

## PSICANÁLISE NA RUA: A CONSTRUÇÃO DE UM DISPOSITIVO CLÍNICO<sup>1</sup>

Diandry da Silva Soares dos SANTOS<sup>2</sup>

Paula GOMES-SILVESTRE<sup>3</sup>

Luan de Sousa SANTANA<sup>4</sup>

Alana Silva de Carvalho BITTENCOURT<sup>5</sup>

Suely AIRES<sup>6</sup>

### Resumo

Este artigo objetiva apresentar a prática de estudantes extensionistas no Núcleo de Escuta Singularizada, projeto voltado para o acolhimento e escuta clínica de pessoas em extrema vulnerabilidade e/ou em situação de rua. Por meio de relato de experiência, abordamos o processo de construção da prática e os princípios éticos, técnicos e políticos que orientaram o trabalho psicanalítico em *settings* não tradicionais. São apresentadas ainda alguns fragmentos clínicos do trabalho com o público em questão. Ademais, articulações da práxis com a teoria são feitas levando em consideração marcadores sociais da diferença, aspectos subjetivos e intersubjetivos da atuação, e o desenvolvimento de práticas de cuidado que viabilizam acesso aos equipamentos socioassistenciais e de saúde.

1

**Palavras-chave:** Escuta Psicanalítica; Psicanálise e Política; Vulnerabilidade Social; Clínica Peripatética; Clínicas Públicas em Psicanálise.

## PSYCHOANALYSIS ON THE STREET: THE CONSTRUCTION OF A CLINICAL DEVICE

### Abstract

*This article aims to present the practice of extension students at the Núcleo de Escuta Singularizada, a project aimed at welcoming and clinical listening to people in extreme vulnerability and/or living on the streets. Through experience reports, we address the process of practical construction and ethical,*

---

<sup>1</sup> Trabalho subvencionado por bolsas de Iniciação Científica concedidas pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

<sup>2</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil. E-mail: [diandry.s.soares@outlook.com](mailto:diandry.s.soares@outlook.com). ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0518-9326>

<sup>3</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil. E-mail: [silvestrealuap@gmail.com](mailto:silvestrealuap@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1775-7782>

<sup>4</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil. E-mail: [luansstn@gmail.com](mailto:luansstn@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-2741-5409>

<sup>5</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil. E-mail: [alana.bittencourt@ufba.br](mailto:alana.bittencourt@ufba.br). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1759-9596>

<sup>6</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil. E-mail: [suely.aires7@gmail.com](mailto:suely.aires7@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0802-9070>

*technical and political principles that guided psychoanalytic work in non-traditional settings. Some clinical fragments from the work with the public in question are also presented. Furthermore, articulations between praxis and theory are made taking into account social markers of difference, subjective and intersubjective aspects of action, and the development of care practices that enable access to social assistance and health equipment.*

**Keywords:** *Keywords: Psychoanalytical Listening; Psychoanalysis and Politics; Social vulnerability; Peripatetic Clinic; Public Clinics in Psychoanalysis.*

## **PSICOANÁLISIS EN LA CALLE: LA CONSTRUCCIÓN DE UN DISPOSITIVO CLÍNICO**

### *Resumen*

*Este artículo tiene como objetivo presentar la práctica de los estudiantes de extensión universitaria del Núcleo de Escuta Singularizada, un proyecto orientado a la acogida y escucha clínica de personas en extrema vulnerabilidad y/o en situación de calle. A través de relatos de experiencia, abordamos el proceso de construcción de la práctica e los principios éticos, técnicos y políticos que guiaron el trabajo psicoanalítico en escenarios no tradicionales. También se presentan algunos fragmentos clínicos del trabajo con el público en cuestión. Además, las articulaciones entre praxis y teoría se realizan teniendo en cuenta los marcadores sociales de diferencia, los aspectos subjetivos e intersubjetivos de la acción y el desarrollo de prácticas de cuidado que permitan el acceso a la asistencia social y a los equipamientos de salud.*

**Palabras-clave:** *Escucha Psicoanalítica; Psicoanálisis y Política; Vulnerabilidad social; Clínica Peripatética; Clínicas Públicas en Psicoanálisis.*

### **INTRODUÇÃO**

O discurso proferido por Freud em Budapeste, intitulado “Caminhos da terapia psicanalítica” (1919), aborda, dentre outras coisas, as clínicas gratuitas ou de baixo custo, onde o tratamento psicanalítico estaria disponível para todos. “Pode-se prever que em algum momento a consciência da sociedade despertará, advertindo-a de que o pobre tem tanto direito ao auxílio psíquico quanto hoje em dia já tem cirurgias vitais.” (Freud, 1919/2010, p. 291). Palavras que se sustentam mesmo após um século.

A psicanálise e a dimensão sociopolítica da vida mostram-se indissociáveis, logo, propomos que uma abordagem psicanalítica no atendimento a pessoas em situação de rua venha ofertar acolhimento, cuidados de saúde mental e escuta singularizada e acessível para um público que tradicionalmente tem menos ou quase nenhum acesso a espaços de escuta.

A psicanálise aposta na singularidade, o que leva o analista nas instituições a considerar as especificidades de uma prática diferente daquela realizada nos consultórios privados. Muitas vezes, o praticante de psicanálise terá necessidade de trabalhar diretamente com diferentes profissionais, em equipe multiprofissional, visando um acesso democrático à escuta e à psicanálise (Marino, 2020). Dentre os “efeitos da psicanálise quando se propõe a escutar a subjetividade nas brechas do tecido urbano” (Mota, 2021, p. 26), consideramos relevante destacar a tentativa de mitigar “dimensões perversas e assustadoras do racismo no Brasil: a desumanização, a eliminação física pura e simples [...]” (Carneiro, 2011, p. 44). Nessa direção, consideramos que a fragilização do laço social a partir das desigualdades, violências e segregação política e social incide nas estruturas discursivas, tornando-as frágeis, criando apagamentos, dificultando o reconhecimento de sofrimentos produzidos no laço social (Rosa et al., 2017).

Cabe destacar que o sujeito em condições sociais críticas também está inscrito na ordem do inconsciente (que é social); portanto, o praticante de psicanálise faz uma aposta ética e política ao ofertar espaços de escuta singularizada em contextos diversos, de modo a romper com pactos hegemônicos, visto que as transformações sociais também são de interesse da psicanálise e, por extensão, dos praticantes (Rosa et al., 2017).

Nesse sentido, o sofrimento sociopolítico produz efeitos na escuta psicanalítica, convocando-a a singularizar o que diz o sujeito, enquanto efeito discursivo, produzindo práticas de respeito à realidade vivida em contextos vulneráveis, bem como um exercício implicado. Sob certa medida, podemos considerar que “a invisibilidade dos conflitos gerados no e pelo laço social recai sobre o sujeito, individualizando seus impasses, patologizando ou criminalizando suas saídas” (Rosa et al., 2017, p. 365), e que o reconhecimento da condição de sujeito pode vir a romper com o silenciamento produzido.

