



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

IARA FERNANDES TEIXEIRA

**TRAUMA, ANGÚSTIA E DESAUTORIZAÇÃO NOS DISPOSITIVOS DE SAÚDE
MATERNO-INFANTIL EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL:
CONTRIBUIÇÕES CLÍNICO-POLÍTICAS DA PSICANÁLISE**

FORTALEZA – CE

2019

IARA FERNANDES TEIXEIRA

TRAUMA, ANGÚSTIA E DESAUTORIZAÇÃO NOS DISPOSITIVOS DE SAÚDE
MATERNO-INFANTIL EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL:
CONTRIBUIÇÕES CLÍNICO-POLÍTICAS DA PSICANÁLISE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Teorias e práticas da Psicanálise.

Orientadora: Profa. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T266t Teixeira, Iara Fernandes.

Trauma, angústia e desautorização nos dispositivos de saúde materno-infantil em contextos de vulnerabilidade social : contribuições clínico-políticas da psicanálise / Iara Fernandes Teixeira. – 2019. 115 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de PósGraduação em Psicologia, Fortaleza, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins.

1. Vulnerabilidade . 2. Trauma. 3. Desautorização. 4. Saúde materno-infantil. 5. Clínica psicanalítica institucional. I. Título.

CDD 150

IARA FERNANDES TEIXEIRA

TRAUMA, ANGÚSTIA E DESAUTORIZAÇÃO NOS DISPOSITIVOS DE SAÚDE
MATERNO-INFANTIL EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL:
CONTRIBUIÇÕES CLÍNICO-POLÍTICAS DA PSICANÁLISE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Teorias e práticas da Psicanálise.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria Celina Peixoto Lima
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Profa. Dra. Verônica Morais Ximenes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À Deus.

À meus pais, José Bastos e Francisca Ribeiro.

Aos meus irmãos, Janaira e Sandino.

Ao meu companheiro, namorado, marido, parceiro, amigo, André.

Aos mestres que passaram pela minha trajetória, representados nessa ocasião na pessoa da minha orientadora, Karla Martins.

As mães e pais, que mesmo diante das dificuldades, resistem no ofício (im)possível de cuidar e educar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, pela vida, a saúde e pela ajuda com as portas que pude abrir para estar aqui.

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio, mesmo em tempos difíceis.

À Prof^a Dr^a. Karla Patrícia Holanda Martins, pela excelente orientação. Sou grata por sua paciência, por sua aposta e esperança em mim, mesmo com as dificuldades. A senhora me cuidou, regou-me, também sustentou este trabalho.

Aos professores participantes da banca examinadora, Prof^a Celina Lima e Prof^a Verônica Ximenes, pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões. Sou grata pela coragem e a segurança que as duas me passaram desde a qualificação.

Ao IPREDE e à Beatriz Sernache, pelo acolhimento e interesse compartilhado no processo de pesquisa. Aprendi muito só de estar na instituição, mas também aprendi com os encontros que foram proporcionados neste período.

Aos meus pais, Francisca e Bastos, por terem me dado a vida e por terem colaborado com minha construção, desde a infância, em um ambiente tão criativo. Mesmo com desafios nunca me fizeram desistir dos meus sonhos, até mesmo quando eu desacreditava de mim mesma. Obrigada, mãe e pai, por todo o apoio e por terem feito tantos sacrifícios para que eu pudesse estudar, para que eu pudesse me mudar para Fortaleza e por me ajudarem a suportar a saudade.

À minha irmã mais nova, Janaira, que é uma luz na minha vida, um apoio forte em minha caminhada. Ao meu irmão mais velho, Sandino, que sempre foi um modelo de dedicação aos estudos e amor ao conhecimento. Vocês são minhas inspirações desde sempre. Espero estar realizando um sonho nosso, não só meu.

Ao amor de minha vida, por toda a parceria, por ser a pessoa que mais acredita em mim no mundo. Obrigada, André, por ser um homem que não se sente menor ao meu lado, que cria ao meu lado e alimenta minhas ideias. Obrigada por ter me tirado da minha zona de conforto, por ter apostado que eu poderia ser qualquer coisa que eu quisesse ser. Obrigada por me acolher e por não ter me deixado desistir desse sonho e da minha espontaneidade. Obrigada

por se fazer tão vivo em minha escrita, quanto em minha vida, você também sustentou este trabalho. Obrigada por acordar e me amar a cada dia mais, isso vale mais que qualquer coisa.

À minha sogra, D. Conceição, por todo o apoio, carinho e pelo amor de uma segunda mãe em minha vida. Sua casa foi para mim, durante alguns fins de semana, um lugar de criação intensa.

Aos amigos, tão presentes na caminhada, mesmo à distância. À Kegislânia, aquela que foi a primeira a saber e a comemorar minha aprovação no mestrado. À Natacha, que me acolheu em sua casa como se fosse sua irmã (e assim a considero). À Alana, que foi minha família em minha adaptação à rotina em outra cidade. À Jéssica Alves, por dividir não só o mesmo quarto comigo, mas suas dificuldades, suas alegrias e sua força. À Jéssica Rodrigues, pelas incríveis conversas e por ser essa inspiração para mim, como mulher e intelectual negra. Ao Rafael e ao Natércio, por serem tão acolhedores comigo e pela parceria nas disciplinas, nos trabalhos, nos eventos e nos almoços na UFC. À Livia Cavalcante, por todo o afeto e apoio.

À pessoa que sempre será minha professora e supervisora, Érika Dauer, por sua amizade e por ter me ajudado a encontrar a psicanálise que me representava. Obrigada por ter apostado que eu era capaz de estar aqui, que eu merecia, pelo meu esforço, esse lugar. Nunca me esquecerei do dia em que saiu o resultado da seleção. Àquela data, você passou o dia olhando o site, para saber se eu havia sido aprovada, e me ligou, assim que ficou sabendo, para me dar a notícia.

A Maria Luiza, Tinha, Talita e Verbênia, as pessoas que tornaram minha estadia em Fortaleza possível, hospedando-me em sua casa no meu primeiro mês, sem nada me cobrar ou me fazer sentir um incômodo. Vocês também contribuíram para a realização deste sonho e sempre vou lembrar de vocês com muito afeto.

Ao Gustavo Fernandes, que, de maneira tão especial, cuidou da revisão ortográfica deste texto e me permitiu ser mais coesa e feliz com minha escrita.

Ao Hélder, Eveline e Renê que, mesmo sendo tão ocupados, não só fazem parte da secretaria do programa, mas também tornam nossa passagem pela UFC mais resolutiva e amistosa.

À análise, que sustenta a escrita do pesquisador e que me proporcionou outro encontro com a psicanálise.

A todos os professores que passaram pela minha trajetória acadêmica, tudo o que aprendi foi válido e todo o apoio e suporte merece reconhecimento.

Aos demais colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas.

“Eu sempre tive um objetivo só, ser feliz
O ser humano que faz, larga na frente do que diz
O ser humano que mata, matará
O que mente, mentirá
O que muito mata e mente, o mundo arrebatará
Busquei a verdade pelas ruas
De um milhão de sentenças as verdades são duas
Você vai morrer, não existe paz
As outras verdades são mentiras bem contadas demais
O mundo gira, gira
Do embrião que nasce amor, também nasce a ira
[...]

Quer ver o jogo virar, mas esse jogo é eterno
Ser julgado de que jeito se tu já ta no inferno
E me julga perdedor, diz que quer ver o meu fim
O que na sua infância te fez arrogante assim?
Já que Deus é o juiz e ele não amarela
Quem julga será julgado, a gente se vê na cela
(Então)

Pode falar, pode dizer
Pode xingar, pode bater
Porque a vida me deu fogo, mas não vou queimar você
A vida me deu fogo, mas não vou queimar você

Meu mano, pelo amor, tô na luta pela cor, só ver pela dor
Que a gente sentiu, vai se estressa com os péla, pô?
Piscina de bacia, no tanque ou na pia
Nem tinha visto a bolsa, mas vi o racismo da v...

[...]

Não sou melhor que ninguém, nem pior vii, meu bem?
Meu suor me fez quem sou de coração
Pulou minha catraca e quer palpar direção?
Minha vida eu dirijo, espera o próximo busão
Às vezes, parece que o mundo tá contra mim
Que sempre desconta em mim
Minha vida desmonta enfim
Me sinto como um Abel nadando em um mar de Caim
Alma inflama, Guenkidama, força Super Sayajin

Truta, mais festa no país do carnaval que se afunda
Mais dor de onde a raça é oriunda
Profunda luta pela minha gente
Pra que o país da bunda se torne o país da mente”

(PROJOTA, letra da música
“Fogo”, do álbum *Muita luz*, 2013).

RESUMO

Os últimos dados sobre as condições de vida e desenvolvimento de crianças no Brasil são bastante expressivos quanto às incidências das desigualdades sociais e regionais na qualidade das políticas públicas. Diante deste quadro, a presente dissertação tem como objetivo geral propor, a partir dos conceitos psicanalíticos de trauma, angústia e desautorização do sujeito em suas intersecções com os campos conceituais das ciências sociais e da psicologia social, a construção de pressupostos ético-políticos para uma clínica das vulnerabilidades traumáticas na atenção à saúde materno-infantil. Para alcançar o nosso objetivo geral, elencamos os seguintes objetivos específicos: discutir as bases do conceito de vulnerabilidade em articulação com os conceitos de reconhecimento social, dignidade e pobreza; resgatar os pressupostos da teoria do trauma e da angústia em Freud e Ferenczi e da desautorização do sujeito; e, por fim, discutir os alguns pressupostos ético-políticos para um fazer clínico no campo da saúde materno-infantil, a partir da problematização dos recortes de observações no IPREDE. Fizemos uso do diário de campo como ferramenta metapsicológica, o que nos permitiu circunscrever nossos objetivos, aliados à pergunta nodal, às categorias que permitiriam sustentar uma argumentação teórica e à articulação com a observação participante realizada no IPREDE. Depois de percorremos investigações sobre as diferentes acepções do conceito de vulnerabilidade, buscamos relacionar esse conceito ao de dignidade humana a partir do contexto em que esta toca o horror das situações de guerra e, portanto, quando se encontra com a face do trauma. No diálogo com a psicologia social/comunitária, nos debruçamos sobre os processos de naturalização e culpabilização da pobreza como operadores importantes na manutenção de um lugar de exclusão do sujeito no laço social. Baseando-nos nessas discussões, nos propomos a reafirmar o compromisso ético-político da psicanálise e apontar alguns pressupostos importantes para a atenção à saúde materno-infantil em contextos de desamparo e vulnerabilidades traumáticas. À guisa de conclusão, destacamos operadores clínico-políticos como pressupostos importantes na construção de um fazer clínico implicado na escuta do sofrimento sociopolítico, a saber: o reconhecimento do lugar de saber/poder do sujeito, a relação de confiança estabelecida entre usuário e profissional, o incentivo à espontaneidade e participação do sujeito em seu processo de cuidado.

Palavras-chave: Vulnerabilidade, Trauma, Desautorização, Saúde materno-infantil, Clínica psicanalítica institucional.

ABSTRACT

The latest data on the living conditions and development of children in Brazil are quite expressive as for the effects of social and regional inequalities in the quality of public policies. In this context, the present dissertation aims to propose, from the psychoanalytic concepts of trauma, anguish and disempowerment of the subject at its intersections with the conceptual fields of social sciences and of social psychology, the construction of ethical political assumptions to a clinic of the vulnerabilities of the maternal and child health care. In order to achieve our general objective, we set out the following specific objectives: to discuss the bases of the concept of vulnerability in articulation with the concepts of social recognition, dignity and poverty; to rescue the assumptions of the theory of trauma and anguish in Freud and Ferenczi and of the de-authorization of the subject; and, finally, to discuss some ethical-political assumptions for a clinical practice in the field of maternal and child health, from the questioning of the observations in IPREDE. We made use of the field journal as metapsychological tool, which allowed us to define our goals, allies to question, the categories which would nodal sustain atheoretical argument and the articulation with the participant observation conducted in IPREDE. After exploring how our concerns met, we research on the different meanings of the concept of vulnerability seeking to relate this to the concept of human dignity from the context in which the dignity mention the horror of war and so, when you meet with the face of trauma. In dialogue with social/community psychology, we are discussing about the naturalization processes and scapegoating of poverty as important operators in maintaining a place of exclusion of the subject in the social bond. Based on these discussions, we propose to reaffirm the ethical-political commitment of psychoanalysis and to point out some important assumptions for attention to maternal and child health in contexts of helplessness and traumatic vulnerabilities. As a conclusion, we highlight clinical-political operators as important assumptions in the construction of a clinical practice involved in listening to sociopolitical suffering, namely: recognition of the place of knowledge / power of the subject, the relationship of trust established between user and professional, the incentive to the spontaneity and participation of the subject in his care process.

