

Ilana Katz* e Christian Ingo Lenz Dunker**

Clínica do cuidado: Estrangeiridade, estrangeiro e estranhamento

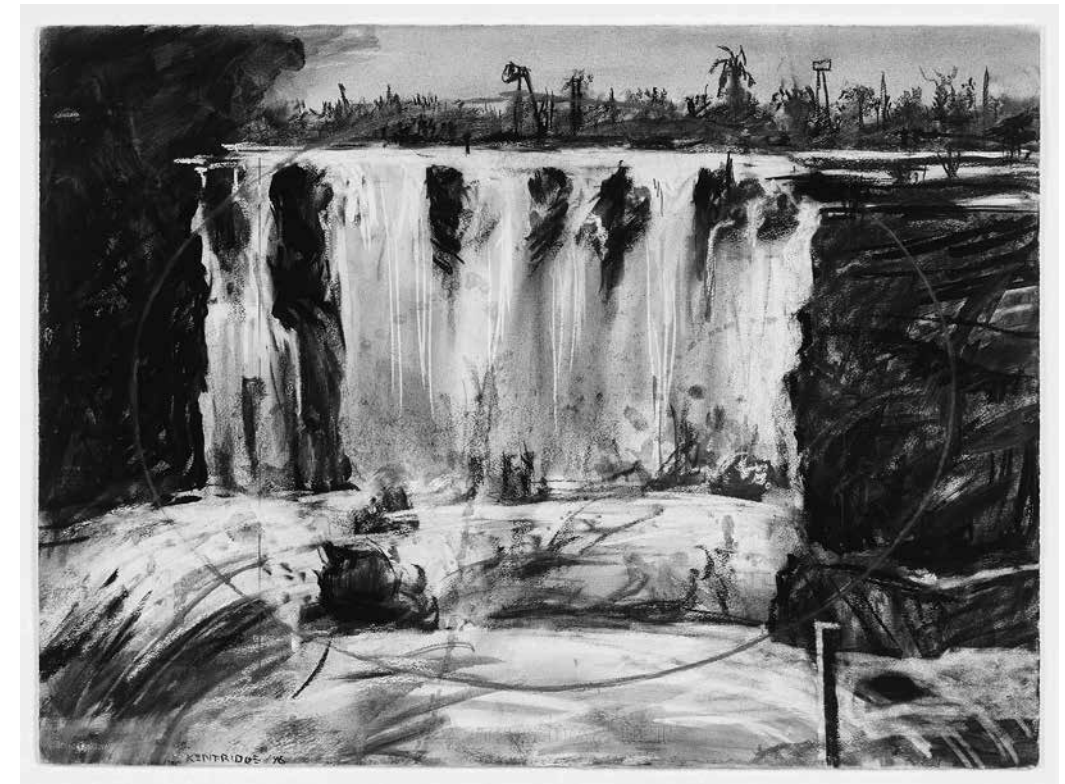
Nem todas as línguas lhe darão o mesmo recurso.
Jacques Lacan, 1962

A estratégia Clínica do cuidado foi a resposta que criamos, entre os anos 2016 e 2017, para atender a população ribeirinha do rio Xingu – na Amazônia brasileira – atingida pela construção da Usina Hidrelétrica de Belo Monte (UHE Belo Monte). Foi realizada por um coletivo de clínicos, mas também jornalistas, artistas e ativistas que se dispuseram a sair de seus consultórios, e de suas cidades, para se arriscar em uma experiência de cuidado em saúde, em outro contexto cultural. Essa estratégia envolveu o mapeamento da demanda de atenção em saúde mental presente nesse território, mas também o contato e a convivência preliminar de lideranças sócio ambientais locais com o Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).

Conhecer o território, ir até ali, trazer as pessoas de lá para cá, contatar as instâncias de mediação presentes e atuantes na história da constituição da intervenção se tornou, retrospectivamente, uma condição para a replicação deste método inspirado na psicanálise e conectado com sua presença no espaço público. Deste ponto de vista, trata-se de um procedimento que pode ser reproduzido e replicado em situações análogas, desde que se atente para a presença permanente, ao longo do processo, desta condição de abertura ao acolhimento do estrangeiro. Esta condição envolve a disposição para a escuta ao longo da formulação e do desenho do trabalho, não só

* Psicanalista, com pós-doutorado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

** Escola do Fórum do Campo Lacaniano (SP), professor titular no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.



no momento da realização da clínica. Esta escuta envolve a abertura para a *hospitalidade* entendida como disposição a falar a língua do outro e reconhecer as vicissitudes do acontecimento traumático nos termos que lhes são próprios, a criar com os próprios envolvidos *nomeações* diagnósticas, narrativas para o sofrimento desencadeado, a *produzir* outras respostas e destinos para o mal-estar e, finalmente, a *transmitir* a experiência traumática em variadas inflexões de discurso: científicas, literárias, históricas e políticas.

Cunhamos a expressão “clínica de cuidado” a partir de uma das traduções possíveis do conceito de cura (*cure*, em francês) que é justamente *cuidado*, como na *cura sui* dos latinos, e que parece se localizar na arqueologia da prática psicanalítica entendida como uma ética (Dunker, 2011). A cura como cuidado tem por referente o campo de conversão do mal-estar em sofrimento, assim como a clínica tem por referente a passagem do sofrimento ao sintoma (Dunker, 2015).

A expulsão dos ribeirinhos

O processo de instalação da Usina Hidrelétrica de Belo Monte – nas margens do rio Xingu no interior da Amazônia brasileira, entre os anos de 2011 e 2016 – foi de tal maneira violento que a população ribeirinha que ali vivia sofreu todo o tipo de violação de direitos, cuja anuência do

Estado – apesar dos esforços da Defensoria Pública da União e do Ministério Público Federal (Fearnside, 2017) – produziu uma condição extensa de extrema vulnerabilidade psicossocial. Aproximadamente, vinte mil pessoas foram expulsas de suas casas, separadas de suas famílias, deslocadas de sua proximidade com o rio; seu modo de vida foi inviabilizado. Tal catástrofe ambiental e social causou uma série de respostas da população local e da sociedade civil ampliada.

Cineastas, documentaristas, jornalistas, advogados e ambientalistas se fizeram presentes na região de forma independente, ou articulados a trabalhos de organizações não governamentais de proteção ambiental e de luta por direitos humanos. A base comum destas intervenções presumia que a condição de vulnerabilidade social de uma comunidade tradicional, e de hábitos extrativistas, está intimamente relacionada a alteração radical de seu modo de vida (Flanagan, *et al*, 2011; Ferrarese, 2016).

Essa não teria sido a primeira vez que este grupo enfrenta efeitos de devastação provenientes da chegada do estrangeiro, considerando-se fatos como: a ocupação nordestina derivada da indústria da borracha (1876-1930), a violência contra indígenas ocasionada pela grilagem¹ de terras (particularmente a partir dos anos 1960), a disputa com os garimpeiros (intensificada nos anos 1970) e a intrusão ocasionada pela construção da rodovia transamazônica (1970-1974). Desta vez, porém, ocasionou-se um elemento novo: a separação geográfica das famílias e da parentela – por meio de sua realocação em unidades residenciais que não consideravam estruturalmente seu modo de viver e morar – produziu, como efeito, a ruptura do elemento reconstitutivo e resiliente em relação à ameaça traumática da forma de vida ribeirinha.

O antropólogo Eduardo Viveiros de Castro, numa conversa entre amigos, sintetizou a série traumática e repetitiva de violências que conduz à produção de comunidades empobrecidas e desvinculadas de seus modos de vida na tese de que “Altamira é o centro do mundo”, ou seja, de que naquele território reúnem-se as forças e potências universais de nossa experiência contemporânea de mundo. Em Altamira estão presentes e em funcionamento diferentes modelos de desenvolvimento e de modos de vida. A tensão entre esses modos – que, por sua vez, concorrem no mesmo tempo e no mesmo espaço – tece o acontecimento do território.