A oferta de escuta e de espaços de cuidado em saúde exige um compromisso significativo de recursos, bem como a disponibilidade dos profissionais envolvidos, que estão dispostos a trabalhar em contextos desafiadores, enfatizando a importância de um cuidado acessível e integral que considere as complexas realidades sociais e psíquicas das pessoas em situação de rua e/ou em extrema vulnerabilidade (Araújo & Saad, 2019; Broide & Broide, 2020; Pacheco-Ferreira & Mendes, 2022). A implementação de políticas de saúde para a população em situação de rua é, sem dúvida, um tema crítico e complexo no Brasil, pois confronta-se com uma série de desafios estruturais, sociais e econômicos que impactam diretamente a efetividade dos serviços de saúde oferecidos (Cohen et al., 2007).

A Política Nacional de Saúde para a População em Situação de Rua – PNPSR (Brasil, 2009) é uma diretriz fundamental para garantir o acesso e a equidade nos serviços de saúde para aqueles que vivem em situações sociais críticas (Broide & Broide, 2020). Essa política visa a enfrentar as desigualdades e garantir atendimento humanizado e integral, acesso a seus direitos, em conformidade com o Art. 7º, inciso I do Decreto n.º 7.053/2009, o qual indica

como objetivos da PNPSR, “acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda” (Brasil, 2009).

A articulação com os Consultórios na Rua – composto por equipes multidisciplinares que atendem diretamente a população em situação de rua, oferecendo cuidados primários e encaminhamentos necessários – e as parcerias com ONGs e entidades locais funcionam como uma rede de colaborações, podendo ampliar a oferta de serviços do SUS e oferecer suporte e recursos adicionais. Contudo, a saúde da população em situação social crítica não pode ser abordada apenas dentro do sistema de saúde, sendo necessária uma ação intersetorial que envolva habitação, segurança pública, educação e políticas sociais (Brasil, 2011).

Se no âmbito federal a PNPSR orienta as práticas, no Estado da Bahia, por meio da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS), foi instituído, através da Superintendência de Política sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis (SUPRAD), um programa voltado para essa população: o Programa *Corra Pro Abraço*. Esta iniciativa é um exemplo de ação intersetorial, estabelecida de maneira multifacetada e integral no atendimento a populações em situação de rua e/ou extrema vulnerabilidade (Araújo & Saad, 2019; Mota, 2021).

O *Corra*, como é popularmente conhecido, surgiu em 2013, inicialmente na cidade de Salvador, “como novidade dentro da perspectiva de garantia da cidadania e defesa dos direitos humanos das pessoas que fazem uso e/ou abuso de drogas em contexto de vulnerabilidade” (Araújo, 2019, p. 27). O programa implementa estratégias que ajudam a mitigar os efeitos negativos de comportamentos de risco, oferecendo alternativas mais seguras, disponibilizando orientação contínua para ajudar os indivíduos a gerenciarem riscos e promoverem seu bem-estar.

Visa, ainda, a colaborar de perto com as comunidades locais, reconhecendo suas especificidades e alavancando seus recursos e redes de apoio, com intervenções contextualizadas e ações voltadas às necessidades e realidades específicas de cada território, respeitando a autonomia, valorizando uma comunicação aberta de diálogo contínuo e respeitoso e considerando as perspectivas e experiências de cada indivíduo em relação à sua saúde (Araújo & Saad, 2019; Cohen et al., 2007).

Em linhas gerais, o programa promove um ambiente onde cada pessoa possa ter acesso a direitos, através de recursos/metodologias da arte-educação, acompanhamento psicológico, educação jurídica, acesso a bens culturais, assistência social, cuidado singular e comunitário, focando em intervenções adequadas às especificidades do território e valorizando a autonomia e as escolhas das pessoas assistidas (Araújo & Saad, 2019).

O Núcleo de Escuta Singularizada (NES) é um projeto de extensão criado no Instituto de Psicologia (IPS) da Universidade Federal da Bahia – UFBA que tem como objetivo a oferta de escuta singularizada a pessoas em situação de extrema vulnerabilidade tendo como eixo

norteador a psicanálise. O projeto colaborou com o Programa *Corra pro Abraço* durante os anos de 2021 e 2022, ofertando escuta psicanalítica e práticas de cuidado aos assistidos pelo programa. O núcleo contou com a participação de estudantes de Psicologia das universidades UFBA e UNEB (Universidade Estadual da Bahia) enquanto extensionistas, supervisionados por psicólogas ligadas ao programa e por uma docente do curso de Psicologia da UFBA que realizava supervisão clínico-institucional ao programa.

Com carga horária de 20 horas semanais, nosso fazer se dividia entre idas semanais a campo, reuniões de supervisão para discussão dos casos, leituras de textos complementares e reuniões de equipe com os profissionais do *Corra*. A partir da experiência vivenciada no NES, o presente trabalho dispõe-se tecer articulações entre psicanálise e política, promovendo tensionamentos com outros saberes e reflexões sobre estratégias sociais de cuidado comprometidas com o sujeito, desenvolvendo diálogos com a redução de danos, a clínica peripatética e problematizando a questão da tutela na prática do cuidado. Desse modo, o NES pode ser pensando enquanto um dispositivo a ser replicado em diferentes contextos.

## **NÚCLEO DE ESCUTA SINGULARIZADA: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E ANCORAGENS TEÓRICAS**

5

Em consonância com pressupostos políticos, teórico e metodológicos de territorialização do cuidado em saúde, o trabalho do NES com os sujeitos assistidos se desdobrou reconhecendo os arranjos distritais/territoriais da cidade de Salvador e, também, a perspectiva integrada, sistêmica e equitativa do Sistema Único de Saúde (SUS). No SUS, a territorialização da saúde é uma técnica de planejamento prevista, podendo ser compreendida como uma tecnologia que visa a organizar as ações e os serviços da atenção primária a partir da localização em que cada usuário está situado (Faria, 2013).

Muita embora o *Corra pro Abraço* não esteja propriamente inserido no âmbito do SUS ou do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e sim articulado ao campo dos Direitos Humanos (Aires, 2024), a equipe multiprofissional do programa trabalha em articulação direta com serviços inseridos nas redes de cuidado em saúde, principalmente, em diálogo com dispositivos da atenção primária e com as práticas e metodologias desses sistemas. Nesse sentido, o encaminhamento, a reapresentação e a inserção de sujeitos à rede de saúde e psicossocial existente nesses territórios pelos quais o programa se faz presente é contínua e primordial.

Os locais em que o *Corra Pro Abraço* enquanto programa é convocado a atuar são delineados em parceria com assistidos que são ou foram, em algum momento, acompanhados pelas equipes. Desde 2013, a inclusão e a presença da população em situação de rua no reconhecimento e no ato de anunciar, eles mesmos, que chão era aquele que a equipe estava

pisando e que pessoas e relações eram essas que ali já estavam, foi fundamental para que a abertura dos chamados “campos” – territórios de atuação nas ruas – ocorresse e para que os profissionais fossem bem recebidos (Araújo & Saad, 2019). O processo se deu “a partir da observação da dinâmica de locais onde havia grande concentração de pessoas em situação de rua em Salvador”, bem como a partir da construção da confiança e do vínculo, costurados com e por muitas mãos (Araújo & Saad, 2019, p. 34).

