê-lo. Por isso se deve insistir que a boa clínica é crítica social feita por outros meios. Mas não é toda clínica; apenas aquela que é realmente boa. O terapeuta não está ali doutrinando o paciente, fazendo partido, mas fazendo aquilo que vai, de certa forma, restituir para o social aquela forma de sofrimento que ele não consegue tratar, acolher e escutar (DUNKER; ROSA, 2019).

Nos últimos anos, diversos dispositivos de psicanálise de rua têm surgido nas cidades brasileiras, visando ampliar o acesso da população à psicanálise clínica, como também tomá-la como uma importante arma de crítica social, buscando romper com a lógica de mercantilização da vida e massacre das subjetividades, que sustenta o *modus operandi* dos dispositivos de cuidados tradicionais.

Romper as estruturas tradicionais do *setting* é, para Guimarães e Jardim (2019), uma forma de intervenção política e também uma crítica à lógica mercadológica de se promover a escuta. Além disso, é compreender, ainda, que o sofrimento “privado” acontece dentro de um contexto histórico, político e social atravessado pelas questões de gênero, raça e classe. “A aposta política da psicanálise no inconsciente deveria conceber o universal não como aquilo que apaga a singularidade: o particular é um momento do universal, o universal furado, o universal como dependente da mediação” (GUIMARÃES; JARDIM, 2019, p. 334).

A proposta de pensar a produção de formas de ser e viver através da conexão da clínica com os vetores da ética, da estética e da política, amarrados em um paradigma, busca transversalizar o *ethos* do cuidado apresentado neste escrito.

Lancetti (1990) elucida que a “diferença entre ética e moral é que a moral prescreve o que se deve crer, pensar, fazer, sob um modelo ideal e perfeito do Bem; a ética diversamente, convida a agir e a pensar segundo o que um corpo pode, de acordo com a potência da natureza que o atravessa” (LANCETTI, 1990, p. 51). A Ética convida os sujeitos a reconhecer a alteridade e criar mundos.

A clínica como proposta por Rauter (2015), na perspectiva Ética, convida a pensar em outras formas de expressão, para além da representação, e, nesse sentido, é do corpo que emanam as intensidades afetivas.

A Estética se reconhece na potencialidade do devir, é o fazer da vida uma obra de arte que transborda os limites da própria expressão. Ela é a possibilidade de criação da alteridade,

do que difere a despeito das regras; “a essência da criatividade estética reside na instauração de focos parciais de subjetivação” (GUATTARI, 1992, p. 29). Nesse sentido, essa criação de subjetividades se exerce no plano micropolítico, do sujeito que se (re)inventa para, então, operar manobras em conjuntos maiores, em um contexto comunitário e social (DELEUZE; GUATTARI, 1992).

A micropolítica, como Rolnik (1993) explicita, é o fluxo de sentido que atravessa o corpo e pode constituir matéria. A macropolítica, por sua vez, é o visível, o que totaliza as singularidades: os partidos políticos, as classes sociais, as leis e as normas. A micropolítica se inscreve como oposição aos modos de necropolítica exercidos pelo Estado. Esse poder do Estado, incrustado na política de morte, adquire expressão em abordagens que violentam as pessoas em vulnerabilidade de diversas formas: aprisionamento dos corpos (seja nas prisões ou nas comunidades terapêuticas), medicalização das subjetividades, força policial e sucateamento do cuidado.

Na necropolítica, cabe ao Estado a função de “civilizar os modos de matar e atribuir objetivos racionais ao ato de matar em si” (MBEMBE, 2016, p. 133), em prol do resgate da paz social. A morte tanto pode ser literal como simbólica: morte do ser social, sujeito de lugar algum, o drogado, o vagabundo, o mendigo, os “descartáveis urbanos” (VARANDA; ADORNO, 2004). Nesse sentido, a micropolítica contrapõe esses fluxos de sujeição, buscando a constituição do conjunto de multiplicidades singulares, sujeito de si.

Para Rauter (2015, p. 48), “Clínica e Política são, pois, indissociáveis”. A expressão Política se inscreve na relação entre os modos de subjetivação singulares e a normatização de práticas.

O que nos interessa são modos de subjetivação e, neste sentido, importa-nos poder traçar as circunstâncias em que eles se compuseram, que forças se atravessam e que efeitos estão se dando. No lugar do indivíduo, individuações. No lugar do sujeito, subjetivação. Como nos conceitos, não se trata de modo algum de reunir, unificar, mas de construir redes por ressonâncias, deixar nascer mil caminhos que nos levariam a muitos lugares (PASSOS; BARROS, 2000, p. 77-78).

