

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MICHELLE KARINA SILVA

**PROBLEMÁTICAS DO CUIDADO: A PRIMAZIA DA ALTERIDADE COMO
MATRIZ DE INTELIGIBILIDADE DA PSICANÁLISE E SUAS CONSEQUÊNCIAS
CLÍNICAS, ÉTICAS E POLÍTICAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE**

BELO HORIZONTE

2023

MICHELLE KARINA SILVA

**PROBLEMÁTICAS DO CUIDADO: A PRIMAZIA DA ALTERIDADE COMO
MATRIZ DE INTELIGIBILIDADE DA PSICANÁLISE E SUAS CONSEQUÊNCIAS
CLÍNICAS, ÉTICAS E POLÍTICAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção de título de Doutorado em Psicologia.

Área de concentração: Estudos Psicanalíticos.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Roberto Rodrigues Belo.

Co-Orientador: Prof. Dr. Fernando Cezar Bezerra de Andrade

BELO HORIZONTE

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

150 S586p 2023	Silva , Michelle Karina. Problemáticas do cuidado [manuscrito] : a primazia da alteridade como matriz de inteligibilidade da psicanálise e suas consequências clínicas, éticas e políticas para o cuidado em saúde / Michelle Karina Silva . - 2023. 213 f. Orientador: Fabio Roberto Rodrigues Belo. Coorientador: Fernando Cezar Bezerra de Andrade . Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Inclui bibliografia. 1. Psicologia – Teses. 2. Psicanálise - Teses. 3. Saúde – Teses. I. Belo, Fabio Roberto Rodrigues. II. Andrade, Fernando César Bezerra de. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. IV. Título.
----------------------	--

Ficha catalográfica elaborada por Vilma Carvalho de Souza - Bibliotecária - CRB-6/1390

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ATA DE DEFESA DE TESE DE MICHELLE KARINA SILVA

Realizou-se, no dia 28 de agosto de 2023, às 08:00 horas, Online, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *Problemáticas do cuidado: A primazia da alteridade como matriz de inteligibilidade da psicanálise e suas consequências clínicas, éticas e políticas para o cuidado em saúde*, apresentada por MICHELLE KARINA SILVA, número de registro 2018651018, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Fábio Roberto Rodrigues Belo - Orientador (UFMG), Prof(a). Fernando César Bezerra de Andrade (UFPB), Prof(a). Tereza Cristina Peixoto (UFMG), Prof(a). Kenia Lara da Silva (Universidade Federal de Minas Gerais), Prof(a). Camila Peixoto Farias (UFPEL), Prof(a). Juliana Baracat (Universidade Estadual de Londrina).

A Comissão considerou a tese:

(x) Aprovada

() Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.



Documento assinado eletronicamente por **Fábio Roberto Rodrigues Belo, Professor do Magistério Superior**, em 28/08/2023, às 11:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Camila Peixoto Farias, Usuária Externa**, em 28/08/2023, às 11:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kenia Lara da Silva, Membro**, em 28/08/2023, às 12:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tereza Cristina Peixoto, Professora do Magistério Superior**, em 28/08/2023, às 13:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando César Bezerra de Andrade, Usuário Externo**, em 28/08/2023, às 19:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Ata de defesa de Dissertação/Tese 2579179

SEI 23072.252244/2023-22 / pg. 1



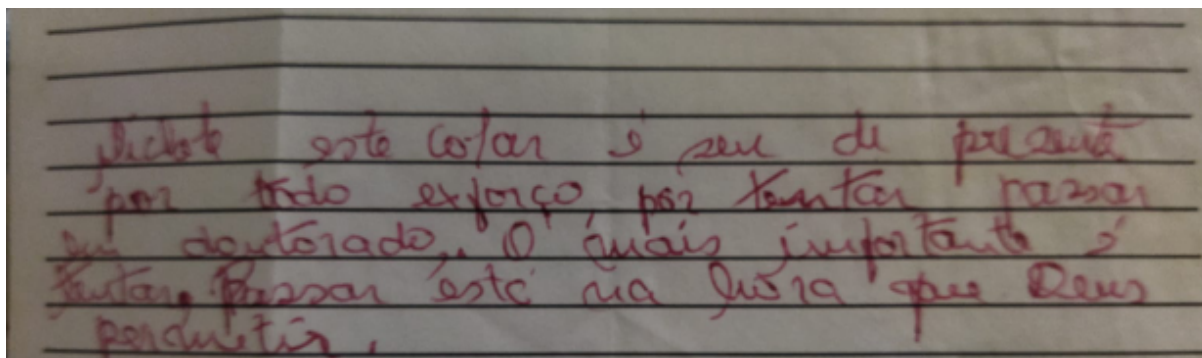
Documento assinado eletronicamente por **Marcia dos Santos Pereira, Professora do Magistério Superior**, em 30/08/2023, às 10:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 2579179 e o código CRC C369EC5A.

DEDICATÓRIA

Para minha mãe, cuja ambição de saber foi impedida pelas trilhas precárias de suas origens, gerando, no solo rígido de seus afetos, uma tristeza que, para minha sorte, fizeram-na projetar sobre mim as exigências do desejo que impulsionaram minha paixão pelo conhecimento. Eis a tese, mãe, tão minha quanto sua.



AGRADECIMENTOS

Agradecer os recursos de amor que nos alimentaram a alma durante uma caminhada tão longa é uma tarefa sublime e prazerosa. E agradeço aos meus queridos e queridas com a certeza de que aqui deixo parte de minha alma. Toda minha gratidão:

Aos meus pais, que trabalharam uma vida no silêncio da humildade, regando um lar pobre com a riqueza de exemplos de persistência, fé no bem, honestidade e renúncia de si.

Ao Dr. Fábio Belo, professor orientador, mas também alma irmã a quem muito admiro, por demonstrar na prática das relações ordinárias de trabalho o que é viver na relação com o outro os resultados da análise da própria alma, dignificando cada gesto de troca com atitudes de gentileza, fraternidade, paciência, mansuetude, hospitalidade. Para além disso, por testemunhar o que é distribuir os recursos públicos que estão sob seu poder sem calcular benefícios para a própria carreira. E ainda, pela honestidade de fazer apostas em pessoas menos visibilizadas nos palcos glamourosos da profissão para se valer apenas da métrica conteudista que a Academia tem por dever sustentar. E, naturalmente, por ter doado a mim, tão generosamente, do manancial abundante de seu conhecimento.

Ao Dr. Fernando Andrade, co-orientador, por ter aceitado entrar na reta final da corrida com contribuições tão importantes, realizando uma leitura aprimorada e cuidadosa de meus textos. E por ser, igualmente, um exemplo de seriedade, competência e gentileza na docência.

Ao meu amor, Luciana, a quem a vida generosamente me concedeu a bondosa dádiva de amar. Alma querida e delicada que não sabe compreender as hostilidades do mundo e que no silêncio se retrai pelo prazer de se manter atenta ao cuidado do outro. Tem humildade e sofisticação espontâneas. Você é a prova de que a vida reserva o melhor para os corações que aguardam.

À família treteira (Tias, Cris, Edmar, Leo, Camila, Dudu, Bibi, Mumu), kkkkk, que amo e que me alimenta com suas confusões sem sentido, mas que são minha razão de existir.

À família do meu amor, em especial à querida mamãe Lúcia, que nos acolheu e nos cuidou durante esse percurso de lutas.

Às parcerias do início, do meio e do fim que estiveram apoiando, ajudando com ajustes, escolhas, documentação e tantas outras coisas: Dra. Luciana Souza (Dra, SIM!), Gabriela Mansur (PAI-PJ) e Monaliza Ferraz.

À Rosimeire Gomes (Rosita!) alma irmã, criatura que só aprendeu a doar: como você me ilumina, minha amiga!

Às guerreiras, Cynthia Girundi e Josiane Costa: que orgulho das minhas amigas Profas e Dras da Terapia Ocupacional da UFPEL e da Farmácia da UFVJM (!), agradeço pelos passos irmãos na vida e pela revisão cuidadosa dos textos confusos.

À equipe de Psicologia, trabalhadores competentes e comprometidos com o cuidado e com vidas que sofrem silenciadas pelos cantos caóticos do SUS, queridos profissionais que escreveram de muitas formas esse trabalho comigo: Aline, Isabella, Michelle Moreira, Marcia, Raika, Tamara. Colegas que, além de tudo, me apoiaram ao longo dessa trajetória e, principalmente, na reta final, fazendo tudo acontecer e seguir com a qualidade de sempre: vocês são maravilhosas! Ao Matheus, por dividir também as escrivinhaças impulsivas, as angústias identificatórias e pela sintonia de sempre. À Aline, pela parceria e o colo de mãe que está sempre lá para quem quiser aproveitar. À Marina Mendes, que me socorreu na revisão e normatização, atendendo pacientemente aos meus tempos malucos, além de ter sido profissional impecável e competente na linha de frente em tempos muito conturbados junto aos demais colegas. E à equipe que se estende em cantos que já não são mais institucionais, parceiros valorosos de profissão que partilharam um pouco dessa trajetória comigo: Chris Barbosa, Marcela Santana, Dri Padilha, Izabella Nicolau, Denner, Amanda.

Ao Mau, médico de minha alma, irmão querido, pelo cuidado de sempre.

Aos colegas da vida de trabalho que me incentivaram e estiveram comigo: Léo Costa (Nosso chefe da Enfermagem); Mônica Pontes; Vivi Marra; Cibelinha, Renatinha Pelisari, Leo Vasconcelos.

À Diretoria do Hospital, em especial à Profa Alzira, pelo apoio de muitas formas nessa trajetória.

Ao Hospital que acolheu essa pesquisa e que segue sendo um laboratório de experiências exitosas, apesar de todas as dificuldades impostas pelas realidades de nossa cultura.

À Maria Teresa, analista, por estar lá em momento decisivo e me apontar os horizontes, auxiliando-me a pensar possibilidades, aguardando meus tempos e acolhendo minha confusa forma de busca.

À Profa Dra. Kenia Lara (Enfermagem UFMG) pelo incentivo mesmo antes do caminho oficial de doutoramento se iniciar e também pelo exemplo de seriedade e competência que me inspiram.

Às Professoras Dra Camila Peixoto Farias, Dra Juliana Baracat, Dra Kenia Lara Silva e Dra Tereza Cristina Peixoto por abrilhantarem nosso trabalho com a primorosa avaliação de nossa pesquisa.

À Sonia, ex-chefe querida da Justiça Federal, que me ensinou muito sobre a arte de gerir sem apreciar o poder e me deu incentivo em momentos de muita dúvida para abraçar o caminho mais difícil, mas também o mais desejado.

Aos Colegas da Fraternidade Espírita Irmão Anselmo, que me fazem acreditar que existem caminhos de fé sem fundamentalismo.

Ao Paulo, paciente querido, por ter ensinado, com a própria vida. E a todas as vidas que vi se despedirem sozinhas e precocemente, sem ao menos serem lamentadas pelo sofrimento a que foram condenadas . Enfim, a todos os pacientes acompanhados na clínica dentro e fora do Hospital, que formaram em mim o desejo de seguir dando voz a sofrimentos que eu não sabia existirem.

Ao povo brasileiro e à UFMG, por mais essa imerecida oportunidade que tantos não puderam ter.

Ao amor infinito da Misericórdia Divina, que a tudo oportuniza e sustenta.

EPÍGRAFE

Para que aqueles que antes estavam de joelhos e curvados sob o peso da opressão possam se levantar e andar, é preciso que a justiça seja feita. Portanto, não se escapará da exigência da justiça. Ela requer a libertação do ódio de si e do ódio ao Outro, primeira condição para que possamos voltar à vida. Ela requer igualmente que nos libertemos do vício da lembrança do nosso próprio sofrimento, que caracteriza toda consciência da vítima.

Achille Mbembe - Sair da Grande Noite

RESUMO

Este estudo sobre o cuidado buscou enriquecer as pontes existentes entre o pensamento psicanalítico de Laplanche e o pensamento político-filosófico de Butler, alcançando assim recursos de inteligibilidade para a experiência de cuidado em saúde que, no SUS, vale enfatizar, é sempre uma experiência subjetivante multideterminada.

O apelo que realizamos ao desenvolvimento analítico conceitual de Butler sobre a teoria psicanalítica se justifica pela crítica cuidadosa e coerente que a autora estabelece, fazendo trabalhar as inconsistências da psicanálise a partir da própria episteme analítica. Ou seja, não se deixando enganar pelo conservadorismo apaixonado da doxa psicanalítica. Aliás, é justamente a doxa psicanalítica que esperamos ter, pelo menos em parte, desconstruído quando questionamos a força explicativa e a força de derivação terapêutica, ética e política de alguns pressupostos analíticos problematizados neste trabalho. Com efeito, se a psicanálise é por excelência um método de tratamento e investigação, isso representa a tarefa de avaliar como alguns projetos de psicanálise se envolvem na construção de uma clínica realmente comprometida com o alívio do sofrimento de corpos tomados como dissidentes. Nossa discussão a esse respeito serviu ao propósito de demonstrar que a psicanálise tem recursos para se exorcizar de algumas matrizes conceituais, sem precisar abandonar outros muitos de seus recursos conceituais. Aliás, esses recursos compõem a análise de Butler ao abordar como campo prioritário de maior potência da vida humana aquele que define a dependência inevitável da subjetividade ante a invasão do outro em seus territórios mais íntimos.

Ora, se a prioridade da experiência de precariedade dos corpos é gerada pela origem comum de desamparo da vida humana e, portanto, da radical dependência do outro, então também é determinante da necessidade societária de proteção (cuidado) para diferentes formas de existência. A partir desse pensamento, o processo analítico desenvolvido pelo instrumental da psicanálise que propusemos (a arqueologia e a curadoria clínicas) pode compor a avaliação da distribuição afetiva da proteção garantida a alguns corpos e não a outros, o que torna a noção laplancheana uma categoria ética e política fundamental para o cuidado. Nesse sentido, a psicanálise irá contribuir para mapear como o ethos afetivo da alteridade subscrita nas relacionalidades define quais corpos devem merecer o direito de proteção da vida. Nessa direção, nossa pesquisa demonstrou como os termos de inteligibilidade da teoria da sedução generalizada podem romper com a clínica psicanalítica normativa, principalmente quando inserida no cuidado de vidas que seguem massacradas pelo simples fato de não participarem do exclusivismo da norma - como acreditamos ter demonstrado ser a realidade assistencial da política pública no SUS. Finalmente, deixamos

caminhos para outras pesquisas sobre o cuidado que possam aprofundar debates clínicos, éticos e políticos com recursos da teoria laplancheana e com filosofia de Butler. Ao destacarmos a potência da noção de prioridade do outro nos circuitos de produção da episteme e da tecnologia clínica da psicanálise para o cuidado, colaboramos com a definição de horizontes de durabilidade ontológica para os que precisam receber mais da política pública em termos de recursos de proteção da vida.

Palavras-chave: Alteridade; Autonomia; Psicanálise; Relacionalidades, Cuidado

ABSTRACT

This study on care sought to enrich the existing bridges between Laplanche's psychoanalytic thought and Butler's political-philosophical thought, thus reaching resources of intelligibility for the experience of health care, which, in the SUS, it is worth emphasizing, is always a multidetermined subjectivating experience.

The appeal we make to Butler's analytical and conceptual development of psychoanalytic theory is justified by the careful and coherent critique she establishes, making psychoanalysis work through its own inconsistencies from within its analytical episteme. In other words, not being deceived by the passionate conservatism of psychoanalytic doxa. Indeed, it is precisely the psychoanalytic doxa that we hope to have at least partially deconstructed when questioning the explanatory force and the therapeutic, ethical, and political derivational force of some psychoanalytic assumptions problematized in this work. In fact, if psychoanalysis is par excellence a method of treatment and investigation, this represents the task of evaluating how some psychoanalytic projects engage in building a clinic truly committed to alleviating the suffering of bodies taken as dissident. Our discussion in this regard served the purpose of demonstrating that psychoanalysis has the resources to exorcise itself from certain conceptual matrices without having to abandon many of its other conceptual resources. Indeed, these resources are part of Butler's analysis when addressing as a priority field of human life the one that defines the inevitable dependence of subjectivity on the invasion of the other into its most intimate territories.

Moreover a, if the priority of the experience of the precariousness of bodies is generated by the common origin of helplessness of human life and, consequently, of the radical dependence on the other, then it is also determinant of the societal need for protection (care) for different forms of existence. From this perspective, the analytical process developed through the tools of psychoanalysis that we proposed (clinical archaeology and curation) can contribute to evaluating the affective distribution of protection granted to some bodies and not to others, which makes Laplanche's notion a fundamental ethical and political category for care. In this sense, psychoanalysis contributes to mapping how the affective ethos of alterity inscribed in relationalities defines which bodies should deserve the right to life protection. In this direction, our research demonstrated how the terms of intelligibility of the theory of generalized seduction can break with normative psychoanalytic clinics, especially when applied to the care of lives that remain shattered simply because they do not participate in the exclusivity of the norm — as we believe we have shown to be the reality of public health care within SUS. Finally, we leave open paths for further research on care that may deepen clinical, ethical, and political debates with the resources of

Laplanchean theory and Butler's philosophy. By underscoring the power of the notion of the priority of the other in the circuits of production of the psychoanalytic episteme and clinical technology for care, we contribute to the definition of horizons of ontological durability for those who need more from public policy in terms of resources for the protection of life.

Keywords: Alterity; Autonomy; Psychoanalysis; Relationalities; Care

RESUMEN

Este estudio sobre el cuidado buscó enriquecer los puentes existentes entre el pensamiento psicoanalítico de Laplanche y el pensamiento político-filosófico de Butler, alcanzando así recursos de inteligibilidad para la experiencia del cuidado en salud que, en el SUS, cabe enfatizar, es siempre una experiencia subjetivante multideterminada.

El recurso que hacemos al desarrollo analítico y conceptual de Butler sobre la teoría psicoanalítica se justifica por la crítica cuidadosa y coherente que la autora establece, haciendo trabajar las inconsistencias del psicoanálisis desde la propia episteme analítica. Es decir, sin dejarse engañar por el conservadurismo apasionado de la doxa psicoanalítica. De hecho, es precisamente la doxa psicoanalítica lo que esperamos haber, al menos en parte, deconstruido al cuestionar la fuerza explicativa y la fuerza derivativa terapéutica, ética y política de algunos supuestos psicoanalíticos problematizados en este trabajo. En efecto, si el psicoanálisis es por excelencia un método de tratamiento e investigación, ello representa la tarea de evaluar cómo algunos proyectos psicoanalíticos participan en la construcción de una clínica verdaderamente comprometida con el alivio del sufrimiento de cuerpos tomados como disidentes. Nuestra discusión al respecto sirvió al propósito de demostrar que el psicoanálisis tiene recursos para exorcizarse de ciertas matrices conceptuales sin necesidad de abandonar muchos de sus otros recursos conceptuales. De hecho, esos recursos componen el análisis de Butler al abordar como campo prioritario de mayor potencia de la vida humana aquel que define la dependencia inevitable de la subjetividad ante la invasión del otro en sus territorios más íntimos.

Además, si la prioridad de la experiencia de la precariedad de los cuerpos se genera a partir del origen común de la indefensión de la vida humana y, por lo tanto, de la dependencia radical del otro, entonces también es determinante de la necesidad social de protección (cuidado) para las diferentes formas de existencia. Desde esta perspectiva, el proceso analítico desarrollado mediante el instrumental del psicoanálisis que propusimos (arqueología y curaduría clínicas) puede contribuir a evaluar la distribución afectiva de la protección garantizada a algunos cuerpos y no a otros, lo que convierte la noción laplancheana en una categoría ética y política fundamental para el cuidado. En este sentido, el psicoanálisis contribuirá a mapear cómo el ethos afectivo de la alteridad inscrita en las relacionalidades define qué cuerpos deben merecer el derecho a la protección de la vida. En esta dirección, nuestra investigación demostró cómo los términos de inteligibilidad de la teoría de la seducción generalizada pueden romper con la clínica psicoanalítica normativa, sobre todo cuando se inserta en el cuidado de vidas que siguen siendo masacradas por el simple hecho de no participar del exclusivismo de la norma —como creemos haber demostrado que es la realidad asistencial de la

política pública en el SUS. Finalmente, dejamos abiertos caminos para otras investigaciones sobre el cuidado que puedan profundizar debates clínicos, éticos y políticos con recursos de la teoría laplancheana y con la filosofía de Butler. Al destacar la potencia de la noción de prioridad del otro en los circuitos de producción de la episteme y de la tecnología clínica del psicoanálisis para el cuidado, colaboramos con la definición de horizontes de durabilidad ontológica para quienes necesitan recibir más de la política pública en términos de recursos de protección de la vida.

Palabras clave: Alteridad; Autonomía; Psicoanálisis; Relacionalidades; Cuidado

RÉSUMÉ

Cette étude sur le soin a cherché à enrichir les ponts existants entre la pensée psychanalytique de Laplanche et la pensée politico-philosophique de Butler, atteignant ainsi des ressources d'intelligibilité pour l'expérience du soin en santé qui, dans le SUS, il est important de le souligner, est toujours une expérience subjective multidéterminée.

L'appel que nous avons lancé au développement analytique conceptuel de Butler sur la théorie psychanalytique se justifie par la critique soigneuse et cohérente que l'auteure établit, en mettant au travail les incohérences de la psychanalyse à partir de la propre épistémè analytique. C'est-à-dire, en ne se laissant pas tromper par le conservatisme passionné de la doxa psychanalytique. D'ailleurs, c'est justement la doxa psychanalytique que nous espérons avoir, au moins en partie, déconstruite lorsque nous questionnons la force explicative et la force de dérivation thérapeutique, éthique et politique de certains présupposés analytiques problématisés dans ce travail. En effet, si la psychanalyse est par excellence une méthode de traitement et d'investigation, cela représente la tâche d'évaluer comment certains projets psychanalytiques s'engagent dans la construction d'une clinique réellement engagée dans l'atténuation de la souffrance des corps considérés comme dissidents. Notre discussion à ce sujet a servi le propos de démontrer que la psychanalyse dispose des ressources pour s'exorciser de certaines matrices conceptuelles, sans avoir besoin d'abandonner nombre de ses autres ressources conceptuelles. D'ailleurs, ces ressources composent l'analyse de Butler en abordant comme champ prioritaire de plus grande puissance de la vie humaine celui qui définit la dépendance inévitable de la subjectivité face à l'invasion de l'autre dans ses territoires les plus intimes.

Or, si la priorité de l'expérience de précarité des corps est engendrée par l'origine commune du désarroi de la vie humaine et, par conséquent, de la dépendance radicale envers l'autre, elle est alors aussi déterminante de la nécessité sociétale de protection (soin) pour différentes formes d'existence. À partir de cette pensée, le processus analytique développé par l'instrumentation de la psychanalyse que nous avons proposée (l'archéologie et la curation cliniques) peut composer l'évaluation de la distribution affective de la protection garantie à certains corps et non à d'autres, ce qui rend la notion laplanchienne une catégorie éthique et politique fondamentale pour le soin. En ce sens, la psychanalyse contribuera à cartographier comment l'ethos affectif de l'altérité souscrite dans les relationalités définit quels corps doivent mériter le droit de protection de la vie. Dans cette direction, notre recherche a démontré comment les termes d'intelligibilité de la théorie de la séduction généralisée peuvent rompre avec la clinique psychanalytique normative, principalement lorsqu'elle est insérée dans le soin des vies qui restent massacrées par le simple fait de ne pas participer à l'exclusivité de la norme – comme nous avons cru avoir démontré être la réalité

assistancielle de la politique publique au SUS. Enfin, nous laissons les voies ouvertes pour d'autres recherches sur le soin qui puissent approfondir les débats cliniques, éthiques et politiques avec les ressources de la théorie laplanchienne et de la philosophie de Butler. En soulignant la puissance de la notion de priorité de l'autre dans les circuits de production de l'épistémè et de la technologie clinique de la psychanalyse pour le soin, nous contribuons à la définition d'horizons de durabilité ontologique pour ceux qui ont besoin de recevoir davantage de la politique publique en termes de ressources de protection de la vie.

Mots-clés : Altérité ; Autonomie ; Psychanalyse ; Relationalités ; Soins

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - Protótipo inconsciente Ou Inconsciente-trança

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL.....	21
2 PRIMEIRA PROBLEMÁTICA DO CUIDADO: FUNDAMENTOS PARA ABORDAGEM DA EXPERIÊNCIA ONTOLÓGICA NO TRÂNSITO EPISTÊMICO ENTRE A SAÚDE COLETIVA E A PSICANÁLISE.....	32
2.1 Introdução.....	32
2.2 O inconsciente na cena de cuidado.....	36
2.3 Alguns aspectos epistemológicos de uma psicanálise em trânsito.....	41
2.4 Princípios ontológicos para uma psicanálise em trânsito?.....	46
2.5 Um Vorbild inconsciente em Laplanche.....	47
2.6 Uma ontologia para psicanálise?.....	53
2.7 Considerações finais.....	60
2.8 Referências.....	63
3 SEGUNDA PROBLEMÁTICA DO CUIDADO: A CONTRIBUIÇÃO DA TEORIA PSICANALÍTICA PARA O CONCEITO DE AUTONOMIA NO CUIDADO EM SAÚDE.....	67
3.1 Introdução.....	67
3.2 Algumas notas sobre a questão da autonomia em psicanálise.....	67
3.3 Sujeito não é inconsciente, sujeito não é “Eu”.....	72
3.4 A primazia do outro e a construção das bases éticas de uma noção de autonomia.....	75
3.5 A autonomia, a política e a responsividade ética: uma autonomia sem liberdade?.....	77
3.5.1 <i>Saúde coletiva e psicanálises</i>	77
3.5.2 <i>Um desvio crítico para aprimoramento da teoria psicanalítica da saúde coletiva</i>	80
3.5.3 <i>Responsividade ética</i>	81
3.5.4 <i>Da responsividade ética a autonomia</i>	87
3.6 Considerações finais.....	90
3.7 Referências.....	92
4. TERCEIRA PROBLEMÁTICA DO CUIDADO: FUNDAMENTOS TÉCNICO-CONCEITUAIS DA CLÍNICA PSICANALÍTICA PARA O CUIDADO EM SAÚDE.....	95
4.1 Introdução.....	95
4.2 Notas sobre a construção clínica na cena de cuidado em saúde: construção e arqueologia clínicas.....	98
4.3 Recursos da tina no cuidado em saúde: arqueologia da construção da clínica e curadoria clínica.....	110
4.4 Antes da curadoria clínica, a supervisão.....	116
4.5 Curadoria clínica.....	126
4.6 Considerações finais.....	136
4.7 Referências.....	138
5. QUARTA PROBLEMÁTICA DO CUIDADO: EVIDÊNCIAS DAS CONTRIBUIÇÕES DE UMA PSICANÁLISE EM TRÂNSITO NA DIREÇÃO DE TRABALHO CLÍNICO DO CUIDADO EM SAÚDE.....	144
5.1 Introdução.....	144
5.2 Algumas linhas metodológicas sobre a organização da memória clínica do caso.....	146
5.3 Raízes da biossubjetivação: registros do quadro mórbido.....	147

5.4 Semiologia defensiva.....	148
5.5 As relacionalidades primárias e os jogos de subjetivação das origens.....	149
5.6 Novos registros da velha alteridade: as relacionalidades do cuidado.....	152
5.7 A ética da violência como resposta instaurada pelo registro antienigmático: mais registros das origens.....	162
5.8 Amor, inexorável amor.....	168
5.9 A alteridade dos caminhos de cura: novos registros das relacionalidades do cuidado.....	172
5.10 Caminhos melancólicos da subjetividade.....	179
5.11 Outros terrenos de subjetividade: a política da melancolia.....	184
5.12 Considerações finais.....	195
5.13 Referências.....	197
6 CONCLUSÃO GERAL.....	201
7 REFERÊNCIAS.....	209

1 INTRODUÇÃO GERAL

Apesar de condicionante da vida humana, o cuidado, condição de possibilidade para gênese e sustentação da subjetividade, é invisibilizado nas relações societárias por motivos mais ou menos claros. Entretanto, quando elevado ao domínio tecnicista de saúde, o cuidado é tingido de feições objetivas que o transformam significativamente. Normalmente, nesse contexto, suas características subjetivantes são perseguidas como demônios que o cientificismo tenta exorcizar da técnica de tratamento dos corpos para garantir qualidades de eficácia. Obviamente, há nesse caminho de transformação do cuidado, de uma “atividade” subjetiva comum em um mecanismo técnico objetivo de tratamento dos corpos, vários fenômenos, os quais, aderidos aos produtos do afeto (invisibilizados invisibilizam nas trocas intersubjetivas), seguem estabelecendo consequências que escapam de forma significativa ao tecnicismo, o qual supõe governar cientificamente os produtos do cuidado. No caminho dessa transformação do fenômeno do cuidado, poder-se-ia destacar muitos elementos decisivos a ele associados, para dizer de alguns: sua expropriação e mercantilização pela máquina de trabalho, sua generificação e racialização para distribuição do capital profissional entre homens e mulheres e entre brancos e não brancos (na vida prática de trabalho, essa distribuição fica evidente se compararmos esses qualificadores entre profissionais da medicina e da enfermagem) e sua exportação da vida privada para vida pública.

Mesmo não descartando a importância da crítica a essas transformações e a contribuição de outras discussões, tais como as que mostram o cuidado como riqueza produtiva do trabalho invisibilizado - “La riqueza invisible del cuidado” (Garcia, 2018) - optamos por destacar outros caminhos de pesquisa nesse trabalho, que por ora apresentamos como Tese para obtenção do doutoramento. Nesse sentido, propusemos o caminho de investigação sobre quais contribuições a psicanálise pode oferecer ao cuidado público em saúde.

Para entender quais poderiam ser essas contribuições, estabelecemos a proposição de problemáticas sobre o cuidado. Notadamente, com isso, adotando o pensamento metodológico de Jean Laplanche, fizemos trabalhar uma triangulação exploratória fundamental que tem se tornando cada vez mais importante para a teoria psicanalítica, isto é, aquela que busca compreender e visibilizar quais são os efeitos clínicos, éticos e políticos que os termos de inteligibilidade da teoria e da técnica psicanalíticas produzem para subjetividade.

Mais especificamente, buscamos forçar criticamente os recursos técnico-conceituais da psicanálise na relação que os associa com o cuidado da política pública, partindo de um

cenário específico da assistência em saúde, no qual acreditamos encontrar um campo de experiências representativas das formas de sofrimento humano que esse cuidado cumpre a função de aliviar. Qual seja, destacamos o cenário de cuidado das portas hospitalares de urgência e emergência.

Na esteira dessa lógica, nossa hipótese central partiu da tese de que algumas matrizes de inteligibilidade derivadas da noção laplancheana de primazia da alteridade podem orientar o desenvolvimento de recursos teórico-conceituais e técnicos fundamentais para os domínios terapêuticos (clínicos), éticos e políticos do cuidado na política de saúde. Não ingenuamente, essa hipótese teve como pretensão demonstrar que a doxa psicanalítica se disseminou de forma acrítica no território de saberes que orientam a produção de saúde, havendo, por isso, uma derivação irrefletida e perigosa de alguns recursos de inteligibilidade da psicanálise para desenvolvimento de conhecimentos sobre o cuidado que objetivam a proteção da vida e, portanto, a garantia de legitimidade de diferentes formas de existência dos corpos.

Ademais, nossa afirmação colocou ênfase na natureza plural da episteme psicanalítica, para destacar a assertiva de que a noção de primazia da alteridade, desenvolvida por Jean Laplanche, guarda uma engenharia fundamental para derivação de recursos clínicos, éticos e políticos para o cuidado nas políticas de saúde. Isto é, nossa tese procurou demonstrar que algumas matrizes de psicanálise podem minar recursos de inteligibilidade para experiências ontológicas antinormativas.

Nesse sentido, apresentamos outro instrumental do pensamento psicanalítico, que serviu à criação de recursos mais comprometidos com a proteção subjetivante das múltiplas formas de existência dos corpos. Assim, visamos garantir ao cuidado em saúde elementos críticos e tradutivos para manutenção de vidas que foram tornadas precárias em função dos registros normativos que eclipsaram seus horizontes de existência (privilegio do devir de alguns corpos que contam com a dadivosa permissão de existir enquanto muitos outros tem sua experiência de durabilidade ontológica impedida).

Para sustentar essa hipótese estabelecemos algumas questões, as quais tentamos debater com o desenvolvimento de quatro problemáticas, a seguir enunciadas por seu conjunto de perguntas orientadoras dos argumentos específicos em cada um dos quatro artigos que compõem esta tese:

Problemática um - Quais marcos filosóficos orientam a psicanálise que deve se debruçar sobre os fenômenos subjetivos em seu espectro de manifestação psíquica e social? Como essa discussão pode contribuir para o alargamento de projetos de cuidado

antinormativos para os sujeitos e as coletividades nas políticas de saúde? Qual matriz inconsciente pode colaborar com horizontes ontológicos de durabilidade para os corpos expostos a condições precárias de vida no cuidado em saúde?

Problemática dois – O que se pode dizer sobre a importância do conceito de autonomia para a psicanálise e para o cuidado em saúde? Quais implicações da noção psicanalítica de primazia da alteridade nos processos originários da subjetividade para construção da noção de autonomia dos corpos no cuidado em saúde?

Problemática três - Como a psicanálise se estrutura para se inserir na organização do cuidado da subjetividade no universo da produção de saúde? Qual a condição de possibilidade para que a psicanálise realize sua práxis no território de saúde? Quais ferramentas clínicas podem ser derivadas para essa práxis a partir da noção de primazia da alteridade?

Problemática quatro: Como a psicanálise deixa o campo de abstração metapsicológica para se colocar em trânsito, no cuidado em situações concretas do cotidiano da política em saúde na instituição hospitalar de urgência e emergência? O que as matrizes de inteligibilidade derivadas da noção de primazia da alteridade mostram sobre o processo inconsciente na direção do trabalho clínico no cuidado em saúde? Qual a implicação dessa orientação clínica para entendimento das políticas da melancolia na dinâmica de sofrimento desencadeada pelos mecanismos de precarização da vida com os quais o cuidado em saúde precisa lidar? O que a construção de caso pode revelar, com o uso das ferramentas de uma psicanálise em trânsito?

Para compreensão do modo como pensamos o processo de investigação em problemáticas, basta que se entenda: “através deste modo de tornar problemática a doutrina, mas também a história e a clínica, esboça-se a configuração de uma outra temática” (Laplanche, 1987/1993a, p. 259). Isso indica que da problemática sobre o cuidado extraímos vários outros temas que se mostraram de grande importância nessa interface do cuidado em saúde com a psicanálise.

Assim, estabelecemos com a investigação um espaço de criação de novos recursos teóricos, conceituais e técnicos, reafirmando com isso que “Colocar em problemática, se quiserem, [é] colocar em posição de parto de uma outra temática (o parto é também um trabalho)” (Laplanche, 1987/1993a, p. 2). Na trilha desse caminho, fizemos uma testagem exploratória dos recursos teórico-conceituais da teoria analítica ao mesmo tempo em que delimitamos contribuições técnicas para o cuidado em saúde “buscando colocar em problemática... ao mesmo tempo em suas contradições sincrônicas e igualmente na contradições de seu movimento” (Laplanche, 1987/1993a, p. 2).

Desta feita, nossa investigação se desenvolveu através de quatro problemáticas. A primeira apresenta os fundamentos da Teoria da Sedução Generalizada (TSG), explorando suas relações com o cuidado inter-humano e com os processos originários do inconsciente, para então trabalhar um sistema de derivação conceitual que serve como pano de fundo para discussões subsequentes. Na segunda problemática tratamos de um conceito nevrálgico para discussões que perpassam o cuidado nas políticas de saúde, e mesmo para o exercício político da vida na cena coletiva dos corpos, em especial, nos contextos de maior criticidade social, isto é, abordamos o tema da autonomia. No terceiro artigo, exploramos a discussão sobre as condições de possibilidade para o exercício da psicanálise na cultura e a relação desses temáticas com a psicanálise no cuidado em política pública, bem como formalizamos, exploramos e desenvolvemos teoricamente algumas ferramentas técnico-conceituais para clínica psicanalítica. Por fim, no quarto artigo, demonstramos a construção clínica da psicanálise no cuidado, analisando e problematizando o caso único e extraindo do caso os elementos que indicam o que a psicanálise pode avistar e manejar para além de seus efeitos terapêuticos na relação analista paciente .

Nosso eixo argumentativo segue os sentidos que mapeiam a centralidade da noção laplancheana de primazia da alteridade na constituição psíquica da subjetividade para assim estabelecer pontes fundamentais da psicanálise com o cuidado em saúde. A exploração desse triângulo temático - alteridade, psicanálise e cuidado - foi definidora de ramificações dos domínios de pesquisa. Inicialmente, problematizamos os terrenos da filosofia do conhecimento, não com a intenção de criar recursos para esse campo de produção, mas para exercitar a delimitação do estado da arte sobre os fundamentos filosóficos que orientam para teoria laplancheana os termos de inteligibilidade e de projeção da experiência ontológica para os corpos em diferença. Isto é, buscamos estabelecer para o projeto clínico que desenvolvemos os horizontes que podem ser cobiçados por seu modelo explicativo e qual alcance a psicanálise tem para avistar as extremidades da subjetividade em seu espectro mais interior e mais exterior de manifestação.

Em outros termos, diríamos que o trajeto filosófico visou esclarecer e diferenciar outros recursos de inteligibilidade dentro do campo filosófico para a psicanálise, dando consistência a chaves conceituais que se distanciam das teorias psicanalíticas ainda muito contaminadas pelo pensamento estruturalista. Isso significou mostrar qual caminho de durabilidade ontológica o modelo psicanalítico de Laplanche pode sustentar de forma derivativa. Metaforicamente, exploramos o tipo de material que nossa navegação possui à disposição para ser reconstruída, calculando na testagem das características desse material

qual consistência interna ele tem para suportar as diferentes correntes marítimas e oceânicas que a subjetividade integra no cuidado em saúde. E, ao nosso ver, a testagem desses materiais exigia a formalização do modelo inconsciente desdobrado da teoria laplancheana, e da experiência ontológica dele derivável. Com isso, buscamos afastar a psicanálise de entendimentos que a equiparassem às técnicas de cuidado da subjetividade que entificam a vida anímica e a condenam à determinação solipsista, ipsocentrada e descolada do curso material sociohistórico que afetam os corpos e bases originárias do mundo subjetivo.

Essas perspectivas de cuidado recortam da realidade um sujeito que detém toda a razão heróica sobre si e todo os recursos para condenar-se ou salvar-se de si mesmo, desde que submetido à forma correta de tratamento. Sabemos que essas noções servem ao domínio-prazer daqueles que nutrem seus privilégios às expensas do sofrimento do outro e ao preço da perpetuação de graves injustiças e desigualdades na distribuição dos recursos socioculturais e tecnológicos de sustentação da vida. Ademais, é preciso considerar: a tecnologia que responsabiliza singularmente o sujeito cria para ele a exigência de autossuficiência, aumentando sua desproteção no processo de isolamento que é reforçado pela tentativa de romper com a inevitável dependência do outro. Uma orientação que alimenta o enlouquecedor ressentimento e o esforço paranóico vingativo contra a ofensa originária de desposseção da subjetividade. E, portanto, uma experiência que em seu domínio ontológico negativo envolve o esvaziamento causado pela colonização do outro no universo frágil de nossa própria identidade. Isso porque “somos, como corpos, vulneráveis aos outros e às instituições, e essa vulnerabilidade constitui um aspecto da modalidade social por meio do qual os corpos persistem” (Butler, 2018, p.140).

O modelo metapsicológico da psicanálise de Laplanche oferece um protótipo ontoantropológico de universalização da sedução originária como elemento fundamental constitutivo da subjetivação inconsciente, já que “nossas capacidades táteis, motoras, visuais, olfativas ou auditivas nos conduzem para além de nós mesmos, isso acontece porque o corpo não permanece no seu próprio lugar e porque um desalojamento desse tipo caracteriza o sentido corporal de maneira mais geral” (Butler, 2018, p. 100); e como tal, tanto a sobrevivência do organismo quanto a fundação da experiência subjetiva guardam dependência com a alteridade, inclusive em sua dimensão inconsciente, como excedente traumático garantidor de vida para o sedutor e para o seduzido, o que nos obriga inevitavelmente a “falar algumas vezes sobre a regulação dos sentidos como uma questão política” (Butler, 2018, p. 100).

Desta feita, o modelo do processo inconsciente teve a função de fundamentar a aproximação da clínica psicanalítica com o cuidado feito no domínio público da política, consolidando bases para que a teoria e a técnica analíticas demonstrassem mais claramente suas chaves de inteligibilidade para sustentação e lidassem com a precariedade singular de uma multidão de corpos. Reproduzindo um esquema do qual Laplanche se utiliza para representar o processo inconsciente, remetendo ao avanço espiral de uma trança, o protótipo que apresentamos retoma a “espiral que torna sempre a passar pelas mesmas verticais, que portanto é essencialmente repetitiva, mas que busca, ao menos em certos momentos, mudar de plano.” (Laplanche, 1987/1993, p. 2). Em nosso trabalho, remetemos a mudança de plano dessa espiral em termos continuístas entre adulto-criança, fora-dentro, único-múltiplo, eu-outro, parental-societário, particular-público, para criar uma épura do processo de subjetivação inconsciente, definindo a quais experiências ontológicas ele pode ou não remeter.

Esperamos com isso que essa exploração tenha conseguido consolidar de vez a importância da sociabilidade para o processo originário inconsciente, não permitindo confusões com alguns caminhos mais desafortunados da teoria psicanalítica que reduzem o processo inconsciente a uma estrutura familista transcendente e desafetada pela relações socioculturais. De outro modo, é fundamental que outros saberes não tomem a psicanálise como um campo que se volta sobre uma subjetividade solipsista, que se inicia e termina em si mesma, mas que a reconheçam como método de interpretação da reflexividade subjetiva provocada pela coisa inconsciente em um contínuo de processos transitivos entre o psíquico e o social

Em seguida, achamos importante debruçarmo-nos sobre as aproximações possíveis entre as noções constitutivas da subjetivação inconsciente e a autonomia como exercício político de autodeterminação do sujeito, pensada com as contribuições de entendimentos elaborados pelo campo da saúde coletiva. Apesar da depuração metafísica que fazemos no conceito de autonomia a partir das interpretações psicanalíticas sobre a subjetividade, a centralidade da problematização levantada e da categoria conceitual fica demonstrada em alguns pontos de discussão sobre o caso clínico, ganhando contornos materiais tangíveis no cuidado e, como apresentado no último artigo, fazendo referência a situações análogas, e muito frequentes, na lide com pacientes em condições críticas de morbidade e desproteção social. Novamente, seguindo a orientação do papel fundamental da primazia do outro na dinâmica originária do inconsciente, optamos por estabelecer parâmetros para o exercício político da subjetividade na dinâmica de respostas e responsabilidade ao outro, não perdendo

de vista que isso é matéria fundamental para abordagem sobre a construção política da autonomia no cuidado em saúde.

No desenvolvimento da terceira problemática sobre o cuidado, deixamos o território mais diáfano da discussão epistêmica para adentrar o território de ofício da psicanálise no cuidado. Sem visar alocar a investigação dentro de uma lógica de representatividade epidemiológica ou amostral sobre o cuidado, empreendemos a apresentação de um recorte da cena assistencial locorregional de urgência e emergência. Isso serviu ao propósito de delineamento de referências mais empíricas para o reconhecimento da extensão do terreno subjetivo que o instrumental psicanalítico deve recobrir no cuidado até isolar a matéria prima de sua atividade, isto é, o processo inconsciente.

Além disso, buscamos formalizar e desenvolver criticamente a discussão levantada por Laplanche em torno das condições de possibilidade para feitura da psicanálise. Necessariamente, esse caminho nos conduziu até o modelo da tina ou, grosso modo, o protótipo criado pelo autor para dar representação ao funcionamento inconsciente e ao modo como a expressão inconsciente ganha contornos com a tina transferencial. Não sem razão, a lógica argumentativa de Laplanche acaba se deparando com velhas questões psicanalíticas, como por exemplo a que estabelece diferenças hierárquicas entre a psicanálise de tratamento e a psicanálise aplicada aos fenômenos culturais (na arte, no trabalho na instituição, na interpretação literária).

Trilhamos esses caminhos reiterando os apontamos do autor em muitos momentos e indicando suas inconsistências em alguns outros. Contudo, a chave conceitual aberta para superação dessa querela improdutiva entre as condições de possibilidade para se fazer psicanálise, no tratamento ou na cultura, é apontada pelo próprio Laplanche. Isto é, ao formalizar a abertura originária como marca indelével da alteridade inconsciente no mundo anímico, a questão da primazia do outro volta à posição de centralidade na discussão, seja na experiência ontológica de cada corpo ou nas alianças societárias nas quais esses corpos estão mergulhados. Desta feita, embora haja diferenças entre a psicanálise no “interior” da transferência e no extratratamento, há uma indissociabilidade na montagem da tina analítica porque nem tudo é sexual, mas a sexualidade pode estar em qualquer lugar (Laplanche, 1987/1993a).

Assim, a relação inter-humana é o terreno por excelência da transferência porque nela fala uma multidão anônima subscrita pelos corpos que a atualizam. Mais uma vez, exploramos esse argumento para demonstrar como a psicanálise no cuidado opera com a tina analítica em trânsito, aliviando o sofrimento subjetivo no “interior” do tratamento e

visibilizando a direção adotada pelo ethos afetivo do cuidado. Aproveitamos para apresentar ferramentas técnicas para o campo do cuidado elaboradas a partir da investigação crítica da teoria sobre ferramentas do ofício clínico da psicanálise, quais sejam: a construção, a arqueologia e a curadoria clínicas.

Destacamos também que a ferramenta de curadoria deve servir ao propósito político de aliançar mecanismos coletivos de proteção ética pela força permformativa que os corpos em assembleia podem alcançar, sobretudo quando acedem a interioridade estrangeira e constitutiva do outro para própria subjetividade, para então tratar nos diversos níveis institucionais a forma como o cuidado opera distribuindo, diminuindo ou aumentando a precariedade dos corpos que se deitam no leito.

Buscando outros caminhos, ao tratar da quarta problemática, escolhemos fazer um mergulho fundo na clínica com a apresentação do caso Paulo. Importante assinalar para aqueles que estão mais distantes das noções da práxis psicanalíticas: “no que concerne à ‘psicanálise clínica’, cujo único lugar verdadeiro está aí onde ela se pratica, no ambiente de fala, isto é, na sessão mesma” (Laplanche, 1987/1993a, p. 172). Obviamente, a construção clínica exigiu um trabalho dialógico com a memória produzida nas curadorias clínicas sobre sessões com paciente e familiares e sobre a extensão de processos subjetivos nos quais elas estavam mergulhadas (nas várias cenas em que os processos de cuidado continuavam entre os atores de saúde). Optamos, dessa forma, pela “deriva analítica obrigatória no relato de uma análise.” (Laplanche, 1987/1993a, p. 172).

Desse modo, buscamos com a Construção da Clínica para apresentação de pesquisa reduzir “essa distância entre o dizer intraclínico (que é prático) e o dizer da clínica (que é teórico)” (Laplanche, 1987/1993a, p. 172). Contudo não recorremos a nenhum artifício para aplacar o mal-estar da comunicação clínica. Seguindo o entendimento de Laplanche, não cedemos ao uso das

chamadas vinhetas clínicas, instantâneos, breves sequências sugestivas, mas na maioria das vezes situadas fora da dinâmica. O que talvez não seja, afinal, uma solução ruim; mas essa mudança do estilo da comunicação clínica deveria ser interrogada. A culminância, o ponto extremo dessa tendência é a ausência de referência direta a ‘casos’. Tendência da qual um autor como Lacan seria o exemplo mais ilustre (Laplanche, 1987/1993a, p. 172).

Apesar de correremos o risco de trilhar um caminho cansativo, buscamos honrar o esforço do trabalho de escuta na complexa cena do cuidado público em saúde, tão parasitada

por outras muitas cenas subjetivas (passadas e presentes) que ficam emaranhadas na situação clínica da sessão analista-paciente. Com esse intento, finalmente, deixamos o campo mais abstrato da teoria para dessa maneira “alimentar-se da clínica e metabolizá-la... regurgitá-la”. Atendemos com isso ao anseio de “Falar da situação analítica... relatar casos clínicos, e [evitar] por isso mergulhar na abstração” (Laplanche, 1987/1993a, p. 172). Assim sendo, a decisão de separar um momento específico de nossa pesquisa para a construção clínica do caso se manteve coerente com o pensamento laplancheano, que nos adverte: na leitura dos “escritos técnicos de Freud (tornei a percorrê-los desse ponto de vista)... não encontrarão, nesses escritos técnicos consagrados à situação ‘clínica’ por excelência, nem verdadeiras observações, nem mesmo vinhetas.” (Laplanche, 1987/1993a, pp. 172-173).

Ao perscrutar as camadas do material clínico reunido durante as curadorias, estabelecemos algo que poderia ser comparado por alguns a um diário de campo. Contudo, a clínica foi estabelecida primeiro em seu estado bruto, atendendo à dinâmica das demandas de elaboração da direção de trabalho clínico para o caso. Isto é, um material de escuta que produzia decisões para o cuidado da equipe de psicologia, ao mesmo tempo em que definia posicionamentos em relação aos horizontes pulsionais que habitavam as cenas coletivas de cuidado, traduzindo esse conteúdo em intervenções feitas pela equipe de psicologia nas diferentes cenas da instituição (em reuniões interprofissionais com a equipe assistencial, em discussões de caso em cenas mais privativas entre profissionais, à beira do leito). Com esse material, regurgitamos a teoria clínica, submetendo os recursos teórico-conceituais que desenvolvemos ao confronto com uma realidade crítica muito presente nos cenários de cuidado da política de saúde.

Desse modo, é preciso afirmar, isso ocorreu através da iluminação de entendimentos do caso, de forma a localizar os recessos desse processo subjetivante para aqueles que não estão inseridos nas práticas de cuidado das políticas de saúde. Se o pensar sobre a clínica não tivesse ganhado formas no cotidiano da práxis, o material bruto do cuidado não nos teria ajudado a desenvolver nossas problemáticas. Nesse sentido, fizemos aqui um trânsito da práxis para pesquisa e da pesquisa para práxis, tal como acreditamos que deva ser o desenvolvimento do conhecimento psicanalítico.

Novamente, essa escolha se manteve alinhada com o entendimento que “se certas elaborações teóricas são verdadeiras, elas devem necessariamente achar sua correspondência na prática psicanalítica. E, evidentemente, no lugar em que se manifesta essa prática... Nosso propósito seria, portanto: em que a prática psicanalítica, na forma mesmo como se instaura, na forma como se desenvolve – e também naquilo que exclui, por veremos que isso é

fundamental – ilustra, confirma, permite precisar ou retificar o que podemos enunciar na teoria e na psicopatologia analíticas sobre o ser humano, sua estrutura, e suas motivações; estrutura remetendo à tópica e motivações ao pulsional”. (Laplanche, 1987/1993a, pp. 3-4). Nesse sentido, através dessas correspondências com a prática interrogamos o comportamento da teoria frente ao cuidado.

Buscamos descamar diferentes cenas, registros, revelando conteúdos pulsionais das relacionalidades do cuidado. Ademais, caracterizamos a psicopatologia como resposta ao depósito alteritário disruptivo e localizamos a forma como o cuidado subscreve essa resposta reproduzindo um ethos afetivo que se baseia na política de eliminação da diferença, reavivando a distribuição desigual de precarização de certas formas de existência. Além disso, indicamos como o ethos do cuidado nutria a política da melancolia, estabelecendo a suspensão dos horizontes de durabilidade ontológica para vida. Em especial, nesse sentido, criticamos os mecanismos de inteligibilidade internos à psicanálise, que reforçam a dinâmica destrutiva da normatividade ao mesmo tempo em que apontamos outros recursos da teoria para desconstrução da norma, da essência e do estruturalismo apolítico e socialmente transcendente.

Com a apresentação do caso, examinamos a força de inteligibilidade da psicanálise para produzir cuidado para corpos dissidentes, vidas tornadas precárias pelo invisível trabalho de uma multidão anônima subscrita pelo desejo do outro. E com isso acreditamos ter nos afastado de analistas que não parecem

se interessar pela relação entre a situação analítica e o tipo de conteúdos pulsionais que nela se manifestam. Como se, uma vez instaurada essa situação, todas as pulsões nela se exprimissem de uma forma, por assim dizer, igualitária; como se as condições analíticas só tivessem uma relação longínqua com os conteúdos ou os motores do inconsciente, com sua energia.” (Laplanche, 1987/1993a, p. 4).

Não ingenuamente, com nossas problemáticas, esperamos ter alcançado, através da exploração aprofundada de diferentes domínios do cuidado (com uso de recursos da teoria e da técnica psicanalíticas), o desenvolvimento de chaves de inteligibilidade e uma engenharia com a repaginação de algumas ferramentas técnicas da psicanálise para o cuidado em saúde. Em função dessa escolha de reformular ferramentas e diferenciar qualidades mais específicas para o inconsciente que está no território de transição entre o universo da experiência ontológica e aquele que se vive singularmente na relação social atualizada com múltiplos corpos, cognominamos outra psicanálise, a psicanálise em trânsito. Marcamos com essa

pequena diferença a visão continuista entre modos de se fazer psicanálise no interior da sessão de tratamento e para além dela.

Para tanto, enfatizamos o caráter cambiante da psicanálise, uma ‘trans’psicanálise, marginal e transmorfa, sustentada por matrizes ontológicas negativas de significação para a subjetivação do processo inconsciente. Processo esse invisibilizado, marginalizado, que parasita a tina tecnológica de cuidado, em especial no contexto de saúde.

Também, nesse sentido, buscamos demonstrar como a tina analítica precisa se colocar em trânsito, em abertura, para revelar, incansavelmente, a indelével marca da alteridade na vida subjetiva de qualidade mais anímica ou de qualidade mais sociocultural. Ou seja, como apontamos, a tina analítica tem a potência de revelar os produtos anamórficos da subjetividade, psicanálise marginal, que lida com resultantes do entrelaçamento entre planos circulares, que remetem “a outra energia que pode ser dita marginal... mas igualmente ‘por acréscimo, em excesso’. . . É portanto algo que vem por acréscimo ao lado daquilo que se esperava” (Laplanche, 1993a/1987, p. 177).

Afinal, esperamos ter conseguido demonstrar a extensa implicação clínica, ética e política gerada pela matriz de inteligibilidade que é aberta pela fundamental orientação de sujeição da vida subjetiva ao inconsciente como alteridade. Alteridade que como multidão anônima, no cuidado, toma face nas relacionalidades primárias na história singular do paciente, ou toma a face avocada pelos atores do cuidado na lide com a vivência do corpo apassivado no leito. Notadamente, esperamos que essa engenharia teórico conceitual tenha alcançado recursos para a produção de efeitos terapêuticos no ofício psicanalítico no contexto de saúde, e também para a revelação e formação dos horizontes ético-políticos para os quais o cuidado pode se dirigir.

2 PRIMEIRA PROBLEMÁTICA DO CUIDADO: FUNDAMENTOS PARA ABORDAGEM DA EXPERIÊNCIA ONTOLÓGICA NO TRÂNSITO EPISTÊMICO ENTRE A SAÚDE COLETIVA E A PSICANÁLISE

*Tu és uma forma de ser eu, e eu uma forma de te ser: eis os limites de minha
possibilidade.*

Clarice Lispector

2.1 Introdução

No cuidado de saúde há uma predominância (senão uma universalidade) de práticas encobridoras¹ que se apresentam por via de atos biomédicos pseudocientíficos que se autorizam em dinâmica de relacionalidades sociotécnicas complexas. Enfocam-se, nessas cenas de cuidado, as relacionalidades presentes na dinâmica de produção de saúde.

Além disso, a instituição pública de saúde é o território que marca com enorme importância democrática a diversidade de experiências da cultura de cuidado no Brasil. O Sistema Único de Saúde “organiza a atenção à saúde nos mais de 5.500 municípios do país para os 200 milhões de brasileiros . . . incluindo áreas remotas e desfavorecidas, [fazendo com que] o SUS se configure como um dos maiores sistemas universais do mundo.” (Giovanella et al., 2018, p. 1773-1774). Essas condições², que envolvem o atendimento de múltiplas pessoas, diferentes situações subjetivas, em terrenos diversificados de produção sociocultural, garantem que a psicanálise, inserida no cuidado ao sofrimento humano, encontre nessa cena um espaço fundamental de relacionalidades para investigação e terapêutica na cultura.

O termo relacionalidades³ é empregado por Butler (2017), sem ganhar o estatuto de conceito, em sua obra *Relatar a si mesmo: crítica da violência ética*. Neste trabalho, empregaremos o termo relacionalidades, ou relacionalidades sociotécnicas, para destacar o campo de subjetivação específico criado pelas conjunturas da cena de cuidado em saúde, em

¹ Na acepção original da teoria freudiana, trata-se de uma lembrança sem significação mais importante que é recuperada com clareza, mas que contém elementos que remetem a uma segunda, anterior (essa, sim, ligada a conteúdos que devem ser objeto de recalque).

² Para saber mais sobre a realidade das portas de atendimento público de Urgência e Emergência no contexto brasileiro ver Dubeux, L. S., Freese, E. & Felisberto, E. (2013)

³ Entendemos que Butler e Athanasiou (2017) empregam o termo para fazer referência às formações subjetivas do inconsciente estabelecidas na relação da diáde eu-outro. O termo, na verdade, representa para a autora a experiência de atualização de inúmeras outras relações originárias que assumem a forma de um rosto humano enigmático, uma multidão anônima. Isto é, uma marca subjetivante que remete a uma história de relações que excedem anacronicamente o encontro entre dois corpos circunscritos no tempo e no espaço de uma cena exclusivamente inédita: “somos afectados por la otredad, y que eso nos define como seres receptivos y relacionables desde el comienzo” (Butler & Athanasiou, 2017, p 120).

especial, aquelas que, no hospital, indicam o modo como o cuidado provoca o recrudescimento de situações originárias para os atores nela envolvidos. Ademais, a partir desse caminho, sustentaremos a concepção estabelecida por Butler na qual a autora explicita o modo como as relações subjetivas se enraízam em processos de constituição do psiquismo, estabelecendo uma dinâmica movente, única e inconclusiva. Para tanto, Butler se apoia na Teoria da Sedução Generalizada (TSG), descrevendo a forma como as relacionalidades atualizam as origens da subjetivação humana a partir da relação fundadora estabelecida entre a criança e o adulto.

Mais especificamente, as relacionalidades sociotécnicas do cuidado também se constituem em narrativas, códigos, atos e mesmo em alianças coletivas entre trabalhadores, que engendram mecanismos tecnocráticos e verticais de relações de poder-prazer. São processos subjetivos que podem ser protagonizados por diferentes profissionais que prestam assistência em saúde ao paciente. Tal como um tecido simbólico constituído de retalhos - alinhados, desalinhados, sobrepostos, grosseiramente continuados - as relacionalidades no cuidado têm efeitos mais ou menos desorganizadores em dinâmicas específicas. Dentre essas dinâmicas estão aquelas que se pautam por concepções mais pragmáticas.

A perspectiva pragmática é orientadora da “racionalidade médica científica contemporânea” (Contatore et al., 2017, p. 554) e define o tipo de atenção à saúde mais fortalecida no cuidado biomédico, sendo caracterizada pelo conjunto de procedimentos técnicos e tecnológicos voltados ao tratamento da doença como único e principal objeto de atenção. Criticada, em sua ênfase tecnicista, “pela pouca eficiência na resolução de vários problemas de saúde” e pelos “efeitos de medicalização e de intensificação do sofrimento social” (Contatore et al., 2017, p. 557), faz-se acompanhar pelo paradigma assistencial-pedagógico da “medicina baseada em evidências”, que submete as decisões do cuidado à pretensa cientificidade de exames e outras provas, servindo de apoio à intervenção médica – numa lógica da aprendizagem baseada em problemas (Faria et al., 2021). Na prática, hospitais são pensados como uma empresa qualquer e a ciência é concebida de forma conservadora, ultrapassada e restritiva, sem interesse por singularidades, subjetividades nem pela cultura concreta de sujeitos.

Ora, há uma diversidade de formas de cuidado, que abrangem “relações sociais e culturais em suas efetivações” (Contatore et al., 2017, p. 560). Nesse sentido, pode-se entender o cuidado como uma forma de subjetivar, decorrendo da condição de interdependência humana para o qual o processo terapêutico singularizado também deve se

voltar. Assim, “racionalidade implícita o cuidar daquilo que é imprevisível e singular em cada sujeito ou coletividade” (Contatore et al., 2017, p. 557).

Um ponto de considerar o objeto para além das doenças enraíza-se na abertura para acolher a produção de saber e de cuidado que se direciona para a cena sócio-psíquica e pulsional da experiência humana. Nesse sentido, esse avanço, apesar de aparentemente óbvio, é garantidor da superação do projeto tecnicista-protocolar que exclui cenas subjetivas fundamentais para experiência em saúde “encarnadas em sujeitos, em pessoas”. (Campos & Amaral, 2007, p. 850). Sem dúvida, isso impõe que os projetos de cuidado das mais distintas vertentes profissionais não desprezem que, no contexto da política pública, terão de se haver com uma ética de cuidar não meramente protocolar, tecnicista, classificatória, seriada e mercatória.

Desse modo, as decisões apoiadas apenas no modelo da medicina baseada em evidências podem suspender processos de cuidado singulares de forma perigosa, excluindo mecanismos subjetivantes que têm potência de proteção por criarem processualmente saídas particularizadas aos modos de existência concreta. A visão conservadora e tecnicista de produção de saúde anula a potência de cuidado associada às narrativas particularizadas de diferentes modos de vida, em função da pressuposição meramente probabilística e antecipatória que decide antes de conhecer e acomodar modos de existência/resistências singularizadas.

Uma pequena digressão exemplifica efeitos violentos dessas práticas. É assim que, por exemplo, a medicina neurológica, diante da falta de achados laboratoriais ou de imagem, nega-se a ver o que a experiência mostra de forma evidente: a jovem, que começa a ter crises convulsivas há poucos meses, é avaliada em um pronto-socorro com o amparo da literatura generalizante que duvida da legitimidade do sintoma, recebe rápida e punitivamente a sentença da máscara da histérica, sendo, por isso, violentada por uma mescla grotesca feita entre a velha psicanálise e a neurologia de vanguarda. O diagnóstico exime a equipe médica de qualquer abertura para outras explicações e o pseudodiagnóstico de crise convulsiva não epiléptica psicogênica (CNEP) marca, sem cuidar, o psiquismo em intenso sofrimento que está sob o desgoverno do sintoma de enraizamento orgânico.

Não são incomuns os diagnósticos de crises conversivas em Pronto-Socorros da rede pública de saúde que recorrem à concepção estigmatizante da já ultrapassada patologia neurótica exclusiva das mulheres - a histeria da era vitoriana⁴. Algo que se passa sem

⁴ Para se entender tanto as origens culturais violentas do conceito de histeria e da base pseudocientífica empregadas pela medicina em tais condutas, que hoje ganham nova roupagem com o uso da noção de crise

acompanhamento regular de mulheres que apresentam sintomas orgânicos, não avaliados de forma suficiente e rapidamente relegados à condição de “existência simulada”. Supomos ser improvável que uma jovem branca, bem colocada na pirâmide social, acompanhada de sua bem-sucedida família, seja marcada em suas primeiras crises de convulsão com o diagnóstico de crise conversiva/pseudocrise/CNEP (todos com a mesma raiz explicativa). Assim, o rótulo de CNEP e seus pares diagnósticos (Kurcgant & Ayres, 2011) cumprem a mesma função histórica que a psicanálise vitoriana conferiu à neurose histérica (Kehl, 2008).

Esse é o tipo de violência que advém de uma formação tecnocrática, mesmo se teoricamente esse modelo também pretende considerar individualidades (Faria et al., 2021). Na realidade cotidiana, ao contrário, mal se dá atenção à história sociossubjetiva de pacientes. É óbvio que não pretendemos renegar a contribuição da psicanálise para o cuidado, ao contrário disso, mas alertamos, com esta problematização, para as apropriações que dela são feitas nessa economia de investimento da “tecnologia” humana.

Feita essa advertência crítica, lembramos que, ao contrário, a visão ampliada de saúde ambicionada na política pública de saúde foca a potencialização do grau de autonomia dos usuários, adotando “estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.” (Brasil, 2017). A noção de autonomia é assumida na perspectiva da clínica ampliada como recurso insuperável para fazer cumprir o projeto de cuidado de saúde estabelecido pela política pública, sendo central nesse contexto: em sendo assim, deve ser melhor explorada pela psicanálise que se volta para o cuidado – e o faremos em momento oportuno.

Destacamos que, na clínica ampliada em saúde, autonomia pode ser entendida como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências . . . A ampliação do grau de autonomia pode ser avaliada pelo aumento da capacidade de os usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o mundo da vida. O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros (Campos & Amaral, 2007, p. 852)⁵.

conversiva e/ou pseudocrises convulsivas, ver Kurcgant, D., & Ayres, J. R. de C. M. (2011) e Kehl, M. R. (2008).

⁵ Nos desdobramentos de nossa segunda problemática faremos um aprofundamento sobre a importância da relação entre as noções de autonomia e alguns pressupostos da teoria psicanalítica para a construção do cuidado em saúde.

A complexidade da política de saúde do SUS indica que “o trabalho clínico apresenta regularidades possíveis de serem identificadas e descritas em manuais, cadeias de cuidado ou protocolos. No entanto, a clínica também se caracteriza pela extrema variedade dos casos quando encarnados em sujeitos concretos” (Campos & Amaral, 2007, p. 850). Isso leva à compreensão de que um projeto político com uma visão ontológica específica regula e atinge as coletividades e individualidades que se inserem na cena assistencial na instituição de saúde. E, assim, esse projeto coloca como exigência o encontro com modelos explicativos da subjetividade que sejam compatíveis com ele. Nesse ponto, a psicanálise é decisiva.

O cuidado parece revelar a deformação de uma dinâmica complexa de mecanismos inconscientes e subjetivos nos diversos projetos de clínica. Há, como indicamos pelo exemplo da jovem com convulsões, dinâmicas normalmente ignoradas na construção do cuidado dentro da instituição de saúde (Contatore et al., 2017). Mas como tratar esses elementos no contexto do cuidado na instituição? Qual proposta psicanalítica pode contribuir para o alargamento de projetos de cuidado mais comprometidos com sujeitos e coletividades?

Considerando que “os cuidados e a sua importância para a vida social foram subvalorizados pelas ciências humanas e reduzidos pelas ciências naturais” (Contatore et al., 2017, p. 554) é necessário avançar com a investigação em “psicanálise se dirigindo para fora-do-tratamento, não de maneira acessória, como um ao-lado-de, mas fundamentalmente, dirigindo-se adiante dos fenômenos culturais.” (Laplanche, 1992a, p. 12). É Laplanche quem nos oferece os elementos teóricos para pensar as bases relacionais constitutivas do cuidado, mas no terreno do processo de fundação de um si mesmo na relação adulto-criança. Isso porque “a sedução tem todas as chances de se produzir em qualquer ‘relação de cuidado’” (Laplanche, 2003/2015b, p. 144).