Em 2021, o NES iniciou suas ações. Partimos da noção de que deve haver espaço para construção de um outro modo de cuidado que singularize o sujeito e o acolha em seu território – compreendido como campo de relações e território físico. Ademais, fez-se necessário que pudéssemos nos instrumentalizar para o trabalho que encontraríamos em campo a partir de leituras de textos, de discussões relacionadas às políticas públicas em saúde, filosofia, psicanálise, relações raciais, dentre outros temas. Do contrário, poderíamos estar, enquanto extensionistas, fadados a reproduzir uma perspectiva universalista em saúde mental.

Então, construímos um percurso. Tendo vista a potencialidade dos territórios percorridos, os encontros com as pessoas assistidas aconteciam no local onde a equipe do *Corra Pro Abraço* já realizava semanalmente atividades de arte-educação, acompanhamento psicossocial e apoio jurídico, e, com a criação do vínculo, esses encontros se estendiam para os demais locais em que esses sujeitos se encontrassem ou optassem. Supomos, então, que preexistia uma relação do assistido com a equipe multidisciplinar do *Corra* e com o território – onde esse geralmente passa boa parte de seus dias, trabalha, dorme, se relaciona, etc. Por esse motivo, ir ao encontro deles onde quer que estivessem, quisessem e fosse possível estar, presumia desafios para nós. Apurar a escuta, para então fazer o discurso rodar pelas ruas, nos lugares mais variados: debaixo de um viaduto, na porta de seu barraco, na porta de um bar etc.

Nosso movimento de ir até o campo facilitava a relação do assistido com os extensionistas, driblando alguns desafios socioeconômicos que viessem a se apresentar como obstáculo para que este se locomovesse da sua área até um equipamento de saúde para um atendimento, por exemplo. Para além disso, levamos em conta a proximidade do território do sujeito com as outras atividades de sua vida relacionadas à vida laboral e aos cuidados já estabelecidos com as políticas públicas de sua redondeza e de seu distrito sanitário.

Tomamos a reflexão de Costa-Rosa (2000) para pensar nossas ações. Este autor diferencia o “modo asilar” e o “modo psicossocial” no cuidado em saúde mental. O que caracteriza o primeiro é sua condução pautada no ambiente institucional, onde o que há de singular em cada sujeito tende a ser aniquilado e o que sobressai são os tratamentos medicamentosos e de caráter biomédico. O “modo psicossocial”, por sua vez, preconiza a implicação subjetiva daquele que utiliza o serviço ou equipamento de saúde, mantendo em vista a reinserção social, a recuperação da cidadania, com fins de extinguir a ideia de que o

sujeito deve se “adaptar” ou se “adequar” ao seu meio e à realidade em que vive e valorizando o caráter íntegro das ações no território (Costa-Rosa, 2000).

Ou seja, a integralidade das intervenções, bem como a possibilidade de livre trânsito do sujeito, permite que o sujeito conceba um outro tipo de relação com os serviços e equipamentos de saúde que vier a acessar, diferentemente da lógica manicomial. E, nessa direção, o trabalho foi realizado com o propósito de que essas pessoas em extrema vulnerabilidade social pudessem, de alguma forma, reinserir-se em políticas públicas de saúde e psicossocial, além de garantir seus direitos e sua dignidade dentro das possibilidades de sua autonomia.

O Núcleo de Escuta Singularizada propunha, então, a criação de um dispositivo de subjetivação, ao preconizar práticas em/de liberdade, na qual o sujeito participa ativamente desse processo de invenção (Weinmann, 2006). Orientados pelos princípios da psicanálise e da redução de riscos e danos, criamos um novo *setting*. Nesse contexto, o *setting* psicanalítico tradicional cai, é desmontado e montado de um outro jeito. Afinal, na rua, somos convocados a construir um espaço com os assistidos diante do que se apresenta e a compreender o que é demanda e o que é desejo (Dias et al., 2017). Portanto, ao estabelecer o enquadramento, pactuar o local, o horário e os dias de semana em que seriam realizadas as escutas e combinar a relação entre o profissional e o assistido, “as variações decorrentes da relação transferencial” podem vir a surgir (Broide, 1992, p. 29).

7

Direcionávamos nosso fazer em aposta, considerando que oferecer espaços de escuta poderia ter algum efeito para aqueles que quisessem falar, seja de sua história, dos conflitos em campo, da fome, da negativa que tiveram em relação ao auxílio socioassistencial, dos dias de trabalho mal remunerado. Mas também podiam dizer daquilo que reconheciam enquanto potência: os *corres* que faziam, o tão esperado Registro Geral (RG) que conseguiram depois de um certo tempo, o passar dos dias, a horta nos canteiros da avenida...

Acreditamos que lançar o corpo para uma escuta em um espaço público requer - literalmente - caminhar por outras vias. Há de estar atento e considerar os conceitos fundamentais para o fazer com essa população: acolhimento, escuta, ancoragem e transferência (Broide & Broide, 2019).

Estivemos advertidos de que o acolhimento e a escuta deveriam andar lado a lado, na medida em que o contexto exigia uma atenção ao que se dizia, bem como ao modo como se dizia e a quem se endereçava. Nessa mesma direção, a ancoragem - entendida como “os fios, muitas vezes invisíveis, que amarram o sujeito à vida” (Broide & Broide, 2019, p. 212) - integraram e ampliaram a percepção a respeito dos casos. E, por fim, estivemos atentos à transferência, onde todo o trabalho acontece, visto que o assistido estabelece uma relação, dramatiza e repete algo da sua história de vida (Broide & Broide, 2019).

Tudo isso é levado em conta na hora de reinventar um *setting* alternativo que demanda corpo do extensionista e do profissional em campo. É um ato de incorporar

conceitos, estratégias de cuidado e, em corpo, ir *caminhando com*, ao lado, para ver para onde as histórias vividas e, posteriormente, ouvidas se encaminharão. Parte do trabalho é também ir *in/corpor/ando* e fazendo parte de um território de relações. Nossos corpos, no campo, estavam dentro - *in* - de um território, andando, seguindo passos e produzindo novos saberes na prática; iam *circulando*, em paralelo ao ato de *incorporar* dos assistidos. No caso deles, de novos dizeres, novas formas de estar no mundo. É, portanto, uma prática que implica corpo no cerne de sua experiência.