Keywords: Vulnerability, Trauma, Disempowerment, Maternal and child health, Institutional psychoanalytic clinic.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	PERCURSO METODOLÓGICO	23
2.1	A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos	23
2.2	O diário de campo como ferramenta para uma pesquisa em psicanálise: o caminho do pão em João e Maria	25
2.3	Instituto da Primeira Infância – IPREDE	29
2.4	Sistematização das experiências no IPREDE	32
3	VULNERABILIDADE E POBREZA: DIÁLOGOS INTERDISCIPLINARES	38
3.1	Marcos conceituais da vulnerabilidade social	38
3.2	Vulnerabilidade e dignidade: um lugar para o sujeito?	41
3.3	Naturalização e culpabilização na teia da vulnerabilidade	47
3.4	Reconhecimento social: uma questão para a psicanálise	50
4	FUNDAMENTOS PSICANALÍTICOS: TRAUMA, DESAUTORIZAÇÃO E ANGÚSTIA	58
4.1	Construções freudianas sobre o trauma	58
4.2	O trauma ferencziano: confusão de línguas e desautorização	61
4.3	Angústias frente às vulnerabilidades traumáticas	65
5	PRESSUPOSTOS ÉTICO-POLÍTICOS DA CLÍNICA PSICANALÍTICA: A SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM CONTEXTOS VULNERÁVEIS	79
5.1	A maternidade frente às vulnerabilidades sociais: as vias do possível	79
5.2	Exigências e desautorização do cuidado da mãe em situação de vulnerabilidade social	89
5.3	Ética, política e psicanálise: uma clínica das vulnerabilidades traumáticas na saúde materno-infantil	94
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104

REFERÊNCIAS108
--------------------	----------

INTRODUÇÃO

O Brasil viveu um momento histórico importante de luta contra a pobreza e a fome, entre 2002 e 2015, quando as políticas públicas definiram como foco a implementação de programas e projetos de redistribuição de renda, geração de emprego, queda da inflação e ampliação da qualificação profissional das populações de baixa renda e/ou historicamente excluídas. Embora esses avanços tenham sido significativos, inclusive do ponto de vista da viabilidade desta pesquisa¹, o cenário já mudou consideravelmente, devido aos processos político-econômicos que o país vem sofrendo, sobretudo nos últimos quatro anos. Em 2018, em entrevista ao portal de notícias da UOL, o diretor-geral da FAO/ONU² (*Food and Agriculture Organization of the United Nations*), José Graziano da Silva pontuou a possibilidade de um retorno do Brasil ao Mapa da fome. Segundo Graziano, o avanço dos setores conservadores na sociedade brasileira, ameaça a concepção de alimentação como um direito absoluto, assim como o direito à vida é concebido (AZEVEDO, 2018).

Segundo dados da Fundação ABRINQ, a pobreza atingia cerca de 55 milhões de pessoas no Brasil, sendo ainda considerada extrema para outros 18 milhões de brasileiros. Os lares do Nordeste apresentavam um destaque em relação as outras regiões, englobando 14,9 milhões de pessoas pobres e 11 milhões extremamente pobres (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2017).

Quando levada em consideração apenas a população de crianças e adolescentes (0 a 14 anos), o Nordeste ainda liderava o *ranking* de regiões mais pobres do Brasil, contando com 8 milhões de crianças e adolescentes vivendo em domicílios de baixa renda e 3,4 milhões vivendo em condições de extrema pobreza. O relatório da Fundação ABRINQ (2017) define a pobreza de acordo com a renda domiciliar *per capita*, sendo considerados pobres aqueles que recebem o equivalente a meio salário mínimo ou menos. Já a extrema pobreza é atribuída àqueles que vivem com aproximadamente um quarto de salário mínimo. Diante dessas condições de renda, as formas de moradia dessa população também são precárias, ainda de acordo com esse relatório, mais de 3,2 milhões de domicílios estão localizados em favelas, com aproximadamente 11,4 milhões de pessoas vivendo nessas moradias.

Outros números importantes nessa discussão sobre condições de vida das crianças são os relativos à violência, sobretudo na região Nordeste e, em especial, no Estado do Ceará.

¹ A pesquisadora que vos escreve foi bolsista em universidade particular, a partir da política de cotas.

² Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura.

Novamente, segundo o panorama traçado pela Fundação ABRINQ (2017), em 2015 mais de 56 mil mortes foram notificadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no Brasil. Na população entre 0 e 19 anos, esse número chega a 10.465 homicídios, representando 18,4% em relação ao total. A região Nordeste concentra mais de 80% dos homicídios de crianças e adolescentes no cenário nacional, sendo a maioria mortes cometidas por arma de fogo. De modo inverso, os dados em relação à cultura e lazer marcam a mesma região pelos piores índices de distribuição de centros de lazer entre seus municípios. Cerca de 1.277 municípios não contam com nenhum centro cultural e o esporte se torna uma saída mais barata para esse déficit, totalizando cerca de 1.550 equipamentos esportivos presentes nos municípios do Nordeste (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2017).

Na questão educacional, o país vem vivenciando um aumento expressivo no número de creches e centros de educação infantil, mas guardando diferenças de distribuição entre as regiões. Até 2015 foi atingido pouco mais de 30% da cobertura de creches, tendo como meta para 2024 chegar aos 50% de cobertura, um caminho ainda longo para a universalização do acesso à educação infantil. A região com maior população de crianças e adolescentes é a Norte, porém esta não é a região com maior percentual de matrículas entre 0 e 3 anos de idade, mas a região Sudeste. A escolarização, de um modo geral, vem crescendo em termos de acesso, porém a evasão escolar e as reprovações são expressivas, sobretudo nas regiões Norte (3,7% de evasão e 28,3% de distorção idade-série) e Nordeste (3,1% de evasão e 26,3% de distorção idade-série). Até 2010, cerca de 966.305 crianças e adolescentes entre 6 e 14 anos de idade estavam fora da escola e, distantes desse ambiente, resta aos mesmos o trabalho infantil e outras formas de exploração (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2017).

Esses dados ressaltam a importância dessa pesquisa e de tantas outras que visam estabelecer possíveis elementos de análise que possam contribuir para o trabalho do psicólogo e do psicanalista e na definição de políticas públicas de saúde que considerem o lugar da singularidade do sujeito, de suas formas particulares de resistência e seus modos de sofrimento, enfatizando os aspectos subjetivos quase sempre negligenciados pelas estatísticas. Outra justificativa para a importância desses indicadores é o foco dado na pesquisa à maternidade exercida nesses contextos, ou seja, a partir dessas condições como a maternagem se adapta e gesta sujeitos empobrecidos, mas resistentes.

Dentro da nossa Linha de Pesquisa, durante os últimos treze anos, os Laboratórios de Psicanálise da Universidade Federal do Ceará – UFC e da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, vêm desenvolvendo no IPREDE – Instituto da Primeira Infância, pesquisas

relacionadas à dimensão subjetiva dos quadros de desnutrição das crianças e das mães em atendimento na instituição.

O IPREDE é uma instituição do terceiro setor, situada em Fortaleza – CE, que, há mais de três décadas, desenvolve um trabalho na atenção à saúde da criança, sobretudo no que toca à desnutrição e ao vínculo mãe-bebê. A instituição atende, em sua maioria, famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social e conta com equipe multiprofissional, na gestão do cuidado com essas famílias. O IPREDE surge a partir do interesse de alguns pediatras em recuperar a saúde de crianças diagnosticadas com quadros de desnutrição, doença que assolava os estados nordestinos no final dos anos 1980. Historicamente, a ONG sempre esteve próxima à núcleos de pesquisa, sobretudo no campo da saúde e desenvolvimento infantil, firmando parcerias e desenvolvendo pesquisas que potencializam até os dias atuais a abertura da instituição aos pesquisadores e voluntários.

Dentro dessa tradição alguns trabalhos serão destacados por suas preocupações com questões que permeiam não só a dimensão individual da clínica na primeira infância, mas também a dimensão sociopolítica desta. O primeiro artigo homônimo da primeira pesquisa ali empreendida, *Infância e privação: a fome, o silêncio e a vontade de viver* (MARTINS, et al. 2011), discorre sobre o silêncio tabu em torno da experiência da fome e as possíveis consequências subjetivas para o estabelecimento das operações simbólicas primordiais da criança, entre elas o brincar. Conclui-se sobre a importância do reconhecimento social nas formas de respeito para a construções de estratégias de enfrentamento e gestão da angústia traumática, nas palavras dos autores: “a capacidade da criança de agir criativamente ... é mantida desde que os laços sociais de seus cuidadores sejam sustentados por uma rede familiar e/ou comunitária”. (MARTINS, et al. 2011, p. 92). Ou ainda: “o impacto traumático da experiência da fome é relativizado se essas experiências forem partilhadas em uma ordem social e cultural” (MARTINS, et al. 2011, p. 92).

Dessa parceria com o IPREDE, nasce a primeira dissertação de mestrado que tem os impasses no desmame e a relação mãe-bebê como categorias centrais (CARVALHO, 2011), orientada pela Profa. Maria Celina Peixoto Lima e co-orientada pela Profa. Karla Martins. Mais adiante, o trabalho de dissertação da Beatriz Neves (2015), também orientado pela Profa. Celina Lima, discutiu criticamente o conceito de prevenção para a psicanálise e seus desdobramentos para a clínica psicanalítica institucional, uma discussão de relevância para o nosso trabalho. A psicóloga retoma ali sua atuação como psicóloga no IPREDE, ao longo de mais de quatro anos,

a partir dos dois instrumentos³ de orientação psicanalítica – O Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) e a Avaliação Psicanalítica aos Três Anos (AP3) que passam a ser utilizados na instituição.

Ressalta-se que, a partir de 2012, o psicanalista Alfredo Jerusalinsky, um dos idealizadores dos instrumentos, tornou-se consultor do Instituto. Em torno dessas contribuições, um campo de pesquisa se inaugura na perspectiva da exploração clínica dos instrumentos e de suas contribuições no atendimento às díades mãe-criança. Simultaneamente, o projeto de pesquisa *Saúde mental e constituição psíquica: contribuições da psicanálise ao campo da saúde coletiva* (2012) começa a se desenvolver dando origem a uma dissertação e a um artigo, apoiados nos dados coletados por meio da aplicação da AP3.

Nesse artigo, Martins, Lima et al. (2016) discutem os dados colhidos com a aplicação da AP3 em relação à privação do alimento e as incidências desse fenômeno na constituição psíquica, a partir da operação lacaniana do estabelecimento da demanda em crianças desnutridas. Os autores destacam o enlace entre as operações fundantes da suposição do sujeito e do estabelecimento da demanda com os processos primordiais de identificação e com o narcisismo materno. Essas questões levantadas haviam encontrado solo fértil na pesquisa de dissertação de Simão (2017), uma das co-autoras do artigo e participante na pesquisa de 2012. A psicanalista encontra, no enlace descrito acima, possíveis entraves no estabelecimento da operação da demanda que poderiam estar relacionados à aquisição da fala das crianças mais gravemente desnutridas; do lado da mãe um quadro marcado pelo silêncio e pela apatia, do lado das crianças uma linguagem marcada pelo predomínio da ação motora.

³ O IRDI é um instrumento criado por um grupo de psicanalistas, para ser utilizado por médicos e outros profissionais que atuam na atenção básica à saúde no intuito de facilitar a detecção de possíveis riscos psíquicos ou de desenvolvimento nas consultas/entrevistas de acompanhamento de bebês de 0 a 18 meses nas Unidades Básicas de Saúde. O instrumento é composto por 31 indicadores clínicos que se baseiam em quatro operações que envolvem a compreensão psicanalítica de constituição psíquica: a suposição da mãe de que o bebê é um sujeito, o estabelecimento da demanda (início da comunicação entre mãe e bebê, inserindo-o nos circuitos do desejo), alternância entre presença e ausência maternas (responsividade da mãe aos apelos do filho quando necessário) e função paterna (quando aos poucos outras pessoas e dimensões entram na relação da díade ampliando o espectro de convivência do bebê). O instrumento auxilia o profissional a perceber dificuldades e entraves no estabelecimento e desenrolar dessas operações que possam comprometer a constituição psíquica e o desenvolvimento da criança. Já a AP3, foi criada para uso de psicanalistas, pois inicialmente servia como instrumento que avaliaria a eficiência preditiva do IRDI, observando as crianças depois de um tempo da aplicação do IRDI, no caso, quando a criança completasse três anos de idade. Essa avaliação seguiria como uma entrevista clínica em psicanálise com a mãe e a criança com intuito de perceber se a hipótese de risco havia se efetivado ou não, após a aplicação do instrumento (KUPFER; BERNARDINO; JERUSALINSKY et al., 2009; JERUSALINSKY, 2008).

Considerando ainda o trabalho realizado a partir da aplicação do IRDI e a implantação do setor de intervenção precoce, destacamos a discussão realizada na pesquisa de mestrado de Dauer (2015), a partir dos atendimentos realizados com as crianças que foram triadas pelo instrumento e apresentaram indicações para uma intervenção clínica. No seu trabalho, utilizando-se do conceito de transitivismo como principal categoria na compreensão das possíveis relações entre os sintomas da desnutrição e os impasses na aquisição da fala. Conclui destacando o papel do narcisismo materno para instauração das operações simbólicas primárias, relacionadas à aquisição da linguagem.

O narcisismo deve ser compreendido aqui em sua dimensão estruturante e inconsciente e, portanto, relacionada à imagem de si, construída numa relação com a alteridade. Essa conclusão nos leva a apostar na importância do trabalho clínico-político com as mães, considerando que, por um lado as políticas podem influenciar a subjetividade desses sujeitos em relação a um reconhecimento. Ao mesmo tempo, é importante refletir se essas ações não estão facilitando modos de apagar o sujeito “em seus modos de pertencimento à cultura” (MARTINS; VILHENA, 2014, p. 53).

