

VANESSA AYRES TIBIRIÇÁ

**PSICANÁLISE ENCONTRADA: O FAZER PSICANALÍTICO NA
CLÍNICA EM SITUAÇÕES DE RISCO SOCIAL**

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2024

VANESSA AYRES TIBIRIÇÁ

**PSICANÁLISE ENCONTRADA: O FAZER PSICANALÍTICO NA
CLÍNICA EM SITUAÇÕES DE RISCO SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia
Linha de Pesquisa: Fundamentos teóricos e filosóficos da Psicologia – Linha I

Orientadora: Profa. Dra. Maria Gláucia Pires Calzavara

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2024

Agradecimentos

Antes de fazer meus agradecimentos, fui ler alguns de outras pesquisas e percebi como é difícil essa escrita. São tantas pessoas a quem eu queria agradecer, por cada amparo e respiro que muitos me proporcionaram para eu conseguir concluir esse sonho. Não farei jus a todos e a tudo que fizeram por mim, mas esse agradecimento é uma tentativa.

À Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), em especial ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI), agradeço pelo apoio e acolhimento durante minha pesquisa, além do espaço de aprendizado que me possibilitou fazer ciência.

Agradeço às professoras e aos professores que fizeram parte da minha formação, desde a graduação até o mestrado, vocês plantaram a semente da pesquisa em mim e só engrandeceram o pensamento crítico necessário para o trabalho. Muito obrigada.

Agradeço muito a disponibilidade dos professores da banca em aceitarem o convite. Ao professor Milton, pela leitura rigorosa e pela prontidão em debater meu trabalho de forma tão respeitosa e construtiva. Suas contribuições foram fundamentais para a revisão do trabalho e seu desenvolvimento. Ao professor Fuad, pelo apoio durante a pesquisa, além das contribuições com meu texto, as trocas provocativas que tivemos durante o mestrado me auxiliaram nas reflexões sobre a pesquisa e em seu direcionamento. As cuidadosas críticas e colaborações de ambos nortearam meu trabalho, evocando ainda mais meu desejo pela pesquisa e cuidado com a academia. Sou extremamente grata a vocês dois.

À minha querida orientadora, Gláucia, por ter abraçado a minha proposta e acolhido tão generosamente minhas questões, dúvidas e inquietações. Obrigada pela leveza com que conduziu esse meu percurso, seu cuidado e respeito com meu trabalho e com minha escrita foram de uma potência gigante. Você me mostrou uma construção acadêmica densa e rigorosa, porém humanizada e com afeto. Obrigada pela compreensão com minha escrita e meu tempo, pela confiança e dedicação que teve na construção dessa pesquisa. Sua orientação e seu suporte nesses dois anos foram indispensáveis para o meu percurso. Agradeço a confiança, me honra ter trilhado esse caminho ao seu lado.

Essa conquista não é nada mais que um reflexo do amor, do carinho e do cuidado de minha família. Mãe e Pai, obrigada pela dedicação, pelo apoio e pelo incentivo em alcançar meus sonhos. Obrigada por me proporcionar uma vida segura, por serem meu porto de afeto e morada. Amo vocês. Murilo, ter você como irmão é um grande privilégio, você é a primeira pessoa em quem eu penso em ligar para contar qualquer coisa, você é o lugar da minha saúde. Uma vez ouvi que um irmão é a chance que a gente tem de guardar grande parte da

vida para sempre em outro coração. Você faz parte de mim de uma forma tão bonita e cuidadosa. Obrigada por ser meu lugar e minha inspiração, te amo hoje e sempre. Também preciso agradecer ao meu cunhado Caio, sem seu apoio e sua parceria comigo e com minha família teria sido muito mais árdua essa jornada, obrigada pelo acolhimento de sempre e pelo respiro que me proporciona em meio ao caos.

Por fim, mas não menos importante, agradeço aos meus amigos. A Camila, a Karen e ao Eduardo, amigos de mais de dez anos que sempre se preocuparam comigo e compartilharam minhas dores e conquistas. Nesse processo, teve uma vez que disse “eu amo porque vocês só são obrigados a passar comigo os meus surtos do mestrado”. Mesmo em áreas completamente diferentes, vocês sempre estavam lá me ouvindo reclamar e/ou exaltar minha pesquisa. Obrigada por serem meus amigos de vida que persistem em estar ao meu lado seja nos surtos de desespero, seja na felicidade. Ao Lucas, Alexandre, Douglas, Silas e Igor, obrigada por me tirarem de casa e me trazerem respiro em vários momentos que precisava. Ao Chico, agradeço por me aguentar toda semana na sua casa falando da pesquisa com uma brejinha acompanhando sempre, obrigada por ter sido meu alívio no dia a dia. A Nayara, obrigada por me ajudar a ser menos dura comigo mesma, por me acolher e compreender minha ausência em alguns momentos. Sua amizade sempre me aparece cheia de ensinamentos e afeto. A Bianca, agradeço por sempre estar lá quando eu grito, seja me ouvindo chorar, seja compartilhando o trabalho árduo na saúde mental, desde o estágio até a rede pública como profissionais formadas. Amo nossa parceria e cumplicidade. A Fátima, agradeço por me acolher sempre com um abraço quente e por compartilhar comigo as nuances dos desafios que a rua impõe. Seja no trabalho com o coletivo, seja na sua amizade, você é aconchego e conforto. A Helena, agradeço por ser sempre minha companheira de estudo e pesquisa. Além de me acolher na escrita, você me acolhe no ser. Obrigada pela parceria constante na pesquisa e na vida, tenho muita sorte em poder dividir com você minhas reflexões e angústias. A Eduarda que mesmo de longe se faz presente em todos os aspectos da minha vida. Obrigada por sempre me ouvir e me acolher de uma maneira tão bonita e singular. Mesmo a distância, você é presente e presença constante em mim. A todos os outros amigos, que por sorte são muitos para nomear, obrigada pelo suporte fundamental de vocês. Todos vocês contribuíram para a concretização desta pesquisa. Como diz Maria Bethânia, “agradecer os amigos que fiz e que mantêm a coragem de gostar de mim. Apesar de mim”. Enfim, obrigada a todos que contribuíram de alguma forma para minha formação e para este trabalho. Se cheguei até aqui foi porque tive a sorte de encontrá-los no caminho.

Quando tomei posse da vontade de escrever, vi-me de repente num vácuo. E nesse vácuo não havia quem pudesse me ajudar. Eu tinha que eu mesma me erguer de um nada, tinha eu mesma que me entender, eu mesma inventar por assim dizer a minha verdade. (. . .) Uma coisa eu já adivinhava: era preciso tentar escrever sempre, não esperar um momento melhor porque este simplesmente não vinha. Escrever sempre me foi difícil, embora tivesse partido do que se chama vocação. Vocação é diferente de talento. Pode-se ter vocação e não ter talento, isto é, pode-se ser chamado e não saber como ir.

—Clarice Lispector, *Escrever: A Descoberta do Mundo*

Resumo

Esta pesquisa busca entender como se dá a escuta dos sujeitos em situação de rua, considerando a transferência, o sintoma e o laço social na clínica psicanalítica e no fazer psicanalítico na rua. Assim, partimos das seguintes questões: como se dá o estabelecimento da transferência e do laço social nos atendimentos que envolvem pessoas em situação de risco? E ainda: quais são as especificidades do fazer psicanalítico, em situações de risco social, que permitiriam a efetividade de sua prática? O objetivo, desse modo, é analisar como a clínica pode ser realizada com sujeitos em situação de rua dentro das especificidades desse contexto. A pesquisa utiliza o método bibliográfico, baseado na investigação teórica de literatura, focalizando em textos psicanalíticos e sociológicos que versam sobre o fazer psicanalítico e o social. Além disso, alguns fragmentos de memória da escuta de sujeitos em situação de rua compõem esta pesquisa, servindo de ferramenta para elucidar momentos de escuta pontuais. Diante dessa proposta, avançamos pelo campo da clínica psicanalítica e pelo modo como ela acontece em situação de rua, considerando que a abordagem abarca o que se inscreve na transferência e no laço social em psicanálise. Dessarte, com base no problema de pesquisa, constatamos que a clínica com sujeitos em risco social de situação de rua se organiza como uma Clínica Encontrada, trata-se de um encontro do momento, do sujeito, e, por isso, ela consolida-se inventivamente.

Palavras-chave: psicanálise, transferência, laço social, clínica, situação de rua

Abstract

This research seeks to understand how listening to homeless people takes place, considering transference, the symptom and the social bond in the psychoanalytic clinic and in psychoanalytic practice on the streets. Thus, we started with the following questions: how is the transference and the social bond established in care involving people at risk? And also: what are the specificities of psychoanalytic practice in situations of social risk that would allow it to be effective? The aim, thereby, is to analyze how the clinic can be carried out with homeless people within the specificities of this context. The research uses the bibliographic method, based on a theoretical investigation of the literature, focusing on psychoanalytic and sociological texts that deal with psychoanalytic and social practice. In addition, some fragments of memory of listening to homeless people make up this research, serving as a tool to elucidate specific moments of listening. With this proposal in mind, we move forward in the field of psychoanalytic practice and the way it happens in street situations, considering that the approach encompasses what is inscribed in the transference and the social bond in psychoanalysis. Therefore, based on the research problem, we found that the clinic with subjects at social risk in street situations is organized as an Encountered Clinic, it is an encounter of the moment, of the subject, and that is why it is inventively consolidated.

Keywords: psychoanalysis, transference, social bond, clinic, street situation

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Estrutura da Metáfora</i>	22
Figura 2 <i>Esquema da Análise</i>	82
Figura 3 <i>Matema</i>	88
Figura 4 <i>Lugares fixos</i>	92
Figura 5 <i>Impossibilidade e Impotência</i>	93
Figura 6 <i>O Discurso do Mestre</i>	93
Figura 7 <i>O Discurso da Histérica</i>	95
Figura 8 <i>O Discurso do Universitário</i>	96
Figura 9 <i>O Discurso do Analista</i>	97
Figura 10 <i>Discurso do Capitalista</i>	100

Lista de Abreviaturas e Siglas

ADH	Atlas do Desenvolvimento Humano Municipal
AIDS	síndrome da imunodeficiência adquirida
CadÚnico	Cadastro Único
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas
CDVHS	Centro de Defesa da Vida Herbert de Souza
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CnR	Consultórios na Rua
CR	Consultórios de Rua
DA	Discurso do Analista
DC	Discurso Capitalista
DH	Discurso da Histórica
DM	Discurso do Mestre
DU	Discurso do Universitário
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
LGBTQIAPN+	lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexuais, assexuais, pansexuais
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
ONG	Organização Não Governamental
PIA	Plano Individual de Atendimento
Pop Rua	Projeto com população em situação de rua
PNTC	Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua
PSR	População em situação de rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

RD	Redução de danos
S1, S2, ... Sn	Saber Inconsciente
S	Sujeito Analisante
s	sujeito resultante
SAGI	Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
Sq	Significante Qualquer
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SPA	substâncias psicoativas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SsS	sujeito suposto saber
UDH	Unidades de Desenvolvimento Humano

Sumário

Introdução	11
1 População em Situação de Rua: Uma Compreensão Política e Social	16
2 Sintoma: Da Metáfora ao Gozo	21
<i>2.1 A Matriz Marxista do Sintoma</i>	24
<i>2.2 Sintoma Social: Mais Ainda do Proletário</i>	28
3 Segrega-ação: Segregar, um Verbo	31
<i>3.1 O Princípio da Segregação: A Causa da Fraternidade</i>	31
<i>3.2 O Efeito da Segregação: A Universalização Segregativa</i>	32
<i>3.3 A Prática Segregativa: Consequência do Real pelo Simbólico</i>	34
<i>3.4 Vidas Precárias: Deliberação Segregativa do Biopoder</i>	37
4 Vulnerabilidade ou Risco Social?	45
5 Clínica: uma Construção Histórica	52
<i>5.1 A Clínica Psicanalítica</i>	54
<i>5.2 Clínica Psicanalítica e Campo Social</i>	61
<i>5.2.1 Psicanálise Extramuros</i>	66
<i>5.2.2 Psicanálise Implicada</i>	68
<i>5.2.3 Psicanálise a Céu Aberto</i>	70
<i>5.2.4 As Práticas Públicas de Psicanálise</i>	73
6 A Transferência em Psicanálise	77
<i>6.1 A Transferência em Freud e a Demanda de Amor</i>	77
<i>6.2 A Transferência em Lacan e a Suposição do Saber</i>	82
<i>6.3 O Manejo da Transferência em Contexto de Risco Social</i>	87
7 Discursos: É (Feitos) no Laço Social	91
<i>7.1 Discurso do Mestre: A Impossibilidade de Governar</i>	93
<i>7.2 Discurso da Histórica: A Impossibilidade de Fazer Desejar</i>	95
<i>7.3 Discurso do Universitário: A Impossibilidade de Educar</i>	96
<i>7.4 Discurso do Analista: A Impossibilidade de Analisar</i>	97
<i>7.5 Discurso Capitalista: O Desenlace Social</i>	99
8 A Escuta na Clínica em Situação de Risco Social: Fragmentos de Memória	104
Considerações Finais	115
Referências	121

Introdução

Neste mundo não existe estabilidade. Quem será capaz de exprimir o significado das coisas? Quem pode prever o voo que uma palavra descreve depois de dita? É um balão que plana sobre as árvores. E o esforço de conhecer é sempre inútil. Tudo é experiência e aventura. Constantemente formamos novas combinações de elementos desconhecidos. O que está por vir?

—Virginia Woolf, *As Ondas*

O interesse pela temática da pesquisa surgiu na graduação, a partir de 2018, durante o estágio curricular em Consultórios na Rua (CnR), feito em uma cidade no interior de Minas Gerais. Quando iniciei minha atuação profissional na rede de saúde pública, o trabalho recorrente com população em situação de rua atualizou meu interesse, de modo que encetei o trabalho voluntário de atendimento psicológico no Coletivo Mãe Preta, voltado à alimentação de pessoas em situação de rua em Divinópolis. Além disso, com alguns profissionais da rede pública de saúde, fundei o Projeto Pop Rua na cidade na qual trabalhei. Durante os trabalhos, foi perceptível a falta de humanização da população em situação de rua, e notável o desprezo e a violência para com essas pessoas, tanto de forma econômica, social e política quanto emocional e ideológica.

Por essa experiência, acentuou-se o incômodo do não lugar dessa população, principalmente na academia. Durante a graduação, afloravam discursos referentes à atuação psicanalítica restrita ao *setting* analítico na clínica individual de consultório particular, mas e na clínica pública? E a psicanálise na rua? A partir dessas indagações, tive contato com autores psicanalistas que trabalham com a temática e resolvi me colocar como mais uma interessada na discussão. Em vista disso, outras questões se apresentaram na reflexão sobre o contexto de uma psicanálise realizada na rua.

No *Seminário 17*, Lacan (1969-1970/1992) propõe pensar a experiência analítica como uma experiência de discurso, afirmando que é o discurso que faz laço, laço social, uma vez que os laços são tecidos e estruturados pela linguagem. Nesse seminário, Lacan, por meio dos quatro discursos, apresenta importantes implicações clínicas e destaca a transferência no vínculo entre analista e analisante como o motor do tratamento. Considerando os sujeitos em situação de rua, as questões que motivam essa pesquisa são: como podemos pensar no manejo da transferência na clínica com pessoas em situação de rua? E como se dá a posição do sujeito no discurso a partir dela?

Dessa forma, surge o desejo de trabalhar o fazer psicanalítico em situações de risco social, especialmente na rua. Contudo, sabemos que todo conhecimento de mundo é localizado a partir do lugar e do sujeito que o concebe, assim, após a escolha dessa temática, outro incômodo se apresentou. No que concerne ao lugar da psicanálise na vida das pessoas, propomos pensar essa prática sem colocá-la como salvacionista, tentando, em uma posição autocrítica, questionar nossos lugares, refletindo sempre sobre nosso papel dentro dos mecanismos de opressão, avaliando a cada instante para que a posição de onde estamos falando não contribua para a continuidade e o fortalecimento das opressões.

É relevante pensarmos que em uma sociedade como a nossa, estabelecida no neoliberalismo, na qual “o discurso social atual e ocidental visa impor-se como um discurso hegemônico” (Rosa, 2018, p. 23), presenciamos mal-estares relacionados a situações sociais de risco e, conseqüentemente, à segregação. Essa segregação enquanto prática, e não enquanto processo estrutural do sujeito, aparece “como consequência do remanejamento dos grupos sociais pela ciência, e, nominalmente, da universalização que ela ali introduz” (Lacan, 1967/2003h, p. 263) e pode ser pensada e discutida como uma questão tanto clínica quanto social, na medida em que os sujeitos segregados são empregados como problemáticos, “seja por não se adequarem à lógica das normas do sistema, seja por se recusarem a tomar parte do jogo social implicado pela pertença à sociedade enquanto indivíduo” (Fontenele et al., 2018, p. 499). Logo, uma melhor elucidação dos conceitos de discriminação e segregação se faz necessária e será abarcada no desenvolvimento do trabalho.

Isso posto, com base em textos teóricos referentes à transferência, ao sintoma e ao laço social na clínica psicanalítica, buscamos um entendimento de como se dá o posicionamento do sujeito no discurso e, conseqüentemente, de como se dá a escuta dos sujeitos em situação de rua. Escuta essa que perpassa e que considera as vulnerabilidades, sem se restringir a elas. Nosso objetivo é pensar como essa clínica pode ser realizada com esses sujeitos dentro das especificidades desse contexto. Dessa forma, a investigação se propõe a questionar: como se dá o estabelecimento da transferência e do laço social nos atendimentos que envolvem pessoas em situação de risco? E ainda: quais são as especificidades do fazer psicanalítico, em situações de risco social, que permitiriam a efetividade de sua prática?

Com a delimitação do nosso problema de pesquisa, considerando os pontos expostos, utilizamos como método a pesquisa teórica em psicanálise, que se associa à revisão

bibliográfica, baseando-a na investigação teórica de literatura, focalizando em textos psicanalíticos e sociológicos que versam sobre o fazer psicanalítico e o social. Utilizamos também fragmentos de memória da pesquisadora, a fim de elucidar momentos de escutas pontuais referentes à clínica com população em situação de rua.

Freud (1919[1918]/2019d), no texto “Caminhos da Terapia Psicanalítica”, quando descreve o que deve ser aprendido pelo estudante na universidade, destaca que deve ser suficiente que “ele aprenda algo *sobre* a psicanálise e aprenda algo *a partir* da psicanálise” (p. 220). Buscando elucidar melhor esses conceitos, Calzavara et al. (2019) nos apresentam que as pesquisas *sobre* psicanálise retratam questões referentes aos “conceitos fundamentais da psicanálise e sua articulação com outros campos do saber com o objetivo de elucidá-los segundo as concepções psicanalíticas” (p. 58). Por outro lado, quando falamos de “pesquisa *a partir* da psicanálise seria propriamente a pesquisa *em* psicanálise que pode ser realizada a partir do material clínico e do método psicanalítico” (Calzavara et al., 2019, p. 58).

Em se tratando da pesquisa firmada na psicanálise, Eizirik (2006) estabelece duas formas: a pesquisa psicanalítica e a pesquisa em psicanálise. A primeira ocorre com a execução do método psicanalítico durante o processo analítico, já a segunda “usa conceitos psicanalíticos e os diferentes métodos de investigação para testá-los ou aplicá-los em outros cenários clínicos ou teóricos” (p. 171). É nessa última que a presente investigação se dispõe, visto que objetiva recorrer a conceitos psicanalíticos para debater a questão da prática analítica, especialmente o contexto transferencial e o laço social em situações sociais de vulnerabilidade.

Couto (2010) defende que há ao menos quatro modalidades de pesquisa em psicanálise, sendo elas: “(1) o método comportamental, (2) a pesquisa teórica em psicanálise, (3) a construção do caso clínico e (4) a escrita da psicanálise de um passante, apresentada aos passadores e à comunidade psicanalítica sob a forma de relato do passe” (p. 67). É na segunda modalidade que o presente trabalho se apoia. No texto “Quatro Modalidades de Pesquisa em Psicanálise”, o autor diz da elaboração de Luiz Alfredo Garcia-Roza a respeito da pesquisa teórica em psicanálise como um método que se caracteriza pela excelência da investigação teórica, em que a análise crítica da teoria permite a verificação da sua lógica interna, da coesão estrutural dos seus conceitos e das condições para a sua implementação. Por isso, Couto defende que esse método pode, por meio da discussão dos conceitos já preestabelecidos, definir novos temas e novas questões e, assim, melhorar os fundamentos

teóricos da psicanálise, ou seja, a pesquisa teórica em psicanálise se preocupa com o sentido de conceitos-base a fim de articulá-los em uma futura produção.

Contudo, é importante salientar que uma pesquisa teórica em psicanálise se faz por meio de uma relação transferencial do pesquisador com o tema de pesquisa e seu problema, essa relação não pode ser desprezada. Moreira et al. (2018) expõem que é pela transferência que “o trabalho do pesquisador se aproxima do trabalho do analisante ao supor no Outro um saber que pode auxiliá-lo a bordejar o enigma que lhe afronta” (p. 129).

Dessa forma, não podemos descartar que a pesquisa bibliográfica do trabalho foi feita em relação transferencial, a qual, como coloca Marconi e Lakatos (2003), acontece por uma investigação teórica que abarca produções bibliográficas prévias sobre o assunto pesquisado e possibilita a seleção das informações e dos conhecimentos já trabalhados por pesquisadores da área. A finalidade de tal pesquisa é proporcionar ao pesquisador um diálogo direto com produções primeiras sobre o assunto, permitindo-lhe examinar o tema por meio de outras perspectivas e atingir, porventura, resultados inovadores. Assim, a pesquisa teórica em psicanálise feita em consonância com fragmentos de memória se dá a partir do fenômeno transferencial, sendo os fragmentos recordações da escuta qualificada feita pela pesquisadora com pessoas em situação de rua.

Neste ponto, é importante entendermos que a pesquisa em psicanálise não se separa da clínica. Freud (1923[1922]/1996b) define a psicanálise como um método de investigação, uma teoria metapsicológica e uma forma de tratamento. Para ele, a psicanálise se estabelece em três dimensões: na dimensão clínica, como um método de tratamento; na dimensão teórica, enquanto teoria que permite alcançar modos de funcionamento psíquicos; e na dimensão de pesquisa, como método investigativo que surge da associação entre clínica e teoria. Notamos, assim, que a pesquisa em psicanálise corrobora com o progresso de sua prática e teoria e que ambas se fazem presentes na psicanálise enquanto *práxis* (Freud, 1923[1922]/1996b). Para Lacan, *práxis* “é um termo mais amplo para designar uma ação realizada pelo homem, qualquer que ela seja, que o põe em condição de tratar o real pelo simbólico” (Lacan, 1964/2008a, p. 14), ou seja, o real irá aparecer a partir do simbólico, não como algo escondido nele.

Assim, para esta investigação, no que concerne ao fazer psicanalítico em um contexto de risco social, iniciamos o primeiro capítulo marcando uma compreensão histórica e social da população em situação de rua. Com base em tal compreensão, no segundo capítulo, buscamos conceituar a noção de sintoma e sintoma social e sua relação com a população em

situação de rua. Por meio dessa relação, no terceiro capítulo, passamos pela noção de segregação em psicanálise e pelo exercício de práticas segregativas em nossa sociedade. A partir disso, no quarto capítulo, pretendemos elucidar a diferença entre vulnerabilidade e risco social. Com base em tal distinção, no quinto capítulo, versamos sobre a definição e o percurso histórico da clínica e da clínica psicanalítica, para pensarmos em uma clínica que leve em consideração os riscos sociais. Outro ponto importante é a reflexão sobre essa clínica no contexto de rua, em como ela é elaborada para esses sujeitos. No sexto capítulo, trabalhamos a transferência psicanalítica, sua elaboração tanto por Freud quanto por Lacan e, conseqüentemente, o seu manejo, pensando principalmente na clínica com população em situação de rua. Após tais elucidações, trabalhamos, no sétimo capítulo, a noção de discurso e laço social, perpassando pelos quatro discursos elaborados por Lacan, além do Discurso Capitalista. Por fim, é por meio dessa relação dos discursos que entramos no último capítulo, relatando fragmentos de memória da autora sobre a escuta na clínica em situação de risco social.

Portanto, a investigação teórica de literatura que se pretende apresentar no desenvolvimento da pesquisa segue a lógica da pesquisa em psicanálise e busca entender os conceitos necessários à compreensão da questão problema. Além disso, pretende analisar, por meio da teoria, a elaboração da prática psicanalítica em situações, muitas vezes, distantes de sua *práxis*, contribuindo, desse modo, para o seu desenvolvimento e para o avanço clínico e teórico da psicanálise; pontos nos quais percebemos tanto uma relevância acadêmica quanto profissional da pesquisa. Enquanto relevância social, notamos a importância da elaboração de um trabalho que contribua para ampliar tanto o questionamento das condições sociais de nosso país quanto a reflexão da *práxis* psicanalítica dentro de condições diversas.

1 População em Situação de Rua: Uma Compreensão Política e Social

Não somos lixo.
 Não somos lixo e nem bicho.
 Somos humanos.
 Se na rua estamos é porque nos desencontramos.
 Não somos bicho e nem lixo.
 Nós somos anjos, não somos o mal.
 Nós somos arcanjos no juízo final.
 Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos.
 Ouvimos o silêncio cortante dos que afirmam serem santos.
 Não somos lixo.
 Será que temos alegria? Às vezes sim...
 Temos com certeza o pranto, a embriaguez,
 A lucidez dos sonhos da filosofia.
 Não somos profanos, somos humanos.
 Somos filósofos que escrevem
 Suas memórias nos universos diversos urbanos.
 A selva capitalista joga seus chacais sobre nós.
 Não somos bicho nem lixo, temos voz.
 Por dentro da caótica selva, somos vistos como fantasmas.
 Existem aqueles que se assustam.
 Não somos mortos, estamos vivos.
 Andamos em labirintos.
 Depende de nossos instintos.
 Somos humanos nas ruas, não somos lixo.

—Carlos Eduardo – Cadu, *Não Somos Lixo*

O processo de segregação social e o crescente individualismo, decorrentes da lógica capitalista, fazem com que as pessoas se distanciem umas das outras. Conforme crescem, as cidades se tornam cada vez mais divididas, e, nesse cenário, há justamente uma grande incidência de população em situação de rua (PSR), condição que se expandiu nos últimos anos.

Em setembro de 2012, os dados mostram que havia 92.515 pessoas em situação de rua, já em 2022, esse número cresceu para 281.472; sendo assim, percebemos um aumento de 211% dessa população em apenas 10 anos. Nota-se uma grande predominância dessa população na região Sudeste do país. Os dados apontam que 46.702 pessoas em situação de rua no país, ou seja, aproximadamente 51,6%, encontram-se nessa região. Há também uma predominância dessa população em grandes municípios (37,05% do total) e em várias metrópoles no Brasil (36,44% do total) (Natalino, 2022).

No entanto, políticas públicas para o amparo a essa população entraram em vigor desde outubro de 2004, com a Resolução CNAS nº 145, que aprova a Política Nacional de Assistência Social e garante o atendimento da PSR nos serviços de assistência social (Brasil, 2004). Algo que só veio a acontecer após décadas de luta social dessa população, “contrariando a crença desenvolvida pelas práticas caritativas e assistencialistas de que este segmento da população não teria força de mobilização para buscar politicamente transformações individuais e coletivas” (Brasil, 2011b, p. 14). Graças a essas lutas, o Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua surge, e, com ele, abrem-se caminhos que possibilitam a organização de seminários e congressos nacionais, além da Primeira Marcha do Povo da Rua de 2001, ocorrida em Brasília (DF). Em razão dessa visibilidade e da luta frequente da PSR, entra em vigor a Resolução de 2004, gerando, em 2005, por meio da Secretaria Nacional de Assistência Social, o Primeiro Encontro Nacional de População em Situação de Rua, que resultou na Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005 (Brasil, 2011b). Essa lei altera outra anterior que rege a organização da assistência social, acrescentando “o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua” (Brasil, 2005, p. 1).

Após a lei, novas ações foram sendo realizadas. A seguir, mencionamos algumas. Criação do Decreto de 25 de outubro de 2006, que instituiu o grupo de trabalho interministerial (GTI) coordenado pelo ministério do desenvolvimento social, “com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua” (Brasil, 2006, p. 1). Sanção da Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, que “aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais” (Brasil, 2009c, p. 1), estabelecendo os preceitos para a constituição de centros de referência especializados para a PSR. Em dezembro do mesmo ano, houve aprovação do Decreto nº 7.053, que “institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências” (Brasil, 2009a, p. 1), com a finalidade de orientar a construção de políticas para a PSR em todo o país. Um dia depois da publicação do Decreto, houve a determinação da Portaria nº 3.305, que “institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua” (Brasil, 2009b, p. 1). Assim, em 2010, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) orienta a inclusão da PSR no Cadastro Único (CadÚnico) dos Programas Sociais do Governo Federal através da Instrução Operacional Conjunta Senarc/SNAS/MDS nº 7, de 22 de novembro de 2010, o que viabiliza

o acesso dessa população aos serviços, aos programas e aos benefícios socioassistenciais (Brasil, 2011b).

No ano de 2011, houve a criação da Portaria nº 122, de 25 de janeiro, que “define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua” (Brasil, 2011c, p. 1). Os Consultórios na Rua têm como finalidade ampliar o acesso da PSR aos serviços de saúde. Também foi instituída a Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011, que altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da assistência social (Brasil, 2011a). A partir dessa lei, houve a criação de programas de amparo direcionados à PSR. Já neste ano, no dia 16 de janeiro de 2024, o governo federal sancionou a Lei nº 14.821, que, através da Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC Pop Rua), visa promover “os direitos humanos de pessoas em situação de rua ao trabalho, à renda, à qualificação profissional e à elevação da escolaridade” (Brasil, 2024, p. 1), o que demonstra um interesse em legitimar e ampliar a atuação dos Ministérios Públicos na garantia dos direitos fundamentais da PSR.

Falar então de uma clínica psicanalítica com PSR é falar da condição humana dessa população, é colocar esses sujeitos à vista. Contudo, para tal, precisa-se, em um primeiro momento, buscar um melhor entendimento sobre essa população, a especificidade da história desses sujeitos e o modo como a noção de vulnerabilidade social os atravessa. Para isso, conceituar a condição de vulnerabilidade social nas ciências sociais, na psicologia e na psicanálise se faz necessário.

Para tanto, essa pesquisa utilizará o termo PSR, isso quer dizer que nomeações como mendigo e morador de rua, que denotam posições pejorativas e permanentes, nesse contexto que iremos pesquisar, não se apresentam. Reiteramos que falar de pessoas é falar de sujeitos, de pluralidades, de subjetividades; falar de situação é falar de um momento, de algo transitório. A pessoa em situação de rua é um sujeito com sua história, suas dificuldades e particularidades que se encontra em posição de estar na rua, seja pelo motivo que for.

Podemos identificar algumas dessas particularidades em pesquisas realizadas com essa população. A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada entre 2007 e 2008 pela Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI) e pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), abarcou 71 cidades brasileiras e focou sua amostragem em sujeitos maiores de 18 anos que se encontravam nessa situação, totalizando 45.837 pessoas entrevistadas. O resultado indicou que a maioria delas tem entre 25 e 44 anos (53%), tendo uma predominância de homens (82%) e negros ou pardos (67%), a maioria

exercia atividade remunerada (70,9%) e não recebia qualquer benefício do governo (88,5%). A pesquisa também mostrou que 95% dessa população não estudava e 63,5% não havia concluído o primeiro grau (Meta, 2015).

Outros dois estudos mais recentes e relevantes referem-se às metrópoles de Belo Horizonte e São Paulo. Em Belo Horizonte, as análises sobre a aplicação do CadÚnico para programas sociais do governo federal com a PSR nos mostram que, em junho de 2021, cerca de 44,79% dessa população respondeu que não tinha contato com algum parente, e a maioria tinha ensino fundamental incompleto (52,22%). Em agosto de 2021, o cadastro mostra que a maioria dessa população era do sexo masculino (89,57%), pretos/pardos (83,50%), tinha entre 18 e 59 anos (91,37%), sendo 38 crianças e adolescentes. Com relação à renda, 92,51% dessa população vivia em extrema pobreza, tendo apenas 5,3% declarado renda superior a meio salário mínimo. Outro dado importante trazido no cadastro diz respeito ao recebimento do benefício do Bolsa Família. Em julho de 2021, 77,41% da PSR de Belo Horizonte recebia o benefício, mas, em agosto do mesmo ano, nenhuma das pessoas nessa situação recebia mais o benefício (Dias et al., 2021).

Assim como em Belo Horizonte, os números colhidos da PSR da cidade de São Paulo em 2021 nos mostram que a maioria também é composta de pessoas do sexo masculino (83,4%), pretos/pardos (70,8%), com faixa etária média de 41,92 anos. Além desses dados, a pesquisa em São Paulo exhibe que 97% das pessoas em situação de rua são cisgênero, 1,1% são transgêneros e 1,9% têm outros tipos de identidade de gênero (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2021). Em outra coleta também de 2021 feita na mesma cidade, os dados mostram que 73,8% da PSR já teve trabalho registrado em carteira, 92,9% sabia ler e 93,5% frequentou a escola; 71,4% das pessoas viviam sozinhas na época e, assim como em Belo Horizonte, mais de 40% não tinham contato com a família (41,4%). Um dado complementar dessa coleta mostra que 85,8% da PSR já esteve internada em pelo menos uma instituição, como, por exemplo, em clínica de recuperação por dependência (34,5%) (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2022).

Dessa forma, a despeito das políticas públicas que se referem à PSR, citadas anteriormente, e das demais resoluções que instituíram grupos de trabalhos com o objetivo de pensar propostas de inclusão social dessa população, bem como das portarias que asseguram direitos e estabelecem centros de referência para o atendimento dessa população, o que se pode observar é que, ao andar pelas ruas, inevitavelmente nos deparamos com uma população ainda em situação de rua.

O sintoma se inscreve por meio de uma narrativa, ele surge como expressão de uma satisfação não aceita pelo sujeito, que diz respeito às relações deste com sua história (Dunker, 2011b). É algo criado pelo sujeito a fim de dar um destino ao que ele não consegue dizer de outra forma. Já Žižek (1996) expõe, de forma sucinta, que o sintoma social se mostra como uma negação interna à universalidade do coletivo, algo que aparece do próprio social, mas como um desequilíbrio que irá expor a incoerência da universalidade.

Essa incoerência evidenciada pelo sintoma emerge enquanto real da estrutura social, assim, muitos, para não lidar com a realidade desse sintoma social, acabam ignorando essas pessoas e, desse modo, invisibilizando-as. As ruas se tornam lugar de passagem quase sempre apressada, as pessoas se ignoram mutuamente, negligenciando as necessidades umas das outras. Os sujeitos que estão em situação de rua vão aos poucos desaparecendo, sendo lembrados apenas quando geram um incômodo à comunidade e ao conforto dos outros que passam por eles. Numa sociedade individualista como a nossa, nos diz Figueira (1981), “a ênfase se concentra nos atributos, exigências e bem-estar de cada ser humano individual, não importando sua posição na sociedade” (p. 60).

Logo, esses sujeitos na rua, além da violência expressa pela força física e pela detenção de poder explanados por autoridades públicas como, por exemplo, a força policial, acabam também vivenciando a violência expressa pela via simbólica da invisibilidade, da indiferença, da exclusão, da humilhação, entre outras formas (Broide & Estivalet Broide, 2020; Rosa, 2018). O fato é que essas pessoas, como nos diz Rosa (2018), vivem em “situações limítrofes entre a condição humana e a desumanização” (p. 11). Mattos e Ferreira (2004) nos mostram que as representações sociais construídas a respeito das pessoas em situação de rua reforçam a ideia de subjetividades vinculadas a preceitos negativos, o que prejudica a manifestação de subjetividades autônomas. Dessa forma, faz-se necessário discutirmos mais a fundo o conceito de sintoma social e, por meio dele, questionarmos: qual verdade esse sintoma social esconde? Nós não olhamos para as pessoas em situação de rua para não ver o quê?

2 Sintoma: Da Metáfora ao Gozo

Não sou assediado pela consciência, mas sim pela consciência do ser.

—Fernando Pessoa, *Aforismos e Afins*

Diferentemente de outros campos do conhecimento, o sintoma para a psicanálise não diz de uma doença, mas sim de um sujeito. Em Freud, o sintoma é uma formação do inconsciente, que se constitui visando à realização de um desejo recalçado, é uma formação do inconsciente singular que oculta a verdade e indica uma satisfação pulsional. No texto sobre o recalque, de 1915, o psicanalista formula o recalque como um mecanismo pelo qual se mantêm ou se desviam do inconsciente representações associadas a uma pulsão. A ação proveniente do recalque surge quando a satisfação pulsional ameaça provocar algum desprazer ao consciente e, conseqüentemente, um desequilíbrio no funcionamento do aparelho psíquico. É relevante destacar que há, por parte do inconsciente, uma exigência pulsional contínua e que o mecanismo do recalque tem como finalidade firmar um acordo de satisfação entre fatores culturais e exigências pulsionais, aparecendo como um intermediário nesse acordo, a fim de satisfazer de modo parcial a exigência pulsional. Essa satisfação parcial pode se manifestar por meio do que Freud nomeou como formações do inconsciente, tais como os sonhos, os chistes, os atos falhos e o sintoma. Essas formações são resultado da ação do recalque, ou seja, já sofreram o tratamento do recalque como condição para adentrar na consciência. Contudo, quando há uma falha no processo de recalque, poderá ocorrer uma invasão de representantes pulsionais na consciência, os quais, sem o tratamento adequado, causam desprazer a ela (Freud, 1915/1996d). Ainda, no texto “Os Caminhos da Formação dos Sintomas”, ele reitera o seguinte.

As duas forças que entram em luta encontram-se novamente no sintoma e se reconciliam, por assim dizer, através do acordo representado pelo sintoma formado. É por essa razão, também, que o sintoma é tão resistente: é apoiado por ambas as partes em luta. Também sabemos que um dos componentes do conflito é a libido insatisfeita, que foi repelida pela realidade e agora deve procurar outras vias para satisfazer-se. (. . .) Assim, o sintoma emerge como um derivado múltiplas-vezes-distorcido da realização de desejo libidinal inconsciente, uma peça de ambigüidade engenhosamente escolhida, com dois significados em completa contradição mútua. (Freud, 1916-1917/1996c, pp. 361–363)

Dessa forma, para Freud, o sintoma diz de um efeito do retorno do recalçado enquanto uma formação substitutiva que visa ao equilíbrio psíquico. Assim, na clínica de Freud, busca-se o sentido do sintoma, trata-se do que ficou, e não do que passou. O sintoma

em Freud tem o valor de mensagem do inconsciente cujo conteúdo, por estar sob a ação do recalque, traz uma mensagem desconhecida, representando o sintoma como a busca de um saber sobre o não sabido, por isso necessita ser interpretado.

É no conceito de Freud que Lacan, nos seus primeiros trabalhos, fundamenta-se. A princípio, Lacan se envolve com as ideias psicanalíticas tradicionais e com a linguística estrutural, o que influenciou sua compreensão da linguagem e do modo como ela interfere na formação dos sintomas. No início, Lacan trata o sintoma como uma metáfora. No texto “A Instância da Letra no Inconsciente ou a Razão Desde Freud”, o psicanalista afirma que “o sintoma é metáfora” (Lacan, 1957/1998b, p. 532). Conforme Askofaré (2011), o sintoma como metáfora é trabalhado em Lacan de 1953 a 1964; nos textos posteriores, é trabalhado como gozo. O autor afirma que “a doutrina do sintoma em Lacan se articula em torno de duas proposições principais: 1) o sintoma é metáfora (= verdade); 2) o sintoma é gozo (= real)” (p. 71).

O sintoma como metáfora diz da relação de um significante com outro significante. Para melhor esclarecimento da figura de linguagem, utilizamos a estrutura da metáfora elaborada por Lacan em 1957.