O alagamento da região que se tornou o reservatório da usina hidrelétrica justificou a expulsão dos ribeirinhos que moravam nas margens e nas ilhas do Xingu.

Neste contexto, a definição jurídica e discursiva do que vem a ser uma casa, o modo de restituir seu valor e a forma de recompor

1. N. da E.: Grilagem é um ou mais procedimentos irregulares ou ilegais com finalidade de ocupação de terra pública, com objetivo da sua apropriação privada.

seu lugar com a comunidade conexas que lhe define foi decidida pela empresa Norte Energia com a anuência do Estado brasileiro, e sem consideração da cultura e dos modos de pertencimento da população local. A política de reassentamento proposta incluiu relocações em pequenas casas de alvenaria construídas em bairros planejados nos moldes citadinos (Reassentamento Urbano Coletivo – RUC), e indenizações financeiras que nem de longe permitiram a recomposição da vida. Tudo aquilo que fazia a proteção para o habitual foi retirado dessas pessoas: a casa, os laços de vizinhança, as atividades extrativistas de sustento. Ali não existia mais o território subjetivado.

O filósofo da comunicação e pensador da cultura Vilém Flusser (2007) apresenta em sua obra “Habitar a casa na apatridade” a ideia de pátria para além dos limites geográficos. Para ele, a pátria é uma rede de ligações comuns que podem ser impostas pelo nascimento em um determinado território, mas também pode se constituir por laços de amizade e amor eleitos em uma experiência de liberdade em relação ao acontecimento biológico (pp. 302-303). É, nesse sentido, que a população ribeirinha atingida por Belo Monte foi expatriada e constitui um grupo de refugiados em seu próprio país². Seus hábitos e suas redes relacionais foram destruídos, mesmo que tenham continuado a viver no mesmo lugar.

A violência do impacto produzido pela instalação da UHE Belo Monte excedeu a capacidade de elaboração simbólica da experiência pelo sujeito. Ao escutar os efeitos de tal impossibilidade naqueles que entrevistava, a jornalista Eliane Brum – que escuta os atingidos por Belo Monte desde 2011 – conta que entendeu, a partir de sua análise pessoal, que aquelas pessoas precisavam de ajuda e cuidado para conseguirem de volta algum movimento na vida. Pensou que uma iniciativa diretamente dirigida ao cuidado com o sofrimento psíquico se fazia necessária e nos procurou.

Entendemos que Belo Monte assumiu o estatuto de trauma para essa população. Um acontecimento que não alcançou contorno e assumiu um caráter repetitivo vivido como eternamente presente. Não “virou memória” e insiste como repetição (Birman, 13 de agosto de 2014; Endo, 2013). A experiência de Belo Monte, em Altamira, é uma síntese paradigmática de uma forma de sofrimento ligada à produção de estrangeiridades, conseqüentemente, incitando uma especificação de nossas formas de tratamento, escuta e cuidado.

Clínica do cuidado

Realizamos três viagens a Altamira antes da realização da intervenção propriamente dita: escutamos ribeirinhos, aproximamo-nos dos mo-

2. Nomeação introduzida nessa discussão por Eliane Brum (25 de setembro de 2015).

vimentos sociais e de instituições implicadas no cuidado com essas pessoas, estudamos o território, testamos o dispositivo de atenção que inventávamos e, sobretudo, produzimos as perguntas que guiaram a construção deste dispositivo no encontro com o território e seus agentes.

Neste processo, começamos a nos perceber estrangeiros em relação aos próprios modos como entendíamos procedimentos psicanalíticos e suas condições de realização. Por exemplo, como escutar o apelo indireto de um destinatário tão vago como uma população inteira de pessoas expulsas de suas casas? Como individualizar a demanda e criar formas de transferência que não se anunciavam, nem se endereçavam daqueles que sofriam diretamente para o clínico?

Foi a partir de relatos que nos informavam um aumento expressivo de formas de adoecimento do corpo – comum às pessoas desde a chegada da usina –, dos testemunhos locais de intenso sofrimento psíquico, e da avaliação de que os dispositivos de tratamento presentes no território não faziam frente à extensão sistêmica do sofrimento, que propusemos uma intervenção clínica no local. Nosso foco não partiu de diagnósticos médicos de doenças físicas (as mais recorrentes eram diabetes, cardiopatias e hipertensão) ou de transtornos psiquiátricos (como a depressão, as patologias do luto ou os stress pós-traumáticos, que certamente circulavam nos primeiros contatos), mas de uma metadiagnóstica (Dunker, 2015) mais geral de que o sofrimento gerava efeitos capilares múltiplos na saúde geral e *mental*, no laço social, nos funcionamentos familiares e institucionais, no reforço da opressão de minorias em situações humanas de vulnerabilidade. Tal incidência disseminada do sofrimento chamamos, desde Freud, de mal-estar (*Unbehagen*) (Freud, 1930 [1929]/1977) e cuja característica primeira é a própria precariedade de sua enunciação, seu caráter errático quanto as causas e sua natureza indeterminada, quanto aos modos de ser reconhecido.

As formas de mal-estar, ou a tipologia da angústia que ele desenvolve e supõe, talvez possam ser separadas tendo em vista o texto de Freud sobre *O infamiliar (Das Unheimliche, 1919/2019)*, e os comentários de Lacan sobre o tema. As diversas formas de infamiliaridade examinadas por Freud chamam a atenção por resistirem a uma nomeação semântica e conceitualmente estável. São formas de angústia referidas à irrupção do estrangeiro no interior do familiar, mas também do animado no inanimado, do vivo no morto, do animismo no interior do totemismo, de imagens narcísicas em uma organização que já as devia ter superado (Dunker, 2019).

Em seu seminário sobre a angústia, Lacan lendo Freud, discute a tradução do “magistral *Unheimlich* do alemão” (1962-1963/2005, p. 86). Considera que a palavra alemã refere com justiça a experiência do *Unheimlich*, trazendo sua articulação à angústia. É “o horrível, o suspeito, o inquietante”, é aquilo que, no nível do acontecimento, se

faz acompanhar das expressões “súbito, de repente”, mas, é também *Heim* “casa”. A ideia de que o *Unheimlich* se realiza pela disposição entre o familiar e desconhecido é o que permite Lacan formular que a experiência da angústia “Manteve-se *Unheimlich*, não menos habitável do que não habitante, menos inabitual do que inabitado” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 87).

Propomos, então, associar este campo mais vasto do mal-estar, como fracasso de nomeação, com a *estrangeiridade*, incluindo os estados dissimulativos de devastação, trauma coletivo, silenciamento, paralisia ou errância. Os estados mais ou menos narrativizados do mal-estar serão considerados aqui como irrupções do *estrangeiro*, ou seja, aquilo que perturba e ameaça nosso narcisismo, incluindo-se o narcisismo das pequenas diferenças, a paranoia sistêmica e as perturbações discursivas do laço social.

Reservaremos o termo *estranhamento* para a dimensão específica de reação do sujeito ao sintoma, com suas variantes ego-sintônicas e ego-distônicas sobredeterminadas pela insistência significativa.

Intuímos assim que entre a dimensão nebulosa e refratária à nomeação, representada pelo mal-estar, e a dimensão específica e individualizada dos sintomas, aos quais se poderia tratar por meios específicos, precisávamos de uma dimensão intermediária que fosse também *locus* representativo desta demanda difusa.