2.2 O inconsciente na cena de cuidado

É necessário apontar que o cuidado circunscreve um campo de subjetivação amplo sob o qual várias disciplinas se debruçam com distintos olhares, mas na instituição de saúde, ele é delimitado por elementos específicos. Na instituição hospitalar, o cuidado é habitado por eventos biomédicos e técnicos que se apoiam em atos de subjetivação vindos de um terreno estrangeiro fundamental. Nessa cena, aparentemente apenas tecnológica, a invasão violenta do corpo é condição *sine qua non* de alívio, de redução de dano e de sobrevivência, sempre em dimensões muito primárias, viscerais, de vivência do corpo. No entanto, a cena de cuidado

hospitalar guarda forte relação com outras cenas, também de cuidado, que compõem originariamente a existência humana.

Dessa forma, é na relação de cuidado estabelecida entre adulto e criança que a subjetividade humana se constitui. Retomando o termo empregado por Butler, o cuidado é produto e fonte das relacionalidades. Nele se enraíza a estrutura de interpelação fundada na situação originária (Laplanche, 1992a), na qual o corpo organismo da criança será parasitado, invadido e erogeneizado pelo universo sexual do adulto como alteridade circundante e vital para o bebê. É nessa cena de sedução que o protótipo do corpo frágil, apassivado, invadido e fragmentado é fundado como coisa estranha e terrificante. Vale lembrar que esta cena é ainda mais primitiva que a cena inferida por Freud em sua análise do Homem dos Lobos — “História de uma neurose infantill” (1918/1996a), que remete a um circuito de testemunho infantil do coito entre os pais: “A criança [é] captada, apassivada pela conjunção de violência e gozo (o rosto regozijante de sua mãe) que lhe fora brutalmente imposta pelo coito adulto” (André, 1996, p. 79). A cena primordial de Freud não destaca que “o outro ganha no ato sexual um lugar próximo ao lugar dado à criança seduzida pelo adulto nos tempos originários do desenvolvimento psicosexual... primazia do pólo sedutor na confrontação do mundo infantil com a experiência sexual do adulto... a violência desse confronto é conferida, principalmente, pela passividade do objeto, da criança, incapaz de se defender da intrusão da sexualidade adulta.” (Silva, 2012, pp.81-82).

A teoria laplancheana resgata a sedução associada aos cuidados corporais ofertados pela mãe ao bebê. A entrada da mãe como outro sedutor confere à cena de sedução a categoria essencial de realidade que de fato lhe pertence. A sedução entra, desse modo, para um registro de necessidade vital para o bebê e ganha sua efetividade universal, generalizada em qualquer cultura. Não há vida, sobrevivência, sem cuidado, sem a invasão traumática e sexual do outro. Importante dizer que, no cuidado das origens, a sedução é tanto um elemento de penetração violenta e atacante, quanto de unificação, alívio e pacificação para o corpo invadido pela sexualidade do outro.

Laplanche é preciso ao destacar o elemento inconsciente estrangeiro envolvido de forma efetiva na realidade objetiva de cuidado que sedimenta de modo universal a cena de sedução originária, sendo este elemento um conteúdo não traduzido e inassimilável diante do qual adulto e criança se encontram indefesos e passivos. Nesse sentido, “pelo termo sedução originária qualificamos, portanto, esta situação fundamental na qual o adulto propõe à criança significantes não-verbais tanto quanto verbais, e até comportamentais, impregnados de significações sexuais inconscientes” (Laplanche, 1988, p. 119). É esse complexo cenário de

subjetivação, essencial para sobrevivência, universal para as culturas humanas, e presente nas condições originárias do cuidado na relação adulto-criança, a que Laplanche irá denominar situação antropológica fundamental (Laplanche, 2003).

Nos termos de Laplanche, a sedução generalizada “é a confrontação de um indivíduo cujas montagens somatopsíquicas se situam de maneira predominantemente ao nível da necessidade, com significantes emanando do adulto” (1988, p.120). A criança é, no cenário de cuidado, um corpo penetrado pela sexualidade do outro. Sendo assim, nunca é banal lembrar: “é esta defasagem que é o terreno do trauma” (Laplanche, 1992a, p. 114) e na dimensão do encontro entre o sujeito que cuida e o sujeito cuidado, ambos estão passivos diante das trocas libidinais desse inconsciente estrangeiro presente no circuito dessa relação. A defasagem traumática habita como emergência atualizada e/ou constituinte a experiência do adulto e da criança na relação de cuidado em todas as suas expressões.

Há elementos de grande semelhança entre as cenas originárias de cuidado da criança e as cenas de cuidado em saúde, em especial, as que ocorrem no hospital. Isto é, nas quais se encontra o corpo⁶ invadido, violentamente penetrado, sem defesas, radicalmente dependente do outro para o alívio primário de suas necessidades e para a garantia primitiva da vida. É também aí que essas relações de cuidado irão provocar o recrudescimento das experiências mais primitivas da sedução, despertando circuitos de excitação prazer/desprazer que induzem a descargas de natureza ativa e passiva (sádico-masoquistas), engendradas de forma ambivalente por distintos atores colocados nesse cena.

É possível considerar, nesse sentido, que o outro cuidador na instituição de saúde tem a função de exercer uma ação anti-homeostática e não apenas estabilizadora. É importante indicar a atividade do “mais-além-do-princípio-do-prazer, deslocando o psiquismo do pólo homeostático do evitamento de despreazer para o pólo de produção de intensidades, em que tanto o prazer como o despreazer são da ordem da intensidade” (Neri, 2003, p.34).

O cuidado avoca o inconsciente por ser a cena por excelência na qual as condições de possibilidade para manifestação dos conteúdos mais enigmáticos e desorganizadores estão dadas: a defasagem de experiências entre eu-outro, a passividade, o desamparo, a dependência do corpo infantil imaturo dos primeiros tempos de vida da criança e a insuficiência das

⁶ Referimo-nos aqui ao corpo entregue ao governo do outro, invadido, frágil, com as defesas psíquicas fragmentadas e com quase suspensão da função egóica, dado o impacto causado pela doença e pelo próprio tratamento ao funcionamento psíquico. Nesse sentido, se considerarmos os fenômenos de quase apagamento do eu pela imposição de vivências muito primitivas experimentadas pelo corpo organismo (psiquismo em suspensão-torpor; corpo rasgado, amputado, furado, invadido por sondas) sob ataque de processos mórbidos mais críticos no hospital, talvez essa seja a experiência mais próxima das origens psíquicas da subjetividade - na qual o corpo do bebê imaturo, vulnerável, sem agente psíquico é mantido pelo outro.

funções do organismo, ameaçado e entregue à penetração dos cuidados no ambiente sociotécnico da instituição.

Essas condições – que fazem irromper conteúdos sexuais operantes como outro em mim, como alteridade atacante, em um interjogo libidinal entre eu-outro, adulto-criança, paciente-atores do cuidado – também inauguram outros mecanismos inconscientes fundamentais.

A cena de sedução originária igualmente instaura o mecanismo simbólico de interpelação como demanda alteritária enigmática⁷, tornando-se o protótipo para o estabelecimento de relacionalidades. É, por exemplo, no cuidado materno, que a criança é oprimida pela presença exterior do seio, isto é, “o desejo surge primeiro do exterior e de forma opressora e retém essa qualidade exterior e estranha quando se torna desejo do sujeito” (Butler, 2017, pp. 96-97). Na relacionalidade primária adulto-bebê, a interpelação como demanda interiorizada é uma resposta à opressão do outro que se traduz de diferentes modos como uma exigência internalizada: “o que o outro quer de mim?”. Isso leva a um deslizamento enigmático sobre “‘Quem deseja quando ‘eu’”desejo?’ Parece que no meu desejo há um outro, e essa étrangeté perturba meu esforço de dar sentido a mim mesma como um ser limitado e separado.” (Butler, 2017, p. 98). Esse enigma que nos circunda como demanda e interpelação do outro, como alteridade, torna a elaboração do “eu” uma conquista inacabada e sofrível, guiada por uma opacidade sempre presente, por uma desposseção indelével.

Esse mecanismo de interpelação, recapitulado como elemento de desposseção do sujeito psíquico frente ao confronto com essa alteridade enigmática interna (Butler, 2017), é o que está na base das relacionalidades. É o que nunca deixa de se reapresentar nas relacionalidades, sobretudo nas que se estabelecem em cenas de cuidado. Isto é, o enigma como aquilo que se estrutura e “lembra o outro e seu peso opressor e reencaminha o inconsciente por meio de uma exterioridade” (Butler, 2017, p. 75).

A partir dessas noções sobre a importância da sedução originária nas cenas de cuidado e sobre os mecanismos de posseção da alteridade enigmática sobre as formas de relacionalidades que se organizam desde as origens primárias da sexualidade, é possível considerar o terreno onde iremos levantar nossas problemáticas do cuidado. Nesse sentido,

⁷ Enigmático como aquilo que excede o efeito psíquico imediatamente detectável numa dada experiência subjetiva, gerando uma carga afetiva que se deposita materialmente como excitação e que resulta na produção de uma mensagem inoculada pelo outro e não traduzida para o eu como uma demanda não traduzida “o que queres de mim?”.

não nos afastaremos da noção de que o cuidado em saúde funciona como um elemento de sedução e reabertura para o ataque de afetos inconscientes mais primitivos.

De início, contudo, mais do que apontar conteúdos da clínica para desenvolver esta discussão apenas dentro dos estudos de uma psicanálise aparentemente restrita a um subjetivismo, e por isso colocada como saber posto fora da cultura dos coletivos, gostaríamos de tomar outro caminho. E faremos isso exumando nossa primeira problemática do cuidado dos terrenos da filosofia, “começando das origens”.

Desse modo, ainda a partir da teoria da sedução generalizada, entendemos ser necessário extrair do modelo de inconsciente laplancheano algumas características específicas que pedem um desvio para concepções da filosofia. É possível, contudo, que seja interrogado qual é a função de se fazer considerações de natureza filosófica, remexendo a velharia ontológica e epistemológica da teoria psicanalítica. A resposta mais simples e direta talvez seja: para que comecemos a enterrar de vez a psicanálise “fora da cultura”, que parece lidar com um inconsciente metafísico, autogovernado por uma “entidade” significativa que foi universalizada com uma cara europeia, branca e heteronormativa. E, apesar de encontrarmos na teoria laplancheana esses recursos, é sob orientação do cuidado – capilarizado no seio da maior política pública de um país de tamanho continental, em uma instituição de acesso direto e ordinário da população – que retiraremos o objeto para interrogar seus limites e alcances. E para tanto, consideraremos que a psicanálise se debruça sobre a ocorrência do singular, mas, fundamentalmente, também, sobre o produto libidinal da diversidade, da história, da cultura e das coletividades.

Essa importância fica evidente quando tomamos como referência alguns marcos significativos entre psicanálise e filosofia a fim de situar as características ontológicas e epistemológicas que qualificam o modelo de inconsciente. Assim, tentaremos reunir um sistema de derivação conceitual fundamental para evidenciar as contribuições da psicanálise para o cuidado. As noções da TSG serão muito importantes nesse caminho de estabelecimento do trânsito de um projeto clínico apoiado em uma visão ético-política que ajuda a consolidar o modelo de cuidado perseguido pela política de saúde. Para tanto, esperamos reforçar as qualidades internas mais fundamentais da teoria psicanalítica através de um modelo de apresentação do processo inconsciente. Esperamos ainda que essa problemática estabeleça o alicerce para um diálogo frutífero sobre a relevância da teoria psicanalítica para o projeto de cuidado da política de saúde.

2.3 Alguns aspectos epistemológicos de uma psicanálise em trânsito

A pesquisa em psicanálise conserva a ingrata missão de tentar construir um saber sobre uma realidade antissimbolizante da experiência humana, o inconsciente. A epistemologia psicanalítica é governada pela irreducibilidade inconsciente ao processo tradutivo. Dessa forma, o arcabouço psicanalítico é formado por uma teoria negativa, com conceitos em oco. Para conquistar acesso a um objeto até então desconhecido, a psicanálise rompeu com várias filiações pré-concebidas de ciência, mesmo não havendo da parte de seu criador a intenção de abandono do cientificismo (Linhares, 1999). Destarte, a psicanálise nasceu renunciando às verdades ilusórias do visível e do sensível.

A narrativa de um sonho é uma referência para dificuldade de organizar aquilo que tem por lei a desordem e o caos. As características desse objeto impõem suas marcas na produção da teoria psicanalítica, deixando-se descrever apenas parcialmente através de uma estrutura teórico-metodológica que funciona, ao mesmo tempo, como ferramenta de investigação e de terapêutica. Essa natureza dúbia e indissociável da ferramenta analítica é, desde o início, indicada como potência da construção de conhecimento em psicanálise, desde Freud (1926/1996b), que, ao instaurar, desenvolver e testar um método clínico, sustenta a simultânea tarefa, terapêutica e investigativa, como perspectiva central de construção da ciência no terreno de produção da teoria (Mezan, 2006)

Esses elementos permitem considerar que a clínica, em parte uma cena de cuidado (no sentido mais comum do termo, ou seja, de proteção associável à solidificação do eu), comporta em sua expressão fenomênica o espaço privilegiado de pesquisa do objeto; sendo ela fundamental de construção do conhecimento sobre o inconsciente. Mas “Nunca se deveria deixar de enfatizar que o que caracteriza esse domínio, de outra maneira inacessível, é um novo método, um método de descoberta e de exploração. O domínio do inconsciente é inseparável de sua abordagem” (Laplanche, 1997, p. 142), isto é, a psicanálise é o conhecimento que se produz no encontro com o objeto, em especial, na transferência – e é nesta que, para além do cuidado, a clínica psicanalítica também se faz traumática, em razão da reabertura da situação antropológica fundamental. No setting inventado por Freud, o cuidado, então, está sempre às voltas com seu duplo contrário, o perigo, a ameaça que o outro me traz. Esse modelo ultrapassa a construção do conhecimento psicanalítico, não ocorre só na clínica convencional, entendida aqui como aquilo que se produz entre o analista e um indivíduo no consultório.

Principalmente na atualidade, a clínica psicanalítica se constrói, majoritariamente, fora da transferência que lhe deu origem no consultório privado e na relação exclusiva com o sujeito encarnado nessa cena. Isso apesar de o modelo de ensino ainda ter como pano de fundo a clínica feita em consultórios privados.

Talvez tenhamos também esquecido que a psicanálise das origens foi fortemente desenvolvida em instituições hospitalares, principalmente as psiquiátricas. Muito, se não a maior parte, da construção de saber da psicanálise vem do trabalho de psicanalistas nas instituições públicas, financiadas com dinheiro público (ONGs, por exemplo) ou de profissionais que praticam preços mais acessíveis em clínicas sociais.

Em 1918, no pós-guerra, o pai da psicanálise se posicionou publicamente no Congresso de Budapeste a esse respeito:

Sinto-me atraído a rever a posição de nosso procedimento terapêutico... A consciência da sociedade irá despertar, e fará com que lembremos de que o pobre deve ter tanto direito à assistência para sua mente quanto dispõe agora do auxílio oferecido pela cirurgia a fim de salvar a sua vida . . . Então, serão criadas instituições e clínicas ambulatoriais (Freud como citado por Danto, 2005/2019, p. 12).

No movimento disparado por Freud, ele insistia que o psicanalista não deveria fazer da neurose uma patologia tratada com foco na individualidade, mas considerar que, para ter se êxito nesse cuidado, deveria se preparar para entrar “na luta entre a necessidade humana e as forças socioeconômicas dominantes... Socialmente, a intervenção efetiva significava defender os direitos sociais, com o direito à assistência acima de tudo” (Danto, 2019, p. 12).

Contudo, isso não significou que Freud não estivesse refletindo e se posicionando politicamente sobre outras estratégias de domínio representadas pelas ideologias filantrópicas. Isso mostra que

com seus argumentos contra o privilégio militar e médico, deve estar claro agora que Freud jamais utilizou a palavra ou o conceito condescendente de filantropia. Livres da condescendência filantrópica, os pobres devem ter um “direito à assistência” específico na forma de cuidados de saúde mental, à semelhança de saúde física, habitação ou educação para os trabalhadores e suas famílias (Danto, 2019, p. 12).

Apesar de ainda encontrarmos no Brasil o ensino da psicanálise, mesmo nas universidades públicas, fortemente influenciado pela ótica que trata a saúde mental como mercadoria, isto é, aquela que vende a saúde como produto nos consultórios privados a

populações mais favorecidas, é nos cenários públicos do cuidado, ousamos afirmar, que a psicanálise encontra os campos mais frutíferos para seu desenvolvimento teórico-prático.

No Brasil, a construção de uma psicanálise latino-americana, mais voltada para as desigualdades sociais, foi impulsionada por práticas insurgentes na luta contra a ditadura, juntando-se aos movimentos feitos por outros psicanalistas argentinos que deixaram seu país no mesmo período histórico do golpe de estado de 1976 da Argentina. “A partir de 1978, já muitos de nós, juntos ou individualmente, em diferentes grupos, fomos para o mundo, fora do consultório particular. Atendíamos nas ruas, em prisões, em clínicas sociais.” (Broide como citado por Danto, 2019. p. 7)”.

Importante dizer que, “além das distintas formas de clínica fora do consultório de classe média, os conceitos psicanalíticos são utilizados enquanto importantes ferramentas para os técnicos e para os trabalhadores operacionais envolvidos em diversos trabalhos de campo”(Broide como citado por Danto, 2019. p. 7). E também no desenvolvimento de ferramentas organizadoras de políticas públicas, como é o caso do projeto terapêutico singular na Política Nacional de Humanização do SUS. Além disso, a psicanálise é empregada

no Sistema Único de Assistência Social, na educação, na justiça, na promoção e garantia dos direitos humanos, na escuta de adolescentes em conflito com a lei, no atendimento à população de rua desenvolvido nas próprias ruas e em instituições, em clínicas gratuitas nas praças, na saúde mental, na luta antimanicomial, na formulação e implementação de políticas públicas, enfim, em todos os setores sociais que em nosso país se encontram no olho do furacão (Broide como citado por Danto, 2019. p.07).

Considerando o modo como a psicanálise ganhou capilaridade em distintos cenários em nosso país, tendo, igualmente, alargando seus horizontes de inserção junto à população em muitas instituições já em suas origens na Europa, é curioso perceber que os termos psicanálise aplicada, psicanálise pura, psicanálise extramuros, ainda sejam importantes para discussão entre psicanalistas nos tempos atuais⁸. Talvez a teoria desenvolvida a partir de casos atendidos nas clínicas privadas é que tivesse, desde sempre, que ter recebido a marca da exceção no desenvolvimento da psicanálise brasileira.

A teoria laplancheana indica essa concepção alargada da psicanálise afirmando que, ao lado da experiência analítica fundada pelo enquadre da regra fundamental no tratamento, o “objeto da experiência psicanalítica é [também] a psicanálise . . . exportada ou extramuros”

⁸ Uma revisão superficial é capaz de mostrar como a discussão ainda é viva no meio psicanalítico (Abreu, 2007; Dutra e Franco, 2007; Abreu, 2009; Dutra e Franco, 2011; Mohr e Valore, 2012; Miller, 2017)

(Laplanche, 1992a, p. 11). O autor emprega o termo “extramuros” para descartar a ideia estabelecida pelo conceito de psicanálise aplicada, recusando a noção de que a psicanálise feita na cultura seja meramente uma aplicação da teoria construída para o contexto clínico analista-indivíduo. A clínica feita no hospital deixa evidente: a relação analista-paciente é uma baliza norteadora para o cuidado e está obrigada a ganhar capilaridades imprevisíveis as quais, em muitas circunstâncias, impõem que o trabalho seja realizado na circunvizinhança a afetar o sujeito psíquico, não raramente, afastando-se dele em direção ao outro (a escuta feita pelo profissional de psicologia aos familiares em um CTI ou em qualquer clínica que acompanhe os estados mentais do paciente em desordem crítica, por exemplo). Para circunscrever a psicanálise feita no contexto extratratamento e/ou extramuros, como na proposta freudiana de estudo sobre o caso Schreber, Laplanche (1992a, p. 12) destaca: “Em nenhum caso, esse pensamento extramuros é secundário em Freud; [ele] tira sempre seus resultados do contato com seu objeto.”⁹

Bleichmar (2010) faz um apelo às diferenças para construção de uma psicanálise com consequências culturalistas ao retomar o termo em sua obra “Psicanálise extramuros”. Nela, a autora retrata o trabalho psicanalítico conduzido com crianças atingidas por um terremoto ocorrido na Cidade do México em setembro de 1985. Na obra, várias considerações são tecidas para se destacar como a escassez e/ou a oferta violenta da matéria simbólica de cuidado na instituição são decisivas no fortalecimento do trauma, sobretudo por depositarem-se em uma história subjetiva marcada pela vulnerabilidade: a extrema pobreza, a violabilidade dos corpos marginalizados pela cultura, a catástrofe provocada pelo trauma coletivo.

O uso do termo extramuros, proposto por Laplanche, também não nos agrada. Entendemos que o emprego do termo como referência à cultura, fora da transferência, ao lado dela, também é um sintoma do pensamento que entende a clínica como um evento à parte do mundo da cultura. Laplanche parece também ter como referência uma clínica que valoriza o entre muros. A clínica pode estar menos diretamente afetada pelo outro encarnado na cena analítica clássica de consultório, mas não o está em relação à alteridade e à cultura. Além disso, muros podem ser confundidos com o disciplinar, muito problematizado na teoria foucaultiana, e também com o cuidado manicomial (mesmo que o hospital geral ainda seja um representante fiel dessa disciplina, é possível que deixe de ser manicomial pelo menos, adotando princípios que já operam entre os *muros* dos serviços substitutivos). Isso nos leva a

⁹ Na investigação de nossa terceira problemática, relacionamos outros pontos do debate laplancheano sobre a relação do intra e do extramuros da psicanálise e suas outras nomenclaturas e especificidades.

propor o termo psicanálise em trânsito para fazer referência a obrigatoriedade de que a psicanálise no cuidado se mantenha em deslocamento entre o singular e o múltiplo da subjetividade. Com isso, dando ênfase também a duas de suas principais características epistêmicas, assegurada pelo conceito de pulsão “(*Trieb*) que designa o limite entre o somático e o psíquico, um conceito-limite ou conceito fronteiro” (Honda, 2011, p. 406) e que se refere a uma categoria conceitual especulativa para o que só se mostra em negativo.

Na instituição de saúde, a cultura se apresenta pelos modos de produção sociotécnica do cuidado no contexto das relacionalidades. É nessa teia de simbolizações que circularão traduções que poderão facilitar ou obstruir a potência de cuidado. Os conteúdos inconscientes terão sua via de tradução estabelecida com a ajuda dos esquemas narrativos transmitidos e renovados na cultura das relacionalidades sociotécnicas da instituição.

Essa narratividade macro e microcultural, apoiando a tradução da pressão-excesso da alteridade inconsciente em nós, é o que Laplanche denominou “mito-simbólico”¹⁰ (Carvalho, 2017). Na instituição, especialmente, o código narrativo (o mito-simbólico) está também submetido às relacionalidades de uma microcultura da cena de cuidado, de um sociotécnico. Além da escuta do relato de si, dado pelo sujeito e outro encarnados, que estão sob cuidado, a psicanálise constrói a clínica com a narratividade do sociotécnico, que para Laplanche representa a produção inconsciente circulante em uma microcultura de um círculo restrito de sujeitos (Alonso, 2016). Esse sociotécnico, assim como o dos socios da história singular do paciente/familiar, também a produção do Sexual, a sexualidade inconsciente, que se infiltra através de mensagens que circulam, bem como as traduções que designam as experiências dos atores em atendimento (“Ele - o paciente preto ainda desconhecido - quer me agredir, ele é aquele que pode abusar de mim”, logo, “eu sei que gozo e abuso dele por ser preto”). Os sujeitos são identificados pelo outro com uma afetividade e por códigos narrativos de uma microcultura. Daí a função de importância do trabalho de escuta da cultura e do ethos afetivo¹¹ da instituição para manejo da situação clínica de cuidado.

¹⁰ Esquema código narrativo circundante é aquilo que se forma como narrativa ou efeito tradutivo da cultura para dar significação aos produtos do inconsciente. Isto é, são “teorias de narratividade” ou “roteiro mais ou menos ricos, populares, flexíveis” (Laplanche, 2003/2015a, p. 287) que se instalam na cultura como produções transmitidas. “É aqui que intervêm o que denominaremos o universo do “mito-simbólico, nele incluindo tanto códigos (clássicos) como “complexo de Édipo”, “assassinato do pai” ou “complexo de castração”. . . os esquemas de narração, mais ou menos contingentes, que servem ao homem, numa situação cultural dada, para ordenar, para historizar seu destino.” (Laplanche, 2003, p. 413)

¹¹ Trabalho de construção do caso com a narratividade da equipe sobre o paciente e familiares que não deve ser confundido com cuidado clínico/psicológico ao colega de trabalho na instituição, o que, ao nosso ver, não pode ocorrer como atividade conduzida pelo profissional de psicologia inserido no cuidado assistencial à população.

Isso quer dizer que é também sobre a fronteira formada entre o sofrimento psíquico do sujeito e a produção de narratividade mito-simbólica que a psicanálise também irá se debruçar. É nesse espaço fronteiro que a psicanálise opera sua construção de cuidado e de saber na instituição.

Para Laplanche, o texto da teoria psicanalítica deve ser depurado com as ferramentas da própria psicanálise na análise de sua apresentação manifesta e oculta (Carvalho, 2017). Do mesmo modo, a psicanálise em trânsito deve exumar os artefatos inconscientes decisivos presentes no relato de si e na narrativa dos muitos que falam sobre aquele que é objeto do cuidado. Esses artefatos são recuperados, principalmente, na análise do singular e do múltiplo da subjetividade (para montagem de um mapa simbólico que norteia arranjos de cuidado em diferentes dimensões do tratamento): do paciente, de seus familiares, da comunidade no território, dos profissionais na conversação sobre o caso nos espaços não formalizados do trabalho vivo em ato, das reuniões de conversação para gestão e assistência dos casos, de profissionais da rede. O amontoado de retalhos dessa colcha de significações é decisivo para exploração teórico-terapêutica da psicanálise no cuidado em saúde. Nesse sentido, este é o texto vivo que permitirá o encontro mal arranjado e opaco com a coisa inconsciente. Aí, nesse campo opaco formado na dinâmica de relacionais que afetam o sujeito encarnado no cuidado, encontra-se a condição epistêmica de trânsito que indissocia a “ligação entre o objeto da psicanálise e a teorização em psicanálise” (Carvalho, 2017, p. 55).

2.4 Princípios ontológicos para uma psicanálise em trânsito?

O tecido teórico que se forma a partir do conteúdo inconsciente, a partir do método e da terapêutica, sofre as distorções causadas pelo contato com o objeto. Isso quer dizer que a epistemologia psicanalítica sofre com as características ontológicas de seu objeto. Nesse sentido, o inconsciente preserva alguns aspectos ontológicos que o definem a partir de atributos muito específicos. Suas qualidades resguardam a expressão do que é único, original e de essência negativa, sendo paradoxalmente, instituído pela característica material histórica, por isso, positiva, das relações. O permanente da experiência humana está referido ao que se repete de forma atualizada e se deposita no circuito de trânsito libidinal possibilitado pela materialidade de cenas históricas que compuseram registros na vida subjetiva. A expressão positiva pode ser capturada de forma parcial no trânsito de excitações/prazer não significáveis nas cenas de sedução. De forma mais tangível, poderíamos, por exemplo, interrogar sobre os muitos registros de excitação em cenas na situação de cuidado, aparentemente, imunes ao sexual : O que o registro de perfuração por arma de fogo exige tradutivamente da cena de

cuidado? O que as palavras e afetos que subjetivam a lesão para o paciente e para os que dele cuidam falam sobre essa alteridade inconsciente nessa cena? O que elas revelam em relação a conteúdos afetivos daqueles que narram a condição do paciente e o que isso altera no processo de cuidado? Quais conteúdos sócio-históricos-subjetivos e libidinais o profissional irá empregar para traduzir o corpo que chega? Qual matéria socioafetiva irá erotizar com conteúdos de vida e de morte as respostas subjetivas (de sedução) desses atores em relação aos vários registros que serão subjetivados nesse circuito de cuidado? O corpo que chega ferido de bala na viatura policial vinda da favela será acolhido afetivamente por uma história material de experiências socioafetivas que o decodificam como corpo digno de proteção ou de violação sádica? Quais conteúdos de excitação-prazer o ato de cuidado reserva como recursos para inteligibilidade sócio-subjetivo-libidinais dessa vida ?

A psicanálise em trânsito lida com essa realidade sexual, opressora, atacante e esfumaçada da expressão humana, tendo por base uma concepção de inconsciente com qualidades ontológicas capazes de alcançar produtos terapêuticos que dialogam com consequências ético-políticas específicas. Ela revela o inconsciente

como um espaço social e político a ser conquistado, no sentido de sua expansão, como um lugar movente cuja maleabilidade é a dos limiares e fluxos que constituem a objetividade do próprio desejo enquanto um sistema aberto que quer sempre mais conexões” (Neri, 2003, p.2 3).

Mas para isso, não é necessário abandonar a existência do inconsciente como espaço subjetivo único e inédito que possibilita a experiência ontológica reflexiva e singular para a diversidade humana.

A teoria laplancheana resguarda características ontológicas muito importantes para garantia do esforço de estabelecer uma proposta de trânsito para psicanálise no plano do cuidado em saúde. Nela é possível encontrar os elementos para produção do conhecimento que privilegia a cultura, mas, sobretudo, que não abandona a diferença radical fundamental ao se fazer o cuidado da singularidade e do sofrimento subjetivo.

2.5 Um Vorbild inconsciente em Laplanche

Antes de passarmos para discussão sobre outras características da ontologia psicanalítica, tentaremos dar uma representação para o modelo de inconsciente de que estamos tratando. Esse protótipo toma como referência o funcionamento do inconsciente que

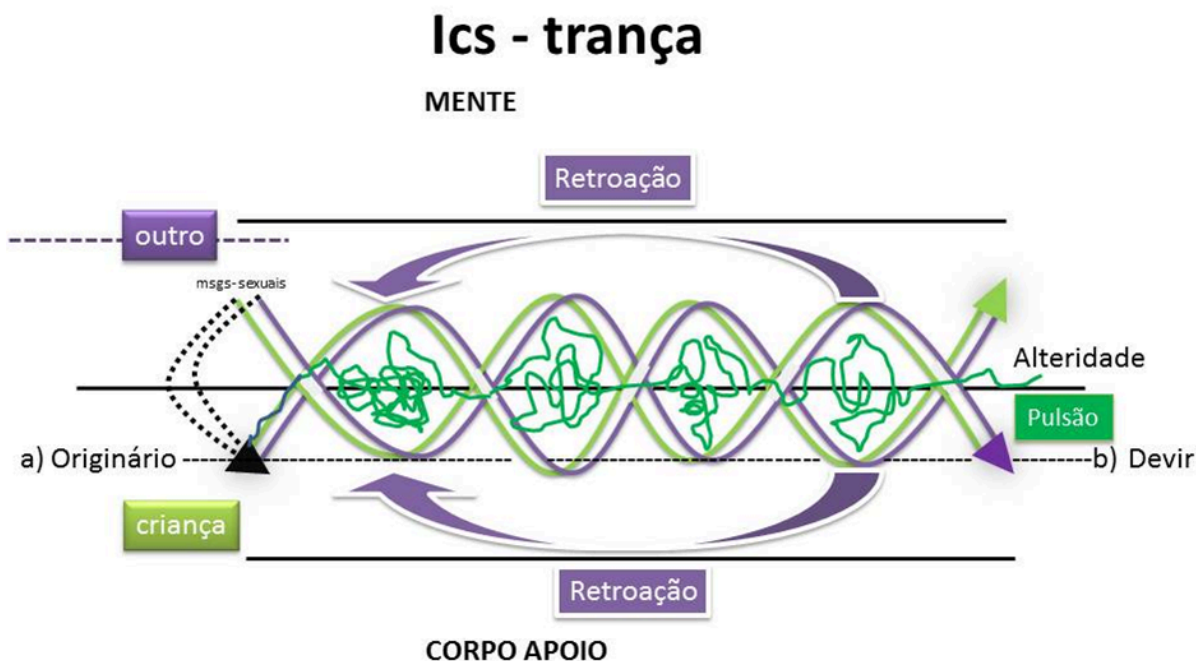
preserva dialeticamente a qualidade interior e exterior do aparelho psíquico. A partir dessa lógica, que preserva a propriedade do inconsciente como uma realidade que é interna e externa ao mundo subjetivo, alcançando a experiência de subjetividade e de subjetivação, ao mesmo tempo, é possível pensar o cuidado em saúde como terreno de relacionalidades fundadas pelo fenômeno inconsciente originário. Tal modelo é importante para permitir a compreensão de porque a psicanálise é uma ferramenta importante para tornar possível a compreensão da experiência do singular em continuidade com o coletivo de relações circundantes. Isto é, esse modelo é definidor da importância das funções de trânsito que a psicanálise resguarda na política pública, dialogando com o múltiplo sem abandonar a defesa radical da realidade subjetiva, da singularidade e da diferença. A psicanálise é, no cuidado, a guardião da subjetividade, da experiência única, do radicalmente original que se funda no espaço movente dos coletivos.

O inconsciente pode ser grosseiramente representado por uma matriz que se reporte às origens da constituição psíquica. Essas origens possuem propriedades específicas que são, a um só tempo, contínuas, paradoxais, múltiplas e, só aparentemente opostas e binárias¹² (dentro/fora, presente/ausente, empírico/simbólico, mental/orgânico, negativo/positivo). O entendimento dessas noções é importante para compreensão do paradigma que preserva a externalidade interna do mecanismo inconsciente presente no cuidado em saúde. Isso de tal maneira que o cuidado – no interjogo libidinal de suas relacionalidades sociotécnicas – possa ser tomado não apenas como condição de possibilidade para a vivência inconsciente da cena de sedução, mas como um produto afetivo que deriva das trocas libidinais engendradas pelo inconsciente.

Seguindo esse roteiro, é possível considerar a representação dada pela Figura 1 como um recurso esquemático extraído da teoria laplancheana para se pensar o modelo inconsciente. Nesse sentido, apela-se, tal como Laplanche destaca como uma estratégia freudiana, para construção de um protótipo, um Vorbild, “termo de considerável frequência em Freud e sob o qual várias ideias vêm se juntar. O Vorbild é uma imagem, uma épura, um desenho preliminar, ao mesmo tempo ‘modelo’ abstrato” (Laplanche, 1992a, p. 22).

Figura 1 - Protótipo do Inconsciente OU Inconsciente-trança

¹² Laplanche avança com a teoria psicanalítica ao tratar da narrativa binária de gênero como código recalcante e violento e não como significante organizador da coisa inconsciente. Esse é um marcador para exorcização definitiva na psicanálise da inferiorização de outras formas de existência, gerada pelo culto heteronormativo reproduzido através da falicização dos processos inconscientes.



A concepção da figura do inconsciente-trança foi extraída dos apontamentos feitos por Laplanche (1997). Estamos aqui fazendo referência, em especial, a uma afirmação feita pelo autor de que os movimentos inconscientes operam de forma persistente em centralização e em descentralização. Noção configurada em alusão ao pensamento copernicano e ao pensamento ptolomaico, que representa o entrançamento “ora um fio fica por cima, ora outro” (Laplanche, 1997, p. 142) fazendo avançar a experiência analítica. Depreende-se sobre os apontamentos do autor que o pensamento copernicano descentra a importância humana na formatação do universo, desconstruindo o geocentrismo centralizador do pensamento ptolomaico em relação à importância da terra para o universo. No mesmo sentido, o inconsciente freudiano teria descentrado a figura humana ao propor a “gravitação originária, do homem, em torno do outro – outro interno e o outro externo” (Laplanche, 1997, p. 140). Ambas as noções, copernicana e freudiana, ferem gravemente o narcisismo humano, autocêntrico e autossuficiente. Entretanto, o movimento egocêntrico, presente no pensamento ptolomaico, também segue ativo no funcionamento psíquico tentando centralizar, organizar e controlar o processo de descentramento mais fundamental do inconsciente.

A própria teoria psicanalítica, parasitada pela propriedade de seu objeto, fez seus movimentos ptolomaicos autocêntricos, pois “se Freud é seu próprio Copérnico, também é

seu próprio Ptolomeu” (Laplanche, 1997, p. 142). É o que se confirma quando Freud abandona a teoria da sedução em 1897 e constrói a concepção de pulsão de morte “sob a forma de um instinto biológico em si mesmo” (Laplanche, 1997, p. 142). Outro resíduo da herança ptolomaica também se mostra quando Freud recusa o realismo da sedução originária para priorizar a realidade da fantasia, criando uma forma de sofismo, como equivalente ao realismo da sedução na experiência humana.

A situação antropológica fundamental, formulada por Laplanche a partir da teoria da freudiana, é a chave de leitura que reúne diferentes elementos para compreensão dos processos inconscientes indicados na figura. Os eventos representados na figura se enraízam na cena de sedução, isto é, nas cenas de cuidado primário, presentes nas origens da constituição do sujeito psíquico na relação que se estabelece entre adulto e criança.

Ademais, o entrançamento dos processos psíquicos aparece como princípio organizador dos mecanismos inconscientes na trança, retratando o deslocamento de centramento e descentramento do psiquismo. A dobradura presente na composição do movimento de trançamento conserva a externalidade interna do processo inconsciente, extinguindo, dialeticamente, sua aparente oposição (centrado-descentrado/dentro-fora). Isso indica que, desde a origem, diferentes elementos se entrelaçam simultaneamente na sedução originária para fundação dos eventos psíquicos. No protótipo desenhado, figuram-se alguns deles: adulto-criança, mente-corpo, interior-exterior, originário-devir. O protótipo também busca evidenciar que a pulsão é o produto psíquico que se constitui no trânsito entre corpo e mente também dialetizando a oposição simplista entre o psíquico e o orgânico. O modelo reflete a noção de trânsito que o inconsciente representa para compreensão de diferentes dimensões da experiência humana. Mais ainda, para se compreender o anamorfismo do comportamento inconsciente basta que se tome como referência outros fenômenos igualmente complexos que exigem recursos de inteligibilidade que resguardam a imprecisão e a ambivalência como características do comportamento da matéria. Nesse sentido, analogamente, poder-se-ia citar o complexo exercício de definição da matéria luminosa no espectro de comportamento entre corpos ponderáveis e campos contínuos - onda ou partícula? (Lima et al., 2021). Não por acaso, Freud comparou o comportamento da libido às quantidades e aos fluxos de energia.

Logo, essas representações possibilitam sustentar uma estética do movimento dialético que supera oposições que são definidoras das condições de possibilidade para surgimento e manutenção do processo inconsciente. Nesse sentido, assegura-se a continuidade como noção extraída da teoria laplancheana em relação às propriedades das experiências de trânsito do

inconsciente. Além disso, essa lógica preserva a importante noção de que, ao contrário do processo psíquico secundário, pré-consciente/consciente, o inconsciente não conhece oposição. Isso quer dizer que o inconsciente desconhece “as correntes de uma lógica binária, de uma lógica da contradição. Situa-lo no lado de um inconsciente primordial . . . seria anular a descoberta fundamental da psicanálise, de que, precisamente o inconsciente não conhece negação” (Laplanche, 1992a, p. 41). Mais especificamente em relação à dialética mente e corpo, é o próprio Laplanche quem afirma que a Teoria da Sedução Generalizada e a Situação Antropológica Fundamental não fundam uma posição contra a biologia: “a nosso ver, todo processo humano é indissociavelmente biológico e psíquico. Uma vez que “O biológico permanece sempre presente como o outro face ao psicológico.” (Laplanche, 2003, p. 405). Essa mesma indefinição fica estabelecida quando se trata de qualificar os limites entre eu-outro no universo de reconhecimento do processo inconsciente. Logo, de igual maneira, a mesma dificuldade de se delimitar os limites entre psíquico e social e entre dentro e fora do processo subjetivo.

É importante destacar ainda que esse princípio de continuidade não recai na defesa do inconsciente biologizante para garantir a dimensão do realismo material efetivo do modelo. O protótipo em questão conserva o terreno do cuidado como campo para uma teoria dos afetos que se ampara na própria cena do corpo. O organismo é a cena para os processos de autoconservação que correm em continuidade com o mecanismo pulsional de excitação e descarga do inconsciente. Isto é, para se ter um exemplo, quando se parte do aleitamento como evento biológico importante para nutrição da criança, também é essencial lembrar que

a penetração do seio na boca nunca é um ato de satisfação no registro único da necessidade; antes disso, o seio é um objeto erótico do desejo, representante do ato de penetração, que carrega a —excitabilidade . . . não somente no aleitamento, mas simplesmente na vida sexual da mulher (Laplanche, como citado por Silva, 2012, p. 94).

Isso impõe que se reconheça que a vivência dos eventos orgânicos é essencial para a vivência do afeto e nisso “não há nada de escandaloso, nem de antipsicanalítico” (Laplanche, 1992a, p. 21).

É, novamente, no trânsito, no encontro entre o corpo infantil com as experiências sexuais do universo inconsciente adulto, na dinâmica enigmática da vivência do cuidado, que se constitui “a pulsão, como processo sexual não adaptado (no homem) a uma finalidade preestabelecida. Se a noção de isso conserva um sentido, é o de caracterizar o inconsciente

recalcado que, por sua alteridade, se torna verdadeiramente ‘alguma coisa em nós’, ‘um corpo estranho interno’, um ‘isso’” (Laplanche, 2003, p. 406). A pulsão circula fora do domínio das significações nos eventos do cuidado. Na sua composição estão os excessos sexuais privados de significação. Isto é, os restos inconscientes recalcados que colonizam a mensagem de cuidado estão “na origem das pulsões, pulsões sexuais de vida e de morte, pulsões que podemos considerar . . . como uma ‘exigência de trabalho’ imposta ao corpo por sua ligação com os significantes inconscientes” (Laplanche, 2003, p. 408)

Não menos importante a se destacar é que a topologia da figura é diferente daquela proposta por outros projetos de psicanálise. O protótipo forjado a partir da teoria da sedução generalizada não insinua uma curvatura que fecha o avanço da trança. O psiquismo não é ipsocentrado, a existência humana não é autorreferenciada. Conforme é assinalado pelo ponto b, a expansão movente do aparelho psíquico é assegurada, preservando sua maleabilidade em devir (Neri, 2003), ou seja, uma constituição em aberto. Nesse esquema, é possível compreender que o inconsciente das origens, em trânsito no cuidado, avança em devir, sujeito a contingências, atualizando, afetando e sendo afetado em seu avanço “que funda a alteridade interna sobre a alteridade externa” (Laplanche, 1997, p. 139). Assim sendo, o inconsciente de que trata a psicanálise apoia-se em uma “alteridade fundadora, na infância, [que] não é a única a ser considerada [uma vez que] a dimensão da alteridade nunca pode ser abolida” (Laplanche, 1997, p. 139). É o sistema aberto em devir que permite a defesa intransigente de que o inconsciente é também movente no espaço social e político das relacionalidades que se atualizam continuamente na experiência humana, em especial nas cenas de cuidado.

Importante distinguir o inconsciente de que tratamos do que é proposto enquanto inconsciente maquínico, automatizado, na teoria esquizoanalítica. Ao nosso ver, o inconsciente alteritário proposto por Laplanche não admite a subjetividade como uma síntese-consequência ou como peça adjacente de um processo de produção desejante no qual o mundo subjetivo não é uma realidade (mais contraproducente que produtora, inclusive, para a psicanálise). A internalização da alteridade cria para o universo singular uma alteridade outra que só existe na realidade subjetiva internalizada de cada um: “existe uma maquinaria, existem personagens internas; a maquinaria é ela própria um drama introjetado, uma introjeção no interior da pessoa, uma transposição, para o intrapessoal, das relações interpessoais.” (Laplanche, 1992b, p. 35)

Por último, enfatiza-se que a épura proposta também faz a indicação do ponto “a” como ponto originário. Ou seja, ela indica o marco significativo de um início, que assinala a ruptura com a noção de uma psicanálise que recorre à explicação mítica para abandonar a

referência a um princípio, uma origem “que supõe uma anterioridade” (Laplanche, 1992a, p. 24). Esta outra psicanálise mantém-se alinhada ao estruturalismo metafísico, e ao modelo transcendente, que se funda na exclusão do empirismo da sedução protagonizada nos corpos a partir das relações sociais (Arán, 2000). Essa é a psicanálise que apela ao inconsciente mítico da estrutura edípica ou da filogenética pré-histórica, desconectando-se da realidade efetiva conferida pela cena antropológica fundamental.

Com efeito, o modelo que extraímos da teoria laplancheana é bastante fértil para a psicanálise em trânsito, pois reflete: de um lado, uma dimensão mais estática (alteridade interna) mais cristalizada pelos efeitos identitários e recalcantes da função egóica, também atuantes sobre as marcas das experiências afetivas primárias; e de outro lado, a dimensão dinâmica, o fluxo movente do psiquismo afetado pela cultura não formada apenas pelo socius. E, especificamente, esse dois domínios, estático e dinâmico, permanecem em permutação em função do processo de retroação (*a posteriori*), através do qual a evolução atemporal do processo inconsciente estabelece a conexão de registros psíquicos entre cenas vividas em diferentes momentos na história do sujeito.

Desse modo, o domínio mais estático confere a propriedade de diferenciação e unicidade ao aparelho psíquico, fundado pela combinação inédita e mais restritiva de cenas primárias; já o segundo, dinâmico, resguarda a propriedade plástica da diversidade de experiências internalizadas no contato com uma vida subjetiva que permanece se atualizando. Assim, a vida primária da intimidade parental ligada mais primitivamente a sobrevivência do corpo, funda memórias mais duradouras nas origens reflexivas do corpo organismo ao definir marcas mais cristalizadas dessa alteridade para frágil identidade do sujeito, mas de forma indissociada, a invasão de experiências alteritárias (herança do outro) conectam esse núcleo parental à multidão sem nome da cultura e seu conjunto de códigos narrativos sócio-historicamente constituídos. Destarte, a lógica do Vorbild do trânsito inconsciente que propomos supera oposições simplistas entre experiências fundamentais (dentro-fora, mente-corpo, dinâmico-estático, originário-devir; sujeito-outro; parentalidade-cultura), alargando a explicação dos eventos psíquicos para fora da subjetividade autocentrada e solipsista (e, por consequência, para além da cena transferencial eu-outro que a psicanálise forja no leito de cuidado).

2.6 Uma ontologia para psicanálise?

O modelo apresentado reflete uma doutrina geral de gênese do aparelho psicosssexual que não essencializa o inconsciente. A TSG indissocia a sedução originária do terreno das

relacionalidades sócio-históricas que nela operam. Isso quer dizer que a constituição psíquica se enraíza na relação inter-humana de cuidado, na qual a passividade originária da criança, sem reflexividade, sem sujeito que a sofre em suas origens, torna-se condição para a subjetivação. Butler (2017) destaca que “o outro aqui é a condição de possibilidade de minha vida afetiva, acomodado dentro de mim como objeto-fonte que dá origem a minhas pulsões e meus desejos” (p. 102). O outro, “das Andere, a outra coisa em nós” (Laplanche, 1997, p. 142) é o próprio inconsciente como experiência interna da vida psíquica intransitiva. “O outro lá, no seu ponto de maior alteridade, o estrangeiro, na sua maior ‘estrangeiridade’, na alteridade do inconsciente” (Laplanche, 1997, p. 139) é um universo de subjetividade interna que se impõe como impessoalidade despossuída desde a origem psicosssexual do sujeito.

Butler retoma essas noções em Laplanche para demonstrar que somos fruto de uma singularidade despossuída, isto é, “a condição do sujeito . . . não é minha: eu não a possuo. É anterior ao que constitui a esfera do que poderia ser possuído ou afirmado por mim” (Butler, 2017, p. 102). Esse estado nos escarnece gentil e violentamente desde a origem, sendo originariamente a fonte do traumático. Tem-se aí uma teoria geral possível para se pensar um sujeito em psicanálise, um sujeito em oco, que não pode ser confundido com nada parecido com um sujeito do inconsciente. É aí que se toca a ideia de uma ontologia¹³. Mas o que se toma por ontologia neste trabalho?

É importante advertir que a concepção de ontologia sofre com a polissemia própria do raciocínio filosófico, tendo por isso diferentes acepções. De forma mais objetiva, pode-se dizer que ontologia é o campo da filosofia que define a essência invariante e as propriedades gerais da existência (Japiassú & Marcondes, 1996), descrevendo, dessa forma, a superestrutura do existir. Ela pode ser também definida como metafísica que transcende o ente em si, como individualidade singular, chegando à explicação do ser em geral. Nesse sentido, as escolas filosóficas preservam diferentes concepções de ontologia. A discussão sobre essas diferentes escolas teóricas foge ao objetivo deste trabalho. Assim, apenas nos ocuparemos em esquematizar o que entendemos por ontologia no terreno conceitual da teoria psicanalítica por entender que essa noção traz consequências para estruturação do projeto clínico de cuidado.

Há certamente um constrangimento gerado pela relação da psicanálise com uma possível visão ontológica da condição humana. Afinal, a maior potência da psicanálise está na defesa radical da teoria como instrumento de investigação e terapêutica da singularidade humana (Safatle, 2007), isto é, daquilo que não se iguala da experiência humana entre diferentes sujeitos. Mais além disso, não é por ingenuidade que a psicanálise resiste a uma

¹³ E como mostraremos em momento oportuno, também em uma noção de autonomia possível para o cuidado.

ontologia que possa encarcerá-la a modelos naturalistas, biologizantes, normatizantes e míticos. A teoria mostra sua força explicativa ao demonstrar que há algo inominável que se relaciona com os fenômenos subjetivos e singulares. Todavia, é possível reconhecer o esforço freudiano para evidenciar na clínica “descobertas que não se restringiam àquele determinado paciente, mas que podiam ser integradas a uma teoria geral da psique, de seu funcionamento e de seus transtornos.” (Mezan, 2006, p. 228).

Para se estabelecer sua consistência interna, a psicanálise constituiu sua própria ontologia a partir de seu “núcleo invariável de conceitos que compõe o campo do que se convencionou chamar de ‘metapsicologia’” (Safatle, 2007, p. 151). Isto é, a superestrutura conceitual, o que permanece como invariante da teoria, pode ser tomada como uma expressão da ontologia da psicanálise. Mas se for esta a sua única qualidade ontológica, nesse caso, a psicanálise poderia incorrer, na visão de alguns autores (Poltzer como citado por Laplanche, 1992b), em uma teoria que “abandona, por conseguinte, a subjetividade, a chamada relação ‘em primeira pessoa’, substituindo-a por um processo mecânico que se desenrolaria entre entidades abstratas supostas” (Laplanche, 1992b, p. 34).

Mais além disso, as qualidades ontológicas extraídas da teoria laplancheana realçam a importância da efetividade universal da situação antropológica fundamental. Esse seria o núcleo invariante do qual uma doutrina geral, a partir da realidade efetiva das cenas, é derivada, formalizando as condições de possibilidade para o funcionamento do sistema inconsciente. Um sistema que lida de forma precária com excessos pulsionais. Além disso, tem-se aí a qualidade ontológica de trânsito que refletem um tipo de modelo de inconsciente, uma doutrina geral da gênese do aparelho psicosexual, que situa a primazia do outro, como alteridade internalizada, gerando consequências essenciais para a significação da clínica e do cuidado¹⁴. Isto é, as características ontológicas do processo inconsciente, desdobrado pela teoria, reforçam o realismo da existência de uma subjetividade internalizada e indissociável do processo de subjetivação que a instaura na cena¹⁵.

¹⁴ Por exemplo, dirimindo a querela que poderia ser levantada pela psicanálise dos puristas sobre o desconforto do analista em definir a função da escuta de muitos na direção da cura pela qual ele responde na instituição em situações de cuidado de várias pessoas de mesma família. Se o inconsciente e o desejo não atuam apenas com o que se situa na esfera da subjetividade do “si mesmo”, por que renegar o que se pode construir sobre o cuidado a partir da escuta da narrativa do outro? Desde que o cálculo dessa escuta se apoia no cuidado com a transferência, não vemos qualquer problema nisso. Lembrando que na política pública, o profissional responde pelo cuidado da população que mora no território, assim como no hospital o psicólogo responde pelo cuidado do paciente e de seus acompanhantes (família/responsáveis). O caso na política pública não é o sujeito encarnado, é a subjetividade que se recorta para tratamento de diferentes atores pelos quais o cuidado da política pública responde.

¹⁵ Pode parecer absurda a aproximação que fazemos da cena antropológica laplancheana em relação à noção de ontologia; entretanto, ela segue raciocínios análogos ao proposto por outros autores. Drawin (2005), em referência ao pensamento heideggeriano, recorre “à uma forma mais radical de pensar, a do registro discursivo

Todavia, as qualidades ontológicas da psicanálise que lida com a materialidade da cena de sedução podem gerar alguma confusão. Figueiredo (1994) afirma que a noção de alteridade desenvolvida por Laplanche incorre em um tipo de positividade essencialista. Para o autor, a existência de uma ontologia positiva do inconsciente é definida por Laplanche quando, na TSG, o autor considera uma essência constituída do outro - um inconsciente que está formado nas origens e não é afetado na cena primordial. Ele considera que Laplanche está se referindo ao adulto plenamente consolidado em sua existência subjetiva, como sujeito “de carne e osso” e não apenas como alteridade. Isso poderia ameaçar a ontologia inconsciente dessubstancializada, criando um recurso explicativo que recorre ao essencialismo biológico, por exemplo; ou mesmo à noção de inconsciente dotado de um sujeito.

Mas, ao contrário de Figueiredo (1994), acreditamos ser importante fazer a defesa da positividade ontológica sem provocar a essencialização do inconsciente. Reconhecer que a proposição do sujeito encarnado – como forma de subjetividade nunca totalmente igual, não necessariamente biológica do outro como fonte e como expressão do realismo¹⁶ do sexual nas

da antropologia do conhecimento e da ontologia hermenêutica” (Drawin, 2005, p. 4) para designar o sentido ontoantropológico da psicanálise. Isso porque “a elucidação filosófica, que visa explicitar o significado ou a inteligibilidade da psicanálise, não pode se dar num nível exclusivamente epistemológico, mas exige a passagem para o âmbito de uma antropologia do conhecimento ou, de modo ainda mais radical, implica numa interrogação acerca do sentido ontoantropológico da psicanálise.” (Drawin, 2005, p. 19) Essa visão, “toma como ponto de partida a relevância intrínseca do contexto sociocultural.” (Drawin, 2005, p. 19). Nesse sentido, o que o autor aponta é a ideia de que o objeto guarda uma inteligibilidade própria que pode ser atingida de forma reflexiva, hermenêutica, e essa antecipação interpretativa é um modo de atestar e evidenciar uma realidade concreta encontrada, compreendida, assimilada, e não apenas ideativamente criada. Assim sendo, a ideia encontra a coisa porque foi capaz de compreendê-la, de interpretar suas características próprias, assim como a metapsicologia emana e retorna à cena. A circularidade da situação não é um defeito, uma verdade criada por conveniência, é uma condição para entendimento da coisa. Seguindo esse roteiro, a psicanálise opera como um método que explicita o objeto criando interpretações que enfatizam que a “própria cultura é portadora de alguma inteligibilidade que deve ser, na medida do possível, tematizada reflexivamente” (Drawin, 2005, p. 18). A SAF organiza elementos ideo-históricos da cultura no domínio da vida psíquica indicando como a repetição sócio-histórica da cena de sedução tem qualidades ontoantropológicas generalizáveis, que estão na base da compreensão do modo singular como a vida do sócios familiar irá criar condições de possibilidade para gênese do processo inconsciente que subjetiva a experiência ontológica da criança. Isso estabelece uma aproximação fundamental da filosofia e da antropologia na psicanálise laplancheana. Entretanto, Laplanche se vale da visão filosófica de Levinás sobre a função de interpelação do outro (rosto), como objeto-multidão, sem identidade - isto é, alteridade - que força a resposta reflexiva constitutiva pré ontológica “do outro em mim” para elaborar a dimensão ontoantropológica na qual o Sexual inconsciente inaugura a vida psíquica. Condição vital de dependência, invasão e violência intrusiva, com a qual Laplanche irá propor a sedução originária como via material de repetição da força constitutiva da função sexual inconsciente, prioritária para vida subjetiva que se enraíza na relação do adulto com o corpo vulnerável da criança. A exigência de tradução da interpelação do outro (mensagens), que são também outro do outro, desde as origens, remetem a fundação pré-ontológica da subjetividade em um curso ideo-histórico localizado em tempos irrecuperáveis para o “eu”.

¹⁶ O sexual como excedente colocado em trânsito na cena de cuidado, especialmente nas cenas originárias de alívio das necessidades do bebê, é prioritário para se pensar o primado do sexual sobre o instintivo e também a forma como se dá a questão da abertura para o outro (Amaral, 2013). No cuidado em saúde, ele se mostra em várias cenas: a menina queimada de 13 anos, com histórico de violência sexual, que é encontra em posição fetal, aterrorizada, abraçando o próprio corpo trêmulo, deixada sozinha e desnuda, ao alcance de olhares de estranhos, após ter tentado agredir uma técnica de enfermagem que fazia seu curativo - deixada nua para penetração sexual e violenta do olhar do outro.

cenar de troca – é fundamental para preservar a heterogênesse dos componentes existenciais. O sujeito sócio-histórico da subjetividade na cultura, o vivente da cena primordial que troca excitações sexuais num terreno espaço-tempo circunscrito, é decisivo para se pensar a primazia da ontologia da singularidade tão brilhantemente proposta pela SAF. O sujeito encarnado em sua materialidade histórica é fundamental para se pensar o plural, o múltiplo e a diferença. A ausência de positividade do outro (materialidade histórica) descaracteriza a existência de um inconsciente singular e original, fundado por um aparelho psíquico forjado pelas marcas de uma realidade efetiva. Além disso, essa positividade que Laplanche sustenta tem qualidades específicas na sedução originária: ela é um produto dos socius familiar e de suas vivências singulares na SAF, ligadas ao trânsito de excessos pulsionais – nunca desconectada dos códigos tradutivos ofertados pela cultura. Para ter sua característica singular preservada, como objeto próprio da psicanálise, o inconsciente precisa da marca positiva do traço inaugurado pela realidade efetiva (Dunker, 2007).

A realidade assegurada na SAF é importante para se escapar do inconsciente estruturalista fálico edípico, que produziu o regime totalizante do fálico-castrado (Neri, 2003). O inconsciente estruturado como linguagem mais se assemelha a um tipo de atualização indiferenciada de uma pseudo-singularidade. Nesse sentido, está muito próximo ao inconsciente coletivo, transubjetivo, que transforma o objeto freudiano numa forma estrutural ontológica hipertrofiada (Dunker, 2007). O estruturalismo fálico desconstrói a originalidade psíquica, a unicidade da expressão subjetiva humana. Ele condena a singularidade ao “privilegio do simbólico, acaba promovendo o despotismo do significante” (Neri, 2003, p. 26), criando uma realidade metafísica para o inconsciente.

A TSG confere à constituição psíquica uma positividade própria que não transforma o inconsciente em um ser, como ente positivado, mas enquanto realidade subjetiva que se individualiza com inteligibilidade própria num terreno material e sócio-histórico. Nesse sentido, ela exorciza a psicanálise da metafísica heteronormativa da lei fálica do pai e do familismo acultural do Édipo. A ontologia positiva é refletida pela cena de sedução da SAF, universalizando a realidade antropológica, sexual de vida e de morte, do cuidado.

Ainda no diálogo com Figueiredo (1994), ao contrário do que o autor afirma, a efetividade da sedução originária não pode ser equiparada à pressuposição da presença de um adulto fechado em si e não afetado pelo circuito inconsciente forjado na cena originária de cuidado. Em outras palavras, Laplanche cria uma positividade efetiva do processo inconsciente, não pelo autocentramento do adulto na cena, mas priorizando a efetividade antropológica da experiência de defasagem presente na relação adulto criança. Assim, ele

indica na cena de sedução a primazia da mensagem enigmática sem qualquer representação para a criança invadida ou para o próprio adulto que a formula. Nessa relação, que garante vida ao bebê, ele qualifica a efetividade do mundo subjetivo marcado por etapas originárias não recuperáveis, mas reconhecidas em seu realismo histórico no curso do tempo de evolução da experiência subjetiva.

Nesse sentido, a alteridade em psicanálise é também o outro como expressão simbólica singularizada e derivada de uma cena material de cuidado. Isso confere ao inconsciente da teoria laplancheana a materialidade que o impede de se transformar numa entidade suprassensível, a-histórica, com feições míticas e constitutiva de um universo extramaterial. Isso é o que parece ocorrer com o transsubjetivismo estruturalista que coloca em risco a importância da marca subjetiva, deixada pela experiência singular de interiorização da alteridade, incorrendo, assim, na produção ontológica de autômatos subjetivos como produtos acessórios da subjetivação.

É preciso dizer ainda que Figueiredo (1994) reafirma a importância da ontologia negativa na concepção de alteridade desenvolvida por Laplanche, destacando o lugar ocupado pelo enigma na constituição do psiquismo humano na teoria laplancheana. Para ele, o enigma é, para além de um não sentido, um evento do processo contínuo, no qual uma perda se constitui onde algo deve se reconstituir na realidade efetiva de trocas simbólicas. Mais precisamente, Figueiredo (1994) destaca como a visão laplancheana é essencialmente negativa ao indicar que sujeito e outro se constituem a partir do enigma inconsciente. É aí que se situa a alteridade, fundada pelo trauma do enigma posto pela interpelação do outro nas origens.

Figueiredo (1994) indica que, para tocar alguma essência que interesse à psicanálise, é preciso se pensar em uma existência psíquica que é “ser” fundamentalmente não sendo. O inconsciente “só-pode-ser-sendo-no-outro” como alteridade que lhe habita, mas que não lhe é própria. Principalmente, por se considerar que a situação de sedução originária, constitutiva do inconsciente, apresenta-se na cena empírica de realidade do cuidado como o que “se constitui pelas e nas exclusões (o que se ‘esconde’ ou o que se ‘desmente’)” (Figueiredo, 1994, p. 300).

Nesse sentido, também entendemos que é preciso reafirmar a ontologia negativa na noção de alteridade defendida por Laplanche. Sem dúvida, essa é a dimensão mais genuinamente característica desdobrada da teoria sobre o inconsciente. De fato, a teoria psicanalítica não acomoda as definições de ontologia que estabelecem a ideia de um ser enquanto essência geral e metafísica, como uma espécie de superestrutura subjetiva

extramaterial. E ainda menos, acomoda o psiquismo que dá origem ao ser como entidade particular, ou como essência biológica, que tem o domínio da subjetividade e da verdade sobre si. Em psicanálise é preciso substituir essa noção por um regime de pensar assentado sobre a realidade ontológica das experiências de negação (Safatle, 2007). Nesse sentido, é necessário indicar a importância de “transformar a negação própria à pulsão de morte em negação ontológica” (Safatle, 2007, p. 184), definindo-a como modo de manifestação ontológica mais característica do processo inconsciente.¹⁷

O inconsciente em Laplanche não é uma posse. Em sua negatividade mais radical, o inconsciente

desafia a retórica do pertencer, é um modo de ser despossuído, desde o início, pela interpelação do outro. Para Laplanche, esse chamado ou pedido me anima e, a princípio, me oprime. O outro é, desde o início, demasiado para mim, enigmático, inescrutável (Butler, 2017, p. 74).

É a construção singular para lidar e conter essa demasia, através de traduções únicas, que cria a possibilidade de surgimento de algo chamado eu, como resposta, geralmente de síntese, aos problemas derivados do inconsciente, que disso é feito antítese.

Ademais, aquilo que aparece como esboço de uma essência situada na universalidade da origem de uma alteridade estrangeira, na SAF, é esfumado pelo ineditismo da atualização tradutiva e pelas montagens singulares das relacionalidades no socius familiar. É esse interjogo subjetivo do cuidado que forja a subjetividade como um produto autêntico do aparelho inconsciente através de um mecanismo tradutivo-recalcante. Isso significa entender que é “evidente que o inconsciente é marcado pelo sexual, já que tem sua origem no comprometimento da mensagem adulta pelo sexual. Mas não é de maneira alguma a cópia do inconsciente adulto” (Laplanche, 2003, p. 407).

Sendo assim, o inconsciente é também um mecanismo singularizado pelo processo tradutivo/recalcante que o forma na origem da experiência humana. Também por isso ele é definidor da existência de um aparelho psíquico que opera com lógicas dialéticas, inclusive no que concerne ao que se poderia estabelecer como lei ou doutrina geral como recurso explicativo para seu funcionamento. Dessa forma, a ontologia positiva e negativa tem no

¹⁷ Isso permite dizer que a verdade me escapa e escapa ao outro e que, para o cuidado se orientar por algum esboço sobre ela, é preciso que ele se deposite nas fronteiras da narratividade mirando a direção dada pela subjetividade. Clinicamente, isso envolve, por exemplo, não aguardar que quem está subjugado pelo prazer-desprazer do objeto droga enderece seu sofrimento apenas pelo pedido de tratamento em saúde que envolve a suspensão do uso da droga. Cabe que o agente de saúde na instituição hospitalar responda com a oferta do direito ao cuidado em saúde em qualquer dimensão de demanda aceita pelo paciente (que seja uma insistência pela reposição vitamínica, por exemplo) ainda que o consumo de álcool siga seu curso de devastação, ainda que a demanda não represente um pedido de tratamento ligado à interrupção do uso de substâncias,

modelo da trança uma formalização que reflete o estatuto ontológico possível para se pensar o funcionamento inconsciente e a experiência subjetiva. Além disso, a estrutura onto-antropológica da TSG, também referendada na trança, destaca a centralidade da cena de invasão primária do outro. Uma cena subjetivante de cuidado que é condição para vida humana e para existência do “inconsciente recalcado que, por sua alteridade, se torna verdadeiramente “alguma coisa em nós”, “um corpo estranho interno”, um “isso””. (Laplanche, 2003, p. 406).

É na experiência alteritária que a superação da oposição entre o que é originário-constituído e o que é emergência-devir é possível. É também através dela que a oposição positiva e negativa de uma ontologia possível para o inconsciente é superada. Em outras palavras, a alteridade é um elemento constituído em devir, aberto para um campo negativo da experiência emergente do inconsciente no confronto um sujeito inserido em uma realidade material e sócio-histórica da cultura. Sem dúvida, aí está o caráter inconclusivo de abertura sensível do psiquismo humano sobre o qual toda a esperança terapêutica transformadora se deposita, e para o qual uma psicanálise em trânsito deve se voltar na política de cuidado em saúde.