Figura 1

Estrutura da Metáfora

$$f \left(\frac{S'}{S} \right) S \cong S (+) s$$

(Lacan, 1957/1998b, p. 519)

A estrutura mostra um significante sobre outro significante, ou seja, uma substituição significante (S'/S). Essa substituição vai estabelecer uma relação de correspondência (\cong) entre dois significantes, o que possibilitará a produção de algo novo. O que caracteriza a produção do novo, pela via da metáfora, é o que Lacan nomeia de transposição da barra (+), e é essa transposição que vai propiciar a emergência de significação nova. Como afirmam Roudinesco e Plon (1998), “a fórmula da metáfora fornece a chave para uma função de substituição de um significante por outro, através da qual o sujeito é representado” (p. 711). Lacan associa, dessa forma, a metáfora com o sistema.

O mecanismo de duplo gatilho da metáfora é o mesmo em que se determina o sintoma no sentido analítico. Entre o significante enigmático do trauma sexual e o termo que

ele vem substituir numa cadeia significante atual passa a centelha que fixa num sintoma – metáfora em que a carne ou a função são tomadas como elemento significante – a significação, inacessível ao sujeito consciente onde ele pode se resolver. (Lacan, 1957/1998b, p. 522)

Portanto, nesse momento, para Lacan, a metáfora no lugar do que foi recalçado, por substituição, surge como sintoma. Ainda com essa elaboração, Lacan (1964/2008a), no *Seminário 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*, relaciona recalque, sintoma e significante, afirmando que “recalçado e sintoma são homogêneos, e redutíveis a funções de significantes” (p. 173). Desse modo, nesse primeiro momento, datado por Askofaré (2011) de 1953 a 1964, Lacan trata o sintoma referente ao Simbólico, um sintoma como substituição, metáfora, um fenômeno de linguagem que detém um saber.

Posteriormente, Lacan aperfeiçoa sua teoria do sintoma, indo de significante para uma fase de transição de signo e de signo para gozo, como a segunda proposição principal, datada por Askofaré (2011) a partir de 1970-1971, no texto “De um Discurso que não Seria do Semblante e Lituraterra”. Dessa forma, antes dessa proposição, Lacan (1966/1998d), no texto “Do Sujeito Enfim em Questão”, discorre sobre o sintoma na relação entre o saber e a verdade, ele afirma que o sintoma representa “o retorno da verdade como tal na falha de um saber” (p. 234). Por isso, em 1970, no texto “Radiofonia”, o psicanalista afirma que é por meio da lógica do significante que o analista descobre como romper com a farsa do signo, o qual lhe aponta a divisão do sujeito como o ponto a ser tratado (Lacan, 1970/2003i).

É pensando nisso que Askofaré (2011) aponta que há uma ligação do significante ao gozo que o transforma em signo, um signo ao mesmo tempo da divisão e do que se goza, o que indica o estatuto do sintoma. Para o autor, “o estado terminal desse sintoma, esse que chamamos *sinthome* (. . .), é o que resta desse signo ao fim do processo de sua decifração, da liberação de seus efeitos de significado” (Askofaré, 2011, p. 73). Assim, apesar de o sintoma poder ser interpretado, essa interpretação nunca será completa, pois resta do sintoma algo além da significação, algo que resiste à interpretação, há sempre algo no sintoma que não cessa, algo que restará ao sujeito inventar enquanto *sinthome*, ou seja, do sintoma que resiste há a produção do *sinthome* de que o sujeito se serve. É nesse raciocínio que percebemos o surgimento da segunda proposição principal do sintoma em Lacan, “o sintoma é gozo (= real)” (Askofaré, 2011, p. 71).

No *Seminário 19: ...ou Pior*, percebemos com mais clareza essa mudança. Lacan (1971-1972/2012) passa da ideia de um retorno da verdade na falha do saber, para uma verdade em retorno inexistente. Ele diz: “o que está no princípio do sintoma é a inexistência

da verdade que ele supõe, marcando seu lugar. Trata-se disso no sintoma, na medida em que ele se prende à verdade que não tem mais valor” (p. 48). Nesse ponto, o sintoma aparece como uma costura do sujeito para lidar com a verdade. Essa costura deixa escapar o real em direção ao simbólico. Lacan, assim, começa a recusar a concepção de sintoma relacionado a uma mera substituição significante.

É em 1974, na última conferência realizada em Roma, chamada “A Terceira”, que Lacan caracteriza o impossível como dimensão do Real, proclamando o sintoma como “o que vem do Real” (p. 9), como “algo que antes de tudo não cessa de se escrever do Real” (p. 15). Dessa forma, o sintoma para Lacan oculta a verdade do sujeito – Simbólico – e aponta para um modo singular de satisfação pulsional – Real. Como afirma Askofaré (1997), em Lacan, o sintoma aparece “como metáfora da verdade e como efeito do simbólico no campo do real” (p. 165). Assim, Lacan relata tanto a dimensão simbólica do sintoma pelos significantes quanto o real do sintoma, como um resto do que se repete e que não elabora sentido e representação. Uma dimensão de real que não pode ser jamais representado, justo por sua condição de impossibilidade, por isso a satisfação do sintoma em Lacan implica o gozo, e não o prazer.

O gozo relacionado ao sintoma surge como um modo de satisfação que leva o sujeito em direção ao seu pior, à pulsão de morte. O que o sujeito sente é um sofrimento intolerável que, paradoxalmente, é uma satisfação. Satisfação voltando sempre ao mesmo lugar, repetindo. Dessa forma, o sintoma enquanto furo do Real aparece como uma modalidade de gozo. No *Seminário 16: De um Outro ao Outro*, Lacan (1968-1969/2008c) exprime que o sintoma é “a maneira como cada um sofre em sua relação com o gozo, porquanto só se inscreve nela pela função do mais-de-gozar” (p. 40). Fundamentado nessa perspectiva, Lacan defende a ideia de Karl Marx como o inventor do sintoma, a qual se caracteriza como base para a articulação do conceito de sintoma social, que será melhor exposta nos próximos subtópicos.

2.1 A Matriz Marxista do Sintoma

De acordo com Cardoso e Darriba (2016), Lacan faz referência a Marx inúmeras vezes em sua obra. No primeiro ensino, há referências a Marx enquanto auxílio para o esclarecimento de valores metonímicos, já no segundo ensino, as ideias de Marx contribuem para o estudo do conceito do Outro, e, no terceiro ensino, Lacan faz referência a Marx para

melhor elucidar a questão do objeto e do gozo. É neste último que encontramos as analogias referentes ao sintoma, as quais servem de suporte para nossa pesquisa.

No *Seminário 22: RSI*, Lacan (1974-1975/2015) diz que devemos buscar a origem da noção de sintoma em Marx e defende que “a noção de sintoma foi introduzida muito antes de Freud por Marx” (p. 15, tradução nossa). Dessa maneira, segundo Žižek (1996), “Marx ‘inventou o sintoma’ (Lacan) mediante a identificação de uma certa fissura, de uma assimetria, de um certo desequilíbrio ‘patológico’ que desmente o universalismo dos ‘direitos e deveres’ burgueses” (p. 306). Žižek afirma que o sintoma se refere a um elemento particular que mina o seu próprio fundamento universal. Marx, nessa visão, expõe uma contradição dentro dos ideais universais da sociedade burguesa. A referência de Žižek a uma “realização imperfeita” implica que esses princípios universais não são totalmente atualizados ou alcançados. Por isso, o autor afirma que o método marxista de “crítica da ideologia” é em si “sintomático” (p. 306), ou seja, a abordagem de Marx envolve a identificação de um ponto de ruptura ou descontinuidade num determinado quadro ideológico. Esse ponto de ruptura é, ao mesmo tempo, heterogêneo do resto da ideologia e necessário para o encerramento e para a conclusão desse sistema.

No geral, Žižek sugere que o método analítico de Marx, particularmente a crítica da ideologia, opera revelando contradições e desequilíbrios inerentes às ideologias predominantes, contribuindo assim para a compreensão das suas limitações e da necessidade de transformação. O termo “sintomático” sublinha a ideia de que as falhas identificadas indicam questões mais profundas dentro das estruturas ideológicas.

Logo, a concepção de Lacan referente a Marx enquanto inventor do sintoma vem pelo fato de este evidenciar o que foge à lógica capitalista, o que desequilibra o sistema, e é aí que percebemos a importância do conceito de “proletariado”. Em Marx, o conceito de proletariado refere-se a uma classe social específica dentro do modo de produção capitalista. Na teoria marxista, a sociedade capitalista se divide em classes, sendo as duas principais a burguesia (classe capitalista) e o proletariado (classe trabalhadora); e, com o surgimento de tal sociedade, as relações sociais começam a ser determinadas pelo mercado, no qual prevalece a economia e tudo passa a ser mercadoria. Marx desenvolveu essa ideia em colaboração com Friedrich Engels, na obra *O Manifesto Comunista*, de 1848, e a aperfeiçoou nos escritos posteriores de *O Capital*, com a publicação do primeiro livro em 1867.

Percebemos, dessa maneira, que o proletariado em Marx é o sujeito que não possui meios de produção (fábricas, terras, recursos) e, portanto, deve vender a sua força de trabalho

à burguesia em troca de salários. Em suas palavras, o proletário “em vez de poder vender mercadorias em que seu trabalho se objetivou, tenha, antes, de oferecer como mercadoria à venda sua própria força de trabalho, que existe apenas em sua corporeidade viva” (Marx, 1867/2017, p. 343). Assim, os proletários dependem da venda do seu trabalho aos capitalistas para ganhar a vida, eles não possuem os meios de produção e não têm controle sobre os produtos que produzem. Para eles, a venda da sua força de trabalho é uma escolha forçada, uma necessidade para sua sobrevivência. Essa dependência econômica é uma característica fundamental que os distingue da burguesia. O proletariado tem o saber da produção, mas não tem o poder dos meios para tal. Sem os meios, ele não consegue produzir, portanto vende o que lhe sobra, o saber. O capitalista (dono do meio de produção) acumula capital por meio da exploração de um valor excedente gerado pelo trabalho do proletariado, tal valor denomina-se mais-valia.

Segundo Lacan, em Marx, “não se trata de o trabalho ser novo, mas de ele ser comprado, de haver um mercado de trabalho. É isso que permite a Marx demonstrar o que há de inaugural em seu discurso, e ‘que se chama mais-valia’” (Lacan, 1968-1969/2008c, p. 17). A mais-valia se caracteriza como a diferença entre o valor dos bens e serviços produzidos pelos trabalhadores e os salários que lhes são pagos. Essa exploração é inerente ao sistema capitalista e surge do processo de produção capitalista.

Marx argumenta que a extração de mais-valia é a fonte de lucro para os capitalistas que pagam ao proletário um salário pela sua força de trabalho, mas o valor produzido por ele durante toda a jornada de trabalho é maior que o valor do salário. A mais-valia representa, assim, o trabalho não remunerado, e Marx classifica isso como uma forma de exploração inata ao sistema capitalista. Nas palavras de Marx (1867/2014), “a força de trabalho constantemente agrega mais-valia ao produto, encarnação de trabalho não-pago” (p. 248). Em resumo, o conceito de mais-valia de Marx é central para a sua crítica ao capitalismo, destacando a exploração inerente do trabalho dentro do modo de produção capitalista, em que os proletários criam mais valor do que recebem na forma de salários, com a mais-valia apropriada pelo capitalista como lucro. Ele afirma que

o caráter inteiro da produção capitalista é determinado pela valorização do valor capital adiantado, ou seja, em primeira instância, pela produção do máximo possível de mais-valor; em segundo lugar, (. . .) pela produção de capital, isto é, pela transformação de mais-valor em capital. (Marx, 1867/2014, p. 158)

Dessa forma, como coloca Xavier (2013), “a mais-valia é um conceito que trata justamente do resto, do que é impossível de simbolizar” (p. 61), um resto tomado pelo

capitalista enquanto lucro; é aí que se encontra a verdade escondida do capitalismo. Lacan (1969-1970/1992) afirma que “o que Marx denuncia na mais-valia é a espoliação do gozo” (p. 84). Com isso em mente, conseguimos entender a associação feita por ele entre mais-valia e mais-de-gozar.

Assim como o trabalho não era novo na produção da mercadoria, a renúncia ao gozo, cuja relação com o trabalho já não tenho que definir aqui, também não é nova. (. . .) O que há de novo é existir um discurso que articula essa renúncia, e que faz evidenciar-se nela o que chamarei de função do *mais-de-gozar*. É essa a essência do discurso analítico. (Lacan, 1968-1969/2008c, p. 17)

Em Lacan, o objeto *a* como mais-de-gozar é o objeto da angústia, alvo da satisfação pulsional. Ele introduz a ideia de mais-de-gozar como forma de descrever o excedente de gozo, a representação de um gozo a mais. Assim, o mais-de-gozar está intimamente ligado ao Real, representando uma dimensão excessiva e inatingível que perturba a ordem simbólica e desafia a estabilidade do sujeito. Por isso, Lacan descreve o capitalismo como uma economia libidinal, e não política, como aponta Safatle (2020), “isso significa que o capitalismo e suas formas de sujeição serão descritos a partir dos impactos que produzem no campo do desejo” (p. 58). Lacan (1968-1969/2008c) afirma que

o mais-de-gozar é uma função da renúncia ao gozo sob o efeito do discurso. É isso que dá lugar ao objeto *a*. Desde o momento em que o mercado define como mercadoria um objeto qualquer do trabalho humano, esse objeto carrega em si algo da mais-valia. Assim, o mais-de-gozar é aquilo que permite isolar a função do objeto *a*. (p. 19)

O psicanalista se utiliza do conceito de gozo como alicerce à crítica do capitalismo, o qual se movimenta por meio do mais-de-gozar como equivalente à mais-valia, produzindo e restabelecendo o gozo perdido conforme o discurso. “Dessa forma, a *incitação e a administração do gozo* transformaram-se na verdadeira mola propulsora da economia libidinal da sociedade de consumo” (Safatle, 2020, p. 59).

Nessa linha de raciocínio, Miller (2005) caracteriza a civilização como uma ordenação de distribuição de maneiras e formas de gozo por meio de semblantes. Logo, quando notamos sinais de novas configurações que não pertencem a essa distribuição, podemos pensar em sintomas que deduram e dificultam o funcionamento e a ordenação dessa civilização. Como aponta Xavier (2013), Lacan marca “o sintoma como aquilo que denuncia a ideologia dada pelo campo do Outro, pelo significante mestre do discurso, o que o possibilita desenhar a categoria de sintoma social” (p. 24).

2.2 Sintoma Social: Mais Ainda do Proletário

Na conferência “A Terceira”, de 1974, como consequência dos estudos de Karl Marx, Lacan diz que “há apenas um sintoma social: cada indivíduo é realmente um proletário, isto é, não tem nenhum discurso com que fazer laço social, em outras palavras, semblante” (p. 187). Assim, ele coloca o proletário como o único sintoma social, sintoma este que surge como retorno do real no campo social. O termo indivíduo já demonstra o fato de o proletário não ser um sujeito dividido, por isso, como afirma Vanier (2002), “cada indivíduo, cada eu, cada elemento da multidão, do corpo social, é realmente um proletário, é no nível do real que ele é um proletário” (p. 214). Diante disso, temos que ter em mente que esse proletário situado por Lacan não diz de um sujeito que realiza uma função de produção, mas sim de um produto da reformulação do discurso. Em suas palavras, “proletário não é simplesmente explorado, ele é aquele que foi despojado de sua função de saber” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 157).

Assim, podemos dizer que o proletário é um sintoma social, na medida em que retorna à verdade de maneira perturbadora, apontando o furo do capitalismo, e faz isso marcado por um momento histórico, a partir do surgimento desse sistema. Como colocam Cardoso e Darriba (2016), o proletariado aparece como “uma forma de tornar presente um conflito fundamental, de um antagonismo de estrutura, como a realização concreta do excesso do gozo pulsional” (p. 196), por isso o proletariado, enquanto sintoma social, expõe uma verdade social de um momento histórico.

Na concepção de Octavio Souza (1991), o sintoma social, assim como o sintoma particular, aparece amparado pela fantasia¹; contudo, os sujeitos que formam esse sintoma social ocupam lugares diferentes na estruturação dele. Por isso o autor afirma que, em qualquer psicanálise no social, a interpretação do sintoma social pode ser estruturada além da identificação “como a indicação da fantasia que o sustenta. É de se supor que, conforme o lugar que cada um ocupe na construção, uns estejam mais aptos que outros a servir de destinatários da interpretação” (p. 82). Um ano depois, Charles Melman (1992) defende que o sintoma social se inscreve em lacunas do discurso dominante da época vigente, esse sintoma se inscreve “nas entrelinhas, de forma não explícita, não articulada como tal, no

¹ “Além da diversidade das fantasias de cada sujeito, Lacan postula a existência de uma estrutura teórica geral, a fantasia fundamental, cuja ‘travessia’ pelo paciente assinala a eficácia da análise, materializada num remanejamento das defesas e numa modificação de sua relação com o gozo” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 225).

discurso que é o discurso dominante de uma sociedade em uma dada época. É somente neste sentido que podemos falar de sintoma social” (p. 66).

Já na elaboração de Žižek (1996), citado anteriormente, podemos inferir que o sintoma social se refere aos problemas, às contradições e aos conflitos visíveis numa sociedade, que se manifestam de várias formas, como desigualdade, pobreza, agitação política e tensões culturais. Esses sintomas, segundo o autor, não são isolados ou acidentais, mas são indicativos de questões sistêmicas mais profundas dentro da estrutura social e econômica. Žižek afirma que sintoma social era, para Marx, “o proletariado, a ‘desrazão da própria razão’ (Marx), o ponto em que a Razão incorporada na ordem social vigente depara com sua desrazão” (Žižek, 1996, p. 308).

O autor também enfatiza o papel ideológico dos sintomas sociais, ele os coloca não somente como indicadores de problemas, mas também como ferramentas que podem servir para manter o status quo, podem ser enquadradas ou interpretadas para apoiar as estruturas de poder existentes. Contudo, o autor localiza o potencial revolucionário desses sintomas na medida em que, ao reconhecermos e abordarmos suas causas, poderemos desafiar a ordem social existente e trabalhar no sentido da mudança (Žižek, 1996). Segundo Vorcaro (2004), o

sintoma social situaria assim um campo do particular, entre o universal do mal-estar e o singular do sintoma subjetivo: metáfora partilhada por um grupo do mal-estar, por meio de uma modalidade de gozo inscrita, submetida e provocada pelo discurso dominante de uma época. (p. 62)

Podemos dizer, dessa forma, que o sintoma social emerge o real da estrutura social, criado a fim de dar um destino ao impossível de se dizer no social. Assim como o sintoma individual singulariza o sujeito, o sintoma social particulariza uma sociedade. Vorcaro (2004) aponta que “o que define essa resposta metafórica (o sintoma como sintoma social) seria a inscrição específica da articulação discursiva própria a tal sintoma no discurso social” (p. 64). Logo, esse sintoma é uma manifestação que revela processos sociais e particulares, de um porvir como sujeito, demonstrando que são indicadores visíveis de contradições e tensões mais profundas, muitas vezes reprimidas numa sociedade.

Greiser (2008) relata que o sintoma social aparece quando há a ruptura do laço social com o Outro². Para a autora, o sintoma social elabora, da sua maneira enquanto sintoma, a subjetividade que se destitui desse laço com o Outro. Greiser apresenta a mudança de uma

² A palavra Outro grafada com inicial maiúscula nomeia a ordem simbólica e, por isso, refere-se ao campo da linguagem, ao inconsciente enquanto discurso. “O inconsciente é esse discurso do Outro em que o sujeito recebe, sob a forma invertida que convém à promessa, sua própria mensagem esquecida” (Lacan, 1957/1998b, p. 440).

dominância do Ideal sobre o gozo para uma dominância do objeto *a* sobre o Ideal. Em suas palavras, “não se trata mais de uma ditadura do pai que encarna proibições. Trata-se de uma ditadura do gozo” (Greiser, 2008, p. 6). Segundo Askofaré (1997),

despojamento, isolamento e segregação explicam portanto o que o indivíduo, isto é o sujeito completado por seu gozo – é em todo caso assim que o defino transformando a hipótese lacaniana do sujeito como “indivíduo afetado por um inconsciente”, portanto separado de seu gozo, só pelo fato de sua passagem à contabilidade do inconsciente – é um proletário, quer dizer alguém que de nenhum discurso pode fazer semblante. Parece que é esse “déficit social” que resulta da solidão imanente ao gozo, que no ensino de Lacan toma o nome de sintoma social: no singular, irredutivelmente. (p. 181)

Desse modo, podemos deduzir que, assim como o proletário traz um valor de verdade numa denúncia do capitalismo, a PSR traz um valor de verdade numa denúncia do neoliberalismo. Dessa forma, consideramos em nossa pesquisa que o proletariado, como sintoma social localizado na passagem do feudalismo para o capitalismo, difere-se de outras classes pela ausência de laço social, por “ser desprovido de tudo” (Askofaré, 1997, p. 181). Da mesma maneira, a PSR, como o sintoma social localizado no momento histórico neoliberal, também não faz laço social, consequência “de um discurso que não forma propriamente laço social, mas segrega. Daí a proliferação dos *sem*: terra, teto, emprego, comida etc.” (Quinet, 2009, p. 41). Em vista disso, consideramos relevante trabalhar, no próximo capítulo, o conceito de segregação e elucidar a sua relação enquanto prática, como um efeito vivido pelo sujeito que compõe a PSR.

3 Segrega-ação: Segregar, um Verbo

Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem, lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize.

—Boaventura de Sousa Santos, *A Construção Multicultural da Igualdade e da Diferença*

O termo segregação não aparece como um conceito fundamental para a psicanálise. Ao contrário do que acredita o senso comum, a segregação na psicanálise não se refere necessariamente a algo negativo. Nela, há o conceito de segregação sendo utilizado como a segregação estrutural e como o efeito de segregação. No texto “Aspectos da Segregação”, Sidi Askofaré (2009) diz da noção de causa e da noção de efeito elaborada por Lacan sobre a segregação. O autor apresenta o conceito de segregação em três eixos: o princípio da segregação, o efeito da segregação e a prática segregativa. Nos tópicos a seguir, vamos comentar cada um deles.

3.1 O Princípio da Segregação: A Causa da Fraternidade

Para explorar melhor o primeiro eixo do texto de Askofaré (2009), precisamos relembrar uma colocação de Lacan (1969-1970/1992), no *Seminário 17: O Avesso da Psicanálise*.

Só conheço uma única origem da fraternidade (. . .), é a segregação (. . .). Simplesmente, na sociedade (. . .) tudo que existe se baseia na segregação, e a fraternidade em primeiro lugar. Nenhuma outra fraternidade é concebível, não tem o menor fundamento, como acabo de dizer, o menor fundamento científico, se não é por estarmos isolados juntos, isolados do resto. Trata-se de captar sua função, e de saber por que é assim. Mas, enfim, salta aos olhos que é assim, e fingir que isto não é verdade deve ocasionar forçosamente alguns inconvenientes. (pp. 120–121)

Nessa fala, Lacan nos mostra que, para haver fraternidade, primeiramente há segregação, para nos identificarmos fraternos, precisamos identificar o não fraterno, o isolar junto carece do isolar o resto; por isso Askofaré (2009) afirma que “a fraternidade é o feito do significante” (p. 347). Ou seja, com base no mito da ordem primeva, Lacan esclarece que o fraterno não se caracteriza por questões biológicas, por laços sanguíneos e hereditariedade. No mito, os irmãos apenas se reconhecem como tal após o assassinato do pai. Assim, a fraternidade se dá pelo significante, ela não é posta organicamente, pelo biológico, mas sim por um simbólico que lhes torna irmãos. Como afirma Lilian Batista (2013), “a fraternidade não é científica, não são os genes que constroem a irmandade; esse laço é de outra ordem,

simbólica, um feito do significante diante da divisão do sujeito” (p. 38). Em vista disso, percebemos a segregação enquanto um processo primevo em relação à fraternidade e à dinâmica social, e é nesse ponto que notamos a noção de segregação como causa, a causa da fraternidade.

É nessa noção de segregação como causa da fraternidade que tomamos a segregação estrutural. Askofaré (2009) afirma que a segregação estrutural surge “a partir de uma dupla referência ao significante-mestre, S1, e ao gozo, (. . .) não são senão tipos de arranjos em torno de um S1 ou de modos rígidos de tratamento do gozo que não se põe senão se opondo” (p. 348). Ou seja, a segregação estrutural diz da posição constitutiva dos sujeitos e dos discursos, na medida em que ambos se ordenam por meio do significante-mestre e de modos de gozo.

3.2 O Efeito da Segregação: A Universalização Segregativa

No segundo eixo, Askofaré (2009) traz a segregação como efeito. Nesse momento, apoiado em Lacan, o autor descreve a divisão e a separação, demonstrando que pontos específicos, como cor da pele, questões econômicas e sociais, individualizam pessoas em grupos, o que, para ele, é notado não só na formação de territórios, mas também dentro da academia com as diversas especializações de saberes. Ou seja, Askofaré expõe que a segregação surge enquanto um processo além da mera discriminação, que transpassa a desigualdade e a violência, como uma forma de lidar com a diferença. Essa diferença reduz de forma homogênea sujeitos por uma identidade uniforme, reduz o sujeito ao grupo, é o “negro”, o “pobre”, o “morador de rua”. Gayatri Spivak (2010) apresenta uma crítica acerca desse tipo de visão única sobre um geral no livro *Pode o Subalterno Falar?*. Para ela, ao reduzirmos os sujeitos pelo grupo, acabamos desconsiderando questões ideológicas que afetam tanto a história econômica quanto a intelectual, além de fortalecermos e gerarmos mais violências epistêmicas sobre esses sujeitos.

Por isso, Spivak (2010) nos alerta para a possibilidade de, ao criarmos certos conceitos, acabarmos por explorar ideologicamente os sujeitos através do discurso, colocando-os em uma macroestrutura enquanto “os subalternos”, não levando em conta a sua microestrutura enquanto sujeitos individuais, com sua própria subjetividade e percepções. Há, então, um conflito. De um lado, um sujeito único e independente do local onde nasceu, da sociedade em que vive, do tempo histórico a que pertence; do outro, o sujeito dividido, marcado pela sua localidade, pela sociabilidade e pela temporalidade. A autora diz

desse sujeito dividido tentando nos mostrar que, da mesma forma que não há uma história única e verdadeira, pois dizer que só existe uma versão dos acontecimentos é uma violência epistêmica, não há um indivíduo único e verdadeiro, na medida em que não existe um sujeito puro e livre de interferências externas e internas.³

No livro, Spivak (2010) tenta evidenciar que o subalterno não é uma identidade, e sim uma posição, mostrando que os sujeitos subalternos não são uma classe monolítica, mas sim heterogêneos e diversos, por isso unificá-los em uma única representação reforça sua opressão, seu silenciamento e seu apagamento. Com isso em mente, no texto “Alocação sobre as Psicoses da Criança”, Lacan (1967/2003a) apresenta como um discurso científico universal produz uma “criança generalizada”, produz sujeitos universais. Lacan mostra que essa criação de sujeitos universais, em grupos, estimula a segregação, uma generalização que segrega. Em suas palavras, essa criança generalizada “assinala a entrada de um mundo inteiro no caminho da segregação” (p. 367). Ou seja, à medida que idealizamos discursos como “somos todos iguais” procurando uma generalização, nós nos movemos rumo à segregação do singular, uma generalização que segrega o singular.

Assim, o que Lacan (1967/2003a) observa e o que Askofaré (2009) elucida é o gozo como ordenação social que surge na relação entre o discurso da ciência, com a ideia de um sujeito universal, e o discurso do capitalismo, com a globalização neoliberal. Colette Soler (1998), no texto “Sobre a Segregação”, escreve que

a universalização é uma universalização que não passa pelo significante mestre; é uma universalização que passa pelo que denominamos, um pouco apressadamente, de *o mercado*. Ou seja, que passa por um dever que não o da proliferação dos valores dos ideais, mas um dever real do manejo dos meios econômicos. (p. 45)

Dessa forma, essa universalização produz sujeitos que aspiram ao gozar semelhante, e, assim, quando algum sujeito sai dessa organização com um gozo que resiste ao universal, há consequências. Askofaré (2009) apresenta três consequências referentes à generalização: 1) “a multiplicação, o desordenamento, o ‘erratismo’ dos objetos *a*” (p. 351); 2) “o advento de um ‘novo’ mal-estar na civilização universal” (p. 351); 3) “a emergência de uma *prática* nova, a prática segregativa” (p. 351). É a terceira que nos interessa em nosso trabalho, a segregação como efeito da ciência moderna. É com essa ideia que o autor começa o próximo eixo sobre a prática segregativa.

³ Essa ideia vai ao encontro da noção de sujeito da psicanálise. Sucintamente, para a psicanálise, o sujeito é um sujeito de linguagem que se constitui na relação com o Outro enquanto efeito de significante. Dessa forma, o sujeito é marcado por uma temporalidade cultural e social, o sujeito não se forma sem essa relação.

3.3 A Prática Segregativa: Consequência do Real pelo Simbólico

No último eixo, Askofaré (2009) caracteriza a prática segregativa como efeito de um “tratamento do real pelo simbólico” feito pelo “discurso da ciência e o sujeito moderno” (p. 351). Segundo o autor, é a ciência moderna que concebe, consolida e dirige as práticas segregativas, o que para ele há duas possíveis razões. A primeira é a forclusão da verdade como causa, que sustenta um “puro sujeito da ciência” que concentra pessoas e impulsiona a segregação. Em suas palavras, é em torno dos que visam “ao processo de *Um-iversalização* e ao *Um-perialismo* da ciência que vão se constituir os *isolados*, as *concentrações*, as novas *repartições inter-humanas* que Lacan propõe denominar *efeito de segregação*” (p. 352). E a segunda é a lógica analítica cartesiana da ciência, que, conforme o autor, “cria e multiplica quase que espontaneamente classes – no sentido *lógico* – novas, leva nela o verme da segregação e engendra efetivamente efeitos de segregação desde que apliquemos ao homem” (p. 352). Isto é, essa lógica busca produzir conhecimento através da análise e da classificação dos sujeitos falantes, o que pode levar à segregação e à criação de novas categorias e divisões.

Pensando na questão relacionada à ciência moderna – à produção dessa ciência –, é relevante refletirmos sobre a nossa produção enquanto estudiosos e pesquisadores. Como nós produzimos conhecimento e com base em quem? Seguindo essa reflexão, o sociólogo Ramón Grosfoguel (2016) nos mostra três conceitos relevantes: o privilégio epistêmico, o epistemicídio e o Sistema-mundo Colonial Moderno.

O privilégio epistêmico diz da distribuição desigual do conhecimento e das dinâmicas de poder que daí decorrem num determinado contexto social e cultural, de como certos sistemas de conhecimento, certos modos de saber e certas epistemologias são privilegiados em detrimento de outros, principalmente na modernidade ocidental, que se estabelece como o padrão universal com base no qual todos os outros sistemas de conhecimento são julgados, muitas vezes levando ao apagamento e silenciamento. Grosfoguel (2016) afirma que esse privilégio do conhecimento ocidental não apenas perpetua relações desiguais de poder, mas também obstrui a possibilidade de diálogo genuíno e o entendimento entre diferentes tradições culturais e de conhecimento.

O epistemicídio diz da destruição ou do apagamento deliberado de sistemas de conhecimento não ocidentais e das formas de saber pela epistemologia ocidental dominante. É um conceito intimamente relacionado com a noção de privilégio epistêmico. Grosfoguel (2016) argumenta que o epistemicídio ocorre quando a modernidade ocidental, com suas

reivindicações de universalismo e superioridade, sistematicamente desvaloriza, descarta ou suprime sistemas alternativos de conhecimento e epistemologias. Esse processo envolve não apenas a marginalização do conhecimento não ocidental, mas também o apagamento ativo de sua existência e a imposição de formas ocidentais de conhecimento como norma. Essa destruição de epistemologias não ocidentais perpetua o domínio do conhecimento ocidental e reforça os desequilíbrios de poder existentes. O autor argumenta que o epistemicídio é uma forma de violência que vai além da opressão física ou econômica. É uma violência que opera ao nível do conhecimento, atentando contra a autonomia e a dignidade das comunidades cujo conhecimento é desvalorizado e apagado. O epistemicídio, então, restringe as possibilidades de formas alternativas de pensar, compreender o mundo e vislumbrar a mudança social.

A respeito do Sistema-mundo Colonial Moderno, o autor caracteriza esse conceito enquanto uma estrutura hierárquica que produz e mantém desigualdades globais. Ele defende que é por meio do privilégio de sistemas de conhecimento ocidentais e do apagamento de epistemologias não ocidentais que há a perpetuação de relações de poder desiguais que dificultam as possibilidades de diálogos e reforçam segregações. Assim, a prática segregativa transcende a questão social de território e passa também pela produção de conhecimento. Como trazido por Askofaré (2009), a segregação é efeito de uma ciência moderna, uma ciência que categoriza sujeitos os segregando e que, podemos deduzir, ao mesmo tempo, fortalecida por privilégios epistêmicos, motiva epistemicídios por meio de um Sistema-mundo Colonial Moderno.

Diante disso, fazemos referência a um pensamento de Arendt (1951/2012) sobre os campos de concentração. Para ela, os campos de concentração “destinam-se não apenas a exterminar pessoas e degradar seres humanos, mas também servem à chocante experiência da eliminação, em condições cientificamente controladas, da própria espontaneidade como expressão da conduta humana, e da transformação da personalidade humana numa simples coisa” (p. 582). Esse exemplo dos campos de concentração nos faz refletir sobre a questão fundamental da segregação além do afastamento, a segregação aqui aparece mais além, ela diz de um esvaziamento do sujeito.

Por isso, Lacan (1970/2003g) reflete sobre os campos de concentração e sua relação com a segregação. Em uma nota de rodapé, no texto “Prefácio a uma Tese”, encontrado na obra *Outros Escritos*, ele afirma que “a recusa da segregação está naturalmente no princípio do campo de concentração” (p. 392). Em outro texto, chamado “Proposição de 9 de Outubro de 1967 sobre o Psicanalista da Escola”, Lacan (1967/2003h) diz que os campos de concentração são um exemplo de “consequência do remanejamento dos grupos sociais pela

ciência, e, nominalmente, da universalização que ela ali introduz” (p. 263), ou seja, os campos de concentração surgem como um remanejamento de grupo social derivado da universalização científica. O psicanalista também alerta para o fato de que nossa sociedade mercadológica, baseada em tal universalização de uma ciência sem reflexão política e ética, pode acabar por expandir práticas de segregação em novos modos de campos de concentração. Assim, em Lacan, a segregação aparece como causa da fraternidade, sendo a sua recusa o princípio que fundamenta práticas segregativas como “campos de concentração”.

As práticas segregativas de que Askofaré (2009) trata no último eixo como efeito de um “tratamento do real pelo simbólico” feito pelo “discurso da ciência e o sujeito moderno” (p. 351) podem ser entendidas como processos pelos quais tomamos a diferença que nos causa angústia e que não conseguimos assimilar, por isso segregamos. É uma prática de isolamento do Real, como afirma Colette Soler (1998), “a segregação se apresenta como uma via de tratar o insuportável, o impossível de suportar” (p. 46). A questão da PSR, aprofundada na pesquisa, elucida esse ponto. Como apresenta Martins (2016), a PSR “coloca no corpo dos seus representantes uma marca do limite, de um estado limite do qual não queremos, não desejamos, não podemos nos aproximar, que assegura um lugar para nós, mantendo distante um lugar para eles” (p. 14). A segregação seria um modo de lidarmos com o real inominável que se apresenta a nós como estranho.

Assim, Soler (1998) afirma que “segregação e discriminação não são sinônimos. Podemos encontrar civilizações discriminatórias, mas não segregativas” (p. 44), ou seja, a discriminação refere-se ao tratamento desigual ou às práticas injustas dirigidas a determinados grupos. Já a segregação envolve a separação de grupos com base em várias características e pode manifestar-se em práticas institucionais, políticas ou normas que criam divisões físicas e/ou sociais. Segundo Benslama (2016), “a gente pode estar incluída em um grupo e, mesmo assim, submeter-se a tratamentos diferenciados e injustos” (p. 12). Assim sendo, a discriminação diz da diferença entre os sujeitos por meio dos interesses, mas que, ainda assim, mantêm sua coexistência, nós vivemos com o outro, apesar de discriminá-lo. Já na segregação não há coexistência, vive-se sem o outro, como um outro e não com outro.

Em vista disso, atualmente encontramos práticas segregativas que se tornaram processos insuportáveis, tão insuportáveis quanto visíveis. A segregação não aparece como mera discriminação, é mais do que isso, é a colocação do outro em uma posição de subalternidade, é uma ideia e uma convicção que trata o conflito entre as diferenças, produzindo uma não identidade reduzida a uma mesma massa uniforme, homogênea e, a

partir daí, segregada. Ali, onde encontramos o insuportável que causa nossa angústia, que não cabe nas nossas fantasias e nas nossas estruturas de ficção e gozo, diante dessa aproximação, respondemos isolando o real, segregando-o.

Contudo, nisso há sempre um problema, porque, à medida que tentamos sufocar esse Real, ele retorna em repetição, em forma traumática. Com esse retorno, há possibilidades de tratamento do traumático: o ciclo pode prosseguir, com a possibilidade de o retorno ser novamente segregado; pode cessar de forma resolutiva, lidando com o traumático; ou pode cessar de forma eliminatória, extinguindo o traumático. Nesse ponto, devemos sempre nos questionar: qual é a resposta que damos ao que repete da segregação? O que é válido resolver, o que é válido isolar e o que é válido eliminar?

3.4 Vidas Precárias: Deliberação Segregativa do Biopoder

No decorrer de suas obras, a filósofa Judith Butler (2004/2019, 2015/2018) teoriza seu pensamento a respeito do conceito de vida, questionando o que faz uma determinada existência humana ser considerada como vida válida e outra não. Em suas obras, encontramos conceitos significativos que fundamentam e circundam a ideia de vidas precárias, sendo um dos mais importantes a concepção do reconhecimento. Para Butler (2004/2019, 2015/2018), é por meio do reconhecimento que o sujeito existe. Ela afirma que o sujeito só irá emergir como sujeito no momento em que ele se relacionar com um outro e esse outro o reconhecer como tal, reconhecê-lo como o outro sujeito num suposto de alteridade. Ou seja, para a autora, o sujeito é produzido em uma ação na relação, o movimento dessa ação é supor uma alteridade, apontar o outro. Ao apontar o outro, ele existe como sujeito. Para ela, somente nos entendemos como sujeitos quando alguém nos reconhece como outro, é a ideia de ser outro que nos constitui como sujeitos. Assim, é na relação com o outro, através de uma cena de reconhecimento que supõe uma alteridade, que haverá a identificação de alguém como sujeito e, conseqüentemente, o reconhecimento de sua existência. É importante destacar que, aqui, esse reconhecimento do outro para a existência do sujeito diz da relação de fraternidade, e não da constituição de sujeito.

Butler (2004/2019, 2015/2018) reflete sobre como nós, dentro da cena de reconhecimento, conseguimos, em alguns momentos, reconhecer alguns sujeitos como outros aos quais devemos responsabilidade ética e, ao mesmo tempo, não reconhecer alguns sujeitos como outros, desumanizando-os. Se não o reconhecemos como outro, não o reconhecemos como sujeito, portanto não reconhecemos sua existência. Destacamos aqui a

relação do reconhecimento com o surgimento da fraternidade, trazido por Lacan (1969-1970/1992). O não reconhecimento seria a causa da fraternidade, como dito anteriormente, para nos identificarmos fraternos, precisamos identificar o não fraterno, o isolar junto carece do isolar o resto. Assim, é essa desumanização que rege a ética da violência, que irá justificar políticas de extermínio desse outro que não é reconhecido como sujeito, como humano. Butler (2015/2018) diz que “ser radicalmente privado de reconhecimento ameaça a própria possibilidade de existir e persistir” (p. 47), ou seja, a proximidade traz um reconhecimento por uma ética da responsabilidade, um reconhecimento do vínculo ético-moral com o outro, já a distância traz um reconhecimento por uma ética da violência, uma justificativa para sua eliminação.