Tendo em vista estudos sobre a natureza coletiva do traumático (Nestrovski e Seligman-Silva, 2000), sobre as transformações da relação entre memória e linguagem (Cohen, 2014) e sobre a eficácia das práticas tradicionais de escuta na recuperação de comunidades (Das, 2015) chegamos ao emprego da noção de narrativa como conceito decisivo para registrar o plano de linguagem ao qual se ajustava a dimensão de sofrimento que tínhamos pela frente. A esta altura da pesquisa já havíamos entendido que as comunidades tradicionais, e os ribeirinhos do Xingu, não fazem exceção a isso e possuem grande especificidade quanto ao enraizamento narrativo e coletivo do sofrimento de modo correlativo à forma de vida compartilhada que lhes caracteriza, e em contraste com o individualismo marcado pela estrangeiridade intrusiva. Ao escutar essa população, portanto, entendemos que este desenraizamento entre a experiência e sua possibilidade de ser contada, *narrativizada*, deu margem à emergência de sintomas, crises de angústia, e construiu a propensão a atos impulsivos e passagens ao ato.

Entendemos, já na primeira incursão territorial, que os serviços públicos de saúde mental não estavam sensíveis a essa demanda que aponta para a experiência do mal-estar sentido e, possivelmente por esse motivo, o discurso médico ali realizou uma ação *medicalizante* transformando problemas que não são originalmente médicos em questões estritamente biomédicas (Zorzanelli *et al*, 2014; Rose, 2007). Diante deste tipo de isolamento discursivo seria preciso recu-

perar a dimensão sociopolítica do sofrimento como categoria transformativa (Debieux-Rosa, 2016).

Os agentes sociais que melhor percebiam as intrincadas relações entre economia e política, moralidade e saúde, clínica e formas de vida eram os movimentos sociais que vieram socorrer a população vitimada. Para além da relação específica e competente com o objeto da luta por direitos, eles pareciam *oferecer* aos ribeirinhos recursos de sobrevivência psíquica. Em nossas primeiras visitas ao local percebemos que a resistência e a luta – inicialmente contra a construção da barragem, depois pela mitigação dos danos produzidos – faziam uma função de *suplência identitária* (constituindo a categoria “os atingidos”) diante da destruição que atingia todo o sistema de identificações da comunidade. Porém, o reconhecimento necessário da condição de vítima concorria, muitas vezes, para o agravamento do sofrimento e dos sintomas. A cada derrota, a cada movimento de fragmentação, consolidava-se um ciclo de repetição extenso que redobrava o luto da perda de ideais na perda dos recursos de recomposição e resiliência. Deslocar-se da posição de vítimas resistentes da construção da barragem implicava, portanto, renunciar a um ponto de identificação gerador de pertinência e agregação na comunidade, mas, por outro lado, era preciso considerar que a fortificação desta identificação suspendia a passagem da posição de vítimas a de sobreviventes deste acontecimento.

Nesta direção, a clínica de cuidado pretendeu operar uma *desidentificação* sem destituir o pertencimento, historicizar o trauma sem deixar de incitar o devir de seu esquecimento. Pretendeu uma relação outra ao ideal; uma relação que tendesse também a constituir uma outra posição do sujeito diante do impossível. As três figuras clássicas da *antropologia do inumano* (Safatle, Silva Jr. e Dunker, 2018) apresentavam-se como nomeações preliminares do acontecido: o *monstro* (metáfora para designar o caráter intrusivo, estrangeiro e gigantesco da hidroeétrica), o *sem lugar* (que traduzia a estrangeiridade como desorientação subjetiva e real dos desalojados) e o *animal-coisa* (que designa o estranhamento e condição de invisibilidade com que se sentiam reconhecidos pelo Estado).

Entendemos que a violação de direitos que os ribeirinhos sofreram incluiu a desarticulação das comunidades, e agiu direta e propositalmente sobre os laços de modo a separá-los. O efeito da violação dos direitos civis e da desarticulação da experiência comunitária configurou, no campo do sujeito, a mais absoluta devastação (*ravage*). Na maior parte dos casos, foi vivido como uma queda do simbólico, uma suspensão da lei que preside sua unidade e funcionamento. Os termos que deviam estar ali para garantir ao sujeito seu lugar no campo do Outro já não operavam, e o sujeito via suspensas as referências simbólicas que o sustentavam na experiência. Com certeza, uma clínica que pretendesse oferecer cuidado à população ribeirinha atin-

gida por Belo Monte seria, necessariamente, uma clínica composta por duas margens a serem transpostas: a da identificação e a do luto.

Fazia parte desta clínica, ainda, a ponderação dos efeitos anisogênicos de uma abertura para a transferência e para a escuta em um quadro de relativa brevidade dos encontros. Em campo, o que percebemos foi que a continuidade mais extensa, a que se espera da repetição das sessões, não era uma expectativa nem uma condição insubstituível ali. A ideia de um tratamento longo, ao modo de uma conversa interminável, chocava-se sempre com a força e a intensidade da palavra empenhada no que poderia se tornar o último encontro. Isso, talvez, possa ser pensado como parte da história dos contatos com estrangeiros, inúmeros e passantes, que nos faziam entrar em uma série pregressa. Contudo, a cada passo, percebíamos que não se tratava apenas da estrangeiridade que havia traumáticamente tornado aquelas pessoas estranhas à sua própria terra. Em contato com elas, a própria psicanálise se tornava estrangeira para nós.

Meses antes de nossa intervenção, ainda em nosso segundo estudo piloto de campo, percebemos a inaptidão do enquadramento tradicional da clínica psicanalítica para dar conta dos objetivos da intervenção. Visávamos um reposicionamento do sujeito no discurso, e isso requereu o desenho de uma estratégia bastante específica sustentada em táticas pouco convencionais no ambiente da clínica. Avaliamos que nossos propósitos deveriam ser tão difusos quanto o estado do mal-estar que encontrávamos: favorecer ou desencadear o processo de luto, reposicionar as identificações grupalizantes, narrativizar o sofrimento, endereçá-lo a novas práticas de resistência social e aos novos modos de tratamento disponíveis, recompor situações críticas em termos interpessoais derivadas no assentamento e fragmentação das famílias e seus modos de vida e, finalmente, reposicionar os sujeitos diante dos sintomas específicos que motivavam suas queixas: insônias, irritações, conversões e somatizações, impulsividades e depressões.

Um homem sem lugar

Para aceitar falar conosco sobre a experiência de se tornar refugiado em seu próprio país, a primeira pergunta que aquele ribeirinho nos fez – antes de se sentar e dizer qualquer outra coisa – foi se tínhamos alguma relação com a Norte Energia. Explicou-se: não falaria com quem mantivesse alguma relação com a empresa que lhe arrancou o que reconhece como vida. “Foi mudança só *pro* pior. Vivemos um ano de ilusão, e quando a ficha caiu, a gente queria justiça. E também não teve. [...] Perdi o direito de viver.”

Era julho de 2016, e nos encontramos com ele na oportunidade de uma ação preliminar à intervenção planejada para dali a seis meses. A intenção era testar o dispositivo que inventamos para escutar

as pessoas atingidas pela UHE de Belo Monte, e ele nos fora indicado pelo movimento social Xingu Vivo para Sempre como alguém que precisava de cuidado. Naquela altura, nos perguntávamos pelos nomes que as pessoas davam ao seu sofrimento, e também por nossa capacidade de intervenção sobre esse sofrimento. Nesses primeiros contatos só pudemos responder à primeira pergunta. A segunda questão foi se abrindo em algumas hipóteses e em uma outra série de perguntas que nos perturbaram por alguns meses, e que culminaram na constituição da estratégia clínica de cuidado.

Há alguns nomes de sofrimento³ em sua fala, contudo, “fui enganado” parece ser a formulação que constitui o ponto central de sua *devastação*. Acontece que a frase que ele repete muitas vezes para falar de sua relação com a Norte Energia é também a que muitos outros ribeirinhos formulam: “Fui enganado”. Nela, estão ligados pelo *pior*. A pergunta pela condição de subjetivação do ocorrido se impõe quando o discurso sobre a experiência é repetido sem variação significativa por pessoas diferentes. Naquela altura, julho de 2016, nós estávamos ainda enroscados com essa questão. Como verticalizar a experiência para que o sujeito possa se mover sem deixar de reconhecer a importância do que o dizer comum sustenta em termos de laço e de coletividade nesse modo de vida, tão estrangeiro ao nosso modo de viver?