Como nos lembra também Winograd e Vilhena (2014, p. 7-8), preocupação semelhante pode ser encontrada na distinção proposta por Gastão Wagner entre Clínica Ampliada, Clínica Oficial e Clínica Degradada: para além de uma clínica oficialmente baseada no modelo médico bem praticado e dos constrangimentos dos interesses que impõem limites à potência da clínica, é necessário construir uma clínica ampliada. Que esta seja “capaz de inventar novos dispositivos de ação e de intervenção para além das atividades psicoterapêuticas *stricto senso*, ou seja, [...] atenta aos diversos componentes desse sofrimento, com ações intersetoriais, [...] junto a grupos, movimentos sociais e instituições”.

Em continuidades com o conjunto dos trabalhos desenvolvidos pela parceria estabelecida entre o IPREDE, a UFC e a UNIFOR, a presente pesquisa objetiva refletir acerca dos pressupostos ético-políticos de uma clínica psicanalítica implicada e de como esses preceitos podem contribuir com o campo da saúde materno-infantil em situações marcadas por vulnerabilidades sociais. Tendo como base este objetivo geral, viabilizamos o alcance dos resultados almejados em três objetivos específicos, sendo estes: a) discutir as bases do conceito de vulnerabilidade em articulação com os conceitos de reconhecimento social, dignidade e pobreza; b) resgatar os pressupostos da teoria do trauma e da angústia em Freud e Ferenczi e da desautorização do sujeito; c) discutir os pressupostos ético-políticos para uma clínica no campo da saúde materno-infantil, a partir da problematização dos recortes de observações no IPREDE. Para obtermos uma compreensão da estrutura da presente dissertação, esclarecemos

que cada objetivo se transformou em um capítulo. Do ponto de vista metodológico, esta pesquisa foi construída a partir de uma observação participante e da escrita de um diário de campo, possuindo ainda um caráter teórico, visando a leitura dos dados colhidos.

A partir das preocupações com a realidade social de nosso Estado e seguindo a sua tradição ética de trabalho, o Núcleo de Psicologia Comunitária da Universidade Federal do Ceará (NUCOM/UFC), sob orientação da Profa. Verônica Ximenes, tem pesquisado os diversos impactos psicossociais da pobreza na vida das pessoas (XIMENES, et al., 2015; 2017). A condição de pobreza é vista por esses autores como um fenômeno que pode limitar o sujeito em sua perspectiva de futuro, de mudança e criação, acarretando sofrimento e a diminuição da crença em si mesmo. Ressaltam assim a importância de introduzirmos os aspectos multidimensionais que incluem as oportunidades conferidas às pessoas em relação às suas condições de vida, moradia, segurança, acesso à saúde, educação e lazer (XIMENES, et al., 2015; 2017).

Considerando o contexto acima assinalado, é necessário circunscrever a dimensão singular do sofrimento psíquico relacionado às formas de subjetivação em cenários onde a pobreza se faz extrema.

Nossas intenções estão alinhadas com um compromisso social, político e ético da psicanálise. Para tanto, além dos conceitos de base psicanalítica, discutiremos as bases do conceito de vulnerabilidade e sua relação com o conceito de dignidade humana, sendo esta tomada como premissa fundamental da ética na afirmação do respeito entre os indivíduos e seus pares. Cabe ressaltar que, dentro de um grupo social e na perspectiva do sujeito e sua marca particular, dignidade e respeito dependem da legitimação de um outro como referência. Dois outros conceitos, advindos do campo do serviço social e amplamente utilizados pela psicologia comunitária são importantes em nossa discussão e também os convocamos para agregar fundamentos a nossa pesquisa: os conceitos de naturalização da pobreza e culpabilização do pobre por sua condição socioeconômica (SIQUEIRA, 2013).

Deste modo, o objeto da pesquisa encontra-se situado na fronteira entre a psicanálise, a psicologia comunitária e a sociologia, servindo-se desta última através do conceito de reconhecimento social, tal como proposto por Axel Honneth (2003), em suas três dimensões – amor, direito e estima social. Buscamos propor uma compreensão da importância desse reconhecimento na constituição psíquica do bebê e na estima de si da mãe.

Embora o termo não pertença ao vocabulário utilizado pelo autor, vamos considerar que a vulnerabilidade, de algum modo, atravessa a discussão sobre as formas de desrespeito descritas por Honneth (2003). Acredita-se que a denegação do reconhecimento afeta a estima e

a autoafirmação das capacidades e habilidades do indivíduo, através da humilhação, da exclusão social e das iniquidades que ferem a dignidade desses grupos (MARTINS, et al., 2011), estando, portanto, relacionada aos aspectos narcísicos estruturantes, organizadores da imagem e da potência de si. Considera-se possível, ao final deste trabalho, agregar novos elementos para o desenvolvimento de um trabalho clínico/institucional no campo da saúde materno-infantil.

Nessa proposta de articulação, a produção teórico-clínica da psicanálise em torno do conceito de trauma nos ajuda a fazer aproximações com a vulnerabilidade, sobretudo do ponto de vista da violência, do excesso e do desamparo. Esses excessos podem se configurar tanto como um transbordamento como também um excesso de ausência; ou seja, a proposta de pensar a desautorização e o trauma nestas condições dá continuidade a uma linha de pesquisa pré-existente (MARTINS; KUPERMANN, 2017).

Para que possamos compreender melhor qual o conceito de trauma com o qual estamos trabalhando, faremos um sucinto resgate das formulações de Freud sobre o mesmo, que influenciaram, por sua vez, a teoria ferencziana e sua relação com a angústia. Ferenczi, conhecido por muitos pelo seu interesse por “casos difíceis”, retoma o potencial teórico-clínico do trauma. A tese ferencziana dos tempos do trauma é descrita por Kupermann e Martins (2017), nos encaminhando para a noção de desautorização instituída a partir do desmentido.

Nosso passo seguinte é estabelecido pelas questões em torno do produto do trauma, qual seja: a angústia e seus destinos. Destacaremos – além do conceito de comoção psíquica de Ferenczi – o conceito de medo do colapso de Winnicott. Ambos trabalham com manifestações clínicas que, muitas vezes, apresentam-se, para além da palavra, deflagrando a não metabolização de agonias primitivas e de violências muito anteriores à aquisição da linguagem falada. Baseando-nos nessas formas de sofrimento, também recortamos o que nos interessa sobre o irrepresentável na clínica, como uma das imagens do trauma. Fundamentados nessas discussões, apontaremos alguns pressupostos construídos diante das reflexões teóricas que empreendemos, mas também do que ouvimos do campo, enquanto espaço de construção e amadurecimento desta pesquisa.

Entendendo de que lugar partimos, questionamos as condições de possibilidade para o cuidado aos bebês nascidos em contextos de vulnerabilidades traumáticas. Em especial, tencionamos a fronteira entre a ética da psicanálise e a atuação de profissionais na atenção à saúde materno-infantil, tomando a perspectiva da força do discurso ideal de maternidade e do lugar de fala das mães na autoridade de seu saber. Dentre esses pressupostos recortamos a confiança, o respeito e o testemunho como ferramentas de implicação do sujeito em seu processo e de uma ética do cuidado por parte do analista.

Reclamaremos, assim como Rosa (2016), uma problematização do lugar da psicanálise nas discussões políticas e refazemos um compromisso ético-político com o sujeito do inconsciente, esteja ele onde estiver, seja ele quem for. Essas provocações almejam retomar o respeito que o reconhecimento social (HONNETH, 2003) pode acarretar no estabelecimento da confiança e na quebra da identificação com um lugar social de exclusão.

Tendo em vista o caráter interdisciplinar da pesquisa e as discussões que pretendemos a partir dessas intersecções, elabora-se a seguinte questão nodal: como os conceitos psicanalíticos de trauma, angústia e desautorização do sujeito podem contribuir para a elaboração de pressupostos ético-políticos para uma clínica das vulnerabilidades traumáticas no campo da saúde materno-infantil? Este questionamento se liga diretamente ao nosso objetivo geral e dele se deriva no delineamento da pesquisa. Intentamos, com isso tudo, enriquecer o campo da clínica, sobretudo os serviços e políticas de atenção à saúde materno-infantil.

Este trabalho vem sendo inspirado, ainda, pelas experiências já vividas durante o percurso histórico da autora, ligada ao contexto de uma vulnerabilidade experimentada no corpo e na linguagem. Uma vulnerabilidade que era motor de reflexão, luta e mudança social advinda do seio familiar. Tendo nascido e sido criada no interior do estado do Ceará, numa família de militantes do MST e incentivadores da educação no campo como instrumento de mudança, desde cedo, já se fazia presente o interesse pela educação e a curiosidade em conhecer e mudar as estruturas.

O desejo por cursar uma graduação era certo, mas diante da condição social e basal da minha formação as oportunidades eram restritas. Encontrei minha chance no Programa Universidade Para Todos – ProUni, e, cursei o bacharelado em Psicologia com a gratuidade da bolsa específica para a população negra. As experiências adquiridas durante este período em grupos de pesquisa, extensão e no estágio profissionalizante em clínica de orientação psicanalítica fomentaram o desejo de continuar. Essas lacunas, advindas de propostas de pesquisa anteriores, levaram-me a buscar conhecer a forma como a psicanálise concebe a relação entre a clínica e os sofrimentos sociopolíticos.

Diante do percurso que tracei anteriormente, em uma clínica-escola do interior do Ceará, dediquei-me especialmente aos atendimentos com crianças em situação de vulnerabilidade social. Quando da minha opção pelo mestrado, também optei por continuar meus estudos sobre a infância, a constituição psíquica e a vulnerabilidade, sobretudo a vulnerabilidade ocasionada por situações de pobreza, inserida na Linha de Pesquisa Teorias e Práticas da Psicanálise. Desse modo, aliando meus interesses à produção e ao trabalho já

existente, a orientadora me convidou a conhecer o trabalho e as pesquisas realizadas no IPREDE e estar lá para observar e buscar no campo a pergunta nodal desta pesquisa.

Após essas considerações, decidimos seguir com o caminho que traçamos para formular nossa questão. Assim, tecemos as primeiras articulações entre a psicanálise e a experiência de observação participante que nos levou ao amadurecimento dos rumos de nossa pesquisa. Desse modo, destacamos o diário de campo construído no IPREDE e convido-os a refazer esta caminhada conosco.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos

A partir das questões levantadas nas experiências sobre a clínica da primeira infância, durante a graduação, acerca das condições de vida de famílias socialmente vulneráveis e as relações entre esses fatores e a saúde materno-infantil, esta pesquisa foi possível. Meu primeiro contato oficial com a instituição se deu em agosto de 2017, mas na última reunião do semestre anterior, em julho, o IPREDE já havia sido apresentado como campo fértil para a elaboração de nossas hipóteses e pergunta de partida.

Em nosso segundo encontro na instituição, dia 05 de setembro de 2017, iniciei minhas observações, registrando-as em uma espécie de diário. Esse diário de campo foi utilizado como instrumento de reflexão teórica das propostas de nossa pesquisa. Desse modo, este estudo se configura num misto entre as questões fomentadas pelo campo e as discussões teóricas que já figuravam nossos objetivos iniciais.

Além das especificidades da pesquisa psicanalítica, nosso percurso de pesquisa enfrentou ainda outros percalços, ao observamos de onde partimos – da intersecção pensada entre psicanálise e uma teoria social. Inicialmente, esta pesquisa ensejava debruçar-se sobre questões teóricas e ter o campo como um auxiliar na organização das categorias na articulação com o problema e construção da pergunta de partida. A partir da qualificação pode-se compreender a centralidade do Diário de Campo como eixo organizador e de potencialização das questões a serem teorizadas e discutidas. Em outras palavras, através desta ferramenta, a pesquisa ganharia uma potência significativa e singular, reconfigurando objetivos e a escolha das categorias teóricas. Todo o delineamento do trabalho foi sofrendo mudanças de acordo com as discussões empreendidas e com a escuta/leitura do material do Diário de Campo.

Só então, depois de rever os registros das observações realizadas no IPREDE, do levantamento de material bibliográfico inicial, da escrita e das orientações, perfilou-se uma modalidade de pesquisa que contemplava um objetivo que nos convocava. Essa proposta tem por objetivo delimitar alguns pressupostos éticos e políticos da clínica psicanalítica, que pudessem tocar a dimensão de um sofrimento sociopolítico, presente nas situações de vulnerabilidade social.

Destacamos, de modo especial, a clínica relacionada às políticas públicas em saúde materno-infantil em contexto de pobreza. Essa delimitação nos aproxima do que Rosa (2016) e

Rosa, Estêvão e Braga (2017) chamam de *clínica-política* ou *clínica psicanalítica implicada*. Essa clínica é convocada diante dos novos desafios e das questões sociais emergentes na contemporaneidade, que em sua complexidade chamam a psicanálise a dialogar com outros campos de saber e a construir narrativas sobre essas questões.