Podíamos ver nitidamente deslocamentos no modo como esses sujeitos vivenciavam a própria vida; fosse pelas mudanças físicas que ocorriam com eles: um sorriso no rosto mesmo diante de um cenário de hipervigilância que a rua evoca, pelo ganho de peso ou pelo novo corte de cabelo; fosse pelo modo de se narrar e de criar uma rede intersubjetiva em vida, perceptível através de um “*Cadê o outro menino que não veio hoje?*” quando, porventura, um dos extensionistas precisava se ausentar. Empolgavam-se, muitas vezes, com a possibilidade de sair do território para uma demanda de saúde e que, após muitas tentativas, conseguiam.

Aqui trago uma situação em que um dos assistidos expressa apreço e reconhecimento ao nosso trabalho por estar sendo acompanhado até o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com um dos extensionistas e, ao chegar lá, diz: “*Pode entrar aí!*”. Vira para o médico e fala: “*Doutor, esse é meu acompanhante*”, sem sequer termos nos apresentado nesses termos. Diferentemente da lógica colonial, onde o colonizador chega e atribui um nome ao colonizado, foi o próprio sujeito que pôde nos atribuir um papel em sua vida. Esse movimento nos empresta um lugar ou uma função que, para esse sujeito, parece ser de muita valia.

Para além da divisão e do caráter político-administrativo dos territórios da cidade de Salvador – que também são importantes – o trabalho era orientado para a escuta de “novas formas de sociabilidade criadas a partir da vida nas ruas” (Broide & Broide, 2019, p. 212), que, muitas vezes, nos demandavam andanças e deslocamentos - simbólicos e reais. Os espaços de supervisão e de conversações clínicas foram excepcionais nesse sentido. Nossa prática em saúde mental com população em situação de rua requereu mudanças epistemológicas a fim de conceber os marcadores sociais da diferença como estruturantes de todas as relações no que diz respeito à raça, classe, gênero e sexualidade e restabelecer e recriar novas formas de pensar linhas de cuidado, levando em conta o cenário político, subjetivo e intersubjetivo que se apresenta.

## **DA CLÍNICA PERIPATÉTICA, DE PÔR DE PÉ, PARA A CONSTRUÇÃO DE UM FAZER CLÍNICO-POLÍTICO**

Diante da demanda de atender esses sujeitos onde eles se encontram, nós, no NES, nos fazíamos valer de diversos referenciais teóricos importantes para a construção dessa

práxis. Como estratégia para realizar uma intervenção que nos guiasse através de um cuidado pensado para a ampliação da vida desses sujeitos que se encontram à margem da rede de acesso à saúde (Paiva et al., 2016), nos apropriamos da noção de clínica peripatética de Lancetti (2007), visando levar as práticas de cuidado para fora dos consultórios e demais contextos fechados, e tomando como base os pressupostos da clínica antimanicomial e da redução de danos.

A clínica peripatética é justamente uma proposta de territorialização do cuidado através da desconstrução dos *settings* tradicionais, da hegemonia dos processos de institucionalização dos sujeitos e do exílio da cidadania, para a construção de uma clínica não só que se movimenta, mas que também se faz em movimento. E, através dos diversos territórios em que esses assistidos se encontravam, a clínica em movimento foi, também, uma maneira de marcar presença e de fazer-acontecer um cuidado que comumente é marcado por intermitências, faltas, rupturas, que não necessariamente dizem sobre uma não adesão ou sobre um “tratamento falho”, mas sobre um modo de vida singular desse outro. Dessa maneira, em movimento, íamos ao encontro desses sujeitos, de modo que essa escuta, enquanto se caminha, veio confrontar-se e fazer frente à lógica de exclusão da cidade, uma das múltiplas formas de exclusão vivenciadas por essa população (Bulla et al., 2004).

Um ponto a ser destacado é que a população em situação de rua é diversa em suas singularidades, mas na prática atendemos a um público específico, principalmente no quesito raça/cor. Segundo o Censo da População em Situação de Rua de Salvador (2023), 93% da população em situação de rua é negra, dados que não divergem do estudo realizado pelo observatório do *Corra Pro Abraço* entre os anos de 2019 a 2022, que aponta para um universo de assistidos pelo programa de 93,82% de negros.

Rosa et al. (2017) alertam para que nos atentemos ao discurso social que se apresenta como emissário de uma verdade e de um valor a-histórico e apolítico, mas que, no entanto, é carregado de interesses políticos e econômicos que visam a manter a ordem social específica que representa. Nesse caso, afirmando não ser possível pensar o sujeito deslocado do seu laço social, fomos convocados a indagar as formas de alienação que envolvem esses sujeitos, mas também os impasses ético-políticos que cercam o praticante de psicanálise ou aquele que trabalha na rua, de maneira a se posicionar diante das violências que propagam o silenciamento e a desumanização desses sujeitos, em sua maioria negros, e questionar esse contexto que gera não apenas sintoma, mas a desarticulação subjetiva impeditiva da construção do sintoma (Rosa et al., 2017).

Na prática, então, foi comum encontrar situações de assistidos negros que não sabiam falar sobre suas dores, nomear aquilo que lhes afetava, que lhes atravessava; ou, ainda, a normalização face àquilo que lhe era imposto, quase como algo natural do ser negro. Usualmente, essas situações vinham acompanhadas de um sentimento de culpa e insegurança, dimensões assustadoras e perversas do racismo no Brasil (Carneiro, 2011).

Não se tratando do corpo somente enquanto essa estrutura composta por células, tecidos e órgãos, puramente biológico, Nogueira (2021) nos tensiona a pensar o corpo enquanto signo, corpo que é afetado também por crenças e sentimentos. Um chamamento para pensar as redes de significações atribuídas ao negro, e ao branco, ao corpo de cada um de nós no território. Nesse contexto, foi imperioso pensar uma prática posicionada frente a essa realidade, o que nos direcionou para a construção de uma clínica, por base, antirracista em um contexto em que o racismo mais se mostra mortífero: a rua.

Produzir uma clínica antirracista se fez no caminho de produzir uma clínica politicamente situada e implicada. Dessa maneira, também pensamos “ser indispensável situar o reconhecimento da clínica em sua vertente política, reconhecendo a política onde se faz clínica” (Rosa et al., 2017, p. 363). Situar essa prática enquanto antirracista requereu buscar metodologias que rompessem com a lógica do racismo e que valorizassem outras epistemologias para pensar o cuidado com o outro. Dialogicamente, esse cuidado acionou um olhar crítico e político não só no que diz respeito ao outro, mas ao que de nós se apresenta ao outro. Tomar como princípio uma psicologia que ainda hoje é elitizada nos ajudou a saber como chegar. Nossa história fala, nossos corpos falam, antes mesmo de nossas bocas. Podemos potencializar que se fale, mas também potencializar que se cale, por isso, também se fez necessário racializar quem são os autores desse cuidado que está sendo ofertado. Uma clínica implicada com as questões não só de raça, mas de gênero e classe é fundamental para construir novas maneiras de cuidado que rompam com os discursos e lógicas alinhados ao racismo (Costa & Silva, 2023).