2.7 Considerações finais

O eixo fundamental da argumentação laplancheana que compreende a existência de “alguém-que-sendo-parte-do-mesmo-é-outro” (Figueiredo, 1994, p. 307) forma o terreno privilegiado para se pensar uma proposta de psicanálise fora convencional analista-paciente. Mais especificamente, o modelo não estrutural e entificado do processo inconsciente estabelece a necessidade de se pensar como os registros de alteridade se atualizam nas relacionalidades que envolvem a relação de transferência no cuidado em saúde. É nesse circuito que desenvolvemos a discussão que fundamenta noções da epistemologia psicanalítica e sobre qual teoria de sujeito a psicanálise dá sustentação. Buscamos formalizar um modelo inconsciente que propõe a superação simplista de oposições polarizadas. Os marcos filosóficos destacados evidenciam que o inconsciente é algo que habita o estrangeiro, o que está para além dos limites do si mesmo, também colonizando o universo intersubjetivo circundante, isto é, determinado fenômenos da cultura. Portanto, sendo um objeto que pede recursos de decodificação que não podem ser reduzidos aos adágios da ortodoxia clínica - aqueles que circunscrevem o inconsciente ao domínio entificado de um sujeito que possui a verdade sobre o próprio desejo e, portanto, sobre “seu” inconsciente.

O cuidado, como produto da política pública de saúde, é um terreno de excelência para manifestação do conteúdo inconsciente em função da dinâmica de relacionais que o constitui. A priorização dessa qualidade subjetivante do cuidado indica portanto que, para além do corpo-organismo e da tecnologia específica em evidência, o cuidado, como cena privilegiada de manifestação do inconsciente, é um produto sócio-psíquico-pulsional. Importante compreender também que essa experiência subjetiva inter-humana é nutrida também por códigos tradutivos e registros afetivos da cultura das relacionais da instituição na qual se produz. Isso demonstra que a experiência ontológica que a psicanálise decodifica e sustenta com suas ferramentas de inteligibilidade, consideradas nesse trabalho através da noção de primazia do outro, é definidora de uma força interpretativa que deve mostrar a história errática das enunciações e alocações da coisa inconsciente fora do circuito clássico da transferência analista-paciente no circuito da tecnologia de cuidado da política de saúde. E essa decodificação do trânsito do processo inconsciente nas relacionais deve ser realizada incansavelmente no terreno positivo de inter-relação dos corpos considerando, principalmente, a forma como as vivências de precariedade são tomadas por quem cuida e como estão definindo as dinâmicas constitutivas do processo inconsciente daqueles que estão sendo cuidados. Esse é o trânsito em devir que a episteme analítica tem a função de realizar para, através de sua força explicativa, produzir a desarticulação da invisível violência normativa do conhecimento. Isto é, a negatividade da ontologia não pode delirar metafisicamente excluindo da experiência ontológica a verdade histórica e singular que define a forma de existência dos corpos. Corpos que serão cuidados pelo instrumental derivado da epistemologia e que precisam ter garantida a durabilidade de sua experiência ontológica no domínio material de suas diferenças.

O tipo de assistência proposta pela política do SUS pressupõe o alcance de experiências de cuidado que buscamos evidenciar estar em maior diálogo com alguns projetos de psicanálise. É o que evidenciamos quando apontamos a importância de algumas categorias conceituais da TSG para mostrar a proximidade da cena de sedução do cuidado primário, situação antropológica fundamental, com a cena tecnológica de cuidado em saúde. Mais além disso, problematizamos a partir das aproximações entre a TSG e o cuidado, sempre nos orientado pela questão da primazia da alteridade na constituição dos mecanismos inconscientes, como a teoria laplancheana abre um extenso caminho de discussão sobre o trânsito que a psicanálise pode fazer no terreno de práticas e de produção de conhecimento nos domínios ético e político em que o cuidado tem centralidade.

A discussão em profundidade sobre as características ontológicas extraídas da teoria psicanalítica também demonstra qual tipo de clínica pode ser desdobrada do modelo de inconsciente que supera oposições aparentes em seu funcionamento. (interior-exterior, sujeito-coletivo, subjetivo-cultural, negativo-positivo, dentro-fora, eu-alteridade, mente-corpo, singular-múltiplo, variante-invariante). Esperamos que a formalização desses marcos filosóficos contribua para que a clínica psicanalítica tenha suas potencialidades desenvolvidas em outros territórios (socioculturais) tendo suas características internas mais importantes preservadas, mas também alargadas, para abordagem ampliada das relacionalidades - isto é, das condições de sociabilidade que são, na base do processo inconsciente, e portanto do cuidado, experiências decisivas para entendimento da vida anímica. Enfim, esperamos ter formalizado um sistema de derivação para o cuidado na política pública a partir da teoria psicanalítica, fortalecendo um modelo explicativo com perspectivas epistemológicas e ontológicas promissoras capazes de explicar e manejar não só objetos clínicos, mas também seus lastros de manifestação políticos e éticos num domínio ampliado de relações.

Assim sendo, entendemos que esse estudo evidencia que o alcance do modelo explicativo da TSG na proposição de um cuidado alinhado com os princípios éticos e políticos fundamentais para política pública em saúde não é meramente acidental. Ele demonstra que a função elucidativa da teoria para o avanço do projeto da clínica pública da psicanálise, originalmente pensado por Freud como forma de proteção garantida pelo Estado na Europa do pós-guerra, continua sendo importante para desenvolvimento do cuidado como direito da população.

Com efeito, sintetizando nossas conclusões, entende-se que demonstramos um sistema de derivação das noções essenciais psicanalíticas para a proposição de projeto clínico de psicanálise mais sólido para o cuidado em contextos clínicos de proteção social dos corpos, como ocorre no hospital público. Mais especificamente, fortalecemos esse sistema para que ele indicasse sua coerência interna (não somente adaptativa) com os fundamentos que organizam a política de saúde. Acreditamos que, com isso, iniciamos a jornada que reforça que a psicanálise é um dispositivo importante para construção de um *ethos* afetivo menos violento para o cuidado. Isso por ser ela um método revelador da dinâmica libidinal que governa as relacionalidades sociotécnicas da cena de cuidado, prestando-se ao tratamento dos fenômenos da subjetividade na cultura.

Por fim, conclui-se, com isso, que a psicanálise em trânsito é uma ferramenta importante para alargamento do cuidado para fora da clínica exclusiva com o paciente. Nesse sentido, tomada a partir do estudo realizado, acreditamos ter reafirmado que é importante que

a clínica psicanalítica resista à formalidade técnica que a reduz a um tipo de procedimento ipsocentrado, metafísico e apolítico. É o que começamos por alcançar com a problematização de suas forças epistêmicas, ontológicas e estéticas, preparando caminhos para proposição de novas ferramentas desdobradas de sua coerência interna e que podem ser desenvolvidas com o mergulho investigativo nas relacionalidades formadoras do tecido sócio-psíquico-libidinal do cuidado em saúde.

2.8 Referências

- Abreu, D. N. (2007). Psicoterapia, Psicanálise pura e Psicanálise aplicada. *Revista CES*, 21, pp. 211-222.
- Abreu, D. N. (2009). O analista na cidade: impasses e enlaces entre psicanálise pura e psicanálise aplicada. *Revista Asephallus*, V(9), pp. 20-32.
- Alonso, S. L. (2016). O conceito de gênero retrabalhado no marco da teoria da sedução generalizada. *Revista Percurso*, XXIX(56/57), pp. 81-90.
- Amaral, M. do. (2013). O primado do outro no campo da psicanálise: um diálogo com Laplanche. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 47(3), pp. 27-40. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2013000300003
- André, J. (1996). *As Origens Femininas da Sexualidade*. (V. Ribeiro, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Arán, M. (2000). Feminilidade, entre psicanálise e cultura: esboços de um conceito. *Revista Physis*, 10(1), pp. 169-195. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312000000100008>
- Bleichmar, S. (2010). *Psicoanálisis extramuros: puesta a prueba frente a lo traumático*. Buenos Aires: Editorial Entreideas.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria n. 2436 de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Butler, J. (2017). *Relatar a si mesmo: crítica da violência ética*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Butler, J. & Athanasiou, A. (2017). *Desposesión : lo performativo en lo político* (F. Bogado, Trad.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Eterna Cadencia Editora.
- Campos, G. W. de S., & Amaral, M. A. do. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a

- reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), pp. 849–859.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>
- Carvalho, M.T.M. (2017). Vida e morte no segundo dualismo pulsional. In Kupermann, D. & Ribeiro, P.C.C (Orgs.), *Por que Laplanche?* (pp. 51-79). São Paulo: Zagodoni.
- Contatore, O. A., Malfitano, A. P. S. & Barros, N. F. (2017). Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface*, 21(62), Botucatu.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>
- Danto, E. (2019). *As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social, 1918-1938* (M. Goldstajn, Trad.). São Paulo: Editora Perspectiva. (Trabalho original publicado em 2005)
- Drawin, C. (2005). *Paradoxo da finitude: sobre o sentido onto-antropológico da psicanálise freudiana*. (Tese de doutorado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Filosofia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Dubeux, L. S., Freese, E. & Felisberto, E. (2013) Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(2), pp. 345-369.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200003>
- Dunker, C. I. L. (2007). Ontologia negativa em psicanálise: entre ética e epistemologia. *Dossiê Filosofia e Psicanálise. Discurso*, (36), pp. 217-239.
<https://doi.org/10.11606/issn.2318-8863.discurso.2007.38078>
- Faria, L., Oliveira-Lima, J. A. de, & Almeida-Filho, N. (2021). Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 28(1), pp. 59-78.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100004>
- Figueiredo, L. C. M. (1994). A questão da alteridade na teoria da sedução generalizada de Jean Laplanche. *Psicologia USP [online]*. 5(1-2), pp. 297-308.
- Freud, S. (1996a). História de uma neurose infantil. In: *Edição standard brasileira das obras completas*. (J. Salomão, Trad., vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1918).
- Freud, S. (1996b). Psicanálise. In: Freud, S., *Edição standard brasileira das obras completas*. (J. Salomão, Trad., vol. 16). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926)
- Giovanella, L. et al. (2018). Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), pp. 1763-1776.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>
- García, A. H. (2019). María Ángeles Durán (2018): la riqueza invisible del cuidado. *Revista Española De Discapacidad*, 7(1), pp. 269-270.
<https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/58>

- Honda, H. (2011). O conceito freudiano de pulsão (Trieb) e algumas de suas implicações epistemológicas. *Fractal, Rev. Psicol.*, 23 (2), pp. 405-422. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922011000200012>
- Japiassú, H., Marcondes, D. (1996). *Dicionário básico de filosofia* (3a ed.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Kehl, M. R. (2008). *Deslocamentos do feminino*. (2a ed.). Rio de Janeiro: Imago.
- Kurcgant, D., & Ayres, J. R. de C. M. (2011). Crise não epiléptica psicogênica: história e crítica de um conceito. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 18(3), pp. 811-828. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000300012>
- Laplanche, J. (1988) *Teoria da Sedução Generalizada e outros ensaios*. (D. Vasconcellos, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laplanche, J. (1992a). *Novos fundamentos para a psicanálise*. (C. Berliner, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche, J. (1992b). *Problemática IV: O inconsciente e o ID*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche, J (1994). O Sexual, suas mensagens e traduções. *Revista Percursos*, 13(2), pp. 83-93.
- Laplanche, J. (1997). A teoria da sedução e problema do outro. In J. Psycho-Anal, Livro anual de psicanálise XIII. São Paulo: Editora Escuta.
- Laplanche, J. (2003) Três acepções da palavra “inconsciente” no quadro da Teoria da Sedução Generalizada. *Revista de Psicanálise*, X(3), pp. 403-418.
- Laplanche, J. (2015a). Castração e Édipo como códigos e esquemas narrativos. In Laplanche, J., *Sexual: a sexualidade freudiana no sentido ampliado 2000-2006* (pp. 281-287) Porto Alegre: Dublinense. (Trabalho original publicado em 2003)
- Lima, N., Cavalcanti, C., & Ostermann, F. (2021). Concepções de dualidade onda-partícula: uma proposta didática construída a partir de trechos de fontes primárias da Teoria Quântica. *Revista Brasileira De Ensino De Física*, 43(20200270). <https://doi.org/10.1590/1806-9126-RBEF-2020-0270>
- Linhares, A. (1999). Observando o invisível: uma epistemologia psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(2), pp. 86-96. <https://doi.org/10.1590/1415-47141999002006>
- Lispector, C. (1998) *Água Viva*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Mezan, R. (2006). Pesquisa em Psicanálise: algumas Reflexões. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), pp. 227-241. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100015
- Miller, J. A. (2017). Psicanálise pura, psicanálise aplicada & psicoterapia. *Opção Lacaniana online*, 8(22). http://opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_22/Psicanalise_pura.pdf

- Mohr, A. M. & Valore, L. A. (2012). Dos possíveis e impossíveis em psicanálise fora do consultório: algumas questões. *Psicol. Argum.*, 30(69), pp. 229-237. <https://biblat.unam.mx/hevila/Psicologiaargumento/2012/vol30/no69/3.pdf>
- Neri, R. (2003). Anti-Édipo / psicanálise: um debate atual. *Ágora*, 1(1), pp. 21-43. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982003000100002>
- Rancière, J. (2012) *O inconsciente estético* (M. Costa, Trad.) São Paulo: Editora 34.
- Safatle, V. (2007). A teoria das pulsões como ontologia negativa. *Discurso*, (36), pp. 151-192. <https://doi.org/10.11606/issn.2318-8863.discurso.2007.38076>
- Silva, M. K. (2012). A feminilidade originária nas psicoses (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-9HUHVH>

3 SEGUNDA PROBLEMÁTICA DO CUIDADO: A CONTRIBUIÇÃO DA TEORIA PSICANALÍTICA PARA O CONCEITO DE AUTONOMIA NO CUIDADO EM SAÚDE

“ mesmo morrendo em massa, se morre sempre um de cada vez, um a um ”
Judith Butler (2007, p. 660)

3.1 Introdução

A proposta deste artigo é destacar um conceito central para o cuidado em saúde pública, e para as políticas públicas de um modo geral, para trabalhá-lo na fronteira com a teoria psicanalítica. Para tanto, toma-se como opção uma definição ontológica de modelo inconsciente que permita se pensar como consequência a essencial função sociocultural da psicanálise.

Buscando contribuir com a discussão do conceito de autonomia, entendemos estar trilhando um caminho para defesa de um projeto clínico de psicanálise que não esteja hipertrofiado por concepções sofistas do inconsciente. Apesar de não abandonarmos uma ontologia própria, não se trata de afiançar a existência de um sujeito inconsciente ipsocentrado e constituído por uma essência individual exclusivamente intrapsíquica. Ao contrário disso, acreditamos que a base conceitual da psicanálise é importante para se entender a dinâmica da subjetividade em continuidade com os processos de subjetivação das coletividades humanas, motivo pelo qual seu paradigma teórico-clínico se torna essencial para construção de ferramentas para o cuidado da subjetividade, principalmente clínico, no terreno de produção das políticas públicas em saúde.

3.2 Algumas notas sobre a questão da autonomia em psicanálise

O conceito de autonomia parece central para as discussões desenvolvidas no campo das políticas públicas, em especial das políticas públicas de saúde. Em levantamentos realizados em diferentes bases de pesquisa¹⁸, foram encontrados 26382 artigos publicados que abordam os descritores autonomia e políticas públicas durante o curso dos últimos cinco anos. Quando relacionado ao tema das políticas de saúde ou políticas públicas de saúde, o termo

¹⁸ Publicações indexadas nas bases de dados OneFile (Gale); Taylor Francis Online – Journals; Medline-Pubmed; Sage Publications (CrossRef); Directory of Open Access Journals (DOAJ); PMC(PubMed Central); Materials Science e Engineering Database; Eric (U.S.Dept.of Education); Springer (CrossRef); Advanced Technologies e Aerospace Database; SpringerLink; Oxford Journals (Oxford University Press); Emerald Insight; Taylor e Francis Online – Open Access Journals; Wiley(CrossRef); Wiley Online Library; Wiley Open Access; Cambridge Journals (Cambridge University Press); ScienceDirect (Elsevier), relativas ao período de 2016 a Set/2020, portal CAPES Setembro de 2020.

autonomia aparece, respectivamente, 17203¹⁹, 20226²⁰ em artigos publicados no referido período.

Entretanto, o que se pode dizer sobre a importância do conceito de autonomia para psicanálise? Ou ainda, qual a relação da concepção de autonomia com algumas contribuições teóricas da psicanálise que dialogam com as ideias de autodeterminação, discernimento e vontade?

Conforme afirma Ayouch “a verdade é que Freud evoca raramente a autonomia do paciente” (Ayouch, 2005, p.11), pelo menos é o que pode se dizer em relação a “a autonomia como auto-fundação da vontade relacionada com a auto-reflexão . . . que parece ser excluída da psicanálise” (Ayouch, 2005, p. 8). Apesar disso, a abordagem da autonomia pode ser visitada de algum modo pela psicanálise através da problematização de outros conceitos. É o que parece ocorrer quando a psicanálise, utilizando-se do recurso de teorização da clínica no campo das políticas de saúde, volta-se para transmissão e ótica do sujeito de desejo.

Nota-se, por exemplo, que há uma noção ontológica ipsocentrada que dá vida ao modo de emprego da concepção de sujeito na prática de alguns projetos clínicos de psicanálise. Isso leva a preocupação em relação à incompatibilidade de algumas pressuposições metafísicas colocadas em operação na clínica e “que esvaziam a capacidade de transformação de nossas ações políticas” (Safatle, 2019, p. 24). Tal cenário ganha expressões desastrosas quando inserido no campo de saberes que sustentam as políticas públicas, inclusive o cuidado em saúde coletiva.

Esse é, por exemplo, o que parece ocorrer com alguns tipos de defesa sobre as contribuições da psicanálise nas políticas de saúde:

Ao precisar o conceito de sujeito a partir dos ensinamentos freudianos como correlativo do conceito de inconsciente, a teoria da clínica psicanalítica tem uma contribuição

¹⁹ Publicações indexadas nas bases de dados OneFile (Gale); Taylor Francis Online – Journals; Medline-Pubmed; Sage Publications (CrossRef); Sage Journals (Sage Publications); Directory of Open Access Journals (DOAJ); PMC(PubMed Central); Materials Science e Engineering Database; Eric (U.S.Dept.of Education); Springer (CrossRef); Advanced Technologies e Aerospace Database; SpringerLink; Oxford Journals (Oxford University Press); Emerald Insight; Public Library of Science (CrossRef) Taylor e Francis Online – Open Access Journals; Wiley(CrossRef); Scielo (CrossRef); Scielo Brazil; Scielo Public Health relativas ao período de 2016 a Set/2020, portal CAPES Setembro de 2020

²⁰ Publicações indexadas nas bases de dados OneFile (Gale); Taylor Francis Online – Journals; Medline-Pubmed; Sage Publications (CrossRef); Sage Journals (Sage Publications); Directory of Open Access Journals (DOAJ); PMC(PubMed Central); Materials Science e Engineering Database; Eric (U.S.Dept.of Education); Springer (CrossRef); Advanced Technologies e Aerospace Database; SpringerLink; Oxford Journals (Oxford University Press); Emerald Insight; Public Library of Science (CrossRef) Taylor e Francis Online – Open Access Journals; Wiley(CrossRef); Wiley Online Library; Wiley Open Access; Scielo (CrossRef); ScienceDirect (Elsevier), relativas ao período de 2016 a Set/2020, portal CAPES Setembro de 2020

importante a dar à clínica da atenção psicossocial, ao permitir distinguir modos diferentes de endereçamento ao Outro que caracterizam as estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão (Rinaldi, 2015, p. 317).

Nessa afirmação, por exemplo, quando a psicanálise coloca a existência de mecanismos estruturais, ela faz uma entificação essencialista da singularidade inconsciente. Isso remete a uma estrutura subjetiva fechada que enquadra a singularidade, criando uma versão teórica hipertrofiada que não captura o ineditismo material do vivido no campo de expressão sociohistórica de relacionalidades.

Poder-se-ia afirmar que essa ontologia é incompatível com o modelo de clínica ampliada e compartilhada orientador da atenção em saúde coletiva no Sistema Único de Saúde (SUS), na qual, como se sabe, a clínica psicanalítica ajuda a compor muitos projetos de cuidado. O modelo de atenção em saúde do SUS prima por estratégias de atenção em saúde que foquem o singular afetado por uma coletividade, afirmando a importância do cuidado produzido entre muitos atores de forma multidisciplinar. Outros modelos, que tendem a se apoiar em diretrizes embasadas no método clínico empírico-classificatório, “transformando questões advindas da desigualdade social em compreensões individualizada e medicalizadas” (Contatore et al., 2017, p. 557), acabam por desconstruir com sua prática essas ferramentas fundamentais para o cuidado coletivo. Com efeito, para alinhar a clínica ao cuidado em saúde, é fundamental garantir a vida humana, e expressões individualizadas do viver, mas também assegurar um cuidado que se volte para as relacionalidades que definem modos de existência desses corpos²¹.

Essa identidade de sujeito concebida a partir da noção estrutural do inconsciente remete a uma visão essencialista da subjetividade, descolada dos fenômenos alteritários que a fundam e a afetam. Nesse sentido, dar visibilidade à singularidade, ou ao que se define habitualmente como desejo – que tem se mostrado na prática ser uma mera apresentação da demanda do sujeito ou, supostamente, do que quer o inconsciente desse sujeito, como se uma

²¹ Ao longo de nosso trabalho de investigação empregaremos o termo “corpo ou corpos” remetendo a experiência ontológica somatopsíquica de precariedade constitutiva do organismo vulnerável, aberto à invasão traumática e vitalizante do outro. Isto é, carne penetrada que interioriza e vive a ilusão de uma identidade, sofrendo com a produção de significação reflexiva que se projetada como defesa incansável em um território pretensamente tomado como próprio. Terra invisivelmente habitada, desapossada e desgovernada por uma multidão anônima, cujo cárcere se estabelece por paredes simbólicas constituídas de pedaços subjetivos irreconhecíveis grosseiramente alinhavados em um frágil rosto identitário. Uma carne oprimida por sentidos pulsionais não revelados que por terem acesso a experiência ontológica reflexiva ganham o pesado prêmio de sociabilidade e de corpo vivente singularizado pela identidade de um “eu”. Nas palavras Butler (2018), corpo que goza do “direito a viver e a persistir, até mesmo a florescer” (Butler, 2018, p. 16) e também “da função expressiva e significativa, [que] transmite uma exigência corpórea por um conjunto mais suportável de condições econômicas, sociais e políticas, não mais afetadas pelas formas induzidas de condição precária [que o originou].” (Butler, 2018, pp.12-13).

representação da exigência pulsional fosse possível²² – parece, em alguns projetos clínicos de psicanálise, ser equivalente à defesa ética de que a experiência simbólica subjetiva seja uma espécie de verdade hegemônica sobre um sujeito que deve governar a direção da cura. Nesses recortes, vê-se retomada também a ótica diagnóstica de um tipo de psicanálise médica que insiste em se pautar por raciocínio diagnóstico que entificam o normal e o anormal parametrizando diferenças e ignorando desigualdades do tecido social. Trata-se do que parece ser em uma versão de “(a encarnação da estrutura) e o real com a própria estrutura” (Dunker, 2007, p. 219) na qual o pensamento de Lacan é transformado em uma espécie de estruturalismo ontológico (Dunker, 2007). Isto é, sem singularidade e a contingencialidade efetiva do realismo da experiência vivida pelas coletividades e individualidades em um contexto sócio-histórico específico.

Não raramente, é a isso que se tem tomado como contribuição psicanalítica para balizar a dinâmica da singularidade no cuidado em saúde coletiva. Outros exemplos:

desejo do analista, como operador clínico fundamental da prática analítica nasce, portanto, diretamente vinculado à ética da psicanálise como ética do desejo (Rinaldi, 2017, p.1)

o entendimento do diagnóstico enquanto uma arte . . . Como indivíduo real, pode ser exemplar de uma classe, mas é sempre um exemplar com uma lacuna. Há um déficit da instância da classe num indivíduo, e é justamente por causa desse traço que o indivíduo pode ser sujeito, por nunca poder ser exemplar perfeito (Dias e Neto, 2015, p. 83).

O ‘singular’, por sua vez, designa a articulação do ‘particular’ de uma referência das classes diagnósticas com o movimento do sujeito do inconsciente (Bursztyn & Figueiredo, 2012, p.135)

Além disso, as concepções que defendem a proposta ética da psicanálise como sendo a de “sustentar uma ética fundada no desejo” (Rinaldi, 2015, p. 318), parecem desconsiderar princípios fundamentais do elemento pulsional que governa a experiência subjetiva²³. Nesse

²² “No sentido da estrutura era duvidoso que se pudesse descrever um código, um léxico do inconsciente, sem correr o risco de cair numa simbólica, ou seja, num sistema de interpretações preestabelecido” . . . “o inconsciente não é feito de linguagem ‘verbal’” e “não consiste de linguagem de comunicação” o inconsciente é um fenômeno de sentido, mas sem nenhuma finalidade de comunicação (Laplanche, 1992b, p. 98).

²³ “uma das ideias essenciais na introdução da pulsão de morte é a prioridade da autodestrutividade” e ainda que “os processos inconscientes foram sempre situados por Freud do mesmo lado das forças que impulsionam o

caso, seria importante entender se o desejo a que se tem tomado como referência na prática clínica cotidiana, pode ser de fato um marcador de singularidade para uma proposta ética de cuidado na política pública. E ainda, se é da matéria subjetiva inconsciente que se trata, seria importante problematizar a clínica na fronteira na qual o si mesmo se move respondendo a alteridade interna-externa que o interpela (traduzindo excessos pulsionais, códigos-narrativos, mensagens dessignificadas que afetam a subjetividade na prática de cuidado sociotécnica)

Com efeito, seria fundamental fazer a crítica do modo como a noção clínica de não “ceder de seu desejo” é estranhamente empregada como balizador para se nomear a prática de autonomia dos sujeitos, mesmo quando o desejo, em seu excesso, dá lugar a derivações mortíferas que se traduzem em atos de individualidade autoritária ou de apassivamento servil. Necessário interrogar, nesse caso, se a clínica psicanalítica, para alcançar consequências éticas, pode sustentar alguma noção teleológica de ética interior à sua própria racionalidade sem correr o risco de exclusão do que ela própria está chamando de único e singular. Para além disso, uma teleologia ética interior a psicanálise não representaria a exclusão do singular do campo de contratualização democrática no qual a subjetividade deve compor terrenos de negociação de suas condições políticas e sociais de existência? Talvez a defesa dessas noções localize a psicanálise em lugares desconfortáveis, nos quais, ela parece encarnar as próprias leis se desobrigando à troca democrática com a ética em terrenos políticos alargados para além dela. Isso enfraqueceria a psicanálise como dispositivo de cuidado inserido em políticas públicas como o SUS? Pensamos que sim.

Perigosamente, esses artifícios essencialistas da individualidade têm se traduzido objetivamente em práticas equivocadas²⁴, uma vez que “noções tradicionalmente ligadas à teoria do conhecimento são gradualmente trazidas para a prática clínica, assumindo, finalmente, um determinado valor ético, a partir do qual se desdobram em procedimentos clínicos” (Dunker, 2007, p. 217). Como ferramenta que compõe democraticamente o cuidado, a psicanálise também orienta decisões profissionais no campo da saúde coletiva a partir de duas referências epistemológicas e ontológicas que se convertem cotidianamente em práticas clínicas com efeitos éticos e políticos para os sujeitos.

desligamento no funcionamento psíquico (Carvalho, 2017, p. 77), com efeito, o inconsciente ancora-se nas forças associadas a pulsão sexual de morte.

²⁴ A exemplo do direito de autonomia profissional de recusar a realização de práticas democraticamente reconhecidas de proteção a vida sob pretexto de ideologias individualistas exercida em espaços profissionais dos serviços públicos - ver BBC News Brasil (2016), e da individualidade destrutiva que confere ao capricho da vontade o direito de colocar outras vidas em risco como ocorre na atual Pandemia COVID-19 - ver BBC News Brasil (2020) e Uol (2020).

Para maior precisão e entendimento em relação ao em que isso pode se converter, pode-se citar, por exemplo, que o atendimento de graves quadros de sofrimento mental em serviços de referência tem sido reduzido a seleção estrutural do paciente, que deve preencher a classificação “neurose grave ou psicose em crise”. Isso sem considerar que os serviços de saúde tem feito escutas seletivas do paciente como um indivíduo dotado de uma capacidade fantástica de narrativa da verdade que desconsidera que a clínica deve alargar escutas, inclusive porque, frequentemente, o sofrimento mental é igualmente encontrado no espaço sócio-afetivo que o circunda e porque na sociedade brasileira ele é, não raramente, produto de tragédias sociais não simbolizáveis. Importante lembrar também que todos os atores do território em que o paciente se insere são potencialmente usuários do mesmo serviço de saúde como representante de uma política pública.

Ao se desconsiderar o valor ético que tem como fonte um sujeito ipsocentrado que é incoerente até mesmo com as próprias noções de fundação psíquica de um si mesmo para psicanálise, a práxis psicanalítica se condena a um tipo individualista de cuidado.

Assim como essas narrativas clínicas se tipificam na produção clínica feita pela psicanálise nas instituições, elas também acabam por contribuir com visões que se desdobram num tipo de autonomia individualista estranha a discussão que poderia ser extraída da teoria psicanalítica nesse terreno. O efeito dessa clínica indica para uma espécie de narcisização solipsista da experiência subjetiva. Cabe, portanto, que se interroge se “o ser humano está definitivamente fechado sobre si mesmo?” (Laplanche, 1993, p. 758) e se é ele autocentrado, buscando também desconstruir as tentativas psicanalíticas que se esforçam “ridiculamente em reconstruir o exterior, a objetividade, a partir do interior” (Laplanche, 1993, p. 758).

3.3 Sujeito não é inconsciente, sujeito não é “Eu”

Na esteira dessa lógica, parece equivocado tomar a subjetividade como desejo de um sujeito inconsciente a partir de uma noção que pressupõe uma experiência de ipseidade²⁵, que parece equiparar à concepção de desejo à capacidade do sujeito de narrar “seu próprio” inconsciente, quase que como expressão de uma vontade. Ou, em outros termos, possivelmente, tomando por psicanálise a defesa de um projeto clínico que outorga ao psicanalista o poder de traduzir a verdade unitária que sintetiza uma significação sobre o que quer o sujeito inconsciente. Sendo assim, desconsiderando que “a psicanálise . . . nos ensina o pluralismo, a pluralidade e mesmo a justaposição . . . aquela precisamente que reina no

²⁵ Ser si mesmo, capacidade de dar para si mesmo sua própria lei, de representar-se a si mesmo (Safatle, 2019)

inconsciente, onde tudo habita lado a lado, sem obrigação de síntese. (Laplanche, 1993, p. 754).

Mesmo os que recorrem a proposições sobre o Eu, para se referir a uma estrutura autocentrada do aparelho psíquico, ignoram princípios fundamentais que orientam a formulação desse postulado primário da psicanálise. Para o entendimento da concepção que propõe o Eu como uma possível estrutura identitária singularizante, é necessário que se considere algumas noções fundamentais. Isto é, desse modo, seria importante perceber que a subjetividade é efeito de um fenômeno conflitivo no qual “a própria resistência funciona como o inconsciente” (Laplanche, 1992b, p. 29). Ela é uma reação formativa a um estado permanente de ataque internalizado a partir de fenômenos alteritários, que conferem autenticidade à existência humana, despossuída em suas origens.

Isso poderia se traduzir, a partir da importante concepção das origens ex-centradas de fundação da experiência humana. De modo mais específico, as funções egóicas comportam-se como formação reativa ao objeto-fonte da pulsão, sendo este um centro ex-centrado que mantém o inconsciente em sua estranheiridade como fenômeno interno-externo formador do aparelho psíquico. Nesse processo, funda-se uma tentativa desgastante de defesa de um si mesmo, de uma aparente estrutura identitária, já condenada ao fracasso, o Eu. Conforme destacado por Carvalho (2017, p. 68), “O Eu é uma formação particular no interior dos sistemas mnésicos, é um objeto interno investido de energia do aparelho com a função de inibição da excitação psíquica” (Laplanche como citado por Carvalho, 1985, p. 71). Vale lembrar que a fonte dessa energia defensiva, o Eu, e do conteúdo contra o qual o Eu se defende, o núcleo mais primitivo do inconsciente, têm a mesma procedência constitutiva.

Desse modo, mesmo o Eu não poderia ser definido como uma entidade, um sujeito. Ele não é um tipo de percepção ou de consciência, como pode se encontrar na filosofia clássica, “nem tão pouco o sujeito do desejo que se endereça ao analista” (Carvalho, 2017, p. 68). Tal como o próprio recalcado, o Eu é um produto condensado e movente das forças libidinais narcísicas que investem a tentativa de fechamento do aparelho psíquico em uma formação fragilmente totalizante. Essa formação existe como força contrária ao núcleo pulsional mais primitivo formado pelos conteúdos sexuais oriundos do jogo intersubjetivo estabelecido entre a criança e o outro.

Importante destacar que o jogo pulsional intersubjetivo se refere à centralidade da cena originária, cena antropológica, que se generaliza na experiência humana como fenômeno que confere as condições de possibilidade para produção da experiência subjetiva e para vida em sua expressão mais individualizada. Nas palavras de Laplanche, é essencial

sobre a cena originária . . . levar em consideração a dimensão enigma, alteridade, do lado dos protagonistas adultos da criança: os outros da cena originária, o outro da ameaça de castração, são como se não tivessem eles mesmos relação com seu próprio inconsciente.” (Laplanche, 1993, p. 758)

Essa cena, ou “cenários invocados como originários” (Laplanche, 1993, p. 755) compõe um cotidiano de cuidados e de sedução “à medida que também eles veiculam uma ou várias mensagens do outro, sempre no início no sentido adulto-criança” (Laplanche, 1993, p. 755). Trata-se de significantes-designificados que permanecem como tecido movente no jogo subjetivo do vivido, operando como mensagens de exclusão, isto é, que não se dão a compreender e nada comunicam: “eu te mostro – ou eu te deixo ver – algo que por definição tu não podes compreender, e do qual tu não podes participar” (Laplanche, 1993, p.756).

De forma bem resumida, pode-se afirmar que os processos de sedução do adulto em relação ao bebê definem o solo psíquico de formação do inconsciente a partir do recalçamento de conteúdos sexuais desorganizadores. Tanto a formação do recalçado inconsciente quanto a formação do Eu passam por uma espécie de primeiro tratamento dado pelo aparelho psíquico aos significantes enigmáticos implantados pelo adulto no eu-corpo da criança (Laplanche, 1992a). Depois desse primeiro tratamento operado, o resto não traduzido das mensagens enigmáticas passa a existir como objeto-fonte, como um corpo interno, marcado pela qualidade do que é estrangeiro. Os dispositivos psíquicos que se envolvem nessa trama complexa, na qual se inserem processos de natureza tradutiva, temporal e tópica, culminando na formação do inconsciente recalçado e do objeto-fonte da pulsão, são desencadeados pela sedução originária, isto é, pela invasão traumática da sexualidade adulta no corpo e psiquismo da criança.

Conforme indica Laplanche,

Os modelos se apressam e todos nos fazem correr o perigo de incluí-los . . . ‘em um sujeito’. . . De minha parte, propus um dia, com o modelo tradutivo do recalçamento em dois tempos, esta imagem num primeiro tempo a mensagem do outro, sexual pré sexual, enigmática que está como que implantada realmente no corpo. Em suma, que ela não é levada em consideração por um ego ou por um eu . . . É preciso então chegar a pensar um processo que não esteja em primeira pessoa, nem mesmo talvez, em ninguém. Mas todo modelo . . . está necessariamente arriscado a ser captado pelo pensamento identificatório (Laplanche, 1993, pp. 766- 767).

É a partir desses princípios teóricos, que descrevem um psiquismo descentralizado, que Butler irá pensar a cena de interpelação ética como um referente corporal, um estado originário de sociabilidade do si-mesmo, ancorado em um corpo ao qual não se pode aludir, inarrável como tal. Com efeito, a autora aponta que a autoridade narrativa do eu é fundada na impossibilidade de testemunhar e relatar a temporalidade de experiências que contam a história de seu surgimento e de sua experiência vivente. Uma historicidade também corpórea, marcada pelo sexual alteritário, pelo enigma, e como tal, amputada da recordação completa de sua origem singularizada num jogo intersubjetivo de relacionalidades primárias.

3.4 A primazia do outro e a construção das bases éticas de uma noção de autonomia

Butler aprofunda as noções de formação de um si mesmo e de um território ético muito distinto daquele que se localiza na referência ao que se toma como “ética do desejo”. Partindo da noção de primazia do outro na fundação psíquica da narrativa de um si-mesmo, considerando os modos como Laplanche propõe as origens da subjetividade através da cena originária, Butler se refere à noção hegeliana da dialética do reconhecimento, demarcando que “o si-mesmo é o tipo de ser para o qual a permanência dentro de si prova-se impossível. O si-mesmo é obrigado a se comportar fora de si mesmo; descobre que a única maneira de se conhecer é pela mediação que acontece fora de si, exterior a si, em virtude de uma convenção ou norma que ele não criou, na qual não pode discernir-se como autor ou agente de sua própria construção” (Butler, 2017, p. 42). Dentro dessa lógica, o outro reconhece um si-mesmo a partir de um quadro epistemológico e de disposições antropológicas e culturais que também lhe excedem.

Nesse sentido, Butler indica que Cavarero dá também contribuições precisas sobre o terreno ético-político no qual essa dinâmica se afirma ao apontar que “Somos seres que, por necessidade, têm sua vulnerabilidade e singularidade expostas aos outros, e que nossa situação política consiste parcialmente em aprender a melhor maneira de manejar – e honrar – essa exposição constante e necessária.” (Cavarero, como citada por Butler, 2017, p. 46). Além disso, Cavarero destaca a importância de autores que elevam a função do “tu” ignorada em “doutrinas individualistas, preocupadas demais em elogiar os direitos do eu” (Cavarero, como citada Butler, 2017, p 46). Mas, não seria imediatamente necessário à psicanálise recorrer a eles, se os projetos mais arrojados de subjetividade que ela oferece fossem devidamente considerados em sua práxis nas instituições. Isso porque é a própria psicanálise quem indica “a descoberta mais radical da alteridade – a descoberta pela psicanálise da outra coisa em mim, e a ligação da outra coisa a outra pessoa” (Laplanche, 1993, p. 753)

Na esteira dessa visão, seria possível considerar que a versão de subjetividade passível de se constituir a partir do terreno ético de uma alteridade fundadora de um si-mesmo coloca uma indispensável orientação para clínica psicanalítica: a de interrogar, a partir da construção do relato de si, quem é o outro que cria condições de possibilidade e de igual opacidade para que uma narrativa de si e alguma autonomia seja possível como expressão de singularidade.

Importante ressaltar que esse relato de si remete a um “corpo singular a que se refere uma narrativa não pode ser capturado por uma narrativa completa” (Butler, 2017, p. 33), mesmo aquela que se pretende representante do desejo inconsciente “porque o modo em que se formam as relações primárias produzem uma opacidade necessária” (Butler, 2017, p. 33). Nesse sentido, toma-se a vivência individualizada sob a ótica de uma corporalidade vulnerável e exposta que está sob o domínio da alteridade circundante. A esse tecido simbólico, ao qual a cena de interpelação, ou cena originária, se refere, a psicanálise acrescenta a realidade da incomunicabilidade da mensagem “Opaca para quem a recebe, opaca também para quem a emite” (Laplanche, 1993, p.755).

Essa exposição ao outro é autêntica e contingente, é condição de existência, e não substituível “Ninguém pode ser exposto em meu lugar” (Butler, 2017, p.47). Isto é, é no realismo dessa exposição que a materialidade sociohistórica do outro se inscreve em conjunto com vivência pulsional inconsciente. O modo como se é exposto à alteridade, como um “tu” ou como dimensão pública, está qualificado de forma singular, a partir de uma sociabilidade singularizada fundadora da qual não se pode fugir. A ética fundante de um si-mesmo na cena de interpelação impõe, então, “um tu que seja verdadeiramente um outro, na sua unicidade e distinção” (Cavarero, como citada por Butler, 2017, p. 48) do mesmo modo em que um “eu” que não se reconhece “em ti e ainda menos no nós coletivo” (Cavarero, como citada por Butler, 2017, p. 48).

Essa exposição fundamental ao outro “constitui um entre vários aborrecimentos do processo de darmos uma narração de nós mesmos” (Butler, 2017, p. 54), sendo ela condição para surgimento de uma singularidade que não dá testemunho de um “referente corporal . . . mesmo que não haja dúvida sobre onde meu corpo esteve” (Butler, 2017, p. 54). Trata-se de uma exposição ao outro num campo de normas dadas, num domínio de uma linguagem não escolhida, que constitui as possibilidades de surgimento de um ser reflexivo, de algo dotado de memória e de uma temporalidade que antecede a própria capacidade reflexiva.

Com efeito, uma impossibilidade narrativa marca qualquer existência possível de um si-mesmo. O relato de si é interrompido pelo tempo do discurso, anacrônico em relação ao

tempo originário fundador da vida. A interpelação que convoca o relato que se faz de si mesmo se dá quando é expropriada e extraída do domínio daquilo que se tem como posse. A narrativa pretende-se sequencial em relação a cenas que ocorreram num curso de tempo e de espaço que não pode ser traduzido na forma em que o relato é assumido, “o eu não pode contar a história de seu próprio surgimento, nem as condições de sua própria possibilidade” (Butler, 2017, p. 52)

Isso quer dizer que há um terreno de sociabilidade, uma relacionalidade condicionante da singularidade, que impõe termos indispensáveis para se pensar o campo ético da vida em sua possibilidade de relato de si.

3.5 A autonomia, a política e a responsividade ética: uma autonomia sem liberdade?

Todos esses apontamentos sobre o modo como a alteridade é fundamental para o funcionamento dos processos inconscientes atestam a necessidade de problematização daquilo que se poderia extrair da psicanálise para elaboração conceitual e entendimento dos efeitos clínicos que possam resultar em produção de autonomies a partir de sua inserção na instituição. Isso requer que a práxis, como um por fazer que evolui com elementos de negatividade para singularização da experiência de cuidado, baseie-se em alguns pressupostos fundamentais. Pois então, sendo assim, qual conceito de autonomia poderia estar em diálogo com a experiência ontológica pressuposta pela psicanalítica? Qual autonomia pode ser depurada da subjetivação de um si mesmo colonizado desterritorializado pelo outro?

3.5.1 Saúde coletiva e psicanálises

A consulta de autores de maior importância para produção de conhecimento em saúde coletiva no Brasil aponta para uma noção bem específica de autonomia. Campos e Campos (2006) partem da vulnerabilidade do bebê nos primeiros tempos de vida, destacada na teoria winnicottiana, para afirmar as origens de dependência quase absoluta do sujeito humano, frágil e exposto, inclusive destacando a vulnerabilidade biológica do bebê em relação a outras espécies. Com efeito, referindo-se a uma noção freudiana, os autores destacam que “a própria fragilidade dos seres humanos estaria por trás da necessidade de socialização do homem” (Campos & Campos, 2006, p. 672).

Laplanche chega a se referir para marcar a vulnerabilidade do organismo humano a uma “sensibilidade congênita ao trauma” (Laplanche, 1992a, p. 39), sem abandonar a importante perspectiva de que o sexual ameaça a vida, de que a libido livre vem “antes do

ligado, o morto antes do vivo” e que para a psicanálise “a moeda da realidade física não tem valor legal . . . já que essa se desenrola totalmente no campo não-adaptativo, do não vital” (Laplanche, 1992a, p. 26).

Esses mecanismos das origens, marcados pela invasão do corpo organismo por uma alteridade circundante, opressora, sexual e inevitável, apontam que a fundação do “Eu está em continuidade com um “nós” (Campos & Campos, 2006, p.672). Isso se considerarmos, como alerta Butler, de que se trata de um “nós” que se constitui por um “si mesmo” e um “tu” em suas raízes. Importa apontar também que o entendimento das origens, e do que o marca como condição de possibilidade do devir, coloca a inevitável noção de que a autonomia deve ser “elaborada em relação com a heteronomia” (Campos & Campos, 2006, p. 673) e que o princípio norteador da autonomia na experiência subjetiva deve ser pensando em “coeficientes, sempre em alguma gradação” (Campos & Campos, 2006, p. 673).

Tomando essa concepção, os autores chegam até a problematização do terreno político que deve dialogar com a dimensão das autonomias:

A política deveria ser . . . o ponto de criação e de regulação da autonomia . . . precisamos da política incidindo na produção de autonomia . . . precisamos da política como resistência, isto é, como ferramenta para impedir o exercício desenfreado e arbitrário do poder. A obscenidade da autonomia do que acumula poder esmagando a grande maioria que cada vez parece poder menos (Campos & Campos, 2006, p. 674).

A relação da política com a autonomia é fundamental para compreensão do que se propõe para às garantias subjetivas de exercício de direitos. A política é o terreno de tensionamento dos limites da autonomia de coletivos e sujeitos. Em termos relativos, os limites da autonomia devem estar sempre interrogados, num cálculo permanente de seu alcance e extensão. Isso leva à conclusão de que “não haveria uma autonomia pronta a priori para todos, nem para qualquer situação” (Campos & Campos, 2006, p. 674) o que não se deve confundir por completa inexistência dela sob pena de destruição da dimensão ética básica das relações societárias.

Com efeito, a autonomia tratada no campo político democrático é produtora de sujeitos e coletividades dotados de ações críticas, reflexivas, compartilhadas, contratualizadas em formações de sociabilidade, não podendo ser confundida com individualismo e a vivência pseudo-ética de experiências isoladas.

Uma visão democrática de autonomia, em diálogo com projetos mais arrojados de psicanálise, distancia-se da noção de individualismo solipsista que se apoia no roteiro de um

inconsciente ipsocentrado, entificado e metafísico. Outrossim, a autonomia que se coloca num terreno de continuidade paradoxal com a heteronomia, afasta-se da romantização idealizada do sujeito de desejo que acaba por repetir no campo da prática psi de saúde um modelo igualmente fragmentador e reducionista.

Nesse sentido, um modelo que cria uma estrutura metafísica de linguagem em descontinuidade com o biológico e o sociohistórico, sem atualização efetiva no realismo do vivido, deixa de singularizar existências e se condena ao fracasso na produção coletiva de saúde da política. Em muitas circunstâncias, esses princípios interferem institucionalmente na criação de óticas dicotomizantes de cuidado biomédico e de saúde mental, sem nem ao menos problematizar os fenômenos de desigualdade social. Não raramente, reforçando formatações discriminatórias, manicomiais e normativas em hospitais gerais e em dispositivos de assistência em saúde mental, nos quais são organizadas formas rígidas de cuidado baseadas em superestruturas teóricas.

Tem-se nisso o efeito pragmático de separação da prática psi, isolada e hipertrofiada por recursos metafísicos excludentes de uma subjetividade forjada no realismo do vivido, tomando o inconsciente como produto intrapsíquico e solipsista, que faz por sustentar modelos amputados de cuidado. Por vezes, identifica-se que a psicanálise tem se prestado como ferramenta discursiva para o desserviço governado pelo conceito de individualismo responsável, que se traveste cotidianamente em narrativas romantizadas sobre a singularidade. Nesse contexto, o desejo e a autonomia quando evocados são convertidos num recurso de punição e desamparo no qual a política de saúde abandona os usuários à mercê da própria sorte, alegando a não adesão ao tratamento, usando do pretexto da sustentação do desejo na recusa. Tal artifício responsabiliza perversamente o usuário da política em saúde, ignorando a problematização do circuito alteritário que o mortifica e consome com práticas assistenciais e de sociabilidade incompatíveis com a vida. Práticas às quais o usuário de saúde tenta resistir deixando-se governar pelo quantum mais mortífero do desejo que tentar afastar, exteriormente, essa alteridade atacante. E, com isso, minando a vinculação a práticas mais protetivas de cuidado que poderiam minimizar condições de precariedade.²⁶

Isso quer dizer que, ao se autorizar a reprodução de práticas que não se amparam na conexão ética fundada pela interrupção e descontinuidade da subjetividade pelo outro, atravessado desde suas origens sociais pela opacidade alteritária, a psicanálise incorre em graves atos de negligência em relação à realidade em que se propõe atuar. Isto é, “numa

²⁶ Para entendimento de situações clínicas ligadas a esse debate sugerimos a leitura da quarta problemática de nossa pesquisa sobre o cuidado.

sociedade desigual [na qual] Temos tido dificuldade em nos aproximar das estratégias de sobrevivência de algumas comunidades [onde] O contexto das periferias das grandes cidades é marcado por violência, exclusão, pobreza. Cada vez custa-nos mais trabalhar para desenvolver uma sensação de pertença social, um pacto sobre um conjunto de valores, um ‘nós’ libidinal e fortemente investido . . . que nos permitisse sentir que somos parte da mesma sociedade. (Campos & Campos, 2006, p. 680)

3.5.2 Um desvio crítico para aprimoramento da teoria psicanalítica da saúde coletiva

Campos e Campos (2006) se valem das teorias de Winnicott e de Castoriadis para destacar a base psicanalítica sobre a discussão que aponta a função da heteronomia fundadora das relações de autonomia. Em Winnicott, é indicada a condição de dependência biológica do bebê, e depois psicológica, em relação à mãe, já em Castoriadis, toma-se a noção de homem autônomo como homem crítico, reflexivo, democrático.

Contudo, é preciso lembrar que a teoria winnicotiana não escapou à criação essencialista e metafísica de um sujeito desconectado de sua realidade sociohistórica. No corpo de elaborações importantíssimas sobre a relação mãe-bebê o “argumento MULHER” teve, talvez, como um primeiro efeito fixar a experiência do feminino a um tipo de superestrutura essencialista (Miranda et al., 2019). Com efeito, a mulher ficou encarcerada a um bloco de significações dessingularizantes no qual feminino, sexo, gênero e cuidado ganham a função ontológica de uma identidade permanente. Nesse sentido, Winnicott cria uma subjetividade fechada em uma versão a-histórica, retirando do outro aquilo que ele funda com sua negatividade singularizada através do universo pulsional, além de apagá-lo na relação de cuidado como corpo coletivo marcado pelo acúmulo de experiências sociohistóricas.

Em Castoriadis parece não ser diferente. O autor indica que um “projeto político e coletivo, deve encontrar sua condição de possibilidade no nível do próprio sujeito individual” (Passos, 2006, p. 3). Nessa realidade individual, encontra-se um projeto de subjetividade, quase religiosa, capaz de transformações redentoras da sociedade, nas quais o homem guarda uma “capacidade de criação absoluta decorrente de uma imaginação radical” (Passos, 2006, p. 5). Novamente, é uma potência imaginária ipsocentrada, uma entidade psicológica autorregulada, que está em questão. Isto é, trata-se de um psiquismo no qual nos “primórdios da formação da psique no indivíduo a representação está presente; porém, no começo ela é uma representação de si mesmo para si mesmo” (Tauro et al., 2008, p. 7). O autor chega a

propor um “estado monádico”, anterior ao “complexo de Édipo, antes até mesmo do nascimento” (Tauro et al., 2008, p. 7).

Além disso, não parece haver para Castoriadis um modelo explicativo continuista que não dê ao sócio-histórico uma qualidade de superestrutura metafísica, isto é, que não o caracterize “como dimensão que transcende o individual” (Passos, 2006, p. 5). Trata-se de um paralelismo entre duas superestruturas conectadas apenas formalmente e, nesse sentido, desprovidas de recursos que as interliguem em um projeto subjetivo continuista: “o imaginário desdobra-se num nível individual e singular – o imaginário psíquico radical – e num nível coletivo ou sócio-histórico, do social anônimo – o imaginário social, produzido na e pela cultura, através das instituições sociais.” (Passos, 2006, p. 8)

Por fim, a noção de uma produção inconsciente “imaginário representacional-afetivo-intencional” (Passos, 2006, p. 5), que “caracterizaria uma subjetividade reflexiva como um voltar do sujeito sobre si mesmo” (Ayouch, 2005, p. 1) parece entrar em patente contradição com o inconsciente psicanalítico que a “nada significa [que] não possui qualquer intenção significante, [trata-se de um] id que não fala” (Laplanche, 1992b, p. 113), igualando a psicanálise a um tipo de filosofia racional-reflexiva na qual a coisa inconsciente é dotada de aspectos representacionais-intencionais.

3.5.3 Responsividade ética

Esses desvios não invalidam as conclusões de Campos e Campos (2006) em relação à associação necessária feita pela psicanálise entre autonomia e dependência. Contudo, outro recurso psicanalítico é empregado para se tocar na questão da autonomia: “só posso ser autônomo na medida em que me responsabilizo pelos rumos e pelos atos a que meu desejo tem-me levado.” (Campos & Campos, 2006, p. 676). É a partir dessa importante relação entre responsabilidade e autonomia que os autores destacam as consequências políticas do projeto psicanalítico para desarticulação de poderes destrutivos de maiorias dominantes.

Com efeito, importa considerar que é importante que a problemática do cuidado na saúde coletiva concilie seus objetos ético-políticos com modelos explicativos amparados por projetos mais promissores em psicanálise. É o que pode ser encontrado na relação que Butler alcança a partir da noção de responsabilidade e resposta extraída da cena de interpelação, ou cena antropológica, da teoria laplancheana.

A responsabilidade em psicanálise não é conciliável com a noção de algo que é assumido moralmente por um “Eu” a partir de artifícios do trabalho de culpa. Trata-se, antes de tudo, de uma resposta, uma forma de autonomia sem liberdade. Isso leva a importante

consideração de que autonomia e responsabilidade não devem ser recursos conceituais tomados diretamente da psicanálise. O que não a impede de se deixar pressionar por essas noções, respondendo a balizadores que a interroguem sobre consequências políticas e éticas que decorrem desses conceitos.

Ayouch (2005) alerta sobre isso em relação à autonomia, indicando a externalidade do conceito em relação à teoria freudiana, o que parece ocorrer de forma parecida em relação a noção de responsabilidade. Laplanche é enfático ao afirmar que em Freud “La prioridad es otorgada, de todos modos, a la culpabilidad sobre la responsabilidad” (Laplanche, 1995, p. 326). E ainda, que quando tomada pelos textos freudianos, a responsabilidade é associada à “compulsão a responsabilidade”. Trata-se desse modo de uma resposta forçada. Isto é, a resposta surge como efeito a um estado de efração primária no qual se está entregue a uma invasão do outro como condição de possibilidade da vida. Importante dizer que esse estado de opressão se atualiza nas relacionalidades do vivido. Nesse sentido, trata-se de um “sinal de uma vulnerabilidade e de um estado de obrigação que não podemos ignorar, por mais que queiramos.” (Butler, 2017. p. 130)

A violência originária que expõe a subjetividade é garantidora da fundação psíquica de um si mesmo e “não é uma punição justa que sofremos, tampouco uma vingança justa pelo que sofremos.” (Butler, 2017, p.131). Não se trata da “coisa da qual se pode ser culpado . . . de ter cedido de seu desejo” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 376) ou de que seja “preciso pagar com alguma coisa” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 376). Cria-se aí um cenário de passividade violentada que garante condições de possibilidade para o nascimento no organismo de um aparelho psíquico, como fenômeno continuísta, no qual o outro é fonte de trauma e de vida. Nesse cenário, nenhuma experiência subjetiva está delimitada, apesar de estar na “própria pele, entregues nas mãos dos outros, à mercê dos outros” (Butler, 2017. p. 131).

Interpretar a resposta como ponto de enraizamento da ética é não ignorar que essa exposição primária marca a necessidade de não se transformar a relação do sujeito com o desejo em uma ação de escolha atravessada a priori pela culpa. Ou seja, trata-se de tomar o caráter insuportável da experiência de invasão como signo de vulnerabilidade contra o qual todos têm direito de serem protegidos sem que isso represente uma tratativa de autodefesa baseada na culpa no mesmo circuito da violência causadora do trauma.²⁷

Com efeito, trata-se também de transformar a lógica da responsabilidade. Isso quer dizer que não é preciso considerar que “a punição define a responsabilidade, ou seja, a relação

²⁷ A construção clínica do caso Paulo, trabalhado em nossa quarta problemática sobre o cuidado, desvela como a culpa tem relação com a tradução do mal estar deixado pela violência da mensagem depositada pelo outro.

do crime com a lei exige a aceitação desta lei [e que] a responsabilidade assume um caráter universal como aspecto transmitido pertencente à cultura” (Prudente & Debieux, 2017, p. 259). E nem tão pouco assumir que “a responsabilidade está articulada a modos pelos quais o sujeito escolhe responder à lei” (Prudente & Debieux, 2017, p. 259). Nesse sentido, tomar a responsabilidade como produto de um “Tu deves” incondicional substituível por uma “fantasia sádica do gozo erigido em imperativo - pura fantasia, é claro, e quase derrisória, mas que não exclui em nada a possibilidade de sua ereção em lei universal” (Prudente & Debieux, 2017, p.369) limita possibilidades para a plasticidade ética gerada em consequência do fenômeno de responsividade inconsciente ao outro.

A responsabilidade como produto “da lei como limite (ordem superegóica)” (Prudente & Debieux, 2017, p. 257) cria uma forma de estruturalismo ontológico de expressão moral a partir de uma subjetividade autocentrada que se depara com uma superestrutura simbólica. Trata-se da normatividade sufocante que Butler tem criticado em Lacan naquilo que a teoria psicanalítica cultua como “significante escondido, mas que, . . . está lá em pessoa - o falo.”²⁸ (Lacan, 1959-1960/2008, p. 367). O que também poderia ser criticado não como elemento puramente inconsciente mas como frágil reação defensiva de “ereção” do ego (para tomar um termo enaltecido pelo autor em relação ao culto falocêntrico que a teoria do Nome-do-pai promove). Isso leva a crer que a lei não é a salvação, o Pai não é a garantia, pois, na verdade, “La ley es síntoma del mal, es tan sádica como él; y henos allí bien lejos delas éticas o morales que se han querido extraer del psicoanálisis.” (Laplanche, 1995, p. 330). A lei expropria a experiência singular de sua possibilidade de resposta subjetivada no encontro interno e externo inevitável da experiência ontológica com a alteridade. A resposta é a expressão inédita e singular da subjetividade originada no terreno de não liberdade.

Com efeito, a lei como expressão de uma cultura superegóica (transcendente, de má consciência) força a criação de uma responsabilidade artificialmente produzida num terreno de externalidade destrutiva, retirando a experiência de resposta singular da dimensão ética criada na relação de intimidade originária com a alteridade, a partir de uma externalidade que se interioriza em cenas cotidianas. Vale ressaltar também que “o próprio instrumento de repressão se forja nesses impulsos [de violência], criando um circuito tautológico em que o impulso alimenta a lei que o proíbe” (Butler, 2017, p. 130).

²⁸ Aí está então o significante fálico —”destinado a designar, em seu conjunto, os efeitos de significado, na medida em que o significante os condiciona por sua presença de significantel” (Lacan, 1966/1998, p. 697) E, como tal, como um tipo entificado de estruturalismo ontológico, preenchido pela tradição falocêntrica normativa que se fundamenta na diferença anatômica dos sexos para estabelecer referências universalizantes da organização sexual inconsciente. (Silva, 2012).

Ademais, “não existe restabelecimento da consciência de si, bem como não há conversão do Isso ou do inconsciente em Eu ou em consciência . . . a consciência de si é sempre motivada de maneira bem literal, por uma alteridade que se torna interna, um conjunto de significantes enigmáticos que pulsam através de nós” (Butler, 2017, pp.127-128). Isso quer dizer que a responsabilidade não funda um senso moral elevado, já que “a má consciência é uma forma de narcisismo negativo” (Butler, 2017, p. 130). Não se deve tomar a ética pela ótica do masoquismo moral para o qual “com ajuda da moralidade do costume e da camisa-de-força social” (Nietzsche, 2007, p.2) se engendra reativamente o “indivíduo soberano, igual apenas a si mesmo, novamente liberado da moralidade do costume, indivíduo autônomo supramoral (pois ‘autônomo’ e ‘moral’ se excluem) . . . O orgulhoso conhecimento do privilégio extraordinário da responsabilidade, a consciência dessa rara liberdade” (Nietzsche, 2007, p. 2).

Importante destacar que a resposta também não é apoiada pela “boa consciência”, voluntarista, sóbria. A opressão gerada pela exposição a violência do outro, como interpelação não desejada, não é uma escolha. Nesse sentido, “assumir” a responsabilidade pelo conteúdo inconsciente - por exemplo dos sonhos - é consequência de uma obrigação material “que no es en absoluto de la obligación moral de aquello que habla Freud; estamos realmente forçados. No podemos hacer de otro modo” (Laplanche, 1995, p. 129). Trata-se de uma resposta substitutiva a uma exigência, uma opressão violenta, colocada em curso a partir da invasão traumática e vitalizante do outro. Assim sendo, a passividade primária do eu em relação a efração do outro está indissociavelmente colocada em relação à responsividade ética e à descontinuidade do eu em relação a suas origens.

Obviamente, essa questão leva a outra: Não há responsabilidade possível a ser associada com a singularidade? A realidade psíquica e seus derivados subjetivos são apenas uma forma de extensão indiferenciada do outro? Certamente que não uma vez que a formação do inconsciente e do aparelho psíquico diferenciados atestam que a unicidade subjetiva é uma realidade. Além disso, pela natureza negativa do inconsciente, gerada pela qualidade do que não se deixa representar, a dimensão do novo e do inédito é assegurada para cada existência em movimento. Ou seja, “por não ter conteúdo minha singularidade [tem] alguma propriedade” (Butler, 2017, p. 49).

Contudo, é também “por não tem conteúdo definidor além da irredutibilidade da exposição [exposição primária para Laplanche], de ser este corpo exposto a uma publicidade que é, variável e alternadamente, íntima e anônima” (Butler, 2017, p. 49) que a garantia de originalidade da experiência ontológica dos corpos está dada.. Note-se que o outro, também

exposto, é nessa relação também uma parte autêntica: Isso não significa que sejamos o mesmo, mas apenas que estamos ligados um outro por aquilo que nos diferencia, a saber, nossa singularidade (Butler, 2017, pp. 48-49). É nesse núcleo opaco e irrepresentável que a conexão entre coletividade e singularidade é estabelecida de forma irreduzível, deixando à mostra uma montagem defensiva que se narra fragilmente forjando uma consciência de si que continua sendo o núcleo de uma luta interna motivada por uma alteridade pulsante internalizada. A partir disso, irá se nomear um “sujeito psíquico”, falido em suas montagens, mergulhado de forma inescapável numa cena de interpelação dentro da qual o relato de si é exaustivamente exigido por demonstrações verbais e corporais (atos ilocutivos) que o confessam dentro de uma relação contínua de sociabilidade.

Desse fracasso tradutivo organizador da própria existência desdobram-se consequências éticas possíveis para se pensar a dinâmica de relações sociais. Isto é, há um campo ético passível de ser considerado a partir do núcleo cego que funda a existência. Nesse sentido, “só podemos reconhecer e ser reconhecidos sob a condição de sermos desorientados por algo que não somos” (Butler, 2017, p. 60). Há algo que excede a dinâmica intersubjetiva de interpelação, como uma opacidade insuperável para o eu e o tu que compõem originariamente a cena de interpelação. Qualquer identidade narrativa é imediatamente desorientada pelo fracasso da narrativa de si. Esse fracasso acaba por impor a exigência ética de que qualquer reconhecimento se sustente no paradoxo de sermos solidários da noção de existência de apreensão dos limites epistêmicos da vida, inclusive da própria, nos quais a aquisição de uma primeira expressão identitária é um desafio impossível. Como um trabalho de apacramento e de posse de um sexual invasor, estrangeiro, dado por uma alteridade enigmática que torna a elaboração de eu constantemente inalcançável. A “vida pode ser entendida exatamente como aquilo que excede qualquer relato que dela possamos dar” (Butler, 2017, p. 61).

É preciso alertar que a ética é muitas vezes confundida com o juízo que culpa ou inocenta. Em termos psicanalíticos, trata-se do “horizonte da culpa, uma vez que ela ocupa o campo do desejo” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 372), bem como daquilo que se rejeitou no serviço do bem “em nome do bem, e mais ainda em nome do bem do outro” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 373) em relação ao desejo (aqui cabe que se interroge se haveria mesmo como se estar fora do circuito da alteridade). Com efeito, toma-se a má consciência, a culpa, em referência à injunção paradoxal ter “cedido de seu desejo” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 373) e a ética “essencialmente - é sempre preciso tornar a partir das definições - num juízo sobre nossa ação” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 364).

Mas a condenação gerada no juízo é uma forma rápida de estabelecer uma diferença ontológica que mortifica. A condenação é, não raramente, um ato de abandono “que inflige ao outro uma violência em nome da ética” (Butler, 2017, p. 67). O ato de condenação busca pela postulação de um saber que localiza de forma fixa a plasticidade subjetiva numa cadeia epistêmica limitada. Isso demarca uma narrativa de verdade que destrói a potência ética, aniquilando “a capacidade do sujeito interpelado tanto para a autorreflexão quanto para o reconhecimento social, duas práticas . . . essenciais para qualquer relato substantivo da vida ética.” (Butler, 2017, p. 69)

A acusação põe fim ao efeito da cena de interpelação que parte do pressuposto de que o que se é “desafia a cadeia narrativa, incita a especulação, insiste-se como opacidade que resiste a toda iluminação” (Butler, 2017, p. 105). Com efeito, a acusação decompõe um horizonte ético de produção autoreflexiva e de tentativa de tradução que cria a possibilidade de responsabilização e de acesso mínimo a uma capacidade crítica de si e do outro.

Necessário afirmar que o juízo ético que acusa deve se colocar a serviço da promoção da vida para influenciar deliberações autoreflexivas do sujeito e, para isso, a ética deve se amparar na dinâmica de reconhecimento, de deliberação e de juízo que se fundam pela cena de interpelação, na qual “eu” e “tu” “não sobrevivemos sem sermos interpelados” (Butler, 2017, p. 69). Não há sobrevivência possível sem a confissão de um si mesmo.

A interpelação sujeita a todos a “um outro interiorizado de maneira que não posso relatar” (Butler, 2017, p. 105) e expõe esse “eu” impossível, desde a condição primária da vida infantil fragilmente impotente, a uma situação de absoluta opressão (numa experiência que é essencialmente sexual). Com efeito, o exame que não se estrutura pela ética da interpelação, dá lugar a práticas violentas de aniquilação da possibilidade de evocação responsável de um si mesmo.

Trata-se, no entanto, de uma estrutura de interpelação que não pode ser igualada a narrativa. A interpelação é, por excelência, a interrupção, a incapacidade constitutiva de se narrar conteúdos enigmáticos que operam desde as origens do surgimento de um “eu” capaz de relatar precariamente a si mesmo. Apesar disso, é por via do fracasso narrativo na cena de interpelação vivida em função da alteridade opressora que habita a experiência subjetiva que alguma forma expressiva toma qualidade possibilitando o surgimento de um si mesmo. Isso nos condena a tarefa impossível de narrar o incommunicável numa relação de referência a um outro.

A sustentação do projeto de fracasso de narrativa de si é condição de possibilidade para que um si mesmo possa se assumir, ainda que precariamente. Apesar disso, não há

validação de uma gramática de sujeito, pois no terreno em que essa narrativa se dá, a destituição no outro, por um outro que me excede, “é anterior ao estabelecimento de um “eu” que pode alegar, de vez em quando e sempre com certa ironia, possuir a si mesmo” (Butler, 2017, p. 102).