Rosa (2016, p. 28-29) concebe essa modalidade de pesquisa e intervenção, como “aquela em que as teorizações sobre desejo e gozo incluem o modo como os sujeitos são capturados e enredados na máquina do poder, de modo que algumas vezes tenha suspenso seu lugar discursivo”. A metodologia de trabalho dessas intervenções clínico-políticas, dizem de um *locus* epistemológico ético e político que se interessa pelas demandas e especificidades dos sujeitos em contextos de exclusão e violência. A esse respeito, os autores relatam que:

A psicanálise depara-se também com certas problemáticas que não chegam aos consultórios particulares, mas que são frequentes em instituições ou outros lugares da cidade onde o psicanalista oferece sua escuta. Nesses novos espaços comparece com maior nitidez a dimensão sociopolítica do sofrimento e faz-se necessário debruçar-se sobre os conceitos psicanalíticos e as suas extensões, para criar dispositivos clínicos condizentes às questões do sujeito enredadas às institucionais, sociais e políticas (ROSA; ESTÊVÃO; BRAGA, 2017, p. 360).

Quando os autores ressaltam essas problemáticas, na verdade não querem dizer que são novas, mas que estão a partir das preocupações atuais sendo revisitadas, na clínica *stricto sensu* e nas pesquisas em psicanálise. De acordo com Vilhena, Zamora e Novaes (2012), essa clínica com populações de baixa renda ainda é vista como um novo campo de trabalho e pesquisa para o analista. Nessa perspectiva, haveria uma estranheza quando da presença do analista nas políticas públicas e em outros ambientes de caráter comunitário, pois, para as autoras, ainda é frequente o viés de restrição da psicanálise ao *setting* de um consultório privado.

Esse chamado a discutir os problemas da cultura ecoa desde os tempos das primeiras descobertas freudianas, quando as aproximações com o tema da moral eclodem na discussão sobre a sexualidade e a etiologia das neuroses (FREUD, 1905/1996). As obras *A interpretação dos sonhos* (1900); *Totem e Tabu* (1913); *Psicologia de grupo e análise do ego* (1921); *O futuro de uma ilusão* (1927); *O mal-estar na civilização* (1930); *Por que a Guerra?* (1933) e *Moisés e o monoteísmo* (1939) são alguns dos exemplos das iniciativas de Freud de teorização sobre as relações entre o sofrimento humano e a dimensão inconsciente da política.

Para além de uma teoria sobre a inserção do sujeito na cultura, Freud ressaltou nessas obras seu posicionamento sobre a quebra do paradigma individual X coletivo, propondo, como demonstra Koltai (2012), uma teorização acerca da relação do sujeito com o mundo. Assim, tornam-se de suma importância as discussões sobre política e os fenômenos sociais

atuais, instaurando as reservas e as possibilidades de discussão e intervenção da psicanálise sobre essas realidades.

Rosa (2004) propõe que as articulações entre sujeito e sociedade fazem parte, ao mesmo tempo, tanto da trama teórica quanto clínica da psicanálise. A autora assinala que Freud incluiu no corpo da psicanálise meios de análise dos fenômenos socioculturais e políticos e que pretendia contribuir com (ou mesmo abalar) as investigações desses fenômenos e os campos de conhecimento das ciências. A pretensão de Freud em tornar a psicanálise também um instrumento de reflexão sobre o social e seus problemas não foi alcançada de imediato. Pelo contrário, como observa Rosa, Estêvão e Braga (2017) a psicanálise tomou esses aspectos ao modo do estranho (*Unheimlich*), pelo horror e desconforto. Esta preocupação é retomada posteriormente por Lacan ao longo de seu ensino.

No texto *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* (1919) Freud ressalta que, em algum momento, a psicanálise, de algum modo, seria convocada à escuta de pessoas com poucas condições financeiras, pois estes sofriam tanto quanto aqueles que padecem de enfermidades fisiológicas. Rosa (2002) retoma o espírito freudiano explicitado quando afirma que a psicanálise precisa resgatar sua radicalidade e evidenciar seu caráter ético e político na escuta de sujeitos em desamparo social e discursivo. A presente pesquisa visa apontar alguns pressupostos ético-políticos para uma clínica na saúde materno-infantil em contextos onde o desamparo social se associa ao que chamaremos, mais à frente, de vulnerabilidades traumáticas.

Sigamos com a apresentação das referências que balizaram a compreensão de diário de campo que utilizamos na construção desta pesquisa.

2.2 O diário de campo como ferramenta para uma pesquisa em psicanálise: o caminho do pão em João e Maria

Quando, seu moço, nasceu meu rebento
 Não era o momento dele rebentar
 Já foi nascendo com cara de fome
 E eu não tinha nem nome pra lhe dar
 Como fui levando não sei lhe explicar
 Fui assim levando, ele a me levar
 E na sua meninice, ele um dia me disse
 Que chegava lá
 Olha aí! Olha aí!

(Trecho: “O Meu Guri”, de Chico Buarque, *Almanaque*, 1981)

Assim como na música de Chico Buarque, do início deste tópico, havia um bebê sem nome, nascido na imaturidade de seu genitor. O bebê a qual me refiro era o objeto e a

questão que dele se delineava e, diante da inexperiência e da apropriação em construção, de um lugar e um fazer como pesquisadora, esta genitora teve todo o auxílio de um campo. Nesse campo, aos poucos, se torna mais evidente que objeto é esse e qual a questão desta pesquisa. O IPREDE é esse campo.

Como descrevi acima, construímos um campo de acordo com os objetivos de nossa pesquisa, criamos narrativas ficcionais a partir de um diário de campo que foi também construído enquanto estava participando das atividades no IPREDE. Acreditamos que esses registros nos ajudaram a iniciar um percurso teórico, mas também político, em nosso trabalho de dissertação. A metáfora que usei no título do tópico representa para mim o que realizamos, ou seja, com medo de nos perder no caminho, construímos o diário como modo de nos guiar no caminho de volta. Assim como na estória, quando retornei aos meus escritos, para mim os pássaros haviam comido as migalhas de pão, não vi nada ali que representasse a minha pesquisa em si. O que percebi, no máximo, foram que alguns fatos descritos pareciam corroborar os escritos de Winnicott sobre a relação mãe-bebê e que eu pouco sabia sobre ser mãe nos dias de hoje.

Quando finalmente paramos para trabalhar nesses dados, aos poucos, outras questões foram emergindo, como Freud (1912/1996) aponta em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, sobre a regra da atenção flutuante, mesmo os detalhes que pareciam ser insignificantes nos ajudaram. O autor destaca que:

Aqueles elementos do material que já formam um texto coerente ficarão à disposição consciente do médico; o resto, ainda desconexo em desordem caótica, parece a princípio estar submerso, mas vem rapidamente à lembrança assim que o paciente traz à baila algo de novo, a que se pode relacionar e pelo qual pode ser continuado (FREUD, 1912/1996, p. 126).

Como o próprio Freud (1912/1996) assinala, acerca do problema da simultaneidade de tratamento e pesquisa, recomendando-nos trabalhar teoricamente um caso, apenas depois de seu desfecho; de modo análogo, só alguns meses depois do encerramento de nossas atividades, pudemos ter uma leitura mais concisa de alguns operadores em curso no Diário.

No texto onde Pura Cancina (2008) trata do método de pesquisa psicanalítico, esta assinala a importância do renunciar ao buscar, ou seja, do princípio que Freud descreve em *Recomendações aos médicos* (1912/1996) para explicitar a atenção flutuante como prerrogativa do analista. Assim, não renunciando ao buscar, a encaixar o paciente em um diagnóstico nosográfico ou arrumando em uma teia seus relatos e relacionamentos simultaneamente ao tempo da escuta, muitas vezes os jovens analistas “colocavam tudo a perder”.

Diferentemente de Freud, não estávamos trabalhando com a escuta clínica de casos, mas com uma escrita/leitura guiada por reflexões metapsicológicas advindas de nossos estudos teóricos. Uma modalidade de diário, nesses moldes, foi construída por Ferenczi e foi retomada por Iribarry (2003, p. 125) aliada às perspectivas da etnografia e da observação participante na produção de um “diário metapsicológico” de campo. Este foi o método que adotamos neste trabalho. Segundo o autor, a construção de uma pesquisa em psicanálise está sempre baseada em uma situação psicanalítica de tratamento, de onde retira seu modelo.

O destino da transferência, para Iribarry (2003), é o que diferencia as situações de pesquisa das situações de tratamento, pois no tratamento ela deve se dissolver com o trabalho, mas na pesquisa esta será o instrumento para a produção do texto metapsicológico. O autor coloca o diário clínico como esse instrumento capaz de garantir fluidez às associações significantes na formação de um tecido textual do registro de sua experiência (CAON, 1994 *apud* IRIBARRY, 2003).

Buscamos, nessa compreensão, utilizar o diário de campo como o instrumento clínico de leitura-escuta e escrita de nossas próprias questões de pesquisa. De acordo com Iribarry (2003, p. 127), “A leitura dirigida pela escuta é sempre tributária de uma escuta dirigida pelo olhar”. Do mesmo modo, como na situação clínica, o pesquisador, atento ao desfile de significantes, busca identificar em seu texto as falhas e tropeços de um discurso, e, a partir desses detalhes, construir uma nova teoria de natureza ficcional, correlacionando seus achados com o referencial teórico de que se mune.

Medrado, Spink e Mélo (2014) veem o diário de campo como ferramenta de intervenção e participação, não apenas como instrumento de coleta de dados. Os autores fundamentam essa visão no conceito de “actantes”⁴, afirmando que: “O diário [...] é um atuante: com ele e nele a pesquisa começa a ter fluidez, à medida que o pesquisador dialoga com esse diário, construindo relatos, dúvidas, impressões que produzem o que nominamos de pesquisa” (MEDRADO; SPINK; MÉLLO, 2014, p. 278).

Não se trata de um processo apenas descritivo, de repasse de informações, mas de produção de singularidade nessa intimidade com a própria pesquisa (MEDRADO; SPINK; MÉLLO, 2014). De acordo com Remi Hess (2009), os diários de campo se inscrevem dentro de uma perspectiva mais biográfica, onde os instrumentos são muitos e se complementam. Para o autor, o diário é motivado pelo desejo de reflexão sobre as ações, as intervenções, de uma

⁴ Conceito atribuído pelos autores a Bruno Latour (2001), na obra *Esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*.

pessoa em sua trajetória. Nessa perspectiva do diário como um instrumento de produção de intimidade, singularidade e constituinte biográfico do autor, encontramos com a diferença, sob a égide do lugar de fala⁵ da autora.

Essa implicação advém das identificações e aproximações entre a minha história e a das mães, como mulheres negras e advindas de contextos de vulnerabilidade social. Essas identificações ficaram mais evidentes quando uma enfermeira e uma mãe me confundiram com uma usuária, deflagrando um fenômeno ainda timidamente discutido – a representatividade. No prefácio do livro *O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise* (KON; SILVA; ABUD, 2017) a jornalista Rosane Borges salienta a importância de se construir uma representatividade de nossa história e nossas raízes enquanto país. Reiterando essa ideia a autora destaca que

Eis a primeira lição dessa hercúlea tarefa: um modo de pensar o racismo no Brasil requer a tarefa preliminar de revolvermos o campo da psicanálise. Nas discussões correntes sobre este campo no Brasil, a possibilidade de se erigir os alicerces de uma psicanálise “nativa”, que porte os traços da nossa nacionalidade, representa uma incomparável pedra de toque. [...] um desafio frontal para a formação de uma psicanálise que se quer brasileira: é preciso pensar em qual temporalidade estamos imersos, faz-se necessário percebermos os ritmos de duração que, repetidos incessantemente, atravessam a vida nacional e os psiquismos mais diversos (BORGES, Prefácio, KON; SILVA; ABUD, 2017, p. 08).

Dentro das pesquisas, o diário é uma das etapas, uma escrita aos moldes da associação livre onde, em um certo momento, o autor deve retomá-la, ler e buscar ordenar essas ideias. Nossa construção com o diário, funcionou também como Hess (2009) aponta, como um artifício de desbloqueio de alguns pontos opacos da pesquisa relativos ao objetivo geral e às categorias que seriam foco nos capítulos. Essa (re)organização da pesquisa, considerando os elementos que o campo nos forneceu, permitiu que ficasse mais evidente quais discussões

⁵ A partir da teoria do *Feminist standpoint*, a filósofa Djamila Ribeiro propõe “lugar de fala” como uma categoria que não necessariamente visa tomar apenas as experiências individuais como balizas na caracterização do lugar de fala, mas também a compreensão de que “o lugar social que certos grupos ocupam restringem oportunidades” (RIBEIRO, 2017, p. 63). Nesses termos, o relato de quem compartilha um lugar social de mulher negra, faz com que eu perceba e use significantes que parecem estranhos, agressivos e frequentemente rejeitados pela academia em seu modelo hegemônico. Esse lugar social forja o meu discurso, mesmo tendo gozado de certos privilégios em meu trajeto. Essa discussão pode ser travada, também, a partir do texto de Freud (1921/1996) *Psicologia de grupo e análise do ego*, tomando os processos identificatórios. Afinal, essas identificações são perpassadas pela relação do sujeito com o grupo social do qual pertence e com os demais grupos a que se filia durante sua vida. Existem nessas identificações grupais códigos que traduzem as experiências compartilhadas, assim, grosso modo, cada grupo detém o “lugar de fala” a partir de suas experiências. Por exemplo, uma pessoa branca não deveria falar sobre racismo sem antes reconhecer que não passou por essa experiência como a parte ofendida e reconhecer seus privilégios diante das oportunidades conferidas pela sociedade, ainda que seja de uma classe social vulnerável. Assim, o sofrimento experimentado pela população com oportunidades limitadas alcança um nível de legitimação, quando o “lugar de fala” é reconhecido.

teóricas deveriam ser realizadas. O autor quase encontra o ponto de vista contido na citação freudiana de *Recomendações aos médicos...* que destacamos anteriormente, ao afirmar que

A indexação dos diários é a técnica que pode então permitir retomar as peças reunidas no diário, e arranjá-las na escrita construída, que é o relatório, o livro ou a tese. A indexação não consiste em encontrar as palavras-chave, mas melhor, em encontrar nas fórmulas temáticas os vários tópicos vistos parágrafos após parágrafos (HESS, 2009, p. 79-80).

