

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

RAQUEL KURTZ WAHL

A PSICANÁLISE LACANIANA E SEUS LIMITES: NOVAS MARGENS CLÍNICAS

CAMPO GRANDE – MS

2019

RAQUEL KURTZ WAHL

A PSICANÁLISE LACANIANA E SEUS LIMITES: NOVAS MARGENS CLÍNICAS

Trabalho de conclusão de curso apresentado para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação do Prof. Dr. Tiago Ravello.

CAMPO GRANDE – MS

2019

Para meus avós, Friedolin (*in memoriam*) e Hilda, que me ensinaram a ouvir histórias.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Emil e Gertrude, e ao meu irmão Adriano, pelo amor e apoio durante os cinco anos de psicologia.

Ao professor Tiago Ravello pelas orientações, paciência e conhecimento.

Aos que aceitaram ser entrevistados para a realização desse trabalho, pela disponibilidade e pelo belo trabalho que realizam.

A Aline Cantini, Pietra Garcia, Alexandre Giannoni e Mariana Breve pela amizade, pelos ouvidos que me emprestaram tantas vezes, pelo carinho, e por me ensinarem que não estou sozinha.

Às colegas de turma Giovanna Savelli, Thais Barros, Bruna Freitas e Jéssica Murakami pelo companheirismo, amizade e companhia.

Às professoras Nosimar Rosa, Aracy Mendes, Inara Leão e Lívia Gomes dos Santos pelos tantos ensinamentos.

À tia Renata e tia Rose pelo cuidado.

A Camila e Letícia, minhas primas, por estarem presentes quando eu mais precisei.

A Cristina Brandt pelo encorajamento.

À Universidade Federal de Mato Grosso do Sul pelo apoio.

“[...] o campo da 'escuta' psicanalítica é muito mais vasto do que o dos consultórios particulares.”
(KEHL, 2018, p. 11).

RESUMO

Essa pesquisa partiu da necessidade de se averiguar de que formas a psicanálise lacaniana tem atuado em contextos de sofrimento social, que não correspondem diretamente à clínica individual ou que requisitam formas de ampliação de sua escuta. Delineamos quatro linhas de pesquisa sobre as atualizações da psicanálise lacaniana em *settings* não-tradicionais, são elas: clínica psicanalítica em emergências, clínica de rua, clínica do traumático e clínica do cuidado. Fizemos pesquisas teóricas nas referidas linhas de forma a nos munirmos para a produção textual e para a produção de perguntas, que ao serem estruturadas se tornaram entrevistas. A partir do que foi apreendido nessas duas modalidades de pesquisa, leitura bibliográfica e entrevistas, visamos responder à seguinte questão: quais são as diferenças dessas práticas comparando com o *setting* clínico tradicional destacando suas linhas de aproximação e distanciamento. A partir do trabalho, obtivemos os seguintes resultados: a) na clínica de emergência, do traumático e do cuidado, o tema principal é o trauma, as relações com o tempo e com o território; b) como os acontecimentos traumáticos precisam ser lembrados para serem esquecidos; c) a importância da elaboração grupal e da subjetivação, em especial, para que o sujeito articule sua experiência ao mais singular de sua história, e d) como a clínica de rua se aproxima dos sujeitos excluídos e como ela traz nova formatação do laço transferencial e da configuração das relações de intimidade e alteridade.

Palavras-chave: Psicanálise. Clínica. Social.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 METODOLOGIA.....	10
3 CLÍNICA PSICANALÍTICA EM EMERGÊNCIAS.....	12
4 CLÍNICA DE RUA.....	17
5 CLÍNICA DO TRAUMÁTICO.....	23
6 CLÍNICA DO CUIDADO.....	28
7 CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	34
ANEXOS.....	37
ANEXO A – ENTREVISTA COLETIVO DE CLÍNICA DE RUA.....	37
ANEXO B – ENTREVISTA CLÍNICA DO CUIDADO.....	46

1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho parte da nossa inquietação quanto às críticas dirigidas à psicanálise sobre a sua modalidade convencional de atuação, que supostamente estaria restrita a um modelo de clínica do individual. Como coloca Tales Ab'Saber, esse aspecto que historicamente acompanha a psicanálise restringe o seu público-alvo e a transforma em um "serviço de saúde no mercado de saúde" (BIENAL DE SÃO PAULO, 2018). A psicanálise enquanto serviço de saúde só poderia ser acessada por aqueles que teriam condições econômicas para pagar por esse serviço, aspecto esse problemático para o campo, pois coloca os saberes da psicanálise fora do seu caráter essencialmente subversivo, submetendo-a à lógica capitalista de produção e consumo.

A figura do psicanalista está associada aos significantes do consultório, na maioria das vezes, a um consultório localizado em áreas centralizadas das cidades longe da periferia e das áreas atendidas pelo transporte público. Esse simples fato nos coloca frente à política de exclusão na qual a própria psicanálise nasceu e ainda se sustenta. Os sujeitos que estão em uma classe econômica mais vulnerável e, por ventura, cheguem a esses lugares em busca de atendimento compreendem de entrada que aquele local não o pertence, e a falta desse pertencimento pode inviabilizar o processo mais fundamental da prática analítica: a transferência. Assim, urge que continuemos a pensar as críticas que são feitas à psicanálise e que, mesmo dentro do campo, critiquemos nossas práticas convencionais que partem de lugares de privilégio na pólis, para que possamos caminhar e responder às demandas de outros públicos¹.

Entretanto, ao realizarmos um levantamento bibliográfico tendo como objeto as críticas feitas à psicanálise, também nos deparamos com afirmações como a de González Rey (2003) de que os psicanalistas "[...] com grande frequência permaneceram no mesmo nível de construção teórica de seus fundadores, convertendo as categorias em referenciais sagrados e invariáveis de suas práticas" (2003, p. 29). Essa postura dogmática que o autor imputa à psicanálise não se sustenta quando olhamos para a história do movimento psicanalítico.

Principalmente no que tange à psicanálise lacaniana, não a vemos se articular dessa forma. Lacan (1953/1998) fundamenta a sua técnica numa não sobreposição do saber analítico, por exemplo, colocando protagonismo na fala do analisante, orientando a sua atuação pela sustentação

¹ Consideramos que existem atendimentos de psicanálise por tabela social, ou através de planos de saúde. Também consideramos a presença da psicanálise em atendimentos públicos, como CAPS e universidades, porém notamos, ainda assim, o quão longe estamos de acessar o público das periferias e do imaginário social da classe trabalhadora.

de um não-saber balizado pela ética do desejo. Uma proposta que avança em alguns pontos dos conceitos da psicanálise clássica de Freud. Nesse sentido, as críticas às quais nos atentaremos neste trabalho são as que podem apontar novos horizontes para a prática analítica e se sustentam dentro do campo da psicanálise.

Dentre essas, a postura de alguns psicanalistas que perdem de vista a dimensão social do sujeito, isolando-o de um contexto e recorrendo às explicações individualizantes das suas questões. No texto “O mal-estar na civilização” (FREUD, 1930/1969), Freud já salientava o entrelaçamento das instâncias do individual e do social na psicanálise, sem que se possa fazer uma cisão entre elas. Por exemplo, quando escreve sobre a instauração do superego, Freud o faz a partir das relações entre o sujeito e os outros. Explicando sobre o sentimento de culpa, Freud escreve que originalmente se renuncia à pulsão por medo de perder o amor da autoridade externa, portanto, de um outro. E que, posteriormente, na instauração do superego, a sua severidade representa a nossa agressividade para com o objeto externo do qual perderíamos o amor se déssemos cabo daquela pulsão. O que nos mostra que a formação do sujeito está na relação com o outro, reiterando que essa interação não pode ser minimizada, nem esquecida.

Desse modo, reiteramos a necessidade de mostrar como os conceitos do individual e do social estão articulados na psicanálise e não devem estar desarticulados na nossa práxis, uma vez que essa desarticulação aliena a psicanálise e o sujeito de seu contexto político e social, causando um excesso de individuação que nos retira da realidade. Assim, este trabalho vai de encontro às ideias de Rosa (1999) que

Considera que não há subjetividade que se organize fora do laço social, sendo que os discursos não são senão o modo em que se efetiva esta articulação com o laço social; articulação que parte da constatação dos efeitos da presença do Outro na subjetividade. (ROSA, 1999, p. 205-206).

Portanto, nossa direção é pensar o sujeito na articulação com o Outro e os seus pares, uma vez que tomar esse sujeito isolado de suas relações com os outros deixa à parte sua posição no laço social, seus valores e seus modos de pertencimento (ROSA; ESTÊVÃO; BRAGA, 2017). Outra posição também observada na prática analítica em geral são as explicações da formação do sujeito a partir de suas primeiras relações no mundo, não levando em consideração que as matrizes subjetivas infantis não correspondem à totalidade do sujeito, que também se localiza em um

momento histórico e é afetado pelos sofrimentos específicos de seu tempo que se derivam das crises sociais e do capitalismo (DEPARTAMENTO DE PSICANÁLISE, 2016).

Trazer essas questões para dentro do espaço da prática da psicanálise nos movimenta para pensar a importância dessas articulações em dispositivos clínicos outros. Sendo esses, pensados no interior de uma política que não impõe os seus limites pela distinção forçosa entre individual e social, ou seja, dispositivos clínicos que não sejam delimitados exclusivamente pelo *setting*.

Assim, o objetivo é trabalhar a criação e utilização de novos dispositivos clínicos que ampliam o espaço de atuação da psicanálise, evidenciando que a escuta analítica pode ser efetiva nesses contextos sem entrar em contradição com os fundamentos do seu campo. Tomando as palavras de Poli (2014), "é o mal-estar na cultura que está em causa" (p. 21), neste trabalho buscamos discorrer a respeito das novas formas de cuidado quanto a esse mal-estar que vem movimentando o campo psicanalítico.

Entendemos como marca da psicanálise a possibilidade de escuta do sujeito onde quer que essa fala reverbere, estando ele dentro de um *setting* ou não, pois a linguagem e seu campo não dependem de paredes e móveis para articular demandas. Portanto, direcionamos nosso interesse para novas modalidades clínicas que escutam o sofrimento daqueles que dificilmente chegam ao consultório: a população mais pobre, afetados pela violência econômica e pela violência do Estado, assim como os afetados por eventos traumáticos de proporções coletivas ou individuais.

Como apontado por Rosa (2018, p. 44), "a escuta que supõe romper barreiras e resgatar a experiência compartilhada com o outro deve ser uma escuta como testemunho e resgate da memória, posição que seguimos firmando na clínica psicanalítica nos contextos de violência." Assim, nesses contextos clínicos muito nos interessa pensar no sujeito marcado pela política, pela história das sociedades e suas relações de poder.

Nesse sentido, é de nosso interesse apontar novas proposições sobre a discussão do espaço que o social ocupa na prática psicanalítica. Durante as pesquisas, deparamo-nos com quatro modalidades de atuação da psicanálise fora do *setting* tradicional; são elas: clínica psicanalítica em emergências, clínica de rua, clínica do traumático e clínica do cuidado.

2 METODOLOGIA

Essas quatro modalidades clínicas (clínica psicanalítica em emergências, clínica de rua, clínica do traumático e clínica do cuidado) foram abordadas através de levantamento bibliográfico. Esse levantamento nos apontou que essas formas de atuação ainda são muito recentes, portanto, o material produzido é escasso. Logo, para buscar mais informações, optamos por entrevistas, via correio eletrônico, com três desses grupos com os quais nos deparamos no primeiro estágio de desenvolvimento do trabalho. As entrevistas da clínica de rua e da clínica do cuidado estão anexas ao trabalho (ANEXO A – ENTREVISTA COLETIVO DE CLÍNICA DE RUA, p. 37-45; ANEXO B – ENTREVISTA CLÍNICA DO CUIDADO, p. 46-50).

Sobre a clínica psicanalítica em emergências, entrevistamos um psicanalista que atuou na equipe de cuidado ao cuidador (profissionais que atenderam os afetados) e na supervisão clínica de psicólogos que atuaram com afetados pelo incêndio da Boate Kiss em Santa Maria (RS). Além disso, esse analista foi um dos representantes da secretaria de saúde do município de Santa Maria no grupo gestor da crise no âmbito da saúde mental². Quanto à bibliografia, utilizamos artigos publicados por profissionais que também atuaram com os afetados pelo incêndio, tanto as pessoas que estavam na boate, quanto seus familiares e amigos.

Quanto à clínica de rua, entrevistamos um coletivo de psicanalistas da cidade de Brasília (DF). O contato com esse coletivo foi feito através de uma analista integrante do grupo, que repassou as perguntas aos outros integrantes. Dessa forma, obtivemos respostas de quatro analistas integrantes do grupo. O material bibliográfico para a produção sobre clínica de rua (também nomeado de clínica aberta de psicanálise) se resume a matérias de jornais que fizeram divulgação sobre esses projetos, vídeos de psicanalistas que fazem esse tipo de atuação e um artigo. Não encontramos nas plataformas Scielo e Pepsic artigos sobre a psicanálise de rua nesse modelo através da pesquisa dos índices dos descritores: "psicanálise" e "aberta", "psicanálise" e "rua", e "psicanálise aplicada".

Quanto à clínica do traumático não conseguimos entrevistar nenhum profissional. Nosso foco se concentrou em artigos publicados por profissionais que trabalharam ou trabalham com a clínica psicanalítica com refugiados, migrantes e imigrantes. Essa clínica é por vezes denominada de "clínica do traumático" por conta da presença marcante do trauma nas histórias dos refugiados,

² Atendendo ao pedido do analista, sua entrevista não consta nos anexos do trabalho.

que tiveram seu deslocamento forçado para a preservação de suas vidas. Nessa modalidade, encontramos uma boa quantia de artigos e produções teóricas que embasaram nossa escrita.