Note-se que esse outro aqui é a condição de possibilidade que me origina a vida acomodado como objeto fonte que dá enceto à pulsão. Isto é, “Não há como distinguir o “eu” que surgiu dessa condição infantil do “tu” – que habita e desapossa meu desejo desde o princípio” (Butler, 2017, p. 98). Cabe que se interrogue “quem deseja quando eu desejo?” (Butler, 2017, p. 98) O inconsciente é o terreno subjetivo continuísta no qual há “uma indistinguibilidade entre o outro e eu mesmo no núcleo de quem eu sou” (Butler, 2017, p. 100) no qual a ação voluntária e responsável é sempre um ato de autonomia parcial num terreno de resposta a um conflito com a alteridade.

Desse modo, o ato de resposta também se enraíza numa “condição do sujeito, mas ela não é minha: eu não a possuo” (Butler, 2017, p. 102), sendo alimentada de modo decisivo por uma experiência que é condição para vida. Isso coloca questões em relação a autonomia, a autodeterminação e a existência singular fundada pelo processo inconsciente. Nesse ponto, é importante considerarmos esses elementos para sublinhar alguns aspectos do que se poderia falar sobre autonomia sob a ótica da responsividade ética.

3.5.4 Da responsividade ética a autonomia

A partir do percurso de problematização do desejo como horizonte de representação de um sujeito inconsciente, dotado, não intencionalmente, ao que parece, de uma individualidade solipsista nas práticas psicanalíticas mais comuns nas políticas de saúde, bem como após o esclarecimento do horizonte político de cuidado em saúde, no qual as psicanálises se inserem desdobrando entendimentos e decisões clínicas e, finalmente, após as tratativas da ética que pode ser extraída a partir da cena de interpelação, cena originária, é possível retomar a questão da autonomia.

A questão da responsividade ética, apontada a partir da teoria laplancheana por Butler, leva a uma conclusão importante para prática psicanalítica no campo da saúde coletiva: o cuidado clínico precisa se guiar por uma lógica crítica dos limites da autonomia. Lógica esta que interroga as bases ontológicas e epistêmicas dadas pela própria teoria psicanalítica para a designação da subjetividade. Trata-se de avaliar de forma rigorosa o que de mais potente pode ser extraído da psicanálise para auxílio da regulação política da pulsão e para garantia da distribuição ética da autonomia na relação entre os corpos.

Vejamos como esse campo epistêmico se vê convertido em orientações clínicas. Um exemplo de como a noção de desejo define procedimentos clínicos pode ser encontrado na situação clínica na qual a medicina trata da comunicação de más notícias. Nesse contexto, uma condição diagnóstica grave está por ser revelada e o médico se interroga se deve ou não falar com o paciente a respeito, tendo em vista o aparente estado de desinteresse do doente a esse respeito. Muitas vezes, testemunhamos a equipe se valer da escuta psicanalítica para definir se há desejo do paciente em ter conhecimento do diagnóstico. Não raro foram também as situações nas quais a psicanálise encarnou a posição de verdade sobre o desejo respondendo “sim ou não” a pergunta, ajudando a definir se o diagnóstico seria ou não comunicado ao paciente. Essa situação demonstra como há condutas da equipe de saúde que se autorizam a avaliação da autonomia com base na orientação de uma categoria psicanalítica. Pior, mostra como a condição de autonomia é interpretada como um direito alienável. Isto é, não se considera que a verdade sobre o próprio corpo é um peso do qual ninguém poderá livrar o sujeito e que aí está a dimensão opressão da vida humana que o obriga a responder à interpelação do outro mesmo que seja uma resposta pouco investida.

Com efeito, talvez seja preciso considerar que a psicanálise não pode assumir nenhum compromisso fora da clínica que tenha como horizonte ético a sustentação de um exercício de autonomia sem outro. Isto é, “Na verdade, é a crítica da dependência não reconhecida que estabelece o ponto de partida para uma nova política do corpo, a qual começa com a compreensão da dependência e da interdependência humanas” (Butler, 2012, p. 221). Logo, o entendimento da noção de irreduzível dependência de minha existência da força vitalizante e traumática de invasão do outro, única garantia de persistência para experiência ontológica de um corpo precário e desprotegido, impõe que a psicanálise trace uma visão ontológica e ética que toma a “condición heterónoma para la autonomía o, quizás de una manera un poco más precisa . . . un límite a la auto-suficiencia autónoma e impermeable del sujeto liberal a través de esta nociva aunque necesaria dependencia y relacionalidad fundamental” (Butler & Athanasiou, 2017, p.16).

Do mesmo modo, é o que Campos e Campos (2007) destacam em relação à política pública de saúde, alertando que ela não pode se afastar da qualidade ético-política democrática que garante que a autonomia seja “uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências.” (Campos & Amaral, 2007, p. 852). Nesse sentido, partindo de uma perspectiva crítica, é fundamental tratar concepções que naturalizam as fronteiras de uma ontologia individualista dando vida a noções de autonomia que aumentam a desproteção política para persistência vital dos corpos no cuidado em saúde.

Logo, é preciso insistir que a noção de precariedade e exposição vital dos corpos ao outro, realidade do universo de mal estar disruptivo da pulsão, realoca a psicanálise no circuito de inteligibilidade fundamental para abordagem dos sistemas de gravitação democrática e relação de autonomia dos corpos na cena política de cuidado em saúde.

Notadamente, as lutas políticas, inclusive no terreno das políticas públicas, organizam-se pela tentativa de realização social da autonomia. Com efeito, mais precisamente na política de saúde, seria fundamental não limitar a questão da autonomia a força liberal individual que faz do usuário de saúde aquele que se comporta como cliente pagador de uma mercadoria ou aquele que se limita a reificar a força vital de trabalho que torna o cuidado possível, coisificando também o direito à vida e o direito às condições de sua persistência.

Na esteira da mesma lógica, é importante também criticar a autonomia profissional obscena que se nutre de ações técnicas como propriedades mercantis, marcando espaços hegemônicos e reafirmando a realidade liberal na qual “estamos profundamente colonizados pela ideia de que o trabalho produz o direito de posse. Aquilo no qual eu trabalho é meu” (Campos & Campos, 2006, p. 36). Para além disso, é essencial desencorajar a autonomia como prática “arrogante, . . . não negociadas com os usuários e comunidades” (Campos & Campos, 2006, p. 680), promovendo saúde como um tipo de receita de mudança de vida que é enxertada tecnicamente ao preço do menosprezo a cultura e a realidade de vida dos usuários.

Se a política não deve ser o espaço para a potência de realizar a condição de ser si mesmo (Safatle, 2019), isso leva a outra necessidade: a de que a política pública não convoque com seus pressupostos de cuidado o agente liberal da relação de contratualização individualista, tornando-se o espaço social de manifestação mercadológica em que apenas se tenta realizar o desejo individual do trabalhador ou do usuário. Obviamente, isso desconstrói toda a base de motivação da existência de uma política democrática como o SUS “como lugar do reconhecimento de uma pertença ao social histórico.” (Campos & Campos, 2006, p. 677).

Mais precisamente, a psicanálise é fundamental para contribuir com uma ótica de produção de autonomias não individualistas, colaborando para redefinição dos termos de entendimento sobre a experiência ontológica no universo da vida anímica. Para tanto, ela deve exorcizar seus próprios demônios liberais, combatendo práticas clínicas pautadas em um tipo de sujeito inconsciente que se materializa na construção do caso como uma essência autoengendradora, ipsocentrada e solipsista. Mais ainda, descontaminando-se de qualquer artifício de responsabilização que reforce tautologicamente o arbítrio da lei pela ótica da culpa e da “exigência da “responsabilidade” de se tornar autossuficiente” que condena os corpos ao domínio da “moralidade neoliberal, [no qual] cada um de nós é responsável apenas por si

mesmo, e não pelos outros, e essa responsabilidade é principalmente e acima de tudo uma responsabilidade por nos tornarmos economicamente autossuficientes em condições em que a autossuficiência está estruturalmente comprometida... [na qual aqueles] que não têm condições de pagar por assistência médica constituem apenas uma versão de uma população considerada descartável.” (Butler, 2018, p. 22)

E para tanto, é fundamental considerar uma indispensável orientação para clínica psicanalítica: a de interrogar, a partir da construção do relato de si, quem é o outro que cria condições de possibilidade e de igual opacidade para que uma narrativa de si e alguma autonomia seja possível como expressão de singularidade. Na esteira dessa lógica, buscando orientar a política do cuidado em saúde pela abertura radical ao outro, cedendo a força da obrigação material de resposta aos recursos de sociabilidade que protegem os horizontes de vida no território subjetivo eu-outro. Isso significa assentir com esse excesso opressor e inconsciente que cria um terreno solidário nas origens de cada existência singular, forjando uma experiência subjetiva comum de insocorro que a todos submete e, paradoxalmente, estabelece condições de possibilidade para o exercício autêntico de autonomia regulada pela prioridade do outro.

Assim, de forma singular, no horizonte do que é único, as ações inauguradas pela violência ética de algo que me oprime quebram o terreno de jurisdição das leis que escolhi como minhas. Isso leva a questão: a resposta ética como resultante da vontade que está submetida autenticamente a essa força opressora, que coloniza e dá vida a subjetividade, seria, por isso, um atentado à autonomia? Essa interrogação coloca a necessidade de se pensar a liberdade como aquilo que se torna real quando a subjetividade se abre para o que não se controla completamente (Safatle, 2019).

3.6 Considerações finais

O conceito de autonomia é um operador chave para fazer trabalhar as ferramentas de cuidado na saúde coletiva. Na fronteira com a psicanálise, esse conceito pode ser problematizado ao lado de algumas concepções da teoria psicanalítica que podem ampliar a potência da política de saúde. Na esteira da trajetória desta investigação, buscou-se indicar que a prática da psicanálise na política de saúde pode se sustentar por modelos teóricos mais ou menos aproximados do terreno ético que a política de saúde estabelece como meta para garantir a proteção e o cuidado com a vida. Isso indica que é fundamental criticar os projetos de psicanálise que, na prática, levam ao território das ontologias individualistas que se

alinham com horizontes de desassistência dos quais as políticas neoliberais se utilizam para fazer a distribuição criminosa de recursos de sociabilidade e proteção indispensável para garantir as condições de durabilidade dos corpos. Trata-se de uma lógica cruel de responsabilização que impõe, principalmente aos mais vulneráveis, a meta impossível de autossuficiência. Em especial nas políticas de saúde inseridas em macroprojetos de extensão continental, como é o caso do SUS, nos quais muitos grupos desfavorecidos lidam cotidianamente com a injusta distribuição de recursos de proteção a vida, é preciso se manter projetos de cuidado que rompam com mecanismos de inteligibilidade que confundem o exercício de autonomia com a desídia e o descaso com o acesso a direitos fundamentais, dentre eles o de acesso universal ao cuidado em saúde.

Trata-se, nesse sentido, de não apostar, na clínica, no apontamento de autonomias amparadas por concepções teóricas que remetem a uma subjetividade ipsocentrada, solipsista e entificada, criando um sujeito inconsciente que se autodetermina no território sofrível de sua responsabilidade culposa. Isso quer dizer que há um terreno de sociabilidade, uma relacionalidade condicionante da singularidade, que impõe termos indispensáveis para se pensar o campo ético da vida em sua possibilidade de abertura ao outro. Com efeito, o trabalho analítico se relaciona com o trabalho ético democratizado que se equilibra na navegação, não conclusiva, que tenta aplacar excessos na resposta singular que se dá numa fronteira de heteronomia e de autonomia. E na política pública, é fundamental alargar esse trabalho, com a potência de uma psicanálise em trânsito que mapeia a gravitação da autonomia dos corpos e o modo como a dinâmica pulsional da alteridade decide abordá-la nas relacionalidades. Isso indica que a psicanálise pode auxiliar a visibilizar a tirania pulsional dessa alteridade que habita as decisões da política de cuidado quando estas se dirigem para práticas liberais de responsabilização, guiando-se perversamente pelo abandono e pela punição de corpos deixados à mercê de suas decisões menos virtuosas e ao deserto de suas origens de precariedade.

Conclui-se a partir desse terreno investigativo que a experiência de desposseção provocada pelo fenômeno inconsciente, que se enraíza na efração de uma sociabilidade que condicionante para durabilidade ontológica dos corpos, precisa estar no centro da produção dos pressupostos metafísicos que orientam a psicanálise inserida na saúde pública. E que a crítica da relação das categorias conceituais da psicanálise que se convertem em procedimentos do cuidado na política de saúde interferindo na regulação da autonomia dos corpos colabora com a luta contra formas implícitas de desigualdade no domínio da episteme

no qual “são reproduzidas categorias fundamentais [tendo estas] que ser encaradas como parte de uma luta democrática temporariamente aberta.” (Butler, 2018, p. 10)

Por fim, é essencial se considerar que essa autonomia é um recurso político de tratamento democrático da responsividade ética singularizada pela expressão subjetiva de uma existência que surge como experiência ontológica reflexiva oprimida pelo outro. Existência que não pode ignorar o caráter invadido da subjetividade que possibilita a produção política de autonomia, marca alteritária “inauguradora [sem a qual] não há formação de um “eu mesmo” fora dessa invasão originalmente passiva e da responsividade formada no crisol dessa passividade.” (Butler, 2017, p. 126). E, portanto, condiciona a experiência clínica que fortalece o exercício da autonomia num campo de singularização que valoriza a resposta ética para o domínio ontológico que “reconhece as condições de interdependência que garantem a nossa persistência e o nosso florescimento” (Butler, 2018, p. 34). Isso porque não há nenhum altruísmo na radical defesa de corpos segregados a condições de maior precariedade uma vez que a autonomia política desses corpos é uma garantia de proteção ética do direito prioritário de existência do outro. E, portanto, na ordem de dependência constitutiva de minha própria capacidade de autodeterminação, o reconhecimento crítico das origens constitutivas de minha existência nos territórios somatopsíquico fertilizados pela sociabilidade do outro, torna obrigatória a proteção ética de qualquer vida que não está dentro do horizonte identitário de meus domínios.

3.7 Referências

- Ayouch, T. (2005) A psicanálise: um projeto de autonomia? *Cadernos Ser e Fazer*, pp. 55-70.
- BBC News Brasil. (2016, 27 mai.). O médico excomungado por aborto de menina de 9 anos vítima de estupro. <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-36402029>
- BBC News Brasil. (2020, 19 mai.). Combinação de pandemia e governos no mundo é preocupante, dia Lilia Schwarcz. <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52682049>
- Bursztyn, D. C. e Figueiredo, A. C. (2012). O tratamento do sintoma e a construção do caso na prática coletiva em saúde mental. *Revista Tempo psicanalítico*, 44(1), pp. 131-145. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v44n1/v44n1a08.pdf>
- Butler, J. (2017) *Relatar a si mesmo: crítica da violência ética*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Butler, J. (2018). *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa da Assembleia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Butler, J. & Athanasiou, A. (2017). *Desposesión : lo performativo en lo político* (F. Bogado, Trad.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Eterna Cadencia Editora.
- Butler, J. (2007). Condição humana contra “natureza”. *Estudos Feministas*, 15(3), pp. 647-662. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2007000300009>
- Campos & Campos. (2006) Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, G.W.S et al., *Tratado de Saúde Coletiva*. (pp. 669-688). São Paulo: Hucitec.
- Carvalho, M.T.M. (2017). Vida e morte no segundo dualismo pulsional. In Kupermann, D. & Ribeiro, P.C.C (Orgs.), *Por que Laplanche?* (pp. 51-79). São Paulo: Zagodoni.
- Contatore, O. A., Malfitano, A. P. S. & Barros, N. F. (2017). Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface*, 21(62), Botucatu. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>
- Dias, D. A. S., Neto, O. F. (2015). Possibilidades de abordagem de casos crônicos em saúde mental. *Revista ECOS* 6(1), pp. 77-87. <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/viewFile/1810/1287>
- Dunker, C. I. L. (2007). Ontologia negativa em psicanálise: entre ética e epistemologia. *Dossiê Filosofia e Psicanálise. Discurso*, (36), pp. 217-239. <https://doi.org/10.11606/issn.2318-8863.discurso.2007.38078>
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. (Quinet, A, Trad., 2a ed.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1959-1960).
- Laplanche, J. (1992a). *Novos fundamentos para a psicanálise*. (C. Berliner, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche, J. (1992b). *Problemática IV: O inconsciente e o ID*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche, J. (1993). Elaboraões temáticas: sedução, perseguição e revelação. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 27(4), pp. 751-782.
- Laplanche, J. (1995). Responsabilidad y respuesta. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación de Psicoanálisis de Buenos Aires*, 18(2), pp. 325-346.
- Miranda, J. J. de, Timo, A. L. R. & Belo, F. R. R. (2019). Crítica à teoria da maternidade em Winnicott: é preciso ser mulher para cuidar de crianças? *Psicologia, ciência e profissão*, (39), <https://doi.org/10.1590/1982-3703003176863>
- Nietzsche, Friedrich. (2007) *Genealogia da moral*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Passos, I. C. F. (2006.) A Construção da Autonomia Social e Psíquica no Pensamento de Cornelius Castoriadis. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(1), https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/A_Construcao_da_Autonomia_Social_e_Psiquica...ICF_Passos.pdf

- Prudente, S. E. L. & Debieux, M. R. (2017). À guisa de uma compreensão psicanalítica sobre a responsabilidade. *Ágora*, XX(1), pp. 255-270. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982017001013>
- Rinaldi, D. L. (2015) Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciência e saúde coletiva* 20(2), pp. 315-323. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.17332013>.
- Rinaldi, D. (2017) O desejo do analista na instituição pública de saúde mental. *Correio APPOA*, (268)2017. https://appoa.org.br/correio/edicao/268/o_desejo_do_psicanalista_presentifica_a_intensao_na_extensao_e_se_estende_a_politica_/479
- Uol. Viva Bem. (2020, 21, mai.). Negacionismo prejudica não só a saúde como avanços da medicina. <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/05/21/negacionismo-prejudica-na-o-so-a-saude-como-conquistas-e-avancos-da-medicina.htm>
- Safatle, V. (2007). A teoria das pulsões como ontologia negativa. *Discurso*, (36), pp. 151-192. <https://doi.org/10.11606/issn.2318-8863.discurso.2007.38076>
- Safatle, V. (2019). Crítica da autonomia: liberdade como heteronomia sem servidão. *Discurso*, 49(2), pp. 21–41. <https://doi.org/10.11606/issn.2318-8863.discurso.2019.165473>
- Silva, M. K. (2012). *A feminilidade originária nas psicoses* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Tauro, D.V. E., Balthazar, F.M, & Furtado, V. C. (2008) Algumas contribuições de Cornelius Castoriadis para a psicanálise: da psique monádica ao ser social-histórico. *Mnemosine* 4(2), pp. 3-129. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41445>

4. TERCEIRA PROBLEMÁTICA DO CUIDADO: FUNDAMENTOS TÉCNICO-CONCEITUAIS DA CLÍNICA PSICANALÍTICA PARA O CUIDADO EM SAÚDE

“A conduta ética ou a conduta moral e imoral é sempre um fenômeno social – em outras palavras, não faz absolutamente qualquer sentido falar em conduta ética e moral separadamente das relações entre os seres humanos, e um indivíduo que existe puramente para si mesmo é uma abstração vazia”
(Adorno, como citado por Bretas, 2018).

4.1 Introdução

O cuidado de Urgência e Emergência é instituído pela Portaria n. 1600 de 07 de julho de 2011 (Brasil, 2011), a qual define que os serviços de Urgência e Emergência buscam o acolhimento com classificação de risco e resolutividade a partir de uma organização em Rede, integrando equipamentos de saúde que possibilitem o acesso humanizado, integral e resolutivo de forma ágil e oportuna para o usuário (Brasil, 2011). A Rede de Urgência e Emergência (RUE) é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS); Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e outros serviços com funcionamento 24h; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192; portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências; Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos; Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), traumatologias e serviços de atenção domiciliar. Do ponto de vista assistencial, as linhas de cuidado se definem em torno de grupos de risco, faixa etária e perfis nosológicos mais importantes, sendo compostas por unidades funcionais.

Importante apontar que o dimensionamento e a organização assistencial das unidades Hospitalares de Urgência e Emergência já estavam previstas na portaria 2048 do Ministério da Saúde (Brasil, 2002), podendo ser estas categorizadas em tipo I, II ou III. Assim, o hospital, como uma instituição da rede de urgência e emergência, opera na rede SUS como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade do cuidado de que necessita (Cecílio & Merhy, 2003), tendo seu foco assistencial colocado na estabilização da crise.

Considerando-se esse planejamento estabelecido pelo Ministério da Saúde, três unidades hospitalares compõem no município de Belo Horizonte as referências da RUE para cobertura regional. Essas unidades atendem estrategicamente grande número de casos que se

associam a condicionantes sociais preocupantes. Contudo, apesar do perfil de atenção que identifica essas três unidades, cada uma tem modelo próprio de gestão, podendo, por decisão amparada por entendimentos definidos na política, chegar a prescindir de um dimensionamento qualificado de equipes para o cuidado psicossocial.²⁹

O presente trabalho toma como linha de partida a experiência de 13 anos da pesquisadora como psicóloga, coordenadora e referência técnica da assistência psicossocial e de saúde mental de um Hospital Pública de Urgência e Emergência. A cena assistencial dessa unidade conta com recursos tecnológicos e humanos adequados para o cuidado de urgências de natureza clínica, cirúrgica e materno-infantil, tendo o cuidado intensivo como centro suportivo para situações críticas - além de alguns recursos de aperfeiçoamento desse cuidado pela ótica de especialidades médicas e não médicas, dentre elas, fisioterapia, fonoaudiologia, geriatria, neurologia, nefrologia, nutrição, psicologia, serviço social, terapia ocupacional. Nesse sentido, o modelo de gestão assistencial adotado na unidade organiza-se em linhas de cuidado, sendo elas: linha de cuidado clínico, linha de cuidado intensivo, linha de cuidado materno-infantil, linha de cuidado cirúrgico e pronto socorro.

Lotado no eixo extremo de um grande centro urbano, este equipamento garante, com cerca de 380 leitos, o atendimento para aproximadamente um milhão de pessoas expostas a altos índices de vulnerabilidade. O Plano Estratégico da prefeitura local (Belo Horizonte, 2016) afirma que, na região metropolitana e na capital atendidas por esse equipamento hospitalar, há um crescimento dos indicadores de criminalidade violenta (categoria que inclui homicídio consumado e tentado, estupro consumado e tentado, estupro de vulnerável consumado e tentado, sequestro e cárcere privado consumado), que ainda vêm apresentando viés de alta, tendo atingindo 90,52 por 100 mil habitantes em 2014. No que diz respeito à violência contra as mulheres, as taxas de homicídios femininos dos Estados brasileiros cresceram, havendo a interiorização da violência rumo a cenas dos municípios de médio porte, num processo em que os polos dinâmicos da violência letal se deslocam para áreas próximas à capital. (Belo Horizonte, 2016).

Isso quer dizer que esse hospital, que assegura assistência em saúde para essa população em uma realidade socioterritorial metropolitana, está no centro dessas estatísticas; cuidando de uma população marcada por índices socioeconômicos muito preocupantes, com uma renda per capita domiciliar e rendimentos da força de trabalho inferiores a todas as

²⁹ A portaria 2048 (Brasil, 2002) prevê, mesmo em Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III, isto é, de maior complexidade, a não obrigatoriedade e a presença não exclusiva de profissionais da psicologia clínica.

regiões metropolitanas do Sul e do Sudeste do Brasil (Belo Horizonte, 2009). Acresce-se a isso, o fato de que 13 % dessa população pertencem a famílias com renda inferior à linha de pobreza e outros 3,3% a famílias com renda inferior à linha de extrema pobreza, sendo a região Norte e distrito anexo as mais pobres. Além disso, é fundamental considerar que na Região Metropolitana dessas cidades são encontrados os mais altos índices de violência, inclusive de criminalidade violenta com maior representação de homicídios (Belo Horizonte, 2009).

Com base na experiência clínica da pesquisadora, é possível afirmar que as cenas de assistência deste hospital envolvem um grande volume de atendimento dessas ocorrências e pedem estratégias mais complexas de cuidado psicossocial. Destaca-se que o serviço de psicologia dessa unidade volta-se para identificação, acolhimento e cuidado desses casos. Dentre eles, ganham expressiva visibilidade para o serviço as situações biomédicas que estão diretamente associadas à precarização³⁰ multideterminada da vida de pessoas marcadas como vulneráveis (em situação crítica de pobreza, com pior impacto para idosos, menores de idade, mulheres, portadores de sofrimento mental e dependentes de álcool e outras drogas, negros, pessoas do universo LGBTQIA+), estando esses agravos relacionados diretamente às situações de morbidade em abordagem, ainda que sem nenhuma visibilidade na prática assistencial. Em geral, trata-se de uma realidade na qual a morte ganha melhores terrenos de instalação porque se “está fora dos privilégios de raça, classe, gênero, sexualidade, território, geração, da hegemonia funcional corporal, entre outras/os; recriando outros mundos” (Lima, 2020, p. 86). O que se define através de dinâmicas sociais de estigmatização e de violência dos corpos (Lima et al., 2021; Mendes & Silva, 2020; Soares et al., 2021).

Debalde afirmar que a chegada à porta de emergência muitas vezes se dá por condições bastante previsíveis e conhecidas. Para citar apenas algumas dessas situações: tentativas de autoextermínio por autointoxicação, automutilação ou atropelamento e enforcamento provocados; partos de mulheres em situação de violência doméstica ou em vivência de rua; complicações clínicas de doenças crônicas precocemente instaladas; complicações pelo uso abusivo de álcool e outras drogas ou doenças agravadas por tais

³⁰ “A “precariedade” designa a situação politicamente induzida na qual determinadas populações sofrem as consequências da deterioração de redes de apoio sociais e econômicas mais do que outras, e ficam diferencialmente expostas ao dano, à violência e à morte. Como mencionei antes, a precariedade é, portanto, a distribuição diferencial da condição precária. Populações diferencialmente expostas sofrem um risco mais alto de doenças, pobreza, fome, remoção e vulnerabilidade à violência sem proteção ou reparações adequadas. A precariedade também caracteriza a condição politicamente induzida de vulnerabilidade e exposição maximizadas de populações expostas à violência arbitrária do Estado, à violência urbana ou doméstica, ou a outras formas de violência não representadas pelo Estado, mas contra as quais os instrumentos judiciais do Estado não proporcionam proteção e reparação suficientes” (Butler, 2018, pp. 27-28).

experiências; lesões e traumas por agressão física, por perfuração de armas branca e de fogo. As repercussões orgânicas desses eventos são muitas, normalmente clínicas e cirúrgicas, e trazem junto uma problemática sociocultural e subjetiva que exige uma resposta de cuidado muito para além da abordagem do corpo. Destaca-se também que o volume e impacto assistencial desses perfis nas unidades de pronto-socorro não só demandam uma estrutura de cuidado biomédico de alta tecnologia e complexidade (cuidado intensivo e cirúrgico, por exemplo) como também a resposta de outras tecnologias assistenciais no campo psicossocial, e mesmo de políticas públicas intersetoriais de grande amplitude, haja vista a grave fragilidade institucional dos dispositivos de saúde para abordagem de muitos desses eventos.³¹

Naturalmente, não seria possível abarcar todos esses aspectos do cuidado em um único estudo teórico-clínico. Desse modo, esta proposta de pesquisa limitar-se-á a buscar o entendimento do modo como a psicanálise opera a partir de sua teoria e técnica nesse contexto de produção do cuidado na saúde. Mais especificamente, como ela pode contribuir com a assistência biomédica e psicossocial em uma construção de proposta clínica de escuta do caso único, sem desconsiderar as problemáticas fundamentais do cuidado. Nesse sentido, dar-se-á maior destaque a qual arranjo conceitual e metodológico a psicanálise emprega para considerar o processo inconsciente no contexto de cuidado da política de saúde. Por extensão, buscar-se-ão a apresentação e o aprofundamento conceitual do instrumental desenvolvido para esse contexto de atendimento no qual as variáveis sócio-históricas e culturais estão adensando a problemática subjetiva do sofrimento.

4.2 Notas sobre a construção clínica na cena de cuidado em saúde: construção e arqueologia clínicas

Dentro do projeto de cuidado em saúde, pode-se trabalhar a psicanálise em sua veia mais essencial, qual seja, a de uma estrutura teórico-metodológica que encarna, ao mesmo tempo, a função de investigação e terapêutica. Essa noção reafirma a indissociabilidade das suas características fundamentais, tal como Freud (1926/1996c) a definia: “pelo termo ‘psicanálise’, que no curso do tempo veio a ter dois significados: (1) um método específico de tratar perturbações nervosas e (2) a ciência dos processos mentais inconscientes” (1925-1926/1996, p.254). Dentro dessa noção, Freud “instaura, examina e defende o que se convencionou chamar de ‘método clínico’” (Mezan, 2006, p. 228), sustentando a simultânea

³¹ Para conhecimento de alguns desses muitos eventos basta acompanhar a mídia brasileira (“Homem agride travesti com chave de fenda e barra de ferro em BH”, 2019; “Homem é perseguido e assassinado a tiros dentro de hospital em São José de Ribamar no Maranhão”, 2023; “Mulher é baleada quatro vezes no bairro Liberdade e região da Pampulha: namorado é suspeito”, 2023).

tarefa terapêutica e investigativa de sua perspectiva de ciência. E a construção do caso tem a função de realizar esse projeto na instituição ao se portar como uma metodologia capaz de operar como ferramenta de análise na pesquisa teórica da clínica psicanalítica e como método de intervenção técnica de tratamento na instituição (Silva, 2012).

No presente trabalho de investigação do cuidado, busca-se a exploração teórica a partir da cena que se pode construir ao abordar os “monumentos teóricos senão como exercício onde se vive a análise” (Laplanche, 1992a, p. 13). Com efeito, o trabalho de compreensão do cuidado começa na teoria, uma vez que “toda verdadeira teorização é uma experiência que, necessariamente, engaja o pesquisador” (Laplanche, 1992a, p. 13).

Destaca-se também: para construir emprega-se o método laplancheano, que aponta para uma exploração histórica, problematizante e interpretativa, e “postula assim um paralelismo entre ‘a coisa’ e o discurso que fala dela” (Mezan, 1993, p. 54). Nesse sentido, os pontos de inflexão e impasse do processo inconsciente como coisa se fazem presentes por registros em cenas e em redes de significações das relacionalidades que afetam a experiência ontológica do paciente.

Como forma de alargar o papel da pesquisa teórico-clínica, é importante problematizar a experiência clínica no terreno do cuidado em saúde coletiva. Importa ressaltar que, para além das fundamentais incursões filosóficas que devem lançar luz às contribuições psicanalíticas ao cuidado, o recurso clínico deve dar a materialidade simbólica da experiência do vivido. Isso porque “o que distingue a psicanálise da filosofia é que a primeira não é somente uma teoria, mas uma atividade que faz falar o seu objeto, nas condições precisas e codificadas da situação analítica” (Mezan, 1993, p. 57). Cabe, então, o rastreamento da manifestação de efeitos do inconsciente no campo das cenas da instituição de saúde e, mais especificamente, no cuidado da política pública. Com isso, visa-se o encontro com elementos de expressão do inconsciente originário, sem o abandono do diálogo com a exploração teórica, assim conservando o compromisso de fortalecimento da psicanálise em sua dupla face de método investigativo e método terapêutico.

Mas, com esse fim, é importante mostrar quais recursos podem ser empregados para alargamento da teoria e da técnica psicanalíticas dentro do contexto que se elege neste trabalho, para extração da experiência sensível no campo da realidade. Quais recursos, ferramentas, do método psicanalítico podem contribuir para considerar e acompanhar reações do processo inconsciente no contexto de cuidado em saúde? Qual crisol ou tina a psicanálise, alargada por algumas ferramentas específicas, pode estruturar para transitar pelas forças

libidinais das relacionalidades no cuidado, extraindo desse circuito o que se precisa para a subjetividade de quem sofre no leito?

Tal como tentamos demonstrar, o cuidado da política de saúde é um mecanismo subjetivante, com consequências terapêuticas mais ou menos organizadas para manutenção do domínio orgânico da vida em relação ao que, na esmagadora forma como os quadro mórbidos apresentam, os fenômenos societários a ameaçam. Assim sendo, como produto e fonte da subjetividade, ele é um território transferencial privilegiado.

Para Freud, especialmente, a psicanálise tem nos estabelecimentos de cuidado as condições de possibilidade para o encontro com “fenômenos maciços de transferência”³² (Laplanche, 1993a, p. 242), mas infelizmente, à época, ele tomava como referência o cuidado dos Hospitais Psiquiátricos. Isso quer dizer que, diferentemente do que se considera hoje, para Freud, “ele o repetiu em duas ou três oportunidades” (Laplanche, 1993a, p. 242), o hospital é um terreno no qual a situação analítica está em território doméstico, ou seja, ela encontra no hospital, nos “estabelecimentos de cuidado” (Laplanche, 1993a, p. 242), “aquilo que permite a qualquer um estatuir: isto é análise” (Laplanche, 1993, p. 5). Apesar disso, a visão mais adotada hoje entre muitos psicanalistas é a de que a psicanálise feita no hospital (ou na instituição de saúde) é uma psicanálise aplicada (Dutra & Franco, 2007; Victor & Aguiar, 2011; Oliveira et al., 2019; e Swinerd, 2019).

Nesse sentido, é possível é necessário interrogar: “há uma relação inter-humana especificamente analítica?” (Laplanche, 1993a, p. 5), ao que Laplanche responde enfaticamente com um ‘não’, apontando que “O específico para Freud não é uma situação inter-humana enquanto tal, por mais particular que seja, mas a situação mesma da análise, que certamente é inseparável de seu método e o coloca numa certa posição, única, em relação a um certo objeto: objeto concebido como real por Freud, quer o chamemos o inconsciente, as pulsões, ou ainda a sexualidade” (Laplanche, 1993a, p. 11). E essa posição fica ainda mais clara quando se considera o fato de que “a obra fundamental de Freud, aquela em que se expõe a descoberta do inconsciente, abstém-se de toda referência à situação de tratamento”

³² Fenômeno chamado também por Freud de enamoramento do paciente pelo analista (1915/1996c), refere-se a transferência de conteúdos inconscientes, regressivos e anacrônicos, de uma situação subjetiva para outra com a qual guarda correspondências. Em análise, trata-se da provocação em tratamento da repetição e transferência maciças de conteúdos sintomáticos das relações do paciente para o contexto de relação com o analista, sendo estes conteúdos resultantes de situações desprazerosas carregadas de afetos eróticos-agressivos que foram objeto de recalçamento (banimento da consciência). Para Laplanche é uma experiência de reabertura, “é à situação originária infantil que somos remetidos” (Laplanche, 1993b, p. 81). Experiências nas quais a vivência enigmática do evento subjetivo impõe para o sujeito a sensação de estranheza, como uma afirmação inaudita de que “ele é outro para si mesmo. É neste sentido que falei de transferência da transferência da situação originária” (Laplanche, 1993b, p. 81)

(Laplanche, 1993a, p. 12)³³. Nesse sentido, as condições de possibilidade para manifestação do inconsciente ocorrem nos fenômenos espontâneos da cultura.

No entanto, a psicanálise é por excelência a tina, o crisol sintético, o método, que provoca e maneja artesanalmente o processo inconsciente. Ela é, metaforicamente, o invólucro, ou o receptáculo que instaura a reação do processo inconsciente. Isso é o que possibilita o manejo e a recomposição do processo inconsciente para a terapêutica em tratamento, bem como a decodificação e visibilização desse processo na cultura, com a tradução do modo como algumas matrizes de inteligibilidade estão colonizadas pela produção pulsional da subjetividade, determinando experiências ontológicas e selando consequências éticas e políticas para as distintas formas de existência.

Para revelar essas experiências subjetivas, a psicanálise precisa incitar a reação inconsciente. E, para tanto, a análise age por seclusão, isto é, “nem exclusão nem reclusão, mas posição à parte, ao lado. É exatamente a colocação na tangente – indicada no esquema da tina” (Laplanche, 1987/1993a, p. 240). Para secluir, colocar à parte o processo inconsciente da transferência ordinária, Laplanche se refere à tina. Isto é, trata-se de um arranjo de recursos teórico-técnicos necessários para provocar a reação transferencial em análise - mais popularmente chamada de cadinho, crisol ou recipiente qualificado para indução e manipulação de processos físico-químicos de diferentes substâncias.

Nesse sentido, a tina irá representar as condições de possibilidade exigidas para inserir o paciente, ou o tecido subjetivo, na situação analítica, provocando a transferência (neurose de transferência). Nos termos do autor:

a psicanálise mergulha o paciente numa situação muito particular . . . e pela forma como se organiza; mas talvez, tanto ou mais ainda, por aquilo que exclui ... para figurar esse limite entre um fora e um dentro, tomei ... essa imagem da tina. (Laplanche, 1987/1993a, p.20).

A imagem, tal como proposta por Laplanche, preserva o significado de dar representação ao processo inconsciente, mas com o uso de diferentes esquemas (formas) pelo autor³⁴. Isso reforça a ideia de que o método, a Tina, deve preservar a plasticidade sem perder sua especificidade (por exemplo, o recipiente que manipula o ferro fundido pode ter muitas

³³ Nesse sentido, pode-se tomar como referência os estudos de Freud sobre o caso Schreber, sobre Leonardo da Vinci e sobre o caso Hans.

³⁴ O recurso ao esquema Vorbild, é um recurso de importância para teoria psicanalítica conforme destacamos em nosso próprio modelo em nossa primeira problemática. Para esquemas da tina ver páginas 54, 55, 58, 62, 64, 128, 129, 174 do texto “A tina - a transcendência da transferência” (Laplanche, 1987/1993a)

formas desde que cumpra a função de recipiente que permite manipulação da substância, não podendo jamais ser composto por alguns tipos de materiais, a exemplo do plástico).

Notadamente, o que se exclui do processo analítico se relaciona com o que o analista impede que se misture ao tratamento, “aquilo que o analista recusa e aquilo a que ele se recusa” (Laplanche, 1987/1993a, p. 176), estabelecendo recusas aos arranjos subjetivos que servem a satisfação libidinal de estados de sofrimento do paciente. Na instituição, essa recusa também irá frustrar arranjos estabelecidos pelas relacionalidades do cuidado, direcionando outros recursos desse coletivo para os atores que sejam alvo da direção de trabalho clínico da psicanálise, podendo resultar também em consequências de ordem ética e política mais ampliadas. Na teoria psicanalítica, “as *Versagungen*, as recusas do analista, são em última instância o que denominamos neutralidade” (Laplanche, 1987/1993a, p. 176), e que do ponto de vista da ética da técnica, não define nenhuma neutralidade, mas, ao contrário disso, alguns compromissos decisivos.

As exclusões, recusas, é que sustentam a tina como “cercado instaurador” (Laplanche, 1987/1993a, p. 174) ou “a situação psíquica que introduz, dispõe e mantém o tratamento” (Laplanche, 1987/1993a, p. 175). Para esquematizar o cercado da tina, Laplanche se utiliza da figura de dois círculos³⁵ (1987/1993a, pp. 128-129) tangentes para fazer referência aos dois grandes tipos de funcionamento que Freud descreve para esclarecer sobre o processo inconsciente, quais sejam, o circuito de funções naturais de autoconservação da vida e o circuito das funções sexuais (das pulsões sexuais propriamente ditas).

A partir desses mesmos esquemas da tina, é possível também representar, por analogia, o entrelaçamento que delimita conteúdos, sem se fechar para o exterior, de outros fenômenos. Isso pode ser alcançado através da representação de outros planos circulares, que ganham notoriedade quando se trata de definir o que se pode designar por transferência e por psicanálise nos diferentes territórios da subjetividade. Trata-se de seguir “designando assim um certo número de fenômenos e lugares psíquicos, lugares de experiência nos quais, mais particularmente, se manifesta o inconsciente” (Laplanche, 1987/1993a, p. 56).

Desse modo, poderíamos usar essa representação também para caracterizar o cuidado, reafirmando sua complexidade como produto anamórfico da subjetividade, que pode ser localizado entre o psíquico e o sociocultural. E, também facilmente, estabelecer que o anamorfismo sociopsíquico do cuidado impõe junções ainda mais densas da subjetividade para a psicanálise que decodifica processos inconscientes nas políticas públicas. Isso nos leva

³⁵ Para consultar o esquema a que o autor se refere ver Laplanche, 1987/1993a, p. 128 e 129.

a propor que os planos circulares da tina psicanalítica no cuidado precisam combinar recursos que tradicionalmente foram separados em dois grandes polos de funcionamento do modelo psicanalítico “um no interior do tratamento, outro ‘extramuro’” (Laplanche, 1987/1993a, p. 174). Nesse sentido, o que o cercado da tina produz com o entrelaçamento “entre a psicanálise no tratamento, ou psicanálise clínica, e a psicanálise fora do tratamento, ou ‘psicanálise aplicada’, ou transposta, ou ainda ‘extramuros’. Essas duas orientações do discurso analítico, muito diferentes mas não sem comunicação entre si” (Laplanche, 1987/1993a, pp. 171-172), é o que estamos propondo chamar de psicanálise em trânsito.

Assim, estamos delimitando outras formações inconscientes possíveis nesse ponto tangencial “O lugar de passagem de um a outro, uma passagem obrigatória mas pontual” (Laplanche, 1987/1993a, p. 177). A tangência de dois grandes planos postos em círculo numa relação de continuidade e de não equivalência (1-o domínio do social e o domínio psíquico; 2-a psicanálise na cultura e a psicanálise na clínica) permitem a derivação, em marginalidade de dois produtos, isto é, a psicanálise em trânsito e o cuidado (o da técnica de saúde). Ambas formações derivadas de um crisol primário, isto é, a tina do processo inconsciente, mas que ao seu modo formam suas novas tinas. Fenômenos que reafirmam a formulação de Laplanche segundo quem

A tangência de dois círculos permite perceber ao mesmo tempo o funcionamento autônomo . . . o circuito ‘interno’, e sua conexão em derivação, em marginalidade, como circuito ‘externo’. Nossa segunda observação é que o aparelho, assim concebido, permite talvez uma generalização a outras ‘formações do inconsciente’, nas quais se opera, segundo outras modalidades, uma exclusão comparável. (Laplanche, 1987/1993a, p. 56).

Nesse sentido, nossa primeira exclusão comparável é o cuidado, como produto subjetivo das relacionalidades sociotécnicas nas políticas públicas³⁶, em especial na saúde, e a segunda, não menos importante, a psicanálise em trânsito (marginal). Ou seja, produtos anamórficos da subjetividade, do entrelaçamento entre planos circulares, que possuem “um ponto de abalo de desencadeamento de outro processo, de outra energia que pode ser dita marginal... mas igualmente ‘por acréscimo, em excesso’. Assim, nas teorias econômicas relativas aos custos ou benefícios marginais, é de *Neben* [ao lado de] que se trata. É portanto

³⁶ Para aprofundamento de outras formulações sobre o cuidado em saúde retomar a primeira problemática deste trabalho.

algo que vem por acréscimo ao lado daquilo que se esperava, de uma forma que se poderia dizer gratuita” (Laplanche, 1987/1993a, p. 177) .

Mas, é preciso dizer, enquanto o cuidado é um tipo de transferência que “existe antes, existe fora da análise . . . ela é uma dimensão fundamental do ser humano” (Laplanche, 1993b, p. 81). Já a psicanálise em trânsito, como toda psicanálise, “é uma formação artificial, mantida, circunscrita por regras” (Laplanche, 1987/1993a, p. 176) ou técnicas, como iremos definir a frente.

Contudo, antes de passarmos ao modo como concebemos a função e as ferramentas da psicanálise em trânsito, da tina em trânsito, precisamos retomar uma querela que Laplanche desenvolve de muitas formas, quase sempre mirando a mesma conclusão. Nesse sentido, ele quer indicar como esse crisol analítico, seja no interior do tratamento ou na cultura, se mantém em pé de igualdade de importância para a psicanálise - se não em continuidade, como queremos indicar.

O autor alerta, por meio de muitos caminhos, alguns contraditórios, os perigos de se estabelecerem avaliações de importância na comparação que se possa fazer entre a psicanálise clínica e a psicanálise transposta. Essa relação é conceituada com uso de muitos termos, sem haver significativa diferenciação entre eles. Além dos já mencionados, Laplanche utiliza também as designações psicanálise intramuros, psicanálise nativa, psicanálise pura (referindo-se a psicanálise em tratamento) e psicanálise exportada, em extensão, extraterritorial, fora da sessão, fora dos muros, fora do tratamento (Laplanche, 1987/1993a).

Contudo, a variação dos termos em diferentes formulações não o faz perder de vista que no seio da discussão está o equivocado “privilégio dado ao diálogo, à relação, ou ainda, como chegam a dizer [ao] intramuros, esse privilégio é absolutamente pós-freudiano” (Laplanche, 1987/1993a, p. 10). Privilégio este que tenta tirar “a legitimidade da psicanálise fora da situação do tratamento . . . veementemente questionada por outros analistas” (Laplanche, 1987/1993a, p. 5).

Consoante Laplanche, é preciso em destacar que para Freud “o tratamento [não é] nem mais nem menos legítimo que a psicanálise aplicada a um texto literário, a uma obra de arte ou a fenômenos sociais” (Laplanche, 1987/1993a, p. 05) e que a força do argumento que menospreza a importância da psicanálise extra-tratamento vem sempre da insistência “de encontrar um paradigma no tratamento” (Laplanche, 1993b, p. 78). Nesse sentido, ele destaca também como a psicanálise fora da sessão, extramuros, como lugar de transposição, é também lugar de descoberta. Isso se comprova quando se constata que uma proporção considerável da psicanálise é fruto da psicanálise feita em território infamiliar, pois

Basta folhear as obras completas de Freud para constatar a proporção considerável de psicanálise “fora da sessão”, desde A interpretação dos sonhos, passando A psicopatologia da vida cotidiana (como seu nome o indica), O chiste, o Leonardo, o Schreber, até Psicanálise das massas e análise do ego, até o Moisés, etc. (Laplanche, 1987/1993a, p. 173.)

A proliferação de termos que Laplanche utiliza colabora com a contradição que o leva a tomar o termo *intramuros* como inadequado - é o tom que o autor adota quando indica a inadequação do termo e ataca os modismos pós-freudianos (Laplanche, 1987/1993a) - ao mesmo tempo em que utiliza-se em vários momentos do termo “psicanálise *extramuros*”, dando força a sua forma oposta (Laplanche 1992b; 1987/1993a; 1993b). É também curioso notar que, ao tratar da psicanálise em extensão, o autor a equipare a mais uma forma de psicanálise aplicada, mas a isolando de outras psicanálises (Leonardo, Schreber, Moisés) ao designá-la exclusivamente pelo termo “análise fora da análise” (Laplanche, 1987/1993a, p. 4). Embora o faça para se referir à psicanálise com crianças no caso pequeno Hans, essas formulações de Laplanche seguem a mesma linha de pensamento reservada para a psicanálise aplicada indicada por outras terminologias, isto é, a de afirmar sua legitimidade em relação à psicanálise pura. Ao que parece, o pensamento vacilante do autor, esse que isola a psicanálise de crianças apenas indicando mais uma forma de nominação, como “fora da análise” e psicanálise extensa, acaba por assegurar, de forma pouco precisa, que, apesar de transposta, ela não é equiparável a toda

psicanálise exportada . . . que ela podia servir de contraprova ao tratamento, que seria a psicanálise nativa, em casa. Aparentemente, na psicanálise exportada, termos tais como ‘abstração, ‘ponto de vista’ psicanalítico parecem perfeitamente justificados. A priori, na psicanálise exportada, parece de fato que a psicanálise nada cria - no sentido em que falo de uma criação de energia nova - exatamente por visar objetos que estão fora de seu alcance. Este é um trabalho à distância, quer se trate de interpretar uma vida ou uma obra (Laplanche, 1987/1993a, p. 160).

Se relacionadas, essas formulações sobre a psicanálise exportada, ou psicanálise ‘fora de análise’, se mostram problemáticas. E se considerado que grande parte do pensamento de Laplanche sobre o tema destaca que não há prioridade da psicanálise na clínica (nativa) sobre a psicanálise na cultura, encontramos algumas outras dificuldades em referência ao seu próprio pensamento. Isto é, Laplanche afirma que exportada, a psicanálise nada cria, não é o

que se pode considerar quando a análise estende suas intervenções em direção aos pais em tratamento e menos ainda que os pais não são objetos ao alcance da psicanálise com crianças. Mais ainda, ao reduzir os termos de avaliação da psicanálise exporta aos termos que definem a psicanálise clínica, Laplanche incorre na ortodoxia que ele próprio contraindica aos pós-freudianos. Finalmente, ele dá a psicanálise nativa o lugar familiar, ordinário, referindo-se a ela como a psicanálise feita em casa.

Interessante notar que em relação a todas as psicanálises transpostas, a análise com criança é a que fica mais deslocada e, necessariamente, por isso, ao nosso ver, mais próxima da psicanálise do cuidado na política pública. Não coincidentemente, essas psicanálises lidam com a subjetividade mais adensada por elementos sociais e psíquicos, num território que não está nem no extremo do psiquismo mais interiorizado e nem na cultura em sua expressão mais multiplicada e dispersa. Além disso, o outro tem evidentemente uma posição de protagonismo muito maior nessas psicanálises, sendo, nesses casos, uma extensão materializada e, inevitavelmente, incluída na transferência, criando condições de possibilidade para o exercício de autonomia tanto da criança quanto do próprio paciente. E, não menos importante, é também a semelhança entre ambas em relação à passividade pulsional da criança e do paciente no cenário de sedução imposto pelo cuidado, com o qual a psicanálise terá de lidar nas duas circunstâncias.³⁷

Mas esses impasses perdem importância quando, por exemplo, o autor equipara a importância da psicanálise clínica com a psicanálise na cultura, advogando: “a psicanálise não encontrou uma das suas dimensões mais fecundas na sua relação com o cultural? Não podemos sustentar que ela está originalmente em casa na reflexão sobre Sófocles, Shakespeare ou sobre o chiste? Logo, na cultura” (Laplanche, 1993b, p.77).

Pouco a pouco, Laplanche desenvolve caminhos para pensarmos uma psicanálise que coloca a cultura como parte da tina e não como algo fora dela, portanto, extratransferencial. Desse modo, ele alerta sobre o equívoco em se “transpor o modelo da transferência no tratamento para o que está fora dele (a psicanálise ‘fora do tratamento’), enquanto a transferência talvez já esteja ‘em casa’ fora do tratamento” (Laplanche, 1993b, p. 77).

Para isso, o autor localiza na cultura o território mais anônimo da alteridade. Isso indica que “um objeto originalmente exterior instala-se como fonte ou causa das pulsões sexuais. As pulsões (de vida e de morte) não são consideradas primárias - originam-se na interiorização dos desejos enigmáticos dos outros e carregam resíduos desses desejos

³⁷ Para maior compreensão sobre a relação entre o cuidado da criança e o cuidado em saúde retomar a primeira problemática deste trabalho.

originalmente externos” (Butler, 2017, pp. 95-96). Esse objeto anônimo presente já nas origens do ‘Eu’ penetra, inexoravelmente, a relação do adulto com a criança. Descentralizador, ele determina que “o homem não tem seu lugar em si mesmo” (Laplanche, 1995, p. 332, tradução nossa)³⁸ e se deposita por efração no “indivíduo biológico, o ser vivo humano . . . inteiramente atravessado pela invasão do cultural, que é por definição intrusivo, incitador e sexual” (Laplanche, 1993b, p.78).

O registro passivo desse outro para o infans sela as origens de uma opressão fundadora, exterior e estranha, enigmática, para a qual um si mesmo terá de responder, tentando angustiadamente separar-se de algo que produz “uma indistinguibilidade entre o outro e eu mesmo no núcleo de quem eu sou” (Butler, 2017, p. 100). A passividade violenta das origens, essa experiência infantil descentralizadora a qual Freud se refere, instaura uma experiência anônima de sociabilidade nas origens do eu, na qual “O outro que fala comigo não se encontra em uma troca ‘recíproca’ ou uma comunicação equilibrada. Desde o começo, a situação é assimétrica, e o ‘eu’ encontra-se desarmado e passivo em relação à mensagem do outro” (Butler, 2017, p. 101).

Dessa condição originária, inevitável, de intrusão da alteridade, funda-se uma impressão persecutória inominável (abertura originária para Laplanche) que determina de maneira geral “um modo já operante de receptividade e demanda” (Butler, 2017, p. 102) ao qual um ‘eu’ será assujeitado. Isso é o que impede que alguns modelos de cuidado do sofrimento subjetivo se apoiem na visão ética de que o sujeito detém, através de sua autonomia, o domínio de si, sendo capaz de uma coerência narrativa sobre si-mesmo, desconsiderando que “O ‘eu’ é o momento do fracasso em qualquer esforço narrativo de fazer um relato de si” (Butler, 2017, p. 104).

Mais além disso, esse fracasso é determinado porque a condição de ser sujeito me antecede em minha própria história, ela está condicionada à “desposseção no outro e através do outro é anterior ao estabelecimento de um ‘eu’ que pode alegar, de vez em quando e sempre com certa ironia, possuir a si mesmo” (Butler, 2017, p. 103). A opacidade e a desposseção de minhas origens remetem ao fato de que Eu não estava lá nas cenas nas quais o outro me constituía.

Desse modo, o Eu “nem sequer pode começar a referir a si mesmo fora da relação para com o outro, da qual surge sua capacidade de autorreferência” (Butler, 2017, p.107), e isso faz

³⁸ “la humillación psicoanalítica, que consiste en mostrar que el hombre no está en su propia morada, vale decir que no es su propio amo y que, finalmente (aquí, son mis términos) está descentrado” (Laplanche, 1995, p. 332).

com que essa abertura ao outro, fundadora de minha experiência ontológica, seja revisitada em diferentes condições de possibilidade, transferências, uma vez que “Essa pré-história continua acontecendo toda vez que enuncio a mim mesma” (Butler, 2017, p. 103).

Essa abertura ao enigma das minhas origens no outro em experiências ordinárias de sociabilidade coloca em movimento, em trânsito, os fenômenos de transferência, nativos, por assim dizer, próprios das relacionalidades que se podem estabelecer cotidianamente. Nesse sentido, “O que se nota aí, e que caracteriza o cultural, é de um endereçamento a um outro fora de alcance, outros ‘esparsos no futuro’, diz o poeta. Um endereçamento que repercute, prolonga, faz eco às mensagens enigmáticas” (Laplanche, 1993b, p. 78). Isso indica que a alteridade, como estranho em mim e como estranho no outro, cumpre na cultura a função de reinscrição de uma pré-história, anacrônica e anônima da subjetividade, que nunca deixa de se atualizar, impondo seus conteúdos sócio-subjetivos e libidinais que ultrapassam em muito a capacidade narrativa do Eu em dizer do modo como é penetrado e apassivado, sexualmente, por esses conteúdos inconscientes. E essa experiência será tomada por Laplanche como o crisol que a psicanálise decodifica na cultura.

Necessário dizer que, “o ‘eu’, quaisquer que sejam suas pretensões de domínio, nunca vai superar o fato de ter sido entregue desde o início [e ainda estar] dessa maneira” (Butler, 2017, p. 102). Em algumas situações, essa disposição de atordoamento das origens enigmáticas do sujeito seguem caminhos traumáticos mais insidiosos nas experiências de sofrimento subjetivo, mas, em muitas outras situações, como as que se estabelecem para psicanálise nas experiências de cuidado a que nos referimos, essa condição será reatualizada em circunstâncias brutais, antiengimática³⁹ e disruptiva.

Apesar de parecer que essa multidão anônima que a alteridade faz atualizar com seus registros inconscientes na relação eu-outro tem qualidades transindividuais, algumas experiências históricas demonstram a força desses eventos subjetivos. Nesse sentido, podemos dizer que o tratamento psicanalítico, não raramente, decodifica na história subjetiva de sofrimento a determinação pulsional de registros que, sexualmente inoculados, ganham na história da cultura as faces de uma multidão. Isso quer dizer, por exemplo, que, apesar de termos perdido no tempo quais foram as primeiras inscrições libidinais, em quais rostos da cena subjetiva, o corpo da mulher preta foi sentenciado ao lugar de corpo passível de ser violado, invadido, apassivado, para o domínio e prazer do outro, esses registros seguem se atualizando. Essas mensagens não só colonizaram a pele, mas também os artifícios da cultura

³⁹Para conhecimento mais preciso sobre tais experiências ver a quarta problemática deste trabalho.

ligados a esses corpos. Apesar de morto, esse rosto (outro) continua a ser reavivado em nome do sadismo que se realiza cotidianamente nas cenas subjetivas de violação de meninas e mulheres pretas. Assim sendo, os registros subjetivos que seguem aderidos ao sadismo pulsional que encontra vias de descarga e satisfação através do código narrativo que legitima a inferioridade da mulher preta segue seu curso na história da cultura. E a psicanálise testemunha seus produtos, ordinariamente, na clínica que faz no cuidado em saúde.

Butler (2017) ilumina o tema com as seguintes questões:

Quem fala nessa interpelação, a interpelação da transferência? o que fala aqui? Onde está o ‘aqui’ e onde está o ‘agora’ do tempo transferencial? Se aquilo que sou desafia a captura narrativa, incita a especulação, insiste-se como opacidade que resiste a toda iluminação... consequência da minha relação fundamental com um... outro interiorizado de maneiras que não posso relatar (Butler, 2017, p. 105).

Do crisol primário das relações que fundam o processo inconsciente muitas outras tinas irão se formar. E para tina do cuidado, na qual os elementos socioculturais são adensados por processos coletivos que irão se impor como determinantes do sofrimento psíquico no interior do cuidado, temos o desafio de dar corpo a uma tina analítica capaz de fundar nessa transferência uma outra, na qual se faça transitar ferramentas reveladoras do conteúdo que está colocado à disposição pelas relacionalidades do cuidado para a direção de trabalho no tratamento. Isso permitirá que “o método [seja] justamente a decomposição; sua pilotagem obedece à corrente, às correntes do processo primário. Ele... Obedece ao princípio do zero, que consiste na colocação em marcha do que Freud designou, à sua maneira, como a “pulsão de morte” que não tem nada de mortal... mas que, potencialmente leva à dissolução de todas as formações psíquicas, egológicas, ideológicas, sintomáticas” (Laplanche, 1993b, p. 79).

A tina da psicanálise em trânsito mostra, no cuidado, a atualização anacrônica de apresentação da subjetividade “como relação ao enigma do outro, talvez - antes da análise, fora da análise, depois da análise - o lugar mais importante da transferência, da transferência ordinária [onde deve] ser situado na relação ao cultural, à criação ou, mais precisamente, à mensagem cultural” (Laplanche, 1993b, p.77). Essa cena de uma multidão presente de relacionalidades, despossuídas por outra multidão, pela alteridade, engole a relação transferencial, a neurose de transferência, na qual o sujeito sofre na direção de tratamento para “superação de si mesmo, mas sobretudo superação na direção de um outro que não é mais determinado” (Laplanche, 1993b, p.78). Nesse sentido, a tina analítica precisa se colocar em trânsito, em abertura, para revelar, incansavelmente, como esse rosto anônimo se atualiza no

cuidado, tomando a face das relacionais primárias na história singular do paciente ou tomando a face dada pelos atores do cuidado com a vivência do corpo apassivado no leito. Notadamente, esse instrumental deve alcançar como consequência a produção de efeitos terapêuticos para o paciente e seus familiares e a revelação dos horizontes ético-políticos para os quais o cuidado está se dirigindo.

Com a ênfase em uma psicanálise em trânsito, considera-se que a psicanálise possa abandonar a improdutiva discussão sobre a relação de privilégio de uma pura psicanálise, a da relação analista-paciente, como se essa pureza fosse possível, com a psicanálise aplicada, feita fora do tratamento, na cultura. A psicanálise em trânsito vai aonde a transferência está, aonde a experiência subjetiva guarda relações com a sexualidade inconsciente: “Isto quer dizer novamente que o lugar do cultural como lugar de interpelação enigmática, com cem bocas e mil ouvidos, permanece privilegiado quando se trata de transferência de transferência” (Laplanche, 1993b, p. 82).

Depois de considerarmos que o trânsito da tina psicanalítica no cuidado toma formas mais delimitadas e que essas formas diluem a querela das diferenças da psicanálise dentro e fora do tratamento, impondo que o arranjo para produção da transferência crie recursos de inteligibilidade para subjetividade em sua extensão psíquica e sociocultural, iremos nos deter em quais ferramentas podem compor essa tina analítica no cuidado em saúde. Para tanto, iremos trabalhar técnico-conceitualmente as características de duas ferramentas que consideramos importantes para criar as condições de possibilidade para destacarmos das relacionais do cuidado a matéria subjetiva que será manipulada pela tina. É o que consideramos ter realizado com o desenvolvimento de algumas ferramentas técnicas que materializam formas de manipulação da tina nos processos de cuidado. Falamos dos recursos de construção que operacionalizamos com a arqueologia e a curadoria clínicas. Vamos a elas.

4.3 Recursos da tina no cuidado em saúde: arqueologia da construção da clínica e curadoria clínica

É possível alinhar com Fédida (1992 como citado por Moura & Nikos, 2000) que a construção de caso delimita a experiência intersubjetiva fundamental para direção de trabalho da clínica. Isso porque a construção do caso “designa em negativo o lugar” (Fédida, 1992, como citado por Moura & Nikos, 2000, p. 74) de ocorrência do fenômeno inconsciente. Assim sendo, toda proposta de tratamento e pesquisa que se pretenda comprometida com uma psicanálise precisa conservar, a priori, sua fórmula negativa, tendo na direção de tratamento e nos invariantes da superestrutura conceitual seus qualitativos ontológicos resguardados. Nesse

sentido, o trabalho de qualquer ferramenta de construção da clínica deve respeitar o entendimento que o material inconsciente pulsa no trânsito da relação analista-paciente e na dinâmica de relacionalidades que engolem essa relação, produzindo a experiência ontológica de sofrimento do paciente na cena de cuidado da política pública. E, por isso, a construção clínica do caso se destaca como um recurso muito importante para revelação do trânsito inconsciente nessa teia subjetiva.

Partindo dessa noção, é fundamental separar a proposta de construção definida por algumas psicanálises, pluralizando visões teóricas sobre a construção clínica que as ferramentas psicanalíticas podem alcançar no cuidado (Leitão, 2018). Sendo assim, busca-se alargar as bases de exploração teórica da construção com outros recursos técnico-conceituais da psicanálise. Embora isso não impeça a importância de se fortalecer a construção clínica como ferramenta de pesquisa e de tratamento da psicanálise na política pública. Contudo, isso será realizado neste trabalho com o enfoque conceitual em outros recursos da teoria e da técnica em psicanálise. Ao tomar essa decisão, não se despreza a importância que a construção de caso clínico tem alcançado nas propostas lacanianas de pesquisa sobre a teoria nas instituições (Figueiredo, 2004; Pedrosa & Teixeira, 2015; Silva & Matos, 2013; Silva & Ulhoa, 2015; Val & Lima, 2014; Viganó, 1999).

Como reconhecido pela maioria desses autores, a categoria “construção” tem como seu primeiro autor psicanalítico o próprio Freud, que se refere ao trabalho de construção (reconstrução) em analogia à escavação feita pelo arqueólogo. Trata-se de uma associação precisa do autor que dá ênfase à maneira como a construção depende de um verdadeiro trabalho de arqueologia clínica (como temos cotidianamente nomeado em nossa prática). Na construção do caso, referindo-se à exumação de matéria viva do inconsciente, Freud enfatiza como a clínica escava, reconstrói, repara e alinha o mapa mnêmico complexo e instável de cenas (signos, afetos) que se mostram por “fragmentos de lembranças, das associações e do comportamento do sujeito em análise” (Freud, 1937/1975, p. 277). O criador da psicanálise menciona que essa categoria metodológica refere-se ao que “erguemos no decurso do tratamento analítico - tentativas de explicação e de cura . . . só eficaz porque recupera um fragmento de experiência perdida” (Freud, 1937/1975, p. 286).

Freud refere-se também a outra categoria como condição para prática de construção de acontecimentos psíquicos, qual seja, a arqueologia. Essa arqueologia, que chamamos arqueologia clínica do psiquismo, é atingida “por meio da suplementação e da combinação dos restos que sobreviveram”, ao alcance da análise (Freud 1937/1975, p. 277). E nesse desenvolvimento conceitual de Freud encontramos um terreno fértil para pensarmos a

arqueologia como recurso que codifica acontecimentos psíquicos em continuidade com processos de subjetivação no terreno das relacionalidades do cuidado.

Nesse sentido, entendemos que a arqueologia clínica esboçada por Freud é um mecanismo que pode ser aproximado de outra arqueologia muito cara para análise de discursos. Empregamos o termo arqueologia clínica para também fazer uma aproximação da noção de construção à categoria arqueológica desenvolvida por Foucault. Isto é, para remeter à arqueologia que pretende definir um sistema de relações em um campo de dispersão a partir da identificação de suas regras e das condições de possibilidade de suas origens, nas quais se encontra um plano de práticas discursivas e não discursivas aparentemente dispersas. Importante também considerar que a análise arqueológica

não deve se fechar no interior do próprio discurso. Pelo contrário, uma das ideias básicas de um tipo de “*démarche*” como a de Foucault é de articular o acontecimento discurso com o acontecimento não discursivo, as formações discursivas com as formações não discursivas. Não se fica unicamente ao nível do discurso embora esse seja o objeto da análise, aquilo para o qual converge, mas se busca estabelecer uma relação com acontecimentos de uma outra ordem (Machado, 1981, p. 92).

Essa noção foucaultiana materializa a possibilidade de reconstruirmos a dinâmica da coisa inconsciente a partir de outras cenas que se mantêm no jogo de relações discursivas e não discursivas do cuidado hospitalar, parasitando a relação transferencial junto ao paciente e ditando novas condições de possibilidade para que a cena avocada pela psicanálise se crie. A arqueologia foucaultiana tem, em analogia à nossa arqueologia clínica, o mérito de que “ela conta a história dos elementos secundários e das margens” (Foucault, 1926/2008, p. 154). Para construção da clínica na instituição, muitas cenas que extrapolam a cena de atendimento analista-paciente precisam compor o quadro geral que coloniza a relação transferencial estabelecida no leito⁴⁰. Ou seja, é importante se atentar para o “rumor lateral, da escrita cotidiana e tão rapidamente apagada que nunca adquire o status da obra ou que imediatamente o perde” (Foucault, 1926/2008, p. 155). Isso nos faz chegar até o conteúdo clandestino de narrativas que dizem sobre a “Análise das opiniões mais que do saber, dos erros mais que da

⁴⁰ A exemplo da materialidade dos enunciados médicos, que organizam cenas e práticas institucionais em um campo estabilizado de ações assistenciais dentro das instituições de saúde. Para se ter mais conhecimento a respeito ver a quarta problemática deste trabalho.

verdade; não das formas do pensamento, mas dos tipos de mentalidade” (Foucault, 1926/2008, p. 155).