Esse foi o caminho que encontramos para organizar nossos pensamentos e nossas discussões iniciais e, a partir da sua construção e da leitura-escuta do nosso texto, pôde-se dar um nome ao bebê, que nascia de nossas questões de pesquisa. Apresentaremos a seguir a sistemática que usamos na organização dos dados obtidos por meio do diário, em torno das categorias consideradas mais importantes e destacamos alguns momentos do diário que nos servirão em reflexões posteriores.

2.3 Instituto da Primeira Infância – IPREDE

Fundado em 1987, o IPREDE, que inicialmente se denominava Instituto de Prevenção à Desnutrição e Excepcionalidade, visando recuperar a saúde de crianças diagnosticadas com quadros de desnutrição. Ao longo do tempo, as mudanças em termos de políticas públicas e no perfil dos problemas de saúde, fizeram com que a instituição ampliasse seu trabalho de atenção. Então, em 2007 o nome da ONG é modificado para Instituto de Promoção do Desenvolvimento Humano, mantendo-se a sigla. A esta época o IPREDE passa a tratar de crianças desnutridas e com sobrepeso/obesidade, bem como prestando suporte às suas famílias, na oferta de cursos de profissionalização e oportunidade de emprego aos responsáveis pela criança (NEVES, 2015; LEITE; BRASIL, et al., 2008).

Em 2012, a nomenclatura da instituição passa por uma nova mudança, dessa vez quanto ao público-alvo preferencial, sendo denominada neste ano como Instituto da Primeira Infância – IPREDE. Antes dessa mudança, as crianças desnutridas ou obesas, poderiam dar entrada em atendimento a partir do nascimento até a idade de dez anos. Com uma mudança no perfil de atenção à saúde, a ONG se volta para a prevenção de doenças e agravos, proposta que se encaixa melhor nos primeiros tempos de vida das crianças, quando a parceria com os cuidadores pode ser um aliado importante nesse processo de cuidado (NEVES, 2015).

Segundo o resgate feito pela psicóloga Beatriz Neves (2015) essas mudanças também são resultado tanto da descoberta de diversas causas para a desnutrição, quanto do reconhecimento de novas demandas no campo da saúde e desenvolvimento infantil. No final

dos anos 1980, o Brasil passava por um complexo momento histórico, político e, consequentemente econômico. Em meio a um processo de redemocratização, de retomada da criação de políticas públicas alinhadas às necessidades da população, sobretudo os mais pobres.

Nesse cenário, o SUS ainda estava em processo de consolidação, sendo estabelecido como legislação um ano após a fundação do IPREDE aqui no Ceará. Sob essa perspectiva histórica, a desnutrição era um quadro que estava diretamente ligado aos altos índices de mortalidade infantil registrados na região Nordeste. Os rearranjos feitos na instituição não se prestaram apenas a trocar a nomenclatura, mas adequar-se a demandas advindas também das mudanças políticas e históricas que incidem sobre o processo saúde-doença. Desse modo, Neves (2015, p. 13-14) ressalta que foi

A necessidade de responder a outras especificidades, que se tornaram evidentes, mediadas pelo contato com esse contexto, requereu que se refletisse sobre o campo de atuação e mesmo sobre a identidade e os objetivos da Instituição, levando a alterações estratégicas possibilitadas por ampliações nas intervenções.

Essa perspectiva também é perpassada pelo foco das discussões nacionais acerca do fortalecimento da Atenção Básica em saúde, com foco em ações de prevenção das doenças, no caso, a desnutrição. Seguindo essa linha, o IPREDE adotou como público-alvo não só as crianças que já chegaram desnutridas, mas também aquelas que apresentavam uma probabilidade de desenvolverem o quadro futuramente. Para tal, a instituição criou critérios para definir um “risco nutricional” (NEVES, 2015, p. 14), esses critérios definem como alvos de cuidado as crianças que tiveram um ou mais irmãos desnutridos, famílias que vivem em condições de extrema vulnerabilidade social, e utiliza os dados obtidos pelo programa WhoAntro⁶.

Para Neves (2015) essa compreensão da medicina brasileira que amplia o espectro de intervenção do corpo para as condutas das pessoas, que supostamente impactariam a manutenção de uma saúde, baseia-se no entendimento da ideia de um risco. A autora acredita que o processo de constante mudança do nome do IPREDE, de algum modo, pode estar relacionado a essa racionalidade, na transição de um foco da doença para a ideia de prevenção ou promoção da saúde. A discussão sobre o tensionamento entre o uso das terminologias risco

⁶ Software de classificação nutricional recomendado pela Organização Mundial da Saúde, como recurso para facilitar as curvas de referência de crescimento em crianças entre 0 a 05 anos de idade (RIBEIRO, 2017).

e vulnerabilidade é feita pela autora ao longo de sua pesquisa, a qual retomamos adiante neste trabalho, com a ajuda de outros autores que também promovem uma discussão nessa seara.

No mais, nos interessa entender a atuação do IPREDE na promoção do desenvolvimento infantil e na inclusão social das famílias atendidas, se preocupando com os fatores socioeconômicos envolvidos nos determinantes em saúde. A ampliação da perspectiva institucional potencializou um dos carros chefes do IPREDE, que é a pesquisa e o treinamento de profissionais nas mais diversas áreas da saúde. Com a mudança na gestão da ONG em 2007, alguns projetos foram incorporados ao trabalho ambulatorial, tais como os mencionados em alguns dos relatos do Diário de Campo:

- **Projeto Acolhimento:** que resultou na criação de um setor de Acolhimento, buscando promover uma integração social, familiar e o compartilhamento de saberes e possibilidades de resolução de problemas e promoção de qualidade de vida. Em outras palavras, antes do início das atividades do turno a díade é recebida a partir de “processos interativos entre os participantes” (LEITE; BRASIL, 2008, p. 02). Nesse procedimento é realizada uma escuta das “necessidades, demandas e desejos da clientela” (Idem).
- **Projeto Mãe Colaboradora:** Objetiva estabelecer um processo de inclusão social da mãe, sobretudo pela via do mercado de trabalho e dos processos de trabalho desenvolvidos na própria instituição. Desse modo, são estimuladas à aquisição de competências de sociabilidade, afetividade, comprometimento, responsabilização pelos processos de trabalho e de cuidado realizados no IPREDE. O projeto permite que essa mulher tenha a oportunidade de receber uma formação supervisionada em um dos setores da instituição por seis meses, atuando uma vez por semana e recebendo
- ajuda de custo mensal, cesta básica e auxílio-transporte. A depender de sua atuação, esta poderá ser indicada ao mercado de trabalho através do Centro de Inclusão Profissional (CIP) ou para atuar no projeto “Mãe Aprendiz” (LEITE; BRASIL, 2008).

Um ponto inovador de nossa pesquisa, está na atenção dada ao momento do almoço, que não figura como um espaço de pesquisa usual, mesmo por ser um horário de descanso para ambos, tanto para os usuários, quanto para os profissionais. Esse momento, é um ambiente de chegadas e partidas assim como na canção de Milton Nascimento e Fernando Brant. Onde, já se percebe a constatação da preocupação antecipada pelo diretor da FAO, de um retorno ao Mapa da Fome, de uma avidez pelo alimento. O almoço se dá entre 11hs30min, quando as famílias vão chegando; sendo a sopa servida aproximadamente às 12hs30min, até 13hs, mais ou menos. Nunca consegui permanecer observando até mais do que 12hs40min, quando muitos ainda estavam chegando para se alimentar antes das atividades da tarde.

Destacamos aqui, o compromisso com a devolutiva dos resultados desta pesquisa junto à instituição e seus beneficiários, através da publicação de artigos em periódicos e em rodas de conversa.

2.4 Sistematização das experiências no IPREDE

As observações feitas no IPREDE ocorreram por cerca de dois meses e quatorze dias, sempre às terças-feiras, pela manhã, em dois horários: das 09 horas e 30 minutos às 10 horas e 30 minutos e das 11 horas e 30 minutos às 12 horas e 30 minutos. A escolha desses dois momentos será justificada a seguir. Neste período, participei das discussões de um grupo de estudos, pesquisas e estágio em práticas clínicas em saúde, desenvolvidos na parceria entre o Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará – UFC e o IPREDE. Para otimizar o uso dos relatos do diário, codificamos as menções ao instrumento, a partir da sigla D. C. – Diário de Campo, seguida da data da observação, para situar o leitor no momento da pesquisa, e na sistemática da organização das observações.

O primeiro horário de observação se fez inicialmente no acolhimento, espaço que funciona como sala de espera para os serviços ofertados. Ali as crianças são reavaliadas pelo acompanhamento do IMC – Índice de Massa Corporal⁷, bem como também interação espontaneamente entre si e com suas mães enquanto aguardam. De início me contentei em observar “externamente”: eu me colocava em um assento mais afastado, buscando não interferir na relação da díade com a instituição. Mas logo percebi o quanto uma aproximação gradativa poderia ser benéfica ao estabelecimento de um vínculo, no sentido da minha presença não ser incômoda aos presentes e de poder participar de mais situações junto deles e delas.

Nesse ambiente de chegada, na maioria das vezes as mães deixavam os filhos explorarem o ambiente, sem perdê-los de vista. As mães permaneciam sentadas, conversando umas com as outras ou nos celulares, às vezes acompanhadas de suas próprias mães (avós das crianças). Choros das crianças são constantes, afinal, frequentemente, essa é a forma de elas buscarem ser compreendidas e atendidas pelos cuidadores em seus apelos. As mães reagiam a essas manifestações colocando-as no colo ou brigando ou buscando a possível causa do choro

⁷Esta avaliação é uma das formas de ingresso na instituição, sendo complementada com outros índices estabelecidos pela OMS.

na brincadeira que as crianças mantinham antes do incidente⁸, mesmo que a criança não demonstrasse em palavras seu desconforto. Outras ofereciam o seio ou alimentos, como forma de acalmar a criança e fazer cessar o choro.

Nesse mesmo horário, depois das nove horas, as mães colaboradoras⁹ sempre deixavam brinquedos à disposição das crianças, tais como cavalinhos de balanço e mesinhas com pequenas atividades, como telefone, formas geométricas, etc. A maioria das crianças que se punha logo a brincar, já havia conquistado a capacidade de andar e logo corria para conseguir o brinquedo, outras, mais novas, não saíam do colo das mães ou eram colocadas nos berços que ficam ao fundo da sala de acolhimento.

Havia um outro grupo, entre as crianças, um pouco menor, mas não menos expressivo: o grupo das crianças que andavam, mas não se aventuravam sozinhas. Era necessário que as mães as levassem até o brinquedo, ensinando-lhes o modo de usar, incentivando-as a brincar, demonstrando entusiasmo com o brinquedo. Há ainda as mães que, não fazendo essa tentativa de animar a criança a brincar, deixam-na em seu colo ou sentada próxima a si. Algumas mães trazem o brinquedo para que seus filhos brinquem no campo de alcance de seu olhar e de seu auxílio. Certas crianças não demonstram energia para executar uma brincadeira com movimentos rápidos ou rítmicos, nos cavalinhos de balanço, por exemplo; outras já dominam e passeiam entre os diferentes cavalinhos, experimentando suas cores, diferenças de formato e velocidade.

O acolhimento é o ambiente do primeiro lanche do dia – o leite – que chega às oito horas, em jarras grandes que duram até quase dez da manhã, dependendo do número de pessoas que buscaram atendimento no dia. Algumas mães nem chegam a servi-lo às crianças, trazem na bolsa as refeições a que o filho já parece mais habituado a consumir (mingau, frutas, biscoitos, etc.), já outras cuidadoras consomem, elas também, o leite e dão aos filhos, por vezes repetindo.

Esse ambiente também recebe muitas atividades durante os meses festivos, dedicados ao dia das crianças, ao natal, à páscoa, dentre outros. Pude acompanhar as atividades do mês dedicado às crianças (outubro/2017) e do natal (dezembro/2017), onde, em parceria com faculdades e empresas privadas, as crianças e suas famílias participaram de palestras,

⁸ Por exemplo, interação conflituosa com outras crianças, quedas, manuseio perigoso de algum brinquedo.