No livro *Quadros de Guerra: Quando a Vida é Passível de Luto?*, Butler (2009/2017) afirma que “não recorremos simplesmente a normas de reconhecimento únicas e distintas, mas também a condições mais gerais, historicamente articuladas e reforçadas ‘condições de ser reconhecido’” (p. 18). No mesmo livro, a autora reflete mais a fundo sobre o que são vidas precárias e como isso perpassa a cena de reconhecimento. Para ela, esse conceito processa-se em duas concepções importantes: *Precariousness* – traduzido por precariedade – e *Precarity* – traduzido por condição precária.

A precariedade diz do entendimento de uma vida pelo seu corpo vulnerável que pode deixar de existir biologicamente a qualquer instante. Ou seja, a precariedade diz de uma premissa, da natureza de um corpo que, para continuar vivendo, precisa tomar certos cuidados e viver em coletividade para ampliar esses cuidados. Tal ideia corrobora o conceito de desamparo inicial proposto pela psicanálise, que diz da condição estrutural de impotência da vida humana, considerando que “o bebê humano, mesmo quando nasce a termo, está numa condição inicial de desamparo (. . .) por necessitar tanto dos cuidados de um *outro* para sobreviver fisicamente, quanto dos cuidados do *Outro* para sobreviver psiquicamente” (Tibiriçá et al., 2022, p. 55).

Já a condição precária diz de uma situação, quando a precariedade é produzida politicamente. Butler (2009/2017) afirma que

a política precisa compreender a precariedade como uma condição compartilhada, e a condição precária como a condição politicamente induzida que negaria uma igual exposição através da distribuição radicalmente desigual da riqueza e das maneiras diferenciadas de expor determinadas populações, conceitualizadas de um ponto de vista racial e nacional, a uma maior violência. (p. 50)

Ou seja, todos os seres humanos são precários, pois não conseguem sobreviver sem o outro e necessitam também do coletivo para ampliar sua condição de sobrevivência,

portanto a precariedade é uma premissa. Como afirma a autora, “vidas são, por definição, precárias: podem ser eliminadas de maneira proposital ou acidental (. . .) Em certo sentido, essa é uma característica de todas as vidas, e não há como pensar a vida como não precária” (Butler, 2009/2017, p. 46). Porém, essa condição não é produzida só naturalmente, na medida em que seu corpo ocupa uma posição política que reforça ou não sua precariedade. Assim, é a produção variável dessa precariedade, por meio da condição precária, que faz com que outros corpos sejam mais suscetíveis à desumanização. Segundo Judith Butler (2009/2017), “a condição precária designa a condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência e à morte” (p. 46).

Por isso, para Butler, vidas precárias se relacionam diretamente com a ideia de que seres humanos são substituíveis e de que a perda daquele ser não é inestimável, há uma finitude e uma finitude que facilmente é substituída. Relacionamos aqui o efeito da segregação apontado por Lacan (1967/2003h) e trazido anteriormente no texto. É a universalização que segrega o singular. Butler (2009/2017) fala de um esvaziamento da singularidade do sujeito por uma finitude relacionada ao universal, de ser “só mais um”. Ela afirma que a desigualdade na distribuição da condição de precariedade dita quais vidas não são “potencialmente lamentáveis e, por conseguinte, valiosas, são obrigados a suportar a carga da fome, do subemprego, da privação de direitos legais e da exposição diferenciada à violência e à morte” (pp. 45–46).

Assim, pensando em nossa pesquisa, notamos a PSR numa certa posição espaço-tempo que condiciona uma precariedade que desumaniza as pessoas. Logo em seguida, essa desumanização, a qual ocorre por não haver um reconhecimento, torna o sofrimento dessas pessoas invisíveis. Ou seja, em última instância, torna esses sujeitos matáveis, gente que não é gente como outra gente, gente que assume um menor valor enquanto forma de vida. Como aponta Martins (2016), a PSR “continua presente, contudo, sob a forma de exclusão, o que alimenta a necessidade de negá-lo pela violência, que no limite, é a eliminação” (p. 87).

É por essa linha de raciocínio que conseguimos notar como a lógica do pensamento neoliberal contribui com a perpetuação de vidas precárias, na medida em que suas políticas são baseadas em uma lógica individualista e competitiva. É assim que se dá a produção de uma condição precária induzida no cerne de uma conjuntura de biopolítica que atribui um valor à vida de determinadas populações, que se situam condicionadas ao biopoder. Ambos

os conceitos, biopolítica e biopoder, foram desenvolvidos e muito bem trabalhados pelo filósofo Michel Foucault no decorrer de suas elaborações sobre o poder.

Para esclarecer o conceito de biopoder, Foucault (1976/2019) evidencia o poder como uma relação que opera em cadeia. Em suas palavras, “o poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia” (p. 284). Desse modo, ele nunca está somente nas mãos de alguns ou de uma classe, não se localiza em um lugar ou na riqueza, ele funciona como uma rede, é uma “multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização” (Foucault, 1988, p. 88). Poder não é algo que se exerça, ele transpassa os sujeitos e os coloca em posição de centros de transmissão (Foucault, 1976/2019). Pensando dessa forma, o autor defende que não existe poder, e sim relações de poder, as quais são, “ao mesmo tempo, intencionais e não subjetivas” (Foucault, 1988, p. 90). Essas relações objetivam disciplinar, coagir e controlar a sociedade e os indivíduos, mas não como resultado de uma escolha de alguém, de um grupo, e sim como táticas articuladas entre si como “grandes estratégias anônimas” (Foucault, 1988, p. 91).

O conceito de biopoder foi elaborado por Foucault particularmente nas suas palestras no Collège de France no final da década de 1970. Biopoder refere-se às formas pelas quais as sociedades modernas regulam e controlam as populações. Ele envolve a implantação de mecanismos reguladores e tecnologias para gerir e controlar a vida. É o poder que, em vez de se concentrar apenas no controle dos comportamentos dos sujeitos, concentra-se, principalmente, no controle do corpo e da vida deles. Foucault (1988) afirma que o poder

não estará mais somente a voltas com sujeitos de direito sobre os quais seu último acesso é a morte, porém com seres vivos, e o império que poderá exercer sobre eles deverá situar-se no nível da própria vida; é o fato do poder encarregar-se da vida, mais do que a ameaça da morte, que lhe dá acesso ao corpo. (p. 134)

Esse biopoder abrange uma gama de práticas e tecnologias que enfocam a existência biológica de indivíduos e populações. Isso pode incluir medidas como políticas de saúde pública, vigilância biométrica e outras formas de controle destinadas a governar os processos vitais. Foucault argumenta que o biopoder representa uma mudança do poder soberano, que se preocupava com o direito de tirar a vida (o poder de matar), para uma forma de poder que se concentra em gerir e controlar a vida (o poder sobre a vida). Nas palavras do autor, “o direito de soberania é, portanto, o de fazer morrer ou de deixar viver. E depois, este novo direito é que se instala: o direito de fazer viver e de deixar morrer” (Foucault, 1976/2019, p. 287). Ele complementa dizendo que “o velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de *causar* a vida ou *devolver* à morte” (Foucault, 1988, p. 130).

Segundo o autor, o biopoder surge no final do século XVIII, estando ligado ao desenvolvimento dos Estados modernos e ao seu interesse crescente na gestão da saúde, da produtividade e do “bem-estar” das populações. Além disso, o biopoder se encontra nas instituições como hospitais, escolas, prisões, entre outras. Nessas, os sujeitos são disciplinados e controlados de acordo com normas e regras estabelecidas pelo Estado. Em resumo, o conceito de biopoder de Michel Foucault explora as formas pelas quais as sociedades modernas exercem o poder sobre as populações, através da regulação e do controle dos processos vitais, tanto a nível individual como coletivo. Seu objetivo é maximizar a eficiência e o controle sobre o corpo e a vida das pessoas, tornando-as mais produtivas e mais úteis para a sociedade. Como aponta Taylor (2018), “o biopoder é um poder sobre o *bios* ou a vida, e as vidas podem ser administradas tanto na esfera individual quanto na de grupo” (p. 62).

Dessa forma, Foucault nos mostra que existem duas dimensões principais no conceito de biopoder, que surgem como técnicas do poder: a disciplina e a biopolítica. A disciplina tem como alvo os indivíduos e seus corpos; seu objetivo é a subjugação dos corpos; e suas instituições são as escolas, os exércitos, as prisões, os hospitais, entre outras. Nas palavras de Foucault, essa técnica “centrou-se no corpo como máquina (. . .) assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as *disciplinas: anátomo-política do corpo humano*” (Foucault, 1988, p. 131). Ou seja, a disciplina é a técnica disciplinar do biopoder que se exerce sobre a biologia, sobre o corpo individual.

Já a biopolítica diz da gestão das populações como corpos coletivos, ela envolve o interesse do governo em gerir e controlar as populações como um todo. Isso abrange a regulação e o controle de vários aspectos da vida, como saúde, reprodução e condições de vida. Assim, o alvo da biopolítica são os grupos, as populações; seu objetivo é o controle; e sua instituição é o Estado. Como afirma Foucault (1988), essa técnica “centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos (. . .) tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e *controles regulares: uma bio-política da população*” (p. 131). Isto é, a biopolítica é a técnica reguladora do biopoder que se exerce sobre o corpo social, comunitário. É essa biopolítica que surge enquanto técnica inovadora do biopoder, a qual pode operar também “como fatores de segregação e de hierarquização social (. . .) garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia” (Foucault, 1988, p. 132).

O biopoder é capaz de acessar o corpo porque funciona através de normas em vez de leis, porque é internalizado por sujeitos em vez de exercido de cima mediante atos

ou ameaças de violência, e porque está disperso por toda a sociedade em vez de localizado em um único indivíduo ou organismo do governo. (Taylor, 2018, p. 61).

Por isso, Foucault (1988) ensina que o biopoder é um tipo de poder mais sutil, insidioso, do que o poder político tradicional, pois ele opera não somente no nível macro, mas principalmente no nível microfísico, regulando e controlando os corpos e os grupos, e sua eficiência sucede por não ser exclusivo do Estado e por se manifestar em várias esferas da sociedade. Portanto, o biopoder, no qual estamos entrelaçados, “administra a vida ao invés de ameaçar tirá-la” (Taylor, 2018, p. 64), o que não significa que a morte não surja, pois esse poder consegue deixar morrer. Como demonstra Foucault (1988), as guerras hoje, por exemplo, não são travadas em nome de um soberano, elas acontecem, “em nome da existência de todos; populações inteiras são levadas à destruição mútua em nome da necessidade de viver. Os massacres se tornaram vitais” (p. 129). Isto é, hoje se deixa morrer, não se mata diretamente, mas permite que aconteça em nome da vida. A morte de alguns é legitimada em nome da saúde e da segurança de outros, em nome de um “bem maior”.

Assim, ocorre a segregação de vidas precárias, que aparece como consequência da ação do biopoder através da biopolítica, sendo tratada por meio da eliminação. É nesse ponto que o filósofo Achille Mbembe (2003/2018b) introduz o conceito de necropolítica, que combina as palavras “necro”, que significa morte, com “política”, referindo-se ao exercício do poder e à governança. Em essência, a necropolítica explora os modos como o poder político opera através do controle e da manipulação da mortalidade e do uso da violência. Mbembe (2003/2018b) argumenta, com base na teoria de Foucault, que as teorias políticas tradicionais se centram frequentemente na preservação da vida e no exercício do poder sobre as populações vivas. No entanto, sugere que, na contemporaneidade, certas formas de poder estão cada vez mais preocupadas com a regulação e a gestão da morte. Assim, o autor argumenta que a necropolítica vai além da biopolítica. No contexto da necropolítica, o poder é exercido não apenas através da proteção de algumas vidas, mas também através da imposição deliberada da morte, da gestão da morte e do controle sobre quem vive e quem morre. Isso pode manifestar-se de diversas formas, como a violência estatal, o genocídio, a militarização e a imposição de condições que levam à morte prematura de determinadas populações. O conceito de Mbembe é particularmente relevante quando analisamos situações em que governos, instituições e pessoas se envolvem ativamente em práticas que resultam na perda generalizada de vidas ou locais onde certos grupos de pessoas estão sujeitos a condições que tornam sua vida precária, os quais, em nossa pesquisa, exemplificamos pela PSR.

O mesmo autor, na obra *Crítica da Razão Negra*, aponta outro conceito: o de “nada querer saber”. Ele nos mostra que, nos séculos XVI e XVII, os franceses possuíam um aspecto principal na relação com a escravidão, “a recusa em ver – e, portanto, a prática da ocultação e da negação” (Mbembe, 2013/2018a, p. 124). Em suas palavras, “a França indicava sua vontade de nada querer saber a respeito das vítimas (. . .) pelo fato de que no escravo negro não haveria nada para ver, a não ser um ‘nada em si’” (Mbembe, 2013/2018a, p. 125). O racismo à francesa nos exemplifica a negação, a não preocupação com o outro porque esse outro não se vê. A ideia de “não querer saber de nada” sugere uma ignorância deliberada ou recusa em reconhecer as realidades e as perspectivas complexas. É uma invisibilidade que nega a humanidade de sujeitos e os transforma em coisas, o tratamento da segregação pelo isolamento, que pode acarretar posteriormente a eliminação. Mbembe argumenta que essa recusa é uma forma de violência epistêmica que reforça as hierarquias existentes e perpetua a marginalização de certos grupos. Em essência, “não querer saber de nada” reflete a evitação ou a rejeição deliberada das perspectivas, das histórias e dos conhecimentos produzidos, contribuindo para a perpetuação de estereótipos, preconceitos e sistemas de opressão.

Dessa forma, como dito anteriormente, há a possibilidade de tratar a segregação, enquanto retorno traumático do sintoma social, em três esferas: a eliminação, o isolamento, e a resolução. Discutimos anteriormente as duas primeiras possibilidades listadas, a eliminação, por meio da morte deliberada de vidas precárias, e o isolamento, por meio do “não querer saber” da vida precária. Dessa maneira, pensando na perspectiva psicanalítica e na clínica com a PSR, voltamos à pergunta: qual é a resposta que damos ao que repete da segregação?

Em nossa pesquisa, focamos na possibilidade de participação na forma resolutiva. Assim como o sintoma na perspectiva psicanalítica é algo a ser resolvido, não negado ou eliminado, por exemplo, por meio de medicação, o sintoma social, nesta pesquisa aprofundado na PSR, é algo a ser resolvido de forma plural no âmbito da saúde e nos âmbitos sociopolítico e econômico, e não negado ou eliminado como é repetidamente expressado no biopoder.

Para tanto, devemos nos ater às particularidades dessa população que se encontra em situação de risco e também às singularidades de cada sujeito. Por isso, como afirma Pacheco et al. (2013), devemos saber que “a política da Psicanálise (. . .) implica, antes de mais nada, adotar uma posição ética contrária à segregação” (p. 20), no caso, à segregação enquanto prática, já que como causa é inevitável e necessária. Diante dos dados expostos, pensando

na situação de rua como um risco social, fica o questionamento: essa população é vulnerável? De que forma o risco social e a vulnerabilidade se diferenciam e coexistem?

4 Vulnerabilidade ou Risco Social?

Por que ruas tão largas?
 por que ruas tão retas?
 Meu passo torto
 foi regulado pelos becos tortos
 de onde venho.
 Não sei andar na vastidão simétrica
 implacável.
 Cidade grande é isso?
 Cidades são passagens sinuosas
 de esconde-esconde
 em que as casas aparecem-desaparecem
 quando bem entendem
 e todo mundo acha normal.
 Aqui tudo é exposto
 evidente
 cintilante. Aqui
 obrigam-me a nascer de novo, desarmado.

—Carlos Drummond de Andrade, *Ruas*

Nas ciências sociais, o sociólogo Ulrich Beck, em 1992, conceitua o termo risco associado à globalização. Para ele, a sociedade industrial dá lugar a uma sociedade de risco à medida que se globaliza, e, dessa forma, os riscos afetariam de forma igualitária cada sujeito, independentemente de seu lugar geográfico e de sua classe econômica e social (Beck, 1992). Por meio da teoria de Beck, a antropóloga Caroline Moser (1998) elenca novos tipos de riscos, relacionados a questões políticas, ambientais, sanitárias e alimentares. Com base neles, ela defende que as situações de mal-estar social, seja do sujeito, seja de grupos, são resultados de uma “vulnerabilidade de ativos”. Essa nomeação indica ativos como algo que possa ter um valor para o sujeito, podendo ser simbólicos, como o capital social e as relações sociais, ou materiais, como capital humano, habitação e trabalho (Moser, 1998). Sendo assim, “vulnerabilidade de ativos” se caracteriza por surgir da insuficiência ou da falta desses recursos simbólicos ou materiais que podem se apresentar como risco para o sujeito e, desse modo, acabar sendo a porta de entrada para a vulnerabilidade social.

Todavia, essa ideia da insuficiência, da falta ou da falha em administrar os recursos simbólicos pode acarretar um fortalecimento de discursos individualistas, que tendem a localizar a origem dos problemas e sua superação apenas no próprio sujeito. Isso nos faz refletir sobre uma autonomia que aparece como bandeira do estado liberal, uma noção de liberdade que traz um autopertencimento, uma ideia de domínio de si, de autorreflexão,

como diz Safatle (2019), “através do ato de tomar si mesmo por objeto de autorreflexão eu exercito a posse de mim mesmo” (p. 30). Assim, há um processo de apropriação, de ser proprietário de si mesmo, o que está de acordo com o regime atual de nossa sociedade. Em vista disso, o autor nos alerta sobre essa questão da responsabilidade individual com relação ao que nos acomete, do pensamento meritocrático, o qual dita que “se você se esforçar, você consegue”, esse tipo de pensamento tira toda a responsabilidade da sociedade e do governo perante as vulnerabilidades sociais (Safatle, 2016). Essa responsabilidade individual se mostra como determinação do mercado, feita de forma subjetiva, interna; a autonomia e a liberdade acabam coexistindo com novos modos de controle, “a coerção é internalizada, de modo que os sujeitos se autorreificam sob a égide da lógica da mercadoria” (Safatle et al., 2020, p. 49). Isso posto, a socióloga Julia Guivant (2013) afirma que “a globalização dos riscos não significaria a igualdade global frente a eles” (p. 99), ou seja, as pessoas podem ser expostas aos mesmos riscos, mas isso não significa que serão afetadas da mesma forma por eles.

Viktor Frankl, neuropsiquiatra austríaco e fundador da terceira escola vienense de psicoterapia – Logoterapia e Análise Existencial –, no livro *Em Busca de Sentido*, de 1946, relata que os sujeitos apresentam respostas singulares diante de experiências igualmente vividas. Em uma passagem do livro, Frankl, que foi contemporâneo de Freud, faz uma crítica referente ao texto “Recomendações ao Médico para o Tratamento Psicanalítico”, em que o psicanalista escreve:

é geralmente correto que a importância psíquica de uma pulsão aumenta com o seu impedimento. Tentemos expor um número dos mais diferentes seres humanos igualmente à fome. Com o aumento da necessidade imperiosa de alimentação apagam-se todas as diferenças individuais, e em seu lugar surgem as manifestações uniformes de uma pulsão não apaziguada. (Freud, 1912/2019g, p. 148)

Frankl, sendo um sobrevivente de quatro campos de concentração nazistas, afirma que as diferenças individuais não se apagam conforme ocorre o aumento da necessidade imperiosa de alimentação, ou seja, a fome era a mesma, mas as pessoas reagiam de forma diferente (Frankl, 1946). Apesar da colocação de Freud em 1912, no que se refere à pulsão e às suas manifestações, a palavra “geralmente” colocada nessa passagem sublinha que Freud não tomava sua colocação como uma verdade, o que nos revela que ele estava aberto a posicionamentos que poderiam divergir dos seus. Em vista disso, concordamos com Frankl quando ele afirma que, mesmo em condições adversas, o ser humano responderá de formas distintas um do outro. Em situações críticas, o individual não é submetido ao coletivo. A partir desse ponto, podemos diferenciar o conceito de risco do conceito de vulnerabilidade.

O termo “vulnerabilidade” tem origem no latim, com significado de ferir, de ser suscetível ao ferimento (Rêgo & Nuñez, 2018; Morais & Monteiro, 2017). No dicionário, vulnerabilidade aparece como uma particularidade ou um estado que é vulnerável, um sinônimo de fragilidade (Michaelis, 1998). Porém, assim como o conceito de risco, a utilização do termo vulnerabilidade em inúmeras áreas de conhecimento torna-o muito mais complexo do que transparece.

O termo começa a se manifestar com mais frequência durante a epidemia da AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida) na década de 1980, atrelado aos riscos de saúde dos afetados pela síndrome (Scott et al., 2018; Musial & Marcolino-Galli, 2019). Contudo, após várias ações específicas dentro da área da saúde, percebeu-se que era insuficiente lidar com a epidemia apenas pelo aspecto individual, e houve a necessidade de se reconceituar o termo da vulnerabilidade voltado tanto para questões individuais quanto coletivas, relacionadas à economia, à cultura, à história e à política (Musial & Marcolino-Galli, 2019). Devido a isso, surge uma nova interpretação da vulnerabilidade pensada em três aspectos: o individual, o social e o programático. O primeiro diz respeito a capacidades comportamentais e cognitivas do sujeito perante situações de risco; o segundo relaciona-se ao acesso a informações e ao gasto com serviços de saúde e com serviços sociais; e o terceiro refere-se ao acesso a serviços institucionalizados e ao modo como eles se relacionam com o sujeito (Bertolozzi et al., 2009).

Na política, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2018) define a vulnerabilidade social nos termos de uma escassez ou falta de acesso a segmentos que, em sua maioria, são fornecidos pelo Estado. O instituto, juntamente com outras instituições, elabora o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), por meio de apuração de indicadores do Atlas do Desenvolvimento Humano Municipal (ADH), eles ramificam os aspectos da vulnerabilidade social em três fatores.

i) a infraestrutura urbana do território em tela (seja ele um município, uma região, um estado ou uma UDH); ii) o capital humano dos domicílios deste território; e iii) a renda, o acesso ao trabalho e a forma de inserção (formal ou não) dos residentes nestes domicílios. (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018, p. 21)

Dessa forma, a vulnerabilidade social se caracteriza como um modo de reconhecimento das falhas nos serviços e bens públicos disponibilizados aos sujeitos. Logo, a partir de uma perspectiva política, a vulnerabilidade social existiria em nossa cultura como uma condição situacional, o sujeito social não é vulnerável, mas ele se encontra nessa posição, por isso, nesse ponto, “a vulnerabilidade social abrange a precariedade em

diferentes segmentos considerados de ‘necessidade básica’ e ainda questões de organização política, etnia, orientação sexual, dentre outras” (Tonin & Barbosa, 2018, p. 52).

Por outro lado, no campo da psicologia, as autoras Yunes e Szymanski relatam o risco como situações relativas à grupos, e a vulnerabilidade como algo particular, havendo, assim, uma associação entre eles, visto que, para elas, a vulnerabilidade atua somente quando já há risco (Yunes & Szymanski, 2001 como citado em Janczura, 2012). Pensando nessa perspectiva, podemos inferir que a vulnerabilidade, por ser particular, está atrelada a diversos aspectos. Isso pode ser constatado na revisão sistemática do termo vulnerabilidade social, feita em 2018, a qual mostra a “vulnerabilidade social como exposição a riscos; vulnerabilidade social a partir de aspectos demográficos e, ou, socioeconômicos; vulnerabilidade social a partir de uma noção multidimensional” (Scott et al., 2018, p. 607).

Considerando as definições acima mencionadas, este trabalho se valerá da definição de vulnerabilidade social enquanto uma noção multidimensional, referente a fatores contextuais, coletivos e individuais. O mesmo vale para a noção de risco social, a qual usamos, nesta pesquisa, para nos referirmos à situação de rua. No lócus em que essa população se encontra, podemos localizar as vulnerabilidades sociais presentes, como, por exemplo: pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas (SPA), desempregadas, pessoas com difícil acesso à alimentação básica, acometidas por transtorno mental, pessoas em contexto de prostituição, entre outras. A partir do exposto, podemos destacar que há diversas pessoas em situação de rua que se encontram em risco social e que podem estar expostas à vulnerabilidade social e vivenciando contextos muito similares. No entanto, o que podemos inferir é que entre esses sujeitos não há semelhanças quando destacamos o modo como cada um responde a esse risco vivenciado. Ou seja, há pessoas em risco social de situação de rua que são mais vulneráveis que outras a determinada situação. Portanto, os sujeitos podem ser acometidos pela mesma situação de risco, mas a maneira como são afetados e a maneira como responderão e sofrerão será individual e subjetiva, em conformidade com suas vulnerabilidades sociais.

Raonna Martins (2016) aponta que a PSR é comumente infantilizada, tendo seus desejos resumidos às suas necessidades, segundo ela, “a ‘marginalidade’ que é pressuposta sobre as pessoas que estão nas ruas chega muito antes do sujeito que se apresenta” (p. 48). Por isso, José Ricardo Ayres, médico e professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, alerta para o cuidado com o uso da expressão “populações vulneráveis”, ao passo que tal expressão acaba rotulando os sujeitos enquanto vítimas, incapazes, e mingando a sua capacidade de ação, de escolha, de

autonomia. Em suas palavras, “seria mais adequado a gente pensar em relações de vulnerabilização do que em populações vulneráveis. A população vulnerabilizada tem que dizer para gente o caminho para as relações de vulnerabilização que estão em questão” (Ayres et al., 2018, p. 59). Desse modo, segundo o médico, a vulnerabilidade é algo relacional; assim, quando falamos em vulnerabilidade de um sujeito, devemos nos perguntar: vulnerabilidade “de quem?”, ‘a que?’, ‘quando?’, ‘onde?’” (Ayres et al., 2018, p. 59).

Freud (1930/2020b), no texto “O Mal-Estar na Cultura”, destaca que o sofrimento humano provém de três fontes: da perecibilidade de nosso corpo, do poder de destruição do mundo externo e das relações com os outros. Dunker (2011a) nos mostra que o sofrimento é sempre algo que o sujeito consegue discernir, algo que ele consegue apontar, reconhecer, e que demanda ser atenuado. Dessa forma, o sofrimento é “função de quem o designa e de como o faz” (Dunker, 2011a, p. 42). O mal-estar, por outro lado, é algo próprio da condição de ser humano, ele é o impossível de se nomear que perdura em nossa existência. Esse mal-estar demanda um cuidado, o qual não garante um retorno a um estado passado, é um cuidado que permite uma reformulação de estar no mundo (Dunker, 2011a). Assim, podemos identificar o mal-estar como um “sofrimento insuficientemente nomeado” (Dunker, 2011b, p. 117) inerente à condição humana, que se apresenta como angústia na clínica.

Ainda no texto de 1930, Freud trabalha a questão da busca da felicidade e do prazer. O autor nos indica que a felicidade é algo individual, que ela só é aproveitada de forma descontínua e que cada sujeito deve achar a sua particularidade de estar feliz. Assim,

tudo irá depender de quanta satisfação real ele pode esperar do mundo exterior e até que ponto ele age para se tornar independente dele; e também, por fim, de quanta força ele acredita dispor, para modificá-lo de acordo com seus desejos. (Freud, 1930/2020b, p. 330)

Percebemos, assim, que a felicidade está ligada a representações advindas do mundo exterior e à capacidade do sujeito de lidar com ele ou de modificá-lo. Essa capacidade de mudança do sujeito está intimamente ligada à sua constituição psíquica e à sua aptidão para ressignificar sua posição frente à vida e ao social. Sujeitos que porventura vivenciam uma realidade social difícil irão se constituir e responder subjetivamente a partir dessa posição social adversa e apresentar, como efeito dessa relação, dificuldades para alcançar a felicidade (Freud, 1930/2020b). Sendo assim, destacamos aqui os sujeitos em situação de rua com risco social vinculado a vulnerabilidades sociais.

Isso posto, podemos associar a questão do desamparo em psicanálise à resposta dada ao risco e fundamentada pela vulnerabilidade. O conceito de desamparo é introduzido por Freud (1895/2006c) no “Projeto para uma Psicologia Científica”. Nesse texto, o psicanalista

mostra como o ser humano, enquanto bebê, precisa do outro para prover suas necessidades de sobrevivência, algo que o coloca em uma posição de “centro do mundo” de “majestade”, na qual tudo que deseja se antecipa e se realiza. Porém, essa posição se mostra ilusória; trata-se de uma ilusão fundante, em que há uma súbita descoberta de um buraco nessa posição, e o bebê se vê incompleto e se depara com seu desamparo. Em “Inibições, Sintomas e Angústia”, Freud (1925[1926]/2006b) apresenta uma experiência de desamparo diante do excesso de excitações, internas e externas, com as quais o ego não consegue lidar, de modo que há um desamparo associado à ansiedade, como um sinal, perante a ameaça de uma situação de perigo; uma ansiedade relacionada ao perigo de perda do que o mantém, à possibilidade da separação, do abandono. Por fim, em “O Futuro de uma Ilusão”, Freud (1927/2020a) mostra o desamparo como estruturante, como condição primeva para a existência, estando, portanto, sempre presente na vida dos sujeitos. Ou seja, o sujeito é desamparado por estrutura e, uma vez exposto a situações de risco e ao se deparar com suas vulnerabilidades sociais multidimensionais, poderá reativar o sentimento de desamparo outrora sentido, disparando “movimentos regressivos e defesas arcaicas, como tentativas de reaver um suposto estado de aconchego, provido pelo objeto primário” (Oliveira et al., 2014, p. 25).

Além disso, é importante pensarmos em como nossa sociedade atual se mantém com base na liquidez e no enfraquecimento das instituições. Bauman (2001), em *Modernidade Líquida*, mostra como os sujeitos são “condenados” a ser livres. A segurança do sólido, do concreto, liquefaz-se perante um processo de privatização do espaço público e de individualização; nós somos mais livres para agirmos conforme nossos desejos, mas, por outro lado, isso nos torna mais responsáveis pelos nossos atos, uma liberdade que nos aprisiona por meio da responsabilidade individual. Percebemos a instalação de uma liberdade ilusória, na medida em que somos obrigados a nos responsabilizar inteiramente por nossa própria vida, somos responsáveis pelo que nos tornamos, não temos qualquer garantia de outrem e, portanto, deparamo-nos constantemente com uma incerteza que nos remete ao desamparo. Ou seja, de um lado, o sujeito se encontra com maior liberdade para ser e se atentar à singularidade de seu desejo e, de outro, “encontra-se em uma situação de desamparo diante da incerteza e insegurança que tal estado de coisas pode trazer” (Oliveira et al., 2014, p. 23).

Pouco tempo depois, Bauman (2004), em *Amor Líquido*, mostra também como a fragilidade, a insegurança e a incerteza se refletem nas relações com os outros. Isso nos leva a indagações constantes: como confiar no outro, como ter a certeza de que ele não irá nos

magoar e nos abandonar? Esses questionamentos e essas incertezas permeiam a existência do humano. No entanto, a busca de respostas prontas não dirige ninguém à constância esperada, restando ao sujeito saber fazer com essa falta. Entretanto, transformar essa falta, esse espaço vazio, a partir da relação com o outro é um modo de fazer com essa falta. Todavia, tal como nos dizem Oliveira et al. (2014), é somente através da relação com o outro que podemos “transformar o espaço vazio em habitável, em um lugar. (. . .) O que funda e mantém viva a existência é a capacidade humana de produzir encontros” (p. 27).

Dessa maneira, podemos inferir que, para analisarmos as reações perante um risco social, precisamos pensar nas vulnerabilidades sociais atreladas ao sujeito e nas suas respostas subjetivas vinculadas a elas, abrangendo questões culturais, políticas e territoriais, e não somente econômicas, visto que vulnerabilidade social não é sinônimo de pobreza.

Isso posto, no próximo capítulo, trabalharemos a questão da clínica, de como se deu e ainda se dá a evolução da *práxis* psicanalítica, pensando especificamente na clínica com sujeitos em situação de rua que respondem ao risco social de forma particular, ancorados às suas vulnerabilidades.

5 Clínica: uma Construção Histórica

Estudo ou romance, isto é simplesmente um livro de verdades, um episódio singelamente contado, na confabulação íntima dos espíritos, na plena confiança de dois corações.

—Machado de Assis, *Confissões de uma Viúva Moça*

A expressão “clínica” vem da Grécia e significa “estar junto ao leito”, como uma ação realizada especificamente por médicos ao pé do leito. Foi Hipócrates, na Grécia antiga, que conceituou a clínica, introduzindo a anamnese no fazer médico como estágio inicial do exame. Ele estabeleceu tanto a observação clínica quanto a anamnese e o exame físico como ferramentas para a clínica médica (Moreira et al., 2007). Dessa forma, Rezende (como citado em Moreira et al., 2007) defende que a clínica surgiu na Grécia antiga e alcançou seu auge entre os séculos XVIII e XIX; diferentemente de Foucault que aponta o nascimento da clínica entre os séculos XVIII e XIX, e não na Grécia antiga. O fato é que entre esses séculos há uma transformação na forma de se fazer medicina, o que irá influenciar no modo de se fazer a clínica psicológica.

No livro *Nascimento da Clínica*, de 1977, Foucault relata essa transformação de perspectiva e de tratamento. Nessa obra, o filósofo defende que, antes do sistema de clínica médica, entre os séculos XVII e XVIII, a medicina se dava pela experiência do sujeito, relacionada diretamente ao sofrimento particular. Nesse período, a medicina se baseava em percepções individuais do corpo e da doença, e a sintomatologia revelava o desenvolvimento da doença no sujeito. Entretanto, com o surgimento de epidemias que afligiram coletivamente o ser humano, independentemente de sua classe social, a medicina deixou de ser uma prática específica para alguns e se expandiu à população. Essa expansão foi acompanhada de exigências de controle populacional, e mudou-se o foco de percepção individual para uma percepção geral da doença. “A medicina das epidemias se opõe a uma medicina das classes, como a percepção coletiva de um fenômeno global, mas único e nunca repetido” (Foucault, 1977, p. 28).

Assim, no final do século XVIII e início do século XIX, destaca-se o dispositivo⁴ do olhar, o olhar médico, o olhar clínico, que busca a verdade sobre a doença. Nesse momento, a medicina assumiu uma posição clínica e tornou generalizada a forma de se ler a doença, a partir de um saber sobre ela. A clínica, segundo Foucault (1977), passa a ser um modo de

⁴ Para Foucault, dispositivo é um conjunto de relações e de saberes distintos que tem como finalidade conseguir responder a urgências sociais.

dispor a verdade desvelada por procedimentos científicos que levam a doença a se mostrar, a fim de deduzi-la e analisá-la. Ou seja, a clínica se apropria de códigos do saber que concedem ao discurso médico a possibilidade de se estruturar em torno de uma dita legitimidade científica. A doença passa a se posicionar entre a vida e a morte e sai, assim, de um estatuto individual para ser mostrada a partir do olhar médico, ganhando status de verdade. Segundo o autor,

através do invisível o signo indica o mais longínquo, o que está por baixo, o mais tardio. Trata-se nele do término, da vida e da morte, do tempo, e não desta verdade imóvel, dada e oculta que os sintomas restituem em sua transparência de fenômenos. (Foucault, 1977, p. 102)

Em vista disso, passa-se, em vez de se perguntar “o que você tem?”, a se perguntar “onde dói?”, há, portanto, o destaque do sintoma na clínica. Foucault (1977) afirma que “a formação do método clínico está ligado à emergência do olhar do médico no campo dos signos e dos sintomas” (p. 102). Ele reitera que o sintoma é o significante da doença, é a junção dos sintomas que caracteriza a doença. Já o signo é o significado, ele anuncia o que passou, diagnostica o que está ocorrendo e prognostica o que irá se passar. Um mostra, fazendo-se ver, o outro diz, fazendo-se falar. Nas palavras do filósofo, “na clínica, ser visto e ser falado se comunicam de imediato na verdade manifesta da doença, de que é precisamente todo o ser. Só existe doença no elemento visível e, conseqüentemente, enunciável” (Foucault, 1977, p. 108).

O surgimento da clínica moderna cria então uma prática médica firmada entre o observável e o enunciável. A clínica passa a ser estabelecida como lugar de encontro entre o médico e o doente, o qual é definido pelo autor por três meios: a alternância entre o ver e o falar, entre o que o médico observa como sintoma e o que o doente fala que sente como signo; a correlação entre o olhar e a linguagem; e a descrição da doença. Esse terceiro permite, como nos diz Foucault (1977), a

passagem do doente à doença, o acesso do individual ao conceitual. E é aí que se estabelece, pelas virtudes espontâneas da descrição, o vínculo entre o campo aleatório dos acontecimentos patológicos e o domínio pedagógico no qual estes formulam a ordem de sua verdade. (p. 129)

O surgimento desse novo olhar médico clínico começa a aparecer em todo o espaço social, implicando uma nova posição do doente e uma reestruturação do espaço hospitalar. A sociedade passa também a compreender que existe um profissional específico capaz de olhar e de entender as doenças. Dessa forma, o saber médico ganha prestígio e poder, passando a fazer parte de uma rede múltipla de vigilâncias envolta nas políticas. Moreira et al. (2007) apontam que o discurso médico obtém “uma ordenação estabelecida pelos

critérios de cientificidade e fundamenta as práticas que organizam a Medicina moderna. O corpo torna-se, assim, motivo de controle disciplinar e tecnológico” (p. 611). Nesse ponto, a saúde estabelece critérios de normalidade, e há a elaboração de modelos; assim, o saber médico clínico se constitui em torno de parâmetros tidos como normais.

A clínica psicológica, assim como a médica, irá se estabelecer inicialmente a partir de diagnósticos e classificações com base em uma normalidade. Segundo Ancona-Lopez (1984), a expressão psicologia clínica aparece inicialmente em 1896, dirigindo-se a diagnósticos utilizados em conjunto com a medicina. É nesse momento que o olhar perante os transtornos mentais começa a se converter de algo religioso para algo científico. A autora aponta que “a par do desenvolvimento da Psicologia, isto é, do estudo sistemático da vida psíquica em geral, desenvolveu-se a Psicologia Clínica, como atividade voltada à prevenção e ao alívio do sofrimento psíquico” (Ancona-Lopez, 1984, p. 4). Com o pensamento diagnóstico, há a predominância de uma visão de clínica mais individual de consultório particular, o que é bastante reducionista. Podemos encontrar, por exemplo, a clínica nas ciências humanas em cenários sociais. Sévigny (2001) afirma que

a abordagem clínica não poderia se limitar a um setor particular, sobretudo ao setor médico ou terapêutico. É uma metodologia utilizável em quase todos os setores que se possa imaginar (. . .) E, mesmo se certas teorias se mostram, às vezes, mais úteis que outras para a análise clínica, a noção de clínica não decorre uma teoria particular, mas antes um método, uma via de conhecimento e de ação, uma abordagem particular. (p. 17)

Dessa maneira, uma clínica do social deve trabalhar com a subjetividade vinculada ao social, por meio de uma ação política exercida no cotidiano do sujeito. Por isso, faz-se necessário discernir o cidadão do sujeito. Segundo Garcia (2000), o cidadão diz do geral, e o sujeito do singular, no momento em que a pessoa representa e interpreta um acontecimento, o cidadão se faz sujeito, já no momento em que o espaço se amplia nas subjetividades, o sujeito se faz cidadão. O autor diz ainda que a ética na clínica do social “deve avaliar o que pode um sujeito e o que desse poder ele é capaz de querer” (p. 49). Podemos, assim, articular o que é da clínica psicanalítica com outros campos do saber, e nesses está incluído o social, porque a clínica pressupõe sofrimento social, pois o social está incluído na clínica.

5.1 A Clínica Psicanalítica

Seguindo nosso percurso, faz-se relevante demarcarmos o que da clínica psicanalítica se inscreve para pensarmos o sujeito. No texto “Sobre Psicoterapia”, Freud

(1905[1904]/2019j) visa esclarecer alguns equívocos sobre o método analítico de psicoterapia e elucidar suas particularidades colocando-o como “um tipo de educação póstuma para superar resistências interiores” (p. 75).