Na clínica do cuidado entrevistamos Maíra Brum Rieck, que junto da equipe coordenada por Christian Dunker, Ilana Katz e Eliane Brum, foram até o município de Altamira (PA) para um trabalho de cuidado de quinze dias com os ribeirinhos desalojados pela construção da Hidrelétrica de Belo Monte. O material bibliográfico utilizado nesse trabalho foram artigos e vídeos feitos por profissionais que atuaram na clínica do cuidado em Altamira.

3 CLÍNICA PSICANALÍTICA EM EMERGÊNCIAS

Abordamos a clínica psicanalítica em emergências no recorte do pós-incêndio da Boate Kiss. O que aqui chamamos de clínica psicanalítica em emergências se resume à atuação de psicanalistas em contextos emergenciais, como desastres, acidentes e tragédias. O incêndio ocorreu durante uma festa organizada por grupos de acadêmicos das universidades da cidade na boate localizada na cidade de Santa Maria (RS), no dia 27 de janeiro de 2013, ocasionando 242 mortes e deixando 680 feridos. O ocorrido foi noticiado em âmbito nacional e gerou muita comoção da sociedade civil, sendo ainda hoje lembrado nacionalmente como a segunda maior tragédia causada por incêndio no Brasil. O evento foi caracterizado como "desastre" por conta da intensidade do impacto na população e suas consequências, além disso, o evento aconteceu de forma inesperada, mostrando o seu potencial traumático (COSTA; PACHECO; PERRONE, 2016).

A gravidade do ocorrido é apontada no seguinte trecho,

Oliveira e Dassoler (2014) destacam que, segundo os Médicos Sem Fronteiras, esse incêndio agrupou três situações com uma significativa potencialidade traumática em um único evento: ocorreu com público jovem, com um número expressivo de vítimas (242) e irrompeu de forma abrupta e violenta em um local inesperado (local festivo). (COSTA; PACHECO; PERRONE, 2016, p. 159).

Durante o levantamento bibliográfico a respeito da tragédia observamos a repetição do significante do trauma, uma palavra que explicita o impacto emocional do ocorrido. O trauma também carrega consigo a especificidade do tempo traumático, que se apresenta na forma de um presente que não passa, como apontado por Oliveira e Dassoler (2014) "[...] 27 de janeiro é um dia que ainda não terminou." (p. 31).

O trauma traz consigo o silenciamento do sujeito sobre o evento traumático. Por conta do excesso de angústia e excitação do sistema psíquico, o sujeito não consegue fazer a representação do ocorrido por meio de palavras (FREUD, 1915/1969; COSTA; PACHECO; PERRONE, 2016). Rosa (2002) coloca o traumático como "[...] aquilo que está fora de sentido." (p. 2), assim, sem a possibilidade de deslizamento na cadeia significante, a produção de novos sentidos fica impedida e o sujeito permanece preso ao instante traumático. Soler (2004) aponta que "o traumatismo se impõe em uma temporalidade de ruptura: o sujeito não tem nele a mínima parte, isso lhe cai em

cima. É uma temporalidade de instante, mas de um instante que não se esquece facilmente [...]" (p. 55).

Assim, já se delinea a posição do psicanalista de permitir produções de sentido e provocar que o sujeito fale sobre o acontecimento. Na entrevista realizada, o analista apontou que *"para muitos (dos afetados), custava muito falar (muitos não queriam ou não podiam) e, da nossa parte, a posição clínica assumida foi de testemunho diante do horror."* Segundo o mesmo, *"[...] os atendimentos clínicos descreviam sujeitos invadidos pela angústia decorrente da implosão da dimensão ficcional da existência, efeito da experiência do incêndio"*, portanto o evento pesa de tal forma na vida dos sujeitos que coloca em questão a todo momento a continuidade da vida, impedindo que sejam feitos novos planos, uma vez que a sensação de continuidade da vida é perdida.

Os sobreviventes do incêndio relatavam nas sessões medos parecidos: medo de escuro, medo de ficarem sozinhos, hipervigilância, dificuldade de permanecerem em locais fechados, medo de sair de casa, culpa, sonhos de angústia (COSTA; PACHECO; PERRONE, 2016). Ademais, sintomas de fuga da realidade, como a visualização de vultos e *flashbacks* do evento também foram relatados. O que foi ressaltado pelo entrevistado, é que nessas situações de desastre, pensar o diagnóstico dos pacientes não se restringe a pensá-lo como estrutura, mas também pensá-lo como um diagnóstico contingencial. Assim, também acena a importância da equipe multidisciplinar para avaliar os casos mais graves, a necessidade de avaliação psiquiátrica, e encontro com familiar.

Nesse caso, a necessidade de amparo psicológico não se restringe apenas aos afetados diretamente pelo incêndio (sobreviventes), mas também se estende aos seus familiares e amigos, além dos profissionais de saúde e segurança pública, e dos voluntários que prestaram primeiros socorros aos afetados e auxiliaram no transporte destes até os hospitais. Em entrevista, o analista nos aponta que os familiares *"[...] sentiam culpa aliada a sensações físicas, angústia, incredulidade, choro, desespero, raiva, revolta"*. Também questionavam todas as autoridades e apresentavam discursos de raiva e impotência diante do acontecido, o que em alguns casos gerava ideação suicida. Além disso, o entrevistado escreve que *"por parte da população o que se repetia era a sensação de desamparo generalizado, efeito da ausência de uma palavra que desse sentido ao acontecido"*, o que novamente marca a falta de um significante que simbolize o evento.

Com uma demanda tão grande de acompanhamento psicológico por parte dos afetados, foi criado um serviço chamado Acolhe Saúde, regido pelo Sistema Único de Saúde, que se transformou

em um centro de referência psicossocial em casos de desastre (COSTA; PACHECO; PERRONE, 2016). Esse serviço realizou consultas individuais, atendimentos aos familiares, acolhimento de amigos das vítimas, visitas domiciliares e atendimentos por telefone. Quanto a esses serviços que se diferenciam da clínica de atendimento individual, com as visitas domiciliares e os atendimentos por telefone, além dos atendimentos serem geralmente feitos por uma dupla de profissionais (podendo ser de diferentes profissões), notamos como eles vão ao encontro do que delimitamos nesse trabalho: de que a adesão à ética da psicanálise e à posição do analista são muito mais importantes do que o engessamento da técnica.

Ainda sobre o atendimento telefônico, o analista nos conta que essa não era uma conduta padrão e acontecia em casos específicos nos quais o sujeito apresentava angústia excessiva ou havia risco de passagem ao ato. Assim, era combinado previamente com o paciente que o serviço entraria em contato com ele via telefone e ao paciente cabia a decisão de atender ou não a ligação. Essa ligação seria feita por algum dos profissionais que acompanhava o caso. O sentido inicial dessa ligação não era fazer um atendimento via telefone, mas sim fortalecer o laço transferencial e emprestar desejo ao sujeito diante da angústia. O entrevistado escreve que em alguns casos os pacientes pediram para que não houvesse mais contato telefônico, o que foi por ele interpretado como a ligação telefônica respondendo mais à angústia do profissional do que a do paciente.

Nesse sentido, observamos uma posição mais ativa do analista, que diante de um paciente tomado pela angústia, direciona o tratamento para a elaboração da falta, sendo ela uma forma de lidar com a angústia. Assim, o entrevistado coloca que essa posição do analista não vai contra a ética da psicanálise por ser feita sob a transferência e visando a produção da falta. Tomando emprestada a fala do autor, *"esta intervenção mais 'ativa' faz sentido diante de fenômenos de extremo desamparo e ameaça identitária e não visa a completude, mas a produção de uma falta diante do sujeito tomado pelo Outro, pela angústia"*.

O analista nos lembra que os dispositivos mais comumente usados no trabalho institucional são os grupos e as oficinas, porém junto com os sobreviventes e os afetados do incêndio foi decidido que esse tipo de intervenção grupal não seria utilizada, uma vez que a identificação poderia ser feita nos contextos de interação social em que os afetados já circulavam. Quanto a esse ponto pensamos que o excesso de identificação pode ser perigoso e que a singularização e subjetivação da vivência são importantes para que o sujeito encontre elementos em sua história que se liguem ao evento traumático, de forma que ele possa dar sentidos particulares para a sua

experiência e testemunhá-la. Quanto ao testemunho, nos cabe explicitar a posição do analista como a envergadura afetiva que suporta o discurso do afetado sobre a tragédia, em seus piores detalhes. Que o analista seja o suporte que aguente ouvir essa história e que funcione também como mola propulsora de novas significações.

O analista entrevistado nos explica que para a cidade, cada pequeno incêndio e desastre em maior escala no Brasil é relacionado ao que aconteceu em Santa Maria. Além de que existe o "fantasma Kiss", diante do qual vivem os proprietários de estabelecimentos e os frequentadores. Assim, notamos como esse fantasma reconfigura a realidade das pessoas, e que os discursos sobre a vida noturna da cidade passam por esse significante.

Na entrevista realizada perguntamos como têm sido as reações das pessoas atualmente com relação ao incêndio. O analista explica que *"a pressa e as exigências da vida nos distraem do sofrimento, mas toda vez que se abre uma conversa sobre o acontecimento é visível como as pessoas se comovem [...] O esquecimento necessário não é a mesma coisa de apagamento e superação."* Portanto, notamos que um nível de recalçamento é necessário para que a vida continue após uma tragédia, mas a superação não se dá por completo, há algo que resta.

Nesse sentido, existe um projeto por parte da comunidade e das famílias dos sobreviventes e das vítimas do incêndio da Boate Kiss para que seja feito um memorial. A escolha do projeto do memorial está sendo feita a partir de um edital público que permite a participação da comunidade no custeio. Segundo o entrevistado, *"este modelo concebe que a memória do acontecimento deve ser preservada e compartilhada pela população, reconhecendo as diferentes intensidades de implicação e comprometimento"*. A questão do memorial nos remete à passagem de Lacan em *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953/1998)* que diz que:

O inconsciente é o capítulo de minha história que é marcado por um branco ou ocupado por uma mentira: é o capítulo censurado. Mas a verdade pode ser resgatada; na maioria das vezes, já está escrita em outro lugar. Qual seja: - nos monumentos: e esse é o meu corpo, isto é, o núcleo histérico da neurose em que o sintoma histérico mostra a estrutura de uma linguagem e se decifra como uma inscrição que, uma vez recolhida, pode ser destruída sem perda grave; [...]. (LACAN, 1953/1998, p. 260).

Nesse sentido, fazemos um paralelo do memorial, que será construído, com um monumento, citado por Lacan. Monumento que, por ser dedicado à memória, ganha sentido particular para cada um dos que foram afetados pela tragédia em Santa Maria.

Assim, delineamos a recuperação da memória e a recomposição discursiva do sujeito, que proporcione a ele dar sentido ao traumático como o mais importante nessa modalidade clínica, assim como a presença do analista que suporte a fala do paciente e que o instigue a associar.

4 CLÍNICA DE RUA

Quanto a essa faceta do trabalho, não encontramos vastos materiais teóricos específicos nos quais pudéssemos nos embasar. Encontramos um artigo de Jorge Broide (1992) sobre a psicoterapia psicanalítica na rua realizada através de grupos operativos, ou seja, utilizando a teoria de Pichon-Rivière. Convém destacar que nesse artigo nos deparamos com a posição crítica do autor quanto ao posicionamento da psicanálise em relação às camadas mais pobres da sociedade. Segundo Broide (1992),

Cabe ressaltar, no entanto, que também no caso da psicanálise, a superestrutura decorrente de uma economia capitalista, periférica e dependente produz um colonialismo científico e cultural, que impede e aliena muitos estudantes e profissionais da área de saúde mental, de acessarem à realidade, e conseqüentemente, aos instrumentos teóricos e práticos que possibilitem uma práxis mais abrangente. A psicanálise, inegavelmente, tem-se desenvolvido, produzido e atuado, na maior parte dos casos, no e para o Circuito Superior, dentro do modo de vida uniforme dos grandes centros dos países centrais e das metrópoles do terceiro mundo. (BROIDE, 1992, p. 27).

A crítica perspicaz do autor nos coloca, mais uma vez, diante de uma psicanálise que é produzida para poucos, visto que no referido "circuito superior" social não se encontrariam os sujeitos afetados pela violência do estado, demarcada pela exclusão econômica e pela tensão entre a classe social exploradora e a classe social explorada. Violência essa que se configura como tema central desse trabalho.

Com o intuito de nos munirmos de perguntas para a realização da entrevista com o coletivo de psicanálise de rua em Brasília, realizamos a leitura de matérias em veículos de notícia sobre coletivos de psicanálise na rua (PSICANALISTAS PELA DEMOCRACIA, 2017; REVISTA CULT, 2017; CORREIO BRAZILIENSE, 2018).

Importante frisar que não encontramos artigos sobre o tema que utilizassem como referencial teórico a psicanálise lacaniana. O artigo mais próximo e que utilizaremos como baliza teórica e referência bibliográfica sobre a psicanálise de rua é o artigo de Miriam Debieux Rosa (2002), chamado "Uma escuta psicanalítica das *vidas secas*". Frente ao nosso desamparo teórico, a entrevista com os psicanalistas foi essencial, possibilitando a apresentação dessa proposta de clínica.

A entrevista foi direcionada ao coletivo de psicanalistas e obtivemos respostas individuais de quatro analistas que o compõem. Essas quatro entrevistas estão anexas ao trabalho (ANEXO A

– ENTREVISTA COLETIVO DE CLÍNICA DE RUA, p. 37-45). Para resguardar os entrevistados, e, ao mesmo tempo, assumirmos o ônus da interpretação dos dados, manteremos seus nomes em sigilo e faremos referências a eles também em seu caráter coletivo.³

Em nossas leituras, nos deparamos com a questão da transferência, que é central à psicanálise: nessa configuração clínica, no entanto, há um ponto de concordância sobre uma transferência grupal e não individual como a entendemos nos consultórios tradicionais. Quanto a isso, o coletivo nos respondeu que a transferência pode ocorrer tanto de forma individual quanto de forma grupal. Alguns pacientes preferem ser atendidos por apenas um analista e outros são atendidos por mais de um. O coletivo relata que "*é comum também estabelecer vínculo transferencial com dois analistas, intercalando as escutas*" (ANEXO A, entrevistada 2, p. 37).