⁹ Trata-se de um projeto desenvolvido no IPREDE visando a inclusão social das famílias e a profissionalização das mães. Assim, as mães de algumas das crianças atendidas se inserem no trabalho da instituição como colaboradoras. São contratadas e recebem treinamento adequado para atuar desde o acolhimento de outras mães e crianças, atendimento ao público, serviços gerais, etc.

brincadeiras, ganharam vários brindes e ainda receberam a visita do Papai Noel. Essas programações, geralmente, reúnem mães e crianças em aglomerados e vários temas são trabalhados, como a alimentação, a função de cada grupo alimentar e a escovação, por exemplo. Nessas ocasiões, é dada às mães a oportunidade de participar e tirar dúvidas das práticas que são comuns em suas famílias e no grupo social há gerações, como por exemplo, se faz algum mal comer banana à noite ou manga com leite (D. C. do dia 03/10/18).

Outro momento ao qual me dediquei foi o horário de almoço, onde são servidos pratos de sopa às famílias. Geralmente servida ao meio dia, a sopa está acessível tanto a quem está na instituição pela manhã, como para quem vem chegando para ser atendido à tarde. A refeição é controlada pelos funcionários com uma lista, confeccionada pelo setor de nutrição, com os atendidos do dia. Esse é outro ambiente de encontros na instituição, as mães que já mantêm algum tipo de vínculo entre si, sentam-se juntas e falam dos mais diversos assuntos: relacionamentos, saúde delas e dos filhos, serviços ofertados pelo Estado no campo da assistência social, brigas, brincam entre si, etc.

É comum as mães amassarem (“machucarem”) os legumes da sopa, assim como cortam com a colher o arroz e o macarrão, transformando-a em um alimento de aspecto pastoso. Estas não o fazem apenas para os filhos, independentemente da idade, mas também para si (D.C. do dia 03/10/17). Poucas vezes as famílias se aproximaram significativamente nesse momento, tampouco eu forcei uma aproximação de minha parte. Das poucas vezes, apenas uma mãe se dirigiu diretamente a mim, das outras vezes, as crianças, sendo maiores, mantinham pequenas conversas comigo (D. C. do dia 17/10/17).

Alguns momentos merecem destaque dentre as observações: a distribuição das passagens de volta para as mães (D.C. dos dias 12/09/17 e 10/10/17), o silenciamento diante das necessidades, como do alimento (D. C. dos dias 26/09/17, 03/10/17, 10/10/17, 07/11/17 e 14/11/17) e uma intervenção de um dos funcionários no acolhimento (D.C. do dia 26/09/2017). A discussão teórica desses momentos se dá no quinto capítulo, com o auxílio dos elementos que agregamos diante do percurso da pesquisa. Descrevemos essas situações a seguir.

A distribuição das passagens foi pensada para a garantia da estadia da criança em tratamento, tendo em vista que a instituição, fundada há mais de trinta anos, encontrou em seu caminho, desde o início, as marcas da desigualdade social no Brasil. Dito de outro modo, as mães faltavam e justificavam a falta afirmando que não tinham nem o dinheiro da passagem ou, quando tinham o dinheiro da passagem de ida, não tinham o dinheiro da passagem de volta. Tentando minimizar os obstáculos para a permanência nos atendimentos, o IPREDE passou a garantir a passagem de volta das mães e, em outras épocas, quando o valor do transporte público

era mais baixo, sobrava até para outros acompanhantes¹⁰. Este ano, a distribuição foi impossibilitada devido a diminuição no volume de doações que a instituição recebe. A quantia atual, não abarca mais a quantidade de famílias atendidas.

Além da possibilidade que a instituição criou para permitir que as crianças pudessem ser assistidas, capturou-me o momento em que alguém da secretaria ou uma mãe colaboradora, vinha anunciar: “Passagem!” (SIC, D.C. do dia 12/09/17). Ao ouvirem o chamado, as mães se dirigem para os balcões da recepção, esperando receber a passagem que sempre vem em quantidade suficiente para todas. Recordei, vendo essa cena, da hora do intervalo nas escolas públicas em que estudei. Ali crianças e/ou adolescentes corriam ao anúncio do lanche, euforicamente, movidos pela angústia de não ficar sem, de garantir logo seu lugar, a parte que lhe cabe.

Quanto ao aspecto da relação entre alimento e as díades. Muitas vezes era comum, em minhas observações no IPREDE, ver mães repetindo seus pratos de sopa (D.C. dos dias 26/09/17 e 03/10/17) e muitas vezes levando um prato de sopa a mais, para não voltar e pegar novamente. Essas mesmas pessoas tomavam constantemente o leite do acolhimento. Algumas crianças, da mesma forma, repetiam, mas, no geral, a maioria se contentava em comer seu prato, quando comiam tudo.

Algumas vezes, as crianças tinham dificuldades de se alimentar no ritmo que lhes era exigido ou demonstravam não se interessar pela sopa, como se não estivessem com fome. Alguns associavam com outras sopas que já haviam provado, como a das igrejas, que são servidas às pessoas em situação de rua: “A sopa da pastora é queimada. Essa sopa tá queimada igual à da pastora, não quero!” (SIC, D.C. do dia 17/10/17), dizia um menino. Outros comiam tão rápido que, por vezes, nem esperavam esfriar e queixavam-se de queimaduras na língua com caretas e choro (D.C. dos dias 07/11/17 e 10/10/17).

Acerca do silenciamento em torno dessas relações com o alimento, é interessante destacar, que nem a pesquisadora que vos apresenta esta pesquisa, manteve-se longe dessa ordem. No diário do dia 14 de novembro de 2017, a autora se ausenta da observação do almoço, por sentir muita fome. Foi-me dada a possibilidade de pedir autorização à nutricionista para tomar a sopa junto das famílias, mas, por algum motivo, nunca estive com a profissional. Observava até onde meu organismo me permitia e passei a levar pequenos lanches para comer durante o horário de estudos e durante as transcrições do diário. Diante da preocupação com a

¹⁰ Informação colhida com umas das psicólogas da instituição.

imparcialidade, com o desejo de não demonstrar minhas próprias necessidades, passei fome, calei-me diante desse fenômeno, aceitei em silêncio até meu corpo me reclamar seus direitos.

No que diz respeito à atitude de um dos funcionários, que esboça nossas discussões sobre desautorização, descrevemos a situação a seguir. Certa vez, as mães estavam conversando entre si, próximas aos berços, quando se aproximou um dos funcionários da instituição e perguntou-lhes se havia algum berço vazio para acomodar um bebê de poucos meses até seu horário de atendimento. As mães presentes disseram que todos os berços estavam ocupados, mas que uma das mães tinha saído e deixado apenas a bolsa do bebê no berço que seu filho ocupava e apontavam com o dedo o berço citado (D. C. do dia 26/09/17).

O funcionário, vendo a bolsa dentro do berço, disse logo que ali não se guardam lugares, que diante da necessidade de outro bebê, se há um berço sem uma criança, este deve ser preparado para servir à necessidade do bebê que chega. Completou ainda, com uma espécie de recomendação, sobre colocar as bolsas dentro dos berços: *“Gente, vocês não podem colocar as bolsas dentro dos berços! Essas bolsas a gente coloca em todo canto, no chão do ônibus. Elas podem trazer bactérias para os berços e para os filhos de vocês e outras crianças que usem os berços. Pode ser perigoso e causar doenças. Não coloquem mais nos berços, deixem próximas a vocês para que não percam, mas nos berços não pode colocar”* (SIC, D. C. do dia 26/09/17).

Em seguida, perguntou quem podia se responsabilizar por ficar com as coisas da mãe que ali não estava, pois o berço seria cedido ao bebê que acabara de chegar. As que ali estavam, aceitaram olhar as coisas da mãe ausente à situação, mas o profissional nem precisou dar as costas para que elas retornassem a descumprir sua recomendação e caçoassem das preocupações, que pareciam não ter fundamento para elas. Nesta ocasião em que se sentem desautorizadas, recorrem à tradição e à forma como foram criadas, afirmando terem passado por situações semelhantes ou piores que seu bebê e que nem por isso tiveram problemas, hoje estão bem e sobreviveram (D. C. do dia 26/09/17).

Dando continuidade ao trajeto a que nos propomos, exploraremos a seguir as bases do conceito de vulnerabilidade e qual o conceito que mais se aproxima do diálogo com a psicanálise e com o campo da saúde materno-infantil. Partimos desse conceito, para pensarmos à relação com a dignidade e o reconhecimento social, como importantes operadores na compreensão do sofrimento sociopolítico, em que estão embebidas as famílias em situação de vulnerabilidade social. Outro ponto em destaque no próximo capítulo, é a relação entre naturalização da pobreza e culpabilização do sujeito pobre por sua condição social, na manutenção desse indivíduo numa posição de exclusão no laço social. Elegemos, assim, a

pobreza como uma das imagens importantes nesta pesquisa, das vulnerabilidades traumáticas a que nos debruçaremos.

3 VULNERABILIDADE E POBREZA: DIÁLOGOS INTERDISCIPLINARES

3.1 Marcos conceituais da vulnerabilidade social

A palavra vulnerabilidade vem dos verbetes, em latim, *vulnus* (ferida, lesão) e *vulnerabilis* (o que pode ser ferido ou atacado) (HOUAISS; VILLAR, 2009). Segundo Monteiro (2011), este é um tema vasto e complexo conceitualmente, que pode ser abordado por diversas dimensões, econômica, de saúde, de direitos, ambiental. Em relação a essa multiplicidade de visões acerca do termo, a psicanalista Perla Klautau (2017, p. 115) afirma que ele carrega consigo “a ideia de insegurança, incerteza e exposição a riscos”. Para a autora, além dessas acepções, vulnerabilidade, sob o ponto de vista social, alude à “ideia de desvantagem e desigualdade no que se refere ao acesso às condições de promoção e garantia de cidadania” (KLAUTAU, 2017, p. 115).

Segundo Abramovay et al. (2002), as discussões sobre vulnerabilidade estão direcionadas ao campo social há pouco tempo, a partir de reflexões iniciadas nos anos 1990 sobre as deficiências dos estudos quantitativos sobre a pobreza, que enfatizavam de forma acentuada a questão da renda e as intervenções sem resultados expressivos. Essa constatação levou os organismos internacionais a pensarem outras alternativas. Os autores relembram que:

Os primeiros trabalhos ancorados na perspectiva da vulnerabilidade social foram desenvolvidos, motivados pela preocupação de abordar de forma mais integral e completa não somente o fenômeno da pobreza, mas também as diversas modalidades de desvantagem social. Tais obras se destinaram a observar os riscos de mobilidade social descendente e as configurações vulneráveis que não se restringiam àqueles situados abaixo da linha de pobreza, mas a toda população em geral. Dessa maneira, partiam do reconhecimento do fenômeno do bem-estar social de uma maneira dinâmica, bem como das múltiplas causas e dimensões associadas a esse processo (ABRAMOVAY, et al., p. 28-29, 2002).

Dos primeiros estudiosos a construir um referencial sobre a vulnerabilidade, do ponto de vista econômico, destacam-se Glewwe e Hall (1998), pesquisadores do Banco Mundial – BM e da Universidade de Oregon – EUA, que construíram uma acepção do conceito, a partir de uma pesquisa no Peru, sobre a susceptibilidade de famílias a choques macroeconômicos. Esses autores situam a vulnerabilidade como um conceito dinâmico, que se refere à sequência de eventos que antecede um choque macroeconômico.

As pesquisas pioneiras em relação a um modelo mais amplo que o foco na dimensão econômica, na América Latina, despontaram após as pesquisas de Caroline Moser (1996; 1997; 1999), também pesquisadora do BM. O conceito de vulnerabilidade é utilizado pela autora no

relatório de pesquisa *Confronting crisis: a summary of households responses to poverty and vulnerability in four poor urban communities* (1996), definindo-a como a insegurança em relação ao bem-estar de indivíduos, famílias e comunidades, frente a uma mudança em seu meio. Essa mudança pode se referir, de acordo com a autora, ao ambiente social, econômico, político ou ecológico, podendo tomar diferentes formas.

Moser (1996) acredita que analisar a vulnerabilidade não trata apenas de identificar as ameaças ao bem-estar dos indivíduos, mas também a resiliência em explorar as oportunidades e as resistências ou recuperações diante dos efeitos negativos da mudança no ambiente. Correlacionando pobreza e violência urbana na Jamaica, Moser e Holland (1997) constatam que os reflexos dos altos índices de violência no país afetam diversas áreas da vida social, como o emprego, os custos em saúde e segurança (polícia), reduz o acesso a serviços de caráter social, dentre outros. Após essas constatações os autores desenvolveram um parâmetro para os trabalhos com as complexidades que envolvem o estudo da pobreza e das diversas vulnerabilidades, chamado *asset/vulnerability framework*¹¹ (ABRAMOVAY, et al., 2002).

Inspirados nessas pesquisas, estudiosos da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), vinculada a Organização das Nações Unidas, também se dedicaram a utilizar o quadro conceitual proposto por Moser e seu grupo (1996; 1997; 1999), adaptando-o a realidade de seus países. Nessa tradição de estudos sobre pobreza e vulnerabilidade nos anos 1990, Castel (1997) situa a vulnerabilidade como uma zona caracterizada pelo risco de ameaça entrar na marginalidade, fragilidade e instabilidade.

Carlos Filgueira (2001), sociólogo, situa o conceito de vulnerabilidade dentro da terceira geração conceitual dos estudos sobre condições sociais, pobreza e desigualdades sociais. O autor elabora um conceito que dispensa a dicotomia pobre/não pobre, propondo uma ideia de configurações vulneráveis, mais suscetíveis a uma mobilidade social descendente ou com poucos recursos para mudar sua condição, essas pessoas podem se encontrar em setores pobres da sociedade, ou não (FILGUEIRA, 2001).