Essa concepção nos abriu para a produção de um modelo que pudesse fortalecer a singularidade de cada sujeito e fornecer outros espaços que fossem criativos e que reconhecessem outras maneiras de se estar no mundo (Coimbra, 1995). Constituir um dispositivo de subjetivação que pudesse dar margem para linhas de fuga frente a linhas de força que parecem intransponíveis, de contornos definitivos do sistema, que subjuga e assujeita esses corpos (Deleuze, 1990; Foucault, 2004). Nesse mesmo diálogo, Merhy e Franco (2003) ampliam esse debate quando questionam os métodos de cuidado que são estabelecidos nas nossas políticas de produção da saúde, intencionados a superar o trabalho morto, meramente instrumental, como modelo hegemônico nos processos de cuidado. Tomam como base, então, a concepção de um cuidado baseado no trabalho vivo, construído em ato, que se permite ser atualizado nos encontros, aberto à criatividade. Visualizamos isso na nossa prática, ainda que segurados por um referencial teórico, nos colocamos, antes de tudo, com a presença e a potência do fazer, assim como creditamos ao outro a potência que permite que ele dite sobre seu cuidado, abrindo portas para a inventividade no fazer desse cuidado (Lima et al., 2021), uma inventividade guiada pelo desejo.

## A OFERTA DE ESCUTA PARA SUJEITOS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Ao acompanhar sujeitos assistidos pelo *Corra* que faziam uso de alguma substância psicoativa, ofertando espaços de escutas e criando possibilidades de escutas territoriais, por vezes nos aproximávamos da relação do assistido com o seu uso. Dessa forma, nesses contextos, essa relação se destacava como ponto importante no processo de escuta. Partindo de uma perspectiva de atuação antimanicomial e antiproibicionista, o NES pautou-se em um fazer em liberdade que preconizava pela autonomia desses sujeitos.

A perspectiva antiproibicionista se coloca contrária à ineficaz imposição médico-jurídico-política que criminaliza o uso de drogas e aponta a abstinência como único caminho possível dentro de um enfoque moralista e preconceituoso, que retira a autonomia das pessoas, tomando-as como objeto (Júnior, 2017).

Como alternativa às estratégias pautadas na lógica de abstinência e pautando-se nos direitos humanos, a Redução de Danos (RD) é uma estratégia de saúde pública e perspectiva ético-clínico-política para compreensão e intervenção acerca da problemática do uso de drogas (Passos & Souza, 2011). Por meio da utilização de estratégias de cuidados, a RD se propõe a trabalhar juntamente com as pessoas que não querem ou não conseguem deixar de usar álcool e outras drogas, buscando a garantia de seus direitos civis, apoiando a ampliação da autonomia desses sujeitos e respeitando suas histórias e projetos de vida (Tosta, 2022). Dessa forma, trata-se de uma importante ferramenta de produção de cuidado, possibilitando a produção de saúde e cidadania, fortalecendo o protagonismo do sujeito, promovendo a capacidade de transformação e dirigindo o olhar e práticas ao território (Adamy & Silva, 2017).

Nosso fazer também se desdobrou a partir de premissas antimanicomiais, com ênfase no sujeito, nas suas potencialidades e sob a ideia de que ele tem um saber sobre si e, portanto, poderá ditar os rumos de seu próprio cuidado. Amarante e Torre (2018) assinalam que a “cura” como objetivo, ou fim em si mesmo, é remodelada na clínica que se propõe a ser antimanicomial. A ideia de “cura” é ressignificada e passa a ser compreendida “no sentido da emancipação, da autonomia e da cidadania ativa” (Amarante & Torre, 2018, p. 1095). Busca-se, então, criar uma clínica que não classifique, e sim, que dignifique e parta do que significa para aquele sujeito viver como vive, à sua maneira. Inserido na cidade, esse sujeito poderá pensar projetos de vida onde ele protagoniza seu próprio cuidado, escolhendo quais equipamentos acessar relacionados à saúde, arte, lazer, cultura e ao que mais desejar.

Dessa forma, com essa aproximação da relação dos assistidos com o seu uso, reiteramos o princípio da autonomia e da capacidade dos sujeitos de fazer escolhas adequadas para si. Entendemos que o uso de álcool e outras drogas só pode ser compreendido considerando um sujeito singular e histórico, inserido em uma cultura e submetido a um discurso mercadológico que predomina na sociedade (Costa, 2012).

Cavallari (2015), ao falar sobre a clínica psicanalítica com pessoas que fazem uso de drogas, aponta que não cabe ao praticante de psicanálise impor como regra a abstinência ou repressão ao uso, compreendendo que essa decisão é de cada pessoa. A autora pontua que a proposta proibicionista retira a dimensão relacional, estabelecendo como foco a droga, sendo, portanto, necessário investir em possibilidade de intervenção que sejam mais acolhedoras e menos ameaçadoras. Assim, ao construirmos modos de intervenção clínicos, buscávamos nos guiar pela escuta do desejo e da singularidade do sujeito, não perdendo de vista que o que se apreende do contexto deveria ser pautado, primordialmente, a partir da perspectiva do sujeito.

Em um dos casos acompanhados, algumas reflexões quanto a este tema se fizeram possíveis. Tratava-se de um assistido que vivia em situação de extrema vulnerabilidade e que fazia um uso intenso do álcool, possuía idade avançada e marcas visíveis do uso constante do álcool no decorrer de sua vida. Ainda que no processo de escuta surgissem elementos que apontavam o uso intenso de álcool como causador de consequências que afetavam não só o corpo, mas também as relações do assistido, ele não trazia em seu discurso qualquer demanda por mudar a maneira como se relacionava com o seu uso. Diante da realidade de vulnerabilidade e questões subjetivas que geravam constantes angústias, o uso do álcool representava para esse assistido uma maneira de lidar com a realidade que ele estava disposto e/ou era capaz de sustentar.

12

Nesse cenário, a dupla de extensionistas que o acompanhava se via muitas vezes inquieta. Era necessário refletir e compreender melhor a relação e o papel que o uso do álcool possuía na vida do sujeito escutado. Os momentos de supervisão e discussão clínica foram de crucial importância para que os extensionistas pudessem compartilhar suas inquietações, sendo fundamental para que, ao pensar a relação do assistido com o seu uso, os extensionistas não perpetuassem uma lógica de pensamento manicomial e proibicionista, que encara a relação do assistido com o álcool como possível "fonte de intervenção" para a qual teriam soluções "certeiras".

Tendo em vista a relação de escuta que nos propomos, partindo dos princípios da Psicanálise, da RD e de um fazer antimanicomial e antiproibicionista, que visa à ampliação da autonomia do sujeito, qualquer desejo de alterar a maneira como o assistido lidava com as suas demandas só fazia sentido se partisse do próprio sujeito. O movimento contrário seria uma tentativa de tutelá-lo.

## **O PROBLEMA DA TUTELA E A QUESTÃO DA AUTONOMIA**

Enquanto extensionistas, ao longo do processo de escuta, foram necessárias constantes reflexões para nos mantermos atentos e realizar o devido reconhecimento do que

eram concepções nossas do que seria “melhor” ou “mais organizador” e que pudessem vir a se impor sobre o sujeito escutado.