Dessa relação, por sua vez, acontece o processo de produção de subjetividades, com o aporte da biologia sobre o conceito de autopoiesis: “para que haja uma mudança, para que, vamos dizer assim, se invente, se crie [...] alguma possibilidade de vida ou de produção, enfim. E a partir do que? Da potencialidade desse sujeito” (LANCETTI, 1990).

A clínica patologizante reduz o sujeito ao diagnóstico e parte de um princípio universalizante, uma repetição. Preocupa-se mais com sinais e sintomas, do que a história individual do sujeito. A evolução da clínica faz notar a falência das instituições de exclusão, conforme visto anteriormente, representadas na contemporaneidade pelas comunidades terapêuticas, prisões e hospitais psiquiátricos. Nesses espaços, nada se cria, somente se repete.

A constituição de uma clínica ética-estética-política busca romper com a padronização das práticas e parte do princípio da criação de intervenções a partir das singularidades dos indivíduos (PASSOS; BARROS, 2000). Esse paradigma propõe pensar na constituição de novas formas de expressão em um movimento de constante devir.

O cuidado no *Palmas Que Te Acolhe*

Situado dentro da rede de atenção às pessoas em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas do município de Palmas/TO, o *Palmas Que Te Acolhe* (PQTA) é um projeto de inserção que busca ofertar um pacote de direitos (moradia, alimentação, trabalho e renda, cultura e lazer), embasado na metodologia de *Housing First*. Essa metodologia tem seus primórdios na década de 1990, nos Estados Unidos, a partir do programa proposto pelo psicólogo Sam Tsemberis, como uma resposta à questão do fenômeno da população em situação de rua.

O PQTA buscou reduzir as vulnerabilidades das pessoas em situação de rua que fazem uso problemático de álcool e outras drogas e promover a inserção em atividades de cultura, esporte e lazer; trabalhar na lógica da redução de danos e da baixa exigência, de modo a possibilitar a reintegração comunitária, socioeconômica e familiar; e favorecer o acesso dos beneficiários do projeto aos serviços de saúde, justiça, assistência social e educação (STROHER, 2017).

Os projetos de inserção e garantia de direitos apoiados no modelo *Housing First* estão diretamente relacionados à política de Redução de Danos, uma vez que o foco não é o uso de droga, e sim a vulnerabilidade e singularidade dos sujeitos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Dessa forma, ao ofertar o pacote de direitos supracitado e proporcionar o acesso aos serviços intersetoriais, com baixo limiar de exigência, novas possibilidades de cuidado são criadas.

A fim de captar de forma mais genuína o funcionamento desse projeto, propõe-se trazer alguns casos e encontros com os atores que o compõem, beneficiários e trabalhadores. Além disso, serão apresentadas algumas falas extraídas das entrevistas com essas pessoas, de modo a captar sua percepção acerca do *Palmas Que Te Acolhe*, as transformações percebidas e as relações construídas.

Das suavidades cotidianas do *Palmas Que Te Acolhe*

Após sua inserção no PQTA, João Grande³ contou que tinha conseguido fazer gestão do uso de drogas, “todo dia eu fumava, agora eu não tô fumando mais todo dia”, estava participando da oficina de sabão e ganhando uma pequena renda. O Zé Moleque também notou a diferença no seu hábito de uso de álcool após ter acesso à moradia:

Fico mais tempo sem fazer uso de álcool, antes de entrar no projeto, eu não conseguia não, vivia jogado, não tinha lugar para me concentrar, um lugar pra gente, né... aqui abandonei de uma vez. Pra lavar a roupa, pra tranquilizar mais um pouco, agora rodado como a gente vivia, pra onde a gente ia tinha mais dez, cozinhas no chão com fogão caipira, não podia fazer nada que o pessoal roubava tudo.

Ter a segurança de um lugar para dormir, um local para onde voltar é, para as pessoas que vivem em situação de rua, uma mudança significativa, pois não se trata somente de um endereço, mas de um ponto de apoio, da possibilidade de ressignificar o espaço que ocupa nesse território geográfico e existencial. “Qualquer coisa que acontece com eles na rua, eles correm pra cá. Então eles vêm aqui como a casa deles.”, conta Don’Aninha. Sua fala reflete o sentimento de pertencimento que o PQTA evoca; ela complementa ainda: “então não é simplesmente um lugar pra dormir, eles têm aqui realmente como um ambiente deles, a família, eles chegam aqui, eles se sentem bem”.