No primeiro ponto, Freud nos revela um contraste entre a técnica sugestiva e a psicanálise ao fazer uma comparação com a arte de Leonardo da Vinci. Da mesma forma que a pintura de Da Vinci, a sugestão parte de um processo de criação, no qual se inserem novos elementos no objeto criando algo novo, é um trabalho *per via di porre* (por meio da colocação). O pintor coloca a tinta em uma tela em branco construindo algo; nesse gesto, há uma sugestão enquanto influência direcionada a fim de construir um novo. Já a psicanálise se compara à escultura do artista, encaixando-se em um trabalho *per via di levare* (por meio da remoção), uma atividade que retira o excesso, revelando o objeto. Nesse caso, não há um processo de criação, mas sim de extração, retirando o excesso para revelá-lo. Ou seja, assim como o escultor remove um excesso revelando algo, a psicanálise auxilia o sujeito a bordear um excesso, por meio da extração de gozo, revelando algo da sua subjetividade. Assim, o psicanalista junto com o analisando faz a análise, mas a síntese quem fará é o próprio sujeito.

No segundo ponto, o autor adverte sobre exercer a terapia analítica sem conhecimento prévio, relatando sua preocupação acerca de um analista sem prévio estudo ocasionar mais danos ao analisando do que benefícios. No terceiro ponto selecionado, o psicanalista evidencia que, para um processo terapêutico ter sucesso, tanto o analista quanto o analisando desempenham um importante papel. O primeiro deve empenhar bastante tempo em estudos para sempre aprimorar sua técnica e executá-la da melhor forma possível, o segundo deve ser verdadeiro e mergulhar com genuína sinceridade no processo.

Outro tópico apontado por Freud sinaliza indicações e contraindicações da clínica psicanalítica, marcando quatro conjunturas. Primeiramente, ele esclarece que devemos ter cautela para não focalizar demais no sofrimento a ponto de se esquecer do sujeito que o porta. Ele contraindica a realização da terapia psicanalítica visando a uma rápida extinção do que ameaça o sujeito, ponto que, para a presente pesquisa, apresenta aspecto dúbio. Uma clínica com sujeitos em situação de rua não objetiva extinguir a ameaça se apresentando como salvadora, o que corrobora com a contraindicação, porém a clínica em tal situação apresenta uma dificuldade relacionada à continuação da análise, visto que o sujeito presente hoje ali pode não estar amanhã.

Outro ponto apresentado pelo autor a respeito do método analítico de psicoterapia concerne ao fato de que, na época, a psicanálise era constantemente questionada por se tratar de algo novo. O julgamento antecipado surge em paralelo com a estranheza, e o medo do

novo nos abastece de preconceitos, o que possivelmente encontraremos com relação a este trabalho, visto que a clínica psicanalítica em situações de risco social representa um novo dentro da psicanálise. Por fim, o último ponto evidenciado diz respeito a como se compõe a terapia analítica. Nas palavras de Freud (1905[1904]/2019j), ela “fundamenta-se na concepção de que representações inconscientes – ou melhor: a inconsciência de determinados processos anímicos – sejam a causa mais próxima dos sintomas patológicos” (p. 74).

Já no texto “Recomendações ao Médico para o Tratamento Psicanalítico”, Freud (1912/2019g) aponta, primeiramente, a importância de o analista não se ancorar em anotações durante nem depois da análise, sendo capaz de “manter na memória os incontáveis nomes, datas, detalhes da lembrança, ocorrências e produções da doença que um paciente apresenta durante meses e anos” (p. 93). Essa habilidade se dará por meio de uma “atenção equiflutuante”, a qual consiste em conseguir selecionar os pontos importantes da fala do sujeito, sem se ater a todos os detalhes. Todavia, tal técnica necessita de aperfeiçoamento, que só será possível com tempo e prática. Nas palavras do psicanalista, “ouça o que lhe dizem e não se preocupe se vai se lembrar de algo ou não” (p. 95).

Outra recomendação de Freud para adotarmos durante a realização da análise diz respeito ao envolvimento do psicanalista com o relato do analisando, o autor aconselha a não nos afetarmos com a narrativa, algo que, para ele, preservaria a clínica. Segundo o autor, o analista “precisa ser opaco para o analisando e, assim como uma superfície espelhada, não deve mostrar nada além daquilo que lhe é mostrado” (Freud, 1912/2019g, p. 102). Tal posição possibilita condições favoráveis para ambos, “para o médico a preservação desejável de sua própria vida afetiva; para o doente, a maior amplitude de assistência possível hoje” (p. 98).

No mesmo texto, podemos evidenciar duas outras orientações importantes para a clínica: a associação livre e a análise pessoal do psicanalista. De acordo com Freud (1912/2019g), “o analisando deve comunicar tudo que ele capta em sua auto-observação, evitando todos os apartes lógicos e afetivos que querem motivá-lo a proceder a uma seleção” (p. 99). O processo da associação livre é colocado por Freud como uma regra da psicanálise, na qual se privilegia a fala livre do paciente possibilitando o aparecimento de suas resistências e de seu material inconsciente a ser interpretado. Quanto à análise pessoal, o autor dirá que o analista deverá conseguir identificar nuances do inconsciente do paciente sem que sua própria censura interfira, para tal, o analista deve passar também por uma análise

pessoal. Nas palavras de Freud, “todo aquele que quiser executar uma análise dos outros deverá primeiro submeter-se a uma análise junto a um especialista” (p. 100).

No texto “Caminhos da Terapia Psicanalítica”, Freud (1919[1918]/2019d) compara a terapia psicanalítica com o trabalho químico, sua analogia diz respeito ao fato de ambos os fazeres decomponem conteúdos. O químico desmembra uma substância em vários elementos, da mesma forma, o analista decompõe as formações anímicas do sujeito em elementos determinantes e os expõe separadamente. Contudo, o precursor da psicanálise atesta um limite a essa analogia, apontando que, diferente do trabalho químico que lida com elementos concretos, a terapia psicanalítica lida “com aspirações, que estão sujeitas a uma compulsão por unificação e reunião” (p. 194). Ou seja, assim que o psicanalista decompõe uma formação anímica, por exemplo um sintoma, os elementos que romperão não ficarão isolados, logo eles irão se prender a uma nova conjunção do seu Eu.

O paciente neurótico nos apresenta uma vida anímica dilacerada, cindida por resistências, e, enquanto a analisamos e afastamos as resistências, essa vida anímica vai se recompondo, incorpora na grande unidade que chamamos de seu Eu todas as moções pulsionais que até então eram dissociadas por ele e reunidas em outro lugar. Assim, a psicossíntese se dá no analisando sem a nossa intervenção, de forma automática e inescapável. Com a dissecação dos sintomas e a suspensão das resistências, criamos as condições para que ela acontecesse. (Freud, 1919[1918]/2019d, p. 194)

Freud relembra que, até o momento, resumia a clínica psicanalítica ao trabalho de *conscientização do recalçado e descoberta das resistências*. Contudo, nesse texto, ele passa a sinalizar outro princípio importante para a clínica, a *abstinência*. Para ele, a clínica deveria, se possível, ser elaborada na abstinência. Ou seja, o analista precisa conseguir impossibilitar o analisando de recorrer a satisfações substitutivas que lhe poupe de encarar seu sofrimento. O trabalho do psicanalista “precisa se manifestar como uma intervenção enérgica contra as satisfações substitutivas prematuras” (Freud, 1919[1918]/2019d, p. 197). Muitas vezes, tais satisfações podem surgir dentro do próprio tratamento, afinal o sujeito as busca também na relação com o analista. Nesse ponto, Freud esclarece que, em alguns momentos, precisamos nos colocar em posição de educadores e conceder algo ao paciente, mas com cuidado para não conceder em excesso. É esse equilíbrio de privar e conceder que preserva a relação entre analista e analisando, sem apagar a individualidade do paciente. Freud diz que “o paciente não deve ser educado para ser semelhante a nós, mas para a libertação e a concretização de sua própria essência” (p. 199).

Nos três textos citados são apresentados aspectos fundamentais da clínica psicanalítica, que serão essenciais para o presente trabalho. Freud expõe a associação livre,

a neutralidade, a abstinência e a atenção flutuante como regras mínimas que devem reger o tratamento. Ele também demonstra a importância da teoria para a clínica, o modo como o analista precisa sempre estar se equipando de conhecimento, e diz da necessidade de análise pessoal do próprio analista. Segundo ele, o processo da análise se dá por meio de uma decomposição das formações anímicas, que serão analisadas retirando excessos para revelar os pontos cruciais para o tratamento. Para Freud, esse processo deve ser elaborado sem apoio de anotações, prestando atenção nas nuances do sujeito que fala, e não tanto em seu sofrimento e em como extingui-lo. No texto “A Questão da Análise Leiga: Conversas com uma Pessoa Imparcial”, ele afirma que o objetivo do psicanalista é educar o “Eu a superar a sua tendência a tentativas de fuga e a suportar a aproximação do recalcado” (Freud, 1926/2019a, p. 219).

Ainda pensando na clínica psicanalítica, Lacan (1958/1998a), no texto “A Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder”, interroga a prática psicanalítica e trabalha conceitos fundamentais, como interpretação e transferência. O psicanalista divide o conteúdo em cinco partes e inicialmente indaga “Quem analisa hoje?” (p. 591), criticando a noção de contratransferência. Lacan sustenta que é a ética da psicanálise que estabelece a direção do tratamento, ou seja, é a ética do sujeito perante seu desejo dentro de um laço social que norteia o tratamento. Em suas palavras, “o psicanalista certamente dirige o tratamento. O primeiro princípio desse tratamento (. . .) é o de que não deve de modo algum dirigir o paciente” (p. 592), isso significa que o psicanalista deve permitir que o analisando não perca sua instalação na situação analítica firmando-a na regra fundamental. Por isso, o importante do analista no processo não é o seu ser, e sim a sua falta-a-ser. Segundo Lacan, “o analista é ainda menos livre naquilo que domina a estratégia e a tática, ou seja, em sua política, onde ele faria melhor situando-se em sua falta-a-ser do que em seu ser” (p. 596). Dessa forma, na clínica, o analista não se porta enquanto sujeito, e sim enquanto objeto, ele deve fazer semblante de objeto para que o sujeito de desejo do analisando apareça.

A segunda pergunta que o psicanalista aborda é “Qual é o lugar da interpretação?” (p. 598). Nesse ponto, Lacan (1958/1998a) defende que a resistência que bloqueia o tratamento está do lado do analista, e não do analisando, afirmando que “não há outra resistência a análise se não a do próprio analista” (p. 601). Dessa maneira, o papel do analista não é resistir, mas sim interpretar. Seu papel é decifrar o sentido das formações inconscientes do analisando, visando propiciar, sustentado pela transferência, uma reeducação subjetiva ao sujeito, que o tornará capaz de se restituir no mundo simbólico. Sua tática é a interpretação, sua estratégia, a transferência.

Posteriormente, nesse mesmo texto, Lacan se pergunta “Em que ponto estamos com a transferência?” (p. 608). Ele critica a concepção de que a clínica psicanalítica se estrutura somente pelo manejo da transferência, em suas palavras, “não estaremos enganados em julgá-las segundo o manejo da transferência que elas implicam” (p. 609). Ele discorda da ideia de uma orientação da clínica nas relações de objetos; para ele, o objeto da psicanálise não é algo do imaginário ou algo com o qual o sujeito se relaciona, é um objeto que não está lá, é algo do impossível, é o não objeto. A clínica, para Lacan, não é de objetificação do objeto, é uma clínica do encontro com a falta do objeto, do tornar possível se defrontar com o vazio estrutural que irá permitir ao sujeito se colocar em posição desejante.

Ainda nesse mesmo escrito, o autor interroga como o analista deve agir com seu ser. Não se trata de agir como modelo de sujeito, como modelo da felicidade, o analista, perante sua própria posição de desejo, deve estar implicado na sua escuta. O analista é o sujeito que está presente para escutar, é para quem o analisando irá falar livremente, e nós, enquanto psicanalistas, devemos sustentar, a partir da posição de transferência, a demanda trazida pelo sujeito. Lacan (1958/1998a) diz que “o analista é aquele que sustenta a demanda, não, como se costuma dizer, para frustrar o sujeito, mas para que reapareçam os significantes em que sua frustração está retida” (p. 624).

Por fim, a quinta e última parte do texto é intitulada por Lacan não como uma pergunta, mas sim como uma afirmação, a de que “É preciso tomar o desejo ao pé da letra” (p. 626), o que nos remete à importância de se amarrar o desejo à letra. Nessa parte, Lacan diferencia a demanda do desejo; a primeira aparecerá como aquilo que o sujeito articula, que condiciona o pedido, já o segundo, como aquilo a que ele visa, por isso “o sonho é feito para satisfazer o desejo do paciente para-além de sua demanda” (p. 638). Dessa maneira, o desejo “se produz no para-além da demanda” (p. 635), ele se trama ao significante e à impossibilidade do dizer, havendo aí sempre um resto que insiste no impossível do dizer. Esse resto se estrutura por meio da letra e surge como uma fresta do Real, por isso a linguagem não é capaz de expressá-lo, tampouco resolvê-lo. O desejo é instável e incompatível com a fala.

Em vista disso, Lacan coloca que apenas os efeitos da demanda são concebidos como princípios do poder da análise, afirmando ser importante preservar o lugar do desejo, orientado por tais efeitos, na direção do tratamento. Dessa forma, sendo o inconsciente estruturado como linguagem, o fazer psicanalítico deve possibilitar o aparecimento do sujeito de desejo através da palavra. Para isso, o analista se vê em uma posição de semblante de objeto, sendo alicerce para o desejo do analisando e lugar de construção para sua fala,

pois, “antes de mais nada, é para o sujeito que sua fala é uma mensagem, porque ela se produz no lugar do Outro” (p. 640). Assim, o desejo do analista se refere a um saber fazer com a letra.

Desse modo, segundo Lacan, “toda resposta à demanda na análise conduz a transferência à sugestão” (p. 641), e “a transferência também é uma sugestão, porém uma sugestão que só se exerce a partir da demanda de amor, que não é demanda de nenhuma necessidade” (p. 641). Ou seja, há o perigo de o analista, em vez de fazer uma análise, acabar fazendo aconselhamento, sugerindo respostas aos pedidos trazidos pelo sujeito. Lacan afirma que o analista deve saber levar a análise até o ponto que todas as demandas, articuladas no processo, mostrem-se como “transferência destinadas a manter instaurado um desejo instável ou duvidoso” (p. 642). Dessa forma, a transferência coloca o sujeito numa posição intitulada através de seu desejo, sem desmerecer sua demanda, por isso Lacan afirma que “a transferência em si já é análise da sugestão” (p. 642). Assim, para manter essa posição, podemos fazer prevalecer a frustração do paciente em relação à gratificação e, nesse momento, conseguiremos notar que a resistência desse sujeito “é apenas desejo de manter seu desejo” (p. 642).

Lacan, no final do texto, pergunta-se “para onde vai, portanto, a direção do tratamento?” (p. 647). Ele elenca seis pontos para tentar responder a tal pergunta: 1) a fala detém todos os poderes do tratamento; 2) nós estamos longe de conseguir dirigir o sujeito para a fala plena; 3) o sujeito é livre para experimentar a fala plena, mas é essa liberdade que ele tem mais dificuldade de tolerar; 4) o analista não satisfaz a demanda do sujeito, e é essa demanda que se coloca entre parênteses na análise; 5) o sujeito é dirigido à declaração do desejo, se essa não obtiver obstáculos; 6) a resistência se refere à incompatibilidade do desejo com a fala.⁵

Assim, ele afirma que, se devemos tomar o desejo ao pé da letra, é a letra que irá determinar o lugar de ser; pensando nisso, torna-se natural exigir que o analista seja letrado. A questão da letra é muito extensa e bem explorada por Lacan em seus trabalhos, mas, nesta pesquisa, não iremos aprofundar sua discussão. Contudo, tendo em vista a afirmação anterior, nós, como analistas, precisamos nos atentar para não pensar que a erudição nos

⁵ Percebemos que necessidade, desejo e demanda, para a psicanálise, são conceitos distintos. A demanda não é o pedido, ela é o que de inconsciente atravessa esse pedido e retorna sobre si. Esse giro da demanda constitui um vazio central que associamos ao processo de desejo. Por isso, a demanda é um estado de alienação do desejo, e esse é um paradoxo entre a necessidade e a demanda que persegue um impossível. Lacan afirma: “O desejo não é, portanto, nem o apetite de satisfação, nem a demanda de amor, mas a diferença que resulta da subtração do primeiro à segunda, o próprio fenômeno de sua fenda” (Lacan, 1958/1998c, p. 698).

pertence. Não é o analista que se faz sujeito suposto saber, é o analisando que irá colocá-lo nesse lugar à medida que dirige seu sintoma a ele. O analista deve conseguir situar o verdadeiro saber suposto ao inconsciente, o real saber é o saber que não se sabe situado no inconsciente do sujeito. Não obstante, indagamos se é possível manter os fundamentos da clínica psicanalítica, tratados por Freud e reformulados por Lacan, em lugares de situação de risco. Como uma clínica psicanalítica é elaborada, por exemplo, no social em situações de rua?

5.2 Clínica Psicanalítica e Campo Social

Trataremos, neste tópico, da clínica psicanalítica interligada ao campo social. Podemos apontar, a princípio, um encadeamento de uma Psicanálise Aplicada a uma Psicanálise em Extensão. A *Psicanálise Aplicada* é uma noção que se refere à aplicação da teoria e da prática da psicanálise em diferentes áreas, como a medicina e as humanidades. A princípio, há a aplicação da psicanálise na área da saúde, visando entender e abordar questões específicas do paciente relacionadas à sua saúde mental. Além disso, a teoria psicanalítica é utilizada para analisar e interpretar obras literárias, mitos, filologia, entre outros campos. Padovan e Darriba (2016) sustentam que, para Freud, uma Psicanálise Aplicada de forma ética deve se atentar ao rigor e ao valor na aplicação, os autores defendem que o psicanalista enfatizava a necessidade de rigor metodológico nos trabalhos aplicados, além da mera consistência teórica, e reconhecia os desafios de aplicar a psicanálise em campos fora da prática clínica tradicional, destacando a importância de uma avaliação cuidadosa e da prudência nas aplicações.

Examinando a aplicação da psicanálise, percebemos a construção de vários pensamentos e de várias ações que ultrapassam a ideia de uma psicanálise em clínica fechada de consultório particular. Lacan, em 1967, dissertou sobre a *Psicanálise em Extensão* e a *Psicanálise em Intensão*, em suas palavras, a “psicanálise em extensão, ou seja, tudo que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo, e psicanálise em intensão, ou seja, a didática, como não fazendo mais do que preparar operadores para ela” (Lacan, 1967/2003h, p. 251). Notamos a elaboração de uma Psicanálise em Extensão que estende a prática psicanalítica, abrangendo a divulgação e a aplicação da psicanálise em diferentes contextos e áreas, podendo ocorrer também na prática clínica fora do consultório particular e dentro de instituições de pesquisa onde pode ser estudada e

investigada enquanto intensão, havendo, desse modo, uma relação de interdependência entre a teoria e a prática (Bernardes, 2010).

Assim, refletimos aqui sobre a possibilidade de se pensar o sujeito não somente na esfera singular, mas também na esfera social e pública. Lacan (1966-1967/2008b), no *Seminário 14: A Lógica do Fantasma*, afirma que “o inconsciente é a política” (p. 350), tentar nos mostrar que o inconsciente se faz pelo laço social, laço este fundamentado na subjetividade de cada época. Por isso, Greiser (2008) afirma que “a estrutura do Outro Social muda e os sintomas variam de acordo com o discurso vigente de cada época” (p. 2). Em vista disso, julgamos importante trabalhar o desenvolvimento do laço social, com base na teoria dos discursos de Lacan, o que será feito mais a frente neste texto.

Em razão disso, Lacan (1953/1998f) argumenta que todo e qualquer analista deve “conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época. Pois, como poderia fazer de seu ser o eixo das tantas vidas quem nada soubesse da dialética que o compromete com essas vidas num movimento simbólico” (p. 322).

Em consonância com essa fala de Lacan, defendemos uma escuta do nosso tempo, da nossa época, das nossas conjunturas e subjetividades contemporâneas. Segundo Agamben (2009), o contemporâneo foca seu olhar na sua época e, dessa forma, ressalta suas obscuridades. O contemporâneo “não se deixa cegar pelas luzes do século e consegue entrever nessas a parte da sombra, a sua íntima obscuridade” (pp. 63–64), e, assim, passa a se movimentar e, conseqüentemente, a se transformar. É encarando o obscuro, o que incomoda, o estranho, que passamos a questionar e a transformar nossas subjetividades. Logo, ao nos depararmos com uma “estranheza” peculiar de nossa época, demonstrada nesta pesquisa pela posição de incômodo que o crescente número de pessoas em situação de rua nos coloca, é provocado em nós um movimento de indagação sobre nossa prática nesses espaços. Essa indagação poderá promover uma expansão do dispositivo clínico psicanalítico perante as subjetividades de hoje.

Contudo, antes de focarmos no dispositivo clínico psicanalítico com pessoas em situação de rua, precisamos entender onde esse dispositivo pode ser realizado. Os acolhimentos e os atendimentos a pessoas em situação de rua tiveram início, em nosso país, nos anos de 1990, em Salvador (BA). Na época, Antônio Nery Filho, coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da UFBA (CETAD), serviço ligado ao curso de medicina da universidade, em sua avaliação rotineira de dados colhidos pelo Centro, notou que as crianças e os adolescentes que estavam em situação de rua e em uso de drogas não compareciam aos serviços de tratamentos disponibilizados pelo Centro. O impulso para um

modo de aproximação dessa população veio da experiência realizada por Nery Filho em sua tese de doutorado na França, lugar em que conheceu a ONG Médicos pelo mundo. Essa organização idealizou, nos anos de 1990, a possibilidade de atender a população vulnerável em um ônibus equipado como clínica, com uma equipe multidisciplinar, em que médicos, psicólogos, pedagogos, assistente social se dirigiam para onde essa população alvo se encontrava. Dessa maneira, os técnicos dos serviços, para conseguir contato com eles, dirigiam-se até os espaços nos quais as crianças e os adolescentes se encontravam (Oliveira, 2009).

De volta a Salvador, Nery Filho constatou, em reunião com o CETAD, que o comparecimento das crianças e dos adolescentes na rua estava diminuindo. Essa constatação o leva a considerar que essa metodologia – caracterizada por ser um ambulatório móvel indo ao encontro desses sujeitos, com o objetivo de ser um lugar onde poderiam se amparar, serem examinados e poderem conversar sem nenhuma exigência – não estava agradando a essa população. Diante disso, a observação realizada pelos profissionais nas praças e nos lugares em que essa população permanecia e no cenário de vulnerabilidade em que esses jovens se encontravam ensejou o que foi nomeado como Banco de Rua. Essa foi a semente impulsionadora de uma proposta até então inusitada do projeto para o atendimento a essa população: o Consultório de Rua (Oliveira, 2009).

A partir dessas ações, em 1997, deu-se início ao projeto de Consultório de Rua na Bahia, que teve como objetivo desenvolver um trabalho multiprofissional nos territórios de permanência dos sujeitos, focalizado na redução de danos e na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (Oliveira, 2009). Posteriormente, em 2004, essas iniciativas do CETAD influenciaram o primeiro Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD – Pernambués) de Salvador a fundar o Consultório de Rua no serviço, devido à demanda da Coordenação de Saúde Mental da Bahia (Oliveira, 2009). Assim, influenciado pelas experiências na Bahia, em 2009, o SUS inseriu os Consultórios de Rua (CR) na rede nacional. Estes forneciam atendimentos com enfoque apenas na saúde mental, principalmente relacionados ao abuso de álcool e outras drogas (Santana, 2014). É a partir de 2011 que grande parte dos atendimentos à PSR começaram a ser relacionados à Política Nacional de Atenção Básica por meio dos Consultórios na Rua (CnR) realizados por equipes multiprofissionais, que visam à atenção integral à saúde dessa população (Brasil, 2012b).

A pesquisa realizada por Abreu e Ferreira de Oliveira (2021) com profissionais e gestores que trabalhavam no momento da transição do CR para o CnR nos indica os

principais pontos de mudança refletidos nas suas ações. Primeiro, percebemos uma ampliação do trabalho realizado pelas equipes, saindo de uma perspectiva apenas de saúde mental, relacionada ao uso de entorpecentes, para uma perspectiva de saúde integral. Segundo, a ampliação do espaço de trabalho, que contribui para uma colaboração entre o consultório e as equipes de saúde da família, além de melhorar o acesso da PSR às unidades básicas de saúde. Contudo, os autores apontam situações nas quais precisa-se ter cautela ao trabalhar em CnR. Primeiramente, deve-se tomar cuidado para não se esquecer do trabalho de prevenção e promoção de saúde e focar no tratamento do sintoma; em segundo, deve-se cuidar para não focalizar no trabalho apenas dentro dos serviços de saúde e negligenciar o trabalho nas ruas.

Dessa maneira, os CnR procuram trabalhar de forma multiprofissional a favor da intersectorialidade e integralidade do tratamento. Para isso, os autores apontam que é necessária uma formação específica dos profissionais que irão trabalhar com a PSR. Segundo eles, “formação, reconhecimento e apoio às equipes são aspectos importantes para a garantia de um cuidado mais integral, singular e que responda às principais necessidades da população em situação de rua” (Abreu & Ferreira de Oliveira, 2021, p. 200). Assim, além da mudança de nomenclatura de Consultório de Rua para Consultório na Rua, há um progresso na visão sobre a saúde ofertada a essa população e uma amplificação nas ações realizadas “com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde” (Brasil, 2012b, p. 62). Em vista disso, o *Manual sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua*, elaborado em 2012 pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, assinala pontos nos quais o profissional que irá trabalhar com essa população precisa se fundamentar, entre eles estão:

Concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção de saúde e no resgate da qualidade de vida, com intervenção nos fatores que a colocam em risco; (. . .) Consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação. (Brasil, 2012a, p. 34)

Infere-se, portanto, que os atendimentos à PSR e as ações desenvolvidas para essa população devem focar na desospitalização do tratamento e lutar contra ideias higienistas, trabalhando a favor da liberdade, do protagonismo e da autonomia desses sujeitos. Deve ser um trabalho livre de julgamentos, que reforce os direitos desses sujeitos enquanto cidadãos brasileiros, priorizando um cuidado na rua, território no qual estes se encontram, respeitando suas escolhas e vontades.

No Brasil, há vários CnR já instalados que contribuíram e ainda contribuem com o desenvolvimento do cuidado para com a PSR. Aqui, citaremos alguns desses consultórios e suas contribuições. O Pop Rua, consultório na rua do Rio de Janeiro, elaborado em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família, durante seu funcionamento, conseguiu enumerar alguns eixos que estruturam seu trabalho. Entre eles estão “a necessidade de instrumentalizar profissionais e pacientes, intentando transformar o plano das queixas em circuito de demandas” (Silva, 2015, p. 59), o que nos indica a importância de a pessoa que está em situação de rua se posicionar enquanto sujeito de desejo; e o “fluxo de implantação do cuidado, levando em consideração a dinâmica encontrada no território” (Silva, 2015, p. 58), o que nos mostra a importância do cuidado e do atendimento dessa população em seu território.

A questão do território também é trazida pelo trabalho do CnR de Maceió (AL), que identifica o território não somente como lugar geográfico, mas também como lugar existencial. Para eles, é um identificar “na dinâmica do contexto e das relações, as inúmeras situações de risco, sofrimento e vulnerabilidade social, assim como os fatores de proteção e potencialidades que permeiam a vida das pessoas em situação de rua” (Jorge & Moreira, 2015, pp. 133–134). Esse trabalho em Maceió também nos faz refletir sobre a importância do acolhimento e do cuidado sem julgamentos, sem barreiras higienistas. Essas pessoas devem ter o acesso ao serviço de forma incondicional, independentemente de como estejam, onde estejam, o que estejam fazendo, elas devem ser acolhidas, cuidadas e escutadas. Nas palavras dos autores: “Uma escuta radical na sua essência, não nega o direito de expressão do outro e considera o saber de cada um, de maneira singular, para a construção compartilhada de possibilidades para um cuidado, produtor de vida e de cidadania” (Jorge & Moreira, 2015, p. 132).

O CnR de Recife (PE) tem como principal meta atender usuários de álcool e outras drogas dentro das suas cenas de uso, permitindo o acesso a uma população que não consegue chegar aos serviços básicos de saúde, tendo sempre como alicerce os princípios da redução de danos (RD). Essa equipe nos traz a experiência de como há uma dificuldade em estabelecer um modelo de intervenção em comum para qualquer grupo, ou seja, não é possível traçar um plano geral para os usuários de crack, para os usuários de álcool, entre outros. Em suas palavras, “em cada usuário acessado é necessário observar as suas particularidades, com propostas de redução de danos e encaminhamentos particulares” (Francisco & Espíndola, 2015, p. 143). Isso nos mostra a necessidade de atendimentos singulares, que respeitem a subjetividade de cada um.

Como, então, a psicanálise se encaixaria nessa realidade? Considerando que, como afirma Raonna Martins (2016), “o modelo tradicional de setting não dá conta daquilo que o fenômeno social nos convoca a pensar” (p. 66). O próprio Freud, no V Congresso Internacional de Psicanálise em 1918/1919, ao discutir sobre a clínica com pessoas menos privilegiadas, diz de uma necessidade de adequação do método psicanalítico. Ele afirma que,

em algum momento, a consciência da população acordará e a alertará para o fato de que o pobre tem o mesmo direito à assistência anímica que ele já tem agora à assistência cirúrgica, que salva vidas. E que as neuroses não são menos ameaçadoras à saúde da população que a tuberculose e que, assim como está, não podem ser deixadas a cargo de cada pessoa do povo. (. . .) Esses tratamentos serão gratuitos. Pode ser que leve muito tempo até que o Estado perceba esses deveres como sendo urgentes. As condições atuais possivelmente ainda adiarão esse prazo, e é possível que a beneficência particular dará o primeiro passo com tais institutos; mas em algum momento isso necessariamente terá de acontecer. Resultará daí para nós, a tarefa de adequar a nossa técnica às novas condições. (Freud, 1919[1918]/2019d, pp. 201–202)

Tendo em vista a colocação de Freud, notamos psicanalistas se movimentando e adequando o fazer psicanalítico às atuais condições. O psicanalista Pedro Seincman (2019), por exemplo, defende que, para se realizar uma clínica psicanalítica em espaços públicos, sendo estes “aqueles que circulam nas ruas e seus contextos sociais complexos, nas instituições públicas – de saúde, de assistência e nas ONGs” (p. 94), pode-se trabalhar a partir da psicanálise de três modos caracterizados como: *Representação*, *Materialidade pré-verbal* e *Materialidade social*. A primeira diz respeito ao trabalho mais conhecido da clínica psicanalítica, é o exercício do analista referente às representações trazidas pelos sujeitos na análise, concerne ao campo subjetivo do trabalho. A segunda diz do campo concreto, expresso no corpo por meio de gestos, ações e comportamentos. Por fim, a terceira refere-se ao campo macro relacionado à questão social do sujeito, como saúde, escolaridade, financeiro, moradia, direitos humanos, entre outros fatores (Seincman, 2019). Essas clínicas em espaços públicos a partir da psicanálise são nomeadas de diversas formas e subdivididas por pesquisadores de nossa época.

5.2.1 Psicanálise Extramuros

A *Psicanálise Extramuros* refere-se à aplicação e à expansão da psicanálise além do contexto do tratamento psicanalítico. Elaborada de início por Jean Laplanche, o autor, no livro *Novos Fundamentos para a Psicanálise*, diz que:

Nesse movimento de se-dirigir-para-fora da psicanálise, distingo dois aspectos, dois movimentos, ou um duplo aspecto de um mesmo movimento: com certeza o aspecto

interpretativo, teórico, inclusive especulativo, mas também um aspecto real sobre o qual pouco se insistiu até agora. Por aspecto real entendo que a psicanálise, não apenas como pensamento e como doutrina, nas obras de psicanálise dita extramuros, mas como modo de ser, invade o cultural. A psicanálise é um imenso movimento cultural e, neste sentido, é o conjunto da psicanálise que se dirige para fora-dos-muros. (Laplanche, 1987/1992, p. 12)

Dessa forma, a Psicanálise Extramuros se apresenta enquanto um movimento em direção aos fenômenos culturais, ela tem influência nesse campo e não é apenas uma abordagem acessória, mas fundamentalmente direcionada para fora do tratamento, explorando as relações entre a psicanálise e outras áreas, como a biologia, a linguística e a história. É uma abordagem que, para Laplanche, busca compreender e analisar a psicanálise como um vasto movimento cultural que grifa o sujeito.

É por meio da elaboração de Laplanche que outros autores estudam e evoluem com a temática e com a clínica. Segundo a psicóloga Flávia Carvalhaes, por exemplo, a clínica extramuros surge na fronteira entre os saberes científicos ocidentais e os saberes populares. Tal clínica se move à medida que os profissionais “independente dos caminhos teóricos/práticos que lhe fazem sentido, se apresentam sensíveis a experimentação de outros modos de pensar, de sentir, de dialogar e de intervir” (Carvalhaes, 2019, p. 9). Para ela, o profissional que trabalha na clínica extramuros deve estar aberto a conhecimentos fora do seu saber universitário, que em sua grande maioria se limita a um saber ocidental normativo. Por isso, ele precisa ser vigilante consigo mesmo para que não se permita ocupar um espaço colonizador que silencia outros saberes, pelo contrário, nessa clínica, o profissional deve sustentar seu trabalho de forma democrática, sempre em interação transdisciplinar (Carvalhaes, 2019). Para ser possível trabalhar com a clínica extramuros, a autora afirma a necessidade de se implodir muros, de se ocupar lugares e espaços, é uma “clínica que ocupa as ruas como espaços de criação e de acionamento de possibilidades de reinvenção científica” (Carvalhaes, 2019, p. 11).

Assim, a Psicanálise Extramuros cumpre-se na clínica extramuros. A autora Rosa (2004) afirma que esse fazer psicanalítico “aborda o sujeito enredado nos fenômenos sociais e políticos, e não estritamente ligado à situação do tratamento psicanalítico” (p. 331). Seu fazer visa promover uma escuta sem limitação territorial, uma prática na rua que acontece onde o sujeito está, é uma escuta “a quem aparecer e demandar, é uma escuta de um social em desintegração, de um social que clama por ser ouvido, reconhecido e, por que não, experienciado” (Pereira & Rezende, 2020, p. 27). Dessa forma, a Psicanálise Extramuros se constitui no diálogo entre conhecimentos e se coloca disposta à escuta de múltiplas

existências que surgem nos territórios e tempos diversos da cidade. É, portanto, uma clínica que quebra muros e constrói pontes entre o sujeito singular e suas possibilidades com outros setores de atenção que promovem sua visibilidade.

5.2.2 *Psicanálise Implicada*

Outra clínica ancorada nos fundamentos psicanalíticos é a *Psicanálise Implicada*. A princípio, o termo foi trabalhado por João Augusto Frayze-Pereira, o autor visa questionar a ideia enraizada de uma *Psicanálise Aplicada* clássica que utiliza das obras de arte para sua aplicação sem se ater ao apagamento da própria obra e de suas diversas interpretações. O autor aponta que

a *Psicanálise* que exercitamos, compatível com a Arte, não é aplicada, mas *implicada*, isto é, derivada das artes ou engastada nelas, pois não é a forma a se aplicar à matéria exterior, não é um modelo que ajusta arbitrariamente o objeto artístico às suas exigências teórico-conceituais. A *psicanálise*, tal como a entendemos, não é mero instrumento de investigação da cultura, não é rede de noções aptas a atribuir sentido ao sensível. (Frayze-Pereira, 2006, pp. 23–24)

Assim sendo, a *Psicanálise Implicada* de Frayze-Pereira é uma abordagem que busca estabelecer uma conexão entre a *psicanálise* e a arte, envolvendo a compreensão da obra de arte a partir de uma perspectiva psicanalítica, o que permite ao espectador se infiltrar no campo da criação. Essa abordagem implica uma relação entre o olhar do receptor-analista e a manifestação singular da obra, possibilitando uma leitura mais profunda e uma compreensão mais ampla da experiência estética.

Contudo, tal termo é também utilizado para dizer de uma *clínica-política* psicanalítica, a qual é o nosso foco no trabalho. Essa utilização da *Psicanálise Implicada* de forma clínica-política é elaborada principalmente por Miriam Debieux Rosa (2018). A autora apresenta a *Psicanálise Implicada* enquanto uma possibilidade de fazer em situações críticas, ela afirma que essa clínica traz o fazer psicanalítico em suas associações tanto com a cultura quanto com a política, o que lhe possibilita ter em vista também os fatores de sofrimento do sujeito que se relacionam com a sua posição sociopolítica. A *Psicanálise Implicada* será “aquela em que as teorizações sobre desejo e gozo incluem o modo como os sujeitos são capturados e enredados na máquina do poder, de modo ao sujeito ter suspenso seu lugar discursivo” (Rosa, 2018, pp. 28–29), por isso ela visa desassociar a alienação estrutural da alienação ideológica e social (Rosa et al., 2017).

Pensando nisso, sabemos que, em situações sociais críticas, o sujeito sofre com a ação de um Outro dominante que tenta reduzir sua subjetividade e moldá-la para lhe servir de forma silenciada. Por isso, a Psicanálise Implicada nesses contextos aspira a “restituir um campo mínimo de significantes, referidos ao campo do Outro, para que possam circular, o que permite ao sujeito localizar-se e poder dar valor e sentido à sua experiência de dor, articulando um apelo que o retire do silenciamento” (Rosa, 2012, pp. 4–5). Os autores Rosa et al. (2017) caracterizam a Psicanálise Implicada como

aquela que escuta o sujeito ali onde só aparecem inicialmente os modos de alienação em que ele é capturado e enredado pela maquinaria do poder. A perspectiva que apresentamos é de que nos mantemos na esfera da clínica, não sendo nem psicanálise aplicada, nem clínica do social, nem psicanálise em extensão, mas uma clínica do sujeito no laço social, uma prática psicanalítica clínico-política. (p. 367)

Assim sendo, a Psicanálise Implicada se fundamenta em alguns elementos: ela precisa se desenvolver em um plano mínimo de significantes, a fim de o sujeito “localizar-se e dar sentido à sua experiência de dor, articulando um apelo que o retire do silenciamento” (Rosa et al., 2017, p. 368); ela deve possibilitar o compartilhamento de experiências traumáticas antes silenciadas e, com isso, deve permitir que o sujeito se coloque em lugar de transmissor, de testemunha. Já enquanto objetivo, a Psicanálise Implicada aspira a “barrar o gozo contido no discurso violento e identitário” (Rosa et al., 2017, p. 368), a fim de estreitar a distância entre a fala e a falta, possibilitando ao sujeito uma posição discursiva. Para isso, o analista irá, em conjunto com os sujeitos, elaborar as estratégias clínicas para fortalecê-los, no que diz respeito “tanto à sua posição desejante no laço com o outro, como às modalidades de resistência dos processos de alienação social” (Rosa, 2012, p. 2).

Rosa (2018) afirma que, na clínica implicada, o analista precisa considerar as consequências para o sujeito referentes também ao desamparo discursivo, pois é esse desamparo que, segundo Rosa et al. (2017), irá instituir “a perda do laço identificatório com o semelhante e a desarticulação de sua ficção fantasmática” (p. 367), é um desamparo que enfraquece o discurso que respalda o laço social e culpabiliza o sujeito pela sua condição desumanizada e traumática (Rosa, et al., 2017).