Contudo, essa aproximação termina no ponto em que, para alcançar a ordem dos acontecimento discursivos e não discursivos, tivermos de afirmar a enunciação sem referência ao “si mesmo” como propõe a arqueologia foucaultiana (De Laclos, 2014), daí nos apegarmos à ideia de uma arqueologia clínica que não se separa da noção de inconsciente. Portanto, ela não se separa da noção de alteridade e enigma no sentido em que definimos para a tina analítica. Outro aspecto de distanciamento é a insistência que precisamos sustentar em relação à não “reconstituição dos desenvolvimentos na forma linear da história” (Foucault, 1926/2008, p. 156), tal como prevista pelo autor. A lógica inconsciente nos obriga a considerar que “um evento sexual de uma dada fase atua sobre a fase seguinte como se fosse um evento atual” (Freud, 1886/1996a, p. 284) sendo, por isso, fundamental considerar o movimento de a posteriori no qual há a prevalência da função de “natureza sexual do evento e a sua ocorrência numa fase anterior” (Freud, 1886/1996a, p. 284), atualizadas na dinâmica de apresentação do sofrimento psíquico de forma traumática, anacrônica e não linear. A noção de *Nachträglichkeit*, *après-coup*, como traduzido por Laplanche, indica que o inconsciente opera com o entrelaçamento da organização das memórias, da temporalidade e do sexual traumático.

“O a posteriori é um funcionamento em dois tempos, sendo que nenhum deles é identificável em si mesmo. . . é verdade que sempre são precisos dois traumas para fazer um trauma, dois tempos distintos” (Laplanche, 1992b, pp. 92-93) e a apresentação desses tempos na clínica não se presta a localizações precisas no tempo e no espaço, mas os efeitos, as combinações, os custos subjetivos, deixam na história mental os contornos materiais de seu realismo (Laplanche, 1992b).

Ademais, a arqueologia clínica esquadrinha a temporalidade específica do inconsciente infantil, considerando que “A sexualidade infantil presta-se como paradigma do imprevisto. Confundida frequentemente com toda a sexualidade (e, nesta, com a genitalidade a que se acede a partir da puberdade), a sexualidade infantil está fora do tempo” (Maia & Andrade, 2010, p. 85). O inconsciente infantil é por excelência a apresentação anamórfica da demanda originária da alteridade que se interioriza ainda nos primeiros tempos da vida humana.

Além disso, a compreensão mais rigorosa da arqueologia de Foucault envolve se pensar que se é possível “falar de formações discursivas sem referência a um sujeito da enunciação, é porque julga ter conseguido identificar este momento histórico que vê o

desaparecimento do homem em benefício da linguagem como objeto próprio e único da disciplina linguística” (De Laclos, 2014, p. 294). Isso coloca o autor na esteira do estruturalismo linguístico de sua época (De Laclos, 2014). Mas a efetividade da cena primordial⁴¹ em Freud cria as condições materiais para linguagem, além de estabelecer a necessidade de considerar a exceção provocada pela subjetividade reflexiva que em suas origens tem por base o inconsciente como o objeto fonte de um “si mesmo”, ainda que (alter)determinado e mergulhado na cultura.

No entanto, apesar da insistência na materialidade própria da subjetividade, estamos exatamente destacando que a psicanálise não abandona no cuidado a noção de que “a tessitura da circulação da palavra deve alcançar o maior número possível das diferentes interfaces existentes na tarefa. Estas incluem trabalhadores operacionais, gestores da instituição e, muitas vezes, também o território onde o trabalho está inserido” (Broide, 2020, p. 150).

De forma resumida, podemos afirmar que a arqueologia clínica elaborada articula, desmembra, interrelaciona, compara, interliga, correlaciona diferentes cenas. Isto é, ela evidencia que

Os roteiros podem se parecer, evocar um ao outro, mas é capital ver que, para além dessa analogia global, o que se desenha entre as cenas é um metabolismo mais complexo, elemento por elemento . . . o essencial são relações ponto por ponto, extremamente complexas, feitas por contiguidade e similitude e de diferença, entrecruzando-se entre si (Laplanche, 1992b, p. 117).

Esse tecido subjetivo é parasitado pela atividade inconsciente que refere-se à vida “do outro” em um “si mesmo” que luta apassivado no leito para se diferenciar como forma de existência singular. Em meio à produção do cuidado em saúde, deparamo-nos com “vários acontecimentos, várias cenas, que se sucedem no tempo, mas que, sobretudo, simbolizam umas às outras” (Laplanche, 1992b, pp. 116-117) e são elas que avocam a transferência da transferência como cena colocada enquanto recurso terapêutico para o paciente, na qual o analista maneja seu reencontro com essa alteridade como um recurso de cura. São essas as

⁴¹Aquela que se refere à insinuação da relação sexual e suas mais diversas variações, “primeira representação reúne, pois, um homem ereto . . . que impõe sua violência de ‘animal selvagem’ a uma mulher sadicizada-rebaixada-castrada” (André, 1996, p. 80) e a deposição do cuidado no corpo infantil. Em mais “Os gestos, o seio, o sorriso de uma mãe são significantes não verbais que o sujeito tenta traduzir (sobrando um resto) em outras linguagens, inclusive não verbal. Como poderia ser diferente se o mais profundo inconsciente é feito de representações-coisas?” (Laplanche, 1987/1993a, p. 123).

“cenar relacionais primárias, articulando cenar de interpelação em que surgem de diversas maneiras os si mesmos” (Butler, 2017, p. 76).

Embora a arqueologia clínica⁴² seja fundamental para compor a matéria subjetiva extraída do cuidado, é importante submetê-la a recursos que destaquem seus elementos de inteligibilidade, ampliando a potência técnica e conceitual da psicanálise na direção de trabalho da escuta. Isso pode ser alcançado com uso de técnicas que fortalecem alianças diversificadas de compreensão. Trata-se de criar condições de ventilação de construção da Clínica com a diversidade de estilos clínicos, que podem ser desenvolvidos quando são criados contornos para o desenvolvimento teórico-técnico da direção de trabalho e da teoria psicanalítica na instituição, oportunizando a troca coletiva e a depuração de um território

⁴² Embora estejamos correndo o risco de gerar interpretações apressadas, ou de má fé, sobre como desenvolver clinicamente essa arqueologia no cuidado em saúde, deixamos aqui, numa extensa equação que deve ter suas variáveis sempre interrelacionadas no trabalho de escuta, um esboço para profissionais iniciantes nessa difícil empreitada clínica. Isto é, a arqueologia clínica da construção deve combinar variáveis mínimas de escuta para alcançar registros e vias de inteligibilidade da subjetividade no cuidado em saúde.. Vejamos: $X \cdot Y$, isto é: X {histórico semiológico mental e comportamental (principalmente crises) + histórico de tratamento em saúde mental + histórico semiológico básico e mais geral de saúde e de tratamentos realizados + arranjo e romance familiar (infância e atuais) + repetições do funcionamento psíquico-afetivo do paciente e/ou familiares/responsáveis na relação com outro + experiências psicossociais relevantes (ex: pobreza, falta de moradia, privação de liberdade, assassinatos, adesão ao tráfico, trabalho infantil, desemprego, violências físicas e sexuais, exposição ao uso abusivo de substâncias) + forma de endereçamento da demanda na transferência (coletiva defensiva) + histórico de passagens por equipamentos de saúde/outros} $\cdot$ (logo) Y {Decisões de Cuidado [definição do estatuto de complexidade do caso (grave não em crise ou grave em crise) + construção de hipótese técnico teórica ou modelo explicativo técnico teórico para demanda de sofrimento do paciente/familiar + combinação de variáveis técnico-conceituais em proposta de direção de trabalho da clínica + formulação de proposta de conduta de cuidado interprofissionais + formulação de proposta de cuidado com equipamentos da rede de políticas públicas]}. Importante: $X \cdot Y$, desde que se saiba que Y é membro de uma família maior de experiências não redutíveis ($Y \ll X$) e $Y \subset X$. Isso porque X sempre ultrapassa a experiência que a técnica agrupa e que Y irá conter e recobrir. Isto é, estamos num campo de lógica proposicional que precisa sempre nos lembrar que a história inconsciente ultrapassa nossa formulação em X . Quando o sistema formal tem o propósito de ser um sistema lógico, as expressões devem ser interpretadas como asserções matemáticas para que as regras, conhecidas como regras de inferência, sejam balizadoras da verdade. Nessa configuração, as regras (que podem incluir outros axiomas) podem então ser usadas para derivar fórmulas ou construções que representam asserções verdadeiras. A aplicação desse sistema formal é demonstrada em nossa quarta problemática, na qual apresentados asserções derivativas da combinação de experiências alinhadas no trabalho de construção da clínica

teórico-técnico- ético e político comum para a pluralidade de escutas e de eventos subjetivos em tratamento, que possam ser análogos ao que se propõe na supervisão clínica em psicanálise. O que nos leva ao que temos chamado de curadoria da construção da clínica ou, simplesmente, curadoria clínica. Mas antes de chegar a esta proposição, retomaremos os principais elementos que definem a prática de supervisão clínica.

É o locus privilegiado para transmissão de saber avaliar como sua própria técnica é executada, isto é, como ela está afetada pelos acontecimentos psíquicos de sua trajetória subjetiva, como isso atinge o analisando na dinâmica de direção da cura e como a técnica está ou não se aproximando das noções mais essenciais do processo analítico.

4.4 Antes da curadoria clínica, a supervisão

A supervisão, análise assistida ou análise de controle, é um dispositivo psicanalítico colocado como recurso de aprimoramento da escuta do analista que será atravessado na experiência de tratamento (Duvidovich, 2020). Nesse sentido, a supervisão tem duas funções bem definidas para os psicanalistas, quais sejam, a de ofício e a de transmissão. A partir de 1925, ela se estabeleceu como um dos pilares de formação da psicanálise, somando-se a dois outros, isto é, a submissão do futuro analista ao processo de análise e ao estudo teórico. Isso quer dizer que a supervisão é um dispositivo que dá ênfase ao entendimento de que, pelo menos para o analista iniciante, “não há como auto avaliar a condução de uma análise” (Gueller, 2020, p. 21).

Entretanto, na prática, a intenção que norteava a fundação da supervisão como dispositivo de formação tinha raízes defensivas. Isto é, em suas origens, a supervisão seria fruto da preocupação de um grupo seleto de psicanalistas, incluindo o próprio Freud, de que a essência da psicanálise fosse resguardada de deturpações geradas por novas teorias, como foi o caso da psicologia analítica criada por Jung (Kuperman, 2020). Desse modo, considerando uma visão mais crítica, a supervisão tinha como objetivo pouco nobre a prática do proselitismo teórico.

Foram Max Eitingon e Karl Abraham os primeiros a praticar na clínica de Berlim o modelo de formação no qual a “supervisão [era] feita por um analista diferente do que conduzia a análise do candidato para promover a diversidade de transferências” (Gueller, 2020, p. 25). A partir de 1960, a Associação Psicanalítica Internacional (IPA) instituiria “que a supervisão seria o locus privilegiado para transmissão de saber sobre a prática psicanalítica” (Kuperman, 2020, p. 48).

A supervisão deve ser um processo no qual a narrativa ao outro garante a escuta da condução que se fez ou não se fez como analista, na direção de tratamento. “Assim, a supervisão deve favorecer a elaboração disso que transcorre no espaço analítico, no après-coup do ato e do dito, do tempo do acontecimento em que é impossível pensar” (Gueller, 2020, p. 21). A supervisão é então o momento em que um analista se submete à autoridade de outro analista para conseguir avaliar como sua própria técnica é executada, isto é, como ela está afetada pelos acontecimentos psíquicos de sua trajetória subjetiva, como isso atinge o analisando na dinâmica de direção da cura e como a técnica está ou não se aproximando das noções mais essenciais do processo analítico.

A supervisão foi uma ferramenta muito debatida e ganhou diferentes roupagens quando trabalhada sob perspectivas teóricas diversas. No início, a proposta de supervisão era de que ela fosse conduzida por uma figura diferente do analista para esvaziar mecanismos identificatórios desta relação. Esse modelo apoiava a escolha livre do analista e de, no mínimo, três supervisores de escolas psicanalíticas distintas. O efeito indesejado mais direto dessa proposta era o de aumentar a vigilância e o controle no processo de formação. Mas, havia outro, o de diversificar, em um terreno de igualdade, perspectivas muito diferentes de psicanálise, relativizando o terreno da verdade e desconstruindo a valência e a consistência interna da teoria para o enfrentamento de diferentes obstáculos. A consequência disso poderia ser a de colocar em xeque o próprio lugar da teoria freudiana como matriz geradora de uma diversidade de teorias explicativas.

Em um segundo momento, um discípulo de Ferenczi proporia “que o próprio analista atuasse simultaneamente como supervisor” (Gueller, 2020 p. 26). Isto é, a supervisão seria então uma extensão da análise didática. Esse modelo, menos aceito na atualidade, teria como ameaças: a) a crença de suspensão de qualquer impasse ou falta de transparência entre analista e analisando (dispensando o supervisor como terceiro), o que seria equivalente ao tratamento total do conteúdo inconsciente dessa relação, isto é, algo impossível para a própria teoria psicanalítica e b) a sedimentação de uma posição de mestria autoritária e abusiva, semelhante aos sistemas políticos totalitários, na qual o analista condenaria a dinâmica de formação a sua capacidade limitada de conduta e compreensão do processo analítico (Gueller, 2020).

Dentro de outras perspectivas de problematização sobre a formação em psicanálise, nota-se que houve uma exorcização de termos que associam o aprendizado da psicanálise aos conceitos que remetem às teorias da educação. Desse modo, fala-se em transmissão e formação e não em ensino, por exemplo (Gueller, 2020). Igualmente, para eliminar a pedagogia da formação em psicanálise, Lacan entronizou o termo “psicanálise pura” para

substituir a categoria “análise didática”, gerando, com isso, outra divisão, qual seja: a terapêutica em psicanálise tornar-se-ia a psicanálise aplicada e a psicanálise feita pelo candidato a analista tornar-se-ia psicanálise pura (Gueller, 2020). Os resultados dessa divisão foram um rigor teórico que toma a estrutura pela coisa, afastando a formalização conceitual da realidade efetiva da experiência. Assim, “a clínica foi se tornando um fator de contaminação, enquanto a teoria passou ao estatuto sublime” (Gueller, 2020, p. 23).

Outro problema, não menos importante, foi gerado por formações excessivamente empíricas, desdobradas do modelo IPA, nos quais os relatos clínicos perdem em consistência pela excessiva apresentação de conteúdos acessórios, afastando-se da hipótese clínica orientadora. Já entre “Os lacanianos, são apresentadas vinhetas cada vez mais curtas, que visam confirmar as hipóteses teóricas” (Gueller, 2020, p. 24), ainda que se escute dos colegas, com frequência, a afirmação vazia de que o caso está a serviço de interrogação da teoria.

Na história de desenvolvimento e ensino da psicanálise são identificados alguns espaços de maior ocorrência da supervisão clínica, isto é, formas distintas de enquadre para técnica. Dentre elas, a mais tradicional é representada pelo modelo realizado nas sociedades de formação em psicanálise (institutos, escolas ou instituições). Estes são locais onde os candidatos a psicanalistas

são submetidos à análise, recebem instrução teórica... desfrutam da supervisão de analistas mais velhos e mais experimentados quando lhes é permitido fazer suas primeiras experiências com casos relativamente brandos. Calcula-se um período de cerca de dois anos para essa formação (Freud, 1926/1996b, p. 220).

Sem dúvida, esse modelo é sustentador de uma tradição importante para formação analítica. Desse enquadre, mais conservador, desdobra-se outro, que define mais claramente as características da supervisão como ofício⁴³ e também tem como referência o par que, apoiado na “associação livre e atenção flutuante, opera aqui na troca entre supervisor e supervisionando” (Delouya, 2020, p. 36). Nesse contexto, a supervisão ocorre pela livre demanda de orientação feita por um psicanalista iniciante a um psicanalista mais experiente, ambos atuando de forma independente, isto é, não vinculados a nenhuma instituição, apesar de terem em algum momentos se formado através delas. Contudo, outras modelagens foram se estabelecendo. É o que ocorre, por exemplo, no caso das supervisão de “casos atendidos pelos alunos... do curso de graduação em psicologia” (Kupermann, 2020, p. 43), quando um

⁴³ Da raiz etimológica officium que caracteriza “atividade especializada de trabalho, função de que alguém se encarrega, emprego, trabalho” (Houaiss, 2001, p. 2052).

grupo de estudantes das disciplinas de teoria psicanalítica são expostos à prática assistida por um docente na Universidade. Isso se dá através de reuniões realizadas em grupo na ausência do paciente atendido pelo estudante de graduação na clínica escola.

A supervisão em grupo, como usualmente praticamos no espaço universitário, oferece a vantagem de diluir a exigência de se apresentar, permitindo que o supervisionando, em alguns encontros, possa simplesmente usufruir e participar da supervisão e do processo de construção de caso de um terceiro, respeitando a cadência da sua escuta clínica (Kupermann, 2020, p. 48).

Contudo, nesse formato, parece haver o entendimento entre os pares em formação de que a troca realizada pela narrativa do colega e a devolutiva do docente-supervisor deve ser acompanhada apenas de forma testemunhal e passiva, sem interferência na relação bi-pessoal, supervisor-estudante, que ocorre diante do grupo. Com raras e honrosas exceções, há nesse esquema a forte dinâmica de centralização de saber e de mestria que seguem confundidas na posição de uma figura única, sem haver uma problematização coletiva mais qualificada a respeito. Além disso, o processo se dá com mínimo de escuta de cada caso em supervisão, sendo muitos nem ao menos discutidos, e havendo tempo escasso para aprofundamento e maior aproveitamento do processo por parte do supervisor e do supervisionando.

Outro modelo de grupo guardando características que entendemos precisarem de estudos e de um debate à parte é aquele que a medicina estabeleceu a partir de “um exame e uma discussão clínica realizados por alguém cuja experiência e saber são consagrados, um renomado professor, sempre acompanhado de um séquito de colegas e estudantes, [que] faz a ronda dos doentes internados, apontando e demonstrando aqui e ali o que deve ter passado despercebido aos aprendizes, compartilhando sua experiência e sabedoria” (Sandler, 2020, p. 129). Esse método é descrito por representantes da profissão médica de forma acrítica e romantizada, recorrendo a explicações vazias, que não se ocupam de escutar de forma honesta e transparente junto à população os significados e efeitos dessas práticas⁴⁴, e é espantoso que

⁴⁴Em nossa prática de trabalho em um hospital-escola da rede pública muitas foram as experiências de contato com profissionais que se sentiam constrangidos por terem de participar de tais situações em função do modo como a prática objetifica pessoas. Mais importante ainda, muitas foram as escutas de pacientes e familiares também queixosos a esse respeito, além do acompanhamento de queixas registradas pela comunidade na ouvidoria da instituição. Enfim, muitos relatos que atestaram sobre os danos e a incúria dessas abordagens seriadas que servem mais ao interesse dos profissionais em diminuir o tempo de conversação (evitando questionamentos da população) e a organização das agendas pouco justificáveis que acumulam cargos em muitas instituições, que ao benefício eventual ao tratamento. Os danos dessa prática massificada envolvem ainda: superficialização da conversação com paciente e familiares, exposição de conteúdos sobre o tratamento a um número injustificável de pessoas nas enfermarias (outros pacientes e seus familiares), aumento considerável do risco de infecção para os pacientes e incentivo aos atos performativos de poder biomédico como, por exemplo, a

seja relacionado com a prática de supervisão em psicanálise por publicações. Para justificativa do que é também chamado atualmente pelas equipes de saúde de corrida de leito, “esse tipo de treinamento” (Sandler, 2020, p. 129), ocorrendo como condição para o tratamento em hospital-escola (Sandler, 2020),⁴⁵ é avaliado de forma apressada e autorreferendada por profissionais da categoria (é o que preferimos acreditar) como recurso que minimiza “a solidão, o isolamento e a condição de passividade” (Sandler, 2020, p. 129) imposta aos pacientes pelo tratamento. No entanto, o que se verifica sobre essas cenas em narrativas fartas da população, inclusive em transferência na relação analista-paciente, é: essas práticas têm impactos violentos que envolvem forte intensificação de cenas de controle, submissão e obediência. Além disso, essas práticas, desdobradas do exercício do poder médico, colaboram com dinâmicas de ocultação “de informações do estado de saúde dos pacientes, bem como a desqualificação dos saberes do usuário sobre seu corpo e sua experiência no adoecer” (Azeredo & Schraiber, 2021, p. 8).

Nota-se que várias dessas experiências de ensino da medicina são entronizadas na literatura de forma acrítica e compõem há décadas o modelo de acesso majoritário do saber médico à população, sobretudo em grande parte dos hospitais públicos no Brasil. Nesse rol, também pode ser inserida a prática lacaniana de apresentação de pacientes, teorizada a partir do “trabalho de Lacan que, por cerca de 30 anos realizou apresentações de pacientes em hospitais psiquiátricos” (Ferreira, 2007, pp. 295-296). Pretensamente definida como uma prática ordinária da comunidade de psicanalistas, a apresentação de pacientes é “tradicionalmente médica”, sendo Lacan o psicanalista que a inseriu sob a máscara de uma nova prática que foi precariamente revestida por argumentos psicanalíticos na tentativa de proporcionar “um diálogo acerca da interseção entre psiquiatria e psicanálise” (Ferreira, 2007, p. 296). Tomada por uma restrita vertente de psicanalistas como “a apresentação de Lacan” (Ferreira, 2007), essa ferramenta tenta salvar de forma acrítica o que se define para poucos como “pedra angular de nossa reflexão sobre a presença do analista no hospital” (Leguil, 1998, p.99 como citado por Ferreira, 2007, p. 296). Destaca-se que, como pano de fundo desse entendimento, está a perigosa revitalização do fantasma manicomial, que confere ao hospital o posto de excelência para o tratamento do sofrimento mental. É útil apontar que a

imposição do saber técnico do docente/profissional para o fascínio do olhar de populares e de estudantes. Enfim, embora descrita em tom romântico, que pretensamente confere importância ao saber do paciente, a prática replicada de forma quase teológica pelos fiéis que seguem o caminho dado pelo mestre tem efeitos muito conhecidos por profissionais que trabalham cuidando do sofrimento subjetivo do paciente em hospitais, quais sejam: alienação, humilhação, constrangimento, intimidação, apassivamento, exposição e serialização injustificada de abordagens que necessitam garantir a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas.

⁴⁵Quase todos os Hospitais atualmente cumprem parte dessa função para os cursos privados e públicos de formação médica no Brasil.

apresentação de pacientes já se encontra enfraquecida no ensino de psicanálise, mas ainda tem sido vitalizada em alguns espaços “Pelo menos no Campo Freudiano” (Ferreira, 2007, p.296).

A apresentação de pacientes, em nossa visão, foi estabelecida pelo sincretismo grotesco realizado entre a medicina e a psicanálise, sendo este em muito sedimentado por Lacan no interior da formação psicanalítica. Também por isso é possível considerar que parece se tratar de um dos problemas previstos por Freud quando ele alertava que “A primeira consideração é que na escola de medicina um médico recebe uma formação que é mais ou menos o oposto do que ele necessitaria como preparo para a psicanálise” (Freud, 1926/1996b, p. 222), motivo pelo qual esses restos sintomáticos da formação seguem aparecendo de forma acrítica como processos irrefletidamente colocados como necessários para a psicanálise. A psicologia, ao nosso ver, segue fazendo um trabalho de exorcização desses resíduos na prática que realiza da psicanálise, estando à frente da medicina em matéria de problematização de suas heranças malditas para o desenvolvimento da técnica psicanalítica.

Além dessas práticas de supervisão em grupos de formação acadêmica ou institucionais, existem práticas mais independentes que se desenvolvem desvinculadas desses modelos. Isto é, são atividades em grupos com colegas, nas quais “partilhamos e discutíamos casos clínicos . . . grupos de pares que se encontram de modo informal . . . chamaria esta prática de intervenção” (Duvidovich, 2020, p. 114). Apesar de ser ignorada pela literatura psicanalítica, essa prática é bastante comum entre psicanalistas iniciantes que estão acumulando experiência, que optaram por desvincularem-se dos espaços formais de ensino da psicanálise e que perseguem o aprimoramento de sua formação (com aulas abertas, cursos temáticos, estudos próprios). Mesmo possuindo uma boa carga de análise e de formação teórica, esses psicanalistas seguem em busca de angariar a experiência de atuação com uma boa base de casuística clínica abordada em supervisão.

Finalmente, as supervisões de coletivos de trabalhadores em diversos ambientes institucionais é hoje também uma realidade. O trabalho na instituição é fundamental porque ensina que a “escuta clínica não é sinônimo de atendimento em consultório” (Duvidovich, 2020, p.114). E, para além disso, através da supervisão, é possível identificar na instituição “o lugar mais fértil de cultivo da escuta clínica a partir deste ponto de intersecção” (Duvidovich, 2020, p.117). Na instituição, fica mais evidente como o supervisor “não pode ocupar o lugar de mestre e tampouco o de analista do supervisionando” (Duvidovich, 2020, p. 118).

É importante apontar, no entanto, que as experiências de supervisão desenvolvidas a partir de modelos bipessoais foram, em algumas situações, aplicadas de forma irrefletida ao trabalho institucional sendo, por isso, desabonadas por darem ensejo a visões mais

conservadoras e limitadas de clínica. Muitos desses modelos foram desdobrados de formações institucionais mais ortodoxas da psicanálise (em Belo Horizonte, de algumas escolas de formação lacaniana). Dentro das expressões de trabalho de supervisão de psicólogos em políticas de assistência social⁴⁶, por exemplo, a prática “passou a ser pensada no sentido de problematizar os processos de subjetivação instituídos... A partir disso, tornou-se necessário construir novas diretrizes para a clínica... como alternativa a negação da clínica enquanto possibilidade de atuação” (Silva & Bonatti, 2019, p. 382).⁴⁷ Na realidade, a transposição rígida da clínica de consultório para política pública teve como resposta das instituições ao psicólogo a imposição de versões de trabalho que interditavam qualquer referência direta à clínica e inclusive rejeitavam práticas consagradas por ela, como é o caso da supervisão.

Outro ponto fundamental a ser considerado sobre o modelo de supervisão nas instituições refere-se à dinâmica de interioridade/exterioridade do dispositivo em relação às responsabilidades técnicas do ofício do supervisor na relação com trabalhadores e com a sociedade em geral no trabalho desenvolvido nas instituições públicas. Na supervisão acadêmica, é esperado que haja uma inserção consistente do supervisor na orientação do processo de tratamento e de ensino, sendo ele responsável pelo papel que a instituição deve desempenhar na relação com a sociedade, bem como pela adequação do cuidado às normativas de conselho profissional que definem o processo. Além disso, o caráter pedagógico do processo está destacado, conferindo ao tratamento maior plasticidade e mais espaço para inconsistências e mesmo descontinuidades⁴⁸. Nesse sentido, a responsabilidade do supervisor sobre o processo não é apenas teórica, compreende aspectos da dinâmica profissional e institucional que precisam autorizar a priori o exercício da psicanálise como técnica para cada profissão. Nos casos da supervisão das sociedades psicanalíticas, o terreno de normativas que protege direitos do paciente, em relação ao exercício de formação da psicanálise para cada profissão, fica mais obscuro, uma vez que se parte do pressuposto que o candidato a analista será o responsável pelos efeitos, danosos ou não, do tratamento. Nesse sentido, poder-se-ia levantar o impasse de que há profissionais que não possuem em sua base de regulamentação profissional qualquer diretriz para proteção de direitos da população em relação ao tratamento assumido, estando em algumas circunstâncias até mesmo privados de

⁴⁶ É o que nos foi relatado por gestores e trabalhadores em reuniões com a rede de Belo Horizonte em que estivemos presente.

⁴⁷ Ver também Oliveira, A. C. de, Santos, K. de M., Silva, M das G. F. da S. & Benedito, J. de C. (2012)

⁴⁸ O que certamente confere ao ensino a prioridade sobre o processo de cuidado, tornando as clínicas escolas da psicologia, principalmente, espaços pouco comprometidos com o cuidado gratuito em saúde que a população necessita que seja desenvolvido através das políticas públicas.

conduzi-lo⁴⁹. Em atuações de supervisão entre pares, entre o analista menos experiente que elege um analista mais experiente para supervisor na prática desvinculada de instituições, a responsabilidade técnica em relação aos efeitos do tratamento fica a cargo do profissional que conduz o cuidado.

Não menos desafiadora é a posição do supervisor na especificidade de trabalho das instituições públicas de saúde. Hoje a contratação de “supervisor clínico institucional” (Prefeitura Municipal de Lavras, 2021, s/p) é uma realidade para serviços de saúde mental na rede SUS e, nesse formato, a função vem ganhando claros contornos de ofício. Destarte, cabe ao supervisor sustentar ações de formação permanente nas quais ele se coloca como guardião de diretrizes e princípios das políticas públicas de saúde, bem como atua para garantir “a construção conjunta de projetos terapêuticos singulares, à partir do cuidado no território e respeitando a autonomia dos usuários” (Prefeitura Municipal de Lavras, 2021, s/p). Contudo, a dinâmica de externalidade da função de supervisão nesses serviços pode ser aproximada ao processo de consultoria técnica, se considerarmos as características do modelo de inserção e os modos de formalização mais comuns da prática na política de saúde.

Pode se dizer que as atividades de consultoria são práticas nas quais predominam serviços pontuais com uma relação de troca entre partes envolvidas, com ocorrência dentro de prazos especificados. Nesse sentido, entende-se que a consultoria técnica oferece um serviço qualificado e diferenciado daquele que usualmente é desenvolvido na prática cotidiana de trabalho (Ahlert et al., 2022). Muitas vezes, as consultorias empregam aconselhamento estratégico, modismos, tendências, baseadas em ideologias e desenvolvimentos extraídos das teorias da administração, guardando como grande triunfo a prestação de serviços “com uso de ferramentas empresariais que se especializaram no conhecimento de métodos e de modelos administrativos gerenciais que suplantam a própria especialização produtiva das corporações” (Macedo, 2018, p. 104). Assim, elas empregam processos da política neoliberal para fazer a mercadoria-controle do conhecimento especializado como produto e tecnologia pretensamente mais sofisticados e externos às organizações (Macedo, 2018).

Em proporções menores, esse tipo de atividade deu ensejo a transformações nas relações de trabalho, que geraram “contratos temporários, sem estabilidade, sem registro em carteira, exercidos dentro ou fora do espaço produtivo das empresas, quer em atividades

⁴⁹ “Alguns assistentes sociais que reivindicam o reconhecimento para a implementação de “Práticas Terapêuticas” ou “Serviço Social Clínico” na atuação profissional dos assistentes sociais... Mas tais afirmações não estão de acordo com o que dita o art. 4º e o art. 5º da Lei 8.662, de 1993, que trata das competências e atribuições privativas dos assistentes sociais” (Oliveira et al., 2012, p. 26). Trata-se aqui de “a intervenção pelas “Práticas Terapêuticas” ou “Serviço Social Clínico”, que se utilizam de concepções teórico-metodológicas voltadas aos segmentos da psicanálise junto ao indivíduo” (Oliveira et al., 2012, p. 25)

instáveis, quer temporárias” (Gomes, 2019, p. 226). Trata-se de uma expressão do que tem se chamado de flexibilização das relações de trabalho. Dessa maneira, a consultoria técnica é uma forma de substituição do trabalho formal pelas “modalidades de ‘empreendedorismo’, ‘cooperativismo’, ‘trabalho voluntário’, entre outros” (Gomes, 2019, p. 226). Apesar de “amparado por segmentos dos poderes legislativo e judiciário” (Gomes, 2019, p. 231), esses são processos de informalização responsáveis pela pauperização e precarização da força de trabalho.

Mais além disso, a precarização da relação de trabalho está também diretamente ligada à desqualificação do produto. No sistema público, o impacto dessa prática envolve “redução de orçamento, privatização disfarçada, políticas assistenciais minimalistas” (Gomes, 2019, p. 231), além de substituição caprichosa de postos de trabalho com rompimento do acúmulo material histórico de conhecimento do trabalho, fragmentação da cadeia produtiva, individualização de atividade e potencialização de dinâmicas opressoras de gestão (colocadas sob a máscara da objetividade e da neutralidade técnica) (Gomes, 2019). Nesse moldes, uma consultoria oculta processos de terceirização e quarteirização em contratações imediatas, além de fazer de reconhecidas atribuições profissionais um produto/serviço comercializado, provocando uma mercantilização de atividades que deveriam compor hodiernamente a rotina de trabalho.

Pois bem, o que as consultorias, em especial as consultorias técnicas, têm a ver com a prática de supervisão institucional para psicanálise e para política de saúde? Essa roupagem de ofício na qual a psicanálise é incorporada ao serviço público de saúde tem todas as qualidades associadas às consultorias: fragmentação da atividade de trabalho, mercantilização de atividades assistenciais, proximidade com políticas opressoras de gestão, rompimento de acúmulo material de conhecimento com fácil substituição do posto de trabalho, artificialização e externalização de práticas de arejamento e formação no trabalho, menor propriedade do supervisor em relação à dinâmica de valise das relações do trabalho vivo em ato (Merhy, 2002). E, a pretexto da neutralidade dada pela posição externa e “volátil” do supervisor à instituição, não raramente, ousamos dizer, é ele uma figura que circula politicamente em espaços de alta gestão, tendo por isso acessos privilegiados e politiqueiros aos mecanismos de seleção para o posto. Destarte, partindo do modo como os supervisores foram “desabonados” nas políticas de Assistência Social, talvez seja possível considerar que as resistências do trabalhador com a clínica, para além da transposição grotesca de artifícios técnicos da psicanálise de consultórios, também tenha direta relação com esse circuito invisibilizado que afeta diretamente o lugar de legitimidade técnica desse ator para

participação co-responsável e decisória em processos assistenciais de natureza crítica - como é o caso da maior parte do perfil assistencial abarcado pelas políticas públicas de saúde e de assistência social.

O ofício de supervisor institucional pode ser exercício por um trabalhador de formação profissional variada (médico, assistente social, enfermeiro, psicólogo) que se vincula à instituição de saúde através de contrato temporário e sem inserção decisória regulamentada e/ou corresponsável nos processos assistenciais e/ou de gestão em curso, oferecendo desse lugar sua expertise, quase sempre mais acadêmica que técnica, para profissionais, muitas vezes, já bastante experientes. Assim, as responsabilidades técnico-profissionais da prática junto aos trabalhadores, bem como as consequências das decisões assistenciais por ela aventadas, que afetam os usuários de saúde, ficam eclipsadas pela modalidade de inserção no cotidiano do trabalho. Poder-se-ia considerar que por ter essas características, a supervisão institucional ganha qualidades próximas às de uma consultoria. Isto é, a prestação de serviço não regulamentada por nenhuma das profissões de saúde, e nem formalmente institucionalizada nas relações de trabalho, fica desprotegida e colocada num lugar nebuloso pela falta de pertença efetiva ao processo de trabalho. Nesse sentido, pode ser considerada mais um dispositivo que impossibilita “o fortalecimento da capacidade técnica e institucional dos órgãos oficiais que prestam serviços de saúde pública” (Macedo, 2018, p. 173).

Enfim, a supervisão clínica tal como prática em suas diferentes modalidades está limitada por muitos elementos que se ligam ou à dinâmica de inconsistência dos projetos clínicos de psicanálise que a sustentam ou à forma como é inserida na dinâmica de tratamento e cuidado com a qual pretende colaborar.

Essa realidade fez com que – aproveitando a importante função já representada pela supervisão clínica em seu contexto de origem, mas entendendo as limitações para fazer dela um dispositivo aplicável ao cuidado na instituição pública – desenvolvêssemos no universo da prática outra ferramenta, análoga, para qual daremos fundamentação técnico-conceitual neste trabalho, a renomeando como curadoria clínica. Mas, de antemão, é importante destacar que dos modelos de supervisão destacados, cotejamos para a formalização deste instrumento alguns de seus fundamentos, quais sejam: a) favorecer a elaboração sobre o que transcorre no espaço da tina para o ator do cuidado, principalmente para os que se instrumentalizam com a psicanálise para o cuidado da subjetividade, garantindo que essa elaboração incorpore a autoridade de problematização aprofundada de quem atua na realidade do cuidado institucional, conhecendo os recursos e relacionalidades que o possibilitam; b) incentivar a diversificação de diferentes estilos clínicos, fazendo circular diferenças que potencializam

recursos para o cuidado e legitimando a vivência de intervenção entre pares; c) sistematizar e estruturar espaços de apresentação da construção clínica e de conversação técnica entre pares, coletiva e bi-pessoalmente, ao qual todos devem se submeter no trabalho de aprimoramento em uma dinâmica coletiva, que horizontaliza saberes e relações entre profissionais; e d) legitimar atores como referências técnicas que devem funcionar como analista-curadores, que colocam esse posto/ em trânsito, para a preservação e guarda dos monumentos mais relevantes do cuidado, isto é, os balizadores técnico-conceituais e ético-políticos que o possibilitam.

4.5 Curadoria clínica

Em função de todas as limitações demonstradas em relação à prática de supervisão clínica, em especial nas instituições públicas, e por ela não poder ser nos espaços da política pública apenas um dispositivo voltado para transmissão do saber clínico-psicanalítico, entendemos ser necessário dar contorno a outra ferramenta. Essa prática que desenvolvemos em serviço tem sido remodelada, avaliada e bastante trabalhada nos últimos anos e, apesar de não ser equivalente à supervisão, cumpre função análoga, mas não equiparável.⁵⁰ Trata-se do que iremos fundamentar e designar como curadoria clínica.

A raiz etimológica do termo curadoria vem do latim “curare”, que significa cuidar, zelar, tratar. Porém, pode-se encontrar na língua tupi-guarani a associação do termo com um tipo de veneno que, curiosamente, pode ter como efeito a catarse (Steimer & Crippa, 2017). Mais especificamente, sabe-se que o termo guarda características polissêmicas, tendo sentidos distintos a depender da área de atuação.

Das acepções que o termo curador pode assumir, algumas ganham feições bastante burocráticas como ser encarregado de administrar. Por outro lado, o termo estabelece sua real proximidade com o cuidado, quando empregado para designar atos de proteção, recuperação, manutenção e defesa de situações, de pessoas e de produções de arte. O curador pode ser ainda um curandeiro, sanador, se as acepções ainda mais originárias da palavra forem resgatadas.

Mas o ato curatorial na relação com a cena material do objeto ganha qualidades mais precisas quando inserida no universo institucional. Os marcos iniciais da curadoria foram estabelecidos nos Salões Parisienses em 1550. Nesse sentido, “É possível compreender, então, que os projetos curatoriais têm suas raízes em museus e galerias” (Madruga & Weymar, 2019,

⁵⁰ Destaca-se que essa ferramenta está em aplicação, desenvolvimento e avaliação há mais de 10 anos na instituição de saúde na qual a pesquisadora se insere como referência técnica.

p.2), sendo então “Comumente, a atividade curatorial... atrelada à uma instituição” (Madruga & Weymar, 2019, p. 2).

Entretanto, assim como não existem cursos específicos para ensinar a prática de supervisão clínica, não existem “cursos específicos às/aos interessados em curadoria” (Madruga & Weymar, 2019, p. 8) nem em sua acepção artística, nem na forma como a apresentamos nesse trabalho, na qual ela se desenvolve em extensão ao cuidado, como ferramenta da psicanálise. Desse modo, esperamos aqui dar uma pequena contribuição para a inserção em pesquisa desses artefatos da tina psicanalítica desenvolvida dentro e para o trabalho da clínica em trânsito no cuidado.

A prática curatorial se estabelece no espaço institucional compreendendo a função do entorno para a produção artística, definindo mudanças de pensamento através da reorganização, da forma de abrigo das peças, também se preocupando em estabelecer uma certa narrativa. Além disso, a prática envolve a escolha de aquisições de coleções que se coloquem a serviço de diferentes finalidades (Madruga & Weymar, 2019). A aquisição é orientada pelo entendimento de que o objeto transmite informações de suas propriedades intrínsecas, a curadoria é uma mediadora dessa comunicação com o público. Ela também delimita o que é próprio do trabalho de arte e o que é próprio do território onde a arte está em exposição. Às vezes, a curadoria minimiza diferenças culturais e às vezes as potencializa, a depender do objetivo da exposição (Rupp, 2011).

Desse modo, a atividade curatorial envolve uma função de co-criação no processo artístico, definida por recursos autorais bem estabelecidos. Alguns autores definem a curadoria (Steimer & Crippa, 2017) como um recurso de criação singularizada, orientada por formas de inteligibilidade que impactam diferentes comunidades ao se utilizar de princípios diversos. Pode-se entender também que o processo curatorial realiza uma customização, uma seleção artesanal, que recupera, guarda e preserva os elementos essenciais de um conteúdo. Nesse sentido, a curadoria também correlaciona, medeia e depura o que é produzido (Steimer & Crippa, 2017).

Quando a curadoria lida com a produção simultânea de vários artistas, o trabalho de autoral de customização fica ainda mais evidente, pois “existem processos curatoriais que se realizam pela reunião de artistas, por diferentes obras com diferentes pontos de vistas, mas que possuem entre si uma pontos de confluência” (Rupp, 2011, p. 138). Tais exposições, que possuem uma qualidade mais independente, têm sido organizadas pelo que hoje já se denomina como artista-curador (Rupp, 2011). Isto é, a combinação que mostra pelo artifício de confluência de significados outro significado é, sem dúvida, um ato autoral. “A curadoria

interfere na obra, ela é uma extensão dela” (Rupp, 2011, p. 140). Essa autoria, marcada pela singularidade da produção, pode demarcar mais claramente a presença do curador ou não, “dependendo do critério conceitual definido por cada um para a exposição” (Rupp, 2011, p. 139).

Muito importante destacar que a curadoria está relacionada à exposição de conteúdos, o que submete a instituição, o artista e o curador à avaliação pública. Nesse sentido, ao se submeter a opinião pública, o curador e a instituição ficam na mesma posição que o artista quando “renuncia a qualquer controle sobre sua obra” (Rupp, 2011, p. 136). Esse processo não só expropria o domínio sobre o conteúdo, ele garante, por sua exposição, o que ativa o poder de definição do objeto, fazendo com que ele saia de seu processo de letargia para projetar uma afirmação de identidade” (Rupp, 2011, p. 135). Essa identidade só se constitui na interação com o outro, com a multidão que irá depositar significados sobre a arte, o público. Nesse mesmo sentido, “expor um objeto estudado e interpretado, convertido em signo de comunicação e portador de uma ideia” (Rupp, 2011, p. 137) tem uma intenção comunicativa, tem a intenção de comunicar a mensagem da clínica para além do leito.

Outro aspecto essencial do processo é trabalhar “considerando a relevância de curadorias que confrontam discursos hegemônicos” (Madruga & Weymar, 2019, p. 8). Isto é, a curadoria precisa cumprir uma função crítica, que também tenha potência de proposição e contestação. Necessariamente, esse intento depende de “um repertório cultural que sirva como base para projetos curatoriais capazes de realizar conexões inesperadas” (Madruga & Weymar, 2019, p. 8).

Finalmente, é importante dizer que a curadoria e a psicanálise já estão próximas em suas atividades. A atividade curatorial de artes retrabalha temas, “inclusive do que não era considerado arte” (Rupp, 2011, p. 138) empregando novas abordagens com “recursos filosóficos, psicanalíticos e antropológicos” (Rupp, 2011, p. 138). Nesse sentido, curadores, “Profissionais de outras áreas, psicologia,” (Rupp, 2011, p. 139), por exemplo, oferecem com novas abordagens conceituais outros significados que estabelecem “suas relações com a arte” (Rupp, 2011, p. 139).

Além disso, a relação da psicanálise com a arte não é nova. Aliás, “A relação da psicanálise com a arte moderna é tão antiga quanto sua fundação. A inquietação pela arte foi uma constante na obra freudiana, e o romantismo alemão, assim como a literatura inglesa, são frequentemente indicados como suas inspirações principais” (Rech & Cardoso, 2022, p.03). Essa relação é muito profunda e vai além de encontros ocasionais (Rosenfeld, 1999).

Tal como a psicanálise pretende com a subjetividade humana, a arte também prima “por colocar em xeque a hegemonia da razão, por abrir espaço para o ‘interior’, por pensar toda unidade como sendo feita de elementos heterogêneos conflitantes e por uma profunda busca das origens” (Rosenfeld, 1999, s/p). Mas, assim como o movimento artístico encontrou posições conservadoras na relação freudiana com as artes (Rosenfeld, 1999). Freud também alertou sobre o fracasso da pretensão “de mimetizar o inconsciente na arte”, mas ressaltando como arte tem “a capacidade de transgredir limites imprecisos via manifestação inconsciente” (Rech & Cardoso, 2022, p. 4) . Aliás, Freud também equipara a função da arte com a do sonho, do brincar e do sintoma, como tentativas de reparação da realidade desprazerosa. (Rosenfeld, 1999).

Mas, além da relação, nem sempre pacificada, pode-se afirmar que a psicanálise incorpora elementos na relação que estabelece com a arte para criação de sua trama conceitual. (Rech & Cardoso, 2022,) Logo, “ É notável que a relação que Freud estabeleceu com artistas como Shakespeare, Goethe, Schiller, Heine, Dostoiévski, entre tantos outros, expõe a admiração do psicanalista pela arte literária, fazendo dessas obras não só objetos de análise e apreciação, como também de ilustração clínica (Rech & Cardoso, 2022, p. 5). Acrescente-se também aí a centralidade das tragédias de Sófocles nos escritos freudianos.

Se o cuidado se aproxima da curadoria de arte porque no seio da função curatorial estão atividades que transportam suas medidas de curare para o mundo dos objetos históricos e de arte, tais como zelar, abrigar, manter, defender, preservar; a psicanálise, igualmente mantém com a arte, e com suas atividades de curadorias, uma troca frutífera.

Alinhando essas relações entre o cuidado, a psicanálise e a arte, estabelecemos uma função para psicanálise na instituição pública que incorpora várias características da curadoria de arte na composição da tina analítica do cuidado em saúde. Aliás, é preciso destacar, esses três domínios se relacionam também pela noção de cura que encerram: o cuidado, por ser uma atividade que integra a noção de cura; já no caso da arte e da psicanálise, por serem noções ampliadas de cura que “em sua criação e em sua fruição, [fazem] sempre parte de um sistema de trocas e transformações reparatórias e curativas” (Figueiredo, 2011, p. 13).

Assim, desenvolvemos uma ferramenta que permite o aprimoramento e o balizamento da técnica no trânsito das relacionalidades do cuidado. Apesar de análoga à supervisão clínica, a função de transmissão didática da psicanálise é secundária à montagem do arranjo terapêutico, ético e político que a tina psicanalítica irá perseguir nesse cenário. Notadamente, esse instrumento tem como principais características: ser uma ferramenta com participação direta na direção de trabalho da clínica da equipe que desenvolve a técnica psicanalítica na

instituição; ser um recurso para a referência técnica a fim de criar balizas teóricas, técnicas, éticas e políticas para o serviço (também provocando processos curatoriais em que a posição de analista-curador circula como recurso de troca de experiência entre os profissionais de psicologia e entre psicólogos, na relação com suas respectivas equipes em assistência); ser desenvolvido por psicanalistas que detenham acúmulo de conhecimento e experiência assistencial na política pública de saúde, como trabalhador vinculado à instituição; provocar a produção crítica e autoral de recursos de inteligibilidade antinormativos comuns, que alinhavam diferentes projetos clínicos de escuta, destacando pontos de confluência e de tensão, necessários para produção de significados técnicos que auxiliam a direção da cura; e auxiliar na consolidação de pontos éticos e políticos de intransigência para cumprimento da função pública que a psicanálise deve desenvolver na instituição. De forma geral, trata-se de manter em movimento a necessidade de fazer trabalhar⁵¹ o material clínico em um território específico de manifestação do processo inconsciente atualizado pela cena de cuidado, depurando objetos dessa cena que devem formar um projeto “expográfico” customizado pelo trânsito da psicanálise com uso de recursos técnicos, conceituais, éticos e políticos bem definidos. Sem dúvida, estamos com isso tingindo a técnica psicanalítica com cores mais fortes de ofício. Em função de tais características, temos aproximado a noção de curadoria de arte ao território de trabalho do cuidado em saúde, designando essa atividade com o termo curadoria clínica.

A curadoria clínica desenha sua autoria na revelação (exposição) que faz dos arranjos do tratamento psicanalítico quando, junto ao profissional da psicologia, seu “autor elabora a exposição sobre uma base teórica e a partir dessa como embasamento conceitual, ele busca as obras [da escuta]” (Rupp, 2011, pp. 139-140). Nesse sentido, o analista-curador irá, no trabalho de conversação clínica na curadoria, realizar junto ao profissional responsável pela escuta o trabalho de customização. Uma seleção artesanal, que depura, alinhava, diferencia, combina, delimita, tematiza, recupera e resguarda os elementos essenciais do material clínico produzido, auxiliando a montagem da direção de trabalho da escuta.

Nesse sentido, tal como a situação forjada originariamente pela curadoria de arte - a qual “favoreceu que artistas trabalhassem com o embate da obra dentro do contexto, sendo que em diversos casos o artista se vê pressionado a formular soluções em relação ao espaço

⁵¹ O termo “fazer trabalhar” é utilizado como noção metodológica na obra de Laplanche, referindo-se ao poder gerador do pensamento psicanalítico quando, decodificado por suas próprias ferramentas, revela suas descontinuidades e inconsistências, rangendo seu material ao aguçar contradições. Isso não pelo prazer da crítica e do confronto, mas para fazer o “trabalho do negativo... desde dentro... para fazer exprimir a alma dessas contradições” (Laplanche, 1987/1993a, p. 2).

oferecido, que jamais cogitará em seu estúdio” (Rupp, 2011, p. 140) -, a curadoria clínica formulará soluções teórico-conceituais e técnicas para a tina psicanalítica. A curadoria fará trabalhar o processo arqueológico de escuta e o produto de construção clínica do cuidado, problematizando pontos de inconsistência, recuperando artefatos clínicos não tematizados na direção de tratamento, propondo arranjos de intervenção com atores ligados à assistência do caso e circuitos de referência do cuidado para rede de saúde.

Quando na posição de referência técnica da equipe, nem sempre algo necessário para o trabalho curatorial da clínica, o analista-curador pode aproveitar e potencializar estilos clínicos que serão distribuídos, com base num território técnico-conceitual-ético e político comum. Inseridos em diferentes linhas de cuidado, os estilos clínicos podem se desenvolver tomando como referência as bases de biossubjetivação que o estado mórbido dispara e, principalmente, a dinâmica sociocultural e subjetiva a ela mais habitualmente relacionada (na biossubjetivação da clínica cirúrgica, por exemplo, se encontram os muitos casos de violência e desproteção de direitos de mulheres e de jovens de periferia). Importante dizer que esse trabalho é ainda mais desafiador na política de saúde em função da dificuldade de retenção de trabalhadores experientes. Isto é, nesse sentido, o curador-autor da arte de composição da tina analítica na instituição terá de realizar “através das observações... ele perceberia artistas emergentes que estariam prontos... O curador utilizaria como linha conceitual as afinidades entre os artistas, quanto aos seus processos, suportes, temas ou outras relações percebidas” (Rupp, 2011, p. 140).

Além disso, como analista-curador, na posição de referência técnica, ele terá de retrabalhar tematicamente peças estranhas à clínica para que passem a ter tal finalidade, auxiliando profissionais menos experientes a se apropriar da tina analítica - como a curadoria realiza com peças não artísticas, por exemplo (Rupp, 2011). Isso pode se dar não só em relação aos objetos técnicos do cuidado psicológico, mas também em relação ao cuidado técnico de outras categorias profissionais, transformando objetos dos técnicos (conversas, encontros, abordagens para oferta de procedimentos, movimentação de leitos, uso de insumos da instituição) que até então não serviam à arte clínica psicanalítica em objetos que colaboram com os efeitos terapêuticos de cuidado da subjetividade. Essa atividade será realizada com técnicas biomédicas e mesmo com ferramentas de escuta psicológicas estranhas à psicanálise - inclusive quando estas, de forma problemática, se afastam aos objetos de trabalho definidos pelo território técnico-teórico-ético e político comum.

Importante destacar uma questão antes de fecharmos nossa formulação sobre a curadoria clínica. Há um aspecto inerente à política de cuidado em saúde que impõe um

enorme desafio à psicanálise e a sua atividade curatorial nesse contexto. Com recursos diretamente vinculados ou sob guarda da instituição pública, a tina analítica também irá ficar submetida às janelas de exposição pública.

O produto de saúde da política pública está sob o governo direto da população- ou, pelo menos, deveria estar. O rosto dessa população assume formas distintas de apresentação, a criarem um paradoxo de controle para a experiência de cuidado que, apesar de invadida pelos interesses públicos, tem sua produção e raízes fixadas na vida privada. Nesse sentido, as principais janelas de exposição dos objetos do cuidado estão voltadas para avaliação do rosto no leito e do rosto societário (da população) que exige transparência em relação ao funcionamento da instituição. A tina analítica enfrentará o paradoxo de se submeter à primazia da intimidade subjetiva do leito, sofrendo para delimitar e proteger os limites dessa intimidade, ao mesmo tempo em que fica exposta tanto à visibilidade da cena interna da instituição (milhares de funcionários, centenas de visitantes, familiares, colegas de ofício), quanto à visibilidade da cena pública, que essa multidão atualiza como corpo institucional, ligado a uma cadeia de processos societários ao qual obrigatoriamente presta contas. Nessa complexa teia de exposição (interna e externa), a tina psicanalítica, tem seus recursos atravessados, afetados, avaliados não só na cena “interna” da transferência (a equipe interna que realmente se apresenta ao paciente e seus familiares), em relação aos efeitos terapêuticos que produz na transferência de tratamento, como também pela cena “externa” de relacionais, que apesar de ligados ao cuidado, o exportam em seus processos societários de subjetivação porque nem sempre estão diretamente com ele envolvido.

Assim sendo, o arranjo da tina psicanalítica fica exposto para o público, tendo seus domínios de controle interno exportados e atravessando pelas exigências que farão a curadoria clínica trabalhar ainda mais a plasticidade da técnica. Nesse sentido, o público definirá contornos identitários e colocará em movimento os objetos da subjetividade produzidos pelo cuidado. Essa “expografia” da psicanálise inserida na política em saúde, que a curadoria faz trabalhar, é afetada por exigências éticas e políticas muito importantes que fazem alargar o trânsito psicanalítico, mas é igualmente afetada pela exposição a objetos pulsionais da multidão anônima, que se atualiza nesse contato.

Nesse sentido, há uma dimensão pública dessas narrativas que a psicanálise terá de manejar na tina em favor do tratamento, tendo a curadoria clínica um papel muito importante nessa dinâmica. Um exemplo dessa publicidade pode ser vislumbrado em algumas narrativas profissionais, daqueles que estão na instituição e não são responsáveis diretos pelo cuidado a que se referem, tais como: “o paciente começou a perguntar para a enfermagem porque estão

dizendo que ele tentou se matar, ele disse que não fez isso, não achamos que é isso”, falava um enfermeiro que não estava mais inserido na equipe de tratamento sobre a hipótese de tentativa de autoextermínio de um garoto menor de idade, dando à narrativa o tom de indignação, supondo no diagnóstico uma afronta à ingenuidade adolescente (garoto que mais tarde revelaria o ato em confronto a esse mesmo ator para o expulsar de sua enfermaria)”. Em tais circunstâncias, o analista responsável pelo tratamento terá o apoio da curadoria para construção da tina, aprofundando o trabalho clínico na transferência com o paciente, bem como decodificando e manejando produtos da subjetividade no circuito de relacionalidades da instituição.

Finalmente, a curadoria clínica, como a curadoria de arte, precisa estabelecer ferramentas que permitam o tratamento crítico dos objetos da subjetividade. Nesse sentido, a tina psicanalítica definirá recursos de inteligibilidade para desconstruir a tirania normativa que desprotege certas formas de existência. Em um primeiro nível, é possível considerar que há uma função política sendo cumprida com a mera reunião de corpos que usam de sua força de exposição no meio público da política de saúde para dar visibilidade às zonas de desaparecimento de vidas que estão se esgotando precoce e violentamente, tendo essa tragédia quase naturalizada pela explicação biomédica sobre o declínio (entificado) das funções vitais. Nesses espaços, a conversação clínica sobre o caso convoca nesta assembleia um encontro solidário com o desabrigo de cada uma dessas vidas, reafirmando a necessária reabertura a uma alteridade que nos determina. Isso é principalmente demonstrado pela revelação de como essa alteridade ganha níveis de destruição que se concentram na direção de certos corpos. Isto é “a precariedade é distribuída de maneira desigual... as vidas não são consideradas igualmente passíveis de luto ou igualmente valiosas” (Butler, 2018, p. 66).

Sem a necessária compreensão de que nosso corpo está exposto de formas incomensuráveis a uma base de sociabilidade invasora e sexual que funda a vida em suas expressões singulares de corporificação, expondo-a inexoravelmente em níveis privados e públicos a essa alteridade enigmática, as metas de cuidado da subjetividade se perdem em ontologias individualistas que aumentam o isolamento e a desproteção de corpos deixado à margem dos recursos de proteção societários. Sendo assim, se há alguma chance de criarmos contornos de proteção à vida, de garantirmos cuidado aos corpos, é fortalecendo alianças em torno da compreensão de que “O corpo é constituído por meio de perspectivas que não pode habitar. Outra pessoa vê o nosso rosto de uma maneira que não podemos ver e ouve a nossa voz de uma maneira que não podemos ouvir. Estamos nesse sentido – corporalmente – sempre lá, e ao mesmo tempo aqui, e essa desposseção marca a sociabilidade à qual pertencemos.

Mesmo como seres localizados, estamos sempre em outro lugar, constituídos em uma sociabilidade que vai além de nós. Isso estabelece a nossa exposição e a nossa precariedade, as maneiras pelas quais dependemos das instituições políticas e sociais para persistir” (Butler, 2018, pp. 66-67).

Isso exigirá que a curadoria clínica encontre, na transferência da relação analista-paciente e naquela que a excede os recursos para provocar na tina uma reabertura ao enigma - transferência da transferência -, direcionando convites para certos horizontes éticos e políticos do cuidado. Principalmente, através da tradução dos afetos e códigos narrativos dos atos de cuidado, a psicanálise terá a missão de resgatar a primazia da alteridade que nos lembra: o “outro, poderíamos dizer, é anterior, e isso significa que não existe referência à própria morte que não seja referência à morte do outro” (Butler, 2017, p. 99). Logo, a abertura ao enigma, a esse outro interiorizado que a todos desapossa “implica a cautela ética contra entusiasmos que poderiam nos tornar impermeáveis à precariedade da vida. Ela também diz que não podemos preservar nossa própria vida à custa do outro sem que a morte do outro implique minha própria morte” (Butler, 2017, p. 99). O espaço curatorial, se devidamente horizontalizado e diversificado em suas qualidades clínicas, torna-se mais um recurso da técnica psicanalítica que reafirma de forma intransigente as balizas éticas e políticas orientadoras do trabalho crítico da psicanálise em relação aos mecanismos de inteligibilidade que ela sustenta ou que faz sustentar, no encontro com outros dispositivos teórico-conceituais do cuidado.

De forma bastante grosseira e sintética, a abertura desse horizonte ético e político depende de se fazer trabalhar até os limites a orientação clínica inaugurada pela noção originária de desproteção que envolve a relação entre corpos para criação de condições de possibilidade e emergência de qualquer vida humana, conforme proposto pela teoria laplancheana. A violência de nossas origens pelo domínio estrangeiro da alteridade, que nos impõe uma dependência irremediável dessa invasão sexual do outro, determina formas inexoráveis de ligação e sociabilidade entre os corpos. Essa experiência originária mais habitualmente é designada na teoria psicanalítica como desamparo fundamental (*Hilflosigkeit*), termo que remete às origens primárias da condição humana de absoluta desproteção e suas consequências para fundação psicosexual da subjetividade. Butler refere-se a essa experiência, a partir da teoria laplancheana, como experiência de desposseção, precariedade e vulnerabilidade.

Essa condição de desposseção que desarticula as condições de domínio identitário do eu sobre a vida estabelece um horizonte ético para formação de aliança na qual “outras vidas,

entendidas como parte da vida que está além de mim, são uma condição de quem eu sou, [o que quer dizer que] a minha vida não pode fazer nenhuma reivindicação exclusiva sobre a vida” (Butler, 2018, p. 33). A minha condição originária de desproteção funda minha obrigação de reconhecimento da desproteção do outro, de modo que a reivindicação pela vida deixa de ter um rosto (inclusive o próprio). Isso quer dizer que estamos ainda mais implicados na defesa e busca de horizontalização de direitos e condições de vida para aqueles que estão mais expostos às barbáries da precariedade. Da mesma forma, qualquer ato de cuidado que se oriente por essa experiência originária de desproteção.

A passividade violenta das origens, essa experiência infantil descentralizadora que a todos une, definirá “um compromisso com a igualdade e a justiça implicaria abordar em cada nível institucional a exposição diferencial à morte e ao morrer que atualmente caracteriza a vida dos povos subjugados e dos precários, muitas vezes como resultado do racismo sistemático e de formas de abandono calculado” (Butler, 2018, p. 36). Um compromisso colocado pela própria natureza da função que cada ator assume no cenário da política de saúde, na relação com a experiência de precarização sistemática de certas formas de vida e que tentamos problematizar em diferentes camadas da subjetividade, a partir da construção da clínica nos espaços curatoriais que sustentamos na instituição.

Ao definir que a curadoria clínica também deve se dar em um espaço entre profissionais com diferentes estilos clínicos de escuta e, em algumas circunstâncias, com colegas que exercem diferentes ofícios, tomamos a decisão de instituir um recurso para construção ética e política da clínica psicanalítica e do próprio cuidado. Isso porque a atividade curatorial se desenvolve através de um ato performativo crítico e plural entre corpos em assembleia. Isto é, “chamamos de ‘performativo’ . . . a reivindicação política de igualdade corporificada, a proteção contra a violência e a habilidade de se mover junto e dentro dessa categoria social no espaço público [da instituição]” (Butler, 2018, p. 38).

Esse corpo político e plural que se orienta pela vulnerabilidade forma através da curadoria clínica uma aliança de proteção para recursos de inteligibilidade antinormativos, especialmente os que possibilitam para psicanálise a sustentação negativa e plural de compreensão das diferentes experiências ontológicas. Como última consequência, eles também fortalecem o cuidado em saúde mental em um território no qual o poder biomédico impõe, muita vezes, modos limitantes de produção de saúde, principalmente, para os corpos tomados como dissidentes.

Os horizontes éticos de uma política de alianças em torno do fracasso de nossas origens identitárias, na qual a situação antropológica fundamental constitui na gênese de si

própria uma indiferenciação entre o outro e o eu no núcleo mesmo de quem esse eu é, define de forma clara que “a política de identidade não é capaz de fornecer uma concepção mais ampla do que significa, politicamente, viver junto, em contato com as diferenças, algumas vezes em modos de proximidade não escolhida, especialmente quando viver juntos, por mais difícil que possa ser, permanece um imperativo ético e político” (Butler, 2018, p. 24). Nesse sentido, a curadoria clínica não tem o objetivo ingênuo de criar uma política identitária (nem mesmo profissional), mas de elevar radicalmente o compromisso ético que “não exatamente presume ou produz uma identidade coletiva, mas um conjunto de relações possibilitadoras e dinâmicas que incluem suporte, disputa, ruptura, alegria e solidariedade”(Butler, 2018, p. 24).

De forma ousada, a curadoria clínica irá destacar que o projeto clínico da psicanálise no cuidado coloca em trânsito aspectos fundamentais da constituição humana, que não podem ser afastados de suas consequências éticas e políticas diretas para quem cuida e para quem é cuidado. Isso porque a condição originária de desposseção, de primazia da alteridade para instauração da subjetividade coloca a fundamental orientação para o cuidado de que

estamos obrigados uns para com os outros, em uma aliança apaixonada e temerosa, muitas vezes a despeito de nós mesmos, mas, em última análise, por nós mesmos, por um “nós” que está constantemente sendo elaborado... essas condições implicam igualdade... uma exposição à precariedade... que nos leva a entender uma obrigação global imposta a nós no sentido de buscar formas políticas e econômicas que minimizem a precariedade e estabeleçam a igualdade política e econômica. As formas de convivência caracterizadas pela igualdade e pela precariedade minimizada se tornam o objetivo a ser alcançado por toda luta contra a sujeição e a exploração... Lutamos na precariedade, a partir dela e contra ela. Portanto, não é por um amor generalizado pela humanidade ou por um puro desejo de paz que nos esforçamos para viver juntos. Vivemos juntos porque não temos escolha, e embora algumas vezes nos insurjamos contra essa condição não escolhida, continuamos obrigados a lutar para ratificar o valor máximo desse mundo social não escolhido, uma ratificação que não é exatamente uma escolha, uma luta que se faz conhecida e sentida precisamente quando exercemos a liberdade de um modo necessariamente comprometido com o igual valor das vidas. (Butler, 2018, p.82).

4.6 Considerações finais

Neste percurso, fizemos o esforço de delimitação da parte estruturante da política pública e de seus enraizamentos locorregionais para localização dos desafios que a psicanálise

tem a enfrentar no domínio do cuidado em saúde, em especial naquele que se desenvolve nas portas de urgência e emergência. Nesse sentido, entendemos que a apresentação desse cenário serviu ao propósito de reconhecimento da extensão do território subjetivo que o instrumental psicanalítico deve recobrir para conseguir isolar desse contexto sua matéria prima de produção, isto é, o processo inconsciente. Contudo, a fundamentação desse instrumental exigiu a sistematização das características da tina analítica e da sua importância para provocação e manejo da transferência. Embora tenhamos destacado os descaminhos conceituais que criaram uma separação descabida entre a psicanálise no “interior” da relação de tratamento e a psicanálise na cultura, também demonstramos que a transferência é um fenômeno nativo da relação inter-humana e que a tina pode ser formada por condições de possibilidade ordinárias dessas relações e, por excelência, pela tina analítica, que artificialmente cria condições de reabertura e apresentação do enigma do inconsciente. Além disso, para enfatizar a força da psicanálise para decodificação da subjetividade, demonstramos como a primazia da alteridade para formação da subjetividade em sua extensão relacional e cultural - aquela que remete à subjetividade como fenômeno reflexivo, possibilitado pela emergência de um eu despossuído e parasitado por uma multidão anônima e anacrônica, a qual enuncia suas exigências na relação eu-outro, sempre pelas vias de uma invasão apassivante e intrusiva, sexual, portanto - é decisiva para abandonarmos a disputa de privilégios entre a psicanálise “pura” e a psicanálise “aplicada”.

Mais especificamente, indicamos que, para o cuidado em saúde, a tina analítica precisa se colocar em trânsito, valendo-se de outras ferramentas desdobradas das noções técnico-conceituais da psicanálise. Nesse sentido, fundamentamos a importância de alguns instrumentos para fortalecimento da tina de tratamento da psicanálise na instituição. Notadamente, construímos alguns recursos para dar base à noção de uma psicanálise em trânsito, com recursos que fortalecem a direção da cura, e dos efeitos terapêuticos na relação analista-paciente, além de colaborar na decodificação dos horizontes éticos e políticos que o cuidado, e a própria psicanálise, assumem ao incorporar certas dinâmicas de inteligibilidade.

Por extensão, apresentamos as noções psicanalíticas que fundamentam duas ferramentas para a construção da clínica, quais sejam, a arqueologia e a curadoria clínica. Com esse instrumental, demonstramos como a cena da relação analista-paciente no leito precisa ser tratada dentro de um circuito de relacionalidades que afetam a neurose de transferência, exigindo recursos de decodificação e manejo do processo inconsciente no tecido subjetivo produzido pelo cuidado. Além disso, indicamos como a supervisão clínica

tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios que se colocam para a psicanálise no cenário do cuidado público em saúde.

