



PSICANÁLISE

Luciana Guarreschi

Psicanálise nas margens do Xingu

*Histórias clínicas dos refugiados
de Belo Monte*

Blucher

Série
Dor e Existência

Psicanálise nas margens do Xingu

*Histórias clínicas dos
refugiados de Belo Monte*

Luciana Guarreschi

Psicanálise nas margens do Xingu: histórias clínicas dos refugiados de Belo Monte

© 2025 Luciana Guarreschi

Editora Edgard Blücher Ltda.

Série Dor e Existência, organizada por Cibele Barbará,

Miriam Ximenes Pinho-Fuse e Sheila Skitnevsky Finger

Publisher Edgard Blücher

Editor Eduardo Blücher

Coordenador editorial Rafael Fulanetti

Coordenadora de produção Ana Cristina Garcia

Produção editorial Ariana Corrêa e Andressa Lira

Preparação de texto Juliana Leuenroth

Diagramação Thaís Pereira

Revisão de texto Maurício Katayama

Capa Laércio Flenic

Imagem da capa Luciana Guarreschi



Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar

04531-934 – São Paulo – SP – Brasil

Tel.: 55 11 3078-5366

[contato@blucher.com.br](mailto: contato@blucher.com.br)

www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme

6. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua*

Portuguesa, Academia Brasileira de Letras,
julho de 2021.

É proibida a reprodução total ou parcial por
quaisquer meios sem autorização escrita da
editora.

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard
Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Heytor Diniz Teixeira, CRB-8/10570

Guarreschi, Luciana

*Psicanálise nas margens do Xingu : histórias clínicas
dos refugiados de Belo Monte / Luciana Guarreschi. – São
Paulo : Blucher, 2025.*

264 p. – (Série Dor e Existência / organizada por
Cibele Barbará, Miriam Ximenes Pinho-Fuse e Sheila
Skitnevsky Finger).

Bibliografia

ISBN 978-85-212-2704-5 (impresso)

ISBN 978-85-212-2701-4 (eletrônico - Epub)

ISBN 978-85-212-2702-1 (eletrônico - PDF)

I. Psicanálise. 2. Clínica psicanalítica. I. Título. II.
Barbará, Cibele. III. Pinho-Fuse, Miriam Ximenes. IV.
Finger, Sheila Skitnevsky. V. Série.

CDU 159.964.2

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicanálise

CDU 159.964.2

Conteúdo

Prefácio <i>Christian Dunker</i>	15
Apresentação	27
1. O contexto	45
2. Escrita do Caso Clínico	101
3. Texto dos casos	123
4. Combinação do universal e do único: o paradigma como método criado do hiato	185
5. Movimentos clínicos, atos políticos	209
Meios para um fim	227

Posfácio <i>Ilana Katz</i>	237
Referências	245
Outros títulos da Série Dor e Existência	257

Prefácio

Este livro é parte do testemunho e transmissão de uma experiência de intervenção junto à população refugiada pela construção da barragem da hidroelétrica de Belo Monte, nas cercanias da cidade de Altamira, no estado do Pará. Fazendo parte da expedição que escutou, localmente, o sofrimento de mais de setenta pessoas, em um universo de quase 30 mil deslocados, como se poderia imaginar qualquer tipo de efetividade, tendo em vista a dimensão da catástrofe, econômica, social e ambiental que tínhamos diante de nós? Por isso este livro é também a síntese de um modelo de intervenção, baseado na psicanálise, ao qual chamamos de Clínica do Cuidado e também um desafio pioneiro no enfrentamento desta modalidade clínica de situações de alto impacto na produção de vulnerabilidade psíquica.

O desafio que Luciana Guarreschi enfrentou não era pequeno. Trabalhou junto à formação dos grupos de escuta, integrados por psicoterapeutas provenientes de diversos estados do Brasil e que se desenvolveram durante meses, ainda em São Paulo. Participou do trabalho com as lideranças da região, como dona Antônia, do movimento Xingu Vivo, e Marcelo Salazar, do Instituto Socioambiental,

para atividades preparatórias no Instituto de Psicologia da USP. Ela integrou a missão que escutou as famílias, crianças e sujeitos nos baixões, nas ilhas distantes e nos assentamentos urbanos de Altamira. Depois disso Luciana trabalhou decisivamente na elaboração do material narrativo que colhemos e que ora se encontra em fase final, visando a publicação e devolução da história assim reescrita para a própria população que escutamos.

Portanto, o trabalho que o leitor tem em mãos aqui, originalmente sua dissertação de mestrado defendida junto ao Departamento de Psicologia Clínica da USP, não poderia ser mais atual e propositivo. Em meio às discussões em torno da abertura e democratização da psicanálise, Luciana traz um retrato exemplar de como é possível um trabalho de escuta, integrado à atenção básica, colaborativo e inclusivo com os equipamentos e recursos de saúde locais, representados, por exemplo, pelos dois Capes visitados e envolvidos na operação, bem como a colaboração com a Universidade Federal do Pará, que hoje pode contar, de forma permanente, com a psiquiatra que integrava nossa equipe. Intervir sem colonizar. Escutar preocupando-se com os efeitos longitudinais, no tempo longo, da própria intervenção.

Para que essa prática não se incluísse na série das promessas decepcionadas e que não constituísse mais um exercício de parasitagem universitária da experiência de sofrimento alheia, produziu-se uma rede de apoio e sustentação posterior, envolvendo escuta online. Contudo, mais importante que isso é a consideração de que o esquecimento traumático, um dos fatores de indução da repetição do trauma, pode ser enfrentado por estratégias de reconhecimento e capilarização historicamente estruturados, como é o caso da dissertação e agora do livro de Luciana Guarreschi.

No fundo, era esse o propósito da intervenção. Em vez de nos fixarmos apenas no tratamento possível do luto suspenso, negado

ou interrompido, na mitigação dos efeitos traumáticos ocasionados pela violação do modo de vida ribeirinho, nas angústias de estranhamento, induzidas por novos vizinhos e novos barulhos, em vez de nos focarmos nos desequilíbrios familiares e comunitários, que rompiam redes de sustentação subjetiva, cuja colaboração histórica e continuada tem potente função na elaboração e reconstrução de suas formas de vida, partimos da maneira como a experiência do desterro, refúgio ou deslocamento forçado era nomeada como mal-estar, narrada como sofrimento ou metaforizada como sintoma.

Lembro-me de aportarmos em uma península, ainda fumegante com as queimadas, para escutarmos uma família; vivendo sob uma lona de plástico e água não potável, sobrevivendo da caça ocasional e da intermitente ajuda municipal, eles resistiam a deixar o lugar. Ali aprendemos que o que poderia ser considerado por nós um evento inédito e sem precedentes era encarado como parte de uma longa série que, à sua maneira, os unia na persistência na necessidade de mútuo apoio. Nos anos 1930 os mais longínquos ancestrais, atraídos pela propaganda do Estado Novo, migraram do Nordeste para a Amazônia, culminando na batalha da borracha. Depois disso vieram os garimpeiros. Nos anos 1970, a construção da rodovia transamazônica, segundo a hipótese militar da ocupação e desenvolvimento estratégico do “espaço vazio”, supostamente inhabitado da Amazônia, trouxe como efeito colateral a expansão do fenômeno da grilagem de terras e do massacre de populações indígenas. Depois disso, já nos anos 1990, a migração de garimpeiros, a caça predatória e a extração da castanha cria uma nova volta da devastação em nome do progresso. Portanto, quando o governo Dilma Rousseff investe na promessa de desenvolvimento da região, há uma longa história de promessas. Junto com ela vem também uma história de decepções.