Rosa (2012) relata ainda que a prática na Psicanálise Implicada se dispõe em dois campos: o do sujeito e o das instituições. No primeiro, o fazer objetiva gerar a possibilidade de o campo simbólico se transformar, contribuindo com o fortalecimento da resistência “à instrumentalização social do gozo e à manipulação da vida e da morte no campo social” (p. 2). No segundo, o fazer objetiva interceder em relações sociais preconceituosas, seja de raça, seja de gênero, seja de classe. Nesse campo, a psicanálise irá expandir sua abordagem

para o contexto sócio-histórico, irá focar no sintoma institucional e nos impactos deste no sujeito. Nas palavras de Rosa (2012), nesse campo, “o que está em jogo são os lugares do sujeito no discurso, na relação do sujeito com a instituição, com o instituído e o instituinte” (p. 3). Dessa maneira, na medida em que questiona a espécie e a formação dos laços sociais do sujeito em sua época, a Psicanálise Implicada se compromete na clínica, no pessoal, no social e na política.

5.2.3 *Psicanálise a Céu Aberto*

Por fim, podemos mencionar também a clínica psicanalítica a céu aberto, trabalhada por Broide e Estivalet Broide (2020). O conceito diz de uma clínica realizada em situações sociais críticas, muitas vezes relacionada a comunidades periféricas. Para os autores, nessa clínica, o psicanalista precisa entender e analisar como se estabelecem os laços sociais do sujeito em seu território e como tais laços intervêm em sua constituição. Com esse propósito, o analista deve rastrear “os fios que amarram o sujeito à vida” (Broide & Estivalet Broide, 2020, p. 30), esses fios são denominados pelos pesquisadores como *Ancoragens*. Eles sustentam que, se o sujeito que vive nessas situações ainda está vivo, é porque existe algo que o liga à vida, algo que talvez nem ele saiba, como se fossem fios invisíveis que o conectam à vida. Por isso, para se fazer uma escuta qualificada e promissora nesse tipo de situação, o psicanalista precisa escutar esses fios. A partir do momento que conseguir identificá-los, ele realmente conseguirá trabalhar com o sujeito.

Todavia, se o psicanalista se propõe a trabalhar com as ancoragens, ele deve se dispor a ir ao território desse sujeito em busca delas e, dessa forma, encontrar maneiras pelas quais esses fios invisíveis se tornem visíveis e concretos para esse sujeito. Assim sendo, o saber psicanalítico, apesar de fundamental, não é o suficiente, ele deve ser compartilhado de forma multiprofissional. Ou seja, a psicanálise tem seu lugar nessa metodologia, na transmissão e na sustentação de uma escuta ética a todas as pessoas que trabalham no campo social. Nas palavras dos autores, esse trabalho “implica o exercício de pensar um caso clínico, sob o vértice de um projeto terapêutico singular que inclua no atendimento às pessoas, as instituições, e os recursos sociais e simbólicos a que o sujeito tem acesso” (Broide & Estivalet Broide, 2020, p. 31).

Contudo, este ofício de identificar e analisar as ancoragens para trabalhar com elas é bastante árduo, na medida em que elas “se apresentam de forma difusa, o que impede uma priorização daquelas que sejam mais consistentes e potentes no atendimento” (Broide &

Estivalet Broide, 2020, p. 35). Dessa forma, os autores nos apresentam o Plano Individual de Atendimento (PIA), utilizado nos serviços socioassistenciais ofertados pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esse instrumento subdivide quatro níveis de abordagem: institucional, psicossocial, comunitária e sociodinâmica. A primeira concerne à assistência institucional direta ao sujeito, ao modo como são distribuídos seus recursos e oferecidos os atendimentos a cada sujeito dentro da sua singularidade e das suas ancoragens. A segunda diz respeito à interação do sujeito e ou do coletivo com suas ancoragens. A terceira refere-se ao relacionamento do sujeito com sua comunidade, como trabalho, estudo, lazer, entre outras. Por fim, a quarta está relacionada às relações do sujeito com os grupos, seus familiares, seus amigos e seus colegas. Dentro de cada abordagem, haverá ancoragens que irão auxiliar na construção do PIA, e os autores sugerem listar no máximo três ancoragens para melhor consistência do trabalho (Broide & Estivalet Broide, 2020). Assim, o PIA se apresenta enquanto instrumento facilitador para a escuta da singularidade dos sujeitos.

Segundo os pesquisadores, para que a equipe que trabalha na clínica a céu aberto consiga elaborar um projeto para cada sujeito, “ela precisa mergulhar na vida do atendido, em relação com as suas ancoragens, de sua instituição e do território onde trabalha” (Broide & Estivalet Broide, 2020, p. 37). Para isso, o psicanalista deve ampliar sua visão para o próximo e começar a perceber não só o que aquele sujeito ou espaço não tem, mas também aquilo que ele tem. Essa ampliação virá por meio de uma relação específica do analista com o sujeito e da escuta qualificada desse analista da história e do sofrimento daquele sujeito. Os autores alertam que esse método é uma possibilidade de ampliar as intervenções do psicanalista, a partir da escuta do sujeito. Portanto, não deve ser aplicado como um modelo predefinido (Broide & Estivalet Broide, 2020).

Por não ser algo predefinido, a escuta será elaborada conforme as ancoragens de cada sujeito, as quais são distribuídas pelo território em que esse sujeito se encontra, por isso os autores usam o termo *Escuta Territorial*. Trata-se de uma escuta da cidade, uma escuta de como a cidade se move, de como o sujeito vive nela, é a escuta do sujeito no seu território, dentro das suas significações de habitação, de hábitos, de formas de viver. Nas palavras dos autores, a escuta territorial “consiste na construção coletiva de mapas das relações afetivas, culturais, econômicas, políticas, formais e informais, dos diferentes poderes lícitos e ilícitos que constituem o efetivo laço social no território” (Broide & Estivalet Broide, 2020, p. 48). Assim, esse território deflagra inúmeros sentidos pelos quais é possível trazer à tona significações, tempos e espaços.

Por isso, marcamos ser importante em nossa pesquisa a nomeação da *situação de rua*, pensando a rua enquanto território desses sujeitos, mas não enquanto sua habitação. Segundo o filósofo Martin Heidegger (2012), sempre relacionamos a palavra habitar a pertencer a algum lugar, ao objetivo da construção, como se somente fosse possível habitar à medida que construímos. Contudo, o autor adverte que “nem todas as construções são habitações” (p. 125). Ele nos mostra que o habitar não é uma consequência do construir, e sim o contrário. Em suas palavras, “construímos e chegamos a construir à medida que habitamos, ou seja, à medida que somos como aqueles que habitam” (Heidegger, 2012, p. 128). Logo, é porque habitamos que podemos construir, por isso há uma diferença entre habitar e residir.

Há lugares que são construções e que não são residências, mas sim moradas, a residência não garante que o sujeito ali habite. Nas palavras do autor, habitar diz de “permanecer pacificado na liberdade de um pertencimento, resguardar cada coisa em sua essência. O traço fundamental do habitar é esse resguardo” (Heidegger, 2012, p. 129). Assim, habitar implica duas coisas: abrigo e pertença; por isso, defendemos que os sujeitos na rua estão na rua, não são da rua, não moram na rua, não habitam a rua, essas pessoas estão nessa situação, são pessoas em situação de rua. Nesse sentido, enquanto psicanalistas que buscamos trabalhar em uma clínica com sujeitos em situação de rua, devemos nos informar sobre esse território, entender a relação de cada sujeito para com ele e, por meio de uma escuta territorial, identificar suas ancoragens, a fim de elaborar dispositivos que se fundamentam não somente nas distinções individuais e subjetivas, mas também em questões institucionais, grupais e comunitárias enfrentadas pelo sujeito.

Nesse ponto, é importante salientar o conceito de território enquanto território usado. Milton Santos (2005) elabora a noção de *território usado* como um espaço geográfico historicizado, que se produz à medida que é usado durante o passar do tempo, ou seja, além do chão, tem-se a identidade. Segundo o geógrafo, “o território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado” (Santos, 2005, p. 235). Além disso, ele afirma que “o território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida” (Santos, 1999, p. 8). Dessa forma, uma escuta territorial irá lidar com o território usado desse sujeito, na medida em que diz da relação em experiência do sujeito com o território. Sendo assim, construir um projeto para o sujeito implica, a partir de suas ancoragens, construir com ele e em seu território um sentido novo, uma “abertura para o novo” como uma marca de trabalho dessa clínica a céu aberto, proposta por Broide e Estivalet Broide (2020).

5.2.4 As Práticas Públicas de Psicanálise

Perante o exposto, conseguimos enumerar algumas iniciativas públicas de psicanálise desde a colocação de Freud no V Congresso Internacional de Psicanálise em 1918/1919, exposta no começo deste tópico. Em 1920, houve a criação da primeira policlínica, fundada em Berlim por Max Eitingon, psicanalista que adjetivou a fala de Freud, sobre tratamentos gratuitos, enquanto “profecia e desafio” (Danto, 2019). Assim, após sua criação, observa-se, de 1920 a 1938, a formação de diversas clínicas públicas gratuitas. Nesse momento histórico, “pelo menos um quinto do trabalho da primeira e da segunda gerações de psicanalistas foi destinado aos indigentes que viviam na cidade” (Danto, 2019, p. 30).

Algumas das clínicas mais notáveis criadas na época foram: a clínica em Viena, denominada Ambulatorium, criada em 1922 por Eduard Hitschmann, amigo de Freud, o qual auxiliou no financiamento do projeto. A London Clinic of Psychoanalysis em Londres, fundada em 1926 por Ernest Jones, psicanalista que se tornou biógrafo de Freud. E a clínica Firenze House de Sándor Ferenczi, amigo de Freud, inaugurada em Budapeste em 1929. De acordo com Gabarron-Garcia (2023), por um longo período, Freud prestou assistência a jovens analistas de sua época que, sem a vantagem de uma clientela privada, se comprometeram com a prática clínica pública, atendendo populações mais vulnerabilizadas. Além dos já citados, daremos notoriedade a Wilhelm Reich, que, na década de 1920, criou a rede Sex-Pol, “uma rede de clínicas médicas e de saúde mental de tendência libertadora particularmente forte” (Danto, 2019, p. 32).

Segundo Gabarron-Garcia (2023), Reich, com sua prática e pesquisa, notou que a “clínica era indissociável da questão política e social” (p. 63) e, por meio disso, possibilitou um acesso ao atendimento a qualquer pessoa, sem discriminação. Conforme indica o autor, Reich atesta que, inevitavelmente, há uma correlação indissociável entre o sofrimento mental dos sujeitos e sua situação social de miséria, o que, muitas vezes, leva a uma confusão entre eles. Portanto, esses sujeitos que passam por situações mais graves de vulnerabilidade social não são diferentes dos atendidos em clínicas privadas, eles apenas sofrem com condições sociais mais penosas. Com esse pensamento e com essa prática, Reich foi “um dos primeiros a desvendar o desvio da psicanálise para o psicanalismo a serviço da ideologia burguesa” (p. 78), algo a que também nos ateremos em nosso trabalho posteriormente.

Em nosso país, também há uma história de movimentações e clínicas públicas que resultaram em atuais coletivos, núcleos, projetos que transpassam os espaços privados e formais de consultórios particulares. No Rio de Janeiro, em 1972, os psicanalistas Katrin

Kemper e Hélio Pelegrino fundaram a Clínica Social de Psicanálise que perdurou por vinte anos na cidade. Posteriormente, em 1996, funda-se em São Paulo o projeto Psicanálise e Sociedade cujo objetivo foi criar uma clínica psicanalítica que atendesse os sujeitos mais necessitados, aprimorasse suas técnicas e avançasse na teoria (Bragança, 2021).

Atualmente, seguindo na direção de uma clínica de atendimento gratuito, há o Coletivo Psicanálise na Praça Roosevelt ou Coletivo Roosevelt, criado no ano de 2017 na cidade de São Paulo, que funciona na Praça Roosevelt, um ambiente público muito movimentado. É importante destacar que o dispositivo Coletivo Roosevelt se caracteriza pela formação de um grupo unido pelo mesmo ideal, no que concerne ao trabalho clínico, mas que se ancora a um não saber como espaço comum na condução do seu fazer a ser construído pela via do não saber proposto (Rocha & Santos, 2022). No que concerne à estrutura e ao funcionamento dos atendimentos propostos no coletivo, seis características desenvolvidas ao longo da prática clínica demonstraram a particularidade desse trabalho. A primeira diz respeito ao espaço de atendimento, que não se constrói em uma sala ou em lugares fechados, mas em uma praça movimentada com apenas cadeiras de praia e um caderno para anotações. A segunda se refere à rotatividade do analista, no coletivo, o analisando que retorna ao setting pode escolher se continuará a ser atendido pelo mesmo analista, não há obrigação na rotatividade nem na continuidade. A terceira concerne ao manejo, o coletivo descreve seu manejo enquanto atemporal, isto é, os atendimentos não são restritos ao tempo e à quantidade. O número de atendimentos e o tempo de cada um não é predeterminado. A quarta tem relação com o contrato analítico, no coletivo, não há a necessidade de um contrato, este surge do querer falar do sujeito, o que pode acarretar o estabelecimento ou não de um contrato. A quinta remete-se à desmonetização, ou seja, ao não pagamento em dinheiro. Não há remuneração financeira dos analistas do coletivo. Por fim, a sexta característica se refere aos casos graves que surgem no setting, abordados pelo coletivo enquanto casos que podem passar ao ato, como as tentativas de autoextermínio e os casos de psicose grave. Devido à falta de atendimento em rede, o coletivo, ao se deparar com casos desse tipo, tem a prerrogativa de, se necessário, abrir espaço em consultórios para acolher tais sujeitos de forma gratuita (Rocha & Santos, 2022).

O que notamos no trabalho do Coletivo Roosevelt é que não há hierarquização entre analistas e analisantes, uma vez que o protagonismo da história do sujeito é tão importante quanto a experiência do analista. Desse modo, o tão corriqueiro lugar de “salvador” denotado ao analista não se consagra ali. Da mesma maneira, não há uma posição de mestre, o analista não se coloca enquanto o detentor do saber, do mestre que sabe as respostas referentes ao

inconsciente do sujeito analisado. Portanto, o coletivo preza pela horizontalidade, pois há um posicionamento do não saber enquanto lugar comum (Rocha & Santos, 2022).

Também em São Paulo, destacamos o Coletivo Psicanálise Periférica, fundado em 2018, o qual funciona no espaço da Ocupação Mateus Santos, no distrito Ermelino Matarazzo, situado na zona leste da cidade. O coletivo tem como objetivo democratizar atendimentos psicanalíticos e contribuir para a popularização e ressignificação da psicanálise. O Psicanálise Periférica restringe seus atendimentos às pessoas da periferia de Matarazzo, levando em conta os marcadores sociais vinculados às questões subjetivas dos sujeitos. Para a sua atuação, seus membros relembram ser fundamental sempre levar em conta “os preceitos fundamentais da psicanálise, dando importância a uma perspectiva social em que observamos as opressões vigentes no território onde atua” (Sousa & Magalhães, 2023, p. 293).

No mesmo estado, na cidade de Santos, há a existência do Coletivo Clínica Aberta de Psicanálise de Santos. Fundado em 2019, o coletivo oferece, todo sábado pela manhã, escuta analítica no espaço público da Praça de Andradas. No seu trabalho, os analistas dispõem cadeiras e cangas de praia na praça e aguardam pessoas que querem ser escutadas se sentarem. Além desses, há analistas mediadores que andam pela praça para responder possíveis dúvidas e encaminhar interessados para a escuta. Ambas as ocupações são alternadas toda semana pelos integrantes do coletivo (Clínica Aberta de Psicanálise de Santos, 2023).

Outro coletivo que podemos citar, no Estado do Rio Grande do Sul, denomina-se Psicanálise na Rua. Seus componentes relatam ter o “desejo em comum da escuta clínica extramuros e que apostam na experiência da clínica em espaço público” (Bragança, 2021, p. 52). Essa clínica acontece na praça de Santa Maria, escolhida como local de escuta devido à grande movimentação e à localidade geográfica central na cidade. Segundo os profissionais, no local não há um espaço específico para atendimentos, os psicanalistas simplesmente disponibilizam cadeiras de praia para o interessado na escuta se sentar e poder falar. Para eles, o Psicanálise na Rua resiste a um molde tradicional de psicanálise eurocêntrica e possibilita um maior alcance da clínica (Bragança, 2021).

Por fim, citamos também o Coletivo Margem Psicanálise, de Fortaleza (CE), que disponibiliza escuta clínica psicanalítica gratuita desde 2019, trabalhando também no âmbito de formação e supervisão. No seu aspecto de clínica pública, originou dois núcleos, o Núcleo Bonja e o Núcleo Dandara. O primeiro núcleo se articula com o trabalho da ONG Centro de Defesa da Vida Herbert de Souza (CDVHS), localizada no Grande Bom Jardim, bairro

periférico da cidade. Já o segundo núcleo se direciona especificamente ao atendimento de pessoas da comunidade LGBTQIAPN+. O coletivo Margem Psicanálise se baseia em dois princípios: a circularidade e a horizontalidade. O primeiro concerne ao âmbito de formação em psicanálise, à possibilidade de o psicanalista ocupar espaços e ser livre em sua formação, sem obrigatoriedade de vínculo institucional. Já o segundo se relaciona com o entendimento do psicanalista a respeito da realidade social e política brasileira, evitando posições de superioridade tanto na escuta quanto no ensino e na transmissão, a fim de não cair em discursos colonizadores e salvacionistas. Com base em seus princípios, o coletivo afirma sempre se questionar “em que medida o poder que a transferência nos concede se articula às normativas sociais – de classe, raça e gênero – em uma progressão cumulativa de privilégios” (Coletivo Margem Psicanálise, 2023, p. 14).

Após apresentar os exemplos de clínicas no mundo e no Brasil e o percurso de como a psicanálise se inseriu em lugares públicos por meio de uma escuta particularizada, atendo-nos ao desamparo de cada sujeito em situação de rua e às ancoragens realizadas por eles, seguiremos trabalhando um princípio fundamental da psicanálise em sua práxis clínica: a transferência. No próximo capítulo, buscaremos entender como a transferência, enquanto um laço necessário para que o tratamento se dê, é estabelecida nessa clínica, a partir de um território em que a vulnerabilidade e o risco social se ancoram como uma especificidade desse contexto.

Aqui, refletimos sobre a afirmação de Freud (1915/2019b) de que a evolução do conhecimento “não tolera nenhuma rigidez nas definições. Como nos ensina de modo brilhante o exemplo da Física, também os ‘conceitos fundamentais’ firmemente estabelecidos passam por uma constante modificação de conteúdo” (p. 17). Acreditamos ser importante na pesquisa em psicanálise que trabalha com conceitos fundamentais se questionar, assim como Lacan (1964/2008a), “existem conceitos analíticos de uma vez por todas formados? (. . .) serão conceitos em formação? Serão conceitos em evolução, em movimento, a serem revistos?” (p. 18).

Do mesmo modo, podemos nos interrogar: como esse sujeito, ao encontrar uma escuta na rua, em alguma dessas clínicas disponíveis, faz o laço transferencial? Há, para o sujeito que solicita esse dispositivo, uma suposição de sujeito suposto saber naquele que ali lhe oferece uma escuta? No intento de explorar essas questões, iremos seguir com Freud e Lacan no que eles nos apresentam sobre o lugar e a importância da transferência na clínica psicanalítica.

6 A Transferência em Psicanálise

Ser-nos-á, enquanto analistas, muito adequado sabermos o que se queria dizer com “transferência” e “contratransferência” ao serem usados por Freud, Abraham, Melanie Klein ou qualquer outro, mas apenas se ao mesmo tempo aprendermos a esquecer tudo isso de modo a estarmos abertos para o próximo movimento feito pelo paciente, a próxima estação de parada, por assim dizer.

—Wilfred Bion, *Seminários Italianos*

Neste capítulo, de início, faremos um percurso sobre a transferência em Freud e em Lacan, a transferência como amor em Freud e como amor ao saber em Lacan. A princípio, é importante destacar que a transferência é um processo factual que acontece independentemente de alguém a investigar. É um fenômeno universal que surge em campos diversos, não somente na relação analítica. No entanto, quando se trata desse processo, ela se apresenta como conceito fundamental para o trabalho analítico.

A transferência fundamenta a psicanálise, ou seja, não há psicanálise sem transferência, por isso ela se destaca como um dos seus conceitos fundamentais, desempenhando um papel central na exploração da dinâmica do inconsciente, na estrutura simbólica e no processo geral de análise. Dessa forma, o que a psicanálise se propõe a fazer é justamente operar com a transferência, manejá-la no processo analítico.

6.1 A Transferência em Freud e a Demanda de Amor

Desde o início, nos “Estudos sobre Histeria”, Breuer e Freud (1883[1895]/1977) estabelecem a transferência enquanto uma “falsa ligação”, na medida em que o paciente transfere ao analista afetos inconscientes relacionados a outra figura que foi importante na sua história. Cinco anos depois, em 1900, nos textos sobre a interpretação dos sonhos, Freud utiliza o termo transferência no plural para dizer da substituição de lembranças infantis por “transferências”. Essas transferências seriam representações recalçadas reescritas e, dessa forma, atuariam por meio da substituição, isto é, as transferências consistiriam em desejos inconscientes reescritos. Nas palavras de Freud, o desejo se transforma “num *pensamento* intensificado pela transferência e distorcido em sua expressão pela censura” (Freud, 1900/1996a, p. 156). Miller (1988) esclarece que essa primeira ideia de transferência em Freud “é o processo geral das formações do inconsciente – o sonho, o lapso, o chiste – é que o desejo se mascara e se aferra a significantes esvaziados, enquanto tais, de significação” (p. 59).

Posteriormente, em “Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, Freud (1905/1996e) afirmou que o “tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas simplesmente a revela, como a tantas outras coisas ocultas na vida anímica” (p. 73), ou seja, a transferência é um fenômeno que faz parte das nossas relações. Porém, durante o processo analítico, a transferência pode surgir de forma amorosa ou hostil, e, independentemente de qual surgir, o analista deve conseguir manejá-la, mesmo que venha enquanto obstáculo. Em suas palavras, “a transferência, destinada a constituir o maior obstáculo à psicanálise, converte-se em sua mais poderosa aliada quando se consegue detectá-la a cada surgimento e traduzi-la para o paciente” (p. 73).

Mais tarde, por meio dos seus trabalhos sobre a técnica, Freud começa a definir mais precisamente a transferência. No texto de 1912, “Sobre a Dinâmica da Transferência”, ele nos mostra que a transferência é um mecanismo que opera a favor da análise, é condição necessária para que ela ocorra. Contudo, para ele, no trabalho da análise, quando nos deparamos com a raiz de algum complexo do analisando, inevitavelmente a resistência surgirá, e é nesse ponto que a transferência atuará deslocando algum conteúdo desse complexo para a figura do analista. Dessa maneira, a transferência, nesse momento, atuará a favor da resistência, expondo as manifestações amistosas ou hostis recalçadas no inconsciente. Freud (1912/2019h) expõe que, “no tratamento analítico, a transferência parece-nos surgir primeiro apenas como a arma mais poderosa da resistência, e podemos concluir que a intensidade e a duração da transferência são um efeito e uma expressão da resistência” (p. 114).

O psicanalista relata que, para entendermos esse papel da transferência a favor da resistência, precisamos separar as transferências possíveis. Ele as tipifica em positivas, de sentimentos afetuosos, e negativas, de sentimentos hostis; a primeira se divide em duas, a de sentimentos amistosos e a de sentimentos eróticos. A transferência positiva se revela enquanto aceitável à consciência e possibilita ao analista um manejo mais facilitado. Já a transferência hostil acarretaria dificuldades no manejo devido ao estabelecimento de resistências. Contudo, tanto as manifestações amistosas quanto as hostis, de cooperação e resistência, demonstram o vínculo estabelecido com o analista, que será de extrema importância para o processo analítico (Freud, 1912/2019h).

Por isso, Santos (1994) afirma que Freud, nesse texto, “distinguiu duas atitudes básicas do analisando: de um lado, a cooperação, e de outro, a resistência. Estas atitudes, que se contrapõem entre si, foram incluídas na transferência” (p. 21). Dessa maneira, ao conseguir estabelecer a transferência, faz-se necessário manejá-la. É por meio desse manejo

que o analista conseguirá efetuar o sugestionamento do analisando, nas palavras de Freud (1912/2019h), “nós cuidamos da autonomia final do paciente, na medida em que utilizamos a sugestão para fazê-lo desempenhar um trabalho psíquico que tem como resultado necessário uma melhora duradoura de sua situação psíquica” (pp. 115–116).

Em “Sobre o Início do Tratamento”, Freud (1913/2019i) demonstra que o estabelecimento da transferência pode demorar e que a sugestão ou a instrução realizada pelo analista só poderá ser aplicada após o estabelecimento de uma transferência forte que não se mescle com as associações do analisando. Posteriormente, o psicanalista esclarece, no texto “Lembrar, Repetir e Perlaborar”, que a transferência é uma repetição de paradigmas infantis, nos quais haveria um deslocamento de afeto de um objeto para outro. Dessa forma, a relação do sujeito com os outros parentais é revivida na relação com o analista e estabelecida por ambivalências pulsionais de ódio e amor. Em suas palavras, “percebemos que a resistência, ela própria, é apenas uma parcela de repetição, e que a repetição é a transferência do passado esquecido” (Freud, 1914/2019e, p. 155). Assim, há um movimento inconsciente de repetir um paradigma que posteriormente será conduzido a um movimento consciente de lembrar e de perlaborar. Santos (1994) demonstra que, nesse momento, Freud entende a resistência “como condição inerente ao tratamento psicanalítico e o manejo da transferência é a arma que o analista dispõe para reprimir a compulsão à repetição” (p. 23).

Contudo, mais tarde, em “Observações sobre o Amor Transferencial”, Freud (1915[1914]/2019f) relata que a resistência transferencial é inevitável no tratamento. Segundo ele, a resistência não estabelece o amor transferencial, ela encontra esse amor e se utiliza dele acentuando sua manifestação. Por isso, Miller (1988), ao dizer da transferência em Freud, afirma que “analisar a transferência consiste em liquidar a transferência negativa, a transferência positiva ardente demais, e conservar a transferência amável, coisa que permite operar no paciente por sugestão” (p. 64).

Nesse mesmo texto, Freud nos orienta a quando for estabelecida uma transferência não a negar, mas também não a acatar. Em suas palavras, devemos tratá-la “como algo irreal, como uma situação que deva ser enfrentada no tratamento e reconduzida às suas origens inconscientes” (p. 174). Já na “Conferência XXVII: Transferência”, Freud (1917[1916]/1976a) diz que a transferência surge desde o início do tratamento e, enquanto ela trabalha a favor da análise, não atesta preocupação; contudo, no momento em que vira resistência, devemos nos preocupar e admitir que ela possa alterar o processo em suas condições. O psicanalista aponta que isso pode acontecer em dois casos; primeiro,

se na forma de inclinação amorosa ela se torna tão intensa e revela sinais de sua origem em uma necessidade sexual de modo tão claro, que inevitavelmente provoca uma oposição interna a ela mesma; e, segundo, se consiste em impulsos hostis em vez de afetuosos. (p. 134)

Por isso, para Freud, o analista deve estar atento às seguintes questões: onde surge a transferência? Quais dificuldades ela causa na análise? Como superar tais dificuldades? E, por fim, quais vantagens podemos tirar dela? De modo geral, o psicanalista aponta novamente que não devemos ceder às exigências do analisando que surgem da transferência e, da mesma forma, não devemos negá-las bruscamente. Ele afirma ser por meio da interpretação que conseguiremos superar a transferência, em suas palavras, iremos superar a transferência quando desvendarmos “ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente. Desse modo, obrigá-lo a transformar a repetição em lembrança” (Freud, 1917[1916]/1976a, p. 135).

A transferência, desse modo, caracteriza-se de forma ambivalente, podendo resultar em atitudes amorosas ou hostis. No capítulo 6, “A Técnica Psicanalítica”, do *Compêndio de Psicanálise*, escrito inacabado de Freud, ele demonstra que o sujeito, ao deslocar o afeto infantil ao analista, coloca-o em uma posição que possui o domínio do seu Supereu, e é tomando essa posição que o analista poderá “educar” o sujeito, porém o analista precisa se policiar, pois a posição de educador não é a desejada em análise (Freud, 1940/2019c). No processo, o analista precisa respeitar a autonomia e a singularidade do sujeito e o auxiliar a aperfeiçoá-las. Freud diz que a influência do analista no analisando “será determinada pelo grau de inibição no desenvolvimento que encontrar junto ao paciente” (Freud, 1940/2019c, p. 93). Ao estabelecer uma transferência, o analista deve tomar cuidado em seu manejo para que nem o amor nem o ódio se tornem extremos. Freud (1940/2019c) afirma que, ao “instruir o paciente quanto à efetiva natureza dos fenômenos de transferência, tiramos uma arma poderosa da mão de sua resistência e teremos convertido perigos em ganhos” (p. 97).

Freud acreditava que a transferência era uma parte essencial do processo terapêutico, porque permitia ao paciente reviver e explorar seus conflitos emocionais do passado no contexto atual da relação terapêutica. Ao analisar e compreender as reações em transferência, o analista e o analisando podem obter uma percepção dos pensamentos, dos sentimentos e dos conflitos inconscientes do paciente, facilitando a resolução de problemas e promovendo uma ressignificação. Assim, a transferência é uma condição fundamental para a análise e surge como uma relação de demanda de amor que o sujeito dirige ao analista. Após vencer a resistência, essa transferência poderá ser interpretada, permitindo o estabelecimento de um

laço para que as questões do desejo consigam ser manifestadas. O analista visa, dessa forma, trabalhar com a resistência de transferência, tentando superá-la, ajustando os impulsos pulsionais do paciente, a fim de avançar com a análise. A dificuldade da análise então será justamente o manejo dessa transferência, que deverá ser feito com prudência, pois afirmar sentimentos demonstrados para o analista ou negá-los totalmente pode ter consequências negativas ao tratamento.

Portanto, podemos dizer que o paradoxo da transferência na clínica acontece quando ela é base para a interpretação, mas, ao mesmo tempo, é um instante de fechamento do inconsciente. Dessa forma, no decorrer da obra freudiana, percebemos que o psicanalista designa a transferência por três óticas: a da resistência, a da repetição e a da sugestão; além de mostrá-la como ambivalente, sendo motor e obstáculo do processo analítico. A análise não existirá sem a transferência; contudo, ao mesmo tempo, por conta dela, o processo corre o risco de se cessar ou de tomar um sentido não favorável.

Além da compreensão de transferência, em Freud, podemos perceber o início da delimitação e a importância do conceito de contratransferência, que será também fundamental à clínica. Uma das primeiras vezes que Freud comenta a contratransferência é em correspondência com Jung, ao discutir o relacionamento amoroso deste com uma analisante. Em uma de suas cartas, Freud (1909/1976b) afirma: “embora penosas tais experiências sejam necessárias e difíceis de evitar. É impossível que, sem elas, conheçamos realmente a vida e as coisas com as quais lidamos” (p. 281) e continua, “elas nos ajudam a desenvolver a carapaça de que precisamos e a dominar a *contratransferência* que é afinal um *permanente problema*” (p. 282).

Nesse escrito, notamos que Freud afirma ser importante experienciar tais sentimentos para conseguirmos compreender a vida. Dessa maneira, é pela contratransferência que podemos nos aprofundar na compreensão dos processos psíquicos relacionados à transferência. Ao mesmo tempo, o psicanalista afirma ser a contratransferência um problema constante na análise que precisa ser dominado. No texto “As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica”, Freud (1910/2006a) afirma que precisamos ter consciência de que a contratransferência aparecerá ao analista “como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará” (p. 88).

Dessa maneira, percebemos, em Freud, que a contratransferência surge através da influência do analisando e, por isso, está associada à transferência. Para o psicanalista, a contratransferência aparece enquanto obstáculo à análise, obstáculo esse inconsciente do

analista, que precisará ser reconhecido e superado para o avanço analítico do paciente. Por isso, no processo analítico, não é somente a transferência e o inconsciente do paciente que são importantes, mas também o inconsciente do analista e o reconhecimento e o domínio de sua contratransferência. O manejo se mostra importante tanto com a transferência quanto com a contratransferência, nas palavras de Freud (1910/2006a), “nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas” (p. 88).

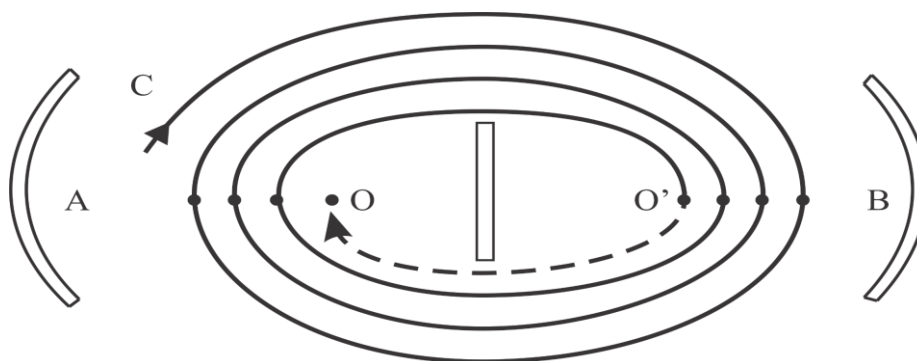
6.2 A Transferência em Lacan e a Suposição do Saber

No *Seminário, Livro 1: Os Escritos Técnicos de Freud*, o psicanalista relata que o processo da análise se transforma a partir do momento que, devido à transferência, o analisando dá o mesmo valor à palavra do analista que a palavra antiga referente à situação evocada em análise. Nesse seminário, Lacan (1953-1954/2009) diz que “o de que se trata fundamentalmente na transferência é da tomada de posse de um discurso aparente por um discurso mascarado, o discurso do inconsciente” (p. 320). Ainda no Livro 1, Lacan relata que a transferência se constitui na dimensão da palavra e, em análise, por meio da associação livre, “põe-se a jogar mais ou menos livremente em relação ao discurso ordinário, e abre ao sujeito a essa equivocação fecunda por onde a palavra verídica encontra o discurso do erro” (p. 368). É nesse discurso que o sujeito irá revelar sua história, é pelo erro na fala plena que sua verdade aparece.

Com o *esquema da análise* (Figura 2) Lacan afirma que “o fenômeno da transferência encontra a cristalização imaginária. Gira em torno dela e deve juntar-se a ela” (p. 368).

Figura 2

Esquema da análise



(Lacan, 1953-1954/2009, p. 322)

A área da espiral aparece, dessa forma, como área imaginária; e o processo da transferência se caracteriza pela aproximação dos ecos do discurso para com O'. Pelo fato de a transferência se constituir na dimensão da palavra, é a palavra que irá perpassar a área imaginária e colocar o sujeito no simbólico, em uma nova alienação. Haverá progresso na área da espiral à medida que o analista escuta o analisando. Dessa maneira, por meio da palavra e da escuta é possível o analisando historicizar seu passado e reescrevê-lo. Sobre esse processo descrito por Lacan, Miller (1988) coloca que “o psicanalista pede, mediante a ‘associação livre’, a rememoração. A transferência opõe, à rememoração, a repetição” (p. 66).

Ainda no Livro 1, Lacan (1953-1954/2009) relata que, se estabelecer uma transferência muito forte, poderá surgir o silêncio enquanto resistência, contudo ele nos adverte que o silêncio “não é simplesmente negativo, mas vale como mais além da palavra. Certos momentos de silêncio na transferência representam a apreensão mais aguda da presença do outro como tal” (p. 323). No *Seminário 2: O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise*, Lacan (1954-1955/2010a) defende que a transferência não é conceituável. Em suas palavras, “não há conceito da transferência, apenas uma multiplicidade de fatos ligados por um laço vago e inconsistente” (p. 55). Para o psicanalista, a transferência possibilita um “para além da significação” (p. 256), na análise, é ela que propiciará uma interpretação da linguagem trazida pelo analisando.

Lacan (1960-1961/2010b) trata especificamente do fenômeno da transferência no *Seminário 8: A Transferência*. Ele começa o seminário relatando que “trataria da transferência em sua disparidade subjetiva, sua pretensa situação, suas excursões técnicas” (p. 11). A disparidade subjetiva diz respeito a tratar as particularidades da transferência, o que ela tem de *essencialmente ímpar*. Com relação à pretensa situação, ele pretende ordenar o que no tratamento gira em torno da situação transferencial. Já as excursões técnicas concernem a tratá-la enquanto experiência. De início, Lacan afirma que, “no começo da experiência analítica, vamos lembrar, foi o amor (. . .) É um começo espesso, um começo confuso. E um começo, não de criação, mas de formação” (p. 13). Para ele, o processo da análise é um *leito de amor*, que não se resume a uma situação pontual, mas sim a uma situação que está por vir, em suas palavras, “é a situação mais falsa possível” (p. 25).

Ao falar sobre transferência, Lacan retoma Freud e nos mostra que o psicanalista descobre a transferência enquanto um processo que, em análise, é ligado ao passado, podendo ser manuseada pela interpretação e, por isso, atravessada pela fala. Lacan demonstra que a realidade da transferência é a presença do passado, uma presença em ato de

reprodução. Em suas palavras, “se a reprodução é uma reprodução em ato, então existe na manifestação da transferência algo de criador” (p. 219). Por isso o psicanalista afirma:

parece-me impossível eliminar do fenômeno da transferência o fato de que ela se manifesta na relação com alguém a quem se fala. Este fato é constitutivo. Ele constitui uma fronteira, e nos instrui, ao mesmo tempo, para não engolfar o fenômeno da transferência na possibilidade geral de repetição que a própria existência do inconsciente constitui. (Lacan, 1960-1961/2010b, p. 221)

Portanto, assim como Freud, Lacan coloca a transferência enquanto conceito fundamental da psicanálise, reconhecendo-a como um fenômeno espontâneo que é transpassado pela fala e manejado pela interpretação. No texto “Intervenção sobre a Transferência”, encontrado nos *Escritos*, o psicanalista nos diz que “a psicanálise é uma experiência dialética” (Lacan, 1951/1998g, p. 215), sendo essa dialética a natureza da transferência, é a relação entre dois sujeitos que a origina. Contudo, tal relação precisa ter certo controle, é o que destaca Lacan (1955/1998j) no texto “Variantes do Tratamento Padrão”, em que ele diz da importância de não responder ao amor transferencial do paciente e à sua demanda. Ele aponta que é importante manejar a transferência e interpretá-la sem acatá-la, a fim de evitar a “produção artificial, do amor-paixão” (p. 349), e sem combatê-la, a fim de evitar “a agressividade ou até o ódio da transferência negativa” (p. 349). Assim, o psicanalista afirma que,

para saber o que é a transferência, é preciso saber o que acontece na análise. Para saber o que acontece na análise, é preciso saber de onde vem a fala. Para saber o que é a resistência, é preciso saber o que encobre o advento da fala: e isso não é uma dada disposição individual, mas uma interposição imaginária que ultrapassa a individualidade do sujeito, na medida em que estrutura sua individualização especificada na relação dual. (Lacan, 1956/1998i, pp. 463–464)

Por isso, a transferência seria “a mola operante do laço intersubjetivo entre o analisando e o analista” (Lacan, 1957/1998b, p. 526), como afirma no texto “A Instância da Letra no Inconsciente ou a Razão Desde Freud”. A transferência enquanto mola operante desse laço irá, então, cooperar com a elaboração histórica do analisando, tal como proferido no “Discurso de Roma”. Nesse texto, Lacan (1953/2003d) afirma que a transferência participará “do movimento pelo qual o sujeito, assumindo uma conjuntura em sua relação com o futuro, reavalia a verdade de seu passado com base em sua nova ação” (p. 145).

Em “A Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder”, Lacan (1958/1998a), quando discute o manejo da transferência, mostra que é nesse manejo que se encontra o segredo da análise e que a psicanálise precisa ser estudada como uma experiência a dois, tendo sempre o analista que se colocar em posição de renúncia. O psicanalista afirma: “é esse vínculo, digamos, de abnegação, imposto ao analista pelo cacife da partida na análise”

(p. 595). Dessa forma, o manejo da transferência e a interpretação se dispõem enquanto norteadores no conflito entre a resistência do analisando e o desejo do analista. Nesse mesmo texto, ele afirma que, ao respondermos à demanda em análise, dirigimos a transferência à sugestão. A descoberta de Freud de que a transferência tem relação com a sugestão leva Lacan a afirmar que “a transferência também é uma sugestão, porém uma sugestão que só se exerce a partir da demanda de amor, que não é demanda de nenhuma necessidade” (1957/1998b, p. 641).