Se a perspectiva do engano comparece em muitas falas de pessoas atingidas por Belo Monte, na maior parte das vezes, os que se servem desse modo de dizer de seu sofrimento apontam para o fato amargo de que em algum ponto da sua relação com a usina acreditaram que a instalação da hidrelétrica no rio Xingu traria “o progresso” prometido. São essas as pessoas que se dizem enganadas, mas que, em certa medida, ajustam contas com o fato de que se deixaram enganar, ou até mesmo, quicá, quiseram se deixar enganar. Movidas por ideais em tudo válidos e pertinentes, elas também “se” enganaram. “Fui enganado”, com todos esses sentidos possíveis, abre uma alternativa pela qual se consente ou se derroga a posição da vítima e constitui uma demanda latente. Ao escutá-lo, perguntamo-nos de que maneira essa condição afeta e se faz afetar por sua história, qual seria a sua versão singular para o engano.

A região na qual ele viveu, nas margens do Xingu, merece o nome de comunidade. Lá as famílias viveram por décadas juntas num sistema de cooperação e compartilhamento que costurava encontros possíveis e ajuda mútua. Havia uma associação de moradores, igreja, escola e campeonato de futebol. “Tinha o grito da turma quando marcava gol, eu revivo isso todo dia. Só ficaram as fotos.”

Ele foi líder comunitário. Todos os dias, depois de pescar e de separar o peixe que ficaria em casa daquele que seria vendido, saía para

dar uma volta. Era preciso saber o que acontecia com cada família, contavam com ele para resolver os problemas que apareciam. Quando a usina chegou, ele acreditou que seriam removidos de forma a que essa mesma comunidade pudesse se instalar num outro pedaço de terra, e que sua experiência seguiria intacta para outra região de Altamira.

O que se seguiu, porém, foi que as pessoas foram espalhadas ao longo da Transamazônica em distâncias que contam cem quilômetros uma das outras. Assim, o que já era uma ilusão da manutenção da experiência se mostrou insustentável.

Altamira não tem cobertura de transporte público, os serviços particulares disponíveis são muito caros, e o sistema de ajuda mútua comunitária se dissolveu, o que complica ainda mais a convivência entre as pessoas. A perda dos laços comunitários, outro nome do seu sofrimento, constituiu para ele um fator de imobilidade e impossibilidade de reconstruir sua vida numa outra configuração. “Achei que tinha vencido na vida. Eu tinha *pra* ajudar, hoje é o contrário. Como vou recomeçar? Não vejo *pra* onde vou. Como fica minha cabeça? [...] Estou perdido no tempo.”

Está aqui condensada, na sua queixa, o complexo desenho da cena em que estamos mergulhados. Foi assim que começamos a invenção de um dispositivo clínico.

1. “Achei que tinha vencido na vida”: História, estranhamento e retraumatização

Sua vida não começa nessas margens do Xingu. Antes de chegar aqui ele já tinha vivido muito. Nasceu em outro Estado, numa família de muitos irmãos. O pai era carpinteiro, e morreu no garimpo quando ele contava dez anos. “Se a gente era pobre, ficou mais pobre ainda.” Viveram com a ajuda dos vizinhos, sempre pedindo. Foi aqui que “não ter” e “pedir” fizeram o primeiro enlace.

Foi servir o Exército. Foi para lá porque não tinha para onde ir, e depois conta do lugar que encontrou na família a partir de seu trabalho no quartel: “era o pai da casa” e “levava o que fazia *pra mãe*”. Deixou de ser o menino ajudado, e se torna aquele que dá. Quando saiu do Exército, veio para o Pará. Aceitou um convite de um primo para trabalhar em sua terra, com a *promessa* que esta seria dividida entre os dois, porém, algum tempo depois, estava sem nada novamente. *Enganado*.

Trabalhou muito pesado, fez coisas difíceis para o corpo aguentar. Aguentou.

Quando conseguiu ter uma terra, construiu sua primeira morada naquela que viria a ser a sua futura comunidade. Foram mais de trinta anos ali. A experiência desenhou um funcionamento comunitário arraigado na costura do modo de vida que marca essa população.

3. Para acompanhar os nomes do sofrimento produzidos no território consultar: Katz e Oliveira (2016).

Ali entendeu que tinha lugar. Foi nessa terra que ele se casou pela primeira vez. E de novo outro engano: “Achei que a vida ia melhorar com ela, mas só piorou.”

Desentenderam-se, separaram-se. Tornaram-se vizinhos.

O que ele conta, sem perceber, é que há uma série de re-acontecimentos significantes na sua história. O acontecimento de Belo Monte não inventou para esse sujeito a condição de *enganado*, ele já havia acreditado outras vezes em palavras de outros que não se confirmaram, eram só *promessas*. Ele já precisou *pedir*, ele já foi quem não teve, já ficou “sem nada” pelo menos duas outras vezes na vida, ele já foi quem chegou em territórios desconhecidos. Depois de tantos recomeços, nessa cena de agora, produzida pelo acontecimento da barragem do rio Xingu, ele nos deixa ver sua enorme dificuldade de recomeçar. Está deprimido, o gesto interrompido por sua vergonha de pedir ajuda. Está *imobilizado*, chora muito. O que configurava impedimento aqui que não foi impedimento em outros tempos de sua vida?

Da primeira vez que conversamos, ele estava voltando de uma série de palestras. Foi escolhido para transmitir os efeitos do acontecimento de Belo Monte para comunidade referida a outro rio da Amazônia que naquele momento estava gravemente ameaçada pela instalação de uma outra usina hidrelétrica. Sua tarefa era falar para aquela comunidade sobre a experiência de ter sido enganado, e descrever os efeitos devastadores sobre o território quando uma usina hidrelétrica se instala. Ele fazia isso, mas não atribuía à essa experiência o estatuto de “ajuda ao próximo” que sustentou seu lugar no campo do Outro, não podia gozar do saber que dispunha.

Nós estranhamos. *Estranhamos* aqui é parte da estratégia de escuta, baseada na produção de pontos de *estrangeiridade* dentro de um *estrangeiro* naturalizado e conhecido. É um recurso técnico para fazê-lo subverter a topologia de sua própria narrativa de sofrimento. Ao ser colhido assim em uma estrangeiridade íntima que se chocava com a sua estrangeiridade como errância experiencial. Cria-se assim um lugar problemático de reconhecimento para um homem organizado em torno da experiência da ajuda e, mais especificamente, pela recusa da sua vulnerabilidade. Em alguma medida, diante da nossa intervenção, ele formula uma expressão de reconhecimento de seu lugar que se repete agora em outras margens. Ele reconhece que pode *ajudar* no Tapajós e isso parece produzir algum alívio, possivelmente circunstancial.

Falamos, inclusive, sobre as tantas vezes que pode refazer e recomeçar em novos territórios, mas, nesse ponto, ele é categórico. Agora que mora longe e isolado, não tem com quem contar; e mais importante do que isso, o que ele diz de muitas maneiras é que ali ele mesmo não conta para ninguém. Não reconhece essa experiência como vizinhança. É de solidão que se trata. Não consegue ficar em casa, difícil mesmo entender se esta sua morada é uma casa para ele.

Sempre que tem algum dinheiro para o transporte sai de lá e vem ver a D. Antônia no Xingu Vivo.

Todos os caminhos estão fechados, ele chora e conta muitos adoecimentos no corpo. Escutando, a pergunta insistia: de que forma esse homem poderia, hoje, se engatar na vida? O que será que ele poderia entender como vida? Como ele poderia assumir um lugar, que não o de resto, estrangeiro e incômodo, no campo do Outro?

Fundamentalmente, nos interessava entender por que se ele já conseguiu se deslocar desse lugar tantas vezes, agora, com Belo Monte, algo impedia o deslocamento necessário.