Essa escuta intercalada só é possibilitada pelo que o grupo chama de *intervisão clínica*, na qual os casos dos pacientes são relatados e as impressões dos analistas são compartilhadas. Notamos a utilização da palavra *intervisão* no lugar de *supervisão*, prática comum no meio psicanalítico, palavra aquela que dá lugar ao compartilhamento, e diferentemente da supervisão, não implica em relações assimétricas ou de verticalização de um poder sustentado pelo saber, mas deixa que ele circule, o que permite reconhecimento e vivência das diferenças entre os analistas.

Ainda sobre a transferência, o coletivo explica que muitas pessoas observam e perguntam sobre o trabalho dos psicólogos durante semanas ou meses antes de solicitarem uma primeira sessão, o que possibilita um vínculo e uma construção imaginária do que esperar do atendimento e do que esperar do analista. Algumas dessas pessoas não sabem o que é um atendimento psicológico e são atraídos pelo significante *psi*; já outras sabem o que é a psicanálise, mas não podem arcar com os custos das consultas e ali encontram a oportunidade de serem atendidas.

Ademais, a transferência com o espaço também é colocada em questão. Em entrevista, o coletivo afirma que alguns falantes pedem para que os atendimentos migrem para o consultório do analista, o que sugere uma transferência negativa com o espaço da Rodoviária do Plano Piloto ou do Conic, onde os atendimentos de rua são realizados. Aqui, também notamos a utilização do termo "falantes" ou "passantes" que as entrevistadas utilizam para se referir ao que convencionalmente chamamos de pacientes ou analisandos.

³ Vale destacar que embora as respostas tenham sido individuais, os pontos de vista foram razoavelmente congruentes e, ao nosso ver, representam justamente um ponto de vista coletivo.

A partir disso destacamos duas diferenças que são colocadas em perspectiva: 1 – uma distinção em relação à clínica convencional na forma de abordagem do outro, o que justifica uma mudança na nomenclatura; 2 – a ênfase no aspecto transitório da experiência (passante) e na experiência da fala (falante).

Quanto aos locais onde os atendimentos são realizados, importa notar que esses locais são acessíveis a pessoas de baixa renda, que se tivessem que fazer uma troca monetária com o analista, não conseguiriam pagar sua análise. Contudo, isso não significa que os sujeitos não tenham que sacrificar algo por sua análise, sempre se paga um preço, ainda que não seja pela via do dinheiro. Quanto a isso, o coletivo escreve que:

“O que já entendemos de saída é que sempre há pagamento quando pessoas com vidas mitigadas pelo sistema capitalista e de governo não têm condições de pagar em forma de dinheiro, mas sim com seus esforços em chegar à sessão, se atrasar para chegar em casa e ficar com a família ou iniciar mais uma jornada de trabalho, ou com o tempo que poderiam descansar ou gerar mais renda, pagam, portanto, com o seu desejo de estarem em análise sendo para tanto, sempre necessário sacrificar algo.” (ANEXO A, entrevistada 2, p. 40).

Assim, observamos o descompasso entre o universo do consumo e a análise, uma vez que uma análise não se encaminha no sentido de acrescentar ou consumir algo, mas sim no sentido de sacrificar algo, como pontuado pelo coletivo. Sacrificar uma parte do ego, a dificuldade de abandonar o sintoma como colocava Freud, abrir mão de uma parte sua. Além da posição do falante quanto ao pagamento em dinheiro de sua análise, há a posição do analista quanto a isso. O coletivo nos coloca que a falta de pagamento não afeta a escuta que é oferecida, porém a falta de um contrato que garanta que aquele sujeito voltará na semana seguinte implica o desafio da possibilidade da falta de continuidade, impondo ao analista as dificuldades relativas em posicionar-se frente a continuidade do caso. Embora fosse presumível que a falta de pagamento e de um contrato poderia resultar na falta de comprometimento e assiduidade dos falantes, o coletivo aponta em sentido contrário, destacando uma oposição entre casos pontuais (de um encontro) e casos de atendimento continuado. A nosso ver, nada muito diferente de experiências em *settings* convencionais nos quais o estabelecimento da transferência pode ou não ocorrer, o que demanda um tempo próprio à análise (DUNKER; RAVANELLO, 2019).

Soma-se a isso, no caso dos atendimentos particulares, a inserção de uma questão própria ao mercado de consumo e que levou Dunker (2004) a delimitar um tipo clínico específico e

contemporâneo do “paciente profissional”, que impõe como uma condição prévia para o estabelecimento de uma relação transferencial, a relação custo-benefício ou pesquisa de mercado.

Além disso, capturamos na entrevista que a possível efemeridade do vínculo é contrabalanceada por um aspecto contratransferencial forte que é uma ética da transformação sociopolítica. A contrapartida de um paciente esporádico é um analista engajado e, desse modo, o atendimento coloca em primeiro plano a ética da psicanálise. O aspecto da transformação sociopolítica entra em cena por conta dos sofrimentos que os falantes têm relatado nessa formulação clínica. Esse sofrimento se mostra diferente dos sofrimentos que são narrados para as analistas em seus consultórios particulares. Segundo elas,

“A única diferença, que já era esperada, é a expressão da dimensão sociopolítica do sofrimento. Como os falantes, neuróticos ou não, reagem frente ao desamparo estrutural ao qual estão submetidos. Passar fome, dormir na rua, experiências de extrema pobreza... as pessoas se adaptam neuroticamente ou não, enlouquecem. No caso dos moradores de rua, por exemplo, o corpo vestido (ou não) passa a ser experimentado como o que de fato é: a membrana, o contorno, o limite entre o interno e o externo. Contudo, as dores de amor são vividas da mesma forma: ciúmes, saudades, rejeição, abandono, etc. Porém, a frequência de violência contra a mulher é maior, também um retrato da cultura machista do Brasil.” (ANEXO A, entrevistada 4, p. 39).

Além dessas questões, o coletivo apontou a discriminação racial e a exploração das trabalhadoras domésticas como falas muito presentes na clínica de rua. Logo, a exploração do trabalhador e a falência do Estado como promotor de bem-estar social são pano de fundo das falas dos passantes, nas quais os conflitos de ordem subjetiva são costurados. Mas da mesma forma como na clínica comum, o que pauta a escuta das analistas é a ética da psicanálise. Elas apontam que,

“Todos nós seres humanos somos sujeitos de inconsciente, independente da raça, classe, gênero, etc., que pertencemos. Nesse sentido, a escuta da fala da experiência emocional dos sujeitos atendidos no dispositivo há que ser sempre a mesma. Em qualquer situação que o psicanalista faz a sua escuta esta será sempre pautada por esta ética.” (ANEXO A, entrevistada 1, p. 38).

Frente à pergunta a respeito do perfil dos passantes, é importante ressaltar que a tensão social entre as classes apareceu em primeiro plano. Não seria de se estranhar que se essa pergunta fosse endereçada a profissionais dedicados a atendimentos particulares, estivesse presente nesse perfil uma racionalidade diagnóstica a orientar uma distribuição dos casos. Isso foi por nós

percebido novamente como a dimensão sociopolítica do sofrimento se sobrepondo a outras questões. Como escreve Rosa (2002, p. 10), "[...] antes de pensar em diagnósticos ou estruturas, é preciso escutar o sujeito, esse sujeito que ocupa o lugar de resto na estrutura social, e que está sob a condição traumática".

As queixas dos pacientes também explicitam a tensão entre dois aspectos comuns na experiência clínica contemporânea: sucesso social (emprego, renda e consumo) e vida amorosa (relacionamentos e sexualidade). Como nos alerta Ab'Saber (DEPARTAMENTO DE PSICANÁLISE, 2016), o sofrimento pessoal se engaja no processo histórico, da mesma forma que a dimensão do sujeito do inconsciente é também um sujeito dialético em relação à história. Sendo assim, as matrizes infantis originais importam para o sujeito, mas não compõem a sua totalidade.

O coletivo expôs suas dificuldades quanto à prática na rua. Foram delineadas a inquietação e insatisfação, pois o coletivo percebe que as pessoas não podem recorrer ao Estado, que esse Outro é inconsistente. A falta de políticas públicas e de consequente proteção à população vulnerável escancara também a impotência do analista, que sabe que essa população se torna presa fácil e recorrente da violência social. A mesma insatisfação é apontada por Rosa (2002), quando escreve que:

Parece estar havendo a quebra dos fundamentos do contrato social, com consequente desproteção de uma parcela da população e, por vezes, total *desamparo social*, impedindo seu acesso efetivo aos recursos institucionais organizadores da vida social (saúde, educação, moradia, trabalho, segurança, etc.)." (ROSA, 2002, p. 1, itálicos no original).⁴

Quanto ao desamparo social, Vera Iaconelli (OS PSICANALISTAS E SUAS ANÁLISES, 2016) aponta que esse só pode ser amenizado através de produções coletivas seja a produção de políticas públicas ou outras formas de atuação social que promovam bem-estar. Enquanto que o desamparo estrutural possui saídas individuais, o desamparo coletivo deve ser elaborado de forma social.

Ainda, os estímulos da rua, os sons, as pessoas passando podem ser entendidos como dificuldades do *setting* externo. Entretanto, esses estímulos também provocam questões na análise que jamais seriam produzidas em um *setting* "controlado", controle esse que é esfacelado no contato com a rua. O *setting*, então, se torna um ambiente imaginário que pode estar em qualquer

⁴ Interessante notar que essa crítica escrita em 2002 se endereça à insuficiência dos aparatos de proteção social. Na contemporaneidade, devemos acrescentar a ela uma nova face de abandono deliberado por parte de um Estado fortemente alicerçado no liberalismo econômico desenfreado.

lugar, porém as analistas relatam que existe uma sensação de posse do espaço e que se alguém está ocupando o lugar tradicional delas, há um estranhamento. Ainda sobre a relação com a rua, as analistas escrevem que "*[...] nossa escuta foi adaptada aos sons da rua, às intromissões, também nosso corpo vestido virou a membrana de contato com o interno e o externo.*" (ANEXO A, entrevistada 4, p. 42). Desse modo, "*[...] a cena vira parte do processo e não um empecilho a ele.*" (ANEXO A, entrevistada 3, p. 42), o que leva a englobar o outro à análise⁵. O que mostra como essa experiência clínica é enriquecida por permitir que os componentes do mundo externo interfiram na sessão.

A disponibilidade de descer do pedestal e do lugar de privilégio social do analista também são características necessárias ao analista que deseja investir nessa modalidade clínica, segundo o coletivo. A imagem narcísica da riqueza do consultório, que povoa o imaginário social, é quebrada quando se visa atender quem não faz parte dos círculos sociais privilegiados. Ou seja, em todos os aspectos, essa clínica parte de uma dimensão política da psicanálise que já era discutida e proposta por Freud e Lacan com suas análises da cultura, mas que agora está sendo posta em prática com a psicanálise indo além das paredes da clínica (OS PSICANALISTAS E SUAS ANÁLISES, 2016).

⁵ Lembrando que, como forma de combate a um modelo extremamente ortodoxo de *setting*, Lacan atendia, por vezes, de porta aberta ou atendia o telefone durante a sessão.

5 CLÍNICA DO TRAUMÁTICO

A abordagem da clínica do traumático aqui discutida trata de uma clínica formulada para migrantes, imigrantes e refugiados. Assim, os sujeitos-alvo dessa proposta são sujeitos marcados pelo deslocamento territorial e pelo sofrimento específico que advém desse deslocamento, quando ele é associado à violência e à miséria. Além disso, no que tange aos refugiados, seu deslocamento é justificado por medo ou risco iminente de perseguição por motivos de raça, religião, gênero, nacionalidade, grupo social, ou posição política, ou devido à violação de direitos humanos, que colocam o sujeito em uma relação de desamparo com seu país de origem (BRASIL, 2018). O que também delimita o sofrimento específico do desamparo frente ao Outro, na figura do Estado.

Nessa modalidade clínica, não conseguimos realizar entrevista com profissional que trabalhe na área, por conta de a agenda da profissional não ter permitido e do prazo para a finalização desse trabalho. Portanto, focamos no material bibliográfico de autoria de Miriam Debieux Rosa, Taeco Toma Carignato e outros, no qual relatam suas experiências no consultório particular e na Casa do Migrante em São Paulo.

Importa ressaltar que o deslocamento territorial não carrega consigo o sofrimento. Muitas pessoas migram buscando novos horizontes e novos estilos de vida (ROSA et al., 2009). O deslocamento territorial traz consigo o sofrimento quando esse deslocamento é forçado, ou seja, ocorre por conta da pobreza, da perseguição, da violência. Sendo assim, já se delineia a modalidade da clínica do traumático como uma prática psicanalítica clínico-política, como é colocada por Rosa e outros (2009). Colocando em perspectiva, novamente, a falência do Estado como promotor de bem-estar social, político e econômico.

O trabalho realizado por Miriam Debieux Rosa e seus orientandos na Casa do Migrante, organização gerenciada por padres escalabrinianos que atuam em parceria com a Pastoral do Migrante, faz parte de um projeto de extensão do Laboratório Psicanálise e Sociedade do IP-USP e do Núcleo de Estudos e Pesquisa do curso de pós-graduação em Psicologia Social da PUC-SP (ROSA, 2012).