Contudo, e mais importante do que isso, esta série de promessas e decepções legaram um rico acervo de estratégias de recomposição

e reconstrução de formas de vida afetadas por tais intrusões. Foi também este último elemento a ser ineditamente ofendido desta vez. A construção de novos bairros residenciais, com boa infraestrutura, luz, água e esgoto, recursos de educação e saúde, deveria representar um avanço para a qualidade de vida dessas pessoas. Isso fazia parte do “pacote” de benefícios calculados como resarcimento vantajoso pela perda da ilha, perda da comunidade, perda do rio e devastação ambiental. O elemento esquecido nessa troca nos remetia exatamente ao fato de que, na série de desastres anteriores, existia uma comunidade que coabitava o mesmo território, muitas vezes formada pela parentela, por aliados e agregados, conforme o modo dravidiano¹ de vida já descrito para o parentesco na região amazônica. Ou seja, ao separar geograficamente elementos dessas comunidades, alocando, por exemplo, uma parte depois da Transamazônica, outra

1 “Viveiros de Castro (1996) diz que o regime de aliança da maioria das sociedades indígenas da Amazônia é um regime multibilateral, isto é, não redutível a duas macroclasses ou dois parceiros de troca (metades), podendo emergir em sistemas de $2n$ classes matrimoniais. A troca multibilateral possui um ‘grau de liberdade’ a mais que o sistema bilateral, pois ‘ignora ou aplica de modo limitado o cálculo definidor da troca restrita exclusiva ou global, a saber: aliado de aliado é consanguíneo, o casamento com afins de afins é interdito’. Para Viveiros de Castro (1996:16), é este último cálculo que de fato permite ‘o reagrupamento das $2n$ classes de um sistema de troca restrita exclusiva em 2 superclasses’, para a fórmula global, e a irreduzibilidade a 2 superclasses para fórmulas locais. A fórmula local, por sua vez, floresce em ambientes amazônicos, sugere Viveiros de Castro (1996), onde casar *como* um parente não significa casar *com* um parente – isto, é, o redobramento de alianças não é igual a um fechamento consanguíneo (*bouclage*). Isso é o mesmo que dizer que o casamento com um cognato cruzado, na Amazônia, é a redução elementar de uma estrutura de repetição de alianças que não possui inscrição genealógica a priori (Viveiros de Castro, 1996), mas que necessita do tempo, isto é, da história de relações, para ser efetivada. Sendo assim, a ‘especificidade genealógica do cônjuge como “cruzado” é um caso-limite de sua determinação categorial como afim’ (Viveiros de Castro, 1996: 35).” Soares-Pinto, N. (2016). Terminologia de parentesco e casamento djeoromitxi: um caso ngawbe na Amazônia? *Anuário Antropológico*, 41(1), 123-151.

na cidade e uma terceira em uma nova área ribeirinha, impunham-se distâncias que não podiam ser transpostas hidrograficamente e sem linhas de transporte urbano, de tal forma que, se antes um desalojamento era enfrentado em um fim de semana, no qual a parentela se reunia em regime de mutirão e reconstruía uma casa ou uma instalação comunitária, agora restavam apenas pessoas isoladas em seus novos terrenos, cujos recursos suplementares eram muitas vezes empregados para a construção de... muros. Grande parte dos sintomas de adicção, insônia, problemas alimentares e de ansiedade pervasiva prendiam-se à situação extremamente temerária que resulta de “não conhecer seus vizinhos”.

Uma situação desse tipo reproduzia o sofrimento em estrutura de condomínio que havíamos descrito para as grandes metrópoles brasileiras, a partir dos anos 1973. Sofrimento que também parece no sistema carcerário, no modo de vida em estrutura de centros de consumo massivo e genericamente em certas comunidades faveladas, sob as quais a linha simbólica do asfalto impõe segregação, contenção e superidentificação. Em todas essas situações, observam-se transformações estruturais nas gramáticas de reconhecimento, marcadas pela redução da extensão narrativa do sofrimento, sensorialização do mal-estar e metaforização da autoridade em estrutura de gestão ou do regramento impessoal e síndico do poder.

Ou seja, a aplicação da regra fundamental da psicanálise, a saber, que o paciente enuncia seu sofrimento coligando a história do sintoma com a história de sua vida, não deixou de considerar os diagnósticos locais, mas levantou o problema do tratamento possível desta repetição transgeracional. Sabemos que a repetição silenciosa de algo não simbolizado caracteriza o retorno do real, como uma das faces do trauma e do processo de retraumatização para o qual ele torna relativamente indefeso o sujeito.

O que nos fez levantar a hipótese clínica de que os efeitos psíquicos referidos à experiência dos atingidos por Belo Monte (a perda da casa e da destruição da rede de hábitos) configuraram para muitos o que chamamos de trauma psíquico, com sua habitual suspensão temporal – tempo de indeterminação –, uma fratura que, pela intensidade do vivido e pela impossibilidade de elaborá-la, “não passa”.²

Muitas vezes a anamnese de nossos sujeitos nos remetia a um ou dois significantes, tantas vezes desconexos entre si: “perder a casa”, “perdidos”, “violência”, “cansaço”. Seus sintomas se aglutinavam em torno das metáforas da imobilidade: “na cidade o dia não passa”, “tenho vontade de abandonar tudo”, “como não tem lugar de destino, fico onde estou”, “às vezes quero voltar pra trás, isso não dá, mas eu também não consigo ir pra frente, estou parado”, “eu nunca fiquei parado, mas agora...” ou, ainda, “o rio parou”. Curiosa forma de resistência ao progresso, desenvolvimento e avanço marcados pela mobilidade, pela inflação demográfica da cidade e pela movimentação de pessoas em torno da grande obra, também chamada o “belo monstro”. Sofrimento improdutivo de indeterminação, que se manifestava pelo contraste entre grandes esperanças violadas.