Um ponto crucial dessa transformação dos modos de ser e viver é a cidadania dessas pessoas, retomando o gozo de seus direitos e deveres. O acesso à documentação, aos bens e aos serviços de saúde, assistência social, justiça e educação fazem parte do exercício da cidadania. Sobre isso, Joel afirma que algumas das dificuldades das pessoas em situação de rua é acessar os serviços públicos:

Eles tinham muita dificuldade de acessar serviços de saúde. A grande maioria deles chegam aqui sem documentação. A primeira coisa que fazemos, todos entram e rapidamente já têm toda a documentação, acesso aos programas sociais, então todos

³ Todos os nomes aqui apresentados são fictícios, a fim de proteger a identidade dos (as) participantes.

eles têm direito ao Bolsa Família, quando estavam na rua nenhum deles acessava o Bolsa Família.

Volta Seca também comenta que a contribuição do projeto é integral: “não só no prato de comida, de lugar para dormir, mas em medicamento, tratamento de saúde, acompanhamento”.

O exercício da cidadania incide, também, na visibilidade que essas pessoas ganham, e o projeto busca possibilitar espaços de afirmação e voz ativa desses protagonistas. “Uma luta que nós temos é para que eles cada vez mais ganhem voz, empoderamento, para que, não só a equipe busque os direitos deles, mas eles também saibam dos seus direitos para buscar, tenham voz ativa para isso”, conta Maria Ricardina. Pirulito, hoje, mora em uma casa alugada, paga seu próprio aluguel, tem um trabalho com carteira assinada e participa ativamente das discussões políticas no município; “hoje eu me sinto com a saúde bem melhor, o físico também melhorou, a questão de posicionamento social, tudo em geral, foi muito bom”, afirma o ex-morador de rua. Ele acrescenta, ainda, sobre a importância de um projeto que visa garantir direitos, para além de um local para dormir:

Já fui em albergue em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais. São albergues, lá você chega de manhã, faz sua inscrição, o cara fala: você volta aqui tal hora da tarde. Você dorme com um olho fechado e um olho aberto, porque você não tem certeza se vai acordar vivo ali, não sabe se está seguro ali dentro, se alguém vai te roubar, alguém vai fazer algum mal contigo, roubar coisa mínima sua. Tipo uma bolsa, um tênis. E no projeto [PQTA] não, cada um tem seu quarto, cada um tem seu local de dormir, de descanso, de repouso. E não é uma coisa só por uma noite. No albergue é só por, no máximo, três dias.

Desse modo, o PQTA, enquanto dispositivo de cuidado às pessoas em situação de rua que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, produz novas formas de ser e de viver nessas pessoas que experimentam a vivência na rua, ressignificando os vínculos comunitários, familiares e sociais, melhorando a qualidade de vida, o acesso aos serviços e escapando à lógica manicomial e repressiva.

Se, por um lado, o PQTA imprimiu mudanças nos modos de ser e de viver dos beneficiários que o acessam, a experiência da rua provocou transformações nos trabalhadores que fazem parte desse projeto. Logo de início, Dalva conta como o PQTA impactou sua vida: “então assim, passei a observar mais, desde quando eu comecei a trabalhar no projeto, qualquer lugar que eu vou eu vejo, começo a olhar com outros olhos”.

Alonso também relata da mudança no olhar sobre as pessoas que estão na rua: “no olhar para a diferença do outro, outro tipo de olhar, na percepção das diferenças, isso deu uma transformada”. Don’Aninha partilha dessa mudança: “a gente convive com eles todos os dias, e antes a gente passava como se fosse uma pessoa que talvez não queria nada com a vida, alguma coisa assim [...] foi muito importante na minha vida, a forma como ver as pessoas que estão nessa situação”.

As pessoas que vivenciam ou vivenciaram situações de violência, negligência, dores, carregam essas marcas nos encontros com o mundo a sua volta. Lidar com a aspereza que a experiência da rua proporciona é uma tarefa árdua. Don’Aninha comenta sobre esse trabalho que, por vezes, imprime um sentimento de impotência, causa desconforto e abala certezas pessoais:

No começo eu fiquei muito abalada de ver a situação, de você querer ver a pessoa sair dali, de onde tá, de crescer e romper tudo, e você não ter muita coisa a se fazer [...] conforme foi passando o tempo, eu fui trabalhando isso em mim, pra eu como pessoa, não ficar mal. Porque eu estava ficando mal. E hoje a gente consegue encarar a situação com mais tranquilidade.