Embora não tendo descartado as contribuições técnico-conceituais da supervisão clínica, buscamos superar suas limitações com a proposição de outra ferramenta, a curadoria clínica. A partir da formalização dessa ferramenta, deixamos um recurso técnico que irá contribuir com uma inserção mais implicada da psicanalítica com os desafios do ofício de cuidado na política pública.

Esperamos, com a formalização dessa problemática, que mapeia uma pequena porção da organização política e locorregional do cuidado da qual partimos para fazer trabalhar uma psicanálise em trânsito, com novas ferramentas que resguardam velhos conceitos, ter fortalecido recursos que potencializam a direção da cura na cena analista-paciente em contexto hospitalar de urgência e emergência. Como também esperamos ter reiterado sua importância nos espaços de produção coletiva e política do cuidado, nos quais as relacionalidades estão produzindo outros artefatos inconscientes que precisam ser incorporados à construção da Clínica, para alívio do sofrimento de quem se deita no leito de um hospital.

4.7 Referências

- Adorno, T.W. (2000). *Problems of Moral Philosophy*. (Trans. R. Livingstone). Cambridge: Polity Press.
- Ahlert, B., Ikegami, C. A., Araújo E. L. de, Moreira, K. L. & Gonçalves, T. C. (2022). Estado da arte sobre assessoria e consultoria no serviço social brasileiro. *Revista Resistência Litoral*, 1(1), pp. 115 – 137. <http://dx.doi.org/10.5380/rrl.v1i1.82129>
- André, J. (1996). *As Origens Femininas da Sexualidade*. (V. Ribeiro, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Azeredo, Y. N. & Schraiber, L. B. (2021). Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online], 25(Esp.). <https://doi.org/10.1590/Interface.190838>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002) *Portaria n. 2048 de 5 de novembro de 2002*. Regulamenta os sistemas estaduais de urgência e emergência. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html Acesso em 18 fev. 2022.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria n. 1600 de 07 de julho de 2011*. Reformula e estabelece diretrizes e define os serviços de funcionamento da Rede de Urgência e Emergência no Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html Acesso em 18 fev. 2022.

- Bretas, A. C. (2018). "Pode-se levar uma vida boa em uma vida ruim?", por Judith Butler. *Cadernos De Ética E Filosofia Política*, 2(33), pp. 213-229. <https://doi.org/10.11606/issn.1517-0128.v2i33p213-229>
- Broide, J. (2020). Efeitos transferenciais no trabalho em situações sociais críticas: a construção de dispositivos clínicos para o cuidado ao cuidador. In Duvidovich et al. (Org), *Supervisão psicanalítica: ofício e transmissão* (pp. 147-157). São Paulo: Zagodoni.
- Butler, J. (2017). *Relatar a si mesmo: crítica da violência ética*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Butler, J. (2018). *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa da assembleia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Cecilio, L.C. O & Merhy, E. E. (2003). *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. In: Pinheiro, R., Mattos, R. A. (Org.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. (Cap. 7, pp. 197-210). Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO
- De Laclos, F. F. (2014) Archéologie. In: Bert, J.-F. & Lamy, J. *Michel Foucault: un héritage critique*. (A. Francisco, Trad., pp. 89-95) Paris: CNRS.
- Delouya, D. (2020). Notas sobre o trabalho da supervisão e seus fins. In Duvidovich et al. (Org.), *Supervisão psicanalítica: ofício e transmissão* (pp. 35-41). São Paulo: Zagodoni.
- Dutra, A. G. C., & Franco, I. F. (2007). Um estudo sobre a psicanálise aplicada em um hospital geral. *Arq. bras. psicol.* [online], 59(2), 270-282. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000200015&lng=pt
- Duvidovich, E. (2020). O que espero de uma supervisão. In Duvidovich et al. (Org), *Supervisão psicanalítica: ofício e transmissão* (pp. 113-122). São Paulo: Zagodoni.
- Estado de Minas. (2019, 10 jan.). *Homem agride travesti com chave de fenda e barra de ferro em BH*. https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2019/01/10/interna_gerais,1020457/homem-agride-travesti-com-chave-de-fenda-e-barra-de-ferro-em-bh.shtml
- Ferreira, C. M. R. (2007). Apresentação de pacientes: (re)descobrimos a dimensão clínica. *Rev. Agora: Estudos em Teoria Psicanalítica* [online], 10(2), pp. 295-310. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982007000200010>
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, II(1), 75-86. <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001006>
- Figueiredo, L. C. (2011). Cuidado e saúde: uma visão integrada. *ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos*, 29(2), pp. 11-29. Retirado de <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/01Figueiredo.pdf>

- Foucault, M. (2008). *A arqueologia do saber*. (7a ed., L.F.B. Neves, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (1975). Construções em análise. In: Freud, S., *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad., vol. 23, p. 289-304). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937)
- Freud, S. (1996a). Carta 52. In Freud, S., *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad. vol. 1, pp. 281-287). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1886)
- Freud, S. (1996b). A Questão da Análise Leiga. In: Freud, S., *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad., vol. 16). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1926).
- Freud, S. (1996c). Psicanálise. In: Freud, S., *Edição standard brasileira das obras completas*. (J. Salomão, Trad., vol. 16). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1926)
- G1. (2022, 9 jan.). *Homem é perseguido e assassinado a tiros dentro de hospital em São José de Ribamar no Maranhão*. <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2022/01/09/homem-e-perseguido-e-assassinado-a-tiros-dentro-de-hospital-em-sao-jose-de-ribamar-no-maranhao.ghtml>
- G1. (2023, 24 fev.). *Mulher é baleada quatro vezes no bairro Liberdade e região da Pampulha: namorado é suspeito*. <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2023/02/24/mulher-e-baleada-quatro-vezes-no-bairro-liberdade-regiao-da-pampulha-namorado-e-suspeito.ghtml>
- Gomes, M.T.B. (2019). A crise do capital e relações de trabalho: considerações sobre “consultorias sociais” em empresas. *Rev. Em Pauta*, 44(17), pp. 224-239. <https://doi.org/10.12957/rep.2019.45241>
- Gueller, A.J.S. (2020). O psicanalista e o sujeito em formação: supervisão e análise com crianças. In Duvidovich et al. (Org), *Supervisão psicanalítica: ofício e transmissão* (pp. 17-33). São Paulo: Zagodoni.
- Houaiss, A. (2001). Ofício. In Houaiss, A., *Dicionário Houaiss Da Língua Portuguesa* (p. 2052). Editora Objetiva.
- Kupermann, D. (2020). O chiaroscuro da supervisão psicanalítica. In Duvidovich et al. (Org.) *Supervisão psicanalítica: ofício e transmissão* (pp. 43-57) São Paulo: Zagodoni.
- Laplanche, J. (1992a). *A Revolução Copernicana Inacabada*. (M.S. Deweik e M.L.C. Costa, Trans.) São Paulo: Sedes.
- Laplanche, J. (1992b). *Novos fundamentos para a psicanálise*. (C. Berliner, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche, J. (1993a). *A tina - a transcendência da transferência*. (Neves P., Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987)

- Laplanche, J. (1993b). Da transferência: sua provocação pelo analista (M. M. Damiano, Trad.). *Percursos*, 10(1), 73-83.
- Laplanche, J. (1995) Responsabilidad y respuesta. *Psicoanálisis APdeBA*, XVIII (2), 325-346.
- Leitão, I. B. (2018). A construção do estudo de caso em psicanálise: revisão de literatura. *Contextos Clínicos*, 11(3), 410-424. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2018.113.11>
- Lima, F. (2020). Trauma, colonialidade e a sociogenia em Frantz Fanon: os estudos da subjetividade na encruzilhada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia [online]*, 72(Esp.), 80-93. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300007
- Lima, K. D. de, Pimentel, C., & Lyra, T. M. (2021) Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, 26 (Sup. 3), 4909-4918. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>
- Macedo, M.B. (2018). *Quando planos públicos são elaborados por consultorias privadas: o PRODETUR/NE e a terceirização da política pública de turismo*. (Tese de doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-08082018-120112/publico/2018_MarianaBezerraMacedo_VCorr.pdf
- Machado, R. (1981). *Ciência e Saber – A Trajetória da Arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Madruga, A. M. & Weymar, L. B. C. (2019). Curadoria e arte contemporânea: diálogos em construção. *Rev. Seminário de História da Arte*, 1(8). Retirado de <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/Arte/article/view/17900>
- Maia, L., & Andrade, F. C. B. (2010). Nachträglichkeit: leituras sobre o tempo na metapsicologia e na clínica. *Estudos de Psicanálise*, (33), 75-90. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000100008
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Mendes, W. G. & Silva, C. M. F. P. da. (2020). Homicídios da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBT) no Brasil: uma análise espacial. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, 25(5), 1709-1722. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33672019>
- Mezan, R. (1993). Que significa pesquisa em psicanálise. In: Silva, M.E.L. (Org.). *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus.
- Mezan, R. (2006). Pesquisa em Psicanálise: algumas reflexões. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 227-241. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100015
- Moura, A. & Nikos, I. (2000). Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional Revista de psicanálise*, 13(140-141), 69-76.

- Oliveira, A. C. de, Santos, K. de M., Silva, M das G. F. da S. & Benedito, J. de C. (2012) As “práticas terapêuticas” ou “serviço social clínico”: uma retomada das ideias conservadoras na profissão. *Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits*, 1993a1(1), pp. 23-30. <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/463>
- Oliveira, F. L. G., Santos, T. C. dos, Dias, M. de, S. F. M., & Carvalho, P. B. (2019). Psicanálise aplicada com profissionais em uma instituição hospitalar: os afetos e a dimensão real do Outro. *Revista Da Sociedade Brasileira De Psicologia Hospitalar*, 22(Esp.), 156–173. <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/161>
- Pedrosa, R. L. & Teixeira, L. C. (2015). Psicanálise e construção do caso clínico: considerações sobre um dispositivo terapêutico. *Rev. Subj.* [online]. 15(1), 76-83. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2359-07692015000100009
- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. (2009). Planejamento Estratégico de Belo Horizonte 2030 anexo I: Avaliação situacional de Belo Horizonte e de sua inserção no contexto metropolitano. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. https://marciolacerda.com.br/wp-content/uploads/plano-bh2030/BH2030_2_3_Avaliacao.pdf. Acesso em 18 fev. 2022
- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. (2016). Plano estratégico BH 2030. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. https://www.marciolacerda.com.br/wp-content/uploads/plano-bh2030/PB-0023-15H-RELATORIO-BH2030_23x31cm_26-04_AFS.pdf. Acesso em 18 fev. 2022
- Prefeitura Municipal de Lavras. Secretaria Municipal de Saúde. (2021). Processo seletivo simplificado - edital n. 04/2021/SMS-CAPS LAVRAS. Prefeitura Municipal de Lavras. <https://www.lavras.mg.gov.br/arquivos/artigos//10417/147/EDITAL%20PROCESSO%20SELETIVO%20CAPS.pdf>
- Rech, M. & Cardoso, M. R. (2022). Freud e a arte: uma postura estética. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 74(21). <http://doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP-2022v74.19651>
- Rosenfeld, H. K. (1999). Entre a psicanálise e a arte. *Psicologia USP*, 10(1), pp. 347–353. Retirado de <https://doi.org/10.1590/S0103-65641999000100018>
- Rupp, B. (2011). O curador como autor de exposições. *Revista-Valise*, 1(1), pp. 131-143. <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaValise/article/view/19857>
- Sandler, E. H. (2020). Memorabilia: algumas reflexões sobre a supervisão psicanalítica. In Duvidovich et al. (Org.) *Supervisão psicanalítica: ofício e transmissão*. (pp. 125-144). São Paulo: Zagodoni.
- Silva, M. K. (2012). A feminilidade originária nas psicoses (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-9HUHVH>
- Silva, M K. & Matos, V. B. (2013). AIDS e Angústia de Morte: A Construção do Caso Clínico. *CliniCAPS*, 07, 47-60. https://www.maleclinicaps.com/clinicaps_revista_19_art_04.html

- Silva, M. K. & Ulhoa, A. P. (2015). A Construção do Caso Clínico na Prática Hospitalar: algumas Reflexões Sobre Luto e Toxicomania. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online], 35, 503-514. <https://doi.org/10.1590/1982-370300292014>
- Silva, R. B., & Bonatti, G. L. (2019). Reflexões sobre a clínica ampliada nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). *Psicologia Revista*, 28(2), 379–394. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i2p379-394>
- Soares, M. L. M., Guimarães, N. G. M. & Bonfada, D. (2021). Tendência, espacialização e circunstâncias associadas às violências contra populações vulneráveis no Brasil, entre 2009 e 2017. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 26(11), 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.25242020>
- Steimer, I. dos S. G. & Crippa, G. (2017). Curadoria e crítica. *Revista Brasileira De Biblioteconomia E Documentação*, 13(Esp.), 137–144. <https://rbbd.febab.org.br/rbbd/article/view/770>
- Swinerd, M. M. (2019) A psicanálise está em toda parte, e os psicanalistas, em outro lugar. *Rev. SBPH* [online]. 22(spe), 89-102. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582019000200008
- Val, A. C. & Lima, M. A. C. (2014). A construção do caso clínico como forma de pesquisa em psicanálise. *Rev. Ágora*, XVII(1), 99-115. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982014000100007>
- Victor, R. M., & Aguiar, F. (2011). A clínica Psicanalítica na Saúde Pública: desafios e possibilidades. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 31(1), 40–49. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000100005>
- Viganó, C. (1999). A construção do caso clínico em Saúde Mental. *Curinga – Psicanálise e Saúde Mental*, (13), 50-59.

5. QUARTA PROBLEMÁTICA DO CUIDADO: EVIDÊNCIAS DAS CONTRIBUIÇÕES DE UMA PSICANÁLISE EM TRÂNSITO NA DIREÇÃO DE TRABALHO CLÍNICO DO CUIDADO EM SAÚDE

E disse Deus: Que fizeste? A voz do sangue do teu irmão clama a mim desde a terra. E agora maldito és tu desde a terra, que abriu a sua boca para receber da tua mão o sangue do teu irmão. Quando lavrares a terra, não te dará mais a sua força; fugitivo e errante serás na terra. Então, disse Caim ao SENHOR: É maior a minha maldade que a que possa ser perdoada. Eis que hoje me lanças da face da terra, e da tua face me esconderei; e serei fugitivo e errante na terra, e será que todo aquele que me achar me matará. O SENHOR, porém, disse-lhe: Portanto, qualquer que matar a Caim sete vezes será castigado. E pôs o SENHOR um sinal em Caim, para que não o ferisse qualquer que o achasse.

(Gênese 04:10-15, Bíblia Sagrada)

5.1 Introdução

Partindo da hipótese de que a psicanálise é capaz de alcançar camadas invisibilizadas no cuidado, toma-se, com a apresentação do caso Paulo, a trilha que demonstra, na costura artesanal de cenas, como o processo inconsciente parasita os registros que se impõem de forma ignorada através de atos ilocutivos⁵² das relacionalidades do cuidado. Para tanto, os recursos de inteligibilidade empregados pela psicanálise alargam-se, mapeando uma enunciação ilocutiva que excede a cena em que os relatos e distorções do cuidado se produzem.

Na construção do caso Paulo, as cenas serão decompostas por conteúdos distribuídos em camadas de registros, quais sejam: os registros da biossubjetivação, os registros das relacionalidades primárias, os registros das relacionalidades societárias do jovem adulto, os registros traumáticos e de cura das relacionalidades do cuidado e, finalmente, a tentativa de organização psíquica desses registros através da valentia política do sintoma melancólico.

Os registros decifrados nessas cenas remetem a um enunciado que se atualiza no modo como os corpos são colonizados por uma alteridade necrosante que, enigmática ou antienigmaticamente, atua determinando a durabilidade ontológica de diferentes formas de

⁵²Trata-se do ato comunicativo que excede a função significante em sua capacidade de descrever o estado de coisas e realizar a troca de informações. Butler (2022) emprega o termo em referência à teoria semântica na qual o ato ilocucionário é o ato comunicativo que carrega intencionalidade e veicula na mensagem “as ações que realizamos quando falamos” (Cançado, 2008, p. 146).

vida. Essa alteridade é notoriamente esquadrihada nos estados afetivos gerados pelas perdas impostas e silenciadas para certos corpos. Vidas que, desde as origens, são amaldiçoadas por um sistema normativo restritivo, baseado em registros sócio-históricos circunstanciais que, elevados pela violência a um pretense domínio transcendente, fazem cumprir a nefasta função preventiva de regulação higienista da cultura, inviabilizando a existência daqueles que a desafiam, e garantindo o domínio-prazer daqueles que dela se beneficiam. Tal como o trânsito da psicanálise vem apontar neste trabalho, a organização psíquica que responde defensivamente a essa sofisticada teia de registros sociopulsionais tem se mostrado tragicamente não só nas peças gregas, como em *Antígona*, mas em enredos como o de Paulo no cuidado em saúde.

Com a construção clínica que a psicanálise decodifica na costura de muitas cenas que depõem registros na narrativa eu-outro da tina analítica, demonstramos como as palavras carregam a história efetiva de uma temporalidade que excede a cena de cuidado, remetendo com seus registros a outros conteúdos e significados da atividade inconsciente. Nesse tecido sócio-histórico-subjetivo-libidinal, a técnica terapêutica encontra na teia de narrativas o trânsito da alteridade.

Contudo, é preciso alertar o leitor que, apesar de darmos algumas pistas sobre as ferramentas conceituais desdobradas da metapsicologia psicanalítica, não é uma intenção seguirmos um fio argumentativo que enquadre o caso em um eixo teórico para, com isso, garantirmos a fidelização do pensamento clínico ao purismo conceitual de alguma das diferentes escolas psicanalíticas. Admitimos, no entanto, o apoio fundamental alcançado pelas contribuições dadas à psicanálise por Jean Laplanche e por Judith Butler, em função de razões específicas que ficarão claras em nosso desenvolvimento. Lamentamos, de antemão, a impossibilidade de aprofundamento em algumas dessas categorias conceituais da teoria psicanalítica, pelo temor de nos afastarmos do território privilegiado em nossa investigação.

Por fim, demonstramos, com a revelação dos recessos do cuidado, as consequências do emprego dos recursos técnico-teóricos desenvolvidos para construção de uma psicanálise em trânsito. Com isso, assevera-se como são recursos que possibilitam formas de inteligibilidade com consequências éticas e políticas fundamentais para a psicanálise que se atreve a levar a cabo a tentativa de minimizar o sofrimento de vidas precárias. Nesse sentido, expõe-se as linhas de força do pensamento psicanalítico para construção do trabalho clínico, buscando-se explorar a problemática de como os efeitos clínicos do cuidado devem colocar em questão o direito ontológico à existência, através do horizonte que define a precedência do direito de

existir em relação à experiência de formação da própria identidade e, como tal, estabelece a primazia do outro como horizonte ético fundamental do próprio direito à vida.

5.2 Algumas linhas metodológicas sobre a organização da memória clínica do caso

A construção do caso Paulo é fruto da reunião de materiais clínicos registrados pela pesquisadora durante vários momentos de trabalho de orientação de profissionais que estiveram responsáveis pelo cuidado do paciente. As memórias clínicas recolhidas pela pesquisadora foram validadas pelos trabalhadores da psicologia que participaram da construção do caso (direta ou indiretamente), em cenas de conversação com a equipe interprofissional, com os equipamentos de saúde do território do paciente, em reuniões da equipe de psicologia nas quais o caso foi discutido, em supervisão de estágio acadêmico e, principalmente, em reuniões de curadoria clínica individuais, entre a pesquisadora e o profissional de psicologia à frente do tratamento, nas diferentes internações. As curadorias se dedicavam ao trabalho de entalhe da arqueologia clínica para modelagem da construção e da direção de trabalho clínico que esses diferentes psicólogos sustentariam junto à equipe e ao paciente e seus responsáveis. Para efeito de proteção da confidencialidade, todos os dados que pudessem gerar identificação de pessoas e instituições foram anonimizados.

Importante dizer que a metodologia respeita a noção de que, na instituição, o caso é conduzido com a formulação e tratamento de uma neurose de transferência afetada pelo múltiplo, não apenas pelo múltiplo da realidade da interprofissionalidade dos distintos atores da equipe de saúde, mas também pelo múltiplo representado pelos estilo clínico dos trabalhadores da psicologia que atendem o caso. É prudente alertar que na base de decodificação do tecido subjetivo apresentado no caso Paulo estão as ferramentas técnico-teóricas empregadas no trabalho clínico para costura das cenas artesanalmente alinhadas pela escuta da equipe de psicologia⁵³. Trata-se de instrumentos igualmente formalizados para pesquisa e que, por isso, reproduzem a qualidade interna da psicanálise em sua dupla função de prática terapêutica e método de investigação. Para mais informações sobre as ferramentas desenvolvidas na prática terapêutica e de pesquisa no trabalho da psicanálise em trânsito no cuidado psicológico de saúde, retomar as noções de construção,

⁵³Apenas a título de orientação do leitor, apresentamos alguns números. O caso apresentado foi atendido por 6 profissionais da equipe de psicologia (incluindo acadêmicos) em diferentes internações. Um dos profissionais permaneceu na condução do caso pela maior parte do tempo. No total, o caso recebeu mais de 60 atendimentos nos quase 500 dias de permanência do paciente durante suas dez internações hospitalares, sendo que uma delas chegou a durar cerca de 9 meses.

arqueologia e as curadorias clínicas desenvolvidas pela autora na terceira Problemática deste trabalho.

Dito isso, é possível aprofundarmos no enredo do caso Paulo em busca de registros⁵⁴ subjetivantes nas diferentes cenas. Vejamos o que pode a psicanálise na dissecação e tradução de registros em camadas de subjetivação.

5.3 Raízes da biossubjetivação: registros do quadro mórbido

Paulo chega ao hospital em um plantão noturno, inconsciente, sem identificação, com múltiplas perfurações por arma de fogo, após uma tentativa de homicídio. Na manhã do dia seguinte, é reconhecido como jovem menor de 18 anos, morador de área periférica, onde reside com o pai e a irmã. As várias lesões espalham-se por áreas vitais: vértebras, membros, medula espinhal e um globo ocular completamente destruído. Em função da grave instabilidade causada pelas lesões e do evento ocular provocado, o paciente é transferido para outra unidade hospitalar na qual permanece por quase dois anos em internação.

O início da trajetória de atendimento de Paulo com a psicologia - que ocorreu durante quase três anos até a evolução para óbito - deu-se no curso de quase uma dezena de internações. Nesse período, de muitas e longas internações, um progressivo declínio vital foi se instalando, sendo causado por complicações pós-trauma. Importante destacar que houve um tempo de cerca de quatro anos após a tentativa de assassinato, anterior a essas internações, no qual Paulo viveu com alguma funcionalidade preservada, conseguindo circulação social como cadeirante e desenvolvendo atividades informais de comércio para complementação de renda do benefício previdenciário auferido após o evento. Mesmo essa funcionalidade parcial foi progressivamente afetada, tornando-o mais dependente e restrito ao ambiente doméstico e ao território de moradia. Nos últimos anos de vida, Paulo era dependente para banho, para realizar curativos, para vestir-se e para circular em vias urbanas.

Sendo assim, foi já como adulto jovem que a experiência mais sofrível de seu quadro mórbido se instalou. Destaca-se que as principais sequelas e complicações geradas pelo trauma foram: cegueira de um dos olhos, paraplegia (gerada por lesão medular em altura T2), escaras múltiplas, constipação intestinal de repetição, anemia por consumo (com necessidade

⁵⁴ Na primeira Problemática (I) de nossa investigação indicamos como esses registros, mensagens, são inoculados pelas relacionais primárias através do enredo originário de cuidado da criança na situação antropológica fundamental. Nesse trabalho também associamos a sedução das origens à sedução da cena de cuidado em saúde. Aqui, esses elementos são retomados através da forma como se apresentam no caso e no modo como são decodificados e manejados pela psicanálise, ficando a serviço da terapêutica que alivia o sofrimento subjetivo. Desse modo, adotamos os termos “registros” e “mensagens” com sentido semelhante, apenas destacando a importância da qualidade enigmática ou antienigmática que podem assumir no circuito da sedução.

de transfusões sanguíneas frequentes), dor neuropática crônica, bexiga neurogênica e osteomielite⁵⁵. Muitas internações resultaram de sepse de foco em pele, partes moles e sistema urinário. Em boa parte das internações, Paulo recebeu acompanhamento cirúrgico ortopédico e plástico para o quadro de osteomielite e cuidado das escaras, chegando a ser submetido a vários procedimentos cirúrgicos, inclusive com risco de amputação de um dos membros e de desarticulação do quadril (cirurgia altamente mutilante, com implicações óbvias na funcionalidade do membro e taxas elevadas de complicações e mortalidade)⁵⁶.

Em função do avanço do quadro infeccioso em partes ósseas do membro inferior, os ciclos com uso de antibióticos de alta complexidade, hemotransfusão e altas dosagens de opióides para controle de dor eram comuns nessas internações. O cuidado biomédico envolvia também o uso regular de várias drogas de uso domiciliar (vitaminas, antidepressivos, ansiolíticos e forte analgesia, inclusive morfina).

Além disso, era necessária a manipulação diária de sonda vesical de alívio para esvaziamento artificial da vesícula, e também o cuidado com curativos de maior complexidade, com uso de materiais fornecidos de forma bastante irregular pela rede local e, posteriormente, cedidos pelo próprio hospital em função da desassistência local da rede. Conforme queixa do próprio Paulo, a atenção primária e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) eram pouco atuantes no território da comunidade onde morava, algo confirmado pela fala da enfermeira da equipe, que classificava o território como área de guerra do tráfico de difícil acesso. Além disso, mesmo muito tempo após a perda de funcionalidade do paciente, sua vivência como indivíduo ligado ao movimento do tráfico era resgatada como qualificador ativo para justificativa de desassistência.

5.4 Semiologia defensiva

É prática importante do psicólogo na saúde, psicanaliticamente orientado, tratar da semiologia psíquica para entendimento das camadas inconscientes mais presentes nas respostas defensivas do aparelho psíquico. Isto é, trata-se de empregar a psicanálise, que historicamente contribuiu para o desenvolvimento da psiquiatria clássica e da

⁵⁵ Nota-se que essa evolução é bastante conhecida na literatura biomédica em relação a esses casos. Para mais informações ver Araújo Júnior et al. (2011).

⁵⁶ Para mais informações ver Moura, D.L. & Garruço, A. (2017).

psicopatologia⁵⁷, para visibilizar a dinâmica inconsciente que trabalha, a fim de tentar organizar-desorganizar o modo de funcionamento psíquico em tratamento.

Em Paulo, poderíamos localizar com clareza o funcionamento hostil, bilioso, irritado, a ansiedade que deixa a mente insone, períodos de inquietação intensa alternados com períodos de apatia, choro intenso, embotamento afetivo e maior isolamento social, além dos terrores noturnos pela repetição traumática da quase morte e de outras mortes testemunhadas como eventos de sua história pregressa. Havia também a resposta afetiva instável e facilmente irritável de acolhimento do outro com uma expansão do humor, feitas por atos que envolviam uma descarga impulsiva de ódio e de agressividade.

A fala indignada, produtiva, desafiante, às vezes amansada por um idealismo frágil, cedia a intervenções mais cautelosas e afetivas da psicologia. Delas se desdobravam elaborações preenchidas com muitos devaneios. Isto é, esforços defensivos revisionistas que evidenciaram distorções em sua história. Tratava-se de evidente esforço psíquico para criar um romance familiar⁵⁸ - e que buscava enterrar o ataque interno deixado pelos muitos eventos de desproteção familiar e pelo sadismo etnicocultural que os envolvia, bem como pela culpa por ter fechado parceria com a mão tirana do tráfico de drogas, piorando muito o contexto de precarização que já os atingia. Além disso, a narratividade opressora da cultura continuava, ao atacá-lo impiedosamente pela trajetória que lhe fora sentenciada. Desse solo étnico-afetivo-cultural erigia-se o dialeto ruminante, dotado de defesas frágeis em resposta à colonização afetiva dos muitos registros desprazerosos.

5.5 As relacionalidades primárias e os jogos de subjetivação das origens

No somatório de interações de Paulo, pouquíssimas foram as visitas familiares recebidas. Apesar de morar com a irmã, o cunhado, o pequeno sobrinho e o pai, Paulo era

⁵⁷ Valorando aquilo com que a psicanálise contribuiu de forma fundamental, essa “retomada... de descrições clínicas da psiquiatria clássica” (Tenório et al, 2017, p. 206), e prescindindo da psicanálise médica, que desvirtua a potência maior da técnica psicanalítica, ao insistir na necessidade de “identificar ali uma leitura estrutural da psicose [para] uma retomada psicanalítica das entidades psiquiátricas” (Tenório et al., 2017, p. 207).

⁵⁸ Bem distante daquele descrito por Freud (1909/1996b), que supunha nas crianças a frustração protegida, gerada apenas por pequenos fatos descontentes da vida “que a criança tem [nos] dias felizes do passado” (p. 222). Para se ter ideia do equívoco dessa narrativa freudiana, distante da realidade socio-cultural de sua época, basta que se consulte a literatura sobre a relação de cuidado entre pais e crianças até o final do século XVIII. Isso permite que se entenda quando essa narratividade foi estabelecida e com qual finalidade, como apontam Resende e Bedran (2017): “era preciso diminuir a taxa de mortalidade das crianças abandonadas e entregues às amas de leite, para aumentar a produtividade e satisfazer os ideais de uma economia regida pelo modo de produção capitalista e sob o domínio da família burguesa” (p.56). Importante apontar: acreditamos que a narratividade romântica sobre o familismo europeu não teve o efeito de mudar a realidade social massacrante que ela escondia à época de Freud (em que só pela mitificação das fantasias e da sedução o autor chegou a tocar, na maior parte de sua obra). Uma realidade tocada pela fantasia e que foi reduzida por Freud em parte de sua obra ao “produto e a máscara das manifestações espontâneas da atividade sexual infantil” (Laplanche & Pontalis, 1990, p. 25).

raramente visitado pela irmã e os contactava para entrega de itens de uso pessoal e, por poucas vezes, para visita do sobrinho. O pai nunca fora ao hospital em visita ao filho. A mãe de Paulo falecera quando ele tinha apenas 8 anos de idade, evento nomeado em quase todos os atendimentos com a psicologia. A irmã e o cunhado eram nomeados para queixas sobre descuido com a casa, com seus cuidados e como exploradores de seus recursos financeiros - benefício previdenciário de apoio para famílias sem renda básica, do qual a família de Paulo era praticamente dependente para sobrevivência.

Nas raras vezes que esteve no hospital, em conversa com a psicologia, a irmã do paciente, forçada a ocupar um lugar de maturidade ainda distante de sua vida jovem, trazia em sua fala as ressonâncias dos mesmos depósitos afetivos denunciados pelas defesas de Paulo. Havia um excedente endereçado na forma de colocar a demanda de cuidado ao outro. Notava-se a presença da resposta afetiva que vivenciava a alteridade como uma figura desprezível, injusta, traiçoeira e perigosa (decifrava-se aí o assentamento do abandono e desproteção das figuras primárias e, principalmente, do Estado).

A familiar dava notícias sobre os conflitos de Paulo com o pai em função do envolvimento com o tráfico no território e com o uso abusivo de substâncias. Dizia, em um movimento de justificação e desagravo, que o pai avisara ao paciente várias vezes que não lhe ajudaria se o pior acontecesse. A irmã narrava que Paulo se vinculava a figuras no território, envolvendo-se em confrontos entre grupos e na troca de violências na guerra do tráfico. De forma quase trivial, ficavam à mostra na fala da figura parental as muitas violações de direitos, a situação de quase miséria, a falta de amparo afetivo desde tenra idade. Isso impedia para ela uma visão crítica dos muitos sofrimentos vividos e o reconhecimento da condição limítrofe do quadro mórbido do irmão. Apesar disso, o mal estar desses registros compunham a forma quase autoritária, hostil, de exigência de uma solução para as situações de conflito do irmão no hospital. Um pedido de socorro de quem sabia não estar se envolvendo o suficiente com o sofrimento do outro, e que deixava na porta de terceiros a demanda urgente de algum socorro para um ente amado a quem não se sabia (e não se podia) ajudar.

Na atenção primária, a enfermagem dava notícias de que o cuidado dos familiares ao paciente era frágil, havendo pouca disponibilidade para a realização de rotinas de curativos, acompanhamento de medicações regulares, execução técnicas simples de prevenção do avanço das feridas por pressão (mobilização, hidratação da pele), manejo esterilizado de sonda. Rotinas que não poderiam ser realizadas com a frequência e precisão necessárias apenas pelo paciente, e que deveriam ser postas em curso pela família com orientação e supervisão do centro de saúde.

Apesar de a rede de saúde declarar ter conhecimento sobre essa situação familiar, a demonstração de apropriação sobre as demandas assistenciais do paciente não se mostravam nada acuradas. Nos contatos feitos com o território sanitário do município de Paulo, o centro de saúde mostrava-se alheio às necessidades de cuidado do paciente, alegando ser o local de moradia do doente uma área de risco do tráfico, e usando a trajetória de envolvimento de Paulo com a guerra local para imputar a ele a situação de desassistência.

As narrativas sobre Paulo traziam falas que nada diziam sobre as estratégias de cuidado (prevenção de lesões, reabilitação de membros, abordagem de saúde mental, por exemplo). Não raramente, o paciente dizia sobre a falta de insumos na atenção primária (medicações e materiais para curativo) e a impossibilidade de acesso aos CAPS em função da mobilidade restrita como cadeirante e da falta de recursos de transporte até o dispositivo. Até mesmo a medicação antidepressiva era descontinuada pela falta de fornecimento mantido na atenção básica. Apesar do contato de discussão feito com os equipamentos, com a instrumentalização por relatórios e discussão sobre o caso apontando as demandas mais críticas, as tentativas de vinculação do paciente a algum cuidado de saúde mental foram sem sucesso. Nessas oportunidades, o CAPS fora informado sobre as alterações graves de humor do paciente que induziram a passagens ao ato, como uma tentativa de autoexterminio, à situação de abuso de substâncias, à dinâmica traumática de exposição a violência e ao doloroso tratamento. Em certa altura do tratamento, até os insumos para curativos, que deveriam estar a disposição na rede local, passaram a ser fornecidos pelo hospital, o que ultrapassava a responsabilidade deste equipamento.

Outras figuras que fizeram parte do sócio-familiar do paciente, tão distante dos pais narrados por Freud (1909/1996b) na descrição da dinâmica, de fato romântica, sobre os romances familiares, eram figuras que o apoiavam na comunidade. Eram atores que compunham o esforço para ficcionar um outro romance familiar. Vínculos não consanguíneos que ele dotara com títulos de parentalidade de mãe, irmão e primo. O último foi o único visto alguns poucos dias com Paulo no hospital, tempo suficiente para que revelasse com indignação (induzida pelo testemunho da luta dolorosa e solitária de Paulo por sobrevivência no hospital), que o pai do paciente fora o responsável pela condição do filho, uma vez que comprara uma arma de traficante (ao que parecia, de rivais de Paulo no território) e, por não honrar a dívida, fora ameaçado de morte, sendo Paulo a vítima por retaliação ao pai.

A mãe social não respondera desse lugar durante suas internações, mas Paulo reagia ao vínculo com seu filho, de mesmo nome do paciente, como se o menino fosse um irmão mais novo. Em alguns momentos, de muita angústia, dizia sobre a preocupação em ver o irmão, a

quem protegera até a pré adolescência, e que nutria por Paulo admiração e respeito, vincular-se ao mesmo grupo de pessoas responsáveis por sua tentativa de assassinato, ignorando os alertas do paciente sobre os riscos que corria por estar se envolvendo no tráfico. Pouco tempo mais tarde, Paulo revisitara a experiência de destruição, só fragilmente afastada de sua própria trajetória, através do trágico desfecho do jovem, morto em atividade no tráfico. Nessa ocasião, a voz do pai se fez presente na narrativa de Paulo, que dizia não poder sair do hospital para ir ao velório por ter sido proibido pelo pai que se referia ao “irmão” como bandido. A voz do pai foi acomodada no desejo de Paulo não como autoridade moral, mas como voz que lhe dava o alívio de não se ver obrigado a se confrontar com o fantasma que tentava desesperadamente afastar de si. Além disso, a voz autoritária que o induzia a enterrar a história de relações com o grupo de pares do território por um desmentido,⁵⁹ não era capaz de entender que, talvez, o testemunho do velório fosse uma via simbólica necessária para isso. A tentativa de apagamento, no entanto, deixava intocados os vários restos afetivos que se somariam a outros, desmentidos, sem encontrar um lugar razoável de significação para a vivência de muitas mortes, do entorpecimento compulsivo do corpo com substâncias, e das graves exposições e vulnerabilidades experimentadas. À notícia de morte do irmão, seguiu-se um período de apatia e inércia psíquica que envolveu recusa de atendimento e recusa de procedimentos de cuidado.

5.6 Novos registros da velha alteridade: as relacionais do cuidado

Durante o curso da internação mais prolongada do paciente e em internações posteriores, algumas experiências, normalmente invisibilizadas para a maior parte dos atores do cuidado, ganharam uma representação mais aparente. Esses também foram períodos marcados por alterações mentais e comportamentais do paciente, induzidas pelo desgoverno afetivo que respondia explosivamente à cena de cuidado.

Lembramos que não estamos tentando demonstrar experiências extraordinárias do cuidado ao apresentar a construção clínica do caso Paulo. Ao contrário disso, estamos visibilizando o que acreditamos ser a realidade ordinária do que a dinâmica afetivo-cultural cotidiana determina para o cuidado de alguns corpos. Aproveitamos para indicar também que, no contato com colegas da psicologia em diferentes instituições de saúde, em diversos níveis de atenção, identificamos fenômenos equiparáveis, que se multiplicam em outros segmentos.

⁵⁹ “Ferenczi propõe uma releitura relacional do conceito de Verleugnung [desmentido] - a recusa perversa da castração em Freud - indicando que o não reconhecimento por parte do outro da narrativa de sofrimento de um sujeito em condição de vulnerabilidade implica uma ‘desautorização’ da sua experiência (e do seu testemunho) no campo social” (Kupermann, 2017, p.48).

Gostamos de lembrar também àqueles que se utilizam do discurso conservador da ciência que, profissionais da psicologia que se comprometeram seriamente com o trabalho no sistema público de saúde, assim como muitos de nossos colegas não psicólogos, são uma amostra randomizada viva pela simples característica de universalidade de acesso que a política de saúde assegura. Isso quer dizer que os psicólogos do SUS, em poucos anos de carreira, atenderão milhares de casos em seus serviços, e muitos deles por anos. Algo muito diferente do que pode ocorrer em relação a outros cenários de cuidado. Obviamente, ainda assim, muito do que é singular ficará evidente em nossa apresentação.

Nos eventos que se destacaram no caso, encontram-se conteúdos mais ou menos inconscientes que colonizaram o ato técnico aparentemente objetivo, neutro e atestado pela literatura científica. É a esse tecido sócio-subjetivo-pulsional, que tem qualidades bastante ambíguas, que nos referimos ao tratar sobre o cuidado em saúde que interessa ao trabalho de cura. Para a psicanálise, é essencial alargar a visão de cuidado para algo que vai muito além da dinâmica de alívio, de mitigação, de recuperação, de cura e de superação do evento mórbido. O tratamento em saúde é um terreno fértil para depósito de conteúdos que garantem a vida, mas também para aqueles que a ameaçam.

Reafirmamos que é impossível não encontrar elementos de grande semelhança entre as cenas originárias de cuidado da criança e as cenas de cuidado em saúde. Ambas envolvem a submissão do corpo ao governo do outro para o alívio primário de necessidades e para garantia primitiva da vida. A colonização orquestrada pelo processo inconsciente faz com que o cuidado tenha também a função de exercer uma ação anti-homeostática, e não apenas estabilizadora. Trata-se de um mais além do princípio de prazer, que torna o cuidado humano um circuito de vida e de morte, governado por uma alteridade atacante em um interjogo libidinal entre eu-outro. Isso impõe também a compreensão de que a sociabilidade parental ou a relacionalidade primária (o sócio) é guardiã de um dos “papéis mais relevantes do outro justamente a produção desse excesso humanizante, que tem como uma de suas principais características demandar trabalho ao psiquismo, fazendo-o tornar-se cada vez mais complexo” (Moraes & Coelho Junior, 2019, pp. 136-137)

São condições que fazem irromper conteúdos sexuais-traumáticos que operam como outro em mim desde as origens, que me ultrapassam e se atualizam à minha revelia. Nas origens do sujeito psíquico, essas cenas são definidoras de registros que estão além do que se deveria oferecer à criança para a garantia da manutenção da vida e da autoconservação. O seio que é colocado na boca da criança é também o objeto erótico da relação adulta (e em muitos casos que acompanhamos, é o objeto brutalmente erotizado na realidade de crianças e

mulheres, que têm seus corpos violados em nossa cultura). O cuidado é a cena por excelência para a erogeneidade insidiosa do corpo organismo.

Nesse sentido, o cuidado em saúde é uma caricatura desse processo e carrega em sua essência as faces mais evidentes do traumático e da morte, que são condição para vida. Mas nesse cuidado produzido por relacionalidades sociotécnicas, o sexual fica perigosamente relegado como recurso impróprio, escuso ou irrelevante, o que não impede que ele produza seus efeitos de vida e de morte. São essas relacionalidades que se depositam sobre os corpos, provocando o recrudescimento das experiências mais primitivas da sedução para os atores que cuidam e para os que são cuidados. Importante dizer que são dinâmicas de excitação/prazer que se traduzem em produtos da subjetividade (atos, narrativas, significados) só precariamente regulados por códigos narrativos mais ou menos mortíferos.

A lide analítica com o caráter indiciário de determinados traços psíquicos (Moraes & Coelho Junior, 2019) deixados de forma constitutiva nos registros de desenvolvimento da subjetividade, traços que foram forçados até os limites mais extremos do traumático (as inúmeras formas de maus tratos e desproteção infanto-juvenil, por exemplo) é extremamente desafiadora. E fica ainda mais sofrível quando precisa também operar com registros igualmente violentos deixados pela cena de cuidado quando ela trabalha com defesas narcísicas que provocam a atualização e o aprofundamento do traumático para o outro.

A princípio, iremos destacar como esses indícios encontram no cuidado em saúde a reapresentação das mensagens traumáticas. Em seguida, trataremos da dimensão traumática mais originária e seus modos de apresentação para a equipe de saúde.

Para dar visibilidade a um conteúdo frequentemente apresentado nas relações de cuidado em saúde, empregaremos em alguns momentos o termo violência cínica⁶⁰. Com esse termo indicamos a sofisticação da violência que opera precarizando vidas que não compõem o universo seletivo da normatividade. Acreditamos ser uma estratégia recorrente de nossa cultura em vários segmentos societários. Trata-se de uma forma de violência que se nutre de diferentes táticas de humilhação, de desautorização, de rejeição, de negligência, de intolerância e de silenciamento.

A violência cínica se vale da segurança da norma para se impor de forma universalizante e aniquilar as diferenças. Com isso, ficam disfarçadas as intencionalidades e os afetos destrutivos que apelam levemente para o uso da norma como verdade

⁶⁰ Não estamos aqui nos referindo ao cinismo filosófico, razão cínica, tradição filosófica que formaliza a importância das experiências que confrontam a intencionalidade falha da norma, desarticulando o discurso de universalidade da verdade. Se fosse o caso, diríamos que as minorias cumprem a função cínica de desarticulação do grupos que a violentam. (Rosa & Vechi, 2020)

universalizante, desprotegendo gravemente outras formas de vida e de inteligibilidade da existência. Trata-se do uso de um instrumental cultural com códigos narrativos, mais ou menos sofisticados, que historicamente se impuseram de forma violenta a outras formas de subjetivação.

Nota-se também que a violência cínica é um meio de vazão da paixão narcísica pelo mesmo. Trata-se de um modo de descarga de conteúdos inconscientes nutridos pelo fascínio do prazer lascivo de aniquilamento ou de domínio de qualquer alteridade que ameace diminuir o gozo que se tenha pela repetição do mesmo. Essa forma de agravo opera por movimentos insidiosos, com ataques dessubjetivantes engendrados por alguns grupos (núcleos privilegiados) contra outros, servindo-se, para tanto, de estruturas sócio-subjetivo-libidinais perigosamente erigidas para desproteção de corpos específicos. Assim, a violência cínica garante proteção para abusos despudorados, cotidianamente impetrados, que mascaram sua fidelidade pulsional a mecanismos sádicos que prazerosamente precarizam vidas geradoras de modos outros de inteligibilidade fora da norma em nossa cultura (o racismo, o sexismo, o elitismo de classes).

Importante apontar que o caráter sexual da violência cínica fica evidente quando, mesmo diante do desnudamento óbvio de seu abuso, ela encontra formas de defesa no apelo à virtuosidade do caráter, da honra e da moralidade que libidinizam maníaca e caprichosamente seus privilegiados possuidores (privilégios dados societariamente em função do sexo, da cor, da etnia e da classe). A virulência desse apelo também se mostra pela descarga de demência colérica que esses modos de defesa geram nas relações por serem seus protagonistas incapazes de abrir mão do gozo sexual garantido pelo fascínio da identidade e pelo conservadorismo autoritário.

No cuidado, tentaremos mostrar como a violência cínica alia-se ao tecnicismo biomédico⁶¹ para produzir mecanismos de dessubjetivação. Apontaremos, pela demonstração de alguns eventos, como Paulo foi muitas vezes alvo desse mecanismo que falseava significações mais torpes da dinâmica pulsional endereçada pela equipe às formas de subjetivação protagonizadas pelo paciente e por seu *socius*.

A dinâmica de cuidado ofertada ao paciente durante suas muitas internações sofreu com as variações instauradas pelo universo de subjetivação do cuidado nas diferentes unidades assistenciais pelas quais Paulo passou. Nessa trajetória, alguns poucos atores se

⁶¹ Expressão empregada aqui para descrever relações nas quais o arbítrio técnico ganha feições de domínio, anulação e desautorização da autonomia daqueles a quem deveria estar beneficiando com o instrumental científico.

mantinham fixos no processo de cuidado (a psicologia, a enfermagem de especialidade e o coordenador médico de equipe, pessoas a quem o paciente tinha acesso direto). Todos os outros atores mantiveram-se por menos tempo no acompanhamento do caso (a maioria médicos cirurgiões e clínicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) – dias ou poucas semanas. Em algumas dessas equipes, o cuidado era conduzido de forma bastante preocupante.

Não raramente, a psicologia é chamada de forma equivocada pela equipe (médica e, mais frequentemente, pela enfermagem) para atender situações de conflito com os pacientes. O psicólogo é convocado a assumir uma posição dúbia que serve ao alívio de responsabilidade do profissional em relação ao manejo mais flexível do cuidado (em geral, conversas mais disponíveis e horizontalizadas com a população), o que traria ônus para o mecânico processo habitual, e também por ser insuportável abandonar certas posições morais punitivas para agradar a uma população qualificada como ameaçadora e criminosa.

Sem dúvida, essa era uma situação recorrente na dinâmica afetiva que definia os muitos conflitos da enfermagem com as exigências (nem sempre respeitadas) de cuidado colocadas pelo paciente. As queixas de dor com o pedido de potencialização da analgesia, o descaso com curativos feitos com rudeza e desproteção da ferida, o atraso nas medicações, o auxílio para manejo de sonda, a experiência prolongada de jejuns e o cancelamento recorrente de cirurgias só pioravam o clima. Intolerante, a enfermagem qualificava o paciente como demandante, alegando ameaças de violência em função das descargas explosivas de Paulo. Os eventos que geraram a insatisfação do doente não recebiam acolhimento, justificativa ou orientação, havendo a alegação de que não se exporiam à agressão de “bandido, usuário de droga”. Na verdade, as queixas mais legítimas acabavam sendo objeto de respostas atrasadas ou de descumprimento de tarefas. Nada que ganhasse evidência documental na rotina de cuidado, obviamente. A equipe médica, do mesmo modo, reproduzia o discurso evitando a abordagem de qualquer questão e também justificando o comportamento geral do paciente com um único diagnóstico: “ele é perfil de usuário de droga, só fica usando maconha aqui dentro e querendo usar morfina”.

De modo geral, os registros atualizados no afeto que colonizava o cuidado davam notícias de que o outro ‘usava gasolina para apagar brasas’, justificando que isso era necessário porque o fogo estava a pino. A desproporcionalidade da intolerância e da indiferença da equipe dizia sobre o *ethos* afetivo que governava o cuidado.

Apesar do relato de conhecimento sobre a experiência como traficante por parte da equipe, que Paulo assumia sem pudores em suas conversas, sendo ele também conhecido no

território por pessoas da equipe técnica de enfermagem (algo bem recorrente em hospitais públicos), o paciente nunca endereçou nenhum comportamento heteroagressivo que colocasse o outro em insegurança ou desproteção. Sabemos também que, mesmo em outros casos, em que os motivos do evento de agressão não estão claros, as marcas da diferença são agenciadas pela colonização de afetos análogos por parte das equipes que cuidam da juventude pobre e preta, cujo corpo é marcado para morrer.

Para justificar o desleixo, por vezes ações que beiravam a sevícia, a violência cínica criava o monstro que devia ser mantido à distância, fixando o paciente a certos modos de existência desprezados (traficante, usuário, criminoso). A força desses códigos tradutores⁶², que davam significação cínica aos conteúdos da violência inconsciente, a qual repudia a diferença, são por demais sedutores e aliviantes dos teratismos subjetivos (e afiançados por alianças coletivas protetoras). Essas fontes narcísicas nas quais o ódio encontra nutrientes fascinantes de significação me protegem de ceder do prazer de eleger no outro algo que me afasta de mim, e me abriga de minhas próprias aberrações.

Outra punição, não menos evidente, vinha da negativa de uso da farmacologia adequada feita pelas figuras médicas responsáveis. Havia uma negativa injustificada para o não tratamento dos estados de abstinência do paciente, para as alterações primárias do humor e para sintomas álgicos. As queixas eram reduzidas à interpretação de que o paciente estava demandando pelo opióide apenas por vício, não havendo reconhecimento da dor⁶³. Em conversas com as coordenações médicas, no entanto, ficava evidente que a condição clínica (sepsis, feridas por pressão com exposição de tecido, hipotrofia de musculaturas, osteomielite) faziam a indicação clara de uma abordagem impecável da dor. Igualmente, os estados de abstinência, conforme recomendação de protocolos médicos da instituição e da literatura, faziam também a indicação da manutenção contínua do uso de psicofármacos em dosagens de manutenção de moderadas a altas.

Para a psicologia, muitas vezes amparada pela concordância de profissionais médicos que não atuavam no caso, ficava a pergunta: Por que impor a um corpo habituado ao uso da droga, como recurso de alívio do próprio sofrimento, a regra rigorosa de higienismo de uso de psicoativos em momentos em que mesmo pessoas não adictas precisam desses recursos? Por que a medicina recorria à afirmação da compulsão pela droga para justificar o pedido do paciente pelo ajuste da analgesia, não fazendo o raciocínio óbvio de que um corpo habituado

⁶² Para maior conhecimento ver nota de rodapé 8 em *Problemáticas I*.

⁶³ Para saber mais pesquisas sobre o tema ver Kreling, M. C. G., Pimenta, C. A. de M., & Garanhani, M. L. (2004).

ao uso de altas doses de psicoativos entorpecentes do sistema nervoso central não conseguiria obter analgesia de dores excruciantes com o uso mínimo de opioides sintéticos? A exigência moral de sobriedade em relação às drogas trazia para o paciente uma demanda impossível, desconsiderando que seu contato sóbrio com a realidade fora praticamente abandonado desde o início da puberdade e em tempos em que, pelo menos aparentemente, o mal-estar era bem menos evidente que o atual.

Durante boa parte do tratamento hospitalar, o paciente seguiu exposto a tais cálculos médicos. Isso tinha como consequência a piora significativa da relação da equipe com Paulo. Em um dos muitos pedidos para reavaliação do uso da psicofarmacologia (que também poderia ajudar no controle da dor), a médica responsável fizera a negativa desse cuidado, sob a afirmação de que o paciente poderia ter o risco de queda aumentado, sustentada com a violência clínica.

Essa alegação fora feita em uma conversa particular com a psicologia, na qual a profissional arranjava com desleixo uma justificativa irrefletida, dada em tom de rispidez e de desprezo. Ato de violência clínica que se mostra mais frequentemente em relações de momentânea proximidade entre pares, na qual a inferiorização se dá com o uso do poder dado pelo tecnicismo profissional. Uma violência em movimento que muito frequentemente é vivida nos corredores assistenciais, gerando dinâmicas invisibilizadas de desautorização que não só atingem os processos de interprofissionalidade, mas também produzem graves consequências para o cuidado. Importante dizer que, dias depois, agora em reunião forjada pela psicologia diante da coordenação médica responsável e de outros colegas, a mesma figura médica adotara outra postura, agora com concordância sobre o início imediato da medicação sem menção a qualquer argumento técnico contrário ou a uma eventual evolução do quadro clínico.

Consideramos que esse tipo de confronto também refletia parte dos resíduos inconscientes que a psicologia tinha a enfrentar: tentavam apagar qualquer movimento de subjetivação que pudesse representar algum investimento técnico ou afetivo-simbólico em corpos como o de Paulo. Entretanto, para o paciente, a falta de desejo em buscar por um ajuste adequado para as drogas lícitas utilizadas não seria alcançado por uma única intervenção, motivo pelo qual problemas análogos seguiram ocorrendo.

A privação de toda e qualquer droga entorpecente era a punição mais potente que o processo inconsciente poderia engendrar no cuidado para alguém com o histórico de Paulo, que tratava a catástrofe íntima com o uso abusivo de múltiplas drogas. Várias foram as intervenções da psicologia que seguiram tentando criar outras traduções que refletissem

também a ampliação das ações de cuidado em horizontes de maior flexibilidade em relação ao uso das substâncias psicoativas (psicofármacos, opioides e a própria maconha). Pedia-se que a equipe atendesse com razoabilidade o uso da droga (psicofarmacologia e morfina, ao menos) e que não se ocupasse de medidas autoritárias para coibição do consumo da maconha em espaços clandestinos do hospital.

Na transferência, a excessiva interpelação dessa autoridade que fixava Paulo às significações acusatórias em torno do uso da maconha no hospital, ou da demanda por uso de opióides, era um desafio. Essas mensagens faziam um excessivo aprisionamento do discurso do paciente à justificação da quantidade de maconha consumida e à negativa de acusações infundadas.

A estratégia transferencial de escuta era, no máximo, alertar o paciente sobre sua responsabilidade em não se expor no ambiente hospitalar, já que esse tipo de prática era tomada de forma radical (local onde mesmo o consumo de tabaco é duramente coibido pelo Estado)⁶⁴.

Mas com a suspensão da moral-punitiva na relação transferencial, Paulo também era levado a narrar abertamente sobre o uso que fazia da droga dentro e fora do hospital. De modo sistemático, ele se impunha o compromisso de tentar reduzir o mal-estar fazendo uso apenas do tabaco. Contudo, penosamente choroso, apático, com humor deprimido, o paciente confessava estar sob efeito da droga em atendimento, afirmando a tentativa desesperada em reduzir o desprazer e a dor. Além disso, mencionava conflitos da ordem da subsistência com familiares que o impeliam, junto a todo mal-estar, a buscar precipitada e impulsivamente pela alta hospitalar.

Em meio a tantos desafios, a psicologia, pela simples condução do que era evidentemente necessário para o cuidado em saúde mental, ficava exposta aos ataques de anulação da legitimidade das demandas de cuidado do corpo abjeto, alvo da alteridade que se apresentava no cuidado. O cinismo violento que justificava e defendia posições narcísicas inflexíveis se mostrava de forma vaidosamente desprezível nas conversas sobre o caso. As conversas tentavam levar o ator do cuidado a perceber a busca de Paulo em realizar o escoamento e continência do desprazer e do trauma na relação eu-outro.

⁶⁴ As leis antitabagismo incidem sobre os hospitais de forma ainda mais direta por serem instituições frequentemente vistoriadas pela Vigilância Sanitária. O descumprimento gera multas que podem alcançar até R\$ 6.000,00 apenas por haver descarte de restos de fumo em áreas de visitação. O impacto dessas multas incide sobre o orçamento gravemente desfasado que garante a subsistência dessas instituições a cada governo (Lei n. 9.294 de 15 de julho de 1996; Lei n.18.552/2010 de 04 de dezembro de 2009; Lei n. 12.903 de 23 de junho de 1998; Lei 12.546 de 4 de dezembro de 2011).

Nesse cenário moral-punitivo, era com dificuldade que a psicologia conseguia manejar a transferência, sempre confundida que era com o outro ameaçador que circundava essa relação. A flexibilização de acessos de familiares ao hospital foi recurso empregado para diminuir o estado de solidão do paciente na relação com a instituição, bem como tentativas não exitosas de produzir alguma aproximação familiar.

A evolução desses processos teve um ponto alto de evolução não menos catastrófica. Na metade da mais longa internação de Paulo, outros eventos graves ocorreram.

Os estados-limite de desgoverno dos afetos do paciente só foram reconhecidos em sua real gravidade quando Paulo recorreu a tentativa tradutivas mais primitivas de figuração⁶⁵. Nessa altura da longa internação, o paciente foi encontrado já desacordado com um lençol amarrado ao pescoço no leito em que estava. Ao menos do ponto de vista orgânico, o ato não foi causador de outras complicações.

A situação foi vivida quase que imediatamente depois de nova solicitação da psicologia para emprego de medicações em doses mais altas para contenção dos sintomas disfóricos. Essa discussão sobre a percepção do estado mais grave do paciente em relação aos pensamentos catastróficos e descargas afetivas foram tratadas também com indiferença e hostilidade por parte da equipe, sendo tomadas como supervalorização de comportamentos agressivos habituais do caráter transgressor do paciente. O excesso de zelo da equipe para prescrição de tratamentos ordinários era aqui justificado pelo tecnicismo clínico que recorre ao discurso da especialidade para recusar o cuidado básico à população não pela dificuldade com a técnica, mas pela falta de vontade ativa do profissional em realizar a função que lhe compete.

Como resultado da falta de prescrição adequada de medicações e também de intensificação de outras medidas de proteção ao paciente, Paulo foi ao encontro de algo que o barrasse.

Nesse sentido, a tentativa de autoextermínio foi impulsionada por outra situação de conflito no cenário hospitalar, vivida na relação com a comunidade de outros trabalhadores com os quais o paciente tinha contato ao circular pelo hospital (resultante da agitação psicomotora). Depois de um conflito com uma pessoa no elevador do hospital, que envolveu ameaças, empurrões e uma queda do paciente da cadeira de rodas ao chão, Paulo se viu

⁶⁵ "Consideramos a figuração como o processo mesmo de conversão dos pensamentos em imagens e a figurabilidade como o conjunto das condições de possibilidade da figuração que abrangem tanto a capacidade de um pensamento ser expressado em imagens quanto o funcionamento do aparelho psíquico que permite a operação de figurar" (Ibertis, 2017, p. 62).

constrangido, envergonhado e exposto em sua real fragilidade e desproteção, condição penosamente por ele recusada. Segundo relato do paciente, a agressão fora feita por um funcionário da instituição que não fazia parte da sua equipe de cuidado. Contudo, não houve confirmação do fato através da investigação conduzida pelo próprio hospital. Diferentemente de outros momentos, a equipe de enfermagem reagiu com indignação, auxiliando o paciente na feitura do Boletim de Ocorrência.

Nesse cenário, a psicologia respondeu à situação de urgência com intervenções que deixaram a cena estritamente clínica para um campo de gestão na qual a instituição foi chamada a operar para reposicionar coletivamente a resposta de cuidado. Foi aí que os recursos farmacológicos foram adotados com maior precisão e a equipe viu-se também cogente a refazer perspectivas de tratamento, havendo inclusive troca de atores da equipe, além de maior abertura para as solicitações e intervenções feitas em função da revisão do tecido subjetivo organizador do cuidado.

Esses eventos mostram como certas formas de subjetivação só respondem a intervenções institucionalizadas que expõem e desautorizam mecanismos desprotetores de inteligibilidade. A horizontalização de relações com uso de mecanismos democráticos de gestão não pode recuar diante da necessidade de considerar maneiras plásticas e efetivas de rearranjo do cuidado também dentro de uma perspectiva de codificação da subjetividade. Isso também demonstra que, a proposta de sensibilização individual ou de atendimento clínico ao sofrimento de colegas na assistência, muitas vezes ingenuamente pretendida por alguns segmentos de psicologia hospitalar, não passam de uma estratégia clínica pouco efetiva e pouco autorizada pela realidade da transferência estabelecida entre pares nas equipes de saúde.

Para aplacar o estado íntimo de fragilidade do paciente, que contemplava agora reações de rancor, revolta, alternadas por intensa apatia, a psicologia fez aparecer na transferência atores institucionais da gestão, especialmente via Ouvidoria hospitalar. A posição intransigente de escuta testemunhal seguia agora dizendo ao paciente sobre seu direito de reivindicar reparações por vias que extrapolassem as medidas institucionais.

O manejo desse evento na transferência, considerando um circuito já bastante tensionado e hostil de relações, significou trabalhar para que a demanda justa de reparação não envolvesse o abandono completo do tratamento (autopunição que encarnaria o desejo do outro). A opção de transferência hospitalar foi sugerida ao paciente pela psicologia, considerando os limites afetivos do cuidado, mas foi descartada pelo próprio Paulo.

Até esse evento, a psicologia suportava, junto com o paciente, uma gama de processos de subjetivação que a confundiam com um excedente da demanda de Paulo. Contudo, o desdobrar da evolução da situação foi agenciado na direção de tratamento como recurso para fortalecer o cuidado, considerando a obrigação moral inaugurada para todos em disparar mecanismos internos de reparação para o paciente.

A fase desencadeada pela mensagem antienigmática⁶⁶ que afirmava a existência de Paulo como vida descartável, abriu caminhos para a autoflagelação melancólica que denunciava as origens e a atualização de uma alteridade de desamor. As falas de Paulo chegavam a alcançar significações que, de forma crítica e direta, denunciavam a posição abjeta à qual sua vida era rebaixada pelas relacionalidades que o cercavam em seu processo de tentativa de sobrevivência.

5.7 A ética da violência como resposta instaurada pelo registro antienigmático: mais registros das origens

Obviamente, a subjetivação orquestrada pela equipe encontrava respostas já sedimentadas nos terrenos das relacionalidades primárias de Paulo. Lugar por excelência onde a psicologia tentava fertilizar novas traduções e novos registros, tendo que lidar, ainda, com os entulhos que o cuidado em saúde depositava nessa relação.

Em outros termos, a lide do trabalho de escuta se deparava com difíceis “inscrições que permanecem com caráter indiciário no psiquismo” (Bleichmar como citado por Moraes & Coelho Junior, 2019, p. 137). No caso Paulo, muitas inscrições ficavam à mostra apontando a fragilidade da composição subjetiva originária. Além das novas inscrições não menos problemáticas do cuidado, o paciente figurava na transferência o modo:

Como a passagem do tempo não tem relação com o estatuto das inscrições psíquicas,[uma vez que] um adulto pode carregar marcas que permaneceram como signos de percepção, com seu caráter indiciário, mesmo que tenham sido inscritas nos primeiros tempos ou em outro momento de sua vida, já que quaisquer marcas advindas de situações traumáticas podem manter a característica de traço indiciário (Bleichmar como citado por Moraes & Coelho Junior, 2019, p. 137).

⁶⁶ Refere-se a registros depositados por mensagens ultraclaras, despidas de qualquer camada de proteção suavizante contra sua ação disruptiva. Isto é, trata-se de uma experiência que impõe ao aparelho psíquico um registro com uma exigência impossível de metabolização, dada a capacidade inquestionável de abalo, de perturbação e de crueldade do evento propriamente dito (Carvalho, 2012).

Paulo mostrava de modo sofrível, como um traço insistente de desconfiança, contra o perigo de ser a qualquer momento violado pelo outro, repetido por defesas compulsivas do pensamento (Moraes & Coelho Junior, 2019), encontravam-se com novos indícios dando vida a uma de alteridade eminentemente destrutiva. E nesse material mais originário da subjetividade, que afirmava o abandono e as sevícias do outro, havia ainda os registros instaurados pelo *ethos* violento de sobrevivência na guerra do tráfico - sendo, assim, o território por excelência de disrupção no qual Paulo encarnava a ruína ética de si e do outro.⁶⁷

‘Eu já fiz coisa ruim, Paola. Eu já matei gente’ (sic.), afirmava o paciente para a psicologia - como ocorre em muitos outros atendimentos realizados com jovens que chegam aos hospitais com agravos causados pela violência do tráfico. O tom afetivo da narrativa era tingido por um tipo de altivez ameaçadora, um júbilo sombrio que se guiava por uma resposta ética destrutiva. Mas, para uma escuta para além da narrativa, o prazer estampava figurativamente um corpo esquelético, também “morto”, subjugado pela dinâmica de consumpção da pulsão que se alimenta pelo ódio.

A afirmativa recebia de volta um registro de outra ética que, não menos valente, afirmava “eu sei, sei também que você sabe a dor que é estar do lado de quem recebe as balas e quero acreditar que você não quer ser mais essa pessoa e que está lutando por isso”. Isso bastava para que a fragilidade aparecesse na resposta regredida que toma forma na culpa arrasadora e no choro incontido. E, de novo, um outro código agenciado pelo ódio disparava a autoflagelação que misticamente atribuía à trágica situação de morbidade a visão sobre o pagamento de uma sentença dada por uma deidade punitiva - sendo agora acolhida com o convite de escolha por um deus menos punitivo, já que muitos estão em oferta na cultura.

Esses conteúdos apareciam na transferência convocados pelos estados de humilhação disparados pelos confrontos com a equipe de saúde, alguns deles de natureza muito cruel com o paciente. A posição subjetiva de Paulo era a de tentar ameaçar e compensar a condição de desproteção insuportável através de defesas desesperadas que diziam ao outro “não me tomem por bom ou indefeso, eu tenho minha forma de poder”. E era aí que Paulo atendia à sede odiosa dessa alteridade cruel que o queria reduzir à posição de vida infame, desautorizada pela pobreza, pela sobrevivência no tráfico, pelo prazer do corpo entorpecido, pela existência fora da norma.

⁶⁷ Os termos dessa ruína serão indicados na seção deste trabalho dedicada à discussão sobre “outros terrenos da subjetividade” na qual a problematização sobre as políticas da melancolia abre caminhos para se avistar a primazia do outro e do direito ontológico de existência.

A realidade hospitalar por si é provocadora de estados permanentes de medo e de estranhamento já que o corpo, aprisionado ao leito, é forçado a reeditar a posição do corpo sem vida entregue à penetração dolorosa pelo outro. Essa composição traumatizante e mortificadora da cena de cuidado carrega uma qualidade sedutora disruptiva que por si é indutora de defesas psicóticas, aguçadas pela esfera corporal inconsciente de intrusão e de passividade libidinal (Silva, 2012).