Essa pergunta interessa ao caso e é uma pergunta que nos permite entender a dimensão da violência que atravessou a população ribeirinha, pois muitos, ou quase todos, tem essa mesma dificuldade. Diante de Belo Monte o sujeito está paralisado.

2. “Eu tinha *pra* ajudar, hoje é o contrário”: O lugar no outro estrangeiro

Na vida – que não começou no Xingu – ele teceu seu lugar na tensão entre receber e dar. Ele formulou para si que ele vale para o outro quando pode provê-lo.

Prover é significado pelo sujeito como “ter pra dar”: ter comida, ter lugar em casa, ter um bom conselho. Do outro lado do jogo existe a situação de não ter. Não-ter aqui é um significante extenso. Há uma colagem importante entre não-ter condição de levar ao outro aquilo que entende lhe faltar e não ter lugar no Outro. Pois, a condição de desprovimento de recursos é, para esse sujeito, a experiência da perda da garantia desse lugar. Não há em seu cálculo a ideia de que dar o lugar do que falta a si mesmo pode ser um modo de estar com os outros. Ele não pensa, por exemplo, que ofereceu algo importante ao outro quando foi falar com as futuras vítimas da que seria a próxima hidrelétrica na Amazônia. Ele fez para si mesmo a ideia de que seu lugar é o lugar do que falta para o outro e, quando não tem, a experiência é de ser empurrado para fora do Campo do Outro: devastação.

Entender-se necessário para os outros de sua comunidade era sua condição para armar pertencimento, foi assim que teve lugar, inclusive, em sua família de origem.

Chegamos assim a um acontecimento tão trivial quanto emblemático. Poucos dias antes de nosso encontro, ele tinha os cinco reais da passagem para voltar pra casa, fome, e o dinheiro para um café com leite. Na hora que encosta no balcão do bar para fazer seu pedido, um passante com fome lhe pede um lanche. Ele se interrompe, faz uma dívida com a moça do bar e dá seu café com leite e mais uma tapioca para o desconhecido. “O sr. ficou com fome?” “Fiquei, mas eu não ia saber deixar ele com fome.” Quais são as fomes desse homem?

Depois desse encontro, e da segunda temporada com ele que aconteceu no Xingu Vivo, vamos encontrá-lo para uma segunda sessão na casa dele. Já estamos em janeiro de 2017, a clínica do cuidado já está acontecendo. Ao chegar em sua casa, um susto: o lugar que ele descrevera como desvitalizado e vazio era, para nossa equipe, o lugar mais gostoso que estivemos em Altamira. A casa tem muito. Muito conforto, muita beleza, muito cuidado e também muita comida, na geladeira e na “despensa viva” (Torres, 2011), aquela que fica a céu aberto.

O que não tem nessa casa e que falta para que ela se torne um lar? Por que essa não é para ele sua casa? No desenrolar da sessão a resposta aparece: nessa casa tem solidão, *é uma casa sem laço*, está num lugar em que a chave para sua condição de pertencimento não encaixou em nenhuma fechadura. Ali ele não é necessário, não lidera, “ninguém se importa” com ele, o que quer dizer que ninguém precisa dele. Ele tem, mas o que ele tem não encontra destino.

Insistimos na pergunta retomando a posição do estranho: “Por que o sr. deu seu café com leite para aquele passageiro?”. Há uma formulação importante em construção; ele me diz que sabe o que é sentir fome, que não conseguiu ver aquele homem assim e não fazer nada. Quando perdeu o pai, a família mergulhou numa situação de pobreza extrema. Nesse tempo, a açougueira da cidade o chamava para entregar o *livro do boi* (o livro é a parte do bucho que por ser muito difícil de limpar ninguém compra). Ela vendia o bucho e dava o livro:

- Para poder dar o livro *pro* senhor, vendia o bucho.
- Assim como o senhor me contou que todos os dias dava a volta na comunidade para verificar a necessidade das famílias, mas sempre depois de fazer a sua pescaria. O que acontece que hoje o Sr. dá antes de ter?
- É muito difícil pedir.

Assim, de forma especular, identificado com aquele que sentia fome e também com o que mata a fome de outro, ele conta mais. Nesse verão fez muitos trabalhos pelos quais ficou sem receber. O dinheiro que ganhou foi, na maior parte, gasto num outro acontecimento que circunscreve com o significante recorrente *engano*. Ele usou o dinheiro primeiro para se casar, e depois de poucos meses, para se separar.

A intervenção introduz a dimensão do tempo:

É preciso entender que esse tempo difícil, de não ter, vai passar. Assim como outros tempos difíceis passaram. O sr. trabalhou, ganhou, gastou. E tem uma parte que o sr. trabalhou e não recebeu. Nesse ano o sr. levou um calote de mais de 10 mil reais. Esse inverno vai ser difícil, o sr. vai precisar de ajuda, mas o verão vai chegar, e o sr. vai poder trabalhar novamente, e ganhar seu dinheiro. Esse momento ruim não é pra sempre.

Ele silencia. O que será que escutou?

3. “Como fica minha cabeça?”: Os adoecimentos estranhos

O lugar em que ele coloca essa pergunta não é qualquer um. Ele articula sua impossibilidade de seguir em seu modo de viver com sua condição de adoecimento. Sua fala, lembremos, é a seguinte: “Achei que tinha vencido na vida. Eu tinha pra ajudar, hoje é o contrário. Como vou recomeçar? Não vejo *pra* onde vou. Como fica minha cabeça? [...] Estou perdido no tempo.” Se antes de Belo Monte ele já havia adoecido algumas vezes, como quando lesionou sua coluna por causa do serviço de motosserra, adoecer, para esse sujeito, tinha sido um efeito do trabalho de esforço repetido de um corpo que se move. Depois de Belo Monte, ele adoce porque está sozinho e porque não se encontra no espaço, e no tempo, de sua vida: não sabe para onde ir, está perdido no tempo.

Nas oportunidades em que nos encontramos, ele conta sobre infecções que se prolongam, fala da dificuldade de conseguir exames e remédios, e sobretudo de como é difícil adoecer sem cuidado e sozinho. Essa é a experiência marcadamente diferente que vive. É a partir desta nova configuração que seu adoecimento se decide agora: *ficar doente e ficar sozinho* parecem se enlaçar como termos que constituem seu sofrimento.

Ele fala que se vê imóvel e triste. Pareceu, nas suas palavras, que nada mais fazia sentido. Ele diz muitas vezes da *angústia* em que mergulha quando chega na solidão de sua casa, quando ouve os barulhos da mata e não tem ninguém para conversar. Sente como se não pudesse estar ali, precisa sair. Não sai, e os dias não passam. E é também nesse contexto que fala da sua infecção, fala desta doença em solidão. É a experiência da dor que liga esses dois acontecimentos de corpo: a infecção e a angústia.

É também muito angustiado que conta sobre a experiência do casamento que durou menos de seis meses, aquele que ele também referiu como experiência de *engano*.

Ele conta de um encontro que parecia lhe dar um lugar, e que muito rapidamente revelou o contrário; não encontrou acolhimento na família da mulher e tampouco ela conseguiu reconhecer seus lugares de pertencimento, como, por exemplo, sua relação com o Xingu Vivo para Sempre. Na primeira sessão ele faz muitas contas a respeito do dinheiro que dispendeu para se casar e se descasar, fala do que chama de “erro meu”, “meu engano”. Na segunda sessão, consegue se aproximar do que teria causado esse gesto: “era para não ficar sozinho”. Ele sofre de solidão; esse estado de *sofrimento* – que não se *inscreve* nos moldes de um sintoma – está na causa da maior parte dos seus gestos, dos atos, e também dos *actings* pela precipitação que o excesso da angústia produz. Mas, até mesmo a solidão tem uma história, e a narrativa desta história começava a se entranhar com a narrativa de sua própria história. Como formulou Lacan (1962-1963/2005) “É o surgimento do *Heimlich* no enquadramento da experiência do sujeito que representa a angústia” (p. 87).