A fertilidade de um modelo como o da Clínica do Cuidado não emana apenas dos eventuais benefícios para populações minorizadas, vulnerabilizadas ou sob ataque ao seu modo de vida, incluindo violações sistemáticas de direitos humanos, mas também do que ela traz para a formação, para a reflexão clínica e para os conceitos da própria psicanálise. Aqui encontramos um segundo tipo de descolonização promovido pelo texto de Guarreschi. Neste caso ela mobiliza a teoria lacaniana do passe e os recentes esforços para formalização da construção do caso clínico. O passe, como se sabe, é um dispositivo proposto por Lacan para facultar aos psicanalistas que concluem suas análises que a relatem a dois passadores, que, por

2 Cf. Capítulo 3, “Texto dos casos”, p. 123.

sua vez, a transmitirão para um cartel ao qual cabe nomear, ou não, tal passante como Analista de Escola. A tese genérica aqui é que o mal-estar que habita qualquer grupo humano, assim como também as escolas de psicanálise, possa ser tratado pelo compartilhamento da experiência da análise bem como pela função crítica que constitui “qualquer um” como instância de autoridade da comunidade psicanalítica. Bem ou malsucedido, esse mecanismo pode ser empregado para generalizar a experiência em princípio íntima, privada e sigilosa de qualquer psicanálise. Tal generalização não tem a finalidade de criar subjetividades triunfais que teriam derrotado o inconsciente e dominado seus sintomas, mas efetuar uma espécie de devolução da mensagem produzida por uma análise, para a sua cena de constituição primária, ou seja, a vida social com suas contradições, opressões e silenciamentos. Como uma carta cifrada ou um mito individual, os sintomas, inibições e angústias são respostas ao que não pode ser dito em um determinado universo espaço-temporal de discurso. Nem tudo no mal-estar está referido ao que não pode ser expresso; o *Unterdrückung* (silenciado) não é o mesmo que o *Verdrängung* (recalcado), ainda que o recalcado, especialmente quando se coliga ao traumático, sempre se reapresente com sua sombra de silenciamento. Mas o que precisa ser devolvido ao seu destinatário não são as particularidades idiossincráticas de cada um em sua diferença radical, pois este é e deve permanecer como efeito do que resta da operação. O que precisa ser devolvido como reparação histórica e profilaxia política é justamente a forma social do sofrimento, ou seja, a forma comum pela qual nos reconhecemos em cada uma das narrativas clínicas.

Isso implica um longo e ainda incerto trabalho de deformação, pelo qual o que é identificável é extraído, resultando em experiências que são literalizadas, no duplo sentido de reescritas a partir da supervisão e da construção clínica do caso, mas também deformadas sob a perspectiva literária. Nisso o livro de Luciana constitui um

modelo experimental bem-sucedido de passagem da escuta para a escrita. Neste ponto caberá ao leitor apreciar os casos aqui retranscritos e transcriados, ao modo das traduções dos irmãos Haroldo e Augusto de Campos. Estágio necessário deste estudo intervenção, cujo homólogo no dispositivo do passe não nos remete ao “que aconteceu em toda sua extensão”, mas à capacidade de organizar sem categorias, narrativizar sem persuadir, sintetizar sem resumir. Assim como seria impraticável e relativamente inútil reproduzir, em algumas horas, o trabalho de décadas de análise, seria tolo e pouco auspicioso enumerar exaustivamente sem o recurso das estruturas de ficção, as devastações sofridas por toda uma comunidade. Pois, se a verdade se diz em estrutura de ficção, o Real não cessa de não se escrever.

Neste último momento é preciso, portanto, deflacionar conceitos, subverter suposições tácitas e jogos internos de linguagem da psicanálise. Transferir a palavra para os que se dedicam a escrever, passar da escuta ao escrito, esta é a tarefa maior que o texto de Luciana enfrenta e para a qual ele nos arrasta com sua vívida capacidade de evocar solidariedade. Aqueles que leem e escrevem romances que captam a verdade do sofrimento de uma época, dotando-os de uma unidade, que nos escapa assim como a intransparência do cotidiano, do contemporâneo e do horizonte de subjetividade de nossa e de cada época.

Aqui esperemos o relato do relato do relato, da jornalista Eliane Brum, que soube escutar o sofrimento de um povo e articulá-lo como demanda. Três tempos, portanto. Experiência, construção do caso clínico e inscrição pública do caso. Três tempos da memória e do testemunho. Volta que joga com a passagem do caso pelos seus diferentes determinantes tornando-o estrangeiro, ou pelo menos tão estrangeiro quanto a perspectiva que se quer incluir: o estranhamento da população de ribeiros diante do insólito, o estrangeiro

representado pelo pequeno grupo de escutadores e o estrangeiro que se quer transmitir e partilhar, como estrangeiridade comum, ou seja, princípio genérico e prático de descolonização.

A partir desta indeterminação interna e produtiva, do conceito e da experiência de estranhamento, pudemos acompanhar o processo pelo qual a demanda difusa, criada pelos processos jurídicos de compensação, gerida para criar divergência e dispersão dos ribeirinhos, pode ser dialetizada pela mediação que concorreu para a criação da sua associação representativa. Acompanhando a questão, a princípio estrangeira, que demanda traços de pertinência e regras de reconhecimento da comunidade ribeirinha, incidiu uma escuta de votorização política, cujo efeito foi a substituição da ambição essencialista de definir quem somos pela soberania organizada em torno do que queremos. Como se a indeterminação identitária, marcada pela metáfora da imobilidade, lançasse luz sobre a determinação simbólica do desejo.

Cada sujeito era escutado de três a cinco vezes em uma maratona que exigia extrema habilidade logística e grande suporte de nossas provisões locais. Aqui se tornou cada vez mais claro que em operações desse tipo os meios nunca devem se dissociar de seus fins. Ou seja, eram os barqueiros, os motoristas, as cozinheiras e os guias que formavam uma espécie de capilarização que rapidamente se estendeu pela comunidade. Uma rede de indicações surgia assim um tanto espontaneamente, quando nos dispusemos a escutar, decidir quem escutar, e escutando essa rede. Foi assim também quando nos deparamos com as condições de financiamento. Apesar do apoio do Ministério Público e da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, apesar da colaboração consentida e buscada dos movimentos sociais que operam em situação de resistência à construção de barragens, quando anunciamos que nosso projeto teria subsídio estatal, isso resultou em imediata resistência. Afinal, intervenções

desse tipo frequentemente se apresentam como uma espécie de reparação desproporcional diante da ofensa produzida, como se o Estado pudesse dizer que os efeitos psicológicos negativos de sua intervenção foram mitigados por este ou aquele procedimento, minimizando o impacto traumático a sua dimensão imediata. Por outro lado, quando invertemos nossa estratégia de financiamento, procurando empresas que possuem políticas de proteção a populações vulneráveis e a recuperação de prejuízos ambientais, também nos deparamos com uma sensível resistência. Afinal, o mesmo tipo de grande empresa que incitara a construção da maior obra de infraestrutura do mundo à época, com sérias suspeitas de corrupção, agora se ocuparia de limpar suas mãos financiando iniciativas de reparação. O problema se manifestou em demandas feitas ao grupo da Clínica do Cuidado, depois de nossa intervenção em Belo Monte. Ou seja, a isenção relativa de escuta e a autonomia relativa para compor parceiros e capilarizar nossa escuta, é parte decisiva da operação, o que não pode ser obtido quando se é percebido e efetivamente pago pelos mesmos meios que produziram o desastre e têm, comprehensivelmente, interesse em reduzir o impacto de sua extensão. Desta forma, o financiamento coletivo, obtido por fontes independentes, principalmente iniciativa das pessoas comuns e anônimas, é um importante elemento necessário para que o processo de produção da intervenção e seus meios de efetivação sejam já parte da visibilidade que se quer dar ao problema e a oportunidade da participação popular, pela qual a intervenção ganha força e legitimidade. Enquanto não se redimensionar a circulação do dinheiro na pesquisa interventiva com extensão e enquanto ainda trabalharmos sob a égide da falsa equação entre o Estado-gratuidade e a Empresa-lucratividade, não se pode transformar a gramática de reconhecimento no interior do qual a circulação transparente, de gestão coletiva do dinheiro e dos demais insumos, torna-se ela mesma parte da ação política que se quer levar a cabo. Argumentar que a substituição da precariedade

em áreas onde se verifica ação deficitária do Estado por recursos privados, como se isso fosse encobrimento desse déficit, ou como se isso representasse por si mesmo privatização, se mostrou uma crítica inadequada, cujo contraexemplo trazemos a público agora. O interesse público foi suplementado pela iniciativa privada sem que isso representasse ganho de capital para nenhum grupo ou iniciativa. Contraexemplo que pode servir para generalizar a participação da psicanálise em áreas onde o Estado apresenta crônico déficit de investimento, notadamente na saúde mental.