Pelo dinamismo e amplitude do conceito, autores como Jorge Rodríguez Vignoli (2001) acreditam que não existe uma definição única para a vulnerabilidade e que além de ser

¹¹ Esse parâmetro leva em consideração a renda, somada a capacidade dos sujeitos para responder a situações de crise, assim percebem o nível de vulnerabilidade da família e da comunidade. Para responder a essa soma, os autores elaboraram o conceito de ativo, ou seja, os recursos que se somarão para superar ou amenizar a situação de crise, que não estão apenas sob a responsabilidade da pessoa prejudicada pela crise, mas também colocar em evidência as parcelas de responsabilização do estado, da sociedade civil, etc. (MOSER, 1996; MOSER; HOLLAND, 1998; MOSER; SHRADER, 1999).

incorporada a diferentes campos de saber, também pode ter usos disciplinares. O autor acrescenta que há um genérico consenso, de que a vulnerabilidade é o “resultado da confluência da exposição aos riscos, da incapacidade de resposta e da inabilidade de adaptação” (VIGNOLI, 2001, p. 95).

Gustavo Busso (2001), pertencente ao mesmo grupo de pesquisadores da CEPAL, define a noção de vulnerabilidade como um processo multidimensional que se expressa no risco ou possibilidade de o indivíduo, lugar ou comunidade de ser lesado, danificado, ferido, devido a mudanças ou a prevalência de situações externas e/ou internas que sejam desgastantes. Esse conceito para o autor se expressa de várias formas, tanto para sujeitos como grupos sociais, seja como fragilidade e ausência de defensores, diante de mudanças em seu entorno, como também pelo desamparo do Estado; como debilidade interna para desafiar as mudanças necessárias do indivíduo ou lugar para aproveitar as oportunidades ofertadas; como insegurança constante que desmotiva, estaciona e incapacita as possibilidades de pensar novas estratégias e mudar suas ações almejando maiores níveis de bem estar¹² (BUSSO, 2001).

A vulnerabilidade ganha espaço na área da saúde, a partir das discussões no campo dos Direitos Universais do Homem em relação às reações dos serviços de saúde diante da epidemia global de HIV/AIDS, na década de 1980. Nesse cenário, onde emergem as questões em torno do risco epidemiológico, comportamentos de risco e grupos de risco, os pesquisadores preocupam-se com a repercussão dos estigmas em torno de populações historicamente marginalizadas. No centro dessas discussões, as instituições ligadas à bioética, movimentos sociais e alguns profissionais do campo da saúde coletiva, pensam a vulnerabilidade como uma terminologia mais humanitária, menos estigmatizante, ligada a susceptibilidade, não à determinação (AYRES, et al., 2006).

Diante desse leque de conceitos, o que mais se aproxima dos objetivos de nossa discussão, é a proposta de Gustavo Busso (2001), que expõe a dinâmica conceitual da vulnerabilidade. A complexidade das situações envolvendo muitos dos problemas

¹² Tradução livre do trecho: “En este trabajo, la noción de vulnerabilidad es entendida como un proceso multidimensional que confluye en el **riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas**. La vulnerabilidad social de sujetos y colectivos de población se expresa de varias formas, ya sea como fragilidad e indefensión ante cambios originados en el entorno, como desamparo institucional desde el Estado que no contribuye a fortalecer ni cuida sistemáticamente de sus ciudadanos; como debilidad interna para afrontar concretamente los cambios necesarios del individuo u hogar para aprovechar el conjunto de oportunidades que se le presenta; como inseguridad permanente que paraliza, incapacita y desmotiva la posibilidad de pensar estrategias y actuar a futuro para lograr mejores niveles de bienestar” (BUSSO, 2001, p. 08).

contemporâneos da humanidade, não só a pobreza de recursos materiais, fez com que a vulnerabilidade ganhasse espaço e pudesse crescer conceitualmente, cada vez mais se diferenciando da noção de risco.

Sobre esse processo de separação, Fenato (2009) refere-se ao risco enquanto conceito epidemiológico, que tinha como principal finalidade identificar os grupos mais expostos ou mais vulneráveis, a fim de pensar intervenções que pudessem diminuir essa vulnerabilidade. Quando se adentra a cena das questões sociais, os riscos envolvidos são de natureza psicossocial, fazendo com que facilmente as populações em meio a esses fatores sejam estigmatizadas e culpabilizadas. Em termos da diferenciação entre riscos epidemiológicos e psicossociais, estes últimos são marcados pela complexidade de seus processos, em detrimento da objetividade da epidemiologia (FENATO, 2009).

Neves (2015, p. 103) salienta que as críticas ao conceito de grupos de risco ganham espaço, quando se coloca em discussão “uma inadequação em relação à dinâmica da epidemia em questão e constrói estigmas que excluem determinados grupos”. Dessa mesma lógica deriva o conceito de comportamento de risco, que agruparia as ações que estariam expondo esses grupos à epidemia, mas que trabalha numa lógica de universalização dos problemas e estimula hábitos de prevenção individual. Ambos os conceitos são gestados como estratégias para a redução de riscos à saúde, mas ganharam outra conotação quando utilizados dentro dos contextos históricos e sociais das pessoas no processo saúde-doença (NEVES, 2015).

3.2 Vulnerabilidade e Dignidade: um lugar para o sujeito?

Segundo o dicionário Michaellis (online), o termo dignidade provém do latim *dignitas* (valor) e designa um modo de proceder que transmite respeito, autoridade, honra, nobreza, mas também respeito ao valor ou sentimento de amor-próprio. O conceito de dignidade é amplamente conhecido na obra kantiana *Fundamentação da metafísica dos costumes* (1785/2009) um dos clássicos da ética. Na obra, o filósofo define a dignidade como um valor que só deve ser atribuído ao homem, devido às faculdades racionais que lhe permitem agir sobre o mundo e sobre as coisas, manipulando-as a seu favor, por meio da vontade.

Para justificar seu argumento, Kant (1785/2009) reitera que, pelo fato de o homem possuir tais capacidades racionais, este nunca poderá ser tomado como um meio à disposição da manipulação de outros homens, de acordo com suas próprias vontades. O homem deveria ser tratado e existe como fim em si mesmo e isso é o princípio de respeito à dignidade do homem e de suas capacidades de escolha e de resposta as suas próprias ações. Pelo contrário, os seres

ou objetos desprovidos em sua existência das faculdades racionais, dirigidos pelas leis da natureza, ele os chamou coisas, diferenciando-os das pessoas. Estes poderiam, em sua opinião, ser tratados pelas pessoas como meios para se chegar a algum objetivo.

Sobre o tema do respeito, Kant (1785/2009) constrói uma nota de rodapé para definir em que acepção o respeito comparece na obra, como a consciência da existência de uma lei a qual a vontade do homem está submetida. O filósofo distingue respeito e medo, embora afirme que ambos possam ter algo de análogo, mesmo o respeito não sendo considerado como objeto de inclinação. “O respeito é propriamente a representação de um valor que faz derrogação ao amor-de-mim-mesmo. O *objeto* do respeito é, portanto, unicamente a lei e, na verdade, aquela que impomos *a nós mesmos* e, no entanto, como necessária em si” (KANT, 1785/2009, p. 131).

Para sistematizar sua concepção dentro do modelo de ética, Kant (1785/2009) propõe na obra a idealização de um reino, onde haveria leis comuns a todos, com o fim de regular as relações entre os seres racionais enquanto fins e meios, a este chamou reino dos fins. Essa proposição permitiu que Kant formulasse seu conceito de moralidade, como a relação entre as ações desses sujeitos com a legislação, por meio da razão. Esta última (razão) estaria no cerne de toda máxima da vontade, enquanto legislando de forma universal a qualquer outra vontade, mas também nas ações para consigo mesmo, em razão da dignidade. A idealização de um reino dos fins fundamenta a organização do pensamento kantiano em um modelo de ética baseado na importante diferença entre pessoas e coisas, mas diante de uma ampliação em termos de moralidade, este atribui como característica inerente das coisas um valor monetário, relativo, um preço; enquanto o valor intrínseco da pessoa é a dignidade, tida pelo autor como uma característica sagrada, por estar acima de qualquer preço (KANT, 1785/2009).

Kant (1785/2009) se refere à dignidade ainda como um valor que não pode ser comparado com nenhum outro, exclusivo da moralidade e da humanidade, na medida em que esta última constrói sobre esta concepção um pensamento ético. Esse pensamento cria legislações, que também contêm dignidade própria, que determina todo valor, um valor incondicional, que só poderia ser tratado com o respeito a que um ser racional merece. Ao lado do respeito, a autonomia é descrita por Kant como fundamento da dignidade da natureza racional do homem. Dessa forma, é possível pensar uma teoria dos direitos do homem baseados em sua dignidade, enquanto ser racional, fim em si mesmo.

Pois então fica muito claro que o transgressor dos direitos dos homens está disposto a servir-se da pessoa de outros como mero meio sem levar em consideração que eles, enquanto seres racionais, devem ser estimados ao mesmo tempo como fins, isto é, tão-

somente como seres tais que têm de poder conter também em si o fim de exatamente a mesma ação (KANT, 1785/2009, p. 247).

Este é o ponto da discussão kantiana que mais nos interessa, quando a dignidade é ferida, expondo o sujeito, vulnerabilizando-o diante do outro que dele se serve. Até antes da Segunda Guerra Mundial, a dignidade não era considerada um direito pelos Estados em suas constituições e legislações básicas. Foi quando, em 1949, a Lei Fundamental da República Federal da Alemanha foi publicada e, em seu art. 1º, nº 1, a dignidade é tomada como direito inviolável, sendo responsabilidade do Estado protegê-la e respeitá-la. De acordo com Da Silva (1998), a motivação para essa decisão ter sido tomada, foram as atitudes tomadas pelo Estado Nazista; a Shoah como os sobreviventes preferem se referir como a calamidade que lhes ocorreu, em nome de ‘razões do Estado’, vulnerando diversos grupos (DA SILVA, 1998).

As marcas das atrocidades contra outros seres humanos, ocorridas durante a Segunda Grande Guerra, nunca poderão ser apagadas e esquecidas da história da humanidade e essa lembrança tornou fundamental a mobilização dos organismos internacionais na proteção das pessoas. Como a citação de Kant (1785/2009) assinalava anteriormente, aqueles que violam os direitos humanos, servem-se de outros sujeitos como coisas, objetos que possuem um valor relativo, e temos muitos relatos em que esse era o sentimento, de superioridade em relação ao outro, que o tornaria menos digno de ser tratado como igual. Trazemos a seguir um recorte da experiência nos campos de concentração, narrada por um jornalista, preso em 1941, pela Gestapo, em território francês, e levado para os campos. Essa experiência é paradigmática em nossa discussão sobre vulnerabilidade e dignidade, por ter exemplificado uma das formas de destituição e desautorização do lugar de saber do sujeito, que hoje assume outras formas na cultura.

A desautorização que desejamos discutir, situa-se quando o desrespeito infligido nega a singularidade do sujeito e o faz sentir-se “diminuído” perante seus semelhantes. Na teoria do trauma, Ferenczi (1932; 1933/1992) constrói uma espécie de caminho do trauma, Kupermann e Martins (2017) denominam esse caminho de tempos do trauma. O primeiro tempo, seria caracterizado pela busca do sujeito por um outro, que lhe ajude a criar sentidos para a experiência sempre dolorosa – esse é o tempo do indizível. No segundo, tempo do testemunho, esse encontro com o outro é possível e a criação de sentido entre os dois mobiliza a paralisia estabelecida no aparelho psíquico pelo trauma. O terceiro e último tempo é o tempo da desautorização, que configura um duro golpe, quando desse encontro, ao invés do acolhimento e da validação de seu sofrimento, o sujeito recebe indiferença, desautorizando-o

de sua própria verdade sobre a violência sofrida. Desse modo, Kupermann e Martins (2017, p. 151) assinalam que:

Sem a reverberação no outro da sua indignação e da sua dor, a própria percepção da violência sofrida é deturpada, muitas vezes mesmo transformada em seu inverso, e o sujeito passa a incorporar a culpa pela infâmia sofrida, como se merecesse ser punido pelo simples fato de ser quem é, de constituir uma singularidade.

É essa desautorização traumática que acreditamos ser discussão que se pode relacionar às contribuições da psicanálise à atenção à saúde materno-infantil, especialmente nos contextos de pobreza e outras vulnerabilidades. Trabalhamos aqui com a hipótese de que essa desautorização é mais um dos fatores de vulnerabilização.

O livro *A espécie humana* (1957/2013), do jornalista e escritor francês Robert Antelme, descreve o desrespeito a humanidade de que os judeus foram vítimas durante a Segunda Guerra. O autor relata os momentos que viveu, durante o nazismo, em campos de concentração, mas, sobretudo, as relações entre as pessoas nesse contexto. Seus fortes relatos mostram a dificuldade dele e de seus compatriotas, mas também a perseverança em continuar buscando subterfúgios, para se acreditar pertencentes a mesma espécie que seus agressores – humanos. A uniformização era algo que marcava o aprisionamento, as roupas listradas em branco e azul, muitas vezes referidas como pijamas, as cabeças raspadas, o número e os símbolos que separam certos grupos (franceses, poloneses, russos etc.). Essa uniformização escondia, sem dúvidas, a singularidade de cada um, como o nome, referido por Antelme diversas vezes, sob múltiplas facetas, o nome poderia representar momentos de medo, horror, vergonha, dentre outros sentimentos que, na maioria das vezes, ficavam guardados em cada um.