Para Paulo, essa era uma verdade insuportável que revelava um tipo de assujeitamento desorganizador, o qual carregava uma qualidade sexual de apassivamento intolerável e desprazeroso. De forma complementar, as relacionalidades societárias entre pares do território e do cuidado em saúde reafirmavam ainda, por mensagens antienigmáticas, a condição descartável de seu corpo. Os indícios pulsionais ‘incendiários’ depositados e ativados pelo outro exigiam respostas vigorosas para que ele pudesse sobreviver a uma alteridade que, desde as origens, tornava sua vida matável. Também com essa alteridade que ele organizava as defesas de si por meio da repetição destrutiva, a qual se mostrava tentando performar uma virilidade violenta que se tornara absolutamente impedida pela precariedade do corpo adoecido.

Em intenso conflito psíquico, o paciente oscilava entre a tentativa de romper com a alteridade atacante que o posicionava no lugar de sujeito agressor⁶⁸ e o convite sedutor de encarná-la novamente como forma de poder e de ser, ao menos, temido pelo outro. À deriva, fragilizava-se, denunciava a posição de marginalidade no tratamento recebido da equipe e tentava romper com a identidade viril do homem branco do tráfico, com o auxílio da psicologia. Mas, cedendo à opressão do outro, também a encarnava em uma performance ameaçadora. Grito oprimido notadamente reativo ao imenso temor frente ao histórico de desamor violentamente reafirmado pelo outro na cena de cuidado.

No hospital, a simples presença do estranho disparava os mecanismos que questionavam internamente a integridade narcísica e a legitimidade de sua existência, gerando respostas hostis desproporcionais que davam forma à intensidade do ataque externo. Mesmo na relação com a psicologia, esses estados se presentificavam, sendo traduzidos,

⁶⁸ Performance que dava notícias do jovem branco, ligado ao movimento do tráfico, que se enfurecia frequentemente. Paulo ocupava em seu território um lugar de poder em relação aos pares pretos. Ao que parece, sendo, em sua branquitude, tratado como um objeto exótico, especial, em meio ao mar de corpos abjetos e descartáveis das favelas brasileiras. Deste lugar, ele exercia algum poder-prazer de inferiorizar e dominar, por estar, entre eles, identificado ao lugar de dominação. Mas, na relação com os que não lhe eram pares na periferia, Paulo era tratado com todo sadismo endereçado ao corpo racializado (não-branco), tendo sua branquitude colonizada pelas marcas marginais do tráfico de drogas e da cultura infame da pobreza preta. Isso lhe era insuportável, ser reduzido ao objeto dominado, ser inferiorizado e amordaçado como ele.

metabolizados e esvaziados na relação. Havia nesse conflito a função paranoica gerada pela opressão do outro. Isto é, pelo narcisismo que despende enorme energia para alcançar alguma integridade identitária.

A falta de potência para a autodefesa fazia irromper ainda mais o realismo do organismo em falência, e a ineficiência do ataque viril possível para esse corpo como defesa. Algo que desnudava a quebra da resposta narcísica modelada pelo histórico de graves formas de figuração do poder no tráfico, que envolvia o mercado de vida e de morte de corpos.

Destituído das defesas do narcisismo viril contra essa alteridade violenta, o paciente recorria a saídas ainda mais primitivas. Não raramente, Paulo valia-se de estratégias de barganha do corpo com a morte, que iam desde a recusa de cuidados essenciais, até a tentativa de autoextermínio propriamente dita. Ele pedia de maneira desesperada por outra vida subjugando-se, de modo paradoxal, aos atos inconscientes de morte. Com isso, inconscientemente, ele atendia à mensagem cruel da alteridade provocando para si, de forma insidiosa, o declínio de suas funções vitais.

Para alcançar os terrenos de tradução dessa alteridade que transitava pelas experiências de sociabilidade do paciente no território, forjando uma identidade fragilizada pelos eventos que levaram Paulo à situação de cuidado em saúde, era preciso decifrar os códigos narrativos que a sustentavam nesses contextos. Isso impunha que a escuta dessa outra cena de sedução perseguisse o que tais registros instauram na vida subjetiva.

Evidentemente, sabíamos estar adentrando lógicas de organização societária governadas pelos códigos do capital. A valência da dominação afetiva do objeto glamourizado pelo capital oferece caminhos de satisfação parciais à pulsão muito mais aderentes. Nesse mecanismo, o objeto é vivificado (fetichizado) e as vidas reificadas e reduzidas à categoria de descarte.

As estruturas hospitalares da política pública de saúde lidam cotidianamente com os efeitos destrutivos desses mecanismos para os jovens da periferia. Em países como o Brasil, que convivem com cenários de

insuficiências e distorções e de crescimento econômico insuficiente, é que o narcotráfico encontra um terreno propício para o seu fortalecimento e desenvolvimento. A dinâmica do capital com os objetivos de expansão e lucro torna-se mecanismo poderoso de inserção de famílias e jovens de classes inferiores no mercado ilícito de trabalho culminando em diversos problemas sociais e de saúde (Santos & Soares, 2013, p. 47).

Paulo foi uma das muitas vítimas⁶⁹ dessa realidade que o serviço de psicologia do hospital de trabalho da pesquisadora atendeu. Trata-se de mais uma história que dá representação aos modos como a identidade viril é forjada pela descarga de satisfação aderente ao circuito do consumo de substância.

Mas esse circuito de prazer ia além do consumo, mostrando-se também nos atos transgressivos praticados para dominação no território, na prática de festas que se organizavam em torno de uma economia libidinal de intensa atividade sexual, além de gastos com comida, bebidas e itens de marca para ostentação entre pares. Em torno disso, estavam as formas frágeis de aliança e de vinculação afetiva ao outro, intensamente preenchidas pelo princípio de prazer.

Isso aponta que a descarga de prazer de uso da substância “como tal assume poderes enigmáticos nas subjetividades dos sujeitos no contexto atual . . . o consumo de uma substância psicoativa produz efeitos concretos de alteração da psicoatividade. Mas o poder de aprisionamento no objeto não se resume a essa experiência sensorial”(Santos & Soares, 2013, p. 46).

Sendo assim, a pequena fortuna auferida no tráfico é escoada nas dinâmicas de satisfação-poder que ele exige para sua manutenção. Isto é, a dominação se orchestra pela lógica da virilidade narcísica garantida pelo consumo na qual “certas mercadorias representam, para eles (os jovens), estilos de vida, marcas de poder que garantem prestígio junto aos iguais e sucesso nas conquistas amorosas: roupas, carros e também certas bebidas e drogas como o whisky e a cocaína” (Phamacotheton, 2002 como citado em Santos & Soares, 2013, p. 50).

É terrível a constatação que visualizamos a partir do cuidado: o jogo capitalista de satisfação de necessidades alienadas pelo processo de consumo confere à pulsão um poder monstruoso de reificação. Em tal circuito, a busca pela satisfação impulsiona não só o consumo da substância, mas a glamourização de mercadorias e o aniquilamento de vidas - reduzidas a objetos consumíveis nesse processo. Trata-se, nesse sentido, de um mecanismo de repetição alienante no qual se estabelecem “formas humanas naturais de satisfação pelos objetos imprimindo marcas na subjetividade, daí a necessidade de repetição da experiência” (Santos & Soares, 2013, p. 46).

⁶⁹ Tomando como uma referência para analogia da realidade que lidamos, um estudo realizado em um hospital com número menor de leitos, cerca de 213 unidades, indica que metade da amostra de pessoas com lesão medular foi composta por pacientes que sofreram perfuração por arma de fogo. (Torrecilha et al., 2014)

Os hospitais testemunham cotidianamente como o jogo de consumo do tráfico esvazia as alianças entre pares, alimentando competições muitas vezes em função de disputas frívolas entre jovens. Disputas que os levam a reconhecerem uns aos outros como objetos descartáveis, como vidas matáveis. É óbvio, essa alteridade destrutiva em trânsito nessas relações reduz igualmente o agressor ao lugar conferido ao outro nessa trágica dinâmica - na qual, diga-se de passagem, o Estado adentra apenas para fortalecer, tamponar ou silenciar possibilidades reais de interrupção.

Nesse contexto de vida, a posição subjetiva é sempre confrontada em seu valor de existência, em sua legitimidade de vida vivível: “Cada vez que entram em contato com um outro, advêm questões de valor, de mérito” (Fanon, 2008, p. 176). Há no campo subjetivo a incerteza persistente sobre o valor de si, colocando esses corpos como “sempre tributários do aparecimento do outro” (Fanon, 2008, p. 176). Alcançar “qualquer posicionamento de si, qualquer estabilização de si mantém relações de dependência com o desmantelamento do outro. É sobre as ruínas dos meus próximos que construo minha virilidade” (Fanon, 2008, p. 176)

No início, cheios de um orgulho opressor e tirano, garantido pelo circuito do tráfico nessa trajetória, esses meninos e meninas seguem para o hospital trajando defesas destrutivamente engendradas. E, depois, despidos pelo trauma da morbidade, cheios de culpa, vergonha, aflição, veem-se sozinhos, desprotegidos e reduzidos às origens de seu próprio desamparo⁷⁰.

Parte desse circuito sedimenta o *ethos* afetivo em trânsito no cuidado, que irá igualmente puni-los, desprezá-los ou, no máximo, temê-los, alimentando também essa alteridade que consome esses corpos como mercadorias de um circuito de prazer. Eles serão novamente reificados como objetos descartáveis de um sistema pulsional lucrativo, que os encontra marcados pelo trauma e pelo desamparo, ávidos pelo entorpecimento (alívio) prazeroso do sofrimento intraduzível em que foram mergulhados.

Na história de Paulo, esses estados de insocorro, impostos pela dinâmica dolorosa do tratamento, reavivavam registros traumáticos (de ausência de uma sustentação primária e essencial nas origens, de fragilidade somatopsíquica do organismo, do lugar de rejeição no desejo do outro) provocando também a aparição de muitos atos governados por excessos

⁷⁰ Experiência mais habitualmente conceituada na teoria psicanalítica como desamparo fundamental (Hilflosigkeit), termo que remete às origens primárias da condição humana de absoluta desproteção e suas consequências para fundação psicosssexual da subjetividade. Butler refere-se a essa experiência a partir da teoria laplancheana, como sendo de desposseção, precariedade e vulnerabilidade. Para mais informações retomar Problemáticas II deste trabalho.

afetivos. Desajeitadamente, ele tentava compensar essas experiências fazendo uso do cenário hospitalar como único recurso de exercício de sociabilidade primária, no qual o outro era pedido com uma intensidade faminta, não suportada, principalmente em meio a sobrecarga de demandas do contexto hospitalar. Para além disso, esse outro se mostrava também incapaz de suportar a demanda de afeto excedente de alguém que tinha um modo de existência intolerável. Mas nem todas essas tentativas amorosas foram totalmente frustradas.

5.8 Amor, inexorável amor

A relação de Paulo com a instituição hospitalar era vivida como uma extensão praticamente indissociada da vida privada, interrompida pelas várias internações. As formas de sociabilidade estabelecida com trabalhadores da instituição e outros atores da comunidade hospitalar (pacientes, familiares, outros visitantes) demonstravam a valência afetiva incomum dessas figuras para o paciente. É o que demonstraremos nos voltando para os afetos que excediam a relação com a equipe, mas mantinham-se atrelados à experiência vivida na instituição.

No texto “*Observações sobre o amor transferencial*” (1915/1996c), Freud trata do fenômeno de enamoramento do paciente pelo analista e os desafios que essa experiência impõe para o processo de cura. Aqui apontaremos a manifestação do evento na circunvizinhanças da neurose de transferência ou transferência de tratamento. Trata-se de uma experiência que não poderíamos deixar de incluir na direção de trabalho clínico, por ser mais uma das situações impostas pela clínica conduzida na instituição de saúde. Isto é, a de sermos testemunhas dos eventos que guiam o universo afetivo do paciente enquanto ele vive uma parcela importante de sua vida dentro da instituição.

Nos poucos momentos de maior estabilidade psíquica em sua mais importante e extensa internação, Paulo colocou à mostra os efeitos do amor erótico na transferência, indicando a atuação como recurso tradutivo do excesso de demanda de amor, como solução fundamental de sobrevivência. Ele alcançou “êxito em atuar (acting out), em repetir na vida real o que deveria apenas ter lembrado, reproduzido como material psíquico e mantido dentro da esfera dos eventos psíquicos” (Freud, 1915/1996c, p. 183). Isto é, em uma de suas mais importantes internações, o paciente estabeleceu um vínculo erótico estável que o protegeria, por algum tempo, de suas experiências mais terríveis de quase morte.

Em uma de suas primeiras e mais curtas internações, Paulo já iniciara uma relação com Joana, a quem conheceu nas cenas de sociabilidade no hospital enquanto a garota acompanhava um familiar doente. Nessa oportunidade, a demanda de alta breve, sempre

presente, cedera a um peculiar desejo de permanência no hospital. Cedera a um peculiar desejo de evitação da alta.

Durante sua mais longa internação, em momentos de grave tensão com a equipe, Joana passa a ser uma figura mais frequente no acompanhamento hospitalar do paciente. Isso impulsiona na transferência um relato de admissão de culpa pela trajetória de transgressões e violências, trazendo junto da narrativa de si uma produção intensa de devaneios frágeis, nos quais o ideal de renascimento e superação surgem como propostas de ruptura radical com um eu virilizado pelas transgressões e por relações amorosas sem fixação de objeto. A tentativa de clivagem⁷¹ se colocava como alternativa à torturante necessidade de significação das muitas experiências traumáticas depositadas no mundo subjetivo do paciente. O amor era o recurso anestesiante fundamental para mitigação da vivência dolorosa.

Foi assim que, mesmo passando por uma série de procedimentos de desbridamento cirúrgico e, após o enfrentamento da suspensão programada do uso de morfina injetável para garantia de alta, Paulo seguiu um período de relativo apaziguamento no qual chegou a significar na transferência de tratamento que o excesso de descarga endereçado por ele à equipe de saúde estava agora deslocado para uma figura afetiva que ele julgava ser capaz de aliviar seu intenso sofrimento. Algo que o cuidado assistencial não conseguiria atender de forma suficiente. O disparo pelo movimento de elaboração foi impulsionado pelo encontro com um objeto realmente dedicado a corresponder à sede de afeto de Paulo. Algo que teve como efeito o aplacamento de algumas demandas que não encontram acolhimento na resposta técnica de cuidado.

Contudo, esse movimento, bastante frágil e parcial, já que as vias maníacas de idealização da relação e o desejo desesperado por outra vida eram patentes, estava a serviço do forçamento de uma clivagem e de um frágil mecanismo de repressão da realidade. O relato amoroso desconsiderava nitidamente o corpo que o encenava⁷². A carga afetiva

⁷¹ Para saber mais ver Sales, O., Oliveira, R. H. & Pacheco-Ferreira, F. (2016).

⁷² Apesar da plasticidade sexual ser algo muito variável para cada sujeito, é preciso considerar a existência de deficiência na função sexual de pacientes como Paulo. Isto é, nesse sentido “Pacientes com lesão entre o 2º segmento medular torácico (T2) e o 2º segmento medular sacral (S2) apresentarão os centros simpático e parassimpático preservados, tendo assim a ereção psicogênica e reflexa, a qual se origina por estímulo sensorial e mantém-se pela tumescência peniana por tempo insatisfatório (6, 8)” (Torrecilha, 2014, p. 40). Além disso, a lesão medular não está isolada do enfrentamento de outras morbidades disparadas por sua instalação. No caso de Paulo, havia também lesões crônicas por pressão próximas à genitália (glúteo e região sacral) com extensa destruição e necrose de tecido muscular, tendinoso e ósseo graves, como é o caso de muitos outros pacientes (Nogueira et al., 2006), além das graves alterações mentais e comportamentais desencadeadas pelo trauma. Obviamente, o uso de drogas (lícitas e ilícitas) estimulantes das funções sexuais poderiam “minimizar” essas condições.

desproporcional endereçada ao objeto amoroso desde o início dava sinais de um fracasso anunciado.

Outros efeitos notados na transferência em função do encontro de um lugar mais consistente no desejo do outro foram a intensificação do apelo a narrativas de moral autoritária que pudessem ajudar o psiquismo a lançar para seus porões as vias de satisfação menos beatificadas: o uso de drogas, que ainda ocorria dentro do hospital, e as formas de relação afetivo-sexuais não guiadas pelas noções dadas pela religião protestante. Nessa época, os relatos sobre trechos bíblicos passaram a habitar a transferência, obstruindo elaborações mais consistentes sobre as formas de vivência do próprio sofrimento. Além disso, houve a suspensão total do uso de substâncias, até mesmo do tabaco. O encontro com o objeto afetivo disparava uma tentativa libidinal compulsiva de redenção absoluta, sem caminhos reflexivos mediadores para isso.

Depois de pouco tempo de relação, boa parte dela transcorrida com o atravessamento do hospital como um terceiro que “amparava” a relação, o casal se organizava para uma união estável. Dois desconhecidos, conectados de forma quase literalmente visceral, encontravam-se para se apoiar.

De um lado, em atendimento com a psicologia, Joana, ainda menor de idade, descrevia a honrosa missão de selar uma relação que se daria mais pela satisfação na dinâmica de servilidade útil para o outro, que pelas vias afetivo-sexuais de troca mais habituais para os jovens de sua idade. A união pouco refletida com Paulo, que vinha sendo sustentada pela quase moradia de ambos no cenário hospitalar, em breve se tornaria uma vida sob o teto de desconhecidos, sem qualquer apoio do *socius* originário - mesmo com esforços da psicologia - (muito fragilmente autorizados pela transferência com Joana) para indução de outras significações da menina sobre outras vias de satisfação prazer mais protegidas para si.

De outro lado, ele dizia sobre a honrosa missão do homem provedor que garantiria tudo para sua amada. Paulo dizia que queria que ela seguisse estudando, que a sustentaria e a abrigaria na casa onde morava com a irmã e o pai, já em reforma para tanto. A namorada vivia em um contexto semelhante ao de Paulo: menina preta, moradora de periferia, em atraso e infrequência escolar, amparada por um *socius* marcado por vulnerabilidades sociais e desproteção.

De um forma bastante cruel com o paciente, a mãe de Joana mandava mensagens para Paulo manifestando sua reprovação a essa relação. A infrequência escolar da menina tornara-se uma evasão para garantir o cuidado do amado no hospital. O futuro genro, a quem a mãe de Joana se referia como “vagabundo-inválido”, era conhecido apenas por conexão

virtual (aliás, boa parte das relações que Paulo dava notícia na transferência eram alimentadas por demanda dele dessa forma de dentro do hospital).

O paciente se defendia dizendo que não pedia a Joana para vir cuidar dele, que ela não suportava o próprio lar e que ele a protegeria. Mas isso não bastou para que a mãe abrisse uma via de diálogo. Já em vias de alcançar a maioridade, vivendo mais no hospital e com a família de Paulo do que em casa, Joana foi formalmente expulsa de casa pela mãe, ato que impulsionou a decisão, já tomada por ambos, de que ela fosse viver definitivamente com ele e sua família.

Segundo Paulo, a família apoiava a união, tendo sua irmã, quase da mesma idade de Joana, estabelecido uma ótima relação com a namorada. Naturalmente, era possível entrever que esse arranjo garantiria uma troca de sobrevivência fundamental para todos: a presença de Joana aliviaria responsabilidades de cuidado para os familiares, e a permanência do casal garantiria a renda mínima para sobrevivência de todos.

Em resumo, as consequências desse movimento inflexível e recalcante provocado pela atuação amorosa de Paulo não deixaram de ser notadas no trabalho clínico da transferência. Junto do apaziguamento do excesso de demanda para a equipe, surgem as performances de sedução regadas de impulsividade que envolvem: a suspensão radical do uso de substâncias, o encontro sem medidas com o discurso religioso, a decisão de levar a companheira para morar junto de si (sob o mesmo teto da família já vulnerável). Para manejar parte do movimento compulsivo, Paulo foi convocado de forma muito cuidadosa a elaborar sobre o avanço das decisões tomadas e sobre o modo como estaria se lançando numa relação de forma desprotegida e desprotegendo o outro. A construção foi acolhida com a sustentação do desejo de que nada traria mais dor do que a solidão de não ter um outro na travessia de morte que fazia a cada internação.

Notadamente, a distribuição da dinâmica libidinal já inflacionada pelo excesso afetivo traumático, antes dirigida para a equipe, para a ausência familiar, para a solidão de governo do próprio cuidado e para o alívio/prazer do consumo de substâncias, agora se concentrava na demanda de amor endereçada a Joana. A menina era agora a Sra. do lar que deveria, sozinha, garantir satisfação e realizar o complexo cuidado de Paulo, algo que a própria equipe de saúde e a própria família não conseguiam.

Em pouco tempo, o novo objeto entrava para o circuito de punição e descarga de destruição endereçado aos velhos objetos. A relação com a jovem parceira seguia tomando rumos conflituosos. Ela aparecia nas falas de Paulo em atendimento com a psicologia já como objeto depreciado que estava em confronto com ele e a irmã por não realizar as tarefas

domésticas. Além disso, era responsabilizada pela piora clínica e internação por sepse por não executar os curativos de Paulo com a frequência, higiene e destreza necessárias para boa evolução da ferida (o curativo que, segundo o paciente, não poderia ser feito por ele por estar em região sacral).

Em sua penúltima internação, Paulo já nomeava outra namorada, a quem também conhecera no hospital como cuidadora de outro paciente, mostrando intenso ressentimento ao nomear Joana, excluída da narrativa com notório rancor e aversão pelo desprazer gerado pelo conteúdo. Ainda assim, mesmo enfrentando o território afetivo frágil e explosivo, a psicologia, novamente, induzia elaborações para que o paciente, apesar de seguir repetindo o movimento que servia a seu processo de sobrevivência, não se esquivasse de ver a outra face destrutiva do processo de repetição na qual ele “expressaria todas as inibições e reações patológicas de sua vida erótica . . . e o episódio penoso terminaria em remorso e num grande fortalecimento de sua propensão à repressão” (Freud, 1915/1996c, p. 183).

Apesar da enorme dificuldade de manejo da atuação de Paulo em relação à necessidade de vivência de um amor pela manutenção da vida, a escuta da psicologia guiava-se pela noção de que é

desastroso para a análise que o anseio por amor seja satisfeito, quanto que seja reprimido. O caminho que o analista deve seguir não é nenhum destes; é um caminho para o qual não existe modelo na vida real. Ele tem de tomar cuidado para não se afastar do amor transferencial (Freud, 1915/1996c, p. 183).

A relação com a segunda namorada, que rapidamente substituiu a desapareição da primeira, ganhou contornos mais platônicos, quase erotômanos, uma vez que a parceira, mais madura e com mais de 10 anos de diferença de idade do paciente, alimentava a relação a distância, indo raramente ao hospital, mesmo tendo ela entrado na vida do paciente na fase mais grave de seu tratamento. Ambos diziam-se noivos, mas a futura mulher não aceitara a proposta de Paulo de ir morar com ela.

5.9 A alteridade dos caminhos de cura: novos registros das relacionalidades do cuidado

Naturalmente, as alterações mentais e comportamentais de Paulo ora serviam ao discurso que criminaliza com a moral punitiva ora à patologização normativa que delega à especialidade psiquiátrica o dever de governar o que não se tolera. De qualquer modo, muitos atores se demitiam de qualquer responsabilidade que os convidasse a tornar o terreno afetivo de cuidado mais sedizável para o paciente.

Nesse contexto, a narrativa de “preservação” da autonomia criava a solidão para os atos impulsivos de recusa que pediam do outro uma resposta afetiva mais hospitaleira. Assim, o desprezo e o abandono se mascaravam através da violência cínica que justifica atos de desproteção justamente ao alegar seu oposto, isto é, a proteção de direitos. A defesa da autonomia⁷³ guiada, nesse contexto, por perigosas coordenadas metafísicas, servia à promiscuidade da pulsão que, com sua qualidade mortífera, mascarava de proteção à vida justamente o que a ameaçava.

Isso denota que a força destrutiva do desejo coloniza até os discursos aparentemente mais legítimos, atingindo o objetivo de dessubjetivar ainda mais os corpos elegíveis à destruição. No caso Paulo, esse era um recurso de punição para evitar a necessidade de insistir na negociação afetiva da oferta do procedimento técnico com a flexibilidade que afirma ‘o lugar de importância do outro em mim’. Nesse contexto, encontrávamos uma ótima razão clínica para abandonar a ética psicanalítica que sugere que o sujeito não deve “ceder de seu desejo” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 375). Isso seria levar a técnica psicanalítica a dar corpo a uma alteridade atacante, autorreferenciada e inflexível e, por isso, violenta.

A situação limite de sofrimento subjetivo gerada através da tentativa de autoextermínio era o anúncio de que Paulo seria capaz de se impor a pena capital para atender às exigências da alteridade do cuidado. Isso incitava uma tensão de responsabilidade outra, que mobilizava culpa, vergonha e, para alguns, medo de exposição. Daí a insistência da equipe de psicologia em traduzir a forma como a heteroagressão caminhara até a cena de autoagressão gerando uma visibilidade constrangedora na instituição.

O tecido subjetivo, os registros, traduzidos na construção de caso, serviam, nesse momento, a um estado de tensionamento necessário para o afeto paranoico agora disparado para a equipe (em uma tradução apressada: “ele cumpriu o que se queria”, “eu já quis isso para ele” “mas eu não fiz nada, mas preciso mostrar que não fiz nada”). O nítido constrangimento e medo, diante da posição testemunhal sustentada pela equipe de psicologia em relação à valentia solitária de Paulo, representavam outra pressão de tradução para o circuito de relacionalidades do cuidado.

De posse desse sentido, a psicologia fez o agenciamento da culpa a favor de respostas mais efetivas de cuidado para o paciente. Muitas mudanças importantes ocorreram no caso: novas traduções para o sofrimento do paciente, o encaminhamento a outra unidade assistencial, novos atores do cuidado, novas reuniões de equipe e coordenações para tomada

⁷³ Para mais informações sobre a relação entre a teoria psicanalítica e a autonomia como categoria conceitual em operação na política de saúde retomar Problemáticas II deste trabalho.

de decisões mais alinhadas e difíceis, maior correspondência do *ethos* afetivo com o trabalho analítico de manejo da alteridade em trânsito (considerando também maior proteção subjetiva e alívio do sofrimento psicofisiológico do paciente) e a mudança radical de códigos narrativos mais flexíveis e voltados para o desejo de acomodação das diferenças despontadas na subjetivação das relacionalidades em trânsito.

Isso mostrava que, no mesmo território de assistência institucional, foi possível a composição de uma estrutura de cuidado realmente guiada por funções de proteção. A primeira parte desse processo era iniciado pelo projeto de preservação da memória clínica e de articulação da história libidinal do caso através da aliança terapêutica organizada pelo corpo de psicólogos. Paulo era reconhecido, nomeado e inserido pela equipe de psicologia em um tecido de subjetivação construído para afiançá-lo. Aos poucos, a equipe de psicologia, usando a abertura cavada pelo paciente, foi capilarizando esse tecido subjetivo junto a outros atores do cuidado que passaram a reconhecer na construção do caso um caminho de tomada de decisões mais voltadas para a dinâmica subjetiva de Paulo.

Desse modo, cabia, sim, a insistência em alianças⁷⁴ afetivas em torno de uma autonomia guiada pelo amparo intransigente do outro - como depositário fiel de uma alteridade mais vitalizante, mais protetora, mais hospitaleira. E isso só seria possível se a ética psicanalítica estivesse organizada por uma matriz de inteligibilidade da subjetividade que codifica os conteúdos que estão determinando as formas de trânsito dessa alteridade. Cabia à psicanálise revelar a organização pulsional e os atos ilocutivos que disparavam as formas seviciosas de desproteção do cuidado. Obviamente, para tanto, essa psicanálise precisaria se valer de parcerias éticas que reiterassem o trânsito dessa codificação.

Naturalmente, esse cálculo não excluía o manejo dessa aliança com a diluição da violência que o próprio Paulo endereçava ao outro. O que, não raramente, era interrogado ao paciente na transferência com falas do tipo “vejo que você está muito bravo, agressivo mesmo, eu suporto isso com você porque sei que não é a mim que você está atacando, mas não sei se os outros vão entender dessa forma. Não aumente sua solidão aqui dentro, você sabe que isso coloca você em risco, como ocorre quando você fica sozinho em casa sem ajuda para nada. Vou chamar a ouvidoria, reivindique seus direitos. Vou falar com Eduardo da enfermagem, ele te escuta e irá saber te ajudar, mas não o puna, ele é seu parceiro, não o afaste” Paulo chorava de forma regressiva diante dessas falas e modulava outra forma de demandar o outro.

⁷⁴ Fortalecida entre os atores da equipe de psicologia e com atores estratégicos do cuidado nos espaços de curadoria clínica - para saber mais sobre a ferramenta retomar Problemáticas III deste trabalho.

Contando com mais “Eduardos” para suportar as descargas afetivas do paciente, abrindo possibilidades negociadas no campo de tensão da autonomia, o que inicialmente só se dava através de atores isolados, o cuidado foi ganhando a força de decisões plásticas e mais artesanais. Isso era afirmado pelo paciente com muito orgulho.

Através dessas relações, Paulo se apropriava do discurso técnico e acomodava algo desse corpo que agora trabalhava contra sua integridade narcísica. Além disso, ele percebia que o outro havia acolhido sua tentativa desesperada de reconstruir a vida anímica se permitindo ser tomado de empréstimo. Ele começava a perceber a partir dessas relações que os atores do hospital poderiam fundar alianças protetoras e consistentes (talvez nunca experimentadas até então). Isto é, o cuidado estaria, com o *leitmotiv* psicanalítico, “fundando algo que não existia previamente, está estabelecendo um processo de neogênese, abrindo a possibilidade de que se organize algo que não existia antes”. (Bleichmar, 2005, p. 42)

Em um dos atendimentos, poucas semanas antes de sua última internação, Paulo disse à psicóloga: “eu me sinto melhor aqui do que em casa, vocês me tratam com mais carinho que minha família, fazem mais por mim. Você lembra daquela vez, Paola, que você brigou comigo para eu usar a medicação e ir no CAPS, eu fui, eu preciso de alguém que brigue comigo”. A fala era assim traduzida pela psicóloga a ele: “é, Paulo, têm outras formas de brigar, você precisa de alguém que insista em mostrar que sua vida é importante e amada e apesar de você não receber isso em todos os lugares que busca, você conseguiu construir isso pra você aqui, se apoie no que as pessoas aqui dentro podem te dar de melhor, e muitos querem te dar isso”.

Essa fala do paciente dizia sobre a instauração de outros registros de alteridade naquilo que ela poderia ganhar de contribuição dos atores do cuidado, aquela que é pedida para os caminhos de cura e que a psicologia jamais poderia sustentar sozinha nas relacionais em trânsito na instituição. Em outros termos, parecia que a afetividade instaurada finalmente trabalhava a favor de uma neogênese do tecido psíquico.

Numa tentativa de sintetizar muito grosseiramente o que isso representava, poder-se-ia afirmar que numa janela temporal posterior aos muitos registros traumáticos do histórico de experiências de Paulo, os atores do cuidado estavam, finalmente, valendo-se da abertura psíquica angustiante do tratamento hospitalar, em sua inerente função de crisol indutor de intensas reações pulsionais, para reformulação de parte do tecido pulsional das experiências mais primárias do paciente. Ou seja, em um segundo tempo potencialmente traumático, como se sabe ser um processo transferencial que visa refazer registros inconscientes, o cuidado começava a produzir efeitos terapêuticos subjetivantes, sediando recursos de reconstrução pulsional-representacional capazes de provocar reações de neogênese nos velhos registros de

uma alteridade destrutiva que, até então, estava se nutrindo de novos registros na cena hospitalar.

Naturalmente, isso se dava graças a lógica atemporal do infantil inconsciente⁷⁵ que desorienta a progressão sequencial histórica que apenas fragilmente determina a temporalidade das cenas vivenciadas. A coleção de memórias ligadas aos registros inconscientes gerados nas velhas cenas cedem a revisão (e acréscimo) feita na posteridade por cenas atuais que reavivam, no mundo afetivo, os artefatos do inconscientes de outros tempos mnêmicos (através das leis de excitação-prazer-desprazer que regem o mecanismo pulsional).

Mas, para tanto, não se trata de refazer a temporalidade da história do trauma em busca de uma construção sequencial, linear e fática do que ocorreu, já que a extensão e intensidade da destrutividade do sintoma denunciam a realidade desses acontecimentos - embora seja importante encontrar seus registros, representações, e o modo atemporal como se atualizam nas relacionalidades do tempo presente, definindo formas de sofrimento.

Nas relações de cuidado, é essencial ver como o outro convoca e interfere nessa história pulsional, depondo registros que fortalecem, reestruturam, recriam ou desconstroem velhos arquivos pulsionais da experiência mais primária do sujeito. Laplanche definiria esse processo como um mecanismo subjetivante permanente e criador que, na relação de transferência, “dissocia antigas ligações e permite que a pulsão possa encontrar outras formas de ligação. O analista restaura a sedução originária e oferece um lugar [onde se] possa fazer novas ligações, novas associações, novas construções” (Moreira & Martinez, 2022, p. 16). Esse é circuito fundamental para gênese de traduções mais ricas e englobantes, que desentramavam o afluxo pulsional através de representações mais plásticas e sofisticadas para o afeto.

Nesse sentido,

⁷⁵ “A dimensão temporal é conferida à sedução pelo mecanismo de trauma em dois tempos, o a posteriori (après-coup, Nachträglichkeit). No primeiro tempo, a ação sexual não tem seu significado assimilado. Ainda nesse momento, o trauma não se efetivou. É por ocasião de uma segunda cena que o movimento de associação com a primeira se dá, conferindo o caráter traumático ao acontecimento. Em uma junção complexa, que condensa elementos externos e internos ao psiquismo, a primeira cena parasita a segunda, conferindo-lhe a esfera terrificante ligada à fonte de excitação sexual associada ao trauma (Laplanche, 1988 como citado por Silva, 2012, p. 85). É através desse mesmo princípio traumatizante em dois tempos que a neogênese forma novos tecidos psíquicos por meio de estimulação por pequenos traumas. Isto é, a matéria subjetiva se reconstrói - como que por cauterizações, suturas, protetizações - com intervenções artesanalmente calculadas na tina forjada pelo analista para rearranjo do enredo sócio-subjetivo-libidinal da vida psíquica. O infantil na transferência aparece de três formas regressivas, conforme destaca Laplanche com as noções freudianas: a) regressão de um sistema a outro no aparelho psíquico b) a regressão que se dá pela precarização de modos de expressão e organização do conteúdo estruturado e c) o presente que se confunde com o passado. Isto é, regressão tópica, formal e temporal, respectivamente (Laplanche, 1987/1993a).

vemos que um dos aspectos centrais na idéia de neogênese remete a um aparelho aberto . . . [que] tem sempre livres as vias de acesso. Trata-se de um aparelho que sempre receberá elementos do real, e uma das questões fundamentais consiste em perguntar-se: que tipo de elementos recebe do real, já que não receberá, necessariamente, elementos real qualificados e compostos? (Bleichmar, 2005, p. 43).

Isso coloca que a psicanálise deve codificar e manejar os registros de subjetivação primários e secundários (do cuidado), a partir do trânsito da alteridade que as relacionalidades fomentam na instituição, em favor da mitigação do sofrimento de quem se deita no leito.

De outro modo, a neogênese (Bleichmar, 2005) como objetivo da função terapêutica da psicanálise, é disparada com elementos de uma subjetividade que tem na exterioridade da experiência psíquica o ponto de sedimentação e de transformação de sua ordem constitutiva, inclusive com alguma possibilidade de modificação, por acréscimo, dos termos que a constituem. Esse roteiro dado por Laplanche “conclui que o movimento temporal revelado pela análise é uma decomposição de sequências significantes, presentes e passadas, em elementos menores, de maneira a permitir uma nova síntese ou então uma nova tradução menos sintomática” (Sigal, 2012, s/ p.).

Além disso, o mecanismo de decodificação do tratamento psicanalítico dispara ecos tradutivos, associativos, os quais se estabelecem no psiquismo engendrando modos de funcionamento que se mantêm ressignificando velhos e novos registros, e isso instaura o “neo-surgimento, e até mesmo . . . uma neogênese do sexual” (Laplanche, 1987/1993a, p. 159).

Por analogia, pensamos no modo como Fanon (2008) descreveu as funções desvitalizantes do outro para o mundo subjetivo ao formular sobre a força da sociogênese para a constituição da vida mental. Enquanto Bleichmar (2005), na esteira do pensamento laplancheano, foca o tecido sócio-subjetivo-libidinal, indicando a prioridade do outro (analista) na gênese psíquica para o alívio do sofrimento subjetivo a partir da cena primária, Fanon (2008) demonstra, em anacronia com seu tempo, os modos como esse outro atua para a necrose psíquica dos processos anímicos através da sociogênese, isto é, da alteridade que habita e excede a parentalidade do *socius* familiar. Nos termos do autor (2008), o tipo de epidermização libidinal que define os modos de inteligibilidade social das diferenças entre corpos, inferiorizando certos registros de existência e entronizando outros, também define por exclusão as vivências de si passíveis de existência, amputando o horizonte de diferenças ao reduzi-lo em uma única forma étnica de vida. Isso estabelece que a experiência de

subjetivação sustentada pelo outro funcione como um sentença sufocante da gênese psíquica de si mesmo para os que não habitam a etnia branca. Isso a partir do conhecimento da própria existência através da exclusiva negação de si, negação imposta pelo outro de forma repetida em torno de um corpo que tem sua forma de vida frequentemente questionada em uma atmosfera densa de incertezas, graças aos registros de sua negritude (Fanon, 2008).

Esses elementos destacados por Bleichmar nas relações de cuidado parental, e por Fanon, nas relações societárias com o outro na cultura, demonstram que a alteridade segue ao longo do tempo participando de forma permanente e em diferentes níveis no surgimento e no neossurgimento (neogênese) dos processos subjetivos definidores de vida e de morte para cada sujeito. Isso também demonstra como é fundamental o alcance de uma neogênese sociopsíquica da subjetividade de parte dos registros de alteridade para aqueles que estão marcados como diferentes. Logo, pode-se entender como essencial que para neoformação da subjetividade dessas vidas elas encontrem no seio das relacionalidades do cuidado uma alteridade que não trabalhe pela “morte já dada que atinge uma grande parte da população brasileira que, de diferentes maneiras, está fora dos privilégios de raça, classe, gênero, sexualidade, território, geração, da hegemonia funcional corporal, entre outras/os; recriando outros mundos” (Lima, 2020, p. 87).

Isso quer dizer que a reconstrução ético-política da vida pulsional precisa ser disparada, sustentada, mantida pelo outro para que uma alteridade mais vitalizante se constitua. Obviamente, em um consultório de psicanálise isso se opera no registro de subjetividade mais interiorizado da alteridade que se modula na intimidade e intensidade da transferência entre analista paciente. Mas, nas políticas de saúde, na quais a relação eu-outro está exposta a um domínio público que se relaciona ao modo como o outro compõe diretamente a relação transferencial, interferindo na subjetividade analista-paciente, o dispositivo analítico precisa tocar a alteridade que o corpo coletivo de relacionalidades sedia para as formas de existência que objetiva tratar. Logo, a psicanálise precisa, no tempo de atualização dos registros afetivos que os atores encenam no cuidado, recomendar, sugerir, traduzir, retraduzir, decodificar, visibilizar, facilitar ou redirecionar o trânsito da alteridade que está parasitando as relacionalidades em campo - assim indicando qual produto de cuidado ético-afetivo e político essas relacionalidades cultivam e produzem com suas formas de inteligibilidade, ao criarem condições de possibilidade mais ou menos vitalizantes para as diferentes formas de existência que desejam abrigar.

Por um lado, em parte da trajetória de tratamento, as relacionalidades do cuidado ganharam uma dinâmica de destrutividade, alimentada em solo afetivo comum entre a equipe

e o paciente, na qual os depósitos de atos ilocutivos de intolerância, de punição e de negação da diferença se encontravam com respostas afetivas hostis, explosivas e inflacionadas por parte de Paulo. Por outro lado, também cultivado em um território que aos poucos foi se tornando comum, essas relacionalidades forjaram uma sede afetiva de afabilidade, hospitalidade e abrigo que foi decisiva para minorar os eventos traumáticos inerentes ao tratamento e à vivência das relacionalidades mais originárias da subjetividade.

E, a partir daí, Paulo pôde abraçar formas defensivas mais originárias. Nesse período, o ódio assumiu vias melancólicas de apresentação, tornando a voz de lamento, de clamor e de reivindicação uma presença permanente na transferência. Essa modulação já ocorria de forma mais indefinida em outros tempos do tratamento, mas seguia tamponada, já que o *ethos* afetivo do cuidado fixava a resposta libidinal no polo maníaco da descarga de ódio na equipe. Contudo, com as mudanças ocorridas, a voz política da melancolia se estabeleceu de forma clara, sendo amparada solidariamente no terreno de relacionalidades do cuidado.

5.10 Caminhos melancólicos da subjetividade

A aparente mudança do circuito libidinal do paciente do polo da descarga maníaca para o polo melancólico não era uma surpresa. Sabe-se que esses estados (maníacos e depressivos) se enraízam nas “mesmas condições econômicas” da melancolia e “que o conteúdo da mania em nada difere do da melancolia” (Freud, 1917/1996d, p. 259). A melancolia aparece então como uma experiência que se sucede “quando um homem se encontra em condições de se desfazer, de um só golpe, de alguma compulsão opressiva, alguma posição falsa que teve de manter por muito tempo” (Freud, 1917/1996d, p.259). Isto é, ao se ver mais amparado pelo outro, Paulo pôde despir-se das defesas da agressividade viril.

Nessa fase, Paulo também iniciava o percurso final. Em alguns momentos, ele já se mostrava enormemente fragilizado e sem o vigor demandante de outros tempos. Ele era agora o corpo emagrecido, desvitalizado, apático, choroso, com pensamento mais empobrecido. A discussão da proporcionalidade terapêutica foi disparada pela equipe médica. A solidão gritava sobre a crueldade do abandono do outro. E a psicologia intensificava a resposta de cuidado e testemunho, tentando criar anteparos narcísicos para o atravessamento do processo até o desfecho em anúncio pela equipe.

A visão mais crua sobre o par parental na própria história começava a tomar formas mais densas: a morte da mãe e a insuficiência absurda do pai como figura desafetada (de uma frieza que sugeria outras possíveis violências). Paulo afirmava como essa experiência de

desproteção na relação com as figuras primordiais fora compensada junto aos pares na comunidade e o modo como isso o expusera ao contexto do tráfico.

A denúncia queixosa da inexistência de alguma segurança afetiva como fonte estável do universo amoroso essencial era tomada pela psicologia para traduzir como o arranjo frágil era repetido na vinculação rápida (excessiva) e desprotegida a relações ao alcance - num contexto em que a invenção de outras relações era fundamental (a família social no território, a equipe de saúde, as namoradas).

Sabe-se que o quadro melancólico está associado à vivência de lutos impossíveis, envolvendo um cenário de empobrecimento psíquico, de estado penoso de espírito, de inibição geral do mundo afetivo e, principalmente, de diversas formas de envilecimento de si. Por isso, rastrear esse circuito em busca dos mecanismos de impedimento do processo de desligamento dos objetos perdidos era importante para entendermos parte daquilo que determinava a dinâmica de hemorragia libidinal que testemunhamos ao longo do tratamento do paciente.

Paulo frequentemente fazia o desmascaramento de si para o outro, rendendo-se a mecanismos de autodifamação e de autorrecriação. Os estados de apatia, abatimento, empobrecimento da vida psíquica também ficavam evidentes mesmo em tempos de maior vitalidade. Obviamente, o corpo estava consumindo parte dessa energia psíquica na luta por uma dupla sobrevivência. Contudo, suas narrativas denunciavam registros que o faziam entronizar a autopunição e a condição de ruína, ligando as experiências atuais a cenas que ultrapassavam o histórico desencadeado pelo processo mórbido.

É aí que encontrávamos a reivindicação de reparação de outras perdas e a justificativa para o perigoso jogo de barganha com o corpo (exposto à violência e à pseudo-morte com o abuso do entorpecente). Mesmo nos momentos de agressividade da ruína melancólica (em que ele não encontrava correspondência no outro para esse afeto), a narrativa injustiçada, que mostrava sua catástrofe subjetiva, era endereçada como exigência de salvação para sua posição de desamparo. Algo de um luto por si era vivido como ato de resistência que necessariamente precisava punir a si e ao outro.

A significação que Paulo fazia para a dor insuportável era sempre traduzida de forma insuficiente pela perda precoce da mãe. Ele enunciava que esse evento o sentenciara à trágica vida que tivera (essa privação da figura materna, quando presente no enredo existencial dos garotos da periferia, é repetida sem reservas para todos que fiquem próximos, mesmo que indiferentes, havendo um sentido de injustiça sobre a forma condenatória a que foram expostos a uma vida precária). E assim ele afirmava uma de suas muitas perdas narcísicas

irreparáveis. O culto constante à figura morta da mãe tentava recuperar e reparar algo gravemente danificado nas origens.

Esse relato aparecia em quase todos os atendimentos com a psicologia como um lamento. O luto inacabado que revestia a mãe com as qualidades do objeto melancólico, profundamente odiado por sua ausência, denunciava uma morte nunca suficientemente enlutada. A mãe era por isso idealizada como um escudo de proteção superpotente que o teria salvado do caminho de criminalidade, caso não tivesse morrido.

Notava-se no lamento sobre a mãe a pobreza de sentidos para historicização das origens de si. As cenas, as histórias cotidianas que testemunharam a existência de outrora dessa mulher no seio familiar, o conhecimento sobre como ela vivera, do que gostava, de como o tratava, não estavam à disposição para reconstrução desse objeto. Não havia nada para que Paulo pudesse se localizar no amor do outro. A mãe morta por motivos pouco claros, associados a uma aparente morte “natural” por doença, era a marca irremovível de desamor ao qual ele se agarrava para se conceder qualquer possibilidade de autoperdão e de resistência as nomeações desonrosas que o tornavam signatário de um caminho infame.

A denúncia de Paulo sobre o luto interrompido da perda materna, não honrada pela memória do outro, também indicava algo sobre a posição paterna nesse processo. Parecia que o lamento e a autodifamação⁷⁶ concentravam também a descarga de outro ódio. Tudo sugeria que o pai, assim como impedira à distância, e desafetadamente, a honraria à memória do “irmão” mais jovem de Paulo, morto pelo tráfico, também teria selado com a multidão anônima (alteridade) o pacto que desmentia a importância da vida encerrada para sua mãe. Vida que teria seu valor reafirmado na honraria de suas memórias no trabalho afetivo de luto entre os seus. Entretanto, o pai de Paulo parecia ser um agente fiel dessa multidão anônima que insidiosamente estabelecia horizontes ontológicos impossíveis para sua paternidade e para os corpos que, como o seu, “emergem das zonas de desaparecimento para se transformar em corpos expostos à violência e à morte enquanto se reúnem e persistem como fazem” (Butler, 2018, p. 58).

O pacto de não se render à solidariedade com os filhos, ao trabalho de luto pela parceira, definia grande parte do ódio inconsciente de Paulo pelo pai. As memórias eliminadas, silenciadas, recusadas para a criança que Paulo fora depositavam registros disruptivos sobre o não lugar da mãe na história afetiva parental. Isso estabelecia a imposição

⁷⁶ “a impressão de que freqüentemente as mais violentas delas dificilmente se aplicam ao próprio paciente, mas que, com ligeiras modificações, se ajustam realmente a outrem, a alguém que o paciente ama, amou ou deveria amar” (Freud, 1915/1996c, pp. 253-254).

de algo insuportável que reafirmava em relação a um amor fundamental a mesma posição de suspensão ontológica dada pelo outro às menos vidas que essa alteridade elegia para precarizar. Nos termos de Freud, isso impedia que “cada uma das lembranças e expectativas isoladas através das quais a libido está vinculada ao objeto” (1915/1996c, p. 250) fosse objeto da hipercatexia pulsional, que garante o alívio da culpa melancólica em função da honra ao lugar de amor (e a vida) que se deve ao outro.

A figura paterna, inicialmente protegida na transferência com o recurso de desvio de qualquer avaliação sobre ela, pouco a pouco, ganhou expressões descritivas mais honestas em suas narrativas. Isso só foi possível quando Paulo já não via mais motivos para tentar salvar algo desse pai, uma vez que sua solidão diante da morte só expunha sua patente desproteção. A autoridade moral que ele emprestava a essa figura, aparentemente apenas pela formalidade de ter uma origem primária sustentadora da identidade viril, foi sendo cruelmente desconstruída pelo teste de realidade.

A voz do pai foi acomodada no desejo de Paulo não como autoridade afetiva que possibilita, mas como norma tirana que odiava e destruía o próprio sangue através de uma aliança inconsciente com o poder corrosivo do outro. Uma alteridade que agia, desde as origens, promulgando o impedimento do lamento legítimo da morte e das outras perdas que a desigualdade social impôs no seio de sua família. O pai, vítima desprotegida também que era, fazia assim cumprir, através da função desafetada de sua virilidade infantil, a defesa subjetiva que se desobriga da exigência de elaboração sobre suas origens na relação com o outro, desonrando a experiência ontológica de sua prole. E o enredo protagonizado pelo paciente durante as internações não deixara dúvida de que, em relação à existência dos seus, o pai seguiria atendendo ao decreto desse outro, abrindo mão de reivindicar a vida e a morte do próprio filho.

A frágil função do pai foi brutalmente revelada na medida em que ela própria mostrava-se alinhada à violência de origens antienigmáticas - na qual a alteridade satisfaz suas pulsões mais inclementes e dessubjetivantes nas relacionalidades que suspendem de forma deliberada as vias de sustentação da vida que elas deveriam possibilitar. Tratava-se de uma frágil organização defensiva cruelmente destruída pelo teste de realidade imposto pela própria finitude⁷⁷ para qual o próprio paciente caminhava.

⁷⁷ “alguém cujo único objetivo tem sido ocultar as fraquezas de sua própria natureza . . . precisa adoecer para ter acesso a uma verdade dessa espécie” (Freud, 1917/1996d, p.252).

No enredo vivido no cuidado, já em um cenário crítico de luta pela vida, Paulo não pedia a ligação para família, mas para a figura que ele elevava desesperadamente a uma posição fundamental: a namorada (que se mantinha a uma distância de pouca intimidade com o paciente), era um pedido feito por um agonizante à psicologia, já enfraquecido demais para realizar o ato. O pedido fora atendido com o anúncio claro a ela sobre o momento decisivo de fragilidade, mas acolhido por alguém que recebia a demanda com indisponibilidade e como uma sobrecarga não prioritária de uma vida também muito difícil.

O pai recebera igualmente uma ligação da psicologia, um recurso retórico que não pressupunha nenhuma resposta significativa, mas que, por seu endereçamento, o recrutava irremediavelmente para a experiência trágica do outro, ainda que como testemunha desinteressada. Essa ligação fora realizada mesmo com o alerta irônico feito pelo paciente que julgava haver ingenuidade no ato, já que sabia que o chamado do hospital seria ignorado pelo genitor. Na conversa, a psicologia informara o porquê da demanda por sua presença, indicando ser uma demanda institucional em função do momento delicado e decisivo de cuidado do paciente, o que foi recebido pelo pai sem maior preocupação e com alegações de dificuldades da vida cotidiana (que foram objeto da organização prevista pelo hospital para não haver prejuízo trabalhista ao genitor). Após o agendamento realizado, o pai não apareceu, como era esperado.

Poucas semanas depois, após Paulo ter conseguido uma pequena saída para casa, com rápido retorno, Paulo faria nova internação. A última. Quando já inconsciente e em falência, uma mulher se apresentou como sua noiva no CTI. Era a namorada que o acompanhava à distância. Foi das poucas vezes que a nova companheira, com quem Paulo sonhava morar, aparecera. Foi ela, uma quase estranha, a única pessoa que se apresentou para prantear a notícia provável de morte do paciente, o que fez com surpresa em função do desconhecimento do quadro que se arrastava, anunciando o desfecho já há algumas semanas. O discurso, quase um devaneio, narrava um casal comum que pretendia se casar e que guardava uma intimidade cotidiana de construção de um futuro juntos com total apoio familiar.

Não havia ali a coragem de nomeação de uma relação construída às pressas sob o governo da ameaça opressora de mortalidade do parceiro. Havia uma atitude respeitosa que mantinha como que ignorada a experiência solitária de Paulo. Era uma tentativa, ambiciosa e inocente, de aceitar o pedido desesperado do paciente pelo encontro com qualquer outro que o pudesse amparar de forma vital. Mas era também uma demanda “aceita” sob intenso conflito, que resultava em uma relação nomeada como íntima, mas somente suportada à distância. Parecia haver nisso a sustentação de um objetivo nobre e respeitoso para ambos. Havia nessa

pactuação a honra dada por um belo jovem a uma mulher envelhecida pela vida de desigualdade social, que também o encontrara em posição de desproteção e também já se sentido menos desejável como homem.

A história narrada em atendimento com a psicologia no CTI trazia todos os apelos defensivos revisionistas que mascaravam um enredo complicado. Isto é, a história de desconhecidos que, ainda que precariamente, tentavam se apoiar mutuamente em suas vivências de desamparo. Apesar de ter se inserido pouco no cuidado de Paulo, muito chorosa, ela trazia na fala os lutos e lutas vividos com pessoas perdidas em sua própria trajetória, iluminando com seus traumas, aqueles que supunha que Paulo também enfrentara. Eram dores que carregava e que pouco refletiam conhecimento sobre a realidade do paciente.

5.11 Outros terrenos de subjetividade: a política da melancolia

Muitas vezes, em nossa experiência clínica no hospital, testemunhamos as cenas de intensa desorganização psíquica na receptiva da notícia de morte. Não raramente, a prática ruidosa de velamento se mostra nos corredores da instituição por parte de pequenos coletivos de familiares e de pessoas da comunidade. Nota-se que, mesmo em situações de aparente motivo para melhor acomodação dos eventos de finitude, o ator do cuidado carrega uma desconfiança paranoica ao adentrar nas cenas mais tensas de contato com as famílias. Isto é, há sempre a sensação de que uma explosão de agressividade está por ocorrer.

No trabalho em saúde no Brasil, essa sensação persecutória faz sentir o peso de uma dívida impagável que se deposita, de forma desproporcional, sobre os ombros do agente público de saúde, que necessariamente é mensageiro da tragédia para a comunidade que se insere no cuidado hospitalar. Uma das memórias mais dolorosas que carrego dessas cenas refere-se a uma situação clínica vivida com uma mãe preta, visivelmente esmagada pela crueldade social, que em posição fetal, recebia de mim a única resposta que cabia diante de seu sofrimento solitário pela descoberta do óbito do filho preto morto pelo tráfico. Autorizada pelo afeto, depusitei sobre seu corpo magro e frágil um abraço respeitoso de consternação e a acomodei como uma criança ao meu peito, enquanto aguardava que suas lágrimas lavassem parte pequena de sua dor. Ali, silenciosamente, também com um fio de pranto contido e disfarçado, eu enunciava a ela um pedido de perdão - uma tentativa sem efeitos de reparação para o que a brutalidade social causara a sua história.

Contudo, amiúde, nessas situações, é a lamentação em altos brados que se impõe. Um clamor agressivo que não aceita nem mesmo a resposta mais “sincera” de clemência do outro, que profere acusações e impropérios, que endereça uma negativa de estabelecer um

pacto de confiança com aquele que justifica a morte violenta e/ou precoce a partir da interpretação exclusivamente biológica.

Ali está uma alteridade cujas raízes muitos profissionais de saúde insistem em ignorar. Essa dor não encontra traduções nos tratados psicanalíticos que a associam a estruturas clínicas fruto de arranjos transcendentais da linguagem. Trata-se de um grito de revolta que o ódio faz transbordar, junto com a dor da perda, e que reivindica uma legítima reparação do outro para a vida que foi programada para o sacrifício. Era esse afeto que a transferência testemunhava no mundo subjetivo de Paulo, o mundo das origens e o mundo atualizado nas relacionalidades do cuidado.

Nesse circuito se via que a descarga destrutiva da reivindicação tentava apresentar o que fica “de indizível aqui, não para produzir um discurso que preencha o vazio, mas para colocar o problema da convergência da proibição social e da melancolia, de como as condenações sob as quais se pode viver se transformam em performances de repúdio, e como os processos de luto que emergem contra a lei pública constituem também esforços conflituosos para que se supere a raiva emudecida de nossos próprios repúdios” (Butler, 2022, p. 136).

Muitos eventos ligados à brutalidade sexual da invasão do corpo pelo outro impulsionaram os estados melancólicos de Paulo, alguns da ordem do curso sofrível de tratamento, como demonstramos, é verdade. Contudo, eram os registros da vida fora dos termos normativos que definiam, desde as origens, qual seria a experiência ontológica possível autorizada pela alteridade para o paciente. Aí se estabeleciam os termos da precariedade, ou seja, que o reduziram à vida matável, subjugada às descargas de violência e prazer do outro. Nesse sentido, o enredo sócio-histórico-subjetivo-libidinal que a alteridade estabelecia indicavam horizontes estreitos de vida para o paciente. Além disso, esses horizontes definiam em torno dele um circuito equivalente de precariedade para os seus, circuitos que interromperam a vida materna e, igualmente, as vias afetivas e sociais que poderiam proteger essas memórias sobre o objeto de amor perdido, criando recursos de integração narcísica para o mundo subjetivo de Paulo.

Notadamente, esses elementos referem-se a caminhos da subjetividade que se estendem para além de seu campo aparentemente privado. Na verdade, eles marcam um território de indistinguibilidade do público e do privado no qual o sintoma melancólico lança o instrumental do luto em um domínio político destrutivo para garantir vias de sobrevivência psíquica. Nesse território nebuloso, a vida encarna e resiste de forma ambivalente aos termos disruptivos da alteridade, colocando-se a serviço da destrutividade política da pulsão.

De outro modo, é possível considerar que a tentativa de ruptura com os termos de inteligibilidade dessa alteridade apresenta-se corrompida pelos mesmos registros insidiosos com os quais tenta romper, o que insere o mundo psíquico dos afetos na dinâmica violenta dos ataques melancólicos. Ou seja, termina por ser equivalente a condenar a existência subjetiva a “se tornar o acontecimento do luto, no qual, surgindo do indizível, a linguagem é portadora de uma violência que leva aos limites do que é possível pronunciar” (Butler, 2022, p.136) - tendo, por isso, amiúde, sua capacidade plástica e representativa rompida pelo afeto em vias destrutivas de descarga.

Assim sendo, é inevitável, antes de passarmos às considerações finais sobre a construção clínica do caso Paulo, tomarmos o caminho que demonstra como o sintoma pulsional que testemunhamos no enredo existencial do paciente e nas cenas de intenso sofrimento da política de saúde se inscreve na esfera política de precarização da vida.

Butler (2017) destaca de forma fundamental como a melancolia guarda em seus mecanismos de apresentação a chave para a compreensão da interioridade externa da subjetividade. Isto porque ela demonstra, a partir dessa categoria conceitual, o modo como a melancolia se nutre de tecidos sócio-psíquicos. Nos termos da autora:

A descrição da melancolia explica como os campos psíquico e social são produzidos em relação um ao outro. Assim, a melancolia oferece uma possível elucidação de como os limites do social são instituídos e mantidos, não só à custa da vida psíquica, mas também ao vincular a vida psíquica a formas de ambivalência melancólica (Butler, 2017, p.176).

No caso Paulo, encontramos muitos caminhos que mostravam a política da melancolia nas formas afetivas que ele elegia para sustentar suas alianças com o outro. Eram estados vividos em franca hemorragia libidinal em função de um enredo artesanalmente forjado para consumir sua vida e a vida dos seus.

A fim de se criarem recursos explicativos para esses estados afetivos extremos, é preciso insistir no modo como os registros da enunciação sociohistórica se atualizam nas relacionalidades em distintas cenas através de atos ilocucionários que epidermizam a “identidade” libidinal dos corpos. A materialidade sócio-subjetiva-libidinal desse arranjo é decisiva para a determinação reflexiva que se instala na relação eu-outro e na dinâmica constitutiva da subjetividade. No caso Paulo, a alteridade que cria formas de inteligibilidade para diferenças, tentando suspender termos vitais para experiência ontológica do paciente, revela-se no modo como a precarização da vida se mostra nas diferentes cenas nas quais os

registros decodificados pela psicanálise evidenciam a destrutividade do outro - que tenta fazer desaparecer a vida, com a desigualdade social; que ceifa a jovem vida da mãe de Paulo e silencia o luto em sua memória, que o alicia para o tráfico de drogas e depois tenta descartá-lo precocemente pela tentativa de homicídio, que fomenta a desídia da política pública; que encarna nas relacionalidades da instituição pública de saúde o *ethos* afetivo de incúria. Todos esses circuitos são invisibilizados por estratégias sofisticadas que repetem o trabalho fatal de uma alteridade funesta, quase confundida a uma força significativa profética.

A melancolia interiorizada como resposta pulsional de vida e de morte por Paulo dá mostras de que as tragédias se instalam na experiência subjetiva através da materialidade das cenas protagonizadas entre corpos. E nesse composto societário encontra-se o trânsito pulsional dessa alteridade psicosssexual que se deposita mais ou menos aderida a certos códigos narrativos.

O enredo traumático de Paulo remete a muitas outras tragédias subjetivas que envolvem corpos marcados pela precariedade. Mas fica pouco claro nessas tragédias como o domínio simbólico se articula para produzir eventos tão disruptivos na experiência singular de cada sujeito. Na história de Paulo, a profecia paterna o alertava de que ele terminaria à mercê da própria sorte, em função de suas experiências de envolvimento com o tráfico. Além do pai, os “efeitos” do significante pareciam ganhar espaço no modo como os atores do cuidado lançavam suas previsões em relação ao comportamento do paciente, por exemplo, afirmando que não adiantaria tentar certos caminhos para o tratamento porque ele não aceitaria. E mais, o próprio paciente fazia do evento de perda precoce da mãe um sinal profético que o teria sentenciado a um caminho trágico sem escolhas. Esses e outros elementos de linguagem faziam parecer que a palavra detinha sobre a vida um poder de Lei, o qual, uma vez contrariado, pesaria sobre o sujeito como maldição. Uma palavra que estabilizava o poder paterno como significante organizador de uma cadeia de experiência submetidas à força estruturante da linguagem.

Rapidamente, a partir desse contexto, poder-se-ia recorrer a perguntas familiares ao universo da psicanálise: seria essa realidade simbólica uma sentença ligada ao poder da estrutura, significante ou real, única capaz de organizar e estabelecer os termos de inteligibilidade e existência para o sujeito? Talvez alguns projetos de psicanálise dissessem que, sim. Dessa forma, estaríamos de novo no território teórico no qual o inconsciente se entifica através de registros que alcançam o domínio do metafísico. Dentro dessa lógica, um tipo perigoso de estruturalismo ontológico se estabelece (Dunker, 2007). E os efeitos da estrutura rígida de parentalidade ganha o poder de projetar no futuro, e, longe de si, os

produtos que condenam a subjetividade a uma experiência seriada e sem atualização na ordem do vivido. Isso indica que sob a máscara normativa da estrutura significante estará o sujeito por ela perseguido e fabricado. Vida a colher materialmente as consequências de ser marcada normativamente como resultante do que se insere ou escapa da Lei parental que transcende a todos por estar imune e soberana em relação às experiências societárias concretas.⁷⁸

Entretanto, há também outra psicanálise, que ilumina o caminho invisibilizado do enredo traumático na materialização histórica das cenas que formam a tragédia para além do território mais interiorizado da subjetividade (onde se sabe ordinariamente que o inconsciente passa a compor também a defesa melancólica que protege-desprotege o eu da força destrutiva da pulsão). Mas, assim como apontamos no caso Paulo, seguir o fio condutor que nos leva até os territórios políticos da melancolia pede o incursu pelas tragédias que orientam o desenvolvimento teórico da psicanálise, mais especificamente pela tragédia de Antígona.

Antígona, peça da trilogia tebana de Sófocles escrita por volta de 442 a.C., oferece elementos muito ricos que ajudam a explicar como a subjetividade melancólica está indissociada das experiências sociais e psíquicas que a definem. *Antígona* é a terceira tragédia do ciclo tebano apresentado por Sófocles, apesar de ter sido a primeira a ser escrita (Butler, 2022).

A trama refere-se à experiência vivida pelos filhos incestuosos de Édipo e Jocasta (Etéocles, Polínice, Antígona e Ismênia). Notadamente, Antígona é a protagonista do enredo por assumir a postura de oposição à ordem do rei, seu tio materno, com quem firma um jogo de forças, após um duelo de disputa pelo trono de Tebas entre seus dois irmãos, no qual ambos perdem a vida. Creonte, o rei tirano, sentencia Polínice à desgraça, decretando que o corpo do irmão de Antígona fique nu e insepulto, exposto à degradação, ao ataque de aves e cães e privado de honras fúnebres. Por desobedecer aos mandos de Creonte, Antígona é cruelmente enterrada viva.

Butler (2022) faz sua própria interpretação da tragédia grega em um diálogo frutífero com Hegel e Lacan. Obviamente, nosso interesse está no modo como ela toma outra psicanálise para tratar os limites da interpretação dada por Lacan à peça de Sófocles. Além disso, ao iluminar *Antígona*, Butler constrói chaves de leitura que aproximam a tragédia de Sófocles da tragédia de Paulo.

Inspirada pela forma pela qual Lévinas e Laplanche (Butler, 2022, 2017) propõem os modos como o trânsito da alteridade se estabelece através de registros (sinais) em cenas

⁷⁸ Na primeira Problemáticas deste trabalho desenvolvemos a crítica sobre a norma simbólica como hipóstase que perde de vista a materialidade sociohistórica dos corpos.

materiais sócio-afetivamente carregadas, Butler (2022,2017) mostra de que modo as maldições que articulam as três tragédias (Édipo Rei, Édipo em Colono, Antígona) têm uma força material condicionante para a tormenta protagonizada por Antígona. Essa afirmação se torna mais compreensível quando resgatamos suas articulações em diálogo com a psicanálise. A autora demonstra que a cena "deixa entrever atrás de si a multidão sem nome, destinatária da mensagem lançada" (Laplanche, 1993b, p.78), mas sem perder a característica do lugar singular, da variante única como “destinatário que é por essência enigmático mesmo se toma por vezes traços individuais” (Laplanche, 1993b, p.78). Butler (2022) demonstra como a maldição do oráculo de Delfos, perpetuada na catástrofe subjetiva dos atores nas três peças, não é efetivada pela universalidade familista que normatiza o incesto dentro de certos termos.

Nesse sentido, a maldição não é efeito de um mecanismo simbólico universal transcendente, ela é o resultado do terror imputado aos que estão fora da norma por quem “desfruta da autoridade final dos tabus que estabilizam a estrutura social como verdade atemporal” (Butler, 2022, p.59). Isto é, para a autora o incesto é definido pela formatação sócio-histórica da parentalidade heteronormativa. Isso faz com que a realidade mantenha oculta outro aspecto do que ela produz, isto é, “[a determinação que sabe o que faz] e não revela à consciência toda a verdade sobre si mesmo” (Hegel, 2013, p. 283, como citado por Butler, 2022, p. 67). Isso quer dizer que a lei funciona tornando estáveis e estruturantes os termos que acomodam confortavelmente certos corpos, enquanto (muitos) outros são relegados à perseguição ou à inexistência por se distanciarem da experiência ontológica que a norma tenta tornar universal.