Os *textemunhos* de Altamira representaram setenta casos, em um total de 171 sessões que resultaram em mais de setecentas páginas de casos escritos. Teria sido mais simples filtrá-los por uma quantidade mais ou menos consensual de categorias, tipificando processos e percursos mais frequentes, bem como as árvores decisionais associadas com sintomas. Mas isso substituiria o fato de que, porventura, em apenas um dos relatos poderíamos encontrar a força expressiva que não apenas representasse as narrativas em seu conjunto. Por isso a pesquisa clínica com o um-a-um orienta-se para a reconstrução formal dos discursos que organizam a experiência, o que, sem deixar de estar baseado nas evidências de linguagem, não submete a linguagem a ser apenas um veículo de informação. A experimentação aconteceu no interior do encontro, e seu testemunho só pode ser controlado sem ignorância da autoria de quem o testemunha, inclusive com seus diferentes níveis de deformação, ficcionalização e literarização. Rompe-se assim a facilidade representada pelo modelo onde há casos típicos e casos excepcionais, há tendências e há desvios de tendência.

Alguém poderia dizer que é uma mera coincidência, guiada por viés de confirmação, o fato de que a violação do modo de via ribeirinho por uma companhia de eletricidade, cuja finalidade é produzir “energia para o Brasil”, tenha se associado com a insistência

discursiva, de figurar o mal-estar assim causado em termos de “perda de energia”. Conexões significantes desse tipo não obedecem a um circuito de causalidade, mas são, ainda assim, decisivas para a reversão dos efeitos reais de desânimo, paralisia e déficit de energia vital, que assolava realmente a população ribeirinha desalojada. A conexão entre os termos é meramente ficcional e metafórica. Chegamos assim ao fato clínico descoberto e redescoberto pela psicanálise de que o sofrimento e os sintomas mentais não são dissociáveis da forma como são expressos, e que, portanto, experiências de sofrimento são transformáveis por operações de nomeação, renomeação, metaforização ou literalização.

Os casos trazidos e suas discussões corrompem nossa ideia intuitiva do que seria um caso exemplar, de caso ímpar ou caso único a partir das proposições de Agamben sobre a singularidade do exemplo, em contraste com a regularidade das estruturas narrativas sugeridas por Barthes. O exemplo qualquer talvez funcione aqui melhor como contraidentificação, como desconexão necessária do caso com a regra, do que a mera contagem de sucessos e fracassos.

O texto de Luciana é elegante e humilde diante da experiência. Ele traz a marca da autoria sem flertar com o anonimato desnecessário. Se queremos pensar uma psicanálise descolonizada e descolonizadora temos aqui um exemplo de como isso pode acontecer.

Christian Dunker

Psicanalista, Professor Titular em
Psicanálise e Psicopatologia do
Instituto de Psicologia da USP

Apresentação

*E essa escuta, como movimento que a escuta é,
produziu movências.*

Eliane Brum, 2021

Não se furtar a escrever

Em janeiro de 2017 tive a chance de participar, junto a outros psicólogos e psicanalistas, do que poderia ter sido considerada uma aventura de colonizadores estudados do centro-sul brasileiro à Amazônia ribeirinha. Poderia não só ter sido considerada como poderia ter sido. Não foi. E as páginas que se seguem poderão dizer o porquê, pois retraçam o caminho e a produção dessa equipe de dezoito pessoas, que se deslocou até Altamira, no Pará, preocupada em escutar, tratar e documentar o sofrimento psíquico dos ribeirinhos, sofrimento advindo da catástrofe que abateu a região

por ocasião da construção da hidrelétrica de Belo Monte, ocorrida entre 2010 e 2016.

Retraçando esse caminho e parte do produto advindo desse trabalho, sou como que obrigada a enfrentar, nesta pequena apresentação, o que me levou, tão logo retornei a São Paulo, a escrever e apresentar pequenos artigos e falas sobre a experiência lá vivida. A cada exposição da experiência passava pela mesma situação, sempre mais ou menos constrangedora, de ter todos os olhos voltados para minha fala, mesmo quando a mesa era dividida com trabalhos tão interessantes quanto este. Perguntas as mais diversas, críticas as mais ácidas e as mais pertinentes, mas, acima de tudo – fui entendendo com o tempo –, um reencontro dos ouvintes, em sua maioria psicanalistas em formação continuada, com a reivindicação daqueles que escutamos e com a radicalidade e a potencialidade da psicanálise em um território sem a incidência da cultura da psicanálise.

Mal sabia eu que estes pequenos artigos e falas já faziam parte do que aqui chamo “não se furtar a escrever”. Desde o início desta empreitada a equipe estava ciente de sua função clínica, escutar e tratar, mas também de sua função documental, ou seja, escrever os casos atendidos, registrando a vivência de um momento histórico desses brasileiros sempre à margem dos noticiários, dos acontecimentos considerados mais importantes do país. E assim foi feito por toda a equipe.

No entanto, a mim se impôs um desejo a mais: retornar à escrita destes casos e ler os casos dos colegas da equipe. Neste retorno, entendi que era preciso tempo e boas companhias. Dado que o projeto “Clínica do Cuidado – Refugiados de Belo Monte” nasceu de uma interlocução da jornalista Eliane Brum com a psicanalista Ilana Katz, que o levou para dentro do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, com o apoio de Christian Dunker, nada mais acertado que o trabalho começasse ou, ainda, continuasse por

lá. Assim, Christian se fez orientador desse mergulho – que tomou o aspecto formal de uma pesquisa de mestrado – com conhecimento de causa, pois fez parte da equipe e esteve em Altamira; e Ilana uma amiga parceira sempre pronta a acolher os desenvolvimentos feitos a partir de seu projeto.