Em outro caso acompanhado, o sujeito expressava constante angústia por estar sem dinheiro, tendo dificuldade para se alimentar e comprar insumos básicos. Possuía uma dinâmica de, ao receber seu auxílio, utilizar para o uso do álcool e compra de objetos de lazer. Não possuindo mais dinheiro, vendia esses objetos por valores muito menores do que valiam, de forma a conseguir algum dinheiro para beber.

Após diversas queixas trazidas pelo sujeito nos momentos de escuta, a dupla de extensionistas passou a pensar se poderiam construir algum sistema que pudesse auxiliá-lo com a maneira como organizava as suas finanças, de maneira que pudesse utilizar parte do dinheiro para o uso do álcool e parte para manter gastos relacionados às suas necessidades básicas.

Apesar das constantes queixas que surgiam nas escutas, mesmo com a oferta de organização do cotidiano por parte dos extensionistas, ele não demonstrou nenhum interesse ou vontade de alterar a maneira como lidava com o assunto em questão. Por meio dos processos de supervisão, os extensionistas puderam compreender que a demanda de “organizar” o assistido partia dos extensionistas, e não dele próprio. Funcional ou não para a concepção dos extensionistas, a maneira como o assistido lidava com a situação era a que ele podia e/ou escolhia manter. Assim como no caso apresentado no tópico anterior, o sistema adotado cumpria função para o sujeito e qualquer demanda para mudá-lo só faria sentido uma vez que partisse dele próprio.

Pessoas em situação de rua e/ou extrema vulnerabilidade estão submetidas a um cenário de desamparo discursivo, silenciamento e culpabilização, produzido por um maquinário social que responsabiliza esses sujeitos pela miséria e exclusão social, produzida pela própria estrutura de poder (Rosa, 2015). Práticas que se baseiam em uma lógica ainda manicomial, que buscam tutelar os sujeitos assistidos, contribuem para a manutenção desses mecanismos de silenciamento, desconsiderando essas pessoas enquanto sujeitos e tomando-os como objetos de intervenção, desqualificando suas possibilidades e desejos, passando, assim, a utilizar Políticas Públicas como mais uma forma de produção de sofrimento (Jafelice, 2020).

Nesse cenário, parte importante do trabalho proposto pelo NES é buscar a ampliação da autonomia como parte essencial deste processo, evitando qualquer ação tutelar. Sustentamos que o outro é um sujeito histórico e político, capaz de se engajar com a história e a comunidade à qual pertence, por meio dos seus próprios modos de subjetivação (Katz & Broide, 2019).

Ao propormos espaços de escuta singularizada e dispositivos de cuidado, convocamos os sujeitos a narrarem suas próprias histórias, em um processo que aposta na construção de outros laços sociais. Dessa forma, ao oferecermos uma escuta singularizada para sujeitos em

situação de extrema vulnerabilidade, sustentamos que os sujeitos podem e devem se responsabilizar pelas consequências de suas próprias escolhas, sem cair em uma lógica de culpabilização (Campos & Campos, 2006).

Não estou contrapondo, portanto, a obviedade de que a saúde nos faz um apelo, mas nós precisamos considerar que a saúde não é o único modo de andar a vida. Existem outros modos de andar a vida que conduzem a outras coisas e a outras produções. Eu não posso desqualificar os outros modos de andar a vida porque, dessa forma, perco a oportunidade de dialogar com o modo de andar a vida do outro. Se eu desqualifico o sujeito que escolheu outro caminho, se eu julgo esse caminho pernicioso, negativo e ruim, não estabelecerei laços com esse indivíduo, porque ele achará que eu, de antemão, o tomo como desqualificado (Oliveira et al., 2013, p.88).

## O EMPRÉSTIMO DE AUTORIDADE

A violência perpetuada por toda a sociedade para com as pessoas em situação de rua e em situação de extrema vulnerabilidade impele esses sujeitos a um encurtamento nas possibilidades de ser e a uma perda na pertinência social. Tamanha violência entranha-se na subjetividade dessas pessoas e passa a ecoar na própria maneira como elas reconhecem suas capacidades e a si, empurrando-as a um lugar de silêncio (Brait, 2022).

Em decorrência desse cenário de violência subjetiva, em experiências de trabalhos realizados com esse público, é comum que os profissionais encontrem certa resistência por parte desses sujeitos, que possuem receios oriundos das constantes violações de direito às quais estão submetidos (Rocha & Oliveira, 2020).

No entanto, ao adentrarmos os territórios de atuação do *Corra*, e muitas vezes em territórios outros de Salvador, utilizando a mesma camisa do programa que era utilizada por todos os técnicos, diversas vezes éramos reconhecidos por sujeitos assistidos como profissionais do *Corra*. Andando pelos territórios éramos recebidos com sorrisos, cumprimentos e chamados para conversar por pessoas que, ao reconhecerem a logo do *Corra* em nossas camisas, sentiam-se à vontade e confortáveis para interagir.

Isso se dava pois, ao vestirmos esta camisa, fazíamos uso, tomávamos de empréstimo a autoridade do programa, o vínculo estabelecido entre o *Corra* e os assistidos. Assim dizendo, parte dessa vinculação passava a se estender a nós, favorecendo o estabelecimento de uma relação de maior confiança e auxiliando a criação de um vínculo próprio. Em nossa prática, outro papel que muitas vezes desempenhávamos, no fazer de uma clínica peripatética, era o de acompanhar esses sujeitos assistidos a serviços públicos, onde, sem a nossa presença, o acesso lhes era negado.

Podemos observar o empréstimo de autoridade viabilizando o acesso do assistido a algum direito que lhe estava sendo negado em um dos casos acompanhados. Após ir ao encontro de um assistido que se encontrava em uma Comunidade Terapêutica (CT), o extensionista ouviu o seu relato de que estava sendo privado de se alimentar por não ter acordado antes do horário imposto pela CT para o almoço; diante disso, esse sujeito tomou a iniciativa de ir, junto com o extensionista, à cozinha para pedir que lhe deixassem almoçar, tendo seu pedido aceito. Ao finalmente conseguir se alimentar, o assistido relatou que se o extensionista não estivesse ali, ele permaneceria com fome até o horário da próxima refeição, uma vez que também são impedidos de sair da CT. Essa situação também nos faz considerar que esses sujeitos que por nós são escutados têm suas articulações e seus movimentos próprios para lidar com as regras que lhe são impostas, não só nas Comunidades Terapêuticas. O extensionista não fez uma proposta, não emitiu uma única palavra sobre o pedido de ir até a cozinha com ele, mas o sujeito sabia como criar caminhos para alcançar seu objetivo naquele momento: se alimentar. E assim o fez.