Ainda na relação da transferência com a sugestão, Lacan (1958/2003c), em “A Psicanálise Verdadeira, e a Falsa”, afirma:

A transferência é o vínculo com o Outro estabelecido pela forma de demanda a que a análise dá lugar, para que, desse lugar, essa repetição, na qual não é a necessidade que se repete, e sim o mais além que nela desenha a demanda, possa ser apreendida em seu efeito de desejo e analisada em seu efeito de sugestão. É à medida que o efeito de sugestão que vem do inconsciente dissipa suas miragens que o desejo deve se articular como significante na questão existencial que dá à transferência seu horizonte. (pp. 179–180)

Já no texto “Posição do Inconsciente”, Lacan (1960/1998h) atesta que “a transferência é uma relação essencialmente ligada ao tempo e a seu manejo” (p. 858), porém, quando não entramos em transferência, o psicanalista afirma, em “Do ‘Trieb’ de Freud e do Desejo do Psicanalista”, que é “o desejo do analista que, em última instância, opera na psicanálise” (Lacan, 1964/1998e, p. 868).

No mesmo ano, no *Seminário II: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*, Lacan (1964/2008a) diz dos tipos de transferência e nos alerta a não tomar a positiva como sentimento de amor e a negativa como sentimento de ódio. Segundo ele, geralmente descreve-se a transferência positiva como amor, “contudo é preciso dizer que este termo, no emprego que se faz dele aqui, é de uso inteiramente aproximativo” (Lacan, 1964/2008a, p. 119). A respeito da transferência negativa, ele afirma que ela “não se identifica jamais com o ódio” (p. 120). Em vista disso, para o autor, a transferência positiva acontece com alguém que consideramos, já a negativa, com alguém de quem desconfiamos.

No mesmo seminário de 1964, Lacan afirmou que “a transferência é a atualização do inconsciente” (p. 144). A transferência, portanto, coloca-se enquanto uma janela para o inconsciente do sujeito, permitindo uma exploração e interpretação mais profundas de sua experiência subjetiva. Miller (1997) afirma que, para Lacan, a transferência está ligada à realidade psíquica, ilusória, diferentemente da repetição que se relaciona com o real, com o que não há enganação.

Em “A Lógica do Fantasma: Resumo do Seminário de 1966-67”, Lacan (1966-67/2003b) demonstra que, para estabelecer a transferência, há a necessidade do *Sujeito Suposto Saber* (SsS). Em “Proposição de 9 de Outubro de 1967 sobre o Psicanalista da Escola”, o autor afirma que “o sujeito suposto saber é, para nós, o eixo a partir do qual se articula tudo o que acontece com a transferência” (Lacan, 1967/2003h, p. 253). Em “Televisão”, ele escreve que, na transferência, o sujeito

é suposto no saber em que ele consiste como sujeito do inconsciente, e é isso que é transferido para o analista, ou seja, esse saber como algo que não pensa, não calcula nem julga, nem por isso deixando de produzir um efeito de trabalho. (Lacan, 1973/2003j, pp. 529–530)

O analisando, dessa maneira, colocará o analista em uma posição em que supõe que ele possui algo precioso, o saber sobre ele, por isso Lacan diz ser uma posição agalmática. Flory Kruger (2007) afirma que o SsS “é a dimensão simbólica da transferência que permite evitar os efeitos imaginários ligados aos afetos” (p. 389), essa posição irá surgir enquanto consequência da associação livre do analisando e, por isso, é tida pelo autor enquanto um semblante. Há uma fala endereçada a um outro que escuta, uma fala e escuta que não são diálogos, na medida em que a fala é endereçada a um suposto saber de quem escuta, endereçada a um Nome-do-Pai. Segundo o autor, a ilusão do sujeito “é encontrar no analista um pai que detém o saber e que, via transferência, lhe revele a razão daquilo que resulta enigmático de seu sintoma” (p. 388). Por isso Colette Soler (1997) afirma que, quando o sujeito entra em transferência na análise, ele luta pelas causas de seus sintomas.

Assim, a transferência vem através do analisando, e o analista apenas se utiliza dela. Seu funcionamento virá por meio dessa posição suposta, a qual o analista deve se deixar ser colocado, mas em momento algum se colocar nela, na medida em que a função do analista não é saber, “sua posição, muito mais do que a posição de saber, é uma posição de ignorância” (Quinet, 1991/2000, p. 26), ignorância de saber seus limites, suas limitações.

Nesse processo, o analista deve ocupar seu lugar de significante sem preencher a falta do analisando, em uma posição de “ignorância doutra”. Esse termo é utilizado por Lacan (1953-1954/2009) no texto “O Conceito da Análise”, do Livro 1, em suas palavras, “a posição do analista deve ser de uma *ignorantia docta*, o que não quer dizer sábia, mas formal, e que pode ser, para o sujeito, formadora” (p. 362). É uma posição de semblante que engana obter o saber, mas que somente o encontrará na falha que surgirá com a suposição do analisando. Como Flory Kruger (2007) elucida: “o que qualifica o analista lacaniano é sua ignorância, que consiste em saber preservar no centro do saber o lugar do não saber. Esta

ignorância é um certo saber sobre a hiância, não é saber nada senão saber que há uma falta” (p. 390).

Assim, Lacan coloca a transferência como um aspecto fundamental do processo analítico, considerando-a como o meio pelo qual o inconsciente é revelado e explorado na análise. Ele enfatizou que a transferência não é simplesmente uma repetição de experiências passadas, mas sim uma reorganização e reinterpretação dessas experiências dentro do contexto da relação analítica. Nas palavras de Miller (1988), em Lacan, nós conseguimos perceber dois aspectos da transferência: “o aspecto mediante o qual se identifica com a repetição inconsciente e o aspecto mediante o qual se identifica, pelo contrário, com a resistência” (p. 62).

Dessa forma, para Lacan, a transferência na análise está intimamente ligada à figura do analista, colocado na posição do saber pelo analisante. Este se dirige ao analista acreditando que ele, analista, tem o saber que falta ao sujeito sobre si mesmo. As vontades, as necessidades e as expectativas do paciente são projetadas no analista, e essa projeção molda a dinâmica da relação terapêutica. O psicanalista argumenta que a transferência pode ser tanto uma fonte de resistência quanto uma ferramenta valiosa para a compreensão do inconsciente. Ao examinar os padrões e as repetições na relação de transferência, o analista e o paciente podem obter uma percepção dos conflitos, das fantasias e dos desejos não resolvidos do paciente. Como afirma Rosa Elena Manzetti (2007), “a transferência como amor ao saber é a única a conduzir o sujeito em direção ao que há de mais real” (p. 395). Assim, por meio da exploração da transferência, a psicanálise, em Lacan, visa trazer uma reconfiguração da relação do paciente com suas fantasias e uma maior consciência dos determinantes inconscientes de seu comportamento.

Notamos, dessa forma, que, enquanto para Freud a transferência se relaciona com a resolução de conflitos passados e com a interpretação do material inconsciente, em Lacan, há uma expansão do conceito incluindo as dimensões simbólicas da linguagem, o desejo e a subjetividade. A compreensão de Lacan da transferência enfatiza o papel da subjetividade do analista, a reconfiguração da relação do paciente com suas próprias fantasias, além da exploração da ordem simbólica.

6.3 O Manejo da Transferência em Contexto de Risco Social

Com base no ensino de Freud e Lacan, percebemos que o dispositivo analítico se inscreve, a partir de seus princípios clínicos, a cada sujeito em seu contexto social. Logo,

podemos inferir que, na situação de rua, a transferência também pode ser observada dessa forma. Contudo, ainda nos questionamos: qual seria a psicanálise para esse contexto? Existe alguma outra reformulação que se faz necessária na clínica psicanalítica em situações de risco social? Se a transferência é a mesma estruturalmente, o que exige uma mudança no manejo em situações de rua? A dinâmica da transferência será analisada nesse contexto que solicita um manejo transferencial próprio.

Lacan, ao elaborar a transferência e seu manejo, situa o sujeito suposto saber enquanto uma função necessária para a ocorrência da transferência e, conseqüentemente, da análise, em suas palavras:

É disso que resulta só haver comunicação na análise por uma via que transcende o sentido, aquela que provém da suposição de um sujeito no saber inconsciente, ou seja, no ciframento. Foi o que articulei sobre o sujeito suposto saber. É por isso que a transferência é amor (. . .) é amor que se dirige ao saber. (Lacan, 1973/2003e, p. 555)

Esse manejo da transferência relacionado com o sujeito suposto saber é mostrado pelo psicanalista por meio do matema.

Figura 3

Matema

$$\frac{S \longrightarrow Sq}{s (S^1, S^2, \dots S^n)}$$

(Lacan, 1967/2003h, p. 253)

Nesse matema, na parte superior, Lacan relaciona o significante da transferência, que aqui se estabelece enquanto significante do sujeito analisante (S), com o significante qualquer (Sq). Na parte inferior, enquanto produção, há o significante do sujeito resultante (s) vinculado ao significante do saber inconsciente (S1, S2, ... Sn). Podemos inferir que, apesar de na relação analítica o saber ser colocado no analista, ele se estabelece de fato no lado do sujeito de forma recalçada. Lacan (1967-1968/2003f) discorre essa posição como uma simulação, em suas palavras, “o que constitui o ato psicanalítico como tal é muito singularmente esta simulação (. . .) simular que a posição do sujeito suposto saber seja sustentável” (p. 57).

Assim, o psicanalista afirma que “do saber suposto, ele nada sabe. O Sq da primeira linha nada tem a ver com os S encadeados da segunda, e só pode ser encontrado neles por acaso” (Lacan, 1967-1968/2003f, p. 254). Ou seja, o Sq demonstra a contingência e a

imprevisibilidade do significante que opera de uma forma sem estar ligada a nenhum conteúdo específico. O significante qualquer serve como um lembrete de que o significante não é algo estável e introduz lacunas levando a infinitas possibilidades de associações.

Ao refletirmos sobre essa suposição de saber atualizado na clínica em situações de risco social, encontramos alguns autores contemporâneos reconsiderando a ação indispensável dada por Lacan à posição de SsS. Segundo as autoras Cristina Marcos e Laila Parreiras (2022), “o saber que antes era extraído da relação com o Outro hoje está mais investido nos objetos da tecnologia da informação; é a esses gadgets que o sujeito demanda o saber hoje” (p. 8). Para elas, na contemporaneidade, há uma modificação no processo transferencial analítico, não sendo algo intrinsecamente ligado a uma suposição de saber ao analista.

Já Andreia Guerra e Lucas Rocha (2021) afirmam que o grande individualismo da sociedade e a sua relação com os objetos de satisfação interferem no estabelecimento dos laços sociais. Nas palavras deles, “não somente o Outro já se estabelece como suspeito, como há, inclusive, a conclusão da certeza de que o Outro não tem boas intenções em relação ao sujeito” (p. 160). Podemos inferir que, em situações de risco social, os sujeitos não supõem o saber, antes disso, eles suspeitam do saber, passando, assim, o manejo da transferência por uma posição de “sujeito suposto suspeito” (p. 158). Para esses autores, devemos “saber-fazer de outra maneira com o *isso* que resta é a aposta analítica na passagem de uma relação de suspeita, que consolida o inimigo imaginário” (p. 166).

Contudo, na presente pesquisa, considerando a experiência de prática pessoal concomitante com a escuta psicanalítica na rua, constatamos que, nessas situações, não há uma negação ou deposição dos fundamentos psicanalíticos como a transferência, o sujeito suposto saber e o inconsciente. No entanto, em situações sociais críticas, há a necessidade de uma reformulação do manejo clínico para que leve em conta a posição política de seu fazer naquele momento, que transpassa o social e o histórico do sujeito, do espaço e de suas vulnerabilidades. Assim, essa posição inevitavelmente também lidará, mesmo não respondendo a elas, com as necessidades do sujeito, e não somente com suas demandas e com seus desejos. Por isso, acreditamos que essa clínica é uma clínica encontrada, de ordem inventiva, a transferência e a posição de sujeito suposto saber ainda existem e são imprescindíveis para que a clínica aconteça, todavia devem ser manejados de formas distintas de como são manejados em uma clínica psicanalítica convencional.

Em situações de risco social, para que aconteça a clínica, há a suposição de saber, mesmo se antes dela houver uma posição de suspeita, porém notamos que essa suspeita não

é regra. Ao nos colocarmos em lugar de disponibilidade de escuta, muitos sujeitos já direcionam uma posição de saber ao analista, um saber além, um saber que diz também do seu espaço, da sua cidade, de soluções políticas e institucionais. Outros realmente, antes de supor um saber, supõem uma suspeita, muitas vezes corriqueira no seu dia a dia. Outros ignoram o analista e se distanciam, ignoram o espaço de escuta. Ou seja, percebemos, em nossa prática, que a clínica é encontrada ali no momento, ela é reformulada e exige do analista movimentações singulares a cada experiência.

Assim como a transferência e o sujeito suposto saber, o inconsciente também é afetado com as mudanças de tempo, de cultura, de civilização. Mandil (2004) afirma que “a orientação lacaniana indica que devemos buscar, nas forças que se movem, as melhores condições para que o inconsciente continue a ser um modo de acesso digno à causa analítica” (p. 3). Desse modo, como elaborado anteriormente, podemos considerar uma clínica encontrada que exige movimentações que refletem os dilemas contemporâneos, conforme coloca Brisset (2015), “onde quer que um analista esteja e se invista de encorajar a produção de resposta singular aos impasses da civilização, ali, encontra a matéria viva que divide, desloca, se enuncia em favor da política lacaniana” (p. 4).

Portanto, inferimos que a clínica psicanalítica em situações de risco social, em especial na rua, representa uma expansão do alcance e do escopo da psicanálise, trazendo suas percepções e práticas para o domínio público para abordar questões sociais e promover um espaço de escuta além dos limites do ambiente clínico tradicional. Tal clínica não visa solucionar questões sociais ou demandas político-institucionais, ela não age em detrimento do discurso capitalista, mas sim no um a um, no sujeito que a encontra, considerando o inesperado, o inusitado do momento, do sujeito e do território.

7 Discursos: É (Feitos) no Laço Social

Meu Deus! Como é engraçado! Eu nunca tinha reparado como é curioso um laço... Uma fita dando voltas. Enrosca-se, mas não se embola, vira, revira, circula e pronto: está dado o laço (. . .) E quando puxo uma ponta, o que é que acontece? Vai escorregando... devagarinho, desmancha, desfaz o abraço (. . .) Enrosca, segura um pouquinho, mas pode se desfazer a qualquer hora, deixando livre as duas bandas do laço.

—Maria Beatriz Marinho dos Anjos, *O Laço e o Abraço*

Com base nas considerações anteriores e tendo em mente que a clínica psicanalítica não diz somente do sujeito, mas também de sua cultura, de sua civilização e de suas relações, faz-se necessário abordar o conceito de discurso com função de laço social. Como afirma Miller (2006), “o sujeito não é o indivíduo, é também a civilização. Não há clínica do sujeito sem clínica da civilização. Nós também somos chamados aí” (p. 30).

Isso posto, na teoria dos quatro discursos de Lacan, o real vai aparecer com o mal-estar apresentado por Freud. Em seus trabalhos “Prefácio à ‘Juventude Desorientada’, de Aichhorn” e “Análise Terminável e Interminável”, Freud (1925/1976c, 1937/1980) apresenta três ofícios impossíveis: governar, educar e analisar. Para ele, por mais que nos dediquemos a tais ofícios, essas tarefas sempre serão impossíveis, sempre deixarão a desejar. Com base nos ofícios impossíveis apontados por Freud, Lacan (1969-1970/1992) acrescenta o fazer desejar e, inspirado por tais ofícios, descreve os discursos como laços sociais. Ele afirma: “O discurso, o que é? É o que, na ordem... na disposição do que pode produzir-se pela existência da linguagem, tem função de laço social” (Lacan, 1972, p. 20).

Para Lacan, todo discurso tem função de laço social que se dá em torno de um impossível. No *Seminário 17: O Avesso da Psicanálise* (1969-1970/1992), o psicanalista descreve quatro formas de discurso: Discurso do Mestre (inspirado no ofício de governar), Discurso do Universitário (inspirado no ofício de educar), Discurso do Analista (inspirado no ofício de analisar) e Discurso da Histórica (inspirado no ofício de fazer desejar).

Lacan (1969-1970/1992) diz que o matema dos discursos é um “aparelho de quatro patas, com quatro posições, pode servir para definir quatro discursos radicais” (p. 19). Ele cria um matema para cada um desses discursos, cuja estrutura envolve uma articulação do campo do sujeito com o campo do Outro, a partir de quatro elementos móveis e quatro lugares fixos. Os elementos são: o significante-mestre (S_1), tomado a partir de sua propriedade de comando, pelo qual os outros significantes são ordenados; o saber significante (S_2), constituído enquanto cadeia significante, como a repetição da primeira

experiência de satisfação; o sujeito (\$), sujeito barrado pelo significante; e o objeto a (a), como causa-do-desejo, correspondente ao objeto perdido – desde e para sempre, de plena satisfação – ou como mais-de-gozar, correspondente ao objeto da angústia, objeto alvo da satisfação pulsional.

Os quatro discursos variam conforme a posição dos quatro elementos nos lugares fixos de: agente, verdade, outro e produção. O agente se mostra no lugar de semblante de poder, é ele que comanda o outro a trabalhar para produzir, ou seja, ele aponta o caminho do discurso, “o elemento situado nessa posição indica por onde se pretende gravitar a função de domínio daquele laço social” (Caversan, 2023, p. 43). O outro, portanto, é o que trabalha, e a produção é seu produto gerado. Já a verdade é a inspiração do agente, é o que motiva seu discurso; contudo, por ser verdade, é inacessível. Como declara Lacan (1969-1970/1992), “qual é a verdade? É justamente ali que ela se situa, com um ponto de interrogação. O que é que inaugura, o que é que põe em ação esse agente?” (p. 182).

Esses lugares sempre mantêm em si uma ordem, de modo que da verdade partem vetores, mas nunca chegam a ela. Isto é, é o lugar da verdade que determinará o discurso, é ele que suporta o lugar do agente do discurso que se relacionará com o outro, extraindo, dessa relação, uma produção. Dentro dessa ordem, há duas barras que separam os lugares em quadrantes, essas barras cumprem uma função de resistência à significação, permanecendo inacessíveis à verdade e à produção.

Figura 4

Lugares fixos



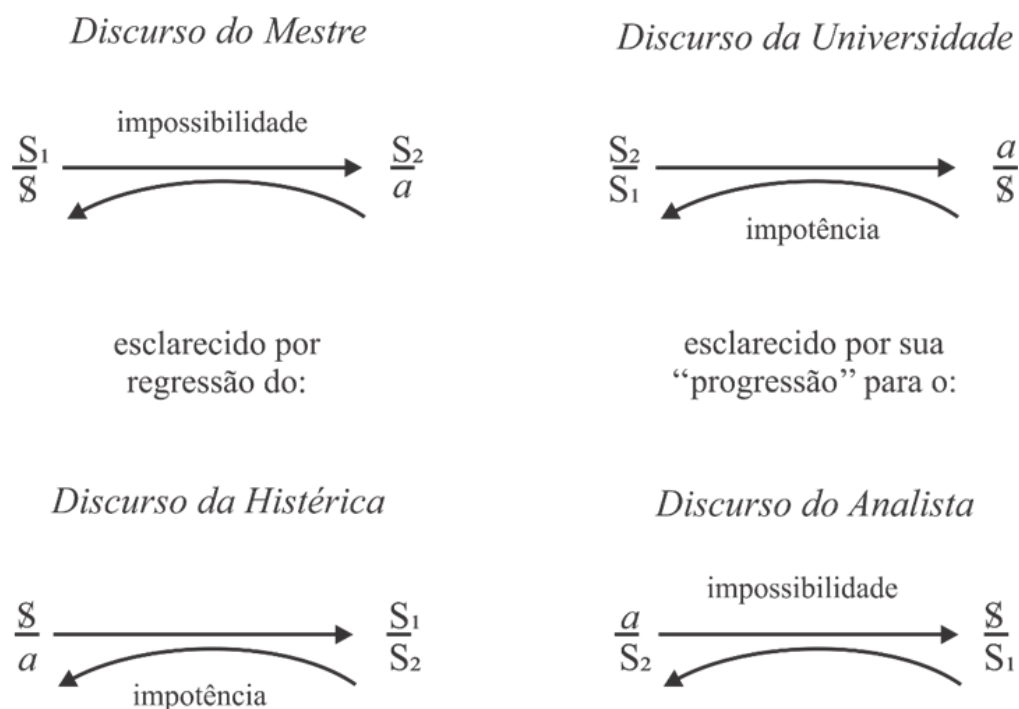
(Lacan, 1970/2003i, p. 447)

Além delas, há os vetores de conexão e de implicação, que nortearam o sentido do quarto de giro, o qual provocará a mudança de discurso, seja de maneira progressiva, seja regressiva. É o quarto de giro que possibilita a permutação dos elementos sempre de modo circular, sem comutação, ou seja, sem mudar sua ordem (a , \$, S_1 , S_2); assim, a “ordenação dos elementos é um limite, é um ‘não’ que define a estrutura dos quatro discursos” (D’Agord, 2013, p. 442). Por fim, notamos também a impossibilidade representando o limite dos discursos, a qual parte do lugar do agente para o lugar do outro. A impossibilidade atesta o limite do discurso. Quando encaramos esse limite e o negamos, tentamos tamponá-lo e,

visando à tentativa de acessar a verdade, deparamo-nos com a impotência. A impotência está entre a produção e a verdade, “cuja função é proteger o acesso à verdade, garantindo que ela permaneça não-toda acessível” (Caversan, 2023, pp. 41–42). Independentemente do que o discurso produz, essa produção é impotente em revelar a verdade desse discurso; é justamente esse ponto de barramento que o Real assume dentro dos discursos.

Figura 5

Impossibilidade e impotência



(Lacan, 1970/2003i, p. 447)

7.1 Discurso do Mestre: A Impossibilidade de Governar

O Discurso do Mestre (DM), também conhecido como o Discurso do Inconsciente, apresenta o sujeito (\$) no lugar da verdade, o significante-mestre (S_1) no lugar de agente, “função (. . .) sobre a qual se apoia a essência do senhor” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 19), o saber significativo (S_2) no lugar do outro, “como suporte do saber” (p. 20), e o objeto a no lugar de produção.

Figura 6

O discurso do mestre

$$\frac{S_1}{\S} \longrightarrow \frac{S_2}{a}$$

(Lacan, 1969-1970/1992, p. 12)

Nesse discurso, o significante-mestre, no lugar do agente, faz semblante daquele que tem o poder, de quem possui autoridade suficiente para mandar. S_1 como agente toma o semblante da autoridade em si e, por isso, é inquestionável. Porém, como já dito, essa autoridade é um semblante, uma imagem que o agente quer passar; contudo, a verdade que o sustenta é um sujeito barrado. “No discurso do mestre (. . .) há a ideia de que quem fala sabe sobre o que fala. Há o recalcamento da falta, é o discurso da possibilidade do saber” (Ziliotto, 2004, p. 218). O sujeito no lugar da verdade esconde o fato constituinte de que há um sujeito alienado que organiza a relação entre o mestre e o outro.

Diante disso, o outro é visto pelo mestre como S_2 , como cadeia de significantes referidos ao S_1 , portanto subordinados a ele. O outro toma uma posição de escravo, de empregado, de discípulo do mestre. É esse escravo, como saber significativo, que detém o saber de produzir, ou seja, “o saber (. . .) é a parte do escravo” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 32), é o escravo “que tem um *savoir-faire*, um saber fazer” (p. 20). O poder do mestre está justamente no fato de ele conseguir mandar que o escravo produza, o “senhor não deseja saber absolutamente nada – ele deseja que as coisas andem” (p. 23), por isso Lacan afirma que, extraindo a sua essência, o saber do escravo transmuta-se em saber de senhor. A produção extraída do saber em trabalho do outro surge como objeto a em função de mais-de-gozar. Como já mencionado, todo discurso produz um efeito, o qual nem sempre é o esperado e previsto. No DM esse efeito é o objeto a enquanto mais-de-gozar, é aquilo que escapa das mãos do mestre e, assim, perturba o discurso; “fica claro que o desejo do senhor é o desejo do Outro, pois é o desejo que o escravo predispõe” (p. 38).

Por fim, no DM a impossibilidade é indicada na parte superior entre o mestre e o outro, por isso é impossibilidade de governar o saber. Já a impotência é evidenciada na parte inferior entre o objeto a e o sujeito. A relação entre a e a divisão do sujeito é impossível, ou seja, a fantasia ($\S \diamond a$) aqui não existe. Por isso, Lacan (1969-1970/1992) afirma que “o discurso do mestre exclui a fantasia. E é isto exatamente o que faz dele, em seu fundamento, totalmente cego” (p. 114). O DM nos mostra, dessa forma, a não possibilidade de extração de verdade.

7.2 Discurso da Histórica: A Impossibilidade de Fazer Desejar

O Discurso da Histórica (DH) aparece como a forma progressiva do DM. Esse discurso apresenta o objeto a no lugar da verdade, o sujeito ($\$$) no lugar de agente, o significante-mestre (S_1) no lugar do outro e o saber significativo (S_2) no lugar de produção. Notamos, assim, que o DH leva à produção de saber. Nele, a histórica, enquanto sujeito no lugar de agente, demanda do outro uma posição de mestre que consiga produzir um saber sobre seu sintoma. De acordo com Lacan (1969-1970/1992), “é em torno do sintoma que se situa e se ordena tudo o que é do discurso da histórica” (p. 45), por isso o DH é tratado como o paradigma da entrada em análise.

Figura 7

O discurso da histórica

$$\frac{\$}{a} \longrightarrow \frac{S_1}{S_2}$$

(Lacan, 1969-1970/1992, p. 13)

Nesse lugar, a histórica desafia e questiona o outro, e, como consequência, este outro produz o saber para responder à demanda do sujeito inconsciente. Todavia, esse saber produzido pelo outro é insuficiente. Sempre haverá uma falta enquanto verdade de seu gozo, é essa falta que sustenta a demanda da histórica. “Sua verdade é que precisa ser o objeto a para ser desejada” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 187), assim, o DH é o discurso autêntico do sujeito desejante. O que a histórica quer é fazer desejar, é ser a causadora do desejo do outro. Ela quer que o outro a deseje, mas que a deseje como sujeito, e não como objeto, o que é impossível, daí o fato de a histórica estar constantemente insatisfeita. Movida pelo desejo de ser objeto de desejo do outro, a histórica assume sua condição dividida e questiona o significante-mestre a fim de gerar um saber sobre a sua divisão; contudo, o saber no DH estará sempre alienado ao outro, o que insatisfaz a histórica.

Ainda que a produção de saber pelo outro seja insuficiente, a histórica insiste na demanda, contrapondo-se à posição de escravo. Ela demanda e desafia a produção de um saber do outro e questiona esse produto. Nas palavras de Lacan (1969-1970/1992), “seguindo o efeito do significante-mestre, a histórica não é escrava. (. . .) Ela faz, à sua maneira, uma espécie de greve. Não entrega seu saber. No entanto, desmascara a função do

mestre com quem permanece solidária” (p. 98). A histórica exige no discurso a linguagem para desvendá-la, mas não deixa de se impor como sujeito, ela “quer um mestre sobre o qual ela reine. Ela reina, e ele não governa” (p. 136). A histórica reivindica um mestre apenas para desmenti-lo.

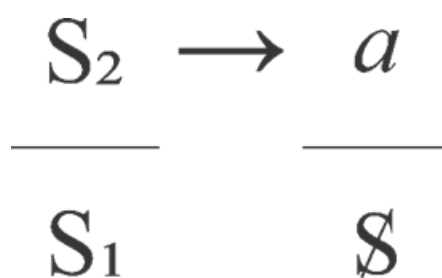
Isso posto, notamos que no DH a impossibilidade está no impossível de fazer desejar, indicada no sentido de \$ a S_1 , o que ratifica a impossibilidade de deter por completo o significante-mestre. Ou seja, pelo fato de o produto demandado ser um saber incompleto, a histórica o contesta, pois esse saber “não é um saber que consiga abarcar o gozo que fundamenta o sintoma diante do qual ela se faz sujeito dividido” (Caversan, 2023, p. 50). Dessa maneira, marca-se a impotência do DH entre S_2 e a , demonstrando a insuficiência da histórica em produzir um saber sobre seu gozo.

7.3 Discurso do Universitário: A Impossibilidade de Educar

O Discurso Universitário (DU), também conhecido como Discurso do Mestre Moderno, alicerça a ciência e é a forma regressiva do DM. Esse discurso apresenta o significante-mestre (S_1), que representa os princípios fundamentais que baseiam a instituição do conhecimento, no lugar da verdade; o saber significante (S_2), como conhecimento, no lugar de agente; o objeto a (a), como sujeito submetido ao conhecimento, no lugar do outro; e o sujeito (\$), como aquele que virá a saber, no lugar de produção.

Figura 8

O Discurso do Universitário



(Lacan, 1969-1970/1992, p. 109)

No DU, o burocrata, no lugar de agente, remete o seu desejo ao outro, não se responsabilizando pelos seus atos. O outro, enquanto objeto a , pode ser moldado a ponto de essa relação produzir um sujeito que virá a saber. Nesse discurso, a figura de agente é personificada pelo professor ou pela instituição acadêmica, que reivindica um determinado conhecimento especializado. Como afirma D’Agord (2013), “é suposta uma verdade ao

saber, enquanto que o sujeito desaparece sob o imperativo de ‘continuar a saber’” (p. 445). O conhecimento é transmitido ao aluno, em posição de outro, de quem se espera que o receba e internalize a fim de produzir a continuidade do conhecimento passado.

Nesse ponto, há a perpetuação epistêmica de conhecimentos que definem as normas e os parâmetros aceitáveis na academia e, mais além, na sociedade. O saber no poder demonstra a promessa de haver um saber universal, anseia invalidar singularidades e fomentar um universal que responde a tudo e a todos. Assim, uma vez que serve para legitimar certas formas de conhecimento, ao mesmo tempo que suprime outras, esse discurso reflete as percepções de Foucault (1976/2019) sobre a relação íntima entre poder e conhecimento e reafirma os estudos e os conceitos de Grosfoguel (2016), ambos já apontados neste trabalho.

O DU ressalta o papel das instituições na definição e na disseminação do que é considerado conhecimento válido, o estudante se torna apenas reproduzidor de um conhecimento. O sujeito na posição de produto vira um mero copiador, o estudante que copia e reproduz o saber repassado sem se fazer existente com seu desejo. Tendo S_1 como verdade, “é impossível deixar de obedecer ao mandamento que está aí, no lugar do que é a verdade da ciência – *Vai, continua. Não para. Continua a saber sempre mais*” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 110). O DU é caracterizado pelo domínio do conhecimento e pela institucionalização da verdade. É o discurso da ciência e da burocracia, em que o conhecimento é produzido, disseminado e regulamentado.

Aqui, o impossível, que se encontra entre S_2 e a , é o impossível de educar, pois o que se produz do discurso é o sujeito dividido, ou seja, a ação de educar que espera a produção de um saber universal é impossível, na medida em que produz $\$$. Já a impotência se encontra entre S_1 e $\$$, o que demonstra o fracasso do sujeito em alcançar a verdade de que há um saber absoluto. Conforme afirma Dias (2017), a produção não acontece plenamente “porque há o sintoma à revelia do sujeito, o que não o permite adequar-se a este saber imposto, impondo a falta de relação entre a produção do sujeito e a verdade do discurso enquanto lei” (p. 64).

7.4 Discurso do Analista: A Impossibilidade de Analisar

O Discurso do Analista (DA), forma progressiva do DH, apresenta o saber significante (S_2) no lugar da verdade, o objeto a (a) no lugar de agente, o sujeito ($\$$) no lugar do outro e o significante-mestre (S_1) no lugar de produção.

Figura 9

O Discurso do Analista

$$\frac{a}{S_2} \longrightarrow \frac{\$}{S_1}$$

(Lacan, 1969-1970/1992, p. 104)

Nesse discurso, o significante do saber está no lugar da verdade, “o saber, então, é posto no centro, na berlinda, pela experiência psicanalítica” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 31). A verdade do saber que não se sabe, o saber que representa o impossível. Essa verdade sustenta a posição do psicanalista no lugar de agente como objeto *a*, o que dá suporte para a fantasia do sujeito. Assim, no DA, o sujeito no lugar de outro produz, em análise, como efeito de interpretação, o significante-mestre, desalienando esse sujeito. Como afirma Lacan, o analista “está ali para conseguir que ele saiba tudo o que não sabe, sabendo-o contudo. O inconsciente é isso. Para o psicanalista, o conteúdo latente está do outro lado, em S_1 ” (p. 119).

O analista é representado por uma falta, ele não tem um saber pleno acerca do sujeito. No DA, o analista, como objeto *a*, coloca-se como resto da operação da linguagem, ocupando-se do fracasso do discurso. É no lugar de objeto *a* que o analista tratará o outro como sujeito, possibilitando a ele manifestar-se enquanto desejante. O DA é o único discurso que trata o outro como sujeito e, por causa disso, viabiliza a ele poder expressar sua singularidade. O sujeito aqui é ativo, ele trabalha constantemente e, por isso, não é acabado. Dessa forma, nesse discurso, o analista é o agente que se apaga como sujeito, permitindo-se ser colocado em posição de causa de desejo. O analista, como objeto *a*, de causa de desejo, na posição de agente do discurso, oferece-se como alvo produzido pelo desejo do saber. Todavia, Lacan salienta que o analista não impele o desejo de saber, ele apenas se disponibiliza como alvo a um sujeito que já está provido desse desejo. Ele afirma que o analista não inventa o desejo de saber, “é preciso que alguém lhe tenha imposto isso. (. . .) não é mais ele quem o suscita, ele se oferece como ponto de mira para qualquer um atacado por esse desejo” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 112).

Logo, no DA, o analista conduz o tratamento sem conduzir o sujeito. Se no processo ele exerce qualquer função de poder conduzindo o analisando, e não o tratamento, a práxis analítica se perde, nas palavras de Lacan (1958/1998a): “a impotência em sustentar autenticamente uma práxis reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de

um poder” (p. 592). Aqui, o analista deve estar em uma posição oposta à dominação, por isso ele é avesso ao mestre. O DA é o avesso do DM. O analista não tem nenhuma intenção de sujeito, ele está como objeto. No DA, o analista serve-se como ferramenta ao analisando, proporcionando sua travessia de uma posição alienada ao desejo do Outro para um confronto com seu próprio desejo; para isso, “o que o analista institui como experiência analítica pode-se dizer simplesmente – é a histerização do discurso” (p. 33).

O que o sujeito produz no trabalho de análise não é um saber, mas sim uma “produção fervilhante de S_1 ” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 35), o que é justamente o que o singulariza como sujeito. Já o S_2 no lugar da verdade é um enigma com função de semidizer, o que demonstra, como sugere Lacan, a estrutura da interpretação. No DA, “a interpretação precipita o ato do analista, um ato que se dá fora do sentido e não prescinde de sujeito, por isso, é possível operá-lo na função do a ” (Caversan, 2023, p. 54). O fato de o saber estar no lugar da verdade já demonstra que esse saber não é completo. Se a verdade é meia verdade, o saber no lugar de verdade é meio saber. É um saber nunca completo, por isso sempre enigmático, que suscita mais perguntas do que respostas. Em função disso, a formação do analista não se dá apenas pelo estudo da teoria e pela detenção de saber acadêmico, uma vez que o saber de que o analista faz uso em análise é o saber inconsciente.

Por fim, nesse discurso, a impossibilidade é a impossibilidade de analisar, situada entre a e $\$$, isso nos revela que “o sujeito não pode ser curado de seu gozo (. . .) se o gozo pleno é impossível, sem um pouco de gozo a vida também é impossível” (Dias, 2017, p. 63), ou seja, é impossível haver uma cura eliminando a falta. Já a impotência se dá pelo fato de que a produção de S_1 enquanto lei do desejo não suporta a verdade do saber sobre a falta. O DA se diferencia dos outros discursos ao abraçar sua impossibilidade. Nele, é pela impossibilidade, pela falha discursiva, que o laço se movimenta em direção à possibilidade. Por ser o único discurso que escuta o impossível, o analista deve, em sua posição de objeto, suportar esse impossível, acolher o mal-entendido e permitir que ele trabalhe ativamente no discurso.

7.5 Discurso Capitalista: O Desenlace Social

Em vista do exposto, inferimos que não existe laço social sem perda. Cada discurso é uma identidade além da palavra, o que definirá o discurso é a qualidade da ação que o acompanha. Dessa maneira, trata-se de investigar não só a relação estrutural do sujeito e suas estratégias para lidar com o desejo e com o gozo do Outro, mas também se ele se insere nos

discursos e como o faz, sua relação com a mestria, com o saber, com o outro do laço social, com o mais-de-gozar. Todavia, Lacan vai mais além dos quatro discursos e, em 1972, na “Conferência de Milão”, apresenta o Discurso Capitalista (DC). Esse não é um quinto discurso, mas sim um pseudodiscurso, na medida em que é insustentável e não faz laço social. Nas palavras de Lacan (1972), o DC é “loucamente astucioso, mas destinado a explodir. (. . .) É porque é insustentável” (p. 59).

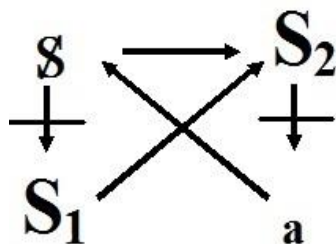
Esse se constrói de outra forma, não pelo quarto de giro, mas por uma torção do discurso do mestre, há uma troca de lugar entre o agente e a verdade, passando de $S1/\$$ para $\$/S1$. Lacan (1972) argumenta que essa “inversão simplesmente entre o $S1$ e o $\$$ (. . .) basta para que isso ande como sobre rodinhas, não poderia andar melhor, mas, justamente, anda rápido demais, se consome, se consome tão bem que se consuma” (p. 62). Ou seja, o DC é o discurso que se consome porque gira rápido demais. O ponto central do DC é a velocidade como tudo isso se consome até que se consuma. Anteriormente, havia um discurso do mestre antigo da repressão, hoje, há um pseudodiscurso do mestre contemporâneo do gozo.

O DC gira tão rápido a ponto de romper com o laço, esse discurso não promove laço entre o agente e o outro e produz uma relação mais direta entre sujeito e objeto. No Discurso Capitalista, exclui-se o outro do laço social, pois o sujeito só se relaciona com os objetos-mercadoria comandados pelo significante-mestre capital. No lugar da verdade, encontramos o capital como significante-mestre ($S1$), “aqui, o lugar da verdade não é mais protegido, ele é alimentado pelos quatro vértices” (Ziliotto, 2004, p. 219). No lugar do agente, encontramos o sujeito ($\$$), que passa a ser reduzido a consumidor de objetos, no lugar do outro, está a ciência e a tecnologia como saber significante ($S2$), que produz os gadgets, como objeto a (a) (Lacan, 1972).

Figura 10

Discurso do Capitalista

Discurso do capitalista



(Lacan, 1972, p. 40)

Dessa forma, o Discurso Capitalista funciona como um looping, o agente (\$) passa a impor a verdade (S1), o sujeito fica em uma posição de consumidor e o S₁ em uma posição de capital. O capital, como verdade (S1), comanda o outro (S2) na produção do objeto (*a*) como objeto de mercadoria que vai ser consumido por \$. Ou seja, o sujeito impõe o significante-mestre que comanda o saber significativo a produzir o objeto *a*, o qual será consumido pelo sujeito, surgindo assim um looping.