Nada que Freud já não tivesse nos ensinado sobre a relação entre os fundamentos da psicanálise, sua doutrina, digamos assim, a clínica psicanalítica e a pesquisa. No Posfácio de “A questão da análise leiga”, de 1927, ele comenta:

*Na Psicanálise, desde o início havia uma associação entre curar e pesquisar, e o conhecimento trazia o sucesso, não se podia tratar sem experimentar algo novo, não se obtinha esclarecimento sem vivenciar o seu efeito benéfico. Nosso procedimento analítico é o único que mantém essa preciosa conjunção. Só quando praticamos o cuidado analítico da alma aprofundamos nossa incipiente compreensão da vida anímica do ser humano. Essa perspectiva de ganho científico constitui o traço mais nobre e feliz do trabalho analítico; será que podemos sacrificá-lo em nome de considerações práticas quaisquer?*¹

Freud trata nesta ocasião de convencer seu “interlocutor imaginário”, que os não médicos poderiam atuar como analistas, desde que houvesse associação entre cura e pesquisa. Mas de que outras “considerações práticas” poderíamos nos desembaraçar em prol de um “cuidado analítico da alma” que possa alcançar as margens do Xingu, as chamadas periferias das grandes cidades e as quebradas brasileiras?

¹ Freud, S. [1927] 2017. *A questão da análise leiga* (p. 298). Autêntica.

Se pudéssemos criar uma definição mínima de clínica psicanalítica, ela com certeza seria composta dos conceitos de associação livre, atenção flutuante e transferência.² Esse mínimo nos possibilitaria nos desvencilharmos de uma série de outros tantos densos conceitos que, se têm toda sua importância, não deixam de, por vezes, tornar os analistas pesados e pouco inventivos quando atuam fora da clínica dita tradicional. Com essa definição mínima nos tornamos leves, logo, mais ágeis, e ainda mais responsáveis pela nossa dupla tarefa, uma vez que um analista, para funcionar como tal, tem que ser ao menos dois: o analista que produz efeitos e o analista que teoriza tais efeitos,³ tarefa acima de tudo ética.

Nesta teorização, ou, como gostamos de falar, nesta práxis, mantemos nossa política da falta-a-ser, na qual não somos livres, mas acrescentamos criatividade e inovações nas estratégias e táticas aplicadas ao que vem sendo chamado clínicas de bordas, como propõe Andrea Guerra, da Universidade Federal de Minas Gerais, que pipocaram Brasil afora, a maioria delas bem orientadas pela psicanálise. Uma psicanálise à brasileira, como disse Christian Dunker, o que significa dizer uma clínica psicanalítica que também alcance os que estão marcados pelo traço de exclusão em nosso país, uma psicanálise que se deixa atravessar por outros saberes, incluindo a história e a cultura na qual intervém.

Esse é o conteúdo deste livro: histórias clínicas forjadas no cruzamento do mínimo analítico com a ética do analista. Cruzamento que resgata a vivacidade da psicanálise, tantas vezes dada como morta em sua história, ao se fazer caixa de ressonância dos sujeitos escutados.

2 Agradeço a Gilson Iannini por pensar esse mínimo que pode maximizar a experiência analítica.

3 Lacan, J. ([1974-1975] 2022). *Seminário 22: R.S.I.* (p. 30). (L. Matheron, Trad.). Fórum do Campo Lacaniano de São Paulo, edição não comercial.

Sem saber muito bem o que iria encontrar, mas confiando no que havíamos vivenciado, me lancei ao material clínico com dois objetivos de base. O primeiro era preservar a voz dos ribeirinhos na transmissão dos casos atendidos, e, neste quesito, só os leitores poderão dizer o quanto essa voz ficou audível no resultado final do trabalho e o objetivo cumprido. O segundo era retomar a importância do caso clínico na transmissão da psicanálise, pois vi na escrita dos casos a chance de extrair os efeitos operados nos sujeitos atendidos, fazendo valer tanto a intervenção quanto a importância do caso na transmissão dessa clínica que se dedica a tratar do sofrimento psíquico relançado pela dimensão sociopolítica das catástrofes e descasos brasileiros tão conhecidos.

Nesse sentido, era muito importante ressaltar o contexto da intervenção – o cenário, a situação passada e presente –, o que levou à divisão deste livro em dois grandes blocos, o Contexto e o Texto. Estar avisado das tramas históricas discursivas – quais os significantes do sofrimento nesta população, como se estabelecem os laços da comunidade que será atendida, em que e em quem estão baseados os movimentos sociais da região – e contar com elas ao adentrar o território alheio colaborou com nosso ato analítico primeiro enquanto equipe, e isso não difere em nada da clínica cotidiana; pois é de depositar o saber sobre o sofrimento do lado do sujeito, e não do nosso, que inauguramos a psicanálise a cada novo caso e nos mantemos longe de qualquer ideal colonizador. Esse é todo o começo de uma transferência, ao menos para Lacan.

Ao bloco “Texto”, ficaram reservados os atendimentos. Muitos psicanalistas têm apreço pelos casos clínicos, mas entre os lacanianos eles são motivos de controvérsias, e alguns dentre nós acham que podemos passar sem eles. No entanto, para outros, é justamente a escuta clínica diária que incita a escrever, e esses não deixam de utilizar pequenos extratos, ou mesmo casos inteiros, na tentativa de transmissão da psicanálise e do tipo de mal-estar que atinge

determinada época. Este é o caso aqui. Dos setenta casos atendidos, oito foram tomados mais detidamente, sublinhados, decompostos e analisados, apostando que poderiam transmitir um sofrimento não reconhecido no espaço público, dando a conhecer também a dimensão política que a clínica pode portar. Poderiam também transmitir o trabalho feito em Altamira, o que pode vir a ajudar outros clínicos a atender em situações parecidas com a que vivenciamos lá, ou seja, em situações em que o analista sai de sua poltrona para escutar a dor do outro e, atento a fazê-lo escutá-la, se mete a inventar estratégias, corre riscos, revisa seus atos e contribui para o saber analítico.

A escolha por adentrar os casos toca também o título deste trabalho. O original era mais acadêmico, logo mais específico: “Da escuta à escrita: casos clínicos dos refugiados da barragem de Belo Monte”. A alteração se deve à nova tradução do volume recém-publicado pela editora Autêntica das obras incompletas de Freud, *Histórias Clínicas: cinco casos paradigmáticos da clínica psicanalítica*. No prefácio “Escrever a clínica: Freud entre a ciência e a literatura”⁴ fica esclarecida a preferência dos tradutores por “histórias clínicas” ao invés do comumente utilizado “casos clínicos” para a palavra alemã *Krankengeschichten*.

Segundo os autores, uma tradução mais literal proporia “histórias de doentes” ou ainda “histórias médicas”. Eles, no entanto, adotam a solução “histórias clínicas”, almejando destacar uma dimensão presente nos casos clínicos freudianos: não apenas a enfermidade, seus sintomas, mas sobretudo suas histórias, suas *Geschichten*, abarcando “history e story a um só tempo”.

Depois deste percurso, acredito ter colhido do material de toda a equipe passagens preciosas recheadas de cambalhotas de sentido

4 Iannini, G., Tavares, P. H., & Romão, T. L. C. (2021). Escrever a clínica: Freud entre a ciência e a literatura (p. 15). In *Histórias clínicas: cinco casos paradigmáticos da clínica psicanalítica*. Autêntica.

que deslocaram significações, criaram bordas, desataram sintomas físicos, preservaram perdas longe de ilusões de reposição e completude, aliviaram angústias incapacitantes e reposicionaram laços sociais; bem como caminhos onde a barragem se impôs de tal forma que nenhuma passagem foi possível.