Tal empréstimo de autoridade se faz necessário em uma realidade de negação de direitos, quando pessoas em situação de rua e extrema vulnerabilidade enfrentam as mais diversas dificuldades e se veem impedidos de acessar serviços públicos (Pinto, 2019). Submetidas a preconceito e discriminação, mesmo quando conseguem acessar alguns serviços, as pessoas em situação de rua e em extrema vulnerabilidade muitas vezes encontram profissionais despreparados e incapazes de atender suas demandas (Da Silva et al., 2019).

Nesse cenário, indiretamente, uma vez que não era o nosso papel no processo de escuta, realizávamos esse empréstimo de autoridade ao acompanhar os assistidos, como uma espécie de mediadores, possibilitando o acesso a serviços de saúde, documentação, auxílios e outros serviços.

15

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência com pessoas em situação de rua e/ou em extrema vulnerabilidade social nos mostra que, em qualquer circunstância, devemos trabalhar com a ideia de um sujeito-ator de sua própria história. Uma escuta psicanalítica na rua pressupõe remodelagens, ou seja, que sejam estabelecidas novas roupagens e que cálculos clínicos sejam refeitos a todo momento. Dona Ivone Lara, grande escritora do samba, já lembrava de que alguém nos avisou “pra pisar nesse chão devagarinho”. Chão de concreto, esse que pode servir de metáfora para o trabalho com o inconsciente do sujeito, mas também o próprio espaço físico onde se faziam presentes e que permitia a sementeira, fosse nos canteiros centrais, nas fissuras dos viadutos ou nos vasos improvisados que compunham horta, vegetação, quintal. Modos de embelezar, criar, intervir no próprio território. Por vezes, os sujeitos “escolhiam”, optavam por momentos de

distância do processo de cuidado e isso dizia de suas dinâmicas próprias de se haver com a vida e dos limites estabelecidos por eles, os quais sempre respeitávamos. Era também uma maneira de nos fazer direcionar o olhar para as resistências que o trabalho psicanalítico implica.

Nesse percurso, as perguntas se tornaram nossas amigas. Qual era nosso papel ali enquanto extensionistas? Quais os limites daquilo que entendíamos como uma escuta singularizada? Quais as especificidades da nossa tentativa de estabelecer um cuidado em rede? Como estabelecer confiança com sujeitos radicalmente negligenciados pelo Estado?

Em uma das conversas com um assistido, no momento de despedida do campo, questionamos a ele como percebia os últimos seis meses sendo escutado semanalmente e essa foi sua fala: "*É bonito assim... Quando alguém vem, marca presença, faz questão de estar, dialogar. É a esperança de não viver mais jogado por aí*". Acreditamos que o trabalho do NES se mostrou, em última instância, um trabalho de reconhecimento, que operou na lógica inversa à invisibilização desses corpos que ocupam e movimentam a cidade.

## REFERÊNCIAS

Adamy, P. E., & Silva, R. N. Redução de danos e linhas de cuidado: Ferramentas possíveis para o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. In S. D. Torossian, S. Torres & D. B. Kveller (Orgs.), *Descriminalização do Cuidado: Políticas, Cenários e Experiências em Redução de Danos* (pp. 145-158). Rede Multicêntrica.

Aires, S. (2024). Supervisão clínico-institucional e psicanálise: Uma aposta que se faz em ato. In S. Aires e V. Bustamante (Org.), *Supervisão, instituições e formação: fundamentos e invenções* (pp. 175-190). EDUFBA.

Araújo, E. T., & Saad, L. (2019). *Outros caminhos são possíveis: Corra pro abraço: ação pública de redução de riscos e danos para populações vulneráveis*. Comunidade Cidadania e Vida.

Braitt, B. G. (2022). *O impacto da invisibilidade social na subjetividade em pessoas em situação de rua: Um paralelo ao cenário pandêmico* [Trabalho de conclusão de curso, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. <https://sapiencia.pucsp.br/handle/handle/27775>

Brasil (2009). *Decreto Nº7.053, de 23 de dezembro de 2009*. Institui a política nacional para a população em situação de rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm)

Santos, D. S. S., Gomes-Silvestre, P., Santana, L. S., Bittencourt, A. S. C., & Aires. S. (2024). Psicanálise na rua: a construção de um dispositivo clínico. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 4, e024p22.

Brasil (2011). *Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

Broide, E. E., & Broide, J. (2019). A pesquisa psicanalítica e a criação de dispositivos clínicos para a construção de políticas públicas. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 53(3), 201-215.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-641X2019000300013&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2019000300013&lng=pt&tlng=pt)

Broide, J. (1992). A psicoterapia psicanalítica na rua realizada através de grupo operativo: A rua enquanto instituição das populações marginalizadas. *Psicologia: ciência e profissão*, 12(2), 24-33. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931992000200005>

Broide, J., & Broide, E. E. (2020). *A psicanálise em situações sociais críticas: Metodologia clínica e intervenções* (3a ed.). Escuta.

Bulla, L. C., Mendes, J. M. R., & Prates, J. C. (2004). *As múltiplas formas de exclusão social* (Vol. 1). Edipucrs.

Campos, R. T., & Campos, G. D. S. (2006). Co-construção de autonomia: O sujeito em questão. *Tratado de saúde coletiva*, 1, 669-688. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ens-19487>

Carneiro, S. (2011). Pelo direito de ser. In S. Carneiro, *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil* (pp. 198). Selo Negro.

Cavallari, C. (2015). A clínica das toxicomanias. In O. F. R. L. Fernandez, M. M. Andrade & A. N. Filho (Orgs.), *Drogas e políticas públicas: educação saúde coletiva e direitos humanos* (pp. 203-209). EDUFBA.

Cohen, S. C., Bodstein, R., Kligerman, D. C., & Marcondes, W. B. (2007). Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(1), 191–198. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000100022>

Coimbra, C. M. B. (1995). *Guardiões da ordem: Uma viagem pelas práticas psi no Brasil do "Milagre"*. Oficina do Autor.

Santos, D. S. S., Gomes-Silvestre, P., Santana, L. S., Bittencourt, A. S. C., & Aires. S. (2024). Psicanálise na rua: a construção de um dispositivo clínico. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 4, e024p22.

Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. CFP. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>

Costa, A. O. (2012). A luta por direitos: Os caminhos para a implementação de políticas de álcool e outras drogas na Bahia. In: A. N. Filho, E. Macrae, L. A. Tavares, M. Rêgo & M. E. Nuñez (Orgs.), *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais* (pp. 405-426). EDUFBA.

Costa, E. S., & Silva, B. (2023). Racismo e branquitude no divã da clínica racializada. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/As (ABPN)*, 16(esp). <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1679>

Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas do modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Fiocruz. <https://books.scielo.org/id/htjgi/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>

Da Silva, B. M., Da Silva, V. N., & Da Silva, A. E. G. (2019). Dificuldades encontradas pelos moradores de rua no acesso à saúde pública. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 2(Esp. 2), 280-286. <https://www.even3.com.br/anais/iijornadainterligas/388913-dificuldades-encontradas-pelos-moradores-de-rua--no-acesso-a-saude-publica/>

Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? In VV. AA., *Michel Foucault, filósofo*, (pp. 155-163). Gedisa.