A Casa do Migrante acolhe

[...] pessoas com vivências turbulentas e violentas: imigrantes, particularmente os latino-americanos, que se perdem nos percalços do deslocamento; migrantes brasileiros que percorrem o país em busca de trabalho ou simplesmente vagueiam, porque não conseguem

ou não querem fixar-se em contextos familiares ou comunitários; refugiados, banidos de seus países pela violência e pela miséria. (ROSA, 2012, p. 69).

Com esse público, que ocupa cem leitos na casa, é realizada uma diversidade de intervenções, como atividades grupais de várias temáticas, oficinas de Português, escutas singulares e também o que foi chamado de "[...] *publicização* dos acontecimentos e conflitos nas instituições e vida social" (ROSA, 2012, p. 75).

Essa modalidade clínica será por nós tratada como *Clínica do Traumático*, por mais que ela também se articule como uma prática clínico-política e também entre na perspectiva de uma *Psicanálise Implicada* (ROSA et al., 2009; ROSA, 2012), porque o sofrimento advindo desses deslocamentos territoriais associados a processos de violência coloca em primeiro plano um sofrimento derivado da ruptura com o modo de vida anterior, o trauma. Nessa clínica, a figura do cuidado se sobrepõe à figura da análise. Usando a distinção proposta por Dunker (2011), de que a prática da psicanálise pode ser designada pela palavra *Sorge*, que se traduz como *cuidar de*, *preocupar-se com* ou *tratar de*, em oposição à palavra *Genesung*, que indicaria o reestabelecimento da saúde do paciente, e da palavra *Heilung*, que se refere aos meios do tratamento. Dunker escreve que,

Sorge (cuidado), [...] sugere ao mesmo tempo pequenas intervenções, associadas a um regime especial e continuado de atenção, como a que se deve praticar na arte da jardinagem. *Sorge* indica a passividade e atividade, incluindo a importância da passagem do tempo, tal como se verifica no fabrico do queijo e do vinho, que devem aguardar um tempo de “cura” até que o processo se complete. (DUNKER, 2011, p. 33).

Assim, notamos a importância da dimensão do cuidado principalmente quanto aos refugiados, aos quais não sobra escolha, tendo que fugir para assegurar suas vidas. Para eles o trauma se apresenta na forma do silenciamento sobre o que aconteceu e por outros sintomas, como crises de angústia. Segundo Rosa (2012), pode-se

[...] identificar nos sujeitos que se confrontam com a face obscena do Outro uma perda do laço identificatório com o semelhante, um abalo narcísico que o lança à angústia e ao desamparo discursivo que desarticulam sua ficção fantasmática e promovem um sem-lugar no discurso, impossibilitando-os do contorno simbólico do sintoma e de construir uma demanda. (ROSA, 2012, p. 72).

Esses sujeitos, além de sem-lugar discursivo de onde possam expressar sua experiência e deslizar em suas posições subjetivas quanto a ela, também estão sem-lugar no mundo físico, uma

vez que o processo de solicitação do reconhecimento da condição de refugiado é complexo e bastante burocrático.

O desenraizamento e silenciamento do sujeito não podem ser trabalhados nos moldes da clínica do sintoma, então a proposta da Clínica do Traumático trabalha com a recomposição do lugar discursivo do sujeito, para que ele reconstrua a sua história, deformando-a, criando novas versões de forma que ele faça o luto do que viveu e modifique seu lugar subjetivo (ROSA et al., 2009).

Nessa perspectiva, ser refugiado pode envolver um sofrimento específico que se baseia na experiência de desenraizamento, na medida em que esses laços não são rompidos por uma decisão própria desse sujeito, na maioria das vezes, o processo de deixar o país ocorre repentinamente e ainda pode estar acompanhado de uma desvalorização da cultura, destruição do país por guerras civis que se arrastam, ou a sobrevivência por anos em contextos de violência. É nesse ponto que o sofrimento dos imigrantes com essas características é marcado por rupturas, “rupturas em todos os níveis: pais e mães emigrantes separam-se de filhos, filhos separam-se de pais e irmãos, marido separa-se de mulher e filhos, mulher separa-se do marido e dos filhos. Sem falar nas rupturas linguísticas, culturais, sociais e profissionais.” (CARIGNATO, 2013, p. 115).

Segundo Rosa (2012), há duas posições possíveis nas quais o sujeito pode se colocar frente a esses processos de ruptura. A primeira delas, dá-se pela vivência do processo de luto, que permite uma elaboração frente à perda, pondo esse sujeito em um movimento de busca de novos sentidos. A outra forma seria permanecer e se fixar ao instante traumático, que constitui o processo de ruptura com o seu país, sua cultura, seus laços e que, de uma forma subjetiva, constituem-se como pontos de identificação para a sua construção enquanto sujeito, ou seja, há uma perda narcísica dentro desse processo, no sentido de que essa pessoa precisará buscar novos pontos de identificação em uma nova cultura. A fixação é justamente o não conseguir dar esse passo além, o que para Rosa (2012), instaura e promove o que ela chama de um silenciamento. Essa posição de negação e não elaboração do trauma pode, ainda, lançar o sujeito através do processo de errância, na qual ele “[...] é fadado a vagar sem pouso, sendo-lhe vedada a experiência compartilhada, a posição de passador de cultura.” (ROSA, 2012, p. 72), o que se observa em casos em que o migrante se coloca em contínua mudança territorial.

O processo de fixação também tem uma faceta de negação em relação ao trauma, demarcada pela evitação do confronto com o luto e a angústia que faz parte desse processo. Dessa

forma, o sujeito “[...] no primeiro tempo de negação da perda, idealiza os objetos, as pessoas, a natureza e as relações com o país de origem, tentando manter vivo um passado que deixa de ser, para ele, passado.” (ROSA, 2009, p. 503), ele então se cristaliza naquela identidade que o coloca sempre como o outro estrangeiro, que garante a ele a permanência na cultura à qual ele se sente pertencente, ficando preso a um processo que não permite a dialetização do desejo.

Além das formas de sofrimento descritas até o momento, o migrante também pode entrar em um processo de não conseguir se estabelecer em um único lugar, ou seja, se tornar alguém que se muda de local sempre que as condições parecem desfavoráveis, situação denominada de errância (ROSA, 2012). O migrante começa a se ver como um ser de passagem pelos locais, que nunca fixa residência, quando o abalo da ruptura dos laços é repetido e passa a ser visto como um modo de vida, e que ao menor sinal de angústia provoca a migração do sujeito (ROSA, 2012). Pode-se pensar o sujeito como alguém que não teria articulado significantes de forma estruturada suficiente que lhe permita pensar o seu futuro e dar um novo sentido para sua existência.

Porém se ocorre uma articulação desses significantes que não permita deslizamento na cadeia, o sujeito pode ficar preso em determinadas posições subjetivas, como a do refugiado e do imigrante que cristaliza sua identidade em sua comunidade étnica de origem (ROSA et al., 2009).

Assim,

Para trabalhar a relação trauma, luto, experiência e transmissão, formulamos uma direção possível de tratamento que incide na direção da transformação do trauma em experiência compartilhada e na construção da posição de testemunha, transmissor da cultura. (ROSA, 2012, p. 72).

Essa direção de tratamento visa a recomposição de um campo de significantes por onde o sujeito possa circular, e reconstruir sua história. Nas palavras de Rosa (2012), "para recompor um lugar discursivo, para que se faça laço social, é preciso *re-construir* a história perdida na memória, *re-construção* que já implica uma deformação, permitindo o luto e uma resposta à ficção, uma reinterpretação do passado." (ROSA, 2012, p. 73).

Nessa clínica o mais importante se delinea como a presença e a palavra. A presença do analista que suporte a presença das palavras do analisando e que sirva como mola propulsora para novas significações (ROSA, 2012), na qual haja espaço para que o sujeito vá além de enunciado e da enunciação, dizendo mais, e, assim, abrir possibilidade para que ele se localize subjetivamente e se confronte com o traumático, dando-lhe sentido.

Numa tentativa de aproximação da clínica do traumático com a clínica do sintoma, Fuks (2000) explicita que a experiência analítica sempre provoca uma viagem para o sujeito, na qual lhe é dada a oportunidade de "[...] exilar-se de si, de inventar-se outro, de voltar-se não idêntico." (p. 85), permitindo que o analisando viva sucessivas desterritorializações à medida que vai de uma posição subjetiva a outra (p. 85). Assim, vemos que não é necessário que o sujeito seja migrante para que ele viva em outros países, ou para que ele não se identifique e tenha uma sensação de estranhamento em relação à própria vida, como se ela não lhe pertencesse. Pois, na medida em que toda clínica psicanalítica trata da dimensão do desconhecido, do sujeito exilado de si mesmo, do sujeito inconsciente (ROSA et al., 2009), a clínica do traumático também se articula em um ponto que integra esses diversos elementos. Entretanto, a clínica do traumático nos sinaliza a responsabilidade social e a atuação política do psicanalista quanto às violências que o sujeito sofre e que são infringidas pelo Estado.

6 CLÍNICA DO CUIDADO

A clínica do cuidado, no recorte aqui trabalhado, parte do sofrimento de aproximadamente 20 mil pessoas que foram expulsas de suas casas e de seu modo de vida, devido a construção da Usina Hidrelétrica de Belo Monte, entre os anos de 2011 e 2016. Essas pessoas viviam em ilhas no Rio Xingu, na zona rural ou nas áreas urbanas da cidade de Altamira (PA) (KATZ; DUNKER, 2019; PSICANALISTAS PELA DEMOCRACIA, 2016; KATZ, 2019). Com a expulsão dos moradores de suas casas, os autores relatam que:

Uma parcela dos atingidos recebeu indenizações e cartas de crédito cujo valor, em muitos casos, não lhes permitiu recompor a vida. Outros foram confinados em unidades padronizadas de conjuntos habitacionais que nada têm a ver com sua cultura. Os laços de vizinhança, assim como os de afeto, foram despedaçados – e a convivência comunitária, destruída. Outros ainda sequer foram reconhecidos como atingidos. Para muitos, o único território que lhes restou foi o do próprio corpo. (PSICANALISTAS PELA DEMOCRACIA, 2016).

A violação dos direitos desses sujeitos de se manterem em suas moradias foi viabilizada pelo poder público, sendo que a Defensoria Pública da União só chegou em Altamira em 2015, quando muitas "negociações" com os ribeirinhos já haviam sido feitas, em termos que eles não compreendiam e através da assinatura de documentos que esses sujeitos não conseguiam ler (PSICANALISTAS PELA DEMOCRACIA, 2016).

Sensibilizados com essa violência, Ilana Katz, Eliane Brum e Christian Dunker criaram um projeto de financiamento popular (via doações de civis) para viabilizar a intervenção da clínica do cuidado. Esse modelo de intervenção havia sido testado em julho de 2016, em Altamira, por três profissionais da saúde mental, e a proposta nesse momento, era expandir a intervenção para que ela contasse com 15 psicólogos voluntários, durante 15 dias, em janeiro de 2017. Para a formação desse grupo, foi realizado um curso aberto no Instituto de Psicologia da USP, e para que esse curso ocorresse foi necessário o financiamento, usado para o pagamento de passagens, hospedagem e alimentação de professores que vieram para São Paulo ministrar aulas, além de financiar, posteriormente, os custos de passagens, hospedagem e alimentação dos 15 profissionais que atuaram em Altamira (PSICANALISTAS PELA DEMOCRACIA, 2016).

A clínica do cuidado ocorreu dos dias 15 a 29 de janeiro de 2017, contando com uma equipe de 16 psicanalistas, uma jornalista e um fotógrafo. Essa equipe, atendeu 62 casos em 171 sessões,

realizou 12 reuniões com movimentos sociais, rede pública de saúde mental, Ministério Público Federal e Defensoria Pública, e fez 4 ações no território. Para ir até as pessoas que seriam cuidadas, os cuidantes percorreram 2.600 quilômetros por terra e fizeram cinco expedições pelo Rio Xingu (CLÍNICA DE CUIDADO, 2017⁶).

Para que a intervenção obtivesse sucesso, dois psicólogos da equipe cuidaram da organização do trabalho montando esquemas logísticos, cuidando das hospedagens e alimentação da equipe, além das agendas de atendimento dos psicólogos. Além disso, esses psicólogos chegaram a Altamira antes da equipe e se aproximaram das lideranças da região, pedindo que fossem encaminhados os sujeitos que eles percebiam que precisavam ser escutados. Com esse direcionamento das lideranças, eles ligaram para essas pessoas explicando como era o trabalho de escuta que os psicólogos estavam propondo e se, quando e onde essas pessoas gostariam de ser atendidas, o que colocou em primeiro plano o respeito aos desejos do sujeito que seria escutado. Também mostrando o cuidado com os psicólogos para que eles se preocupassem unicamente com seus atendimentos (CLÍNICA DE CUIDADO, 2017).

Entrevistamos, via correio eletrônico, a psicóloga Máira Brum Rieck, que fez parte dessa intervenção e nos contou sobre sua experiência. Esse modo de trabalho nos mostra sua primeira peculiaridade: a demanda invertida, que se articula no sentido de ao invés de esperar a subjetivação da queixa entre os sujeitos ocorrer, procurá-los, partindo a demanda do analista e não do paciente (KATZ; DUNKER, 2019). Segundo os autores, esse contato prévio com as lideranças de movimento sociais pedindo a indicação dos sujeitos para serem atendidos, burlou o efeito intrusivo que as intervenções de ajuda humanitária normalmente provocam. Efeito esse que poderia ter inviabilizado a fala dos sujeitos, inviabilizando também o trabalho dos psicólogos.