4. “Não vejo para onde vou [...] Estou perdido no tempo”: Sobre a estranheiridade do futuro

A dificuldade de perspectivação do futuro depois de Belo Monte é recorrente entre muitos ribeirinhos. *Perdido* é uma nomeação do sofrimento neste território, significante que surge como deslocamento preliminar de *enganado*.

O modo de vida ribeirinho comporta, assim como o modo de viver de muitas populações tradicionais, outra forma de organização do tempo. A possibilidade de por o tempo da própria vida em perspectiva – isso que chamamos de pensar o futuro ou “*futurar*”, como ensinou outro ribeirinho – não é um recurso imediato e permanente à essa população. Sabemos pouco do porquê disso; arriscaria dizer que a vida em ciclos organizados na relação com a natureza contribui para essa condição, mas parece importante que saibamos que esse é um traço importante deste modo de vida e que foi desconsiderado no levantamento das condicionantes de instalação da usina.

Esse tempo sem corte entre o agora e o tempo por vir, mas que também marcado pelo encadeamento de ciclos que marcam diferenças, impõe um constante presente que embarça, e muito, a vida de quem precisa funcionar em relação com a cultura cidadina.

É disso que ele fala: “não vejo para onde vou”; como se ele não soubesse como pensar o futuro de sua vida em uma terra em transe, circunscrita por esta nova condição.

A pesquisa sobre o que seria a vida para o sujeito nessa nova configuração de território era absolutamente necessária. Era preciso “*futurar*”. Desde o primeiro dia que pensamos essa clínica, esse reconhecimento estava posto. É necessário dizer, porém, que não foi instantâneo o entendimento de que seria um psicanalista a fazer isso, nem sempre esteve claro que essa seria a tarefa dos psicanalistas que embarcaríamos nessa ação de cuidado. Pensamos, algumas vezes, que talvez outros agentes, já presentes no território, dessem conta dessa tarefa.

Para construir a estratégia clínica do cuidado, como já referido, nos sustentamos na formulação de Lacan acerca da política da clínica que nos remete a possibilidade de certa liberdade na relação com as táticas e estratégias clínicas de modo a garantir sua política. Se é menos livre na política do que na estratégia; e se é mais livre na tática do que na estratégia. Podemos extrair dessa formulação de Lacan (1958/1998) uma certa relação ao tempo na experiência do tratamento psicanalítico. O tempo mediano pelo qual a transferência se transforma; o tempo longo da política como horizonte futuro; o tempo curto da bolha temporal de cada encontro.

A variedade trazida pela clínica do cuidado é uma variedade estratégica, pois opera uma única mudança na montagem da transferência em torno de uma única mudança de posição subjetiva, ainda que esta possa, potencialmente, trazer outras tantas transformações

imprevistas, como aconteceu. Esta estratégia corresponde a uma especificação ou a um giro de discurso.

O plano da sustentação da identidade, de doador, por exemplo, mantém-se no que se poderia chamar de discurso do mestre. Sua dominante é um significante mestre, como veio a se tornar, por exemplo, “enganado”. Essa montagem faz um determinado saber trabalhar, pois sob esta relação se instaura uma economia libidinal da fantasia, recalçada. Ao retomar a pergunta, como se ela não tivesse sido respondida, ao devolver o estranhamento e ao mostrar o estranhamento narrativo desta perda com a cena do casamento *perdido e enganado* o que se obtém é uma instabilização do discurso, um giro pelo qual ele cria uma abertura para a transferência, enquanto indagação de saber.

No entanto, para isso, foi preciso entender que esta *paralisação*, esta detenção do futuro não é uma falta prática de alternativas quanto ao que fazer, mas um reposicionamento da experiência de estranheiridade, antes alocada no outro, agente e portador do traumático, e agora reintroduzida no sujeito sob forma de divisão subjetiva e indeterminação de saber.

Foi por esse caminho que a noção de *desejo de analista* pode iluminar o impasse e mostrar uma saída. A condição de que um analista estivesse ali, com o sujeito, neste trabalho de pesquisa inventiva e procurando o *futurar* do e com o sujeito que lhe fala, sustentava-se na especificidade de que sua escuta se oferece como transformadora na medida exata em que o analista não entre nessa experiência subjetivado em uma plataforma qualquer de identificação, com seus próprios modelos de estranheiridade.

Essa condição proposta pelo desejo de analista justifica o engajamento do psicanalista nessa clínica.

5. “Isso não vai ficar pra sempre”: A produção da estranheiridade interna

Já mergulhados no funcionamento da clínica que pensamos, testamos e agora estávamos fazendo acontecer; algumas questões começaram a ser respondidas. Como qualquer clínico um pouco experiente poderia prever, estas perguntas começaram a mostrar seus caminhos de resposta na própria atividade da clínica.

Em janeiro de 2017, lá na casa que tinha nos mostrado – e que para ele uma casa não é casa se não faz laço –, estávamos diante de uma forma de angústia que Freud (1919/2019) descreveu como *Unheimlich* e que nós agrupamos como experiências de estranheiridade, a saber: o que devia ficar oculto, mas aparece revelado; o corpo morto que adquire vida; o corpo vivo que é experimentado como coisa; a casa íntima e acolhedora onde emerge o mais radical estranho, o parado imóvel que ainda assim se mostra animado.

Enquanto fazíamos o almoço, ele está falando sobre sua vida e, entre algumas histórias, diz categórico:

Ilana, esse negócio de eu estar sem dinheiro vai passar. Isso não vai ficar assim *pra* sempre, e eu não vou ficar a vida toda desse jeito, isso arruma com o tempo. Agora, eu tenho que me preocupar com outras coisas.

E se põe a falar sobre essas outras coisas. Está futurando-se.

Foi assim que ele nos ajudou a responder à pergunta sobre a extensão clínica do trabalho. Ele estava ali, falando sobre a sua ideia de tempo, que agora era outra. Ele podia pôr sua vida numa determinada perspectiva que não se fazia presente nos encontros anteriores. A intervenção, calculamos depois, fez vacilar uma determinada ligação significativa que mantinha um discurso, no qual seu laço com o outro ao modo do mestre e do escravo organizava seu sofrimento. Sua experiência de tempo o mantinha no eterno presente sem perceber que no dia seguinte podia ser diferente. A escuta – própria da atividade clínica da psicanálise – ao oferecer a possibilidade de que o sujeito seja suportado em sua divisão, não é só a da castração, mas também a condição de abertura para a transferência como aposta transformativa no futuro. Isso parece ter criado condições para que aquela fala fosse enunciada por ele, concordando com o que Freud chamava de lua de mel da transferência, ou seja, o sentimento de início e de perspectiva narrativa do futuro. Seu tom, ao proferi-la, era de quem explicava algo importante. Respondemos: “É mesmo!”

A intervenção nesse caso foi tecida por uma escuta composta; alguns de nós participamos da atenção oferecida ao sujeito. Como todos os outros ribeirinhos escutados, ele foi também atendido por uma dupla de cuidantes⁴. A intenção era a de que, diante do curto e intenso período de duração da intervenção, fosse possível administrar e dissolver os efeitos de transferência que o relato inevitavelmente seria capaz de desencadear, bem como criar, pelo menos, duas perspectivas sobre a experiência, enfrentando a pretensão de unidade e coerência que se produz diante de cada interlocutor constituído. No seu caso, especialmente, ele teve alguns encontros com a dupla de jornalistas que compunha a equipe interventora com o objetivo de iniciar o processo de documentação de seus textos.