Dias, T. B. M., Chaves, W. C., & Neto, F. K. (2017). Psicanálise e Assistência Social: O Sujeito entre a Demanda e o Desejo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 17(1), 238-258. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812017000100014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812017000100014)

Faria, R. M. (2013). A territorialização da Atenção Primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. *Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 9(16), 121–130. <https://doi.org/10.14393/Hygeia919501>

Foucault, M. (2004) O cuidado com a verdade. In M. B. Motta (Ed.), *Ética, sexualidade, política* (pp. 240-251). Forense Universitária.

Freud, S. (2010). Caminhos da terapia psicanalítica (1919). In S. Freud, *História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)*. (pp.

Santos, D. S. S., Gomes-Silvestre, P., Santana, L. S., Bittencourt, A. S. C., & Aires. S. (2024). Psicanálise na rua: a construção de um dispositivo clínico. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 4, e024p22.

279-292, Paulo César de Souza, trad.). Companhia da Letras. (Trabalho original publicado em 1919).

Jafelice, G. T. (2020). “*O que veio primeiro: O sujeito do inconsciente ou o sujeito de direitos?*”: Uma aproximação possível da Psicanálise e das Políticas Públicas [Comunicação Oral]. II Simpósio Biental SBPSP. Fronteiras da Psicanálise: a clínica em movimento, São Paulo. <https://doi.org/10.5151/iisbsbpcsp-39>

Júnior, A. C. R. (2017). *O antiproibicionismo de Salvador/BA: Uma análise de suas características, organização, trajetórias e projetos entre 2013 e 2016*. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Salvador]. <http://104.156.251.59:8080/jspui/handle/123456730/354>.

Katz, I., & Broide, E. E. (2019). *Psicanálise nos espaços públicos*. IP/USP. [http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise\\_espacos\\_publicos.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise_espacos_publicos.pdf)

Lancetti, A. (2006). *Clínica peripatética*. Hucitec.

Lima, M., Coutinho, D., Bustamante, V., Aires, S., & Patiño, R. (2021). *Pensar junto/fazer com: saúde mental na pandemia de covid-19*. EDUFBA.

Marino, A. S. (2020). A psicanálise nas políticas sociais públicas. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 23(2), 2–11. <https://doi.org/10.1590/1809-44142020002002>

Mota, C. (2021). *Ressonâncias da segregação nas trajetórias de acompanhamento de sujeitos que vivem em contexto de rua: Um dispositivo de cuidado territorial a partir de psicanálise* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia]. [https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/cecilia\\_mota.pdf](https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/cecilia_mota.pdf)

Oliveira, M. V., Lancellotti, J., Rodrigues, S., & Tamboril, M. I. B. (2013). População de rua e consumo de drogas: Vulnerabilidades associadas. In Conselho Federal de Psicologia (Eds.), *Drogas, Direitos Humanos e Laço Social* (pp. 84-118). CFP.

Pacheco-Ferreira, F., & Mendes, R. de O. (2022). Quem paga o pathos? Psicanálise e clínica social. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 25(1), 44–51. <https://doi.org/10.1590/1809-44142022001006>

Santos, D. S. S., Gomes-Silvestre, P., Santana, L. S., Bittencourt, A. S. C., & Aires, S. (2024). Psicanálise na rua: a construção de um dispositivo clínico. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 4, e024p22.

Paiva, I. K. S. D., Lira, C. D. G., Justino, J. M. R., Miranda, M. G. D. O., & Saraiva, A. K. D. M. (2016). Direito à saúde da população em situação de rua: Reflexões sobre a problemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), (pp. 2595-2606). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>

Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicologia e Sociedade*, 23(1), (pp. 154-162). <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>

Pinto, R. (2019). A população em situação de rua e o acesso às políticas sociais: limites, possibilidades e desafios. *THEMIS: Revista da Esmec*, 17(2), 225-252. <https://doi.org/10.56256/themis.v17i2.670>

Queiroz, V. S., & Araújo, G. D. (2024). Branquitude, racismo e psicologia clínica: Críticas para a construção de uma clínica antirracista. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, 15(43). <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1616>.

Rocha, F. C., & Oliveira, P. R. S. (2020). Psicologia na rua: Delineando novas identidades a partir do trabalho com a população em situação de rua. *Pesqui. prá. psicossociais*, 15(1), 1-18. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082020000100006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100006&lng=pt&tlng=pt)

Rosa, M. D. (2015). *Psicanálise, política e cultura: A clínica em face da dimensão sócio-política do sofrimento*. [Tese de livre-docência]. Universidade de São Paulo.

Tosta, K. G. (2022). Emancipação subjetiva no contexto de uso de drogas: da psicanálise à redução de danos. *Cadernos de PsicologiaS*, 3. <https://cadernosdepsicologias.crrpr.org.br/emancipacao-subjetiva-no-contexto-de-uso-de-drogas-da-psicanalise-a-reducao-de-danos/>

Weinmann, A. D. O. (2006). Dispositivo: Um solo para a subjetivação. *Psicologia & Sociedade*, 18(3), 16-22. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000300003>

Recebido em: 30/06/2024

Reapresentado em: 26/11/2024

Aprovado em: 03/12/2024

## SOBRE OS AUTORES

**Diandry da Silva Soares dos Santos** é graduando em Psicologia (Universidade Federal da Bahia). Foi extensionista no Núcleo de Escuta Singularizada - NES atuando no Programa Corra pro Abraço; integra a Liga Acadêmica de Redução de Riscos e Danos (LARRD) da UFBA; integra o grupo de pesquisa Hiato: psicanálise, clínica e política; pesquisador bolsista PIBIC/CNPq do plano de trabalho "Clínicas Peripatética e Psicanálise".

**Paula Gomes-Silvestre** é bacharela Interdisciplinar em Humanidades pela Universidade Federal da Bahia (IHAC/UFBA); graduanda em Psicologia (IPS/UFBA); foi extensionista no Núcleo de Escuta Singularizada (NES) atuando no Programa Corra pro Abraço; integra e coordena o Seminário de Introdução à Teoria Psicanalítica (SIPSI); integra o grupo de pesquisa Hiato: psicanálise, clínica e política; pesquisadora bolsista PIBIC/FAPESB do plano de trabalho "Clínicas Públicas em Psicanálise".

**Luan de Sousa Santana** é graduando em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia.

**Alana Silva de Carvalho Bittencourt** é Graduanda em psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Integrou a Liga Acadêmica de Redução de Riscos e Danos (LARRD) da UFBA. Atuou na extensão Núcleo de Escuta Singularizada (NES) atuando no Programa Corra Pro Abraço.

**Suely Aires** é psicóloga, psicanalista, doutora em Filosofia da Psicanálise (Unicamp), Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da UFBA, líder do grupo de pesquisa Hiato: psicanálise, clínica, política (CNPq).