Quanto a isso, Rieck nos escreve que a inversão de demanda era uma preocupação do grupo, mas que quando o grupo chegou ao local, eles perceberam que as pessoas sabiam o que eles estavam fazendo ali, que não havia necessidade de explicações. Além disso, a psicanalista nos aponta que, baseada em seus muitos anos de trabalho com sujeitos que sofreram violência por parte do estado (moradores de rua, presidiários, prostitutas, afetados pela ditadura civil-militar brasileira), "[...] *quando se trata de uma violência de estado, a demanda sempre se inverte. O que quero dizer com isso é que essas pessoas precisam ter o reconhecimento de que sofreram uma*

⁶ Boa parte de nossa escrita nessa parte do trabalho se baseia no documentário chamado “Eu + 1: Uma jornada de saúde mental na Amazônia” (CLÍNICA DE CUIDADO, 2017), que, até o momento, é o documento de testemunho dos psicanalistas sobre a experiência da Clínica do Cuidado em Altamira.

violência. Sem esse primeiro reconhecimento, não há trabalho possível." (ANEXO B, p. 46, grifo do autor). Assim, o analista se posiciona como um outro que não infringe e não compactua com a violência. Segundo a psicanalista, o sujeito muitas vezes sabe que ele foi vítima de uma violência, porém existe uma fantasia de que o Estado é bom e protege o cidadão, se tornando importante que a sociedade civil reconheça o que aconteceu com aquele sujeito. Assim, também se mostra a importância dessa intervenção ter sido financiada por civis e não pelo Estado ou por empresas, uma vez que essa violência foi perpetrada pelo Estado, por ter financiado, através no BNDES, empreiteiras que construíram a hidrelétrica (PSICANALISTAS PELA DEMOCRACIA, 2016).

Desse modo, os psicanalistas se posicionavam ativamente como outros que não estavam ao lado do Estado e ao lado da violação de direitos. Puxando um fio teórico explicativo, a entrevistada aponta o conceito de "desmentido" de Sándor Ferenczi, para mostrar que quando um sujeito sofre uma violência, e alguém de sua confiança ameniza o ocorrido e desmerece o sofrimento do sujeito essa violência passa a ser desacreditada e a vítima começa a duvidar da realidade de que aquilo de fato ocorreu (FERENCZI, 1933/2011). Esse mesmo conceito pode ser aplicado aos ribeirinhos que foram expulsos de suas casas e seus modos de vida, de forma que o primeiro passo do trabalho do analista seja reconhecer ao sujeito a violação ocorrida.

Ainda no sentido do reconhecimento do sofrimento e da violência a que essas pessoas foram sujeitas, os analistas se depararam com uma diferença entre os atendimentos que normalmente se realizam em privado, no um a um, e os atendimentos que aconteceram em Altamira. A experiência dos analistas mostrou que a distinção quanto ao que é público e o que é privado é bastante diferente. No caso, o senso de comunidade era tão presente que poucas pessoas preferiram ser atendidas sozinhas, e que a maioria das pessoas falava em contexto aberto e com outras pessoas por perto, que também poderiam reconhecer o que elas passaram. Interessante notar que esse senso grupal também afetou o grupo de analistas, que, segundo relatado, passaram a fazer supervisões grupais de seus casos em que todos tinham liberdade para comentar os casos dos outros, o que só ocorreu em Altamira, pois isso fazia sentido naquele local. Nesse caso, o deparar-se com a diferença das fronteiras entre o íntimo e o público não é respondido com uma patologização, nem com uma tentativa de normatização dessa relação, e ainda, permitiu-se que essa diferença mudasse também os moldes do trabalho que era previsto. Nossa entrevistada coloca que *"cada local, cada trabalho, nos ensina uma nova forma de fazer clínica. Se mantivermos os moldes 'oficiais' da clínica, sem*

levar em consideração o contexto, perdemos a clínica." (ANEXO B, p. 48). Fala essa que em muito se aproxima do que nós pensamos como as novas possibilidades da clínica psicanalítica.

Sobre a desburocratização da relação analista-paciente, Rieck nos escreve que cada caso atendido foi tratado de acordo com as necessidades e possibilidades que os analistas e os pacientes tinham no momento. Houve casos que foram atendidos duas vezes por semana e outros que foram atendidos todos os dias. Nesse sentido, a analista entrevistada nos escreve que a maior dificuldade encontrada pelo grupo foi a falta de tempo, mas não por isso a intervenção foi frustrada, uma vez que as pessoas perceberam que o tipo de escuta que se oferecia era outra em relação ao que aquelas pessoas já tinham vivenciado. A analista nos coloca que esse foi justamente o efeito da intervenção: proporcionar uma escuta diferenciada àquelas pessoas. Segundo ela coloca, os pacientes destacavam como a escuta dos analistas era diversa a qualquer outra que eles já haviam tido contato. A carência da psicanálise nesse local e sua introdução através dessa clínica do cuidado proporciona efeitos que não podem ser medidos, mas podemos vislumbrar aspectos positivos quanto a uma maior atenção à saúde mental por parte dos moradores e também às saídas, individuais ou coletivas, que puderam ser pensadas no movimento dos moradores de contarem suas histórias.

De acordo com a literatura desenvolvida sobre a intervenção,

Entre a negação do impossível retorno ao perdido expresso na demanda do discurso da luta pela restituição do passado, e a impotência expressa sobre o adoecimento do corpo sob o nome da depressão que imobiliza o sujeito, apostamos que a psicanálise poderia oferecer uma terceira via de tratamento. A experiência demonstrou que a operação clínica teve lugar na intervenção, houve uma mudança de posição de lado do sujeito. (KATZ; DUNKER, 2019, p. 14).

Sobre a mudança de posição do sujeito, ressaltamos que um dos desafios dessa clínica é encaminhar o sujeito para que ele nomeie sua experiência de sofrimento. Com o déficit narrativo do sujeito sobre sua experiência, abrem-se caminhos para formas predelineadas de expressão do sofrimento, o que provoca uma homogeneização de discursos e não permite ao sujeito articular sua experiência de sofrimento com a sua própria história (KATZ; DUNKER, 2019). Em consonância, Rieck aponta que na clínica do cuidado, "*[...] cada experiência, apesar de serem muito parecidas e próximas, eram significadas e ressignificadas de forma muito diferente e particular.*" (ANEXO B, p. 50). Efeito esse que atribuímos ao atendimento desses sujeitos, suas falas e as pontuações dos analistas.

7 CONCLUSÃO

Para a escrita desse trabalho, notamos a escassez de material bibliográfico com o qual pudéssemos nos embasar quanto às modalidades clínicas aqui apresentadas. Destacamos que nossa maior dificuldade foi quanto à clínica de rua, também nomeada de Clínica Aberta de Psicanálise. Essa falta de material tornou a estratégia das entrevistas aos profissionais fundamental para que conseguíssemos ter mais clareza quanto à forma de atuação desses profissionais. Ao final do processo de escrita, entramos em contato com dois materiais recentes, que poderiam ter sido utilizados nesse trabalho se houvesse mais disponibilidade de tempo para a escrita; são eles os documentos: "Por que uma clínica do testemunho? Clínicas do Testemunho RS e SC" (INSTITUTO APPOA, 2018) e "Psicanálise nos espaços públicos" (BROIDE; KATZ, 2019). O primeiro documento trata do projeto Clínicas do Testemunho,

[...] programa instalado pela Comissão de Anistia, com o objetivo de integrar à história as marcas individuais e coletivas das grandes violações de direitos humanos perpetradas por agentes policiais do Estado brasileiro durante a ditadura civil-militar (1964-1985) - programa que pretende reparar os danos morais, financeiros e psíquicos causados aos afetados. (RAMOS, 2018, p. 12).

Essa modalidade clínica se encaixa na proposta do trabalho, assim como os trabalhos que compõem o documento "Psicanálise nos espaços públicos" (BROIDE; KATZ, 2019), trabalhos apresentados no Colóquio Psicanálise nos Espaços Públicos, realizado no ano de 2018 na USP. Portanto, mostramos que nos últimos anos houve um aumento de produções importantes na área dos limites da clínica psicanalítica. Esse aumento deve ser levado em conta e por nós é interpretado como uma maior preocupação dos psicanalistas com os sofrimentos sociais, a violência e a pobreza.

Quanto às propostas clínicas apresentadas, destacamos as similaridades entre algumas delas. A clínica psicanalítica em emergências, clínica do cuidado e clínica do traumático tem em seu bojo de atuação uma escuta atenta à dimensão do trauma, à reconstrução da memória e recomposição discursiva dos sujeitos. Levando em consideração a elaboração singular e subjetiva dos acontecimentos, e também uma reinserção do sujeito no laço social, sendo que esses dois níveis de elaboração possuem uma dialeticidade adjacente.

A clínica de rua se diferencia mais dessas outras propostas, por não estar necessariamente alicerçada na experiência do trauma, mas nos traz um retrato da realidade da pobreza, violência e

exclusão social presentes na sociedade brasileira. Características sociais essas que são marcas de um Estado neoliberal ao qual não cabe mais garantir o bem-estar dos sujeitos, e no qual saúde, educação e segurança pública são mercadorias, e assim sendo, apenas uma parte da população terá acesso a eles. Do mesmo modo, a clínica do cuidado nos choca por mostrar a realidade do abandono da população por parte do Estado. Já a clínica do traumático, mostra uma falência global, uma vez que traz à tona a questão da perseguição escancarada dos sujeitos que são forçados a migrar de país, por conta de suas posições políticas, gênero, opção sexual, religião, raça ou nacionalidade. E ao tratar de migração territorial dentro do mesmo país também realça a face da exclusão social e econômica.

Finalmente, frisamos que o método psicanalítico se refere à posição do analista e ao seu desejo, o que pode ser utilizado em diversos contextos que não só a clínica tradicional individual, não colocando em risco a ética da psicanálise, que é a ética do desejo. Todas essas formas clínicas se baseiam na aposta no desejo e na palavra do sujeito, atuando no sentido da transformação do laço social e gerando impactos efetivos em termos de saúde pública, além de mostrarem o aumento de práticas efetivas da psicanálise em contextos de exclusão social e pobreza. Desse modo, direcionando nossa prática de forma política e ampliando o poder de transformação social de uma psicanálise que sai dos círculos de privilégio da sociedade e se aproxima dos mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

- BIENAL DE SÃO PAULO. **(Des/re/organizações afetivas) Clínica Aberta de Psicanálise**. 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Dn-16_n102g>. Acesso em: 3 abr. 2019.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Justiça. **Refúgio em números**, 3. ed., 2018. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/de-10-1-mil-refugiados- apenas-5-1-mil-continuum-no-brasil/refugio-em-numeros_1104.pdf/view>. Acesso em: 22 mai. 2019.
- BROIDE, E.; KATZ, I. (Org.). **Psicanálise nos espaços públicos**. São Paulo, IP/USP, 2019.
- BROIDE, J. A Psicoterapia Psicanalítica na rua realizada através de grupo operativo. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 24-33, 1992.
- CARIGNATO, T. T. A construção de uma clínica psicanalítica para migrantes. **Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, Brasília, ano XXI, n. 40, p. 107-129, jan./jun. 2013.
- CLÍNICA DE CUIDADO. **Eu + 1: Uma jornada de saúde mental na Amazônia**. 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IG_DdW4znCE&t=3860s>. Acesso em: 28 mai. 2019.
- CORREIO BRAZILIENSE. **Psicanalistas criam coletivo e fazem atendimento gratuito nas ruas do DF**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2018/06/21/interna_cidadesdf,689859/psicanalistas-criam-coletivo-e-fazem-atendimento-gratuito-na-rua.shtml>. Acesso em: 20 fev. 2019.
- COSTA, A. M.; PACHECO, M. L. L.; PERRONE, C. M. Intervenções na emergência: a escuta psicanalítica pós-desastre na Boate Kiss. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 155-165, abr. 2016.
- DEPARTAMENTO DE PSICANÁLISE. **Tales Ab'Saber – A psicanálise e a situação política contemporânea**. 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=JFjR2h3Zw4g&frags=pl%2Cwn>>. Acesso em: 29 mar. 2019.
- DUNKER, C. I. L. **Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento**. São Paulo: Annablume, 2011.
- _____. Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos no Brasil contemporâneo. **Rev. Mal-estar e Subj.**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 94-111, mar. 2004.
- DUNKER, C. I. L.; RAVANELLO, T. A garrafa de Klein como método para construção de casos clínicos em psicanálise. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. XXII, n. 1, p. 99-110, jan./abr. 2019.
- FREUD, S. O Inconsciente (1915). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XIV**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969, p. 183-245.

_____. O Mal-Estar na Civilização (1930). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XXI**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969, p. 75-171.

FERENCZI, S. Confusão de língua entre adultos e crianças (1933). In: **Obras Completas Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 2. ed., 2011.

FUKS, B. **Freud e a judeidade**: a vocação do exílio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Sujeito e subjetividade**: uma aproximação histórico-cultural. Tradução de Raquel Souza Lobo Guzzo. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

INSTITUTO APOOA. **Por que uma clínica do testemunho? / Clínicas do Testemunho RS e SC**. Porto Alegre: Instituto APOOA, 2018.

KATZ, I. A clínica do cuidado: intervenção com a população ribeirinha do Xingu atingida por Belo Monte. In: BROIDE, E.; KATZ, I. (Org.). **Psicanálise nos Espaços Públicos**. São Paulo: IP/USP, 2019.

KATZ, I.; DUNKER, C. I. L. Clínica do Cuidado nas Margens do Rio Xingu Uma Intervenção Psicanalítica junto à População Ribeirinha atingida por Belo Monte, [S. l.: s. n.], [2019?]. Disponível em: <http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/arquivos_comunicacao/CLINICADOCUIDADO.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2019.

KEHL, M. R. Prefácio. In: ROSA, M. D. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. 2. ed. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2018, p. 7-12.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: LACAN, J. **Escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 238-324.

OLIVEIRA, S. B. C.; DASSOLER, V. A. Tempo, silêncio e esquecimento: o que ficou da experiência dos jovens de Santa Maria? **Desidades**, n. 4, ano 2, p. 30-36, set. 2014.