Futurando, ele achou caminho de saída. Pediu que a equipe procurasse uma de suas filhas, essa que ele entendia que estava sofrendo para que ela pudesse “encontrar um caminho”, ainda que fosse pela restauração da função de ajuda. Foi com essa demanda que nos contou o que entendeu que aconteceu naqueles encontros. A escuta clínica, sustentada naquela condição pelo psicanalista, pôde neste caso operar uma transformação da relação do sujeito com o tempo, e ao perspectivar sua vida, as saídas encontradas se fazem, não exatamente como suplência identitária – não se tratava de uma ortopedia, mas da proposição de uma saída outra, como *suplemento discursivo* –, algo que não se faz para esconder a falta do que não está, mas que ao deixar o lugar do que falta onde isso falta, oferece um outro caminho de tratamento para o que não há.

4. As considerações sobre esta escolha táctica estão presentes em: Katz (2019).

Conclusão

Quando pensamos a Clínica do cuidado orientados pela escuta do sofrimento no território referido, perguntamo-nos sobre a possibilidade da psicanálise se fazer presente como dispositivo de cuidado naquela cultura. Sustentamos na teoria, na pesquisa e na experiência clínica, uma aposta de que dispúnhamos de elementos que amparariam nossa prática. O que não sabíamos era o quanto e o como esse fazer retornaria sobre o saber e como ação formadora para cada um dos analistas que compuseram essa equipe clínica. Fato é que a experiência oferecida pela condição metódica do estrangeiro é muito menos frequente do que bem-vinda na clínica, e talvez essa condição tenha alçado os efeitos mais potentes sobre os psicanalistas em questão.

A Clínica do cuidado ao sair da Universidade de São Paulo para alcançar as margens do rio Xingu na Amazônia se constituiu como experiência de estrangeiro para os psicanalistas e psicoterapeutas que cruzaram essa fronteira. Chegar ao Xingu, para um psicanalista, demanda uma operação de descentralização para a qual precisamos responder de maneira muito específica. O risco que corríamos, e contra o qual trabalhamos intensamente⁵, era o de reinventarmos desde o lugar do psicanalista, uma experiência de colonização sobre uma cultura e um modo de vida que não era o nosso.

Este gesto, já sabíamos, seria a contradição de uma psicanálise com sua própria infamiliaridade. Para isso é preciso entender, que nem tudo que é estranho representa uma perturbação de nosso narcisismo e emerge de seus estados infantis não resolvidos.

No entanto, a questão é que também sabíamos que a condição de nos dizermos psicanalistas não nos protegeria, sequer, dessa contradição. Além disso, tivemos a decisão metodológica de suspender as indagações pré-judice acerca de se estávamos falando de psicanálise, se havia psicanalistas “verdadeiros” ou intervenções “autenticamente” psicanalíticas nesta experiência. Então, o que não sabíamos muito bem era como ali, na cena clínica, encadearíamos essa ação. Como escutar quem diz de si a partir de termos que não conhecemos? Tratava-se, para nós, de atender sujeitos em uma espécie de outra língua; ainda que os sentidos não nos fossem completamente estranhos, seu emprego, sua tônica e sua peculiaridade de uso denunciavam nossa própria familiaridade com o fazer clínico. Armamos o compromisso de que o efeito estrangeiro sobre nós não poderia se desmanchar em gestos de colonização, seria preciso escutar desde o estrangeiro. Escutar.

5. A preparação da equipe clínica foi extensa. Além do contato frequente com o território, com o estudo de sua história e com a construção de Belo Monte, todos os *cuidantes* participaram de um curso semestral no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, e tiveram entre seus professores atores chave do território. Depois de serem selecionados, eles integraram um grupo de trabalho também de frequência semanal que discutiu as bases de construção da *Clínica do cuidado* em sua relação com o território.

Freud advertiu muitas vezes aos psicanalistas sobre a escuta como condição de realização de uma análise. Em 1909, o fez novamente: “provisoriamente, deixaremos nosso julgamento em suspenso, e prestaremos igual atenção a tudo aquilo que se oferece à atenção” (Freud, 1909/1996, p. 21).

Lacan, interessado em trabalhar com os elementos que pudessem sustentar a escuta como prerrogativa ética da clínica, formulou o operador “desejo do analista” para situar a posição desde a qual devemos nos lançar à escuta. Ele respondia aos pós freudianos e discutia com esses termos o manejo da contratransferência: a subjetividade do psicanalista, seu modo de viver e de pensar a vida, não deve comparecer como parâmetro ou como referente em qualquer situação clínica.

Não estávamos desavisados, portanto. A escuta, lugar vazio, seria o elemento chave de sustentação da clínica, também no Xingu. A questão central na relação com a escuta seria, então, a radicalidade da experiência de não-saber e, mais especificamente, o que era preciso conhecer para dar suporte ao não saber.

No nível do significante o que comparecia era mais do que uma série de palavras novas como: *tracajá* ou *banzeiro*. Ainda, na relação com as palavras, fomos surpreendidos: alguns termos eram os mesmos, mas o sentido que assumiam naquele léxico era absolutamente outro. Como poderíamos intuir que *vizinho* não é só aquele que mora ao seu lado? Ali *vizinho* é um significante que condensa os sentidos que imprimimos para “vizinho” e para “amigo”, amigo de infância, esse que esteve sempre lá e com quem se pode contar. Quando *vizinho* quer dizer tudo isso, e quando se diz: “nesse novo bairro fiquei sem vizinho”, está se dizendo mais da experiência de solidão e da desconstrução da rede comunitária, do que da distribuição geográfica.

Escutar os ribeirinhos em sua maneira de dizer, escutar esse modo diverso do nosso, esse modo de articulação entre os termos da vida, essa ligação entre os significantes e a sua ausência, foi o que fez a escuta dar lugar a esse modo de vida que se apresenta também como diferença na experiência de gestão do sofrimento.

Uma ribeirinha nos surpreendeu para sintetizar na sua pergunta a dimensão da diferença: “Mas lá onde você vive precisa de dinheiro todo dia? Como você faz?”, a pergunta interrompe o interlocutor. Se essa mulher vive sem considerar que precisaria de dinheiro todo dia é porque seu modo de vida se dispõe em modos de gozo pouco acessíveis a forma cidadina de gerir a experiência. Modos de vida são também modos de gozar a vida e parece que para as populações tradicionais e extrativistas as dimensões de troca e de uso se intercalam com as de doação e compartilhamento na relação com os objetos, com os outros e com o tempo. Há diferentes modos de se experimentar estrangeiro quando assim consideramos a situação. O modo de vida ribeirinho imprime na experiência extrativista com a floresta, na relação com os outros e na indisposição ao acúmulo, uma relação com a satisfação

em que a possibilidade de usufruir do comum incide sobre as relações de posse, inventando a experiência comunitária característica daquele território em que a posse está mais articulada na relação com o coletivo do que com a decisão do lugar social de alguém.

Diante dessa experiência a ideia da escuta, como lugar vazio, radicaliza-se para dar suporte à própria condição da escuta e, além disso, a condição de estrangeiro do analista faz retornar ao elemento mínimo que sustenta a condição de uma psicanálise.

Há estrangeiridades determinadas pela negação do familiar, mas há negações do familiar que não geram estrangeiros, entretanto identidades conhecidas e fixadas; duplos sombrios de nós mesmos, talvez falsos estrangeiros criados por nossa fantasia.

Na relação com os ribeirinhos atendidos pela clínica do cuidado não se colocou nenhum dos regramentos que compõem o que aprendemos a referir como *setting*, o cenário clássico que faz lugar para uma psicanálise: não havia dinheiro (e nem caridade), não havia endereço fixo, não havia tempo definido previamente e nem regularidade de encontros. Nesta experiência, não havia psicanalistas contratados por ribeirinhos, e junto com isso, importa dizer que não houve psicanalista contra o ato analítico. O operador “desejo do analista” fez valer para cada um dos *cuidantes* e em cada encontro a condição de possibilidade de sustentação da operação de uma psicanálise.