Assim, o resultado do DC é só gozo, um gozo sem fim que não passa pelo campo do Outro, não passa pela fantasia, é justamente isso que faz com que o Discurso Capitalista gire depressa demais, o imperativo do gozo. Como apontado no capítulo três deste trabalho, é exatamente a renúncia ao gozo e à espoliação do gozo que Marx revela na mais-valia. Do lado do proletário, há perda do gozo, encoberta de forma que pareça justa a exploração, e, do lado do capitalista, há uma renúncia “ao gozo imediato do lucro a fim de obter o a mais de gozo proporcionado por maiores lucros futuros” (Lustoza, 2009, p. 46). É esse movimento em busca de mais gozo que notamos na rápida movimentação do DC sem limitações, visando alcançar um gozo infinito, e “esse a mais de gozo faz o sistema girar, aquece a máquina da produção, mas sem que nenhum homem possa dele se dizer o possuidor” (Lustoza, 2009, p. 46).

O mais-de-gozar é, portanto, a mola propulsora do DC, uma mola paradoxal, pois se produz pela renúncia do gozo. Renunciamos parte de nosso gozo para posteriormente buscar gozo no consumo de mercadorias. Como afirma Lustoza (2009), “o gozo que lhe é negado será parcialmente restituído sob a forma de uma voraz fruição de mercadorias, lançando-o paradoxalmente em um estado de falta constante, que ele, por engano, acredita poder ser sanada pelos novos produtos a serem lançados” (p. 47). O capitalista quer eliminar o efeito de impossibilidade a fim de manter o sujeito insatisfeito em um nível muito particular. Seu interesse é manter a insaciedade na promessa de um mercado no qual tudo é possível. O DC visa saturar o sujeito, suprimindo sua falta com objetos de prazer que anulam a questão do desejo e levam à crença de que esse tipo de consumo permitirá ao sujeito encontrar satisfação. Rosa (2018) afirma que

o discurso capitalista esclarece uma concepção de funcionamento social em que o indivíduo se adapta a uma realidade dada. Privilegia não o sujeito, mas o indivíduo consumidor que, em sua dimensão de consumido, não encontra lugar para o seu pátos (sofrimento), para formular demandas, remetido que fica à colagem do objeto da demanda ao objeto do consumo. (p. 114)

No DC, há uma tentativa de erradicação da alteridade, o sujeito não se coloca a ver com as questões que determinam seu desejo, uma vez que na ausência da castração o desejo

permanece foracluído. Dunker (2019) aponta que, dentro dos outros discursos, há uma derrapagem do significante de um discurso para outro, o que faz o Discurso do Mestre passar para o Discurso do Universitário ou para o Discurso da Histórica, mas, hoje, o Discurso Capitalista “parece ser a manipulação premeditada, acelerada e controlada desta derrapagem e esta é sua astúcia e sua invenção, neste momento específico do capitalismo tardio” (p. 125). O impulso incessante de acumulação e consumo define o DC e desloca o sentido de identidade do sujeito, fazendo com que nos tornemos, como alerta Lacan, nós próprios “produtos, como se diz, consumíveis tanto quanto os outros. Sociedade de consumo, dizem por aí. Material humano, como se enunciou um tempo – sob os aplausos de alguns que ali viram ternura” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 30).

Logo, hoje, as relações de consumo não se dão somente com mercadorias, mas também com sujeitos, “se consome tão bem que se consuma” (Lacan, 1972, p. 62). Forma-se uma política de todos contra todos, cada um por si, que segrega por meio dos desejos do mercado, do capital. O laço social se perde, pois a relação se dá apenas pelo consumo imediato e supérfluo, o que acaba produzindo não uma relação, mas uma segregação. Como afirma Ziliotto (2004), “a denúncia de uma sociedade que sucumbe à verdade das coisas, à verdade de quem as produz, consumida por esta sedução, é o alerta lacaniano” (p. 221). No DC atual, na medida em que somos constantemente impelidos a uma lógica individualista e competitiva que não admite sua incompletude, não há somente o não fazer laço, mas também o deslaço, ou como defende Lustoza (2009), há uma “tendência ao seu enfraquecimento” (p. 51).

É neste ponto que conseguimos responder às perguntas feitas no final do segundo capítulo deste trabalho, são elas: qual verdade esse sintoma social esconde? Nós não olhamos para as pessoas em situação de rua para não ver o quê? Com nossa pesquisa e com as elaborações, conseguimos argumentar que a PSR como sintoma social esconde justamente a verdade de que somos incapazes e falhos como sociedade. O Discurso Capitalista encena uma realidade de que somos completos em nós mesmos e de que tudo é possível e alcançável, a PSR enquanto sintoma social do capitalismo atual esconde e denuncia a verdade do nosso furo. Não olhamos para a PSR para não ver e para não encarar a nossa incompletude enquanto sociedade enfraquecida e nossa impotência como sujeitos.

Todavia, atestar que o DC não faz laço social é diferente de dizer que não existe laço social no capitalismo. Como exemplo, Lacan retorna novamente a Marx e à concepção do proletariado. O proletário, como já trabalhado, mostra-se como sintoma social do capitalismo e, conseqüentemente, não faz laço social. Contudo, não faz laço social enquanto

classe, não faz laço social na linha de produção, mas, quando essa classe coletivamente faz ato em greve, há a construção do laço social. Segundo Lacan (1968-1969/2008c),

a greve é justamente uma espécie de relação que une o coletivo ao trabalho. É a única, aliás. Estaríamos totalmente errados ao crer que um cara que está numa linha de montagem trabalha coletivamente. Mas é ele quem executa o trabalho. Na greve, a verdade coletiva do trabalho se manifesta. (p. 41)

Logo, como afirma Xavier (2013), o proletário “na situação da greve ele volta a ser sujeito, ele rearticula o laço social, o valor do coletivo é que mostra ser valor. (. . .) Fora da greve o que o proletário encontra é a segregação e o isolamento” (p. 114). Diante da sua exploração e envolvimento pelo DC, é no ato de greve, de maneira coletiva, que o proletário tenta manter um laço social. O proletário como sintoma social denuncia o capitalismo, mas somente no ato de greve ele tem a possibilidade de se deslocar no discurso e produzir laço como sujeito. Nesse sentido, Junior (2010) defende que no social o proletário desempenha função histórica no capitalismo, na medida em que, em greve, questiona o capitalista estremecendo o sistema.

Portanto, no social, pelo coletivo, o proletário consegue fazer laço social quando em greve. Em vista disso, defendemos que a PSR, como sintoma social do atual capitalismo, também faz laço social quando em grupo. O que podemos notar, seja em coletivos que são produzidos e organizados por eles, seja em suas aglomerações contínuas, é que, mesmo com a repressão constante, esses grupos não se desfazem e, mais ainda, confrontam o sistema que tenta contê-los.

Neste trabalho, pensamos também, além da produção de laço social no coletivo, a sua formação no singular dentro das particularidades de cada sujeito. É neste ponto que a psicanálise tenta ressaltar o sujeito diluído nesse conjunto. Oliveira (2016) afirma que o que a psicanálise proporciona “ao sujeito não é da ordem da greve, mas não deixa de ser da ordem de uma escansão, de um corte, o que pode fazer com que o sujeito mude seu posicionamento diante dos efeitos discursivos de seu tempo” (p. 63).

No próximo capítulo, expressaremos experiências na clínica com a população em situação de rua para justamente expor as possibilidades de enlace nessa situação, entendendo o posicionamento do sujeito no discurso e, conseqüentemente, a elaboração da escuta dos sujeitos em situação de rua.

8 A Escuta na Clínica em Situação de Risco Social: Fragmentos de Memória

É justamente essa assunção de sua história pelo sujeito, no que ela é constituída pela fala endereçada ao outro, que serve de fundamento ao novo método a que Freud deu o nome de psicanálise.

—Jacques Lacan, *Função e Campo da Fala e da Linguagem*

Como dito na introdução deste trabalho, minha experiência na clínica com pessoas em situação de rua se deu em três perspectivas: estágio obrigatório na graduação; voluntariado em um coletivo; e atendimento profissional pelo projeto Pop Rua. A primeira experiência foi no estágio em Consultório na Rua, pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), realizado uma vez por semana na área popularmente conhecida como *carrapateiro*, localizada no bairro Niterói, na região da praça Candidés de Divinópolis (MG). Como estratégia de aproximação, levávamos água em um galão e copos descartáveis que serviram também para suprir a necessidade da sede.

Já o voluntariado aconteceu junto ao Coletivo Mãe Preta, que percebeu a necessidade de fomentar, além das refeições, as tradições mineiras através da oralidade e do apoio emocional, em cujo escopo me encaixei enquanto psicanalista. O trabalho do coletivo tenta, uma vez por semana, levar alimentação, acolhimento, escuta e oralidade na extensão da cidade de Divinópolis, indo em pontos específicos já conhecidos pelo coletivo, além de pontos demandados pela própria PSR e/ou por apoiadores do trabalho.

Por fim, a experiência com o Pop Rua se deu durante meu trabalho no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de outra cidade no interior de Minas Gerais. A equipe é composta de vários profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e trabalha semanalmente com a PSR em pontos estratégicos da cidade. O trabalho realizado no CAPS me possibilitou ter contato com a PSR que frequentava o serviço para tratamento em saúde mental, relacionado, principalmente, às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Como referido no capítulo três deste trabalho, sabemos das dificuldades que a PSR enfrenta referentes à segregação. Nas escutas realizadas, notaram-se diversas falas relativas a preconceitos, à violência e à invisibilidade. Nascimento (2000) aponta que, atualmente, há uma produção de grupos sociais marcados como: 1) incômodos politicamente; 2) desnecessários economicamente; e 3) perigosos socialmente. Durante as escutas realizadas, notamos, em sua grande maioria, essas três perspectivas que culminam em

olhares amedrontados, olhares de desconfiança, olhares de enojamento, violências verbais, físicas e/ou simplesmente a negação de existência.

Um dos sujeitos, escutado durante o trabalho com o coletivo, relatou que, no início de sua chegada à rua, conseguia se inserir na sociedade utilizando vários espaços públicos e culturais que contribuía com a sua saúde mental. Atualmente, não vê outra saída para sua saúde mental além de se esconder e fugir das pessoas que o olhavam de forma preconceituosa e temerosa. Do mesmo modo, esse contexto o colocava em uma situação de vergonha da sociedade e também de medo da violência que ela apresenta. De modo recorrente, presenciávamos o esvaziamento dos locais em que os sujeitos costumavam permanecer, devido às recentes agressões e violências tanto do corpo policial quanto da sociedade no entorno. Isso pode ser exemplificado quando, durante o estágio, fomos avisados de que a polícia havia passado no local e, além de bater nesses sujeitos, havia levado alguns para um lugar que desconhecíamos. Nesse mesmo dia, um amigo dos que estavam ali apanhou de moradores da região e foi levado pela polícia.

Nesses momentos envoltos por violência, a espontaneidade da fala muitas vezes não acontece, os sujeitos ficam tensos e apreensivos, chegando, em alguns momentos, a nos rechazar. Do mesmo modo, eles se mostram desanimados, impotentes e sem disposição para falar ou interagir. Nessas ocasiões, a clínica na rua é desafiante. Após acontecimentos de violência explícita, muitos dos sujeitos que se encontram no local, além de não querer falar, desconfiam da escuta oferecida. *Quem são essas pessoas? Elas vão me dedurar, contar para a polícia? Elas são da polícia, disfarçadas?* Percebemos aqui a posição de *Sujeito Suposto Suspeito*, referida por Andreia Guerra e Lucas Rocha (2021), já comentada no capítulo seis. Notamos esses sujeitos inseridos no Discurso Capitalista e violentados, de modo que, quando se deparam com um lugar de acolhimento e escuta do seu sofrimento, sentem-se desconfiados.

Todavia, observamos que a presença do analista é silenciosa e imóvel, mas com a escuta atenta produz algum efeito. Ou seja, uma posição em que o analista mostra estar presente, caso o sujeito queira esse espaço. Isso produz uma movimentação discursiva e remete esse sujeito, em um primeiro momento, a um enfrentamento do porquê insistimos em permanecer na escuta. *Por que você quer me escutar? Eu sou ninguém, não tem sentido você estar aqui.* Percebemos, nesses momentos, uma posição em um Discurso Histérico, o sujeito começa a enfrentar para posteriormente questionar, demandar e desafiar a oferta da escuta. Há uma posição de desafio, como se ele quisesse confirmar e tirar a prova de que você

realmente está ali para aquilo que falou que estava, sem ter ligação com qualquer violência e exclusão.

Após o enfrentamento, notamos que muitos deles acabam saindo da posição de desafio e finalmente conseguem falar sobre o que passaram e passam. Em um dos casos, após perceber que estávamos lá para escutá-lo sem julgamentos, o sujeito conseguiu relatar a violência no local: *“Não adianta bater, violência não resolve nada. Nós também somos seres humanos, eu acho que essas pessoas que vêm aqui bater em nós são piores que a gente”*. Notamos que, em muitos dos casos, após conseguir construir uma relação de confiança, eles se sentem seguros em falar sobre as violências sofridas tanto da sociedade quanto do Estado, o medo e a vergonha se transformam em confiança e respeito. O que percebemos também quando escutamos falas como: *“obrigado por vocês pararem para dar atenção a pessoas como a gente”*.

Durante o exercício de minhas práticas, notei semelhanças nas experiências. Todos, em algum momento, já haviam passado por situações de violência, muitos relatavam cenários de intolerância da família, grande parte fazia uso de substâncias psicoativas (SPA) ou álcool e relatava histórias de recaídas e frustrações da vida. Contudo, apesar de semelhantes, cada sujeito apresenta sua singularidade naquela experiência e demonstra reações diversas que refletem suas vulnerabilidades.

Sabemos que no Brasil, dentro das políticas públicas, a família é um importante fator na rede de apoio do sujeito, o que acaba colocando os familiares em uma posição relevante na sua proteção social. Contudo, o que é recorrente é exatamente o contrário, a família acaba sendo o fator de risco e não de proteção. Por isso, na escuta, seja de qualquer clínica, temos que nos atentar às singularidades de cada caso para não invadir o sujeito com mais violências. Anderson e Snow (1998) apontam que normalmente percebemos uma falha na relação e no apoio familiar de pessoas em situação de rua. Em minhas vivências, testemunhei falas recorrentes sobre vínculos quebrados ou fragilizados dos sujeitos em situação de rua para com seus familiares.

Para alguns, a família é um ponto de apoio. Contudo, pelo fato de muitos fazerem uso de álcool e/ou SPA, eles mesmos se culpabilizam por sua dependência, uma culpa que surge junto à vergonha. Como efeito da culpa e da vergonha, muitos evitam voltar para casa. Durante o estágio, acompanhamos um homem que nos relatava que não voltava para casa porque não iria conseguir enfrentar o que tem lá. No mesmo momento, outro homem, que estava perto ouvindo o relato do conhecido, diz que, no caso dele, ele estava em casa, mas saiu para ir até o *carrapateiro* usar sua pedra. Nesse relato, ele diz: *“Tava em casa há uns*

dias, saí hoje e vim pra cá. Aí eu te pergunto, por quê?”. Nesse dia, a escuta foi feita paralelamente com dois sujeitos, o que se deu de forma muito positiva, pois foi através da narração conjunta que consegui estabelecer um vínculo primeiramente em um lugar de Discurso do Universitário, com os dois me indagando: *Como largar o vício? O que a droga faz com a gente?* Nesse momento, como em muitos outros, estava em uma posição de saber sobre o vício, a droga, tendo que explicar seu funcionamento e o tratamento de redução de danos.

Foi através do relato em conjunto e da explicação sobre tratamentos e drogas que me vi, em outro momento, conseguindo estabelecer um vínculo analítico a ponto de esses sujeitos começarem a se indagar sobre suas repetições e sua relação pessoal com a droga. Foi o que aconteceu com o homem que inicialmente estava sempre se perguntando o porquê de estar lá, por que estava em casa e foi para lá. Em outra ocasião, ele me disse: *“Sabe, moça, eu ficava pensando, né, por que eu vim pra cá, por que tô aqui de novo. Mas também pra quê, né? Pra que eu tô aqui?”*.

Em outros casos, a família não aparece como apoio ou rede de proteção, mas sim como fator de risco ao sujeito tanto para sua saúde mental quanto física. Em uma das escutas feitas no estágio, um homem relata que *sua família estava toda nessa*. Ele diz: *“meu irmão foi morto aqui. Mas eu não gosto de falar disso (. . .) a família toda, sabe, moça? Minha irmã, meu cunhado, que se meteu em vender. Agora meu sobrinho tá lá em casa escondido de dívida e polícia (. . .) mas eu tô bem, tô sem usar, o complicado é eles”*. Infelizmente, em muitos casos, a própria família incentiva o uso de substâncias, incentiva as ações criminosas. Como falamos para tal sujeito que está tentando “sair dessa vida” que ele precisa voltar para casa e para sua família? É em casos assim que muitas vezes o sistema público falha, por não escutar as singularidades da história de cada sujeito e por sempre inferir que o ambiente familiar será mais saudável do que a rua.

Em outros casos, por exemplo, a família significa abandono, principalmente quando não há o entendimento das nuances referentes à dependência química. Em uma escuta feita no trabalho com o coletivo, um homem, o qual de início não queria falar, só queria a comida, perguntou-me: *“você conhece a mãe preta?”*. A “Mãe Preta”, para ele, simbolizava uma figura materna já abandonada há meses. Naquela situação, perto do dia das mães, pelo fato de estar lhe oferecendo comida da “Mãe Preta” e uma escuta do seu sofrimento, ele se permitiu ser acolhido e escutado. Pelo vínculo que tenho com a idealizadora do projeto e pelo fato de estarmos perto da data do dia das mães, o homem conseguiu relatar para mim os conflitos que tinha com a mãe biológica, a partir de uma relação transferencial.

A falta de apoio de familiares e, principalmente, o conflito gerado nesse ambiente refletem a escolha de alguns por continuar na rua. Isso porque a cobrança no interior da família os faz fugir desse lugar acreditando que o território da rua traz mais acolhimento, menos cobrança e maior interação com outros em semelhante condição social. Do mesmo modo, durante meu trabalho no CAPS, acolhi e trabalhei com a PSR. Todos que apareciam no serviço, que estavam em situação de rua, tinham conflitos com a família. No entanto, o que podemos destacar é que o fato de demandarem uma escuta diretamente na instituição já os colocava em uma posição demandante diferente dos que recebiam a escuta na rua. Um deles permaneceu na rua por meses por escolha, ele diz: “*Escolhi ficar na rua para não ficar em casa brigando com a família por causa da bebida. Prefiro a rua*”. Outra atendida, também no CAPS, mas, nesse caso, com sofrimento mental ligado à psicose, relata que preferia ficar na rua a morar na casa de sua família, por ser um ambiente que a desestabilizava. Notamos que é sempre o conflito com o outro familiar e a não resolução desse conflito que marca essa posição do sujeito de escolher a rua, uma vez que nesta há o encontro com o outro semelhante, seja pelo vício, seja pelo abandono, seja pelo sofrimento.

Um dos pontos que também notamos na clínica é o abandono ou a instabilidade familiar por preconceito à *loucura*, pelo fato de a família não saber e não conseguir lidar com o sofrimento mental. Nas minhas experiências, deparei-me com muitos sujeitos que, além dos efeitos de SPAs, demonstravam distorções da realidade. A psicose na rua se apresentava com certa frequência, muitas vezes vinculada também ao uso de substâncias, o que agravava o sofrimento do sujeito. Durante o trabalho no coletivo, por exemplo, um homem em crise psicótica nos acompanhou pelo caminho, demandando uma escuta enquanto relatava sua história perpassada por delírios de grandeza e delírio persecutório, além de, durante a escuta, relatar alucinações visuais e auditivas. Nessa escuta, precisei tomar uma posição de secretariado, de testemunha da sua história, de seus delírios e de suas alucinações, conseguindo no final auxiliá-lo no contato com seu irmão. Como afirmam Santos e Nogueira (2018), “cabe ao analista a função de acolher a fala do psicótico, fazendo que essa fala venha a ter um sentido e funcione como uma âncora de organização a partir desse endereçamento ao Outro, tornando-se então secretário do alienado” (p. 12).

Na minha experiência fora da RAPS, não tive contato com sujeitos psicóticos que estivessem, além de em crise, em surto. Mas, no trabalho com o CAPS e com o Pop Rua, quando me deparei com sujeitos em surtos, notei a importância do papel da Rede de Saúde para a estabilização do quadro. Porém, infelizmente conseguimos apontar ainda muitas falhas na Rede para o acolhimento das pessoas em situação de rua, principalmente quando

essas pessoas fazem uso de drogas e/ou têm transtorno mental. No CAPS, por exemplo, um sujeito psicótico, em situação de rua, foi acolhido pelo serviço para acompanhamento e tratamento, mas, por vir de outro estado e por não conseguir abrigo, a Rede, inferindo que a família é o ponto de apoio e deduzindo que a rua é um espaço negativo para o sujeito, fez contato com os serviços e com os familiares do outro estado para promover o retorno dele à sua cidade. Todavia, o que apareceu em escuta comigo foi exatamente o não desejo do sujeito de voltar para sua cidade, independentemente de ele estar na rua e em crise, o que ele não queria era voltar para seu estado. Após um tempo, não vi mais o sujeito no serviço e, no trabalho voluntário do coletivo, encontrei-o na rua em Divinópolis. Ele me reconheceu, agradeceu por lembrar-me dele e me relatou que não foi mais aos serviços e estava em Divinópolis porque não queria voltar para “casa”.

É em casos assim e em muitas outras falas que notamos, infelizmente, algumas falhas na Rede, que não suporta os sujeitos e suas singularidades. Durante as escutas, muitos dos sujeitos relatam que já realizaram acompanhamento e tratamento em comunidades terapêuticas e CAPS. Em uma escuta feita no trabalho com o coletivo, um homem relata que iria no dia seguinte se internar em uma comunidade terapêutica pela terceira vez. Ele diz que sabe que não adiantaria nada referente à sua dependência, mas que pelo menos lá ele teria comida e cama por algum tempo. Em outro momento, acolhendo uma mulher no CAPS, ela relata que prefere ficar na rua, com uma bolsa de colostomia, negando-se a fazer a cirurgia ofertada pelo SUS, por ser a bolsa sua fonte de renda e por não ter apoio familiar. É pedindo dinheiro na rua mostrando sua bolsa que conseguia seu sustento. Esse tipo de relato nos mostra a deficiência nos serviços de assistência a essas pessoas. Como afirma Nascimento (2000), “na impossibilidade de recuperar vínculos que se desfazem, os indivíduos são conduzidos a construir estratégias de sobrevivência as mais insólitas e inesperadas” (p. 68).

O próprio uso de drogas se torna estratégia de sobrevivência. Em um caso no CAPS, um sujeito que veio para acolhimento após sair da prisão e estar na rua há alguns meses relata que queria parar com a bebida, mas que era ela que o fazia aguentar a vida na rua. Ele diz: “*Eu fiquei dependente de álcool, porque é só o álcool que me faz aguentar a rua*”. Nesse caso, a droga, além de ajudá-lo a aguentar estar na rua psicologicamente, auxiliava-o a aguentar fisicamente. Outro homem, escutado no estágio, aponta claramente como a droga, no caso o crack, auxilia a aguentar a rua e a diminuir questões físicas como a fome. Ele diz: “*Com o crack, você não tem vontade das coisas básicas, beber água, comer, dormir, tomar banho. Tem gente aqui que já ficou sete dias sem dormir*”. A droga contribui para a

sobrevivência no frio, auxilia a conseguir dormir em condições insalubres, ajuda na diminuição de apetite para evitar a fome, entre outras. A droga na rua se mostra também, muitas vezes, como recurso de manutenção da vida.

Além disso, a droga na rua não aparece apenas como consolo, suporte ou como fuga da realidade, como afirmou uma mulher escutada no trabalho com o coletivo: *“Você usa pra fugir dos outros e de você mesmo”*; *“Você usa e esquece do mundo, dos problemas”*. O uso de álcool e SPAs surge também como maneira de existir. A relação com a droga, em alguns casos, torna-se o único laço desse sujeito. A partir do momento que o sujeito faz laço apenas com a droga, sua maneira de existir se dá com ela, sua subjetividade se inscreve na e pela droga.

Um homem escutado durante o estágio relata que sua vida *“é droga, e droga”*. Este, no momento da escuta, estava começando a sentir os efeitos da pedra de crack que acabara de fumar e não quis falar comigo. Saí e fui para outro espaço. Alguns outros me relataram que ele é a *“ponta”* do lugar, um dos que mais fazia uso de substância, principalmente o crack. Após percorrermos o local, fazendo o caminho de volta o encontramos, e, nesse momento, ofereci-lhe novamente uma água. Ele se aproximou, pegou um copo de água, disse novamente que não queria falar, o que consentimos e fomos embora. Em outra semana, encontrei o mesmo sujeito, que nesse momento se apresentou e disse que não queria falar porque *“a dor de falar é maior que a dor de não falar”*. Disse-lhe novamente que não teria problema não falar e que não iria forçá-lo, mas, se ele quisesse, estaria ali por perto. Nesse mesmo dia, quase na hora de irmos embora, esse sujeito veio até mim para falar sobre seu uso de crack e sua relação com a família. Nesse momento, notamos que, mesmo oferecendo uma escuta prévia sem que o sujeito procure por ela, no final, a demanda sempre virá dele, é ele que nos colocará, como analistas, na posição de sujeito suposto saber que possibilitará um laço e uma escuta analítica. Outro ponto importante é o respeito pela escolha do sujeito e o afastamento quando este demonstra desconforto. Por ter me afastado quando ele disse não querer, mas, ao mesmo tempo, lembrando-lhe que estaria ali se ele quisesse ser escutado, esse sujeito conseguiu de alguma forma estabelecer um laço com outro, não só com a droga.

Em outro dia quando cheguei ao espaço, o mesmo homem estava se preparando para começar a fumar uma pedra. Cheguei perto dele, dei boa tarde e disse que se ele quisesse fumar que fumasse, apontei que não estava ali para impedi-lo de fumar ou de intervir no seu uso. Ele olha para mim e diz: *“não vou usar perto de você não, é questão de respeito”*. Nesse momento, minha presença não o deixava desconfortável, ele queria falar comigo e preferiu isso a usar a droga naquele instante. Aqui, identificamos o Discurso do Analista em

funcionamento, o analista como objeto *a* possibilitando a posição desejante de sujeito. No final do dia, quando estava indo embora, ele veio se despedir, e, nesse momento, aproveitei para apontar sua fala do primeiro dia em que relatava que sua vida era só droga. Relembrei também que, nas últimas semanas, ele percebeu que podia vir conversar comigo e que falar poderia ser confortável para ele. Apontei ainda que, em certo dia, ele deixou de usar drogas para falar comigo. Então, ele chora, pega minha mão e agradece. Como afirmou Freud em 1890: “palavras, como sabemos, são os mais importantes mediadores da influência que uma pessoa quer ter sobre a outra; palavras são bons meios para provocar transformações anímicas naquele a quem elas são dirigidas” (Freud, 1890/2019k, p. 31).

É importante frisar que a posição no DA com sujeitos em situações de uso de substâncias, como a do exemplo anterior, vem paralelamente com a promoção de estratégias de redução de danos, na medida em que ambos colocam o outro em posição de sujeito. A RD considera as vulnerabilidades particulares do sujeito e sua singularidade no uso da droga, uma vez que o foco não está na droga, mas sim no sujeito, respeitando sua autonomia. Como colocam Couto e Botazzo (2023), a RD “se esforça em pautar a autonomia dos sujeitos em reconhecer os limites do uso abusivo e, conscientemente, encontrar as estratégias possíveis para reduzir os efeitos deletérios do consumo de SPA” (p. 3). O problema aqui não é a droga em si, mas a relação que o sujeito estabelece com a substância, por isso as estratégias de RD visam diminuir os riscos e os danos do uso sem impor a abstinência, considerando a história do sujeito com a substância e seu desejo perante isso.

Apesar de a RD ser preconizada no SUS, durante as escutas, presenciamos diversas críticas ao funcionamento de alguns serviços, que na teoria tem como base a RD. Durante o estágio, por exemplo, um homem relatou que passou um tempo em tratamento no CAPS AD da cidade e que desistiu de continuar por ter ficado constantemente dopado de remédio. Ele diz: “*Eu acho errado, não se trata droga com um tanto de outra droga*”, além disso, relata que passava a maioria do tempo sem fazer nada e sentia falta de atendimento psicológico. Durante minhas experiências, notei que a falta de investimento e o sucateamento dos serviços públicos dificultam imensamente o trabalho da Rede e dos profissionais. Além disso, a falta de informação e de formação específica na área muitas vezes culmina em profissionais que atuam contra as deliberações da reforma psiquiátrica e contra as diretrizes de RD. Um estudo feito no CAPS AD II do Distrito Federal, mostra que, “apesar de os profissionais conhecerem diversas estratégias de Redução de Danos, o posicionamento ainda gira em torno da abstinência. Falta, nesse ponto, uma visão integradora, o respeito às escolhas do sujeito” (Calassa et al., 2015, p. 185). Outro estudo, também realizado no

Distrito Federal, demonstra que normalmente os profissionais do campo psicossocial conseguem trabalhar mais facilmente com a RD, já profissionais do campo biomédico têm mais dificuldades e acabam usando a RD como estratégia para abstinência (Pires & Santos, 2021). Contudo, não podemos descartar também casos em que os sujeitos não se implicam com suas questões, dificultando o trabalho da Rede.

Em uma de minhas escutas realizadas em trabalho em Rede no Pop Rua, notei a importância da comunicação entre os serviços e os profissionais da Rede. Em um determinado caso que nos chegou no Pop Rua, o sujeito se apresentava com um ferimento com abscessos no pé, como consequência de uma queda ocasionada pelo uso de bebida alcoólica, assim como dentes em precário estado de conservação. Este, na abordagem da equipe, nega-se a ser atendido pelos profissionais de saúde (enfermeira e odontologista) e demanda minha escuta. Conforme Alecrim et al. (2022), a PSR tem dez vezes mais risco de morte que a população geral, isso agravado por “doenças crônicas, problemas de saúde mental, uso abusivo de substâncias psicoativas, problemas nos pés, infestações, infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV e AIDS, problemas de saúde bucal e gravidez de alto risco” (p. 2). Nesse caso, devido à situação de sua saúde física, à resistência à equipe de saúde e à demanda de escuta, coloquei-me em uma posição no Discurso do Mestre orientando que fizesse o curativo com a enfermeira naquele momento e marcasse sua consulta no posto de saúde para atendimento odontológico e acompanhamento da ferida. Ao afirmar que ele teria que ir ao posto, ser primeiramente atendido pela equipe de saúde para depois falar comigo, coloquei uma condição e uma ordem de produção. Este, no dia seguinte, fez como solicitado. No próximo dia de escuta, sabendo pela equipe que ele havia ido ao serviço, pude constatar como foi importante, no primeiro dia, minha posição de mestria para com ele no intento de orientá-lo a buscar ajuda também para seu sofrimento físico. Nesse dia, continuei seu atendimento a partir da escuta na posição de analista como sempre se deu em nossos encontros.

Por fim, vale salientar a escuta de pessoas que participam desses espaços da rua, mas não são sujeitos em situação de rua, refiro-me a trabalhadores e/ou a moradores que se encontram no entorno do território. Durante as escutas, no *carrapateiro*, encontrei dois operários que questionaram nosso trabalho. Uma senhora que mora perto do mesmo espaço também parou para perguntar sobre nosso trabalho e o que estávamos fazendo ali.

Esses questionamentos refletem a posição de estranhamento da sociedade perante a PSR, já mencionada no texto. No primeiro momento, o questionamento vem acompanhado pela curiosidade: *por que essas pessoas estão aqui dando atenção a eles? Quem são essas*

peessoas? Depois dos questionamentos, as falas, tanto dos trabalhadores quanto da moradora, vieram acompanhadas pelo sentimento de impotência, também já apontado na pesquisa. Eles relatam como nossas ações não teriam efeitos, pois, infelizmente, aquelas pessoas continuariam ali, e, por isso, não havia nada a fazer. Notamos, na conversa com esses sujeitos, a dificuldade, a estranheza e a impotência da sociedade diante da PSR, principalmente a que convive diariamente com ela e fica em seu entorno.

A moradora e os trabalhadores demonstraram uma dificuldade no entendimento da situação de rua e principalmente na convivência com esses sujeitos. É no ponto da convivência que refletimos sobre como a escuta na rua abarca também essa parcela da sociedade afetada pela proximidade da PSR, que aflora sua impotência. Com o espaço de escuta, a moradora e os trabalhadores se sentem confortáveis para relatar suas dificuldades do dia a dia, próximo da vida diária desse “outro estranho”. Essas dificuldades relatadas se referiam tanto à convivência, que por vezes se dava com vendedores de drogas ao redor do bairro, quanto ao testemunho de cenas de violência física, bem como provocações de alguns sujeitos, o cheiro das drogas e todas as consequências referentes à situação de rua.

Algumas dessas vivências também foram experienciadas por nós, como, por exemplo, precisar pedir permissão a vendedores de drogas para conseguirmos entrar no local; e, por ser mulher, precisar lidar com questões de assédio, as quais, inevitavelmente, influenciam no trabalho. Por fim, além dessas dificuldades em comum com os moradores e trabalhadores, notamos também dificuldades práticas da clínica, como a rotatividade de pessoas na rua. Em minha experiência, sempre havia alguém novo nos lugares e/ou alguém que nunca mais aparecia, o que dificulta uma continuidade da escuta. Como afirma Alecrim et al. (2022): “A cultura de migração faz parte do estar na rua; a inexistência de fixação em espaço físico permanente dificulta o estabelecimento do cuidado” (p. 3).

A clínica psicanalítica na rua traz consigo esses desafios; por isso, é feita de forma inventiva com o que é encontrado no momento, é uma clínica encontrada, que perpassa por questões singulares, mas também sociais, históricas e políticas. Como afirma Gabarron-Garcia (2023), “nada é mais falso que a fábula de uma psicanálise neutra” (p. 22). É importante sabermos que a escuta é um processo singular e revolucionário, contudo a escuta por si só não resolve questões complexas ligadas ao sistema, sua exploração e segregação – como a fome, a violência, o desemprego.

Falar de clínica na rua é estar consciente dos limites e redimensionar expectativas também em um sentido político. Espero que com esses fragmentos de memória consiga, além de compartilhar experiências, dar a possibilidade de encontro dessas histórias,

movimentando e desafiando a escuta psicanalítica diante do sujeito permeado pela segregação de nosso tempo.

Considerações Finais

Não quero ter a terrível limitação de quem vive apenas do que é passível de fazer sentido. Eu não: quero é uma verdade inventada.

—Clarice Lispector, *Água Viva*

Foram as inquietações de uma prática realizada com os sujeitos em situação de rua o grande motivador e orientador do percurso realizado nesta pesquisa. Essas inquietações suscitaram as questões norteadoras para o desenvolvimento da pesquisa, a saber: como se dá o estabelecimento da transferência e do laço social nos atendimentos que envolvem pessoas em situação de risco? E ainda: quais são as especificidades do fazer psicanalítico, em situações de risco social, que permitiriam a efetividade de sua prática?

Afinados com os estudos sociais acerca da situação de rua como risco social, encontramos, nas noções de segregação e sintoma, elucubrações críticas, alinhadas a outras, face ao discurso capitalista. Com essa abordagem, tentamos inserir nos debates a maneira pela qual a psicanálise opera a clínica em situação de risco, a fim de que a escuta possa estabelecer o advento do sujeito, em laços sociais distintos a cada um. Finalmente, chegamos ao ponto de tentar delinear alguns encaminhamentos para os impasses apresentados neste percurso de escuta e pesquisa.

Consonantes com as políticas públicas e com os estudos políticos acerca da situação de risco, das vulnerabilidades e da prática segregativa imposta à população em situação de rua, encontramos, nas noções de sintoma, fortes indícios do paralelo de sintoma social entre o proletariado no capitalismo e a população em situação de rua no capitalismo contemporâneo. Além disso, com o conhecimento sobre transferência e laço social, percebemos a possibilidade de se fazer clínica psicanalítica na rua. Com essa abordagem, tentamos inserir nas discussões a forma pela qual a escuta psicanalítica acontece nessa situação.

De início, compreendemos a população em situação de rua em sua extensão política e social. Notamos que, apesar das iniciativas do Estado, desde 2004, ainda há um longo caminho a ser percorrido, pois, além do número crescente de pessoas nessa situação, há uma inquietante estranheza da sociedade perante a população em situação de rua. É nesse ponto que inferimos essa população como sintoma social do capitalismo contemporâneo. Para tal, perpassamos pelo conceito de sintoma nos estudos de Sigmund Freud e de Jacques Lacan para conseguirmos, com base nos trabalhos de Karl Marx, compreender o sintoma social.

Como apontamos, a população em situação de rua como sintoma social particulariza nossa sociedade e emerge como retorno do real na estrutura social, expondo a incoerência do capitalismo contemporâneo. Dessa forma, tal qual o proletariado que, como classe social, não faz laço, inferimos que a população em situação de rua, enquanto grupo, também não faz laço social, tendo em vista que está envolta no Discurso Capitalista segregador. É com essa constatação que partimos para o entendimento do conceito de segregação e do modo como sua prática é estabelecida em nossa sociedade. Com Sidi Askofaré (2009), observamos três eixos que norteiam a noção de segregação na psicanálise: o princípio da segregação, o efeito da segregação e a prática segregativa. Nesses eixos, notamos que a segregação é causa da fraternidade, que a universalização produz sujeitos que aspiram o gozar semelhante e assim os reduz a grupos, o que causa consequências como práticas segregativas.

Em vista disso, ancorados pelos pensadores Gayatri Spivak, e Ramón Grosfoguel, entendemos que as práticas segregativas de grupos, como a população em situação de rua, colocados em uma posição unificada de subalternos, apresentam-se como efeito de uma ciência moderna que perpetua conhecimentos ocidentais em detrimento de outros e fortalece relações desiguais de poder. Ademais, observamos com Judith Butler, Michel Foucault e Achille Mbembe que a universalização desses grupos segregados, através da ação do biopoder por meio da biopolítica e, mais além, da necropolítica, condiciona os sujeitos neles pertencentes a uma precariedade que os desumaniza, podendo levá-los a uma invisibilização pelo isolamento ou, mais ainda, a uma eliminação pela morte. Consideramos a questão do risco social em que a população em situação de rua se encontra e as particularidades de vulnerabilidades sociais, para, posteriormente, focarmos na possibilidade de lidar com a segregação de forma resolutiva na clínica.

Desse modo, desenvolvemos a construção histórica do conceito de clínica e da prática clínica, assim como da clínica psicológica, concluindo que a prática clínica não pode se fechar em um setor particular, tendo a responsabilidade de trabalhar também a subjetividade vinculada ao social. Essa é uma conclusão na qual a psicanálise também se inclui, visto que, como já defendia Freud (1921/2020c), “a psicologia individual é também, de início, simultaneamente psicologia social” (p. 137).

Os estudos de Freud nos possibilitaram o esclarecimento de alguns equívocos sobre o método analítico e a elucidação de suas particularidades, além de tecer recomendações que perpassam por pontos importantes na clínica, como a associação livre, a neutralidade, a abstinência e a atenção flutuante. Posteriormente, Lacan nos ajuda a compreender a relevância da posição de objeto do analista na sua falta-a-ser, assim como a importância de

se preservar o lugar do desejo na direção do tratamento. Fica evidente que o analista deve ter cautela para não se situar em uma posição de erudição.

Nesse ponto, constatamos a importância do cuidado em não usar a psicanálise para manutenção dos poderes, algo que Florent Gabarron-Garcia (2023) denomina de *psicanalismo*. Esse psicanalismo defende uma pureza da psicanálise, produzindo ideologias que impedem a produção de saber dos sujeitos. Essa posição tenta defender os fundamentos da psicanálise se isolando de questões sociais e políticas, o que, paradoxalmente, vai contra a essência da psicanálise. Como afirma Bragança (2021), “tentar dissociar a psicanálise da cultura seria incorrer em um grande risco de deturpação da teoria e do método psicanalítico, produzindo um anacronismo por parte da psicanálise” (p. 59). Desvincular-se de questões políticas e do mundo material capitalista contemporâneo, dentro da lógica neoliberal, é ignorar o próprio âmago da experiência analítica. Entrando em uma ideia de psicanalismo, que nega a concretude do mundo a que pertence, arriscamos desvincular-nos da ética psicanalítica e não colocar o desejo como algo interligado à sociedade e às suas relações.