E por fim, ao transformar em livro a pesquisa de mestrado, acréscimos e cortes foram feitos, pequenas precisões e novos arranjos de capítulos para o bem da fluidez da leitura. Se decantou também a percepção de que o texto vagava o tempo todo entre o eu, o você e o nós. Quis ver aí, longe de uma desatenção puramente gramatical, um trabalho feito ora por mim, ora pelo outro, ora por nós. O que também indica a direção do trabalho feito lá. Bem que seu Elio Alves da Silva, poeta ribeirinho, já tinha nos ensinado:

*Se no caso a gente vai pra uma manifestação
eu não vou para manifestação sozinho
temos que levar um grupo de pessoas
é um grupo de pessoas que faz uma manifestação.
Para conseguir fazer uma manifestação
tem que fazer uma mobilização, muita gente, né?
Então é eu e + 1, sabe? Aí sim, nós vamos fazer, se for
só eu nós não vamos fazer nada.
Por que se eu vou te convidar para nós luta contra al-
guma coisa e eu te convido, eu e + 1 e você e + 1 e aí então
a história segue, sabe? Eu + 1 e você + 1.
Você não é + eu, mas, é você e + 1 que você já conseguiu
ali na frente, aquele + 1 já consegue + 1 e aí vai, por isso
que digo é eu e + 1.⁵*

⁵ *Eu +1: uma jornada de saúde mental na Amazônia*, documentário produzido durante a intervenção da Clínica do Cuidado, dirigido por Eliane Brum, 1º set. 2017.

O projeto Clínica do Cuidado: estratégias, atendimentos e escrita dos casos

Entre 15 e 29 de janeiro de 2017 participei da Clínica do Cuidado que viajou até Altamira, no Pará, para dedicar atenção à saúde mental da população ribeirinha afetada diretamente pela construção da hidrelétrica de Belo Monte, no rio Xingu. Como esperamos deixar claro no decorrer destas páginas, essa população teve seu modo de vida violentamente espoliado pela maneira como se deu a instalação da hidrelétrica na região.

Nosso objetivo era propor e experimentar um modelo de intervenção clínica de atenção ao sofrimento psíquico junto à comunidade atingida, em situação de vulnerabilidade social, pois negligenciada pelo Estado, e de documentação desse sofrimento narrado. Para realizá-lo contamos com um financiamento coletivo, via internet, que foi apoiado, em geral, por pessoas físicas interessadas na iniciativa. Dessa empreitada participaram quinze psicanalistas e psicólogos, uma psiquiatra, um fotógrafo e uma jornalista, para prestar atendimento à população, fotografar e documentar todo o trabalho. Os casos foram relatados, separadamente, por cada um dos membros da equipe que compôs a dupla que escutou o ribeirinho.

Nossas estratégias

O projeto foi dividido em etapas, que foram sendo reconstruídas conforme o impensado se impunha, descartando estratégias e táticas pensadas antes do contato com o território e incorporando outras advindas de nossa pesquisa de campo. Foram realizadas três viagens preliminares a Altamira – feitas pela psicanalista Ilana Katz, responsável pelo projeto, e por André Nader, psicólogo, coordenador da Clínica de Cuidado, mestrando no Instituto de Psicologia

da Universidade de São Paulo (IPUSP), e Cássia Gimenes Pereira, psicóloga, coordenadora da Clínica de Cuidado – antes da realização da intervenção propriamente dita. Nessas visitas foi possível escutar ribeirinhos, aproximar-se dos movimentos sociais e de instituições implicadas no cuidado com essas pessoas e desenhar o possível a ser feito.

Nesse primeiro contato, levamos em alta consideração o caráter estrangeiro daqueles que saíram da Universidade de São Paulo para a Amazônia e, a partir daí, evitar o risco de uma experiência de colonização, desde o lugar de psicanalistas, sobre uma cultura e um modo de vida muito distante e diferente dos nossos. Trabalhamos para evitar esse risco nos guiando na advertência freudiana sobre escutar o outro, cuja disposição envolve deixar nosso próprio julgamento em suspenso.⁶

Com o mesmo propósito nos utilizamos também dos desenvolvimentos de Lacan sobre o operador desejo de analista, operador que pode ser visto como uma resposta de Lacan aos desenvolvimentos sobre contratransferência perpetrados pelos pós-freudianos:

*Não se trata do desejo da pessoa do analista e antecipando o que se desenvolverá posteriormente: o desejo do sujeito em análise, diz ele [Lacan], não deve ser guiado em direção ao nosso desejo, mas a um outro, a um desejo que deve limitar-se ao vazio, ao corte (escansão) que, consequentemente, leva ao advento do sujeito.*⁷

6 Freud, S. ([1909] 2021). Análise de uma fobia de um menino de cinco anos (p. 173). In *Histórias clínicas: cinco casos paradigmáticos da clínica psicanalítica*. Autêntica.

7 Checcia, M. (2015). *O poder e a política na clínica psicanalítica* (p. 261). Anna-blume.

Esta etapa se mostrou crucial para evitarmos o risco de colonização, uma vez que, no encontro com o território e seus agentes e ocupando esse lugar de escuta estrangeira, ou seja, daquele que não sabe sobre aquele território, daquele que não sabe a língua do outro e não impõe a sua, colhemos e fizemos trabalhar algumas questões surgidas em campo: como a experiência de sofrimento se configura nesse território? Que nomes essas pessoas dão ao seu sofrimento? O que se pode dizer sobre a experiência da comunidade antes e depois de Belo Monte? Que efeitos podemos calcular no eixo da subjetivação?

Tais perguntas provêm do entendimento de que a nomeação de um sofrimento é uma experiência subjetiva e subjetivante, o que significa dizer que o que chamamos sofrimento recorta as possibilidades de vida de um sujeito, e este ponto é fundamental na decisão de trabalhar com aquele que sofre e em como intervir nesse sofrer, pois a leitura que o sujeito produz de seu adoecer também imprime um certo modo de sofrer.⁸

Esse primeiro contato levou em consideração essa diretriz e, assim, as significações da experiência da expulsão, e mesmo a ausência delas, foram dadas por aqueles que escutávamos. Desse sofrer recolhemos significantes chaves como: “perder a casa”, “perdidos”, “violência”, “cansaço”, entre outros. Esses significantes se repetiram com regularidade em várias falas, repetição indicativa do traumático na medida em que apontava para perdas que não foram elaboradas e subjetivadas, e do fato de que a causa central de toda dor psíquica traumática é a perda da experiência, seu esquecimento ou não elaboração, que retorna em suas formas sintomáticas ou inibitórias.⁹

8 Katz, I. (2019). A clínica do cuidado: intervenção com a população ribeirinha do Xingu atingida por Belo Monte (pp. 22-37). In E. Broide, & I. Katz (Orgs.), *Psicanálise nos espaços públicos* (p. 25). IP/USP.