OS PSICANALISTAS E SUAS ANÁLISES. **Sobre o Desamparo – Entrevista Vera Iaconelli – Os Psicanalistas e suas Análises**. 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=RWkEPnwum-Q&feature=youtu.be>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

POLI, M. C. **Clínica da exclusão**: a construção do fantasma e o sujeito adolescente. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

PSICANALISTAS PELA DEMOCRACIA. **"Refugiados de Belo Monte" Por Ilana Katz, Eliane Brum e Christian Dunker**. 2016. Disponível em: <<https://psicanalisedemocracia.com.br/2016/09/refugiados-de-belo-monte-por-ilana-katz-eliane-brum-e-christian-dunker/>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

PSICANALISTAS PELA DEMOCRACIA. **Clínica Aberta de Psicanálise**. 2017. Disponível em: <<http://psicanalisedemocracia.com.br/2017/07/clinica-aberta-de-psicanalise/>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

RAMOS, L. N. Prefácio. In: INSTITUTO APPOA. **Por que uma clínica do testemunho? / Clínicas do Testemunho RS e SC**. Porto Alegre: Instituto APPOA, 2018, p. 11-15.

REVISTA CULT. **Coletivo de psicanalistas realiza atendimentos gratuitos no centro de SP**. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://revistacult.uol.com.br/home/coletivo-de-psicanalistas-realiza-atendimentos-gratuitos-em-sp/>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

ROSA, M. D. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. 2. ed. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2018. ISBN 978-85-7137-398-3.

ROSA, M. D.; ESTÊVÃO, I. R.; BRAGA, A. P. M. Clínica Psicanalítica Implicada: conexões com a cultura, a sociedade e a política. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 22, n. 3, p. 359-369, jul./set. 2017.

ROSA, M. D. et al. A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 497-511, set. 2009.

ROSA, M. D. O discurso e o laço social dos meninos de rua. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 205-217, 1999.

_____. Migrantes, imigrantes e refugiados: a clínica do traumático. **Revista Cultura e Extensão USP**, São Paulo, v. 7, p. 67-76, 2012.

_____. Uma escuta psicanalítica das *vidas secas*. **Revista de Psicanálise Textura**, n. 2, p. 1-13, 2002.

SOLER, C. Trauma e fantasia. **Stylus: Revista de Psicanálise**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 45-59, out. 2004.

ANEXOS

ANEXO A – ENTREVISTA COLETIVO DE CLÍNICA DE RUA

1. Como funciona a transferência nesse modo de atendimento?

Entrevistada 1: *“Pretende-se que a transferência se efetive com o dispositivo (coletivo de psicanalistas e o espaço de oferta de escuta na rua - Rodoviária e Praça Zumbi no Conic - onde se realizam os encontros analíticos). A indicação do “serviço” de escuta psicanalítica que oferecemos nestes espaços públicos para amigos e familiares de pessoas em atendimento sugere que há uma transferência positiva com o dispositivo em curso. A solicitação, de alguns casos, que o atendimento continue e migre para o consultório do analista do atendimento no caso de retornos para um analista, sugere uma transferência negativa com os espaços. Há queixas de falta de privacidade e barulho do local, principalmente. E temos percebido, também, que a transferência tem ocorrido com os analistas. O número de retornos de alguns casos para analistas do atendimento pode sugerir isso. Fica a questão: todo analista tem recebido casos de retornos?”.*

Entrevistada 2: *“Entendo que a transferência se dá desde os primeiros contatos que o passante faz ao se deparar com o coletivo e o setting armado em via pública no meio do seu caminho rotineiro. Muitos observam, se aproximam, perguntam sobre o trabalho durante dias, semanas ou meses previamente à solicitação de uma primeira sessão, o que já vai possibilitando um vínculo e a construção imaginária do que esperar daquele serviço. A transferência, portanto, se estabelece primeiramente com o grupo. Uma vez realizada a primeira sessão, a transferência se revela de diversas formas, pode se direcionar exclusivamente ao profissional que atendeu ou a vários que no percurso do passante pode ouvi-lo. É comum também estabelecer vínculo transferencial com dois analistas, intercalando as escutas”.*

Entrevistada 3: *“É uma pergunta difícil. Vejo que há transferências. Atendi pessoas que não entendiam bem do que se tratava a proposta, mas que foram fisgadas pelo significante "Psi". Outras que equiparam psicanálise à psicologia e/ou terapia. Outras que sabem o que é psicanálise e vêm atraídos pela possibilidade de serem atendidas já que não podem pagar. A partir do momento que chegam, muitas perguntam o que fazer. Algumas escolhem seu analista e não fazem transferência com o coletivo. Outros se sentem à vontade para variar de analista. A transferência com o coletivo é marcante nos casos de sessão única, retornos com analistas variados ou indicações do coletivo para pessoas próximas”.*

Entrevistada 4: *“Na minha opinião a transferência se estabelece de duas formas: o falante pode eleger o analista que o recebeu pela primeira vez e com ele estabelecer uma transferência como ocorre em qualquer experiência de análise, ou o falante*

estabelece uma relação de confiança com o grupo de analistas e a sua fala passa a ser remetida ao conjunto de analistas, cada dia um disponível à escuta. O segundo modo é ofertado ao falante no momento em que ele retorna para uma segunda sessão, ele escolhe. A transferência com o grupo é amparada pela prática de intervenção clínica, onde possibilitamos que os casos sejam comunicados e as impressões dos analistas compartilhadas. Discutimos seus efeitos no caso a caso. Mas, no momento em que o falante estabelece uma relação de transferência com o conjunto de analistas o efeito da transferência tem se mostrado muito semelhante ao da transferência do 1 a 1."

2. Vocês têm escutado coisas muito diferentes do que escutam na clínica convencional?

Entrevistada 1: *"Sim, no caso do passante "morador de rua". Os problemas são mais relacionados à falta de moradia, de alimentação, de trabalho. Enfim, tudo que se relaciona a falta de recursos financeiros para se constituir uma vida digna. O desamparo emocional também é enorme devido à fragilidade dos vínculos afetivos ao longo da vida (tipo de transferência: rompimentos familiares, casamentos, filhos, mãe, pai, irmãos). E, considerando o contexto atual do país, com a redução de investimento em políticas sociais, concordamos na ausência de perspectivas de trabalho, alimentação e trabalho. Agrava-se, portanto, o aumento do sofrimento sociopolítico no país pela falta de oportunidades. O que não significa que essas pessoas não tenham questões emocionais para pensarem. Aonde podemos auxiliar. Neste aspecto, este tipo de atendimento em nada difere dos pacientes de minha clínica privada. Penso na ética da psicanálise como "a ética do bem dizer, ou seja, é a palavra que produz um efeito operatório no tratamento. Cada interpretação reconduz o sujeito à escolha de seu desejo e de seus modos de gozo, levando em conta que a ética da psicanálise é manter a estrutura de falta do inconsciente". (http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952006000100009). Todos nós seres humanos somos sujeitos de inconsciente, independente da classe, raça, gênero etc que pertencemos. Neste sentido, a escuta da fala da experiência emocional dos sujeitos atendidos no dispositivo há que ser a mesma. Em qualquer situação que o psicanalista faz a sua escuta está será sempre pautada por esta ética."*

Entrevistada 2: *"Sem dúvida, as questões e conflitos de ordem subjetiva são desenvolvidas a partir de um pano de fundo tecido pela realidade que vivem, concernente à vida do trabalhador comum, que muitas vezes vive uma relação exploratória com seu empregador, que depende do transporte público para longos deslocamentos, que depende do SUS e muitas vezes apresentam problemas de saúde mal cuidados, medo e angústia por perderem o emprego ou não conseguirem um, além dos que vivem em situação de rua com todas as suas implicações de vulnerabilidade e miséria. Percebo também muito presente nas falas, uma falta de autoestima e confiança, sensação de teto de vidro intransponível. A discriminação racial também permeia muitas falas apresentando-se como elemento constitutivo e identitário do sujeito."*

Entrevistada 3: *“Há situações de extrema vulnerabilidade, como moradores da rodoviária. Uma demanda bem marcante diz respeito à exploração de trabalhadoras domésticas e questões judiciais complexas envolvendo famílias.”*

Entrevistada 4: *“A única diferença, que já era esperada, é a expressão da dimensão sociopolítica do sofrimento. Como os falantes, neuróticos ou não, reagem frente ao desamparo estrutural ao qual estão submetidos. Passar fome, dormir na rua, experiências de extrema pobreza... as pessoas se adaptam neuroticamente ou não, enlouquecem. No caso dos moradores de rua, por exemplo, o corpo vestido (ou não) passa a ser experimentado como o que de fato é: a membrana, o contorno, o limite entre o interno e o externo. Contudo, as dores de amor são vividas da mesma forma: ciúmes, saudades, rejeição, abandono, etc. Porém, a frequência de violência contra a mulher é maior, também um retrato da cultura machista no Brasil.”*

3. Quais têm sido as principais queixas/demandas e qual o perfil dos pacientes?

Entrevistada 1: *“O perfil é diverso. Tenho atendido adultos (homens e mulheres de diferentes idades) e adultos jovens (estudantes da Unb). Em geral são moradores da região do plano piloto (asa norte e sul) e das cidades satélites. Pessoas, pertencentes a uma classe média baixa que circulam pela rodoviária por diferentes motivos (compra de objetos “chineses” de custo baixo ofertados pelos camelôs, utilização do transporte público, trabalhadores de lojas e serviços ofertados neste espaço público). E pessoas localizadas numa classe social de extrema pobreza (brasilienses moradores de rua e de outras regiões do país que vêm à Brasília em busca de uma oportunidade de trabalho). As queixas estão relacionadas ao mundo do trabalho (falta de emprego, insatisfação e falta de significado na tarefa que executa), a vida amorosa, conjugal e familiar. Ocorrem demandas que estariam mais voltadas ao serviço social e a psiquiatria. Temos discutido a possibilidade de parceria com serviços da rede de saúde mental para a continuidade desses casos. Nesse sentido, em alguns casos graves funcionaríamos como um espaço de acolhimento da primeira escuta.”*

Entrevistada 2: *“Respondido na pergunta anterior.”*

Entrevistada 3: *“Não existe um perfil. Há pessoas de condições socioeconômicas variáveis. E as demandas são tão plurais quanto os sujeitos. Questões de relacionamento, sexualidade, trabalho, saúde, desamparo, como na clínica tradicional.”*

Entrevistada 4: *“Estamos em contato com a parte da sociedade que sofre os efeitos do capitalismo do lado submisso do sistema, ou seja, escutam culpa cristã (no Brasil a religião evangélica tem grande capilaridade nas classes mais pobres) experimentada da forma mais crua: a interpretação de que seu insucesso econômico é responsabilidade própria, exclusivamente, expresso como falta de fé, de determinação, etc. A demanda, portanto, é por alívio da culpa, o que eu tenho que não consigo prosperar? No mais, as demandas são como as do consultório particular.”*

4. O fato do paciente não pagar a sessão impacta no atendimento? Se sim, como?

Entrevistada 1: *“Durante a escuta, no aqui e agora da sessão, não percebo diferença no meu modo de estar presente, atenta à fala do passante, sentada na cadeira de praia na Rodoviária em vez de estar na poltrona do meu consultório. A falta de pagamento não interfere na escuta oferecida. Mas, ao final do atendimento não existe um contrato que defina um compromisso de agenda (dia e hora). Percebo que esta falta de compromisso me desobriga - continuar pensando “no caso” por mais tempo, pois não sei se estarei novamente ao lado da pessoa em outro dia. Isso difere do paciente pagante com quem firmo um acordo de trabalho e o retorno, a priori, está combinado. Assim, faça chuva ou faça sol estarei no consultório, no horário combinado. Com o passante, a falta de vínculo ocorrido pela falta da continuidade dos encontros, por mais que o acolhimento tenha ocorrido, percebo-me mais “desobrigada” com a pessoa atendida, mesmo que após a realização dos encontros eu converse sobre os casos com colegas e fique pensando um pouco mais na situação: como escutei, o que deixei de ouvir... como uma psicanalista engajada, percebo-me implicada num pensar e agir sobre as questões relacionadas ao sofrimento psíquico produzido pelos aspectos sociopolíticos. Durante a escuta me vejo a mesma que sou no meu consultório. Mas penso sempre que cada sessão é sempre uma sessão única, mesmo sabendo que os pacientes da clínica privada retornarão. Certa vez ouvi de um colega psicólogo algo que me perturba: A não ocorrência da continuidade dos encontros, uma vez que não há necessariamente expectativas de retorno e combinação de um contrato ao final da conversa do primeiro encontro, desoneraria o investimento emocional do analista? Essa experiência seria mais ou menos autêntica? São questões que outros colegas nos colocam. Entretanto, penso que o fato do analista de colocar disponível para esse trabalho, indica interesse (investimento libidinal) neste tipo de atendimento. Sobre o dinheiro cito o artigo de Dora Tognolli (SBPSP) a seguir que ao meu ver tem alguns pontos para pensarmos.”*
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062014000200009

Entrevistada 2: *“Ainda estamos observando esse fator, uma resposta que se constrói dia a dia. O que já entendemos de saída é que sempre há pagamento quando pessoas com vidas mitigadas pelo sistema capitalista e de governo não tem condições de pagar em forma de dinheiro, mas sim com seus esforços em chegar à sessão, se atrasar para chegar em casa e ficar com a família ou iniciar mais uma jornada de trabalho, ou com o tempo que poderiam descansar ou gerar mais renda, pagam portanto com o seu desejo de estarem em análise sendo parta tanto, sempre necessário sacrificar algo. Assim, sabemos também que a falta de pagamento em dinheiro de forma alguma inviabiliza a terapia ou análise. Às vezes, acontece de o passante oferecer coisas com as quais ele pode pagar e isso é incorporado ao manejo transferencial como em qualquer trabalho de análise, bem como, a questão da dívida e da culpa.”*