Desvestido o *setting*, e fazendo decantar a parafernália técnica, a estratégia Clínica do cuidado produziu efeitos sobre os analistas que ali estávamos, e que não conseguimos calcular de saída. Efeitos sobre a própria estrangeiridade da psicanálise e seu processo de formação. Essa clínica promoveu, de forma precisa, o que Dominique Fingermann (2016) referiu como a (de)formação que forma o analista. Aprendemos junto com a experiência oferecida pela condição de estrangeiro a que nos propusemos, e na qual fomos inicialmente tratados. Mas, uma vez acolhidos neste lugar, pudemos trazer à luz efeitos de estranhamento que mostraram associar-se com a emergência da transferência e com o reposicionamento subjetivo diante dos sintomas. Em outras palavras, foi preciso realizarmos como estrangeiros, e não como turistas ou visitantes exóticos, para produzir – a partir da estrangeiridade vivida – um novo tipo de estranhamento.

Entre a negação do impossível retorno ao perdido, expresso na demanda do discurso de luta pela restituição do passado, e a impotência expressa sobre o adoecimento do corpo sob o nome da depressão que imobiliza o sujeito, apostamos que a psicanálise poderia oferecer uma terceira via de leitura e acolhimento. Clínica e cuidado.

A experiência demonstrou que intervenções de estranhamento, intervenções que introduziram um corte discursivo funcionaram como condição para a mudança de posição do lado do sujeito. Mas, também, isso mostrou um efeito gradual de decantação da experiência da estrangeiridade para aqueles que a viviam sem representá-la e

sem compartilhá-la, senão como defesa e reação identitária. Emergiu, assim, uma formação mais estrangeira para si mesma destes psicanalistas, assim como realizou-se o caráter de jornada perspectiva para esse que estava estrangeiro em sua própria terra, sem sabê-lo.

Entendemos que tal operação tornou-se possível porque, ainda que todos os elementos de estabelecimento do *setting* clássico estivessem suspensos – como expusemos acima – a ética da psicanálise, reguladora da clínica, encontrou lugar na função “desejo de analista” para sustentar – como único elemento indispensável e incontornável ao fazer do analista – a realização do horizonte da subjetividade de nossa época, incluindo-se aí o *centro do mundo*.

Resumo

O artigo apresenta a estratégia Clínica do cuidado, resposta que inventamos, entre os anos 2016 e 2017, para atender a população ribeirinha do rio Xingu, na Amazônia brasileira, que fora atingida pela construção da Usina Hidrelétrica de Belo Monte. A partir de relatos que nos informavam de um aumento expressivo de formas de adoecimento do corpo – comum nas pessoas desde a chegada da usina –, dos testemunhos locais de intenso sofrimento psíquico, e da avaliação de que os dispositivos de tratamento presentes no território não faziam frente à extensão sistêmica do sofrimento, propusemos a intervenção. Para cercar a experiência realizada, o artigo trabalha com as noções de estrangeiridade, estrangeiro e estranhamento e aborda seus efeitos formativos sobre os clínicos (psicólogos e psicanalistas) que a realizaram.

Palavra-chave: *Psicanálise. Candidatas a palavras-chave: Clínica do cuidado, Estrangeiro, Formação do analista.*

Abstract

The article presents the Care clinic strategy, a response we came up with in 2016 and 2017, aimed towards Xingu riverside population, in the Brazilian Amazon, which had been hardly hit by the construction of the Belo Monte Hydroelectric Plant. Based on reports that informed us of a significant increase in forms of body illnesses, current in people since the construction of the Hydroelectric Plant, on testimonies of the locals about intense psychological suffering, and on the assessment that local resources available for treatment were not able to face the systemic extension of suffering, the intervention was, thus, proposed. To encompass the experience, the article works with the notions of foreignness, foreign and estrangement and addresses its formative effects on the clinicians (psychologists and psychoanalysts) who carried it out.

Keyword: *Psychoanalysis. Candidates to keywords: Care clinic, Foreigner, Formative effects (on the psychoanalyst).*

Referências

- Birman, J. [Café Filosófico CPFL]. (13 de agosto de 2014). Caos e trauma no mundo contemporâneo [arquivo de vídeo]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=WSO-9L2vqE>
- Brum, E. (25 de setembro de 2015). Vítimas de uma guerra amazônica. *El País*. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2015/09/22/politica/1442930391_549192.html
- Cohen, S. K. (2014). *Testimony and time: Holocaust survivors remember*. Jerusalem: Yad Vashem.
- Das, V. (2015). *Affliction: Health, disease, poverty*. Nova York: Fordham University Press.
- Debieux-Rosa, M. (2016). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do do sofrimento*. São Paulo: Escuta/FAPEESP.
- Dunker, C. I. L. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume.
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: Uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo.
- Dunker, C. I. L. (2019). Indeterminação e animismo. Em E. Chaves e Tavares P. H. (trad.), *O infamiliar: Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Endo, P. (2013). Pensamento como margem, lacuna e falta: Memória, trauma, luto e esquecimento. *Revista USP*, 98, 41-50. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/69224/71688>
- Fearnside, P. M. (2017). Belo Monte: Actors and arguments in the struggle over Brazil's most controversial Amazonian dam. *Die Erde - Journal of the Geographical Society of Berlin*, 148(1), 14-26. Disponível em: <https://www.die-erde.org/index.php/die-erde/article/view/264>
- Ferrarese, E. (2016). Vulnerability: A concept with which to undo the word as it is? *Critical Horizons*, 17(2), 149-159. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14409917.2016.1153885>
- Fingermann, D. (2016). *A (de)formação do psicanalista: As condições do ato psicanalítico*. São Paulo: Escuta.
- Flanagan, B. E. et al. (2011). A social vulnerability index for disaster management. *Journal of Homeland Security and Emergency Management*, 8(1). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/274439003_A_Social_Vulnerability_Index_for_Disaster_Management
- Flusser, V. (2007). *Bodenlos: Uma autobiografia filosófica*. São Paulo: Annablume.
- Freud, S. (1977). El malestar en la cultura. Em J. Etcheverry (trad.), *Obras completas* (vol. 21). Buenos Aires: Amorrotu. (Trabalho original publicado em 1930 [1929]).
- Freud, S. (1996). Duas histórias clínicas (o “Pequeno Hans” e o “Homem dos ratos”). Em J. Strachey (ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. 10). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1909).
- Freud, S. (2019). O infamiliar. Em E. Chaves e Tavares P. H. (trad.), *O infamiliar: Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1919).
- Katz, I. (2019). A clínica do cuidado: Intervenção com a população ribeirinha do Xingu atingida por Belo Monte. Em I. Katz e E. Broide (org.), *Psicanálise nos espaços públicos*. São Paulo: IP/USP.
- Katz, I. e Oliveira, L. (2016). Considerações sobre os impactos em saúde no contexto do deslocamento forçado dos ribeirinhos em Belo Monte. Em S. Barbosa Magalhães e M. Carneiro da Cunha (org.), *A expulsão de ribeirinhos em Belo Monte: Relatório da SBPC* [livro eletrônico]. São Paulo: SBPC. Disponível em: <http://portal.sbpnet.org.br/livro/belomonte.pdf>
- Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. Em J. Lacan, *Escritos* (pp. 591-652). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1958).
- Lacan, J. (2005). *O seminário de Jacques Lacan, livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1962-1963).
- Nestrovski, A. e Seligmann-Silva, M. (org.) (2000). *Catástrofe e representação*. São Paulo: Escuta.
- Rose, N. (2007). Beyond medicalisation. *The Lancet*, 369, 701-702.
- Safatle, V., Silva Junior, N. da, e Dunker, C. I. L. (org.) (2018). *Patologias do social: Arqueologia do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Torres, M. (2011). A despensa viva: Um banco de germoplasma nos roçados da floresta. *Geografia em questão*, 4(2), 113-138. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/geoemquestao/article/view/4820/4218>
- Zorzaneli, R. T., Ortega, F. e Bezerra Júnior, B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc. saúde coletiva*, 19(6), 1859-1868. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=en&nrm=iso