9 Dunker, C. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma*. Boitempo.

Tal definição se aplica ao que encontramos em Belo Monte, pois o aparecimento dos sintomas físicos bem como as dificuldades de investimento libidinal no porvir da vida, presente no discurso dos ribeirinhos, remetiam à chegada de Belo Monte, ainda que ela tenha ocorrido cinco anos antes. O que nos fez levantar a hipótese clínica de que os efeitos psíquicos referidos à experiência dos atingidos por Belo Monte (a perda da casa e da destruição da rede de hábitos) configuraram para muitos o que chamamos de trauma psíquico, com sua habitual suspensão temporal – tempo de indeterminação –, uma fratura que, pela intensidade do vivido e pela impossibilidade de elaborá-la, “não passa”.

O recolhimento destas nomeações, ainda nesse tempo de estudo preliminar, nos ajudou a verificar se havia ali significantes que pudessem enfrentar a diagnóstica produzida pelo discurso médico, da qual a empresa e o Estado se utilizavam para se desresponsabilizar.¹⁰

Uma segunda incursão a Altamira, seis meses depois da primeira, nos serviu para testar o dispositivo de cuidado que estava em planejamento, além de conhecer os serviços de saúde mental oferecidos na região. Neste momento já havia ficado claro que o modelo tradicional de atendimento, qual seja, sala com porta fechada, não nos serviria e muito menos a essa população. Seria preciso ir aonde os ribeirinhos estavam, e isso significaria percorrer alguns tantos quilômetros, ir até os reassentamentos coletivos, aos bairros, à borda do Rio Xingu, pois:

A relação dessas pessoas com a experiência física de território cumpre uma função discursiva, os gestos que

10 Esse entendimento está formulado no relatório feito para a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e utilizado pelo Ministério Público Federal na tentativa de mitigar os danos da instalação da Usina Hidrelétrica de Belo Monte (UHE – Belo Monte). Cf. <http://portal.sbpccnet.org.br/livro/belomonte.pdf>.

apontam coisas, os lugares que mostram, as pessoas que encontram enquanto estão conosco, tudo isso cumpre uma função muito particular: de um lado despertam palavras, e de outro, entram, na narrativa, no lugar da palavra que não há.¹¹

Quanto à rede pública de saúde mental, pareceu-nos evidente que a demanda dos ribeirinhos estava sendo acolhida de maneira medicalizante; isso significa dizer que o discurso médico imperava e ressignificava o mal-estar difuso dos ribeirinhos como tendo uma origem exclusivamente biomédica. O que verificamos também foi o papel crucial daqueles que fizeram esteio e escuta à população atingida, a saber, os agentes sociais, responsáveis por anos de luta contra a instalação da UHE de Belo Monte, que acabaram por cumprir “uma função de suplência identitária diante da destruição que atingia todo o sistema de identificações da comunidade”.¹²

Tal suplência, crucial em um primeiro momento, dificultou, com o passar do tempo, a saída do discurso repetitivo gerador de imobilidade e sofrimento, discurso fixado nas perdas, e que acabava por fixá-las ainda mais. Após essa segunda viagem, mais uma pergunta se impôs: “a clínica da psicanálise poderia funcionar fora da cultura que a inventou? Estaria a clínica da psicanálise à altura de responder a esses acontecimentos de nossa época? De que maneira?”.¹³

A partir dos resultados-questionamentos que a pesquisa de campo nos propiciou, foi criado o curso “Psicanálise em situação de vulnerabilidade social: o caso Belo Monte”, realizado no programa de pós-graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, cujas aulas tiveram como objetivo ampliar esses ditos,

11 Katz, 2019, pp. 22-37.

12 Ibid., p. 28.

13 Ibid.

além de trazer a problemática de Altamira para a Universidade, dando visibilidade aos acontecimentos do Norte de nosso país, deslocando a pesquisa para o centro de sua causa, transferindo e interpenetrando conhecimentos e saberes diversos.

O curso, sob a coordenação de Christian Dunker e Ilana Katz, foi realizado no segundo semestre de 2016 e oferecido aos alunos regulares e também aberto ao público geral, e preparou e instrumentalizou a equipe que iria a Altamira, sendo ministrado por pessoas chaves do cenário de Belo Monte: Marcelo Salazar (Instituto Socioambiental), Antônia Melo (Movimento Xingu Vivo para Sempre) e Eliane Brum (também idealizadora do projeto); Deborah Noal e Cecilia Weintraub da Organização Médicos Sem Fronteiras; e as professoras Miriam Debieux e Maria Livia Tourinho, também pesquisadores da linha de pesquisa “Investigações em psicanálise” do IPUSP. Nesse sentido, o curso nos serviu para delimitar o campo de nossa atuação e imprimiu o enquadre mínimo do que viriam a ser os atendimentos.

Após o curso, os interessados se voluntariaram e, mediante análise e classificação dos currículos recebidos e da carta de interesse enviado pelo candidato, a equipe foi composta. Éramos quinze psicólogos e uma médica psiquiatra, advindos de lugares distintos, com idades entre 27 e 44 anos, e contávamos com homens e mulheres, negros e brancos: Anna Mariutti, Ana Carolina Perrela, Erika Pellegrino, Noemi Bandeira, Pedro Obliziner, Luciana Guarreschi, Vivian Karina da Silva, Layla Gomes, Flavia Ribeiro, Flavia Gleich, Rodrigo Souza, Christian Dunker, Eliane Brum, Maíra Riek, Cassia Pereira, André Nader e Ilana Katz. A diversidade da equipe se mostrou extremamente positiva, como não poderia deixar de ser neste caso, dado que enfrentamos também uma grande diversidade de pessoas em campo: homens e mulheres, jovens e velhos, solteiros(as), casados(as) e crianças.

Com a equipe formada, trabalhamos semanalmente textos de orientação que cercavam basicamente a discussão das bases do projeto de intervenção; o desejo de analista: política, tática e estratégia; o cuidado de si e a construção do caso clínico, além de trocarmos experiências e nos conhecermos um pouco mais.

Os atendimentos

Os atendimentos começaram já no dia seguinte à nossa chegada. Os primeiros encaminhamentos chegaram, principalmente, através dos líderes de movimentos sociais, e do mapeamento feito junto a eles na pesquisa de campo, uma vez que conheciam melhor os que estavam em uma situação de sofrimento intenso. Optamos pelo atendimento em duplas de clínicos, pois entendíamos que, diante do curto e intenso período da intervenção, era preciso tentar administrar e mitigar os efeitos de transferência que o encontro com o clínico pudesse despertar. Colaborou também para a escolha querermos contar, na escrita dos casos, com pelo menos duas perspectivas de escuta de cada caso, deixando excluído o empuxo por parte do clínico, qualquer possibilidade de uma visão única.

No entanto, logo após os primeiros dias, os que estavam em atendimento passaram a nos pedir para ver outros conhecidos que “não estavam muito bem”, e então a estratégia “atendimento em duplas” não pôde ser totalmente cumprida, pois, a bem de atender mais alguns tantos outros, as duplas se dividiram. A equipe se disponibilizou e acolheu os ajustes derivados do contato com a realidade.

O tempo dos atendimentos era muito variável – uma hora, mas podendo chegar a duas – dadas as intercorrências que poderiam ocorrer no atendimento: a chegada de alguém na casa da pessoa escutada; o local onde estávamos, com mais ou menos pessoas em volta; o tempo de deslocamento até o local, fosse de carro, a pé ou barco.