Entrevistada 3: *“Alguns pacientes se questionam, outros não. Alguns ficam surpresos, outros demonstram gratidão. Mas não é solidariedade o que praticamos, então a gratidão é irrelevante.”*

Entrevistada 4: *“O pagamento da sessão não é uma questão que comparece com frequência nas sessões, eles são avisados que é gratuito e se colocam a falar. Quando fazem um uso contínuo do serviço agradecem mais do que o normal, e, nesses casos, quando percebo que existe a possibilidade de que o falante compreenda, às vezes digo que o pagamento para mim já foi feito apenas pelo fato de eu ser da classe econômica que usou dos benefícios da existência da sua classe. No meu ponto de vista esse é o pagamento mesmo, uma devolução do trabalho, é de consciência de classe que se trata.”*

5. Há adesão dos pacientes à análise?

Entrevistada 1: *“A adesão seria definida pelo retorno? Se sim, muitos passantes retornam ao atendimento. Mas nem todos. Por outro lado, o atendimento de uma única sessão não poderia proporcionar algo significativo para o passante? O acaso do encontro intencional, descompromissado quando o paciente se surpreenderia com a oferta de um dispositivo de escuta, a surpresa de se deparar com uma conversa, de poder falar daquilo que aflige o passante naquele encontro, poderia justificar a importância deste trabalho para aquelas pessoas que não teria outra oportunidade de estar com um analista. (...) ‘a escuta do sofrimento no espaço urbano configura uma forma de fazer resistência. Isto é, partimos do pressuposto de que o sofrimento possui uma dimensão sociopolítica e, desse modo, a escuta pode engendrar transformações subjetivas, sem perder de vista a singularidade da experiência vivida por cada um.’”*
<https://www.culturanodiva.com/psicanalise-na-praca-roosevelt-lugar-de-desejo-e-resistencia/?fbclid=IwAR2qX-3RfRaTlRjTda7PXivF1vTjEmgaityUXUmrRj0QzMXkREzbyqf5f2U>

Entrevistada 2: *“Sim.”*

Entrevistada 3: *“Sim, de muitos casos.”*

Entrevistada 4: *“Sim! Muita adesão. Ainda não temos os números disso. Mas em breve teremos.”*

6. Qual tem sido a duração média dos atendimentos (semanas/meses)?

Entrevistada 1: *“Em torno de 40 minutos. Em 2 horas de trabalho temos atendido em torno de 3 pessoas.”*

Entrevistada 2: *“Não posso precisar, há retorno de passantes que configura trabalho terapêutico/analítico desde o início do coletivo há mais de um ano.”*

Entrevistada 3: *“Meu atendimento mais duradouro acontece há 5 meses.”*

Entrevistada 4: *“Não temos a média, mas sabemos que tem falante que foi a primeira vez no início do projeto, ou seja, há um ano, e continua indo. Alguns que vão meses a fio, suspendem por um tempo, e depois retornam. E muitos que vão uma única vez. Teremos esses números em breve.”*

7. Como é a relação com a rua? As características do local são assimiladas na fala dos pacientes e na escuta dos analistas? Se sim, como?

Entrevistada 1: *“Percebo que nós, os analistas, já criamos um vínculo com o espaço público que ocupamos, o mezanino da Rodoviária. Como se fosse o nosso consultório privado. Chegamos até a estranhar quando ao chegarmos para trabalhar encontramos o “nosso” espaço ocupado. Como exemplo cito os momentos das reformas das lojas localizadas em frente ao nosso espaço. Chegamos a nos incomodar quando as ferramentas e os materiais de construção ocupam o nosso lugar. Assim, há um setting externo criado por nós, mesmo num espaço que é público. Percebo que este nosso enquadre exige a construção de um setting interno, um pouco mais rigoroso para que a atenção flutuante se constitua e os estímulos sensoriais não nos invada e traga algum tipo de prejuízo na escuta. Lembro-me de uma situação que ocorreu num certo dia do atendimento. Uma pessoa fez uma tentativa de suicídio bem perto de nós e eu que estava em atendimento não vi o ocorrido, apesar de toda movimentação que ocorreu ‘ali na minha frente’.”*

Entrevistada 2: *“Sim, o movimento da rua perpassa as sessões, pessoas passando chamativamente ou adentrando o espaço do setting, alcoolizados, andarilhos em discursos psicotizados, pedintes, que em muitos casos acabam tendo um atendimento, orientação ou encaminhamento por um dos analistas ou do recepcionista. As sessões também podem ser atravessadas por passeatas ou eventos de rua inesperados e perturbações climáticas, muito vento ou chuva, e na maioria dos casos se faz possível contornar ou se adaptar à situação em uma produção em conjunto analista-passante. Assim, entendo que as interferências tanto da realidade quanto do “real” são incorporados à sessão de forma a se tornarem elementos de trabalho com fins analíticos.”*

Entrevistada 3: *“Há pontuações sobre barulho, interrupções eventuais. Mas na maior parte do tempo a cena vira parte do processo e não um empecilho a ele.”*

Entrevistada 4: *“A relação com a rua é intensa, vivemos suas cheias e secas de gente. O movimento é sazonal no nosso setting, porque escolhemos pontos de passagem, e Brasília é particular. A arquitetura causa efeito nas passagens... é muito incomum! Mas, posso dizer que nossa escuta foi adaptada aos sons da rua, às intromissões, também nosso corpo vestido virou a membrana de contato com o interno e externo. Não temos mais as paredes protetoras, acho que assim a transferência com os*

moradores de rua, por exemplo, se tornou mais possível já que estamos ali em carne e osso como eles."

8. Esse modo de atendimento exige algo diferente do analista? Se sim, o quê?

Entrevistada 1: *"Penso que um aspecto para pensarmos tem a ver com o "estilo do analista". De fato, nem todo psicanalista topa viver a psicanálise fora do próprio consultório, cujo enquadre está sob seu controle."*

Entrevistada 2: *"Interesse em desenvolver uma escuta que considere os mais diversos recortes que compõem o tecido social e sobretudo, que essa escuta esteja em consonância à subjetividade de seu tempo."*

Entrevistada 3: *"Exige que ele deseje que sua atuação não seja marcada pelo viés mercadológico, pois há ganhos em se sustentar esse desejo nesse espaço."*

Entrevistada 4: *"Sim, a disponibilidade para descer do pedestal. Não é nem um pouco luxuoso. Temos que quebrar a imagem narcísica da riqueza do consultório, mas também cuidar para não colocar no lugar o narcisismo do salvador. É psicanálise como outra qualquer, não espere reconhecimento, já dizia Freud."*

9. Vocês têm encontrado alguma dificuldade que não se apresenta na clínica convencional?

Entrevistada 1: *"Sim. Aquilo que é da ordem do real, do social, produz uma enorme inquietação e insatisfação por saber que as pessoas não têm o Estado para recorrer. A falta que se referem poderia ser resolvida caso o país investisse em políticas públicas. Nestes momentos a impotência do psicanalista é grande, pois sabemos que as pessoas carentes de recursos financeiros de tornam presas fáceis da violência social."*

Entrevistada 2: *"Dificuldade e às vezes facilidades, por exemplo, o setting externo pode nos deixar mais vulneráveis às interferências e acasos próprios da rua, ao passo que o contexto de coletividade nos protege. A escuta pode ser desviada pelos estímulos da rua, ao passo que esses mesmos estímulos provocam questões em análise que jamais apareceriam em situação de consultório."*

Entrevistada 3: *"Não."*

Entrevistada 4: *"Sim, a falta do divã! Ainda não encontramos uma solução para isso. Nem sabemos ainda se seria interessante."*

10. A prática de vocês na rua tem repercutido em produções teóricas?

Entrevistada 1: *“Sim. Colegas estão escrevendo artigos sobre esse tipo de trabalho. E nossas reuniões de estudo (teóricos e clínicos) apontam possibilidades de caminhos para pensar e produzir conhecimento sobre nosso trabalho.”*

Entrevistada 2: *“Sim, muitos de nós acadêmicos e não acadêmicos estão escrevendo teses, publicando artigos e promovendo palestras e rodas de discussão nos mais diversos espaços.”*

Entrevistada 3: *“Sim, de muitos colegas.”*

Entrevistada 4: *“Sim, eu mesma estou montando um projeto de doutorado para pensar o pagamento da análise e o discurso do mestre contemporâneo.”*

11. Vocês têm repensado as teorias a partir dessa prática? Se sim, como?

Entrevistada 1: *“Tanto Freud (um pensador da cultura) como Ferenczi e outros tantos psicanalistas reconhecidos pela produção de conhecimento na psicanálise são pensadores de referência. Tem também psicanalistas ligados às universidades que nos ajudam a pensar. Miriam Debieux Rosa, Christian Dunker, ambos da USP, Maria Rita Kehl, com larga experiência de atendimento psicanalítico no MST, também são ótimas referências.”*

Entrevistada 2: *“Bastante, a partir do grupo de estudos fazemos contato com uma bibliografia que nos ajuda a pensar a psicanálise através de outras visadas, tanto contemporâneas, mas também a partir de textos de formação.”*

Entrevistada 3: *“Sim, questão da transferência por exemplo, rende muitas discussões. Pensamos na teoria pelo viés do contemporâneo, de um psicanalista não isolado do seu tempo e com compromisso político.”*

Entrevistada 4: *“Estamos pensando um alargamento experiência de análise para fora dos consultórios, isso é óbvio. Mas a partir disso, uma contribuição psicanalítica possível para a política. Quem sabe até mesmo uma atuação para além dos partidos ou governo, mas uma atuação política propriamente psicanalítica. Isso é o que me move, posso dizer por mim.”*

12. Há diversidade teórica no grupo de vocês ou são todos da mesma linha? Nos encontros do coletivo, o que vocês discutem? Há discussão dos casos clínicos?

Entrevistada 1: *“Sim. O grupo é diverso. Temos formações diferenciadas o que estimula a curiosidade do grupo em querer saber mais daqueles psicanalistas que não conhecemos a produção teórica e o percurso clínico. Os encontros são divididos em: 1) assembleia (decisões no âmbito da gestão do nosso processo de trabalho, clínico e teórico) que se realiza toda primeira quarta-feira do mês; 2) encontros clínicos (intervisão para discussão dos casos clínicos e estudos de textos clínicos) que*

quinzenalmente, às quartas-feiras; 3) grupos de estudos teóricos abertos a todos interessados ao trabalho que desenvolvemos que ocorrem uma vez por mês, sempre na terceira quarta-feira do mês.”

Entrevistada 2: *“Há psicanalistas de várias formações, além de antropólogos e educadores que buscam essa formação. Temos vários espaços cada qual destinado a uma atividade do grupo: intervenção, grupo de estudos e assembleia; os casos são discutidos em intervenção.”*

Entrevistada 3: *“Há diversidade. Discutimos textos de diferentes autores e vertentes da psicanálise. E há discussão clínica.”*

Entrevistada 4: *“Sim, há psicanalistas de várias linhas. Discutimos questões do coletivo, teoria psicanalítica em um grupo de estudos, e casos clínicos em supervisões individuais e duas intervenções mensais. Fazemos de tudo!”*

13. Vocês escutam críticas ao trabalho de vocês na clínica de rua ou vocês sentem que esse trabalho responde a alguma crítica ao campo da psicanálise?

Entrevistada 1: *“Escuto críticas de alguns colegas que questionam: mas isso é psicanálise? Como se o que fazemos não fosse psicanálise. Costumo responder que são psicanalistas que realizam uma escuta psicanalítica, baseada nas técnicas na livre circulação da palavra dos passantes e na atenção flutuante dos analistas. Além de pensarmos no sujeito que nos procura, o passante, como o mesmo sujeito que busca o tratamento: um ser de inconsciência, desejos, fantasias e conflitos. Mesmo o setting (espaço físico)! estar sujeito aos barulhos do trânsito e a estímulos visuais produzidos pela passagem de outras pessoas, o lugar de atendimento é constante. Sempre no mesmo lugar, no mesmo dia da semana, na mesma hora, posicionamos nossas 2 cadeiras. Uma ao lado da outra. E aguardamos a chegada daqueles que querem conversar conosco.”*

Entrevistada 2: *“Outros integrantes mais conectados à rede pública irão responder melhor. Não tem aparecido nas discussões conflitos ou retaliações de outros profissionais que trabalham como clínicos de rua há mais tempo, em geral, acredito que há um apoio e desejo de fortalecimento mútuo da rede psi nos tempos de hoje, onde há tanto a se enfrentar.”*

Entrevistada 3: *“Eu nunca escutei críticas diretamente, mas sei que há ressalvas e desconfianças quanto ao vínculo transferencial, quanto ao efeito da sessão única e ausência de pagamento. Nosso trabalho é uma posição política, logo uma crítica e uma psicanálise que se desliga do coletivo.”*

Entrevistada 4: *“Confesso que não chegou até mim críticas ao trabalho do coletivo. Mas sou suspeita, não circulo muito com analistas que tem uma visão diferente. Sei que outros do coletivo já passaram por isso.”*

ANEXO B – ENTREVISTA CLÍNICA DO CUIDADO

1. Como vocês abordavam as pessoas que haviam sido indicadas para o atendimento, uma vez que essa modalidade clínica se baseia em uma inversão de demanda? Como era o primeiro contato?