A rua, com suas possibilidades de existência, proporcionou o olhar sensível às individualidades e diversidades, dando visibilidade as necessidades que circundam o fenômeno da população em situação de rua. Ademais, ressignificou esse processo de promover cuidado, transformando em um trabalho afetivo, que entra em sintonia com as pessoas e suas histórias.

Foi no encontro com o *Palmas Que Te Acolhe* que a rua passou a constituir-se como um território existencial que comporta subjetividades itinerantes, acolhe as diferenças, aqueles que não se encaixam. As concepções sobre a forma de vê-la foram derrubadas, mergulhando nas inúmeras experiências que este encontro proporcionou. Foi possível reconhecer o trabalho clínico fora de um espaço institucional, mas que se faz no território, nessa clínica-itinerante, nesse caminhar terapêutico.

É essa clínica que se faz nos territórios existenciais e geográficos, no diálogo e na pactuação junto com o sujeito. Há coisas que nunca mais serão vistas como antes e, parafraseando Aldous Huxley, quando fechamos os olhos (nos despindo dos nossos pré-conceitos), as portas da percepção se abrem para o cuidado.

Considerações finais

Conforme visto nos parágrafos anteriores, o cenário nacional evidencia uma série de retrocessos na Política de Saúde Mental e sobre Álcool e outras Drogas, em especial com as últimas medidas oriundas de um contexto de conservadorismo. Além disso, viu-se ao longo dos últimos anos o crescente desmonte dos dispositivos da RAPS, bem como o sucateamento das equipes de saúde.

Torna-se, portanto, imperioso repensar os conceitos e práticas da clínica, apresentada nesse escrito enquanto um paradigma ético-estético-político, conduzindo a uma atuação em defesa da vida e da democracia, em um contexto de totalitarismo e repressão, que vai na contramão da Constituição de 1988 que rege o Estado Democrático brasileiro e garante direitos individuais (PASSOS; SOUZA, 2011).

O PQTA enquanto um dispositivo de cuidado, que opera formas de fazer ver e fazer falar em relação ao fenômeno da população em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas, permite a transformação do olhar aos contextos socioculturais desses atores, resgatando-lhes a cidadania, a autonomia e a possibilidade de ressignificar sua existência e sua relação consigo, com os outros e com o mundo.

Essa transformação passa, também, pela aprendizagem no processo de cuidado como parte da construção de um contrato social que abarcanão somente o direito de ter uma casa para morar, alimentação regular e de qualidade – o acesso às políticas públicas como um todo –, mas também os deveres enquanto cidadão. A construção desses deveres está presente nas falas desses atores quando explicitam o cuidado com o outro, com o espaço que habitam e com o próprio serviço.

Esse modo de construção do dever social não passa pela imposição de autoridade ou pela tutela do Estado, mas o acesso básico que implica a possibilidade de abrir para a experiência dessa construção, um contrato social traduzido em um modo de cuidado mais solidário, de pertencimento e de afeto.

Esse *ethos* de cuidado da clínica é ético na medida em que constrói a existência a partir da referência do sujeito. É estético porque é singular, é a vida enquanto criação de uma obra de arte. É político porque se dá na relação entre os sujeitos, as formas de se relacionar consigo, com os outros e com o mundo.

Referências

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.

ASSIS, M. (1882). **O Alienista**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, RJ, n. 19-20, p. 159-171, 2004. Disponível em: http://uninomade.net/wp-content/files_mf/113003120823C1%C3%ADnica%20pol%C3%ADtica%20e%20as%20modula%C3%A7%C3%B5es%20do%20capitalismo%20-%20Eduardo%20Passos%20e%20Regina%20de%20Barros.pdf. Acesso em: 17 fev. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 3 nov. 2017.

_____. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 17 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS: Rede de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf. Acesso em: 3 nov. 2017.

_____. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 abr. 2019a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Decreto/D9761.htm. Acesso em: 21 jun. 2019.

_____. Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jun. 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm. Acesso em: 9 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília: CGMAD, 2019c. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Portaria nº 3.588/2017**. Brasília: CGMAD, 2017a. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Ministério do Desenvolvimento Social. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério do Trabalho. **Portaria nº 2/2017**. Brasília: DOU, 2017b. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/173163824/dou-secao-1-22-12-2017-pg-104?ref=serp>. Acesso em: 30 dez. 2019.

DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Veja, 1996.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 1995. 5 v. V. 1.