Por isso, como apresentamos, Lacan sustenta que é a ética da psicanálise que estabelecerá a direção do tratamento. A psicanálise não é uma experiência apolítica, ela faz parte da experiência da cidade e por isso é política. Assim, devemos ter responsabilidade ética em relação à própria psicanálise, afastando-nos de norteamentos de psicanalimos. A ética da psicanálise resiste ao exercício do poder. Como apontamos, o Discurso do Analista, sendo o avesso do Discurso do Mestre, suspende o exercício do poder de dominação do outro. Fazendo isso, o Discurso do Analista tende a levar o outro para uma relação ética com seu desejo. Dessa forma, a ética da psicanálise é a ética do desejo. Lacan (1959-1960/1997) argumenta que a ética começa no instante em que

o sujeito coloca a questão desse bem que buscara inconscientemente nas estruturas sociais – e onde, da mesma feita, foi levado a descobrir a ligação profunda pela qual o que se apresenta para ele como lei está estreitamente ligado à própria estrutura do desejo. (p. 97)

Norteados por essa ética, notamos que o setting do consultório particular é apenas um dos settings possíveis da psicanálise. A condição de psicanalista e a própria psicanálise não dependem do consultório particular para acontecer. Sua existência depende muito mais do desejo do analista naquilo que lhe move, dentro da orientação ética da sua responsabilidade com o trabalho, do que de uma sala fechada de consultório. Por isso, a psicanálise não aposta em tecnização de sua prática, apesar de se ancorar em fundamentos e teorias, sua prática se norteia por uma ética do desejo, portanto da singularidade do sujeito. Toda e qualquer escuta e intervenção na psicanálise se fará em relação à resposta singular

desse sujeito. Como nos diz Lacan (1969-1970/1992), a psicanálise se concretiza na aposta de que qualquer produção singular feita pelo sujeito será sempre válida.

Como mostramos, não são quatro paredes que orientam a condição de psicanalista. Assim, a escuta na rua também é uma possibilidade de setting analítico. A insistência de Freud (1919[1918]/2019d) e de seus adeptos às clínicas públicas não se dá sem razão. A psicanálise entende que a singularidade do sujeito se faz no encontro com o outro, independentemente do local em que esse encontro aconteça. A respeito disso, o percurso realizado neste trabalho buscou investigar, fazendo um percurso histórico, inúmeras escutas psicanalíticas realizadas em settings não convencionais no Brasil e fora dele.

As análises teóricas e clínicas dessas escutas nos possibilitaram considerar que as clínicas em situação de risco não se dão sem transferência, na medida em que instituem o sujeito em uma posição coerente com seu desejo. Aprofundando na pesquisa da transferência, encontramos o panorama que já havia se antecipado a nós de que a transferência é estruturante na psicanálise. Dessa forma, conseguimos responder a uma das perguntas norteadoras da pesquisa ao constatar, nos exemplos e nas experiências de clínica na rua, que, nesses contextos, o manejo transferencial acontece de uma forma própria, levando em conta a posição política e os aspectos históricos e sociais daquele sujeito, de suas vulnerabilidades e do espaço.

Como testemunhamos, o manejo na clínica em situações de risco não deixa de ser ancorado na transferência e na suposição do saber, contudo há infinitas possibilidades de associações em referência a significantes quaisquer, e notamos como essas associações estão interligadas também a questões sociais e políticas. Sempre precisamos nos lembrar do apontamento da douta ignorância na posição de Sujeito Suposto Saber, como coloca Alberti et al (2021): “douta porque sabe que há um saber a construir (. . .); ignorância porque não sabemos a priori de que saber se trata. Mas também ignorância douta, porque sabemos que o saber não é todo” (p. 5). Isso inevitavelmente exige do analista uma movimentação singular em cada encontro na rua.

Ainda trabalhamos os discursos e a formação de laços sociais e constatamos que, em decorrência do Discurso Capitalista, a população em situação de rua, assim como o proletariado, não faz laço social. Mas, se a análise pressupõe um laço, como a clínica na rua se faz possível? Atestar que o Discurso Capitalista não faz laço social é diferente de dizer que não existe laço social no capitalismo. Dessa forma, tanto o proletariado quanto a população em situação de rua conseguem dentro desse sistema fazer laço em ato coletivo, o primeiro pela greve e a segunda em coletivos e aglomerações.

Além disso, o que nossa pesquisa propõe é justamente entender a produção de laço social em formação singular na escuta analítica em situação de risco. Nessa proposta, constatamos, que o Discurso Capitalista tenta erradicar a alteridade dos sujeitos e, desse modo, segregiar grupos por meio dos desejos do mercado. Podemos inferir, mediante nossas leituras e nossa prática, que tal discurso se sustenta na impotência dos sujeitos de uma sociedade enfraquecida que intenta não admitir sua incompletude. Nesse ponto, a psicanálise, amparada em sua ética, tenta, através da oferta de escuta, ressaltar o sujeito diluído no conjunto.

Assim, por meio de fragmentos de memória, respondendo a uma das perguntas norteadoras, demonstramos como a produção de laço se faz possível na rua. Pode-se dizer, a partir dessa prática, respondendo à outra pergunta norteadora, que a especificidade da clínica em situação de risco é justamente entender que antes de um Discurso do Analista há possibilidades de estabelecimento de outros discursos para dar sustentação à análise. Há a necessidade de entender a relação desse sujeito com a mestria, com o saber, com o outro do laço social e com o mais-de-gozar, para inventar a maneira singular desse sujeito entrar em laço no Discurso do Analista. Dizemos de uma clínica que conserva os fundamentos psicanalíticos, mas se dispõe a formular-se de outra forma para testemunhar a existência dos sujeitos e dar sentido a sua experiência de sofrimento.

Esta pesquisa, sobretudo, defende uma Psicanálise Encontrada. A escuta psicanalítica na rua é uma escuta do encontro, nem o analisando nem o analista procuram, eles encontram. É pelo encontro e no encontro que se inventa uma forma de fazer laços. Essa clínica diz respeito a uma clínica psicanalítica crítica, que dispõe de uma escuta ético-política ampliada. É uma clínica do e no encontro, que requer do analista um comprometimento político e uma leitura social e histórica do sujeito e do espaço onde ele se encontra. Um saber fazer na segregação que encara imprevisibilidades e requer movimentações inventivas a fim de retificar subjetivamente a significação de corpos em situação de rua, possibilitando uma construção de lugar discursivo que proporcione uma posição de fala.

Portanto, como nossos passos na clínica na rua nos ensinaram, podemos reconhecer que a psicanálise ainda se mantém como prática subversiva que possibilita formas inventivas de escuta perante os encontros. Como aponta Gabarron-Garcia (2023), “a cura pela fala permanece, graças a seu alcance revolucionário, eminentemente preciosa para os tempos presentes” (p. 26). É uma forma de clínica que independe do Estado, contudo, como apresentamos, não retira as obrigações do Estado para com essa população, pelo contrário, revisita e reivindica, quando necessário, os direitos da população em situação de rua. Por

isso, a psicanálise não é a aposta de uma lógica melhor, mas a aposta de que invenções são possíveis. Ela não vai contra as políticas públicas, ela subverte e faz furo que produz reflexões e movimentações.

Não aspiramos a substituir qualquer política pública, a psicanálise na rua, com base na sua ética, visa circular o discurso psicanalítico em resposta às particularidades de sua época, reafirmando, assim, um compromisso político que possibilite o protagonismo do sujeito perante seu território e sua história e inscreva sua existência no corpo social. Nesse sentido, sabemos que nosso trabalho não se esgota em si, por ser um assunto tão plural, esperamos que o encontro do leitor com nossa pesquisa produza desejos a novas investigações em um escopo crítico de *práxis* psicanalítica-política.

Referências

- Abreu, D. de, & Ferreira de Oliveira, W. (2021). De consultório de rua para consultório na rua: A percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição. *Cadernos brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 13(37), 182–203. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80482>
- Agamben, G. (2009). O que é o contemporâneo? In G. Agamben, *O que é o contemporâneo? E outros ensaios* (pp. 55–73). Argos.
- Alberti, S., Jorge, M. A. C., & Caldas, H. (2021). A psicanálise e os paradoxos da política da diferença. *Trivium: Estudos Interdisciplinares*, 13(spe), 3–11. <https://doi.org/10.18379/2176-4891.2021vNSPEAp.3>
- Alecrim, T. F. de A., Palha, P. F., Ballestero, J. G. de A., & Protti-Zanatta, S. T. (2022). Advisory teams on the streets: A nurse's experience report. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0026en>
- Ancona-Lopez, M. (1984). Contexto geral do diagnóstico psicológico. In W. Trinca, *Diagnóstico psicológico: Prática clínica* (Vol. 10, pp. 1–13). EPU.
- Anderson, L., & Snow, D. A. (1998). *Desafortunados: Um estudo sobre o povo da rua*. Vozes.
- Arendt, H. (2012). *Origens do totalitarismo*. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1951)
- Askofaré, S. (1997). O sintoma social. In R. Goldberg (Org.), *Goza! Capitalismo, globalização e psicanálise* (pp. 164–189). Ágalma.
- Askofaré, S. (2009). Aspectos da segregação. *A peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, 1(2), 345–354. <https://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/6287>
- Askofaré, S. (2011). A prova do sintoma: Que metáfora? Que letra? *Revista de Psicanálise Stylus*, 23, 69–79. <https://stylus.emnuvens.com.br/cs/article/view/803>
- Ayres, J. R., Castellanos, M. E. P., & Baptista, T. W. de F. (2018). Entrevista com José Ricardo Ayres. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 51–60. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5QM5j3Xmwbdgmfm5y85tckk/?lang=pt>
- Batista, L. C. (2013). *O sujeito diante das transformações histórico-econômicas no capitalismo: Um estudo do seminário 17 de Jacques Lacan* [Dissertação de mestrado,

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17003/1/Lilian%20Clementoni%20Batista.pdf>

Bauman, Z. (2001). *Modernidade líquida*. Jorge Zahar.

Bauman, Z. (2004). *Amor líquido: Sobre a fragilidade dos laços humanos*. Jorge Zahar.

Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. Sage.

Benslama, F. (2016). L'avenir de la ségrégation. *Cliniques Méditerranéennes*, 94(2), 9–19.

Bernardes, A. C. (2010). Pesquisa & psicanálise: Algumas referências lacanianas.

Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26(1), 35–38. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100005>

Bertolozzi, M. R., Nichiata, L. Y. I., Takahashi, R. F., Ciosak, S. I., Hino, P., Val, L. F. do, Guanillo, M. C. de La T. U., & Pereira, E. G. (2009). Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP*, 43(esp. 2), 1326–30.

<https://www.scielo.br/j/reensp/a/DNNmfp9NWtbLcs5WsDwnrM/?lang=pt&format=pdf>

Bragança, A. C. B. (2021). *Psicanálise na rua: Clínica e política* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Maria].

<https://repositorio.ufsm.br/handle/1/23638>

Brasil (2004). Resolução CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Social. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/antigos/resolucao-cnas-no-145-de-15-de-outubro-de-2004>

Brasil (2005). Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da assistência social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. Brasília, DF: Presidência da República.

<https://legis.senado.leg.br/norma/572797/publicacao/15837479>

Brasil (2006). Decreto de 25 de outubro de 2006. Constitui Grupo de Trabalho Interministerial – GTI, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua, conforme disposto na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Brasília,

DF: Câmara dos Deputados.

[https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret_sn/2006/decreto-36316-25-outubro-2006-546078-publicacaooriginal-59772-pe.html](https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/sn/2006/decreto-36316-25-outubro-2006-546078-publicacaooriginal-59772-pe.html)

Brasil (2009a). Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm

Brasil (2009b). Portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Brasília, DF. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html

Brasil (2009c). Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf

Brasil (2011a). Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm#art1

Brasil (2011b). *Orientações técnicas*: Centro de referência especializado para população em situação de rua – Centro Pop. (Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome). Brasília, DF: Gráfica e Editora Brasil. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf

Brasil (2011c). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde. https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/bvsmis-saude-gov-br-bvs-saudelegis-gm-2012-prt0122_25_01_2012-html_0.pdf

Brasil (2012a). *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica). Brasília, DF: Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt->

br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual_cuidado_populacao_rua.pdf/view

Brasil (2012b). *Política nacional de atenção básica*. (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica). Brasília, DF: Ministério da Saúde. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil (2024). Lei nº 14.821, de 16 de janeiro de 2024. Institui a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC Pop Rua). Brasília, DF: Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/114821.htm

Breuer, J., & Freud, S. (1977). Estudos sobre a histeria. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Imago. (Trabalho original publicado em 1893[1895])

Brisset, F. O. (2015). *Para bem dizer a ação lacaniana, na EBP*. <https://ebp.org.br/acaodobradica/wp-content/uploads/2016/04/Para-bem-dizer-a-acao-lacaniana-na-EBP.pdf>

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

Butler, J. (2017). *Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto?* (3 ed.). Civilização Brasileira. (Trabalho original publicado em 2009)

Butler, J. (2018). *Corpos em aliança e a política das ruas: Notas para uma teoria performativa de assembleia*. Civilização Brasileira. (Trabalho original publicado em 2015)

Butler, J. (2019). *Vida precária: Os poderes do luto e da violência*. Autêntica. (Trabalho original publicado em 2004)

Calassa, G. D. B., Penso, M. A., & Freitas, L. G. de. (2015). Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal. *Psicologia em Pesquisa*, 9(2), 177–187. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v9n2/v9n2a08.pdf>

Calzavara, M. G. P., Calazans, R., Castro, J. E., Chaves, W. C., Kyrillos Neto, F., & Sobrino, L. (2019). Operadores conceituais dos métodos de pesquisa em psicanálise: Um estudo no PPGPS/UFSJ. In F. Kyrillos Neto, W. Melo (Org.), *Psicologia e*

subjetividade: Fundamentos conceituais e métodos de pesquisa (pp. 51–69).

EdUEMG.

- Cardoso, M. J. d'Escragnolle, & Darriba, V. A. (2016). A referência a Marx no ensino de Lacan. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 189–197. <https://doi.org/10.1590/0102-37722016012418189197>
- Carvalhoes, F. F. (2019). Clínica extramuros: Decolonizando a psicologia. *Revista Espaço Acadêmico*, 19(216), 3–13. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/47665>
- Caversan, H. de A. C. (2023). *Saber, verdade e real: A escrita do não-todo no discurso analítico* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São João del-Rei].
- Clínica Aberta de Psicanálise de Santos (2023). *Qual cidade queremos escutar?* N-1 edições.
- Coletivo Margem Psicanálise (2023). *Margem psicanálise*. N-1 edições. https://issuu.com/n-1publications/docs/margem_148_210_mm_7
- Couto, J. G. de A., & Botazzo, C. (2023). A potência dos encontros entre as fissuras da rua: Cuidado, afetos e redução de danos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 27. <https://doi.org/10.1590/interface.220224>
- Couto, L. F. (2010). Quatro modalidades de pesquisa em psicanálise. In F. K. Neto, & J. O. Moreira (Org.), *Pesquisa em psicanálise: Transmissão na Universidade* (pp. 59–80). EdUEMG. <https://www.pucminas.br/pos/psicologia/DocumentosGerais/Publicacoes/pesquisa-em-psicanalise-producao-na-universidade.pdf>
- D'Agord, M. R. de L. (2013). Do grafo do desejo aos quatro discursos de Lacan. *Psicologia USP*, 24(3), 431–451. <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/78850/82924>
- Danto, E. A. (2019). *As clínicas públicas de Freud: Psicanálise e justiça social*. Editora Perspectiva.
- Dias, A. L. F., Migliari, W., Rodrigues, G. C. M., & Poleze, L. dos S. (2021). *População em situação de rua: Violações de direitos e (de) dados relacionados à aplicação do CadÚnico em Belo Horizonte, Minas Gerais*. Marginália. <https://polos.direito.ufmg.br/wp-content/uploads/2021/09/Nota-Tecnica-inedita->

[elaborada-pelo-Programa-Polos-de-Cidadania-da-UFMG-sobre-o-CadUnico-em-Belo-Horizonte.pdf](#)

- Dias, B. (2017). De que maneira o discurso do analista possibilita fazer furo no discurso capitalista? *Stylus*, (34), 59–73.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2017000100003&lng=pt&tlng=pt
- Dunker, C. I. L. (2011a). Introdução. In C. I. L. Dunker (Org.), *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento* (pp. 19–85). Annablume.
- Dunker, C. I. L. (2011b). Mal-estar, sofrimento e sintoma: Releitura da diagnóstica lacaniana a partir do perspectivismo animista. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*, 23(1), 115–136. <https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/12654>
- Dunker, C. I. L. (2019). O discurso do capitalista: Espectros de Marx em Milão. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 13(esp.), 108–130.
<http://www.teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/282/255>
- Eizirik, C. L. (2006). Psicanálise e pesquisa. *Rev Bras Psiquiatr*, 28(3), 171–172.
- Figueira, S. A. (1981). Individualismo: Louis Dumont. In S. A. Figueira (Org.), *O contexto social da psicanálise* (pp. 57–85). Francisco Alves.
- Fontenele, T. C. B., Souza, L. B. de, & Lima, M. C. P. (2018). A segregação em Lacan cinquenta anos depois. *Psicol. Clin.*, 30(3), 493–505.
<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v30n3/06.pdf>
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Forense Universitária.
- Foucault, M. (1988). O dispositivo da sexualidade. In M. Foucault, *História da sexualidade I: A vontade de saber* (pp. 73–123). Edições Graal.
- Foucault, M. (2019). Soberania e disciplina. In M. Foucault, *Microfísica do poder* (pp. 278–295). Paz e Terra. (Trabalho original publicado em 1976)
- Francisco, G., & Espíndola, L. (2015). Consultório na Rua do Recife: Uma experiência de atenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas com população em situação de rua. In M. Teixeira, & Z. Fonseca (Org.), *Saberes e práticas na atenção primária à saúde:*

Cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas (pp. 137–147). Hucitec.

Frankl, V. E. (1946). *O homem em busca de um sentido*. Lua de Papel.

Frayze-Pereira, J. A. (2006). *Arte, dor: Inquietudes entre estética e psicanálise*. Ateliê Editorial.

Freud, S. (1976a). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXVII: Transferência. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 503–521). Imago. (Trabalho original publicado em 1917[1916])

Freud, S. (1976b). Destinatário: Carl Gustav Jung. Viena, correspondência. In McGuire, W., *Freud/Jung: Correspondência completa* (pp. 281–283). Imago. (Trabalho original publicado em 1909)

Freud, S. (1976c). Prefácio à “Juventude desorientada”, de Aichhorn. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 161–163). Imago. (Trabalho original publicado em 1925)

Freud, S. (1980). Análise terminável e interminável. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 135–164). Imago. (Trabalho original publicado em 1937)

Freud, S. (1996a). A interpretação dos sonhos. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 5). Imago. (Trabalho original publicado em 1900)

Freud, S. (1996b). Dois verbetes de enciclopédia. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (V. 18, pp. 253–274). Imago. (Trabalho original publicado em 1923[1922])

Freud, S. (1996c). Os caminhos da formação dos sintomas. In S. Freud, *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (pp. 419–439). Imago. (Trabalho original publicado em 1916-1917)

Freud, S. (1996d). Repressão. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (pp. 85–94). Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

- Freud, S. (1996e). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 163–195). Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (2006a). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 84–92). Imago. (Trabalho original publicado em 1910)
- Freud, S. (2006b). Inibições, sintomas e angústia. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 48–110). Imago. (Trabalho original publicado em 1925[1926])
- Freud, S. (2006c). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 213–261). Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (2019a). A questão da análise leiga: Conversas com uma pessoa imparcial. In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica* (2 ed., pp. 205–314). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (2019b). As pulsões e seus destinos. In S. Freud, *As pulsões e seus destinos* (pp. 15–69). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (2019c). A técnica psicanalítica. In S. Freud, *Compêndio de psicanálise e outros escritos inacabados* (pp. 85–111). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1940)
- Freud, S. (2019d). Caminhos da terapia psicanalítica. In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica* (2 ed., pp. 191–204). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1919[1918])
- Freud, S. (2019e). Lembrar, repetir e perlaborar. In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica* (2 ed., pp. 151–164). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (2019f). Observações sobre o amor transferencial. In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica* (2 ed., pp. 165–182). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1915[1914])
- Freud, S. (2019g). Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico. In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica* (2 ed., pp. 93–106). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1912)

- Freud, S. (2019h). Sobre a dinâmica da transferência. In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica* (2 ed., pp. 107–120). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (2019i). Sobre o início do tratamento. In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica* (2 ed., pp. 121–150). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1913)
- Freud, S. (2019j). Sobre psicoterapia. In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica* (2 ed., pp. 63–80). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1905[1904])
- Freud, S. (2019k). Tratamento psíquico (Tratamento anímico). In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica* (2 ed., pp. 19–46). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1890)
- Freud, S. (2020a). O futuro de uma ilusão (M. R. S. Moraes, Trad.). In S. Freud, *Cultura, sociedade, religião: O mal-estar na cultura e outros escritos* (pp. 233–298). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1927)
- Freud, S. (2020b). O mal-estar na cultura. In S. Freud, *Cultura, sociedade, religião: O mal-estar na cultura e outros escritos* (pp. 305–410). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1930)
- Freud, S. (2020c). Psicologia das massas e análise do eu. In S. Freud, *Cultura, sociedade, religião: O mal-estar na cultura e outros escritos* (pp. 137–232). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1921)
- Gabarron-Garcia, F. (2023). *Uma história da psicanálise popular*. Ubu Editora.
- Garcia, C. (2000). *Clínica do social*. Editora Projeto.
- Greiser, I. B. (2008). O psicanalista frente aos sintomas sociais. *aSEPHallus*, 3(6), 12–47. www.isepol.com/asephallus/numero_06/artigo_01_port.htm
- Grosfoguel, R. (2016). A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: Racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. *Revista Sociedade e Estado*, 31(1), 25–49. <https://www.scielo.br/j/se/a/xpNFtGdzw4F3dpF6yZVVGgt/?lang=pt#>
- Guerra, A. M. C., & Rocha, L. A. A. (2021). O próximo e o ódio: Questões da psicanálise na atualidade. *Psicologia Revista*, 30(1), 146–167. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2021v30i1p146-167>

- Guivant, J. S. (2013). A teoria da sociedade de risco de Ulrich Beck: Entre o diagnóstico e a profecia. *Estudos Sociedade e Agricultura*, 9(1), 95–112.
<https://revistaesa.com/ojs/index.php/esa/article/view/188#:~:text=A%20autora%20argumenta%20que%20a,e%20do%20papel%20da%20subpol%C3%ADtica>
- Heidegger, M. (2012). Construir, habitar, pensar. (E. C. Leão, G. Foge, & M. S. C. Schuback, Trad.). In M. Heidegger, *Ensaio e conferências* (8. ed., pp. 125–141). Vozes: Editora Universitária São Francisco.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2018). *Vulnerabilidade social no Brasil: Conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras*. Ipea. <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8257>
- Janczura, R. (2012). Risco ou vulnerabilidade social? *Textos & Contextos*, 11(2), 301–308.
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12173>
- Jorge, J. S., & Moreira, R. D. (2015). Consultório na Rua: Trajetória, limites e possibilidades para o cuidado de pessoas em situação de rua. In M. Teixeira, & Z. Fonseca (Org.), *Saberes e práticas na atenção primária à saúde: Cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas* (pp. 125–136). Hucitec.
- Junior, N. L. (2010). Mística como laço social: Um estudo psicanalítico. *A peste*, 2(1), pp. 113–141. <https://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/12078/8751>
- Kruger, F. (2007). O que corresponde ao analista lacaniano? *Opção Lacaniana Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 50(ed. esp.), 388–391).
- Lacan, J. (1972). Discurso de Jacques Lacan na Universidade de Milão em 12 de maio de 1972 (S. R. Felgueiras, Trad.). In J. Lacan, *Lacan in Italia* (pp. 32–55). Salamandra.
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Jorge Zahar. (Apresentação oral em 1969-1970)
- Lacan, J. (1997). *O seminário, livro 7: A ética da psicanálise*. Jorge Zahar. (Apresentação oral em 1959-1960)
- Lacan, J. (1998a). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 585–652). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1958)

- Lacan, J. (1998b). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 496–536). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957)
- Lacan, J. (1998c). A significação do falo. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 692–703). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1958)
- Lacan, J. (1998d). Do sujeito enfim em questão. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 229–237). Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1966)
- Lacan, J. (1998e). Do “Trieb” de Freud e do desejo do psicanalista. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 865–868). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)
- Lacan, J. (1998f). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 238–324). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1953)
- Lacan, J. (1998g). Intervenção sobre a transferência. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 214–228). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1951)
- Lacan, J. (1998h). Posição do inconsciente. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 843–864). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1960)
- Lacan, J. (1998i). Situação da psicanálise e formação do psicanalista em 1956. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 461–495). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1956)
- Lacan, J. (1998j). Variantes do tratamento padrão. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 325–364). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1955)
- Lacan, J. (2002). Conferência a terceira. In J. Lacan, *Caderno Lacan* (V. 2). APPOA. (Apresentação oral em 1974)
- Lacan, J. (2003a). Alocução sobre as psicoses da criança. In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 359–370). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1967)
- Lacan, J. (2003b). A lógica do fantasma, resumo do seminário de 1966-67. In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 323–328). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1966-67)
- Lacan, J. (2003c). A psicanálise verdadeira, e a falsa. In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 173–182). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1958)
- Lacan, J. (2003d). Discurso de Roma, proferido em 1953. In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 139–172). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1953)

- Lacan, J. (2003e). Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos. In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 550–556). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1973)
- Lacan, J. (2003f). *O seminário, livro 15: O ato analítico*. Escola de estudos psicanalíticos. (Apresentação oral em 1967-1968)
- Lacan, J. (2003g). Prefácio a uma tese. In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 389–399). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1970)
- Lacan, J. (2003h). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da escola. In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 248–264). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1967)
- Lacan, J. (2003i). Radiofonia. In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 400–447). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1970)
- Lacan, J. (2003j). Televisão. In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 508–543). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1973)
- Lacan, J. (2008a). *O seminário livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Zahar. (Apresentação oral em 1964)
- Lacan, J. (2008b). *O seminário, livro 14: A lógica do fantasma*. Centro de estudos freudianos do Recife. (Apresentação oral em 1966-1967)
- Lacan, J. (2008c). *O seminário, livro 16: De um Outro ao outro*. Jorge Zahar. (Apresentação oral em 1968-1969)
- Lacan, J. (2009). *O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. Zahar. (Apresentação oral em 1953-1954)
- Lacan, J. (2010a). *O seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Zahar. (Apresentação oral em 1954-1955)
- Lacan, J. (2010b). *O seminário, livro 8: A transferência*. Zahar. (Apresentação oral em 1960-1961)
- Lacan, J. (2012). *O seminário, livro 19: ...ou pior*. Jorge Zahar. (Apresentação oral em 1971-1972)

- Lacan, J. (2015). *El Seminario 22: R.S.I.* (Versión crítica de R. E. R. Ponte, Trad.). (Apresentação oral em 1974-1975). <https://issuu.com/ricardorojas48/docs/240947269-lacan-seminario-22-r-s-i->
- Laplanche, J. (1992). Introdução. In J. Laplanche, *Novos fundamentos para a psicanálise* (pp. 1–14). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987)
- Lustoza, R. Z. (2009). O discurso capitalista de Marx a Lacan: Algumas consequências para o laço social. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 12(1), 41–52. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982009000100003>
- Mandil, R. (2004). *O analista ligado* [Trabalho apresentado]. X Jornada da Escola Brasileira de Psicanálise, Belo Horizonte. <http://www.opcaolacanianana.com.br/antigos/n2/pdf/artigos/RMAnalista.pdf>
- Manzetti, R. E. (2007). Transferência e nome-do-pai. *Opção Lacaniana Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 50(esp.), 392–395.
- Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. (5 ed.). Atlas.
- Marcos, C. M., & Parreiras, L. S. (2022). A modificação do saber e suas implicações para a transferência. *Psicologia em Estudo*, 27. <https://www.scielo.br/j/pe/a/Km8D65MNZSkdxt4XtkgkmfD/?format=pdf&lang=pt>
- Martins, R. C. R. (2016). *A escuta ético-política na rua* [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. <https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/17139>
- Marx, K. (2014). *O capital: Crítica da economia política: Livro II: O processo de circulação do capital*. Boitempo. (Trabalho original publicado em 1867)
- Marx, K. (2017). *O capital: Crítica da economia política: Livro I: O processo de produção do capital* (2 ed.). Boitempo. (Trabalho original publicado em 1867)
- Mattos, R. M., & Ferreira, R. F. (2004). Quem vocês pensam que (elas) são? – Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, 16(2), 47–58. <https://www.scielo.br/j/psoc/a/r6rMZrKqN9VR8jxhKGVSDDq/?lang=pt>
- Mbembe, A. (2018a). *Crítica da razão negra*. N-1 edições. (Trabalho original publicado em 2013)

- Mbembe, A. (2018b). *Necropolítica*. N-1 edições. (Trabalho original publicado em 2003)
- Melman, C. (1992). *Alcoolismo, delinquência e toxicomania*. Escuta.
- Meta Instituto de Pesquisa de Opinião (2015). *Série relatos de uso de M&A: A pesquisa nacional sobre a população em situação de rua*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social. <https://wwp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Pesquisa-Nacional-sobre-a-Popula%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-Relato-de-Uso-WWP--PORT.pdf>
- Michaelis (1998). *Moderno dicionário da língua portuguesa*. Companhia Melhoramentos.
- Miller, J-A. (1988) A transferência de Freud a Lacan. In J-A. Miller, *Percurso de Lacan: Uma introdução* (pp. 55–71). Zahar.
- Miller, J-A. (1997). Contexto e conceitos. In R. Feldstein, B. Fink, & M. Jaanus, *Para ler o Seminário 11 de Lacan: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. (pp. 15–28). Jorge Zahar.
- Miller, J-A. (2005). *El otro que no existe y sus comités de ética* (1 ed.). Paidós.
- Miller, J-A. (2006). Capítulo II. In J-A. Miller, & J-C. Milner, *Você quer mesmo ser avaliado?: Entrevistas sobre uma máquina de impostura* (pp. 19–37). Manole.
- Morais, T. C. A. de, & Monteiro, P. S. (2017). Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. *Rev. bioét.*, 25(2), 311–319. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/SQkz3G9zHJLvfQPPWntccvK/?lang=pt&format=pdf#:~:text=A%20vulnerabilidade%20humana%20deve%20ser,um%20deve%20ser%20repeitada%20>
- Moreira, J. de O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. de O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: Da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 608–621. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400004>
- Moreira, J. de O., Oliveira, N. A., & Costa, E. A. (2018). Psicanálise e pesquisa científica: O pesquisador na posição de analisante. *Tempo psicanalítico*, 50(2), 119–142. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-48382018000200007

- Moser, C. (1998). The asset vulnerability framework: Reassessing urban poverty reduction strategies. *World Development*, 26(1), 1–19.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305750X97100158>
- Musial, D. C., & Marcolino-Galli, J. F. (2019). Vulnerabilidade e risco: Apontamentos teóricos e aplicabilidade na Política Nacional de Assistência Social. *O Social em Questão*, (44), 291–306. [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_SL2%20\(1\).pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_SL2%20(1).pdf)
- Nascimento, E. P. (2000). Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. In M. Bursztyrn (Org.), *No meio da rua: Nômades, excluídos e viradores* (pp. 54–83). Garamond.
- Natalino, M. (2022). *Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022)*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/1/NT_Estimativa_da_Populacao_Publicacao_Preliminar.pdf
- Oliveira, A. A. A. de, Resstel, C. C. F. P., & Justo, J. S. (2014). Desamparo psíquico na contemporaneidade. *Revista de Psicologia da UNESP*, 13(1), 21–32.
<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/127030>
- Oliveira, F. M. M. de (2016). *Laço social, temporalidade e discursos: De totem e tabu ao discurso capitalista* [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro].
- Oliveira, M. G. P. N. de (2009). *Consultório de rua: Relato de uma experiência* [Dissertação de mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia].
- Pacheco, A., Berta, S., & Oliveira, B. (2013). Política e ética da psicanálise para o tratamento das psicoses: A subversão como resposta à segregação. *Caderno de Stylus*, (2), 19–28.
- Padovan, C., & Darriba, V. (2016). A noção de psicanálise aplicada nos primeiros anos do movimento psicanalítico. *Psicologia USP*, 27(1), 104–114.
<https://doi.org/10.1590/0103-656420140014>
- Pereira, T. M. dos S. P., & Rezende, V. C. (2020). *Grupo de estudos psicanálise extramuros: Teoria e método numa aplicação da psicanálise a céu aberto*. Centro

Universitário Academia.

<https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/ANL/article/download/2770/1848>

Pires, R. R. C., & Santos, M. P. G. dos (2021). Desafios do multiprofissionalismo para a redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. *Saúde e Sociedade*, 30(2), 1–12. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200072>

Prefeitura Municipal de São Paulo (2021). Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. *Produto V: Relatório completo do censo*. Qualitest Inteligência em Pesquisa.

https://capital.sp.gov.br/web/assistencia_social/w/observatorio_socioassistencial/pesquisas/364984

Prefeitura Municipal de São Paulo (2022). Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. *Produto IX: Relatório final da pesquisa amostral do perfil socioeconômico*. Qualitest Inteligência em Pesquisa.

https://capital.sp.gov.br/web/assistencia_social/w/observatorio_socioassistencial/pesquisas/364984

Quinet, A. (2000). *As 4+1 condições da análise*. Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1991)

Quinet, A. (2009). Parte I: Discurso como laço social. In A. Quinet, *Psicose e laço social: Esquizofrenia, paranoia e melancolia* (2 ed., pp. 15–56). Jorge Zahar.

Rêgo, M. P. P., & Nuñez, M. E. (2018). A clínica psicanalítica no século XXI: De que humano se trata? *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 7(1), 161–168.

<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1832>

Rocha, T. H. R., & Santos, Y. L. (2022). Coletivo psicanálise na Praça Roosevelt: Um contexto de psicanálise extramuros. *Revista Subjetividades*, 22(2), e12117.

<https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v22i2.e12117>

Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: Metodologia e fundamentação teórica. *Rev. Mal-Estar Subj.*, 4(2), 329–348.

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482004000200008

- Rosa, M. D. (2012). Psicanálise implicada: Vicissitudes das práticas clinicopolíticas. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 41(42), 29–40.
<http://www.apoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista41.pdf>
- Rosa, M. D. (2018). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento* (2 ed.). Escuta: Fapesp.
- Rosa, M. D., Estêvão, I. R., & Braga, A. P. M. (2017). Clínica psicanalítica implicada: Conexões com a cultura, a sociedade e a política. *Psicologia em Estudo*, 22(3), 359–369. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/35354>
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Jorge Zahar.
- Safatle, V. (2016). *Quando as ruas queimam: Manifesto pela emergência*. N-1 edições.
- Safatle, V. (2019). Crítica da autonomia: Liberdade como heteronomia sem servidão. *Discurso*, 49(2), 21–41.
<https://www.revistas.usp.br/discurso/article/view/165473/158648>
- Safatle, V. (2020). *Maneiras de transformar mundos: Lacan, política e emancipação*. Autêntica.
- Safatle, V., Junior, N. da S., & Dunker, C. (2020). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Autêntica.
- Santana, C. (2014). Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(8), 1798–1799.
<https://doi.org/10.1590/0102-311XCA010814>
- Santos, L. K. dos, & Nogueira, E. B. (2018). A posição designada ao outro do sujeito psicótico na transferência analítica. In *Psicologias, políticas públicas e desafios em tempos sombrios*. VII Congresso Internacional de Psicologia UEM.
- Santos, M. A. dos (1994). A transferência na clínica psicanalítica: A abordagem freudiana. *Temas em Psicologia*, 2(2), 13–27.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1994000200003&lng=pt&tlng=pt
- Santos, M. (1999). O dinheiro e o território. *Geographia: Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia*, 1(1), 7–13.
<https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/13360>

- Santos, M. (2005). O retorno do território. In M. Santos, M. A. A. de Souza, & M. L. Silveira (Org.), *Território: Globalização e fragmentação*. Hucitec: Annablume.
- Scott, J. B., Prola, C. de A., Siqueira, A. C., & Pereira, C. R. R. (2018). O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: Uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Revista*, 24(2), 600–615.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-11682018000200013#:~:text=O%20conceito%20de%20vulnerabilidade%20social%20vem%20sendo%20utilizado%20em%20estudos,%C3%A1rea%20da%20Psicologia%20no%20Brasil
- Seincman, P. (2019). Materialidade e representação no trabalho em rede na clínica com imigrantes. In E. Broide, & I. Katz (Org.), *Psicanálise nos espaços públicos* (pp. 94–107). IP: USP.
- Sévigny, R. (2001). Abordagem clínica nas ciências humanas. In J. N. G. de Araújo, & T. C. Carreiro (Org.), *Cenários sociais e abordagem clínica*. Escuta.
- Silva, C. G. de P. e (2015). Eixos estruturais da práxis em saúde pública do Consultório da Rua Pop Rua do Rio de Janeiro. In M. Teixeira, & Z. Fonseca (Org.), *Saberes e práticas na atenção primária à saúde: Cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas* (pp. 57–68). Hucitec.
- Soler, C. (1997). O sujeito e o Outro II. In R. Feldstein, B. Fink, & M. Jaanus, *Para ler o Seminário 11 de Lacan: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. (pp. 58–67). Jorge Zahar.
- Soler, C. (1998). Sobre a segregação. In L. Bentes, F. Gomes (Org.), *O brilho da infelicidade* (pp. 43–53). Kalimeros.
- Sousa, J. L. S., & Magalhães, M. P. de (2023). Escuta ético-política na (trans)formação de analistas periféricos. *Psicanálise: Atualidades e Interfaces*, 10(4).
<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/8618>
- Souza, O. (1991). Reflexões sobre a extensão dos conceitos e da prática psicanalítica. In L. T. Aragão (Org.), *Clínica do social: Ensaio* (pp. 75–92). Escuta.
- Spivak, G. (2010). *Pode o subalterno falar?* Editora UFMG.
- Taylor, C. (2018). Biopoder (F. Creder, Trad.). In M. Foucault, *Conceitos fundamentais* (pp. 58–75). Vozes.

- Tibiriçá, V. A., Couto, D. P. do, Mamede, N. D., Caversan, H. de A. C., Silva, M. L., & Teodoro, E. F. (2022). Efeitos do diagnóstico de psicopatologia na infância para a relação mãe-bebê. *Estilos da Clínica*, 27(1), 52–67.
<https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v27i1p52-67>
- Tonin, C. F., & Barbosa, T. M. (2018). A interface entre saúde mental e vulnerabilidade social. *Tempus, Actas de Saúde Coletiva*, 11(3), 50–68.
<https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2281>
- Vanier, A. (2002). O sintoma social. *Ágora* V(2), 205–217.
<https://www.scielo.br/j/agora/a/4Yjp3rzy9vWd3KCLpSY3dDN/?lang=pt&format=pdf>
- Vorcaro, A. (2004). Seria a toxicomania um sintoma social? *Mental*, 2(3), 61–73.
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272004000200006
- Xavier, K. R. (2013). *O sintoma social ou o sintoma com Marx: Um conceito psicanalítico* [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
- Ziliotto, D. M. (2004). A posição do sujeito na fala e seus efeitos: Uma reflexão sobre os quatro discursos. *Psicologia USP*, 15(1–2), 215–223.
<https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/42270/45943>
- Žižek, S. (1996). Como Marx inventou o sintoma? (V. Ribeiro, Trad.). In S. Žižek, *Um mapa da ideologia* (pp. 297–331). Contraponto.