Maíra Brum Rieck: *“Essa inversão de demanda era uma questão para nós – o grupo que iria atender na região –, antes de começarmos os atendimentos. Quando chegamos na região, essa questão se dissipou. Todos os atendidos (sem exceção) entenderam o que estávamos fazendo ali, não precisávamos explicar o nosso trabalho ou o porquê de estarmos ali. A minha hipótese, baseada em muitos anos de trabalho com pessoas que viveram ou vivem violência de estado (moradores de rua, prostitutas, presidiários, afetados da ditadura civil-militar e os refugiados de Belo Monte), é que, quando se trata de uma violência de estado, a demanda sempre se inverte. O que quero dizer com isso é que essas pessoas precisam ter o **reconhecimento** de que sofreram uma violência. Sem esse primeiro reconhecimento, não há trabalho possível. Se e quando o estado não faz um trabalho de reconhecimento, esse reconhecimento deve vir da sociedade civil.*

Quando se trata de violência de estado, a necessidade desse reconhecimento é muito forte, porque mesmo as pessoas sabendo racionalmente que foram submetidas a uma violência pelo estado, o estado tem tal autoridade de dizer qual é a lei, o que pode e o que não pode, que o sujeito que sofre nas mãos desse estado fica como que sem palavras, como se a violência sofrida já fosse uma mentira desde o começo. É como se o estado estivesse acima da violência. Como se houvesse uma ideia pré-determinada de que o estado é ‘bom’, é cuidador, protege o cidadão. Mesmo sendo o estado brasileiro, que é sabidamente um estado corrupto desde a invasão portuguesa, acreditamos em um nível inconsciente nesse suposto cuidado e proteção. É claro que em algum momento esse cuidado se mostra uma falácia e o sujeito descobre o que sempre soube: que está por conta própria.

Quando vem um grupo – organizado e financiado por civis e não pelo estado – dizendo que houve ali, na região de Belo Monte, algo que não poderia ter ocorrido, algo que é criminoso e que destruiu a vida das pessoas, inclusive matou pessoas de um modo indireto (AVCs, ataques fulminantes de coração, surgimento de cânceres em pessoas saudáveis...), esse é o primeiro passo de um reconhecimento da violência de estado e o primeiro passo de um tratamento com vítimas de violência de estado. Os cidadãos reconhecem a violência, mesmo que o estado não reconheça.

*Se quisermos ser mais teóricos, poderíamos dizer que é o primeiro passo para acabar com o **desmentido** gerado pelo estado: o de que não houve violência na instalação da hidrelétrica.*

Vou falar de uma forma muito breve e simplificada sobre esse conceito do desmentido. Ele surgiu com o psicanalista húngaro Sandor Ferenczi. Ele o criou a partir das seguintes situações. Crianças que haviam sofrido violência sexual de adultos chegavam para outros adultos de sua confiança e contavam a violência sofrida. O tal adulto de confiança da criança, por um motivo ou outro, dizia para a criança que ela

estava inventando aquilo, que ela não tinha sido abusada. Mas a criança tinha sido, sim, abusada de fato (marco aqui a factualidade do abuso). O que acontecia era que, por se tratar de uma criança, ou seja, um sujeito em formação, ela passava a duvidar da realidade vivida. Passava ela própria a acreditar que não tinha vivido o abuso. Mas, repito, ela tinha sido de fato abusada. Como a confiança neste adulto era em certo sentido inabalável, ela passava a duvidar da realidade em si. Passava a duvidar do estatuto da realidade e de si mesma. Ou seja, ela passava a desacreditar no abuso sofrido por ela própria.

O mesmo fenômeno ocorre com vítimas de violência de estado. Elas são desmentidas a todo momento. Isso é muito visível no caso de assassinatos constantes, cotidianos, nas favelas e periferias brasileiras. O estado diz que eram traficantes, ladrões e está supostamente justificado o assassinato de qualquer cidadão da periferia brasileira pelas mãos de agentes do estado.”

2. Li que o contato de vocês não se limitou às pessoas que iriam atender, que também houve trocas com pessoas que passavam e outros moradores. Como foi isso?

Maíra Brum Rieck: *“Acho que aqui poderia dar duas respostas. A primeira é que tinha muito mais gente em sofrimento do que poderíamos dar conta e que as pessoas iam entendendo o valor dos atendimentos e querendo ajudar outras pessoas que conheciam e que estavam em profundo sofrimento psíquico. Dessa forma, iam indicando novas pessoas para atendimento. Esse é o plano mais óbvio.*

O plano menos óbvio é que nessa região o que é do plano público e privado é muito diferente do que a equipe conhecia. E digo isso desde uma equipe que era composta por pessoas de muitos estados brasileiros.

Na região do Pará, ao menos na parte que conhecemos, o público e o privado têm fronteiras menos delimitadas. Eram poucos os que queriam ser atendidos sozinhos, individualmente, ou que precisavam de um espaço só para si. Para a maioria isso não fazia sentido. O senso de comunidade era tal que eles queriam ter o seu sofrimento escutado por outros, na mesma lógica do reconhecimento que escrevi anteriormente. Esse senso de comunidade afetou a equipe imensamente. Nós, que estávamos acostumados a fazer supervisões individuais, atender um paciente de cada vez e sozinhos, nos vimos numa situação completamente diferente. E isso não foi uma forçagem, foi um efeito transferencial.

Para exemplificar esse efeito transferencial: a equipe tinha um lugar de trabalho no hotel onde estávamos hospedados, nosso 'escritório. Nós ficávamos circulando por esse local entre os atendimentos (que eram na maior parte das vezes domiciliares). Enquanto esperávamos os motoristas para nos levar à casa das pessoas, ficávamos discutindo os casos ou fazendo as supervisões que acabavam (invariavelmente) sendo assistidas pelos colegas. Mas não somente assistidas, tínhamos a liberdade de falar e nos 'intrometermos' nessas supervisões. E isso não era sentido pela equipe como uma invasão.

O interessante disso é que se isso ocorresse nas cidades de origem de cada um, seria, sim, sentido como uma intromissão, mas lá em Altamira, estando naquela experiência, isso fazia todo o sentido e não poderia ter acontecido de outro jeito. O senso de

comunidade local foi transmitido para a equipe e modificou a nossa forma de trabalhar.

Cada local, cada trabalho, nos ensina uma nova forma de fazer clínica. Se mantivermos os moldes 'oficiais' da clínica, sem levar em consideração o contexto, perdemos a clínica. A sorte era que tínhamos uma equipe muito boa e que entendia muito bem isso."

3. Quais são os principais desafios e dificuldades da clínica do cuidado?

Maíra Brum Rieck: *"A falta de tempo foi o nosso pior inimigo. O projeto contemplava somente duas semanas de trabalho e a complexidade dos casos era imensa. Sabíamos disso desde o início e tivemos que trabalhar internamente, no grupo, com a ideia de que 'só poderíamos fazer o que poderíamos fazer'. Nada além disso. Seja lá o que isso significasse.*

Na prática, o que ocorreu, foi que as pessoas, sabendo dessa limitação, 'não perderam tempo' e aproveitaram o tempo que tinham conosco. Cada atendimento foi pensado de um jeito. Alguns pacientes foram atendidos todos os dias, outros duas vezes por semana... não tinha uma regra, a regra era o que pensávamos ser o melhor para cada pessoa. Às vezes, o analista pensava que o paciente precisava de mais tempo entre uma sessão e outra para elaborar o que foi falado, às vezes se pensava que tinha que ser um intensivo... isso era determinado, na maioria das vezes, pela transferência. Mas em outras vezes não. Em algumas circunstâncias, a logística determinou o número de atendimentos. Se a pessoa morava muito longe da nossa 'sede' (numa ilha, numa ocupação, em outra cidade próxima), o que determinava era a possibilidade dos motoristas, os atendimentos de outras pessoas que precisavam dos motoristas etc.

*O interessante disso foi perceber que o tempo não foi um impeditivo para os atendimentos. O importante foi que as pessoas reconheceram que o **tipo** de escuta que estávamos oportunizando era diferente da que estavam acostumados."*

4. Você considera que essa experiência com a clínica do cuidado no Xingu tenha mudado suas outras formas de atuação como psicóloga e psicanalista? Se sim, como?

Maíra Brum Rieck: *"Sim, certamente. Acredito que toda experiência que tive com violência de estado – e a da Clínica de Cuidado especialmente – mudaram a minha clínica.*

Atender pessoas que foram vítimas de violência de estado tem algumas especificidades. A primeira é que precisamos estar posicionados frente ao paciente. Acho isso fundamental. A posição é a de que não compactuamos com a violência sofrida, de que o estado não poderia ter feito isso, de que o que ocorreu é crime, mesmo que quem diga o que é a lei seja o estado. Isso é fundamental. O paciente tem que saber 'de que lado estamos': de que o estado ou qualquer um não está acima da lei. Mais que isso, que às vezes a lei é injusta e deve ser revista. A hidrelétrica de Belo Monte não era ilegal, apesar de ter muitas irregularidades e ter atuado de forma ilegal inúmeras vezes. Mas ela, em si, não é ilegal. Mesmo assim, o nosso posicionamento ético era que, mesmo sendo legalizada, ela era uma monstruosidade (ecológica e humana).

Esse posicionamento é demandado, exigido, pelos pacientes (às vezes mais, às vezes menos). O mesmo ocorre quando recebemos vítimas de violência (não de estado) na clínica. Se recebemos alguém que é vítima de violência sexual, a nossa posição de que isso não poderia ter ocorrido deve ser evidente para o paciente. É a mesma coisa quando recebemos alguém que foi vítima de tortura policial. Não importa o que a pessoa fez, um agente do estado não pode torturar. Ele pode prender, abrir um processo, mas não torturar. A nossa posição tem que ser clara para o paciente.

*Para dar um exemplo. Uma paciente do meu consultório particular vive uma situação onde o abuso sexual é praticamente permitido na família. Ele é naturalizado, todas as mulheres já foram abusadas e os abusadores, quando confrontados, começam a desmentir essas mulheres de forma que elas são banidas da família. A minha paciente, depois de anos de tratamento, resolveu denunciar o seu abusador com a sustentação da análise dela – onde eu dizia **com todas as letras** que ela não era louca, que o contexto dela era louco. Esse dizer permitiu que ela saísse desse sistema perverso e sustentasse o lugar dela na família (simbolicamente) mesmo depois da denúncia. Eu acredito que se eu não tivesse trabalhado nesses projetos, eu teria demorado muito para fazer uma ‘intervenção posicionada’, que, no caso, foi dizer que ela não era louca.*

A psicologia e a psicanálise carregam vícios de uma suposta neutralidade que vem de um ideal científico que é inviável nos casos de violência.”

5. Em uma fala de Christian Dunker e Eliane Brum, é falado sobre um documento final de relato e testemunho de experiência dos psicólogos no Xingu, esse documento está pronto?

Maíra Brum Rieck: *“Ainda não está pronto. Mas o que temos finalizado nesse momento é o documentário ‘Eu + 1: uma jornada de saúde mental da Amazônia’, dirigido por Eliane Brum. Ele está integralmente disponível no youtube: https://www.youtube.com/watch?v=IG_DdW4znCE&t=3860s”*

6. Quais foram os efeitos dessa intervenção que vocês fizeram?

Maíra Brum Rieck: *“Difícil avaliar isso. Teria que dar aquela resposta clássica de que houve um efeito para cada paciente, que é verdadeira, mas diz muito pouco. O que eu acredito é que, como já disse antes, a nossa presença já era um reconhecimento necessário da violência de estado realizada. Que a violência não foi somente no âmbito material, mas de saúde mental. E nesse aspecto foi interessante a **tentativa** de trabalho que realizamos com os profissionais da saúde da região. Foram poucos os profissionais que nos receberam ou que tiveram interesse em saber o que estávamos fazendo.*

No geral, a concepção de trabalho, de saúde, de intervenção era muito distante eticamente das nossas. O trabalho do CAPS da região, por exemplo, se limitava a dar palestras e medicação para os pacientes. Até onde foi o nosso conhecimento, não ficamos sabendo de atendimentos clínicos de forma alguma, de teoria alguma. Isso quem marcou foram os próprios pacientes que incansavelmente nos disseram que a nossa forma de escutar era muito distinta.

A sensação era que estávamos chegando com a psicanálise pela primeira vez em um lugar que não tem cultura de psicanálise. Não sei se existem psicanalistas na região. Não conheci nenhum. Mas não é essa a questão. A questão é que a cultura da psicanálise não existe ali. Foi muito bonito ver o assombro das pessoas frente a esse tipo de escuta e intervenção. Isso nunca tinha ocorrido nas nossas cidades e estados de origem, porque o discurso da psicanálise já faz parte da nossa cultura.”

7. Li que você fez parte de um projeto de clínica de testemunho com relação a pessoas afetadas pela ditadura militar. Você percebe aproximação entre essa clínica e a clínica do cuidado? Se sim, como?

Maíra Brum Rieck: *“Sim, são formas muito próximas de trabalhar. Também tem como ponto de partida o reconhecimento da violência sofrida, da necessidade de se posicionar politicamente. Parte da necessidade de falar explicitamente do desmentido que essas pessoas sofreram e sofrem (ainda) nas mãos do estado – que ainda diz que ou não houve ditadura, ou que todos que se opuseram à ditadura são terroristas, ou que não houve tortura, assassinatos e desaparecimentos de pessoas por parte de agentes de estado.*

Apesar da transferência ser muito diferente nesses dois contextos, foi muito visível a importância de se fazer trabalhos em grupos e não somente individuais. No projeto Clínicas do Testemunho, eu coordenei um Grupo de Testemunho por dois anos. Esse grupo era composto por afetados diretos e indiretos da ditadura (filhos, cônjuges, irmãos de presos políticos, torturados, exilados). O que aprendi nesse grupo foi que essas histórias não são propriamente individuais, são a história velada do nosso país. Uma história vai tecendo a outra. Era impressionante ver como uma história ia se encaixando na de outra pessoa, ou como as questões eram muito parecidas e elas iam se desvelando como que em espelhos. Isso não acontecia na Clínica de Cuidado, cada experiência, apesar de serem muito parecidas e próximas, eram significadas e ressignificadas de forma muito diferente e particular.

*(Sobre o trabalho da Clínica de Testemunho escrevi aqui: <http://www.appoa.com.br/livros/por-que-uma-clinica-do-testemunho/1437> texto intitulado **Memórias sem lembranças: notas sobre um Grupo de Testemunho em tempos sombrios** — pag. 237).”*