Para Butler (2022), a lei simbólica, quando associada à superestrutura da linguagem, é dissociada da pluralidade movente da cena social, uma vez que termina sempre por impor uma conclusão exogâmica e heterossexual às tragédias tebanas e à experiência subjetiva que se propõe explicar. Segundo a autora, essa proposição metafísica da norma significante, aparentemente neutra, assume feições teológicas quando se distancia da diversidade dos corpos e das experiências sociais que atualizam os termos da linguagem (Butler, 2022). E essa dificuldade provocada pela transcendência da lei não se resolve quando, a pretexto de esvaziar sua importância normativa, os não contemplados por ela são agraciados com a benesse que os presenteia com o lugar de exceção - exceção que se dá aos corpos dissidentes, tais como, corpos pretos, mulçumanos, trans. Os corpos eleitos à posição exclusiva de perversos favoritos da lei, por sua exceção, alcançam nessa lógica, invariavelmente, a posição de amaldiçoados. Logo, isso faz com que a estrutura simbólica vigente se mantenha em posição

inalterada de soberania e poder, protegendo os que atendem a seus termos, enquanto seus excluídos seguem em desproteção e em maior precariedade.

Butler (2022) demonstra na apresentação dos atos narrados em cada cena o modo como “a ação futura prevista pela maldição se revela uma ação que esteve ocorrendo o tempo todo” (Butler, 2022, p.109), evidenciando também que “as palavras projetaram no futuro o que já vinha acontecendo” (Butler, 2022, p.109). A análise de *Antígona*, feita por Butler, revela o que demonstramos, com as ferramentas psicanalíticas, na cena subjetiva das relacionalidades do cuidado no caso Paulo. Os atos e narrativas invisibilizados compunham uma estrutura simbólica - ilocutiva, inaudita, enunciativa - que aprisionava a subjetividade no circuito sintomático da melancolia, no qual o trânsito inconsciente mostrava-se tanto através da seriação do sintoma psíquico de Paulo quanto do *ethos* erótico-afetivo da alteridade que o excedia e dava intensidade.

Essa alteridade, multidão anônima que fala em mim e no outro, impunha-se com uma força antienigmática, disruptiva, instaurando uma troca afetiva generalizada de desconfiança, hostilidade, intolerância e desprazer. O processo pulsional reinante era matéria de queima infalível que se mostrava de forma mascarada em algumas narrativas dos atores do cuidado, “ele é aquele perfil, né, usuário, envolvido com coisa errada, pede morfina toda hora”, “não irei ficar insistindo com marginal, não”) estruturas significantes que “projetavam” atrás de si um rastro de escolhas técnicas ruins ou atos deliberados de incúria encobertos por justificativas cínicas. A construção clínica revelava conteúdos ligados a esses registros que ganhavam formas bem definidas no cuidado, depurando pela narrativa, pelo ato, pela “não” narrativa e pelo “não” ato a maldição, ato ilocutivo, que “estabelece uma temporalidade para ação que ela mesma ordena [e] que precede a própria maldição” (Butler, 2022, p.109).

De forma preocupante, Paulo selava pelo vínculo melancólico sua lealdade à maldição, mantendo-se aguerrido com as políticas ditadas pela melancolia. Assim ele provava que “A palavra trágica ... é fatalmente fática . . . pois verdadeiramente se apodera do corpo que mata” (Butler, 2022, p. 112). É preciso insistir na compreensão de que esses registros indiciários encenados pelas relacionalidades, apesar de transmitidos por atores encarnados no cuidado, não são automaticamente fabricados ou mantidos isoladamente por quem os enuncia, os lastros dessa alteridade estão aderidos aos termos de inteligibilidade que a cultura estabelece para legitimar ou sabotar as diferentes formas de existência - o que Butler aponta que a psicanálise realiza ao associar a estrutura social da linguagem a uma fórmula de transcendência do significante com a finalidade de estabilizar os termos da parentalidade Edípica, isto é, heteronormativa e exogâmica, portanto. Inevitavelmente, outros sistemas de

inteligibilidade (raça, etnia, classe, gênero) serão também cooptados pelo processo inconsciente - governante dos modos de dominação-prazer que definem a colonização prazerosa do corpo do outro - situando uma verdade que excede temporalmente a cena de sua enunciação. Uma verdade que, por exemplo, não revela facilmente os determinantes da política afetiva que toma a diferença entre os corpos como algo que deve ser reduzido ao mesmo, à norma, sem considerar que há nessa posição uma ética que mira a descarga prazerosa e sádica de dominação (colonização) do corpo do outro .

Isso nos indica também que a encenação do cuidado encarna “apenas retrospectivamente o sentido de um passado necessário e persistente, confirmado pela enunciação que o prediz, em que a predição se torna o ato de fala por meio do qual uma necessidade já em operação se confirma”. (Butler, 2022, p. 113) De outro modo, a cena de cuidado é um ato temporal atrasado instaurado por registros de outras cenas que a narrativa apenas precariamente faz atualizar para seus atores. E nesse cenário a psicanálise cumpre a difícil missão de traçar

a história errática de tais enunciações . . . Ela pode oferecer uma maneira de interpretar a maldição, uma força aparentemente premonitória da palavra, carregada de uma história psíquica que não pode adentrar plenamente a forma narrativa. A palavra criptografada traz dentro de si uma história irrecuperável, uma história que, em virtude de sua própria irrecuperabilidade e sua enigmática vida futura na forma de palavras, carrega uma forma cuja origem e final não podem ser totalmente determinados” (Butler, 2022, p. 114).

Além disso, cabe à psicanálise alertar sobre formas de quebrar a maldição, de desacreditá-la, mas de também demonstrar que

quem profere a maldição do presente, ou se encontra em meio à efetividade histórica da palavra, não pronuncia, como um ventríloquo, precisamente as palavras provenientes de uma fonte prévia. As palavras são reiteradas, o que intensifica a sua força. A agência que realiza essa reiteração conhece a maldição, mas compreende mal o momento em que ela participa de sua transmissão (Butler, 2022, p. 115).

O trágico da maldição subjetiva é que ela se alimenta da alma de quem a vocifera. Paulo demonstrava isso quando encenava a força da violência pulsional. Ao dizer, “eu já matei, Paola”, Paulo dá provas de que assimilava os termos da soberania que o condenara à morte. A mensagem antienigmática ganhava na afirmação da identidade do Eu a face do outro

(aquele que se mostrava como multidão anônima nas muitas tentativas de aniquilamento da existência de Paulo). Entretanto, embora Paulo demandasse tornar a aniquilação da vida algo autêntico e orgânico, aceitável - o que fazia através da nomeação valente do ato ao outro - ele recebia a resposta de outra face da alteridade na tina de transferência. Isso indicava também que o próprio ato de fala de Paulo era uma re-atuação, extensão da cena de assassinato, exatamente como Butler aponta ter ocorrido no ato de afirmação pública de desobediência que Antígona faz a Creonte em confronto à lei. Isto é, “uma forma de completá-lo, [e é isso] também o que implica . . . um excesso” (Butler, 2022, p. 38). E, atenta à transferência, estava a construção clínica que se abstinha de responder à demanda de aliança política do sintoma melancólico, apresentando outra aliança, aquela que se abre ao enigma do outro:

Mi relación ética de amor por el otro proviene del hecho de que el yo no puede sobrevivir por sí solo, no puede encontrar ningún sentido dentro de mi propio ser-en-el-mundo . . . Exponerme a la vulnerabilidad del rostro es poner en cuestión mi derecho ontológico a la existencia. En la ética, el derecho de existir del otro tiene prioridad sobre el mío, una prioridad personificada por el mandato ético: no matarás, no pondrás en peligro la vida del otro (Butler, 2006, pp. 166-167).

Assim sendo, na cena de confissão orgulhosa do assassinato, o que parece uma afirmação da potência narcísica e do pertencimento de si, que visa confrontar o outro, torna-se parte do sintoma funesto definido pela alteridade que dá vida à melancolia. Isto é, Paulo, ao tentar a afirmação de si mesmo com uso da tirania, faz da “apropriação que traz em si traços de uma recusa . . . uma assimilação dessa mesma autoridade” (Butler, 2022, p. 39). E, nesse sentido, Paulo cede à colonização pulsional violenta da mensagem e da norma que qualifica vidas como menos vidas. Para Antígona, a lei que segue condenando sua forma de parentalidade incestuosa⁷⁹, repete em seu caminho um modo de inteligibilidade circunstancial

⁷⁹ A leitura de Butler dialoga com a análise de parentesco desdobrada de Lévi-Strauss e com a psicanálise estruturalista/pós-estruturalista. Especificamente, a autora problematiza a pretensão de universalidade da lei edípica, uma lei permanente e extramaterial que, não raramente, é metaforizada com uso de noções teológicas e com a afirmação de sua força invariante. Trata-se de uma categoria conceitual que se desdobra de uma essência metafísica permanente que, embora circunstancial, é elevada a ordem universal e, para isso, toma por base o binarismo da diferença sexual dos corpos. Ainda quando dissociada da natureza, a noção de lei do pai “refere-se à estrutura matemática como recurso transcendente capaz de revelar uma verdade atemporal (e por isso, natural). Em nenhum dos casos, como estrutura formal da linguagem ou do real (uma espécie de verdade matemática da natureza), a Lei considera a circunstancialidade sócio histórica e temporal dos termos que a definem. E, do mesmo modo, subvaloriza o realismo sexual que excede a dinâmica binária dos sexos. É o que se pode ler por exemplo na seguinte citação da teoria lacaniana: “Édipo do qual Lacan previa, outrora, que ele um dia serviria para re-insuflar uma imagem do pai deteriorada pela ascensão do capitalismo. A função do desejo em afinidade com a transgressão e desafiando toda norma por ser determinado pela lei (segundo a palavra de São Paulo): ‘Eu não conheci o pecado senão pela lei’”(Miller, 2013, pp. 2-3) e ainda. . . “A natureza deixou de ser crível. Desde

que condena seus modos de vida ao terreno da vilania e do intolerável. A lei do pai na tragédia, que deriva da parentalidade heteronormativa, faz da voz simbólica da linguagem uma autoridade que se universaliza pela suspensão de mecanismos de reconhecimento de diferenças subjetivas essenciais para manutenção da vida do outro.

Na esteira dessa realidade, que Butler revela, guiando-se pela desconstrução da valorização da norma (real ou simbólica) como recurso explicativo dos processos de subjetivação, denuncia, além disso, a contribuição dessa mesma norma para os processos de sofrimento subjetivo que tenta explicar. Nesse sentido, Butler destaca ainda como a melancolia tem seu mecanismo sintomático alimentado em circuitos políticos que se enraízam na vida psíquica, tornando a parentalidade um dispositivo que indissocia a vida pública da vida privada, inevitavelmente elevando os processos subjetivos, e seus sintomas, também a essa realidade.

Por meio da análise de *Antígona*, finalmente, a autora demonstra como a melancolia é, ao mesmo tempo, um recurso social e psíquico da subjetividade que instaura na vida anímica formas de resistência política que não se mantêm senão ao preço do consumo vital dos corpos. Isso evidencia que a produção seriada do sintoma melancólico (em *Antígona*, em Paulo, em muitos), apesar de mortífero, é um dos muitos sintomas formados, paradoxalmente pela pulsão, na tentativa de “adentrar a linguagem da lei para interromper seus mecanismos unívocos” (Butler, 2022, p. 119).

Embora a lei simbólica seja apenas uma forma circunstancial disseminada de “normalização preventiva do campo social” (Butler, 2022, p. 120), ela exerce um poder de assegurar a legitimidade das maldições societárias destinadas à distribuição desigual das formas de precarização de corpos tomados como dissidentes. Entretanto, a maldição que torna vidas matáveis, ou indignas de serem enlutadas, tem sua força referendada em contextos societários específicos que se impuseram de forma violenta através de diferentes sistemas de inteligibilidade vivificados como estruturas transcendentais pelos signos de linguagem ao longo do curso da história. Sistemas que são dirigidos (como negação) contra qualquer forma de vida que ouse “incestuosamente” ameaçar com sua diferença o narcísico sádico da soberania fálica-branca-heterossexual (e rica) - para localizar só algumas de suas referências normativas. Ou seja, isso indica: a capacidade estruturante da linguagem que estabiliza os termos do parentesco edípico nas origens normativas da subjetividade, ditando modos de legitimação para a organização do normal e do anormal, não detém força explicativa, ética e

que a sabemos escrita em linguagem matemática, o que ela diz conta cada vez menos, ela se retira, cede lugar a um real” (Miller, 2013, p. 3) .

mantenedora para a subjetividade fora da realidade singular na qual se origina. E, ao impor sua pujança em outros domínios, ela própria dá forma ao sistema normativo que condena ao desaparecimento e à precariedade outras formas singulares de parentalidade, sexualidade, etnia.

Na esteira desse pensamento, ao reinterpretar *Antígona*, Butler (2022) demonstra como a tragédia reflete uma condenação, cuja consequência é uma forclusão que atua “excluindo desde o início qualquer forma de vida e de amor que ela pudesse ter tido” (Butler, 2022, p.133). Na tragédia de Paulo, igualmente, as narrativas da lei (por ele, pela equipe, pela família, pela sociedade) eram, na verdade, mensagens de uma alteridade que se impunha efetivamente realizando suas metas através de mensagens enigmáticas que as palavras, só cinicamente, faziam lembrar.

De modo sintético, diríamos que a alteridade que a construção clínica do cuidado revelava excedia temporalmente a enunciação das cenas narradas e se mostrava no enredo da melancolia de Paulo através de muitas perdas, lembranças traumáticas, cenas de precariedade, figurações e sentidos opressores, remetendo: a) à criança que fora condenada à desproteção pela morte precoce da mãe e privada do luto e das memórias desse objeto; b) ao deserto afetivo das origens primárias - que tem na profecia do pai a formalização do abandono, dando forma também à figura primária a recusar (desistir) de saída do outro e da responsabilidade de apresentar-se como fonte mantenedora de vida e cuidado, selado, assim, o pacto com a profecia de inexistência de futuro para uma criança pobre e sem mãe; c) a precariedade imposta a uma vida marcada como menos vida, privada de direitos, condenada ao desaparecimento na periferia, exposta, já na pré-puberdade, ao uso de substâncias e à violência do tráfico, e, um pouco mais tarde, à dependência de anestésicos, ao prazer que flerta com a morte, e ao crime, antes mesmo de atingir a maioridade; d) ao corpo virilizado pelo sabor sádico de domínio do outro que fecha pacto com a política melancólica, isto é, aquela que pressiona para aniquilar o próprio eu, ao mesmo tempo em que cria formas de resistência, e que, por vezes ainda, revela-se em versões maníacas que igualmente reproduzem a sentença de tornar também a vida do outro uma vida matável.

Como tais, essas mensagens o condenaram a um circuito de respostas a uma tirania escandalosa no qual ele repetia com fúria o ódio de viver uma vida descartável, tornando também desprezível a vida do outro a quem matava. Mais tarde, já experimentando a morte na carne doente, reivindicava do outro, em hemorragia libidinal, uma reparação (para si, para a mãe, para corpos como seu). O ódio contido na demanda explorava ao seu modo os próprios termos que o tentaram emudecer. Era a alteridade, como a construção clínica fez mostrar, uma

exigência que, como mensagem enigmática, rosto do outro em mim, “não possui qualidade alguma, devendo apenas ser considerada como uma medida da exigência de trabalho feita à vida anímica” (Freud, 1905/1996a, p. 159).

Dessa realidade subjetiva massacrante surgiria a melancolia de Paulo, análoga àquela de Antígona: um produto ao mesmo tempo social e psíquico, forma política de subjetividade. Notadamente, em especial, uma garantia de existência singular para os “Paulos” que existem e resistem elegendo modos

de viver e de amar fora do vivível e fora do campo do amor, onde a falta de sanções institucionais força a linguagem a uma catacrese perpétua, não apenas mostrando como um termo pode continuar a ter significado fora de seus limites convencionais, mas também como essa forma obscura de significação pode minar uma vida ao privá-la do seu sentido de certeza e durabilidade ontológica dentro de uma esfera política constituída publicamente (Butler, 2022, p. 133).

5.12 Considerações finais

Com a apresentação detalhada dos diferentes registros da cena de cuidado em saúde, procuramos expor mais sobre os recessos da clínica e sobre a complexa atividade de construção que as ferramentas da psicanálise precisam alcançar para atingir o alívio do sofrimento humano. Essa construção demonstra que a subjetividade associada ao cuidado abre a experiência psíquica na direção da primazia do enigma do outro. Os diferentes registros decodificados nas camadas do cuidado indicam que as relacionalidades que habitam a cena subjetiva atualizam anacronicamente uma multidão anônima da qual as palavras falam apenas exigentemente.

Buscamos exibir como as linhas de força de comunicação ilocutiva do inconsciente atuam definindo o ethos afetivo do cuidado. Isso tem como efeito não só a invocação de reações na relação eu-outro, inclusive a que se estabelece na transferência analista-paciente, como também a nutrição da dinâmica pulsional do sintoma subjetivo. Nesse sentido, a Construção Clínica que a psicanálise em trânsito faz com suas ferramentas realiza artesanalmente a costura de cenas para revelar qual alteridade está colonizando a experiência ontológica do paciente e as relacionalidades que a sustentam no cuidado e para além dele.

Além disso, esperamos que a construção da clínica evidencie a intensidade com que o traumático se naturaliza no enredo subjetivo de Paulo, indicando como a tragédia psíquica é invisibilizada pelo cinismo e pela promiscuidade do significante, uma estrutura que, na ordem comum das narrativas, deixa à mostra apenas a violência reivindicativa do sintoma

melancólico. A construção clínica demonstra, portanto, a dupla dimensão psíquica e social do sintoma, apontando para a dobradiça que se articula em torno da situação antropológica fundamental, instaurada nas origens do psiquismo, mas reaberta, pelos modos por nós descritos, também no cuidado em saúde.

Por fim, com as contribuições de Butler, desenvolvidas a partir da teoria laplancheana sobre a primazia do outro no processo inconsciente originário, buscamos, com a aproximação das tragédias de Paulo e de Antígona, criticar a noção de transcendência da estrutura de linguagem na determinação do processo inconsciente e, conseqüentemente, na experiência subjetiva esgotando, nesse sentido, alguns dos caminhos de problematização da vida política do sintoma melancólico e do modo como a linguagem, obedecendo à ordem social de precarização de corpos, mascara uma maldição a qual serve e atualiza. Assim, apontamos como Paulo e Antígona possuem entre si uma espécie de aliança definida pela forma como sobrevivem à ordem social estruturante que normatiza a precarização de vidas quando estas são tomadas como dissidentes e, portanto, como menos vidas.

Na esteira dessa problemática, consideramos como a psicanálise em trânsito nas relacionalidades mapeia na construção clínica a direção da força inconsciente encarnada no processo subjetivo. Sendo assim, ao realizar sua função de costura artesanal de cenas, revelando a dinâmica afetiva da alteridade, a psicanálise não só produz efeitos terapêuticos para alívio do sofrimento humano, como também garante vistas aos sentidos que nutrem a violência, esvaziando as possibilidades de durabilidade ontológica de corpos.

Notadamente, esperamos ter assim, aberto caminhos para novos projetos de psicanálise no cuidado em saúde. Principalmente, esperamos ter fortalecido a potência de trânsito da psicanálise, alargada em suas ferramentas clínicas, autocrítica em seu próprio território teórico conceitual, para definir cenários mais promissores de alinhamento com circuitos diferentes de cuidado, especialmente aqueles que se inserem no cuidado público em saúde.

Entendemos também que algo só poderia se firmar nesse sentido com a elevação da centralidade da noção da prioridade do outro nas origens e na manutenção da vida. Outrossim, o universo ultrajante que diz que minha vida é invadida por uma multidão anônima que a antecede e subjuga, nutre a experiência mais íntima do mundo subjetivo que me anima, havendo, por isso, sempre a exigência de elaboração moral e incansável de significados para esse trauma sexual, de cuja miragem egóica de autopertencimento me presenteia justamente porque penetra e goza em minha interioridade.

Não sem razão, é possível compreender, nesse contexto, que a lida com a experiência humana que se propõe, técnica ou espontaneamente, a alcançar a manutenção de outra vida humana, isto é, a experiência a que podemos chamar de cuidado está, inevitavelmente, confrontada pela existência dessa realidade expropriada da vida subjetiva. Portanto, defender uma clínica que priorize o estrangeiro território de minha própria alma significa aceitar que a precedência do outro excede qualquer chance de se livrar da infame dependência que me submete a essa prioridade da vida para além de minha própria identidade e pertencimento.

Finalmente, isso termina por nos fazer compreender que a exigência de resposta negativa à vingança contra essa invasão condicionante de minha humanidade, mesmo quando dolorosa pela ausência de reciprocidade, impõe a mim e ao outro o dever ético de responsabilidade e de proteção intransigente do direito à existência nos termos, às vezes infames, de nossas inevitáveis diferenças.

5.13 Referências

- Araújo Júnior, F. A. de, Heinrich, C. B., Cunha, M. L. V., Veríssimo, C. A., Rehder, R., Pinto, C. A. S., . . . Borba, A.B. (2011). Traumatismo raquimedular por ferimento de projétil de arma de fogo: avaliação epidemiológica. *Coluna/Columna* [online], 10(4), pp. 290-292. <https://doi.org/10.1590/S1808-18512011000400008>
- Bíblia Sagrada. Bíblia de referência Thompson. (1992). Compilado e redigido por Frank Charles Thompson. (J. F. Almeida, Trad.). São Paulo: Vida.
- Bleichmar, S. (2005). *Clínica psicanalítica e neogênese*. São Paulo: Annablume Editora.
- Butler, J. (2006). *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2017). *A vida psíquica do poder: teorias da sujeição*. (R. Bettoni, Trad.) Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Butler, J. (2018). *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa da Assembleia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Butler, J. (2022). *A Reivindicação de Antígona: o parentesco entre a vida e a morte*. (J.D. Dias, Trad., 1 ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Cançado, M. (2008). *Manual de semântica: noções básicas e exercícios*. (2.ed. rev.). Belo Horizonte: Ed. UFMG.
- Carvalho, M. T. de M. (2012). Sofrimento psíquico, acontecimento traumático e angústia pulsional. *Revista Psicol. estud.* 17(3), 487-497. Recuperado em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/3Jmg8gW98TXYx79j65WmPxw/abstract/?lang=pt>
- Fanon, F. (2008). *Peles negras, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA.

- Freud, S. (1996a). Três ensaios sobre a sexualidade. In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., vol. 7, pp. 119-231). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1996b). Romances familiares. In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., vol. 9, pp. 217-222). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1909).
- Freud, S. (1996c). Observações sobre o amor transferencial. In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., vol. 12, pp. 177-188). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996d). Luto e Melancolia. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., vol. 14, pp. 243-264). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Ibertis, C. (2017). Figuração e figurabilidade: no início eram as sensações. *Revista Natureza humana*, 19(1), 57-74. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302017000100005&lng=pt&tlng=pt
- Kreling, M. C. G., Pimenta, C. A. de M. & Garanhani, M. L. (2004). A discriminação racial no tratamento da dor. *Rev. dor*. Recuperado de: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20140049>
- Kupermann, D. (2017). Estilos do cuidado: a psicanálise e o traumatismo. *São Paulo: Zagodoni*.
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. (Quinet, A, Trad., 2a ed.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1959-1960).
- Laplanche, J. (1993a). *A tina - a transcendência da transferência*. (P. Neves, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987)
- Laplanche, J. (1993b). Da transferência: sua provocação pelo analista. (M. M. Damião, Trad.). *Rev. Percurso*, 10(1), 73-83.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1990). *Fantasia originárias, fantasias das origens, origens da Fantasia*. (A. Cabral, Trad., 2a ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lima, F. (2020). Trauma, colonialidade e a sociogenia em Frantz Fanon: os estudos da subjetividade na encruzilhada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 72(Esp.), 80-93. Recuperado em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300007
- Lei n. 9.294 de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=9294&ano=1996&ato=17ek3Yq1UMJpWT3fb>

- Lei n. 12.546 de 14 de dezembro de 2011.* Restrição aos produtos de uso de fumo. <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/lei-ambiente-livre-decreto-8262.pdf>
- Lei n. 12.903 de 23 de junho de 1998.* Define medidas para combater o tabagismo no Estado e proíbe o uso do cigarro e similares nos locais que menciona. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=139989>
- Lei n. 18.552 de 04 de dezembro de 2009.* Altera a Lei nº 12.903, de 23 de junho de 1998, que define medidas para combater o tabagismo no Estado e proíbe o uso do cigarro e similares nos locais que menciona. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=142002#:~:text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%2012.903,similares%20nos%20locais%20que%20menciona.>
- Miller, J-A. (2013). Casamento homossexual: esquecer a natureza. *Rev. Opção Lacaniana online* 4(10), 1-3. http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_10/Casamento_homossexual.pdf
- Moraes, G. S. de & Coelho Júnior, N. E. (2019). Três aspectos de Eros em Silvia Bleichmar. *Jornal de Psicanálise*, 52(97), 133-146. Recuperado em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352019000200010
- Moreira, F. B., & Martinez, V. V. (2022). O primado do outro na prática analítica: contribuições de Jean Laplanche. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 25(1), 10–17. <https://doi.org/10.1590/1809-44142022001002>
- Moura, D.L. & Garruço, A. (2017). Desarticulação da anca – análise de uma série e revisão da literatura. *Rev bras orto.*, 52(2), 154–158. <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2016.09.001>
- Nogueira, P. C., Caliri, M. H. L. & Haas, V. J. (2006). Perfil de pacientes com lesão traumática da medula espinhal e ocorrência de úlcera de pressão em um hospital universitário. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 14(3). Recuperado em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300010>
- Resende, D. K. & Bedran, P. M. (2017). As construções da maternidade do período colonial à atualidade: uma breve revisão bibliográfica. *Rev. Três pontos*, 14(1), 52-59. Retirado de: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistatrespontos/article/view/15232/12128>
- Rosa, A. & Vechi, F. (2020). O cinismo segundo Foucault, Sloterdijk e Safatle. *Revista de Ciências do Estado*. 5(2). Recuperado em: <https://doi.org/10.35699/2525-8036.2020.20979>
- Sales, O., Oliveira, R. H. & Pacheco-Ferreira, F. (2016). Clivagem: a noção de trauma desestruturante em Ferenczi. *Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68 (2), 60-70. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000200006
- Santos, V. E. & Soares, C.B. (2013). O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo. *Rev. Sau. & Transf. Soc.*, 4(2), 38-54. Recuperado em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2214/2630>

- Sigal, A. M. (2012). Jean Laplanche livrou divã da burocracia. *Boletim On-line 21 do Departamento de Psicanálise - Sedes Sapientiae*. <https://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/index.php?apg=bvisor&pub=21&ordem=11>
- Silva, M. K. (2012). *A feminilidade originária nas psicoses* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Tenório, C-M. & Lo Bianco, A. C. (2017). Tradição clínica da psiquiatria, psicanálise e práticas atuais em saúde mental. *Rev. Psicologia USP*, 28(2), 206-213. <https://doi.org/10.1590/0103-656420150125>
- Torrecilha, L.A., Costa, B. T., Lima, F. B., Santos, S. M. S. & Souza, R. B. (2014). O perfil da sexualidade em homens com lesão medular. *Revista Fisioter. Mov.*, 27(1), 39-48. <https://doi.org/10.1590/0103-5150.027.001.AO04>

6 CONCLUSÃO GERAL

Nosso estudo sobre o cuidado a partir das contribuições psicanalíticas de Laplanche não pretendeu fazer o levantamento exaustivo da teoria desenvolvida pelo autor. Sem dúvida, isso poderia ter gerado uma segurança maior no emprego explicativo de nosso pensamento, caso tivéssemos podido acompanhar o desenvolvimento das categorias conceituais que utilizamos ao longo da obra laplancheana. Sabemos, por isso, ter assumido o risco de realizar uma interpretação menos rigorosa da evolução do pensamento do autor, mas acreditamos ter compensado essa dificuldade concentrando esforços em fortalecer o lastro explicativo de seus operadores conceituais em territórios antes não adentrados.

Também esperamos ter enriquecido as pontes existentes entre o pensamento psicanalítico de Laplanche e o pensamento político-filosófico de Butler, alcançando assim recursos de inteligibilidade para a experiência de cuidado em saúde que, no SUS, vale enfatizar, é sempre uma experiência subjetivante multideterminada, a qual precisa ser decodificada em domínios técnicos, éticos e políticos.

O apelo que realizamos ao desenvolvimento analítico conceitual de Butler sobre a teoria psicanalítica se justifica pela crítica cuidadosa e coerente que a autora estabelece, fazendo trabalhar as inconsistências da psicanálise a partir da própria episteme analítica. Ou seja, não se deixando enganar pelo conservadorismo apaixonado da doxa psicanalítica. Aliás, é justamente a doxa psicanalítica que esperamos ter, pelo menos em parte, desconstruído quando questionamos a força explicativa e a força de derivação terapêutica, ética e política de alguns pressupostos analíticos problematizados neste trabalho.

Tais pressupostos, como evidenciamos, estruturam a ordem cultural através da regulação normativa, tornando impensável o horizonte de inteligibilidade de inúmeras formas de existência. Com isso, auxiliam a compor uma lógica societária na qual os corpos dissidentes se transformam em vidas menos humanas. É o que Butler ressalta no caso da homossexualidade, demonstrando como a não participação na ordem familiar, estabelecida pelos termos do Édipo, transforma a existência homossexual não só em um ataque à família como também em um ataque à própria matriz de inteligibilidade sobre o que é tornar-se humano (Butler, 2022).

Notadamente, esse é um dos inúmeros núcleos de suspensão ontológica que a universalização de certas categorias da episteme psicanalítica estabeleceram em relação à ilegitimidade de existência de corpos tomados como dissidentes. Uma consequência inadmissível para um campo de conhecimento que se estabeleceu protegendo, explicando e

garantindo formas de despatologização para experiência de singularidade da vida humana. Como buscamos demonstrar ao discutir os termos epistemológicos da psicanálise, essas zonas de ilegitimidade das experiências antinormativas são fruto da tautologia viciante ao culto hegemônico da norma (seria mais um sintoma da destrutividade falocêntrica?). E essa hegemonia, como demonstramos, também é definidora de limites para as clínicas públicas da psicanálise (como Freud preferia nomear).

A crítica de Butler coloca em questão o fato de que algumas psicanálises não só não conseguiram tratar algumas formas de sofrimento como foram partícipes na produção normativa que potencializou essas experiências no curso da história até a atualidade. Importante destacar que a autora desenvolve essa reflexão apontando a fragilidade epistemológica de alguns operadores conceituais da psicanálise para explicação de experiências ontológicas antinormativas. Por derivação, se a psicanálise é por excelência um método de tratamento e investigação, isso representa a grave impropriedade dessas psicanálises na construção de uma clínica realmente comprometida com o alívio do sofrimento de corpos tomados como dissidentes. Nossa discussão a esse respeito serviu ao propósito de demonstrar que a psicanálise tem recursos para se exorcizar dessas matrizes conceituais, sem precisar abandonar outros muitos recursos conceituais. Aliás, são esses recursos que compõem a análise desenvolvida por Butler para abordar a forma como as políticas da identidade (minoritárias ou não) são respostas egóicas insuficientes, performances, que mascaram um campo prioritário de maior potência da vida humana, isto é, aquele que define a dependência inevitável da subjetividade ante a invasão do outro em seus territórios mais íntimos.

A partir desse adágio psicanalítico, Butler aponta a importância da experiência coletiva dos corpos em assembleia para constituição de alianças político-afetivas entre os que lutam por espaço e pela proteção de direitos através de pautas políticas definidas com base na identidade de segregação. Em nosso desenvolvimento, buscamos demonstrar a importância desse reposicionamento político – da noção de prioridade constitutiva da alteridade no universo da subjetividade – para o desenvolvimento de ferramentas psicanalíticas para o cuidado na política de saúde.

Ora, se a prioridade da experiência de precariedade dos corpos é gerada pela origem comum de desamparo da vida humana e, portanto, da radical dependência do outro, então também é determinante da necessidade societária de proteção (cuidado) para diferentes formas de existência. Nesse circuito, o processo analítico desenvolvido pelo instrumental da psicanálise que propusemos (a arqueologia e a curadoria clínicas) pode compor a avaliação da

distribuição afetiva da proteção garantida a alguns corpos e não a outros, o que torna a noção laplancheana uma categoria ética e política fundamental para o cuidado. Ou seja, um recurso analítico-conceitual de proteção de direitos deve visibilizar o quanto a alteridade trabalha de fato na dinâmica das relacionalidades, para mitigar ou potencializar a precariedade de corpos que não gozam do privilégio de atender à norma. Nesse sentido, a psicanálise irá contribuir para mapear como o ethos afetivo da alteridade subscrita nas relacionalidades faz a distribuição política de cuidado, definindo quais corpos devem merecer esse direito de proteção da vida .

Nessa direção, nossa pesquisa demonstrou como os termos de inteligibilidade da teoria da sedução generalizada podem romper com a clínica psicanalítica normativa, principalmente quando inserida no cuidado de vidas que seguem massacradas e perseguidas pelo simples fatos de não participarem do exclusivismo da norma - como acreditamos ter demonstrado ser a realidade da experiência assistencial da política pública no SUS.

No entanto, evidenciamos que a relação mantida entre a psicanálise e a saúde coletiva segue longe de ser problematizada de forma mais crítica, uma vez que a doxa psicanalítica mais conservadora ainda goza de uma autoridade em territórios políticos que deveriam justamente repudiá-la. Nesse sentido, nosso intuito no diálogo com a saúde coletiva foi demonstrar o modo problemático como alguns procedimentos clínicos são derivados da teoria e como estabilizam padrões de regulação social que afetam populações vulneráveis, enquanto se mantêm desconectados da realidade material-histórica dos corpos em sofrimento.

Em poucas palavras, buscamos indicar como o trânsito da psicanálise para saúde coletiva e para o ofício na política pública não pode ser o de uma transposição grosseira que visa afirmação fútil, a qualquer preço, da força explicativa da teoria. A psicanálise não pode ser transformada em um tipo de filosofia clínica que goza com a sofisticação da metafísica ao preço de invisibilizar existências que ela afirma ter o poder de explicar e aliviar, logo, de incluir e de proteger. Esperamos que outras pesquisas sejam realizadas no intuito de demonstrar como a sofisticação metafísica de algumas psicanálises seguem mascarando visões conservadoras e, portanto, violentas, que incidem no cotidiano da clínica (do cuidado), segregando os que ousam recusar os termos de consagração da normalidade definida pela benção estruturante do Pai (seja ele Oracular, Simbólico, Imaginário ou Real).

Na lógica desse argumento, buscamos com Laplanche e Butler apresentar outros recursos da teoria psicanalítica que, sem se afastarem da origem do processo inconsciente no circuito sexual de intimidade adulto-criança, não impedem de serem as relacionalidades primárias elevadas à dinâmica de uma alteridade que excede e desapossa a frágil identidade

dos corpos. Além disso, reposicionamos os termos da filosofia do sujeito, dos quais derivamos o modelo de inconsciente que julgamos ser mais próximo à praxis psicanalítica na clínica pública do cuidado.

Objetivamente, nossa intenção foi a de dirimir querelas que diminuam a potência das trocas entre esses dois campos de conhecimento, em função de desarranjos dos territórios de diálogo técnico-teórico entre ambos. Além disso, aproveitamos para reafirmar algo aparentemente desconhecido por muitos, isto é, a proposta analítica conceitual que afirma a exterioridade interna da subjetividade na Teoria da Sedução Generalizada (TSG), a qual que chancela a importância da cultura na formação do processo inconsciente e, portanto, na construção da clínica no cuidado. O que indicamos em nosso trabalho pela apresentação do modelo da tina laplancheana e pelo inconsciente- trança. Aliás, buscando a proposição de outra filosofia sobre a gênese de sujeito, tomamos a didática freudiana de representação pelo Vorbild para propor o inconsciente-trança e insistir que a experiência ontológica relativa ao inconsciente só pode ser pensada como “solipsismo” a dois”, isto é, em termos de subjetivação entre corpos que apenas precariamente guardam sua interioridade psíquica através dos retalhos identificatórios do tecido egóico.

Sem sistemas de derivação como esse, os psicanalistas que se inserem nas políticas de cuidado da população ficam à deriva e se perdem, sabotando as condições ricas de possibilidades para fazer trabalhar a técnica. Ademais, sem esse trânsito da ferramenta analítica entre o “dentro” da sessão e o “fora” da sessão, a subjetividade dentro-fora do psiquismo, a clínica fica presa na busca de um sujeito psíquico metafísico e invariante, que só é abordável a partir de um tipo de purismo analítico. E como buscamos demonstrar, isso provoca o desastroso encarceramento da subjetividade em um enquadre forçado que não alcança, para além da tonalidade psíquica ipsocentrada, as tonalidades sócio-históricas, políticas e éticas da pulsão.

Outro ponto que buscamos demonstrar se refere às consequências da clínica do estruturalismo ontológico do inconsciente para construção de respostas de cuidado que se comprometam com a experiência de autonomia dos corpos nos processos de saúde. A autonomia é uma categoria política da subjetividade e, mais claramente, uma importante reguladora da relação do agente da política pública com a população em atendimento. No cuidado em saúde, em especial, as balizas sobre a ética dos atos assistenciais precisam ser erigidas em torno das matrizes de significação que regulam a capacidade de autodeterminação dos corpos.

Dentro dessa lógica, buscamos evidenciar ser catastrófico reduzir o cálculo sobre as variações de exercício político da autonomia, tendo como recurso alguns adágios da teoria psicanalítica. Evidenciamos que proteger a singularidade no campo da autonomia, reafirmando a determinação da vontade de sujeitos em desproteção, é adentrar num fluxo de trocas libidinais de natureza ética e política. Isso significa assumir a necessidade de abandonar entendimentos baseados na defesa perigosa da orientação dada pelas trilhas do desejo inconsciente. Isso porque, nessa lógica, o desejo é retirado de seu campo nativo (dispersivo, de excitação-prazer, sem significação, domínio da alteridade desterritorializada e anacrônica), para tomar a face da vontade na experiência ontológica de um sujeito psíquico que luta para se autorregular (ainda que precariamente).

Assim, a clínica psicanalítica que se orienta pelo desejo inconsciente trilha o caminho da responsabilização subjetiva, que deixa atrás de si o lastro de culpa, isolando o sujeito em um universo anímico de mal-estar (que nada tem a ver com o outro, com sua invasão, e com os termos seletivos e violentos de sua moralidade opressora). Ou seja, a clínica transpõe soluções do campo de sua episteme para territórios de sua exegese, assim definindo procedimentos clínicos perigosos para a clínica pública em função da aplicação de sua doxa no cuidado de corpos que ela não fez abrigar. E como vimos, o norte ético dado pelo adágio “não ceder de seu desejo” pode se traduzir clinicamente em formas de regulação da autonomia no território crítico de abandono, conduzindo à precarização ainda maior de corpos invisibilizados que a política pública existe para proteger. Isso conduz ao entendimento de que, mais uma vez, a primazia da alteridade é anterior a qualquer tentativa egológica de autodeterminação, responsabilidade ou autonomia. Isto é, no inconsciente, lá onde o eu se voluntaria como culpável em função do suposto desejo de liberdade de decisão por seus atos, o outro governa soberano com atos mais condenáveis ainda - uma vez que o tecido egoico é, em parte, uma extensão do conteúdo inconsciente, ou seja, é também matéria derivada do recalcamiento dos registros de alteridade fundadores da vida anímica.

Em particular, entendendo que a psicanálise se insere na saúde coletiva sem que se faça uma marcação crítica dos recursos conceituais que são levados da teoria psicanalítica para dentro desse campo de conhecimento, buscamos apontar com nossas problemáticas as inconsistências desse sincretismo grotesco que tem como consequência a descaracterização da potência do cuidado e da própria terapêutica da psicanálise.

Essas preocupações, desdobradas de debates conduzidos em momentos áridos de construção da clínica na política pública, levaram-nos a tomar com maior prioridade os marcos filosóficos que evidenciam ser o inconsciente é algo que habita o estrangeiro, o que

está para além dos limites de si mesmo, também colonizando o universo intersubjetivo circundante como processo da cultura. Esse é um entendimento fundamental para quem emprega a psicanálise como ferramenta clínica no cuidado das políticas públicas, em especial no campo da saúde.

Nesse sentido, a localização sobre as coordenadas metafísicas ontoantropológicas da situação originária de sedução na TSG, tal como a definimos nos termos de negatividade e positividade da coisa inconsciente, pretendeu dissolver as compreensões apressadas que veem na extensa episteme psicanalítica apenas alguns dos recursos de sua doxa. Ou seja, buscamos desconstruir no diálogo com a saúde coletiva os arranjos teóricos que remetem a uma entidade psicológica autocentrada que sofre em um mundo solipsista desafetado pelas condições sócio-culturais.

Assim, entendemos ter materializado a importância dessa discussão ao demonstrar, na construção do caso Paulo, que o material clínico só alcançará alguma verdade sobre o sofrimento subjetivo no cuidado em saúde se abandonar a doxa clínica que pressupõe a psicanálise escutar a subjetividade apenas se concentrando na narrativa dada pela voz de um corpo isolado na sessão clínica e ignorando o modo como esse corpo atinge e é atingido pelas relacionalidades que o sustentam e narram (que diminuem ou aumentam sua precariedade) dentro e fora da cena de cuidado. Também pensamos ter desconstruído a visão que parte do pressuposto de que a psicanálise feita fora do consultório sofra por não possuir igual consistência, profundidade, ficando restrita apenas a camadas superficiais de acolhimento do sofrimento humano (principalmente por se dar em breves contatos entre analista-paciente).

Nossos sistemas explicativos derivam da noção de primazia do outro e cumprem, como demonstramos, uma função decisiva na construção da clínica pública do cuidado. A prioridade da alteridade no processo originário da subjetividade impõe que a psicanálise sempre considere a realidade dos corpos e das trocas que criam a condição de possibilidade para subjetivação. Definitivamente, essa visão da experiência subjetiva traz à baila a necessidade de transformação da episteme psicanalítica em ferramentas clínicas que atestam, nas qualidades da construção da clínica e na realização de seus procedimentos, a capacidade de criação de alianças.

Afirmamos ser a curadoria clínica essa ferramenta de proteção para os horizontes éticos de uma política de alianças em torno do fracasso comum de nossas balizas identitárias e, portanto, do valor absoluto que afirma nossa dependência vital de garantia do direito de existência do outro. Esperamos que outras pesquisas aprimorem a potência dessa metodologia

de desenvolvimento da porosidade clínica de escuta entre profissionais que trabalham com o cuidado nas políticas públicas.

Isto é, a fatídica realidade de “ser eu sendo outro” e de estar desprotegida no universos de minha própria identidade impõe a orientação ética de que essa condição de precariedade das barreiras de minha própria experiência ontológica defina não só os termos frágeis de minha existência sem o outro, mas também os modos de gravitação do ethos afetivo do cuidado que qualquer técnica, psicanalítica ou não, tem de proteger para sustentar os horizontes de vida para outros corpos.

Apesar de termos ficado em um território de trânsito entre a psicanálise, a epistemologia, a saúde coletiva e a filosofia política, avaliamos deixar fundamentos para o desenvolvimento de projetos psicanalíticos menos conservadores para o cuidado nas políticas públicas. De forma inconclusiva, esperamos também deixar caminhos para o desenvolvimento de uma psicanálise em trânsito (trans) e, por isso, antinormativa (não familista, não estruturalista e não falocêntrica). Ansiamos que em trabalhos futuros possamos desenvolver mais recursos de inteligibilidade sobre essa clínica, derivando para o cuidado mais elementos que o auxiliam a gravitar em alinhamento com o ethos afetivo definido pela primazia da alteridade como direito de existência do outro, a importância da ética de não violência como garantia de durabilidade ontológica dos corpos.

Sabemos ter-nos afastado da apresentação de situações clínicas em alguns momentos, mas é nossa convicção tê-las traduzido em discussões que têm função direta na orientação de modelos explicativos que sabemos gerarem decisões cotidianas nos serviços de saúde. Nesse sentido, esperamos também oferecer neste trabalho àqueles que vivem as situações críticas, sufocantes, do universo sofrível de pessoas gravemente desprotegidas, já de posse que estão de suas experiências exaustivas de testemunhos das barbáries humanas nas portas institucionais de cuidado em nossa cultura –, o arejamento de significados e reflexões que instrumentalizam decisões customizadas para suas práticas como agentes públicos da política de saúde.

Finalmente, deixamos caminhos para outras pesquisas sobre o cuidado que possam aprofundar debates clínicos, éticos e políticos com recursos da teoria laplancheana e com a politização da clínica realizada pela filosofia de Judith Butler. Temos a certeza que essas são linhas de entendimento a serem reforçadas e ampliadas. Ao destacarmos a potência (clínica, ética e política) da noção de prioridade do outro nos circuitos de produção da episteme e da tecnologia clínica da psicanálise para o cuidado, colaboramos com a definição de horizontes de durabilidade ontológica para os que precisam receber mais da política pública em termos

de recursos de proteção da vida e para quem anseie recorrer a uma psicanálise verdadeiramente comprometida com a subjetividade marcada por condições de precariedade.

7 REFERÊNCIAS

- Abreu, D. N. (2007). Psicoterapia, Psicanálise pura e Psicanálise aplicada. *Revista CES*, 21, pp. 211-222.
- Abreu, D. N. (2009). O analista na cidade: impasses e enlaces entre psicanálise pura e psicanálise aplicada. *Revista Asephallus*, V(9), pp. 20-32.
- Adorno, T.W. (2000). *Problems of Moral Philosophy*. (Trans. R. Livingstone). Cambridge: Polity Press.
- Ahlert, B., Ikegami, C. A., Araújo E. L. de, Moreira, K. L. & Gonçalves, T. C. (2022). Estado da arte sobre assessoria e consultoria no serviço social brasileiro. *Revista Resistência Litoral*, 1(1), pp. 115 – 137. <http://dx.doi.org/10.5380/rrl.v1i1.82129>
- Alonso, S. L. (2016). O conceito de gênero retrabalhado no marco da teoria da sedução generalizada. *Revista Percurso*, XXIX(56/57), pp. 81-90.
- Amaral, M. do. (2013). O primado do outro no campo da psicanálise: um diálogo com Laplanche. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 47(3), pp. 27-40. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2013000300003
- André, J. (1996). *As Origens Femininas da Sexualidade*. (V. Ribeiro, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Arán, M. (2000). Feminilidade, entre psicanálise e cultura: esboços de um conceito. *Revista Physis*, 10(1), pp. 169-195. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312000000100008>
- Ayouch, T. (2005) A psicanálise: um projeto de autonomia? *Cadernos Ser e Fazer*, pp. 55-70.
- Azeredo, Y. N. & Schraiber, L. B. (2021). Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online], 25(Esp.). <https://doi.org/10.1590/Interface.190838>
- BBC News Brasil. (2016, 27 mai.). O médico excomungado por aborto de menina de 9 anos vítima de estupro. <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-36402029>
- BBC News Brasil. (2020, 19 mai.). Combinação de pandemia e governos no mundo é preocupante, dia Lília Schwarcz. <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52682049>
- Bíblia Sagrada. Bíblia de referência Thompson. (1992). Compilado e redigido por Frank Charles Thompson. (J. F. Almeida, Trad.). São Paulo: Vida.
- Bleichmar, S. (2010). *Psicoanálisis extramuros: puesta a prueba frente a lo traumático*. Buenos Aires: Editorial Entreideas.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002) *Portaria n. 2048 de 5 de novembro de 2002*. Regulamenta os sistemas estaduais de urgência e emergência. Recuperado de

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html Acesso em 18 fev. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria n. 1600 de 07 de julho de 2011*. Reformula e estabelece diretrizes e define os serviços de funcionamento da Rede de Urgência e Emergência no Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html Acesso em 18 fev. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria n. 2436 de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Bretas, A. C. (2018). "Pode-se levar uma vida boa em uma vida ruim?", por Judith Butler. *Cadernos De Ética E Filosofia Política*, 2(33), pp. 213-229. <https://doi.org/10.11606/issn.1517-0128.v2i33p213-229>

Broide, J. (2020). Efeitos transferenciais no trabalho em situações sociais críticas: a construção de dispositivos clínicos para o cuidado ao cuidador. In Duvidovich et al. (Org), *Supervisão psicanalítica: ofício e transmissão* (pp. 147-157). São Paulo: Zagodoni.

Bursztyn, D. C. e Figueiredo, A. C. (2012). O tratamento do sintoma e a construção do caso na prática coletiva em saúde mental. *Revista Tempo psicanalítico*, 44(1), pp. 131-145. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v44n1/v44n1a08.pdf>

Butler, J. (2007). Condição humana contra “natureza”. *Estudos Feministas*, 15(3), pp. 647-662. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2007000300009>

Butler, J. (2017). *Relatar a si mesmo: crítica da violência ética*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Butler, J. (2018). *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa da Assembleia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Butler, J. (2022). *A Reivindicação de Antígona: o parentesco entre a vida e a morte*. (J.D. Dias, Trad., 1 ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Butler, J. & Athanasiou, A. (2017). *Desposesión : lo performativo en lo político* (F. Bogado, Trad.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Eterna Cadencia Editora.

Campos, G. W. de S., & Amaral, M. A. do. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), pp. 849–859. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>

Campos, G. W. S. & Campos, R. O. (2006) Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, G.W.S et al., *Tratado de Saúde Coletiva*. (pp. 669-688). São Paulo: Hucitec.

- Carvalho, M.T.M. (2017). Vida e morte no segundo dualismo pulsional. In Kupermann, D. & Ribeiro, P.C.C (Orgs.), *Por que Laplanche?* (pp. 51-79). São Paulo: Zagodoni.
- Cecilio, L.C. O & Merhy, E. E. (2003). *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. In: Pinheiro, R., Mattos, R. A. (Org.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. (Cap. 7, pp. 197-210). Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO
- Contatore, O. A., Malfitano, A. P. S. & Barros, N. F. (2017). Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface*, 21(62), Botucatu. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>
- Danto, E. (2019). *As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social, 1918-1938* (M. Goldstajn, Trad.). São Paulo: Editora Perspectiva. (Trabalho original publicado em 2005)
- De Laclos, F. F. (2014) Archéologie. In: Bert, J.-F. & Lamy, J. *Michel Foucault: un héritage critique*. (A. Francisco, Trad., pp. 89-95) Paris: CNRS.
- Delouya, D. (2020). Notas sobre o trabalho da supervisão e seus fins. In Duvidovich et al. (Org.), *Supervisão psicanalítica: ofício e transmissão* (pp. 35-41). São Paulo: Zagodoni.
- Dias, D. A. S., Neto, O. F. (2015). Possibilidades de abordagem de casos crônicos em saúde mental. *Revista ECOS* 6(1), pp. 77-87. <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/viewFile/1810/1287>
- Drawin, C. (2005). *Paradoxo da finitude: sobre o sentido onto-antropológico da psicanálise freudiana*. (Tese de doutorado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Filosofia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Dubeux, L. S., Freese, E. & Felisberto, E. (2013) Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(2), pp. 345-369. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200003>
- Dunker, C. I. L. (2007). Ontologia negativa em psicanálise: entre ética e epistemologia. *Discurso*, (36), pp. 217-239. <https://doi.org/10.11606/issn.2318-8863.discurso.2007.38078>
- Dutra, A. G. C., & Franco, I. F. (2007). Um estudo sobre a psicanálise aplicada em um hospital geral. *Arq. bras. psicol.* [online], 59(2), 270-282. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000200015&lng=pt
- Duvidovich, E. (2020). O que espero de uma supervisão. In Duvidovich et al. (Org), *Supervisão psicanalítica: ofício e transmissão* (pp. 113-122). São Paulo: Zagodoni.
- Estado de Minas. (2019, 10 jan.). *Homem agride travesti com chave de fenda e barra de ferro em BH*. https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2019/01/10/interna_gerais,1020457/homem-agride-travesti-com-chave-de-fenda-e-barra-de-ferro-em-bh.shtml

- Faria, L., Oliveira-Lima, J. A. de, & Almeida-Filho, N. (2021). Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 28(1), pp. 59-78. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100004>
- Ferreira, C. M. R. (2007). Apresentação de pacientes: (re)descobrimos a dimensão clínica. *Rev. Agora: Estudos em Teoria Psicanalítica* [online], 10(2), pp. 295-310. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982007000200010>
- Figueiredo, L. C. M. (1994). A questão da alteridade na teoria da sedução generalizada de Jean Laplanche. *Psicologia USP* [online], 5(1-2), pp. 297-308.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, II(1), 75-86. <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001006>
- Figueiredo, L. C. (2011). Cuidado e saúde: uma visão integrada. *ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos*, 29(2), pp. 11-29. Retirado de <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/01Figueiredo.pdf>
- Foucault, M. (2008). *A arqueologia do saber*. (7a ed., L.F.B. Neves, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (1975). Construções em análise. In: Freud, S., *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad., vol. 23, p. 289-304). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937)
- Freud, S. (1996). A Questão da Análise Leiga. In: Freud, S., *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad., vol. 16). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1926).
- Freud, S. (1996). Carta 52. In Freud, S., *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad. vol. 1, pp. 281-287). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1886)
- Freud, S. (1996). História de uma neurose infantil. In: *Edição standard brasileira das obras completas*. (J. Salomão, Trad., vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1918).
- Freud, S. (1996). Psicanálise. In: Freud, S., *Edição standard brasileira das obras completas*. (J. Salomão, Trad., vol. 16). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926)
- G1. (2022, 9 jan.). *Homem é perseguido e assassinado a tiros dentro de hospital em São José de Ribamar no Maranhão*. <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2022/01/09/homem-e-perseguido-e-assassinado-a-tiros-dentro-de-hospital-em-sao-jose-de-ribamar-no-maranhao.ghtml>
- G1. (2023, 24 fev.). *Mulher é baleada quatro vezes no bairro Liberdade e região da Pampulha: namorado é suspeito*.

<https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2023/02/24/mulher-e-baleada-quatro-vezes-no-bairro-liberdade-regiao-da-pampulha-namorado-e-suspeito.ghml>

- Giovanella, L. et al. (2018). Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), pp. 1763-1776. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>
- Gomes, M.T.B. (2019). A crise do capital e relações de trabalho: considerações sobre “consultorias sociais” em empresas. *Rev. Em Pauta*, 44(17), pp. 224-239. <https://doi.org/10.12957/rep.2019.45241>
- Gueller, A.J.S. (2020). O psicanalista e o sujeito em formação: supervisão e análise com crianças. In Duvidovich et al. (Org), *Supervisão psicanalítica: ofício e transmissão* (pp. 17-33). São Paulo: Zagodoni.
- Honda, H. (2011). O conceito freudiano de pulsão (Trieb) e algumas de suas implicações epistemológicas. *Fractal, Rev. Psicol.*, 23 (2), pp. 405-422. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922011000200012>
- Houaiss, A. (2001). Ofício. In Houaiss, A., *Dicionário Houaiss Da Língua Portuguesa* (p. 2052). Editora Objetiva.
- García, A. H. (2019). María Ángeles Durán (2018): la riqueza invisible del cuidado. *Revista Española De Discapacidad*, 7(1), pp. 269-270. <https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/58>
- Japiassú, H., Marcondes, D. (1996). *Dicionário básico de filosofia* (3a ed.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Kehl, M. R. (2008). *Deslocamentos do feminino*. (2a ed.). Rio de Janeiro: Imago.
- Kupermann, D. (2020). O chiaroscuro da supervisão psicanalítica. In Duvidovich et al. (Org.) *Supervisão psicanalítica: ofício e transmissão* (pp. 43-57) São Paulo: Zagodoni.
- Kurcgant, D., & Ayres, J. R. de C. M. (2011). Crise não epiléptica psicogênica: história e crítica de um conceito. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 18(3), pp. 811-828. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000300012>
- Lacan, J. (1998). A Significação do falo. (V. Ribeiro, trad.) In: Lacan, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1966).
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. (Quinet, A, Trad., 2a ed.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1959-1960).
- Laplanche, J. (1988) *Teoria da Sedução Generalizada e outros ensaios*. (D. Vasconcellos, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laplanche, J. (1992). *A Revolução Copernicana Inacabada*. (M.S. Deweik e M.L.C. Costa, Trans.) São Paulo: Sedes.

- Laplanche, J. (1992). *Novos fundamentos para a psicanálise*. (C. Berliner, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche, J. (1992). *Problemática IV: O inconsciente e o ID*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche, J. (1993). *A tina - a transcendência da transferência*. (Neves P., Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987)
- Laplanche, J. (1993). Da transferência: sua provocação pelo analista (M. M. Damião, Trad.). *Percurso*, 10(1), 73-83.
- Laplanche, J. (1993). Elaboraões temáticas: sedução, perseguição e revelação. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 27(4), pp. 751-782.
- Laplanche, J. (1994). O Sexual, suas mensagens e traduções. *Revista Percurso*, 13(2), pp. 83-93.
- Laplanche, J. (1995). Responsabilidad y respuesta. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación de Psicoanálisis de Buenos Aires*, 18(2), pp. 325-346.
- Laplanche, J. (2003) Três acepções da palavra “inconsciente” no quadro da Teoria da Sedução Generalizada. *Revista de Psicanálise*, X(3), pp. 403-418.
- Laplanche, J. (2015). Castração e Édipo como códigos e esquemas narrativos. In Laplanche, J., *Sexual: a sexualidade freudiana no sentido ampliado 2000-2006* (pp. 281-287) Porto Alegre: Dublinense. (Trabalho original publicado em 2003)
- Leitão, I. B. (2018). A construção do estudo de caso em psicanálise: revisão de literatura. *Contextos Clínicos*, 11(3), 410-424. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2018.113.11>
- Lima, F. (2020). Trauma, colonialidade e a sociogenia em Frantz Fanon: os estudos da subjetividade na encruzilhada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia [online]*, 72(Esp.), 80-93. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-5267202000030007
- Lima, N., Cavalcanti, C., & Ostermann, F. (2021). Concepções de dualidade onda-partícula: uma proposta didática construída a partir de trechos de fontes primárias da Teoria Quântica. *Revista Brasileira De Ensino De Física*, 43(20200270). <https://doi.org/10.1590/1806-9126-RBEF-2020-0270>
- Lima, K. D. de, Pimentel, C., & Lyra, T. M. (2021) Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, 26 (Sup. 3), 4909-4918. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>
- Linhares, A. (1999). Observando o invisível: uma epistemologia psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(2), pp. 86-96. <https://doi.org/10.1590/1415-47141999002006>
- Lispector, C. (1998) *Água Viva*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Macedo, M.B. (2018). *Quando planos públicos são elaborados por consultorias privadas: o PRODETUR/NE e a terceirização da política pública de turismo*. (Tese de doutorado).

Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-08082018-120112/publico/2018_MarianaBezerraMacedo_VCorr.pdf

Machado, R. (1981). *Ciência e Saber – A Trajetória da Arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Madruga, A. M. & Weymar, L. B. C. (2019). Curadoria e arte contemporânea: diálogos em construção. *Rev. Seminário de História da Arte*, 1(8). Retirado de <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/Arte/article/view/17900>

Maia, L., & Andrade, F. C. B. (2010). Nachträglichkeit: leituras sobre o tempo na metapsicologia e na clínica. *Estudos de Psicanálise*, (33), 75-90. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000100008

Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.

Mendes, W. G. & Silva, C. M. F. P. da. (2020). Homicídios da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBT) no Brasil: uma análise espacial. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 25(5), 1709-1722. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33672019>

Mezan, R. (1993). Que significa pesquisa em psicanálise. In: Silva, M.E.L. (Org.). *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus.

Mezan, R. (2006). Pesquisa em Psicanálise: algumas Reflexões. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), pp. 227-241. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100015

Miller, J. A. (2017). Psicanálise pura, psicanálise aplicada & psicoterapia. *Opção Lacaniana online*, 8(22). http://opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_22/Psicanalise_pura.pdf

Miranda, J. J. de, Timo, A. L. R. & Belo, F. R. R. (2019). Crítica à teoria da maternidade em Winnicott: é preciso ser mulher para cuidar de crianças? *Psicologia, ciência e profissão*, (39), <https://doi.org/10.1590/1982-3703003176863>

Mohr, A. M. & Valore, L. A. (2012). Dos possíveis e impossíveis em psicanálise fora do consultório: algumas questões. *Psicol. Argum.*, 30(69), pp. 229-237. <https://biblat.unam.mx/hevila/Psicologiaargumento/2012/vol30/no69/3.pdf>

Moura, A. & Nikos I. (2000). Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, XIII(140/141), pp. 69-76.

Neri, R. (2003). Anti-Édipo / psicanálise: um debate atual. *Ágora*, 1(1), pp. 21-43. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982003000100002>

Oliveira, A. C. de, Santos, K. de M., Silva, M das G. F. da S. & Benedito, J. de C. (2012) As “práticas terapêuticas” ou “serviço social clínico”: uma retomada das ideias

- conservadoras na profissão. *Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits*, 1993a1(1), pp. 23-30. <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/463>
- Oliveira, F. L. G., Santos, T. C. dos, Dias, M. de, S. F. M., & Carvalho, P. B. (2019). Psicanálise aplicada com profissionais em uma instituição hospitalar: os afetos e a dimensão real do Outro. *Revista Da Sociedade Brasileira De Psicologia Hospitalar*, 22(Esp.), 156–173. <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/161>
- Nietzsche, Friedrich. (2007) *Genealogia da moral*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Passos, I. C. F. (2006.) A Construção da Autonomia Social e Psíquica no Pensamento de Cornelius Castoriadis. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(1), https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/A_Construcao_da_Autonomia_Social_e_Psiquica...ICF_Passos.pdf
- Pedrosa, R. L. & Teixeira, L.C. (2015). Psicanálise e construção do caso clínico: considerações sobre um dispositivo terapêutico. *Revista Subjetividade*, 15(1), pp. 76-83.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2359-07692015000100009
- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. (2009). Planejamento Estratégico de Belo Horizonte 2030 anexo I: Avaliação situacional de Belo Horizonte e de sua inserção no contexto metropolitano. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. https://marciolacerda.com.br/wp-content/uploads/plano-bh2030/BH2030_2_3_Avaliacao.pdf. Acesso em 18 fev. 2022
- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. (2016). Plano estratégico BH 2030. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. https://www.marciolacerda.com.br/wp-content/uploads/plano-bh2030/PB-0023-15H-RELATORIO-BH2030_23x31cm_26-04_AFS.pdf. Acesso em 18 fev. 2022
- Prefeitura Municipal de Lavras. Secretaria Municipal de Saúde. (2021). Processo seletivo simplificado - edital n. 04/2021/SMS-CAPS LAVRAS. Prefeitura Municipal de Lavras. <https://www.lavras.mg.gov.br/arquivos/artigos/10417/147/EDITAL%20PROCESSO%20SELETIVO%20CAPS.pdf>
- Prudente, S. E. L. & Debieux, M. R. (2017). À guisa de uma compreensão psicanalítica sobre a responsabilidade. *Ágora*, XX(1), pp. 255-270.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982017001013>
- Rancière, J. (2012) *O inconsciente estético* (M. Costa, Trad.) São Paulo: Editora 34.
- Rech, M. & Cardoso, M. R. (2022). Freud e a arte: uma postura estética. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 74(21). <http://doi.org/10.36482/1809-5267.ARB-2022v74.19651>
- Rinaldi, D. L. (2015) Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciência e saúde coletiva* 20(2), pp. 315-323.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.17332013>.
- Rinaldi, D. (2017) O desejo do analista na instituição pública de saúde mental. *Correio APPOA*, (268)2017.

- https://appoa.org.br/correio/edicao/268/o_desejo_do_psicanalista_presentifica_a_intensao_na_extensao_e_se_estende_a_politica_/479
- Rosenfeld, H. K. (1999). Entre a psicanálise e a arte. *Psicologia USP*, 10(1), pp. 347–353. Retirado de <https://doi.org/10.1590/S0103-65641999000100018>
- Rupp, B. (2011). O curador como autor de exposições. *Revista-Valise*, 1(1), pp. 131-143. <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaValise/article/view/19857>
- Safatle, V. (2007). A teoria das pulsões como ontologia negativa. *Discurso*, (36), pp. 151-192. <https://doi.org/10.11606/issn.2318-8863.discurso.2007.38076>
- Safatle, V. (2019). Crítica da autonomia: liberdade como heteronomia sem servidão. *Discurso*, 49(2), pp. 21–41. <https://doi.org/10.11606/issn.2318-8863.discurso.2019.165473>
- Sandler, E. H. (2020). Memorabilia: algumas reflexões sobre a supervisão psicanalítica. In Duvidovich et al. (Org.) *Supervisão psicanalítica: ofício e transmissão*. (pp. 125-144). São Paulo: Zagodoni.
- Silva, M. K. (2012). A feminilidade originária nas psicoses (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-9HUHVH>
- Silva, R. B., & Bonatti, G. L. (2019). Reflexões sobre a clínica ampliada nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). *Psicologia Revista*, 28(2), 379–394. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i2p379-394>
- Silva, M K. & Matos, V. B. (2013). AIDS e Angústia de Morte: A Construção do Caso Clínico. *CliniCAPS*, 07, 47-60. https://www.maleclinicaps.com/clinicaps_revista_19_art_04.html
- Silva, M. K & Ulhoa, A. P. (2015). A Construção do Caso Clínico na Prática Hospitalar: algumas Reflexões Sobre Luto e Toxicomania. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online], 35, 503-514. <https://doi.org/10.1590/1982-370300292014>
- Soares, M. L. M., Guimarães, N. G. M. & Bonfada, D. (2021). Tendência, espacialização e circunstâncias associadas às violências contra populações vulneráveis no Brasil, entre 2009 e 2017. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 26(11), 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.25242020>
- Steimer, I. dos S. G. & Crippa, G. (2017). Curadoria e crítica. *Revista Brasileira De Biblioteconomia E Documentação*, 13(Esp.), 137–144. <https://rbbd.febab.org.br/rbbd/article/view/770>
- Swinerd, M. M. (2019) A psicanálise está em toda parte, e os psicanalistas, em outro lugar. *Rev. SBPH* [online]. 22(spe), 89-102. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582019000200008
- Uol. Viva Bem. (2020, 21, mai.). Negacionismo prejudica não só a saúde como avanços da medicina.

<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/05/21/negacionismo-prejudica-na-o-so-a-saude-como-conquistas-e-avancos-da-medicina.htm>

- Tauro, D.V. E., Balthazar, F.M, & Furtado, V. C. (2008) Algumas contribuições de Cornelius Castoriadis para a psicanálise: da psique monádica ao ser social-histórico. *Mnemosine* 4(2), pp. 3-129.
<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41445>
- Val, A. C. & Lima, M. A. C. (2014). A construção do caso clínico como forma de pesquisa em psicanálise. *Rev. Ágora*, XVII(1), 99-115.
<https://doi.org/10.1590/S1516-14982014000100007>
- Victor, R. M., & Aguiar, F. (2011). A clínica Psicanalítica na Saúde Pública: desafios e possibilidades. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 31(1), 40–49.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000100005>
- Viganó, C. (1999). A construção do caso clínico em Saúde Mental. *Curinga – Psicanálise e Saúde Mental*, (13), 50-59.