_____. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 1997. 5 v. V. 4.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a Filosofia Política?**. Rio de Janeiro: Editora 34., 1992.

DUNKER, C. I. L. Clínica, Linguagem e Subjetividade. **Distúrbios Da Comunicação**, São paulo, SP, v. 12, n. 1, p. 39-60, dez. 2001. Disponível em: <http://stoa.usp.br/chrisdunker/files/1873/10125/2001%20-%20Cl%C3%ADnica%20Linguagem%20e%20Subjetividade%20-%20Distúrbios%20da%20Comunicação.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

DUNKER, C. I. L.; ROSA, C. M. A experiência em ato, pessoal e direta com quem nos forma, nos transforma decisivamente. In: Orejuela, J.J.; Torres, J.F.; Henao, C.M. (Org.). **Formar-se em psicologia**. Conversaciones con maestros de la disciplina. Medellín: Editorial EAFIT, 2019. V. 1, p. 61-78.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

LANCETTI, A. L. **Saúde e Loucura**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

GABBAY, R. Cidadania e Loucura: um paradoxo? **Polêm!ca**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 43-55, jul./set. 2010.

GONDAR, J. A clínica como prática política. **Lugar comum**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 125-134, 2004.

Disponível em:

http://uninomade.net/wpcontent/files_mf/113003120800A%20cl%C3%83%C2%ADnica%20como%20pr%C3%83%C2%A1tica%20pol%C3%83%C2%ADtica%20-%20J%C3%83%C2%B4%20Gondar.pdf. Acesso em: 16 ago. 2018.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Editora 34, 1992.

GUIMARÃES, T.; JARDIM, R. N. M. Apontamentos sobre o horizonte crítico do Psicanálise na Rua. **Teoría y Crítica de La Psicología**, v. 12, p. 315-339, 2019. Disponível em:

<http://www.teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/291>. Acesso em: 30 dez. 2019.

LAMANNO-ADAMO, V. L. C. Da Experiência Clínica ao Desenvolvimento de um Conceito. **Jornal de**

Psicanálise, São Paulo, v. 39, n. 70, p. 163–175, jun. 2006. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100010. Acesso em: 20 nov. 2019.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Arte & Ensaios**, n. 32, p. 123-151, dez. 2016.

NASCIMENTO, A. C. P. **A arte como dispositivo terapêutico: cartografando a arte e suas afetações no CAPS AD III de Palmas, Tocantins**. 2016. 80 f. Monografia (Bacharel em Psicologia) – Graduação em Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Universidade Luterana do Brasil, Palmas, TO, 2016.

_____. “AGORA EU DEITO E DURMO TRANQUILO”: cartografia de uma rede afetiva. 2019. 98 f.

Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências e Saúde) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO, 2019.

ORIGEM DA PALAVRA. **Palavra Clínica**. 2019. Disponível em:

<https://origemdapalavra.com.br/pergunta/palavra-clinica/>. Acesso em: 20 nov. 2019.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. O que pode a clínica? A posição de um problema e de um paradoxo. In:

FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S. (Org.). **Corpo, Arte e Clínica**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. p. 275-286.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade.

Psicologia: Teoria e Prática, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan./abr. 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4390.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

RAUTER, C. Clínica Transdisciplinar: afirmação da multiplicidade em Deleuze/Spinoza. **Revista Trágica: Estudos de Filosofia Da Imanência**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 45–56, jan./abr. 2015. Disponível em: <http://tragica.org/artigos/v8n1/rauter.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2019.

STROHER, P. Projeto de inserção social “Palmas que te acolhe” é apresentado à Defensoria Pública. **Defensoria Pública do Estado do Tocantins**, Palmas, Tocantins, 29 ago. 2017. Disponível em: <https://www.defensoria.to.def.br/noticia/23884>. Acesso em: 21 nov. 2018.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241–251, fev./set. 1993. Disponível em: <http://www4.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensamentocorpodevir.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2019.

ROSA, C. M.; VILHENA, J. Do manicômio ao CAPS. Da contenção (im)pietosa à responsabilização. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 37, p. 154–176, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/2498>. Acesso em: 21 jun. 2019.

SILVA NETO, S. A. O que é um paradigma? **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 45, n. 2, p. 345-354, out. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/download/2178-4582.2011v45n2p345/22356>. Acesso em: 17 nov. 2018.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população em situação de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 56-69, jan./abr. 2004.

Recebido em: 01/12/2019.

Aceito em: 30/12/2019.