Na escuta, partimos de um entendimento mais geral sobre sofrimento, como aquilo que produz efeitos nas diversas dimensões na vida de um sujeito, não se restringindo apenas às doenças físicas, mas ao que se infiltra nas relações sociais, nos funcionamentos familiares, nas possibilidades de se encontrar um trabalho. Sofrimento que advém da ameaça de não se ter uma segurança futura, de se estar despojado de um projeto futuro. Freud, em 1930, o chamou mal-estar. A partir dessa entrada tentamos um reposicionamento do sujeito no discurso, valendo-nos da liberdade que temos na tática e na estratégia de uma intervenção.

Avaliamos que nossos propósitos deveriam ser tão difusos quanto o estado do mal-estar que encontrávamos: favorecer ou desencadear processo de luto, reposicionar as identificações dos grupos, narrativizar o sofrimento, endereçá-lo a novas práticas de resistência social e aos novos modos de tratamento disponíveis, recompor situações críticas em termos interpessoais derivadas no assentamento e fragmentação das famílias e seus modos de vida e, finalmente, reposicionar os sujeitos diante de sintomas específicos que motivavam suas queixas e o endereçamento ao nosso grupo de cuidado: insônias, irritações, conversões e somatizações, impulsividades e depressões.¹⁴

Logicamente a construção desse modelo de intervenção clínica não foi pensado sem outras ferramentas psicanalíticas: implicação do sujeito no seu sofrer, transferência e interpretação, e o uso destas nesta situação diversa da clínica dita tradicional. Quando lá estávamos a atender os pacientes, a construção desse modelo foi sendo

14 Ibid., pp. 22-32.

reformulada, quando necessário via supervisão dos casos e troca das experiências vividas pelos participantes. Como dizia Christian Dunker nestas ocasiões: “fazer o possível, respeitando o impossível”.

As supervisões dos atendimentos clínicos, com Ilana e Christian, eram feitas no final de cada dia, mas também entre os atendimentos, durante os deslocamentos mais longos quando estes estavam presentes e, como ocorre nas supervisões psicanalíticas, tivemos o “reconhecimento de que o conhecimento adquirido em supervisão não é exterior à própria experiência; é produzido no seu exercício”¹⁵.

Também, entre os clínicos, trocávamos percepções, o que ampliava questões, desobstruía a escuta e diversificava possíveis formas de intervenção. Longe de controlar a prática do clínico, as supervisões se mostraram um instrumento necessário para nos manter no trabalho de assentir com a perda dos ribeirinhos escutados e, a partir daí, via seus próprios significantes, encaminhá-los “na direção de que sua ancoragem desloque-se da experiência do idêntico, e seja suportada em traços identificatórios que guardem lugar para montagens singulares”¹⁶.

A escrita dos casos clínicos

Como dissemos anteriormente, o projeto Clínica do Cuidado compreendia não só o cuidado com os atingidos, mas a documentação da intervenção por parte dos clínicos. Assim, a última parte do trabalho centrou-se na escrita dos casos atendidos, iniciada timidamente em Altamira, mas encerrada na solidão da escrita de cada participante,

15 Broide, E. (2017). *A supervisão como interrogante da práxis analítica – desejo de analista e transmissão da psicanálise* (p. 131). Escuta.

16 Ibid., p. 32.

escrita também dedicada a separar-se de seus pacientes e fazer o luto da vivência.¹⁷

Estabelecemos que a escrita seria livre, ou seja, não havia modelos prévios ou mesmo diretrizes de formatação da escrita dos casos clínicos – vinheta clínica ou transcrição de sessões, por exemplo –, embora fosse patente que estávamos todos na tradição freudiana de escrita de casos clínicos, o que significa dizer que não prezamos pela descrição fastidiosa dos fenômenos ocorridos no tratamento, mas pelos detalhes dissonantes do encontro clínico.

Por fim, todo esse material foi diretamente enviado aos coordenadores do projeto para diferentes destinações, embora com um mesmo desejo de base: restituir ao espaço público, através da documentação da história contada dessas pessoas, um sofrimento não reconhecido por este, dando a conhecer também a dimensão política que a clínica pode portar. É importante ressaltar que os atendidos eram comunicados, desde o primeiro contato, de nosso desejo de produção e publicação desse documento com os testemunhos, o que não causou entraves, mas interesse na possibilidade de terem a história de sua região e de sua época contada por suas vozes.

A ideia era que os clínicos pudessem ser passadores¹⁸ desta experiência aos moldes do que Lacan¹⁹ postulou como o dispositivo

17 Dunker, C., Ramirez, H., & Assadi, T. (2017). *A construção do caso clínico em psicanálise: método clínico e formalização discursiva* (p. 9). Annablume.

18 Os passadores são aqueles que, dentro do dispositivo do passe, expõem o testemunho de um passante perante a comissão de garantia de uma Escola de Psicanálise. O dispositivo do passe foi uma criação de Lacan para tentar recolher o momento de passagem do analisante à analista. (cf. “A proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola”, em *Outros Escritos*, Zahar, 2003, p. 248).

19 Cf. “Um procedimento para o passe”, em *Opção Lacaniana*, (18), abril 1997 [1967], *Intervenção na sessão de trabalho “Sobre o passe”*, 3 nov. 1973. Inédito.

do passe, adaptado à situação do nosso projeto. Esse documento testemunhal, elaborado a partir de diferentes clínicos, foi organizado pela Ilana Katz, que sublinhou ditos e extraiu dizeres na intenção de compor uma forma de preservação pública da memória comunitária através das narrativas de sofrimento. Sua intenção era:

passar esses casos, fazer com eles outra escrita, singularizados e despessoalizados para que essa história, dessa época, seja contada. Rodamos 2.600 km de carro e muitos outros de voadeira pelo rio. Mas, rodar mesmo é fazer isso que registramos, passar.²⁰

20 Katz, 2019, p. 34.

Este livro é parte do testemunho e transmissão de uma experiência de intervenção junto à população refugiada pela construção da barragem da hidroelétrica de Belo Monte, nas cercanias da cidade de Altamira, no estado do Pará. Luciana integrou a missão que escutou as famílias, crianças e sujeitos nos baixões, nas ilhas distantes e nos assentamentos urbanos de Altamira. Depois disso trabalhou decisivamente na elaboração do material narrativo que colhemos e que agora o leitor tem em mãos. Em meio às discussões em torno da abertura e democratização da psicanálise, Luciana traz um retrato exemplar de como é possível um trabalho de escuta, integrado à atenção básica, colaborativo e inclusivo com os equipamentos e recursos de saúde locais.

Christian Dunker

Excerto adaptado do Prefácio

PSICANÁLISE

ISBN 978-85-212-2704-5



9 788521 227045



www.blucher.com.br

Blucher



Clique aqui e:

VEJA NA LOJA

Psicanálise nas margens do Xingu

Histórias clínicas dos refugiados de Belo Monte

Luciana Guarreschi

ISBN: 9788521227045

Páginas: 264

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2025