O processo de naturalização da morte é descrito em muitas passagens da obra. Diante da íntima relação com a morte e, simultaneamente, da percepção de diferentes significados para esse processo, Antelme (1957/2013) relata, na passagem abaixo, a reação dele e de seus colegas diante de um dos guardas que conversa com eles:

Haviam pensado que a morte de um homem ainda o abalasse [guarda do campo]. Mas era como se nada que imaginasse poder acontecer a um homem fosse capaz de lhe provocar piedade ou espanto, desprezo ou indignação; como se a forma humana não fosse mais capaz de emocioná-lo (ANTELME, 1957/2013, p. 22).

Mas, em um determinado momento, este se dá conta de que aquela conversa os aproximava do guarda, e, ao mesmo tempo, diferenciava-os, pois a morte da qual ele falava não era a mesma da experiência do escritor como novato nessa engrenagem sangrenta. A morte que

Antelme conhecia estava fora do campo, da frieza, estava do lado do luto, da indignação referida na citação, da comoção diante da dor da perda.

Embora tudo aquilo ainda fosse novo para a compreensão do guia dessa ‘viagem’ para dentro do campo (Antelme), seu relato porta o paradoxo da própria concepção de vulnerabilidade, como possibilidade de ser lesionado ou ferido a qualquer momento. No campo, para o autor, vida e morte andavam lado a lado, sem reservas, ele relata:

A chaminé do crematório fumegava ao lado da chaminé da cozinha. Antes de nossa chegada, tinham servido os ossos dos mortos dentro da sopa dos vivos, e o ouro da boca dos mortos há muito era trocado pelo pão dos vivos. A morte estava tremendamente entranhada no circuito da vida cotidiana (ANTELME, 1957/2013, p. 23).

É impressionante como a busca da humanidade restante nos habitantes do campo, esforçava-se em não os deixar. Antelme (1957/2013) descreve a curiosidade em conhecer mais sobre a vida dos amigos, momentos antes de uma viagem de transferência de um campo de concentração para outro. Justamente em um momento como esse em que a possibilidade de futuro estava amplamente ameaçada. O escritor demonstrava que mesmo sendo tarde demais para fazê-lo, essa tentativa fazia-os sentir sadios, humanos, despertando-os do sono da indiferença ao outro. Do outro lado, do lado dos guardas (que também eram presos políticos alemães), reinava o pensamento da sobrevivência. Assim, aquele momento era inútil, pois no outro dia esqueceriam os companheiros. Ao ver um deles sendo espancado ninguém interviria, por medo da morte; por mais que a indignação os esmagasse internamente, seriam traídos pelo corpo e pelos próprios pensamentos: “Não sou eu que apanho” (ANTELME, 1957/2013, p. 24).

Antelme (1957/2013) põe a todo momento na obra as questões kantianas em relação à singularidade da racionalidade humana e da sua diferença em relação às coisas da natureza. Em um dos trechos, Antelme relembra a fala de um homem “de terno”, educado e eloquente, mas que invejava os cavalos e as vacas, por serem aceitos como cavalos e vacas; enquanto ele, como pessoa, não era aceito em sua tradição religiosa. E o nome de sua família era motivo de medo e pavor (ANTELME, 1957/2013).

A dignidade não era mais pauta para esses homens que, a cada dia, buscavam um indício de que aquilo era um sonho (um pesadelo), um grande engano e que logo passaria, até perderem por completo as esperanças. Durante a viagem de transferência, Antelme (1957/2013) ressalta como, por vezes, até o corpo demora a sentir que ainda resta sensibilidade fisiológica (anestesia), que, no balanço do trem, as vibrações passavam pelos acordados lembrando-os que ainda estavam vivos e que podiam lembrar de ter tido um corpo seu. Em seguida, esse corpo que foi agora se misturava ao uniforme: “Agora sentíamos as riscas como se fossem pintadas

sobre a pele, o crânio pinicando sob a mão [...]” (ANTELME, 1957/2013, p. 34). Percorrendo esses relatos tão cheios de dor e horror, buscamos destacar como fere profundamente um sujeito ser destituído subjetivamente, ser jogado em uma situação na qual sua dignidade é descartada, seu narcisismo despedaçado, seu corpo reduzido aos órgãos.

No fim da guerra, diante dessas e outras atrocidades, a grande preocupação dos organismos internacionais era garantir que aquela tragédia não se repetisse. A constituição alemã foi inspirada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), pela então nascente Organização das Nações Unidas (ONU). O momento histórico do pós-guerra motivou a inclusão da dignidade como princípio fundamental dos direitos humanos em diversas outras constituições.

Segundo Da Silva (1998), essas discussões contribuíram também para que, mais tarde, se pudesse pensar o processo de redemocratização no Brasil e para a criação da Constituição Cidadã (1988), após a ditadura militar, onde as torturas, prisões e outros crimes políticos atingiam diretamente a dignidade e a liberdade das pessoas. O autor reitera que a dignidade não é uma criação constitucional, mas um conceito que a ordem jurídica resgata da ética filosófica, afirmando que a Constituição Federal a transformou num valor supremo, que fundamenta a República Federativa do Brasil como um Estado Democrático de Direito. Isto é mais enfático ainda em relação à importância desse conceito em nossa constituição:

Se é fundamento, é porque se constitui num valor supremo, num valor fundante da República, da Federação, do País, da Democracia e do Direito. Portanto, não é apenas um princípio da ordem jurídica, mas o é também da ordem política, social, econômica e cultural. Daí sua natureza de valor supremo, porque está na base de toda a vida nacional (DA SILVA, 1998, p. 92).

Todas as áreas sob as quais a dignidade incide nos direitos básicos citados por Da Silva (1998) tem seus desdobramentos nos artigos da CF¹³, onde o objetivo da ordem econômica (art. 170) é assegurar a todos a condição de vida digna, a ordem social (art. 193) buscará a garantia da igualdade e da justiça social, à educação (art. 205) ao preparo para o exercício da cidadania e ao desenvolvimento das habilidades de cada um, dentre outros, encadeando seus resultados com a garantia da dignidade das pessoas e da qualidade de vida para as mesmas.

É importante lembrar que constitui um desrespeito à dignidade da pessoa humana um sistema de profundas desigualdades, uma ordem econômica em que inumeráveis homens e mulheres são torturados pela fome, inúmeras crianças vivem na inanição, a ponto de milhares delas morrerem em tenra idade. "Não concebível uma vida com

¹³ Constituição Federal (1988).

dignidade entre a fome, a miséria e a incultura", pois, a "liberdade humana com frequência se debilita quando o homem cai na extrema necessidade", pois, a "igualdade e dignidade da pessoa exigem que se chegue a uma situação social mais humana e mais justa" (DA SILVA, 1998, p. 93).

As situações que movem as fortes palavras de Da Silva (1998) guardam estreita relação com os temas que discutiremos mais adiante, dedicado justamente ao desrespeito à dignidade sob a forma das denegações do reconhecimento social e o desamparo discursivo sofrido pelo sujeito. No próximo tópico discorreremos acerca de duas categorias advindas da tradição das ciências sociais, sobretudo do Serviço Social. Estas categorias subsidiam uma compreensão mais ampla sobre os modos discursivos que circunscrevem os lugares sociais dos sujeitos nas teias da exclusão.

3.3 Naturalização e Culpabilização na teia da vulnerabilidade

De acordo com Vignoli (2001, p. 96), “Um dos principais estímulos ao desenvolvimento dos enfoques da vulnerabilidade social tem sido o interesse para capturar o dinamismo das condições de pobreza”. Desse modo, ao mesmo tempo que os dois conceitos se aproximam, guardam diferenças em suas formas de materialização. A pobreza implica uma série de vulnerabilidades, ligadas à estrutura de oportunidades e as privações decorrentes, mas a vulnerabilidade como conceito, pode se estender a outras classes sociais, ou seja, uma pessoa pobre tem uma susceptibilidade maior a estar mais vulnerável a outras privações, mas nem todas as pessoas vulneráveis socialmente são necessariamente pobres.

Diante desse dinamismo dos processos que se desvelam na pobreza e da força com que esta atinge, sobretudo, os países da América Latina, cada vez mais a categoria da vulnerabilidade social é convocada, para entender as situações de mobilidade descendente, aos recursos e os modos de uso destes, pelas pessoas pobres. Nessa direção, o autor acredita que:

Uma característica destacável da vulnerabilidade como a probabilidade de cair na pobreza é sua delimitação precisa e clara do risco relevante, ainda que, por isso, seja difícil a sua diferenciação da noção original de pobreza. Entretanto, a aparente maior rotatividade em torno da linha da pobreza corresponde a um fenômeno emergente, que põe em xeque as ideias clássicas sobre mobilidade social na região. Isto abre espaços para que esta vulnerabilidade seja vinculada às mudanças no mercado de trabalho (flexibilidade/instabilidade do emprego) e às transformações das instituições de amparo social que bloqueavam a descida para a pobreza da classe média (VIGNOLI, 2001, p. 103).

A partir dessa relação entre pobreza e vulnerabilidade, que se destaca em nosso diálogo com os outros campos de saber, a psicologia comunitária, sobretudo as pesquisas

desenvolvidas no Núcleo de Psicologia Comunitária da Universidade Federal do Ceará (NUCOM/UFC¹⁴), tem lugar especial na concepção de pobreza que utilizaremos daqui em diante. Além de ser o cenário de atuação da psicologia comunitária, a pobreza é também campo epistemológico e ontológico, onde esta prática “psi” estrutura seu saber (XIMENES, et al., 2016, p. 180-181). Cidade, Moura Jr. e Ximenes (2012, p. 89) definem a pobreza como

[...] um estado de privação da liberdade oriunda de estruturas marginalizantes e opressoras. Esse cerceamento se manifesta tanto nos níveis macrossocial e microssocial de uma sociedade, como nas formas de privação de liberdade presentes nas interações sociais (CIDADE; MOURA JR.; XIMENES, 2012, p. 89).

Segundo Ximenes et al. (2016), a reflexão sobre o fenômeno da pobreza, não deve se escusar da problematização dos processos de ideologização presentes, que contribuem para a naturalização dos fenômenos sociais. Pelo contrário, entende-se que os profissionais *psi* devem trabalhar no sentido de uma *desnaturalização* dos fenômenos psicossociais (grifos da autora). Os autores afirmam que:

Essa ideologia legitima visões culpabilizantes do pobre por sua condição, naturalizantes da pobreza como um fato inquestionável, sempre presente na humanidade. Esse tipo de olhar favorece leituras simplistas, individualizantes e lineares de fenômenos complexos, constituídos a partir dos processos históricos de organização social, política e econômica, além de contribuir para compreensões dicotômicas entre social/individual (XIMENES et al., 2016, p. 186-187).

O conceito de ideologia a qual os autores se referem coaduna com a proposta de Thompson (1990/2011, p. 76), na qual a ideologia é estudada a partir das maneiras pelas quais “o sentido serve para estabelecer e sustentar relações de dominação”. Entendidos como fenômenos simbólicos, nessa concepção do autor, os fenômenos ideológicos só podem ser analisados a partir de uma conjuntura sócio-histórica específica, na qual tais fenômenos sustentam as relações de dominação. Tomando esta acepção, Accorssi (2011) caracteriza a ocorrência da naturalização quando passamos a considerar, paulatinamente, certos problemas sociais *normais* ou *esperados*, abstendo-nos de questionar como se deu o aparecimento de tais problemas (grifos da autora).

¹⁴ O NUCOM, atualmente coordenado pela professora Dra. Verônica Ximenes, na descrição do próprio site do núcleo: “[...] é um núcleo de ensino, pesquisa e extensão do Departamento de Psicologia da UFC que visa à construção do sujeito comunitário, através do fortalecimento da identidade individual e social. Busca, também, a formação e profissionalização do estudante e o aprofundamento e sistematização da Psicologia Comunitária no Ceará”. Informação recolhida no site do núcleo, disponível em nossas referências.

Luana Siqueira (2013) concebe a naturalização da pobreza como uma visão Darwinista, pois esta concepção adjetiva o fenômeno como se dentro de uma evolução social, a pobreza fosse inevitável, portanto, natural. Nesta acepção, a pobreza seria “resultado de uma seleção natural, em que os mais fortes sobressaem e superam a situação da pobreza, comparando as relações humanas com a cadeia alimentar” (SIQUEIRA, 2013, p. 185). Situando a pobreza nesse plano, a autora critica a crença de uma “natureza humana” ligada a uma potencial “incapacidade” de transpor as desigualdades, ocasionando nos sujeitos um sentimento de aceitação dessas desigualdades sociais.

De acordo com o pensamento de Siqueira (2013), uma das justificativas dessa hipótese de uma pobreza natural seria o fato de que este processo existe em todas as formas sociais, provando-se mais uma vez seu caráter inevitável. Diante dessa visão sobre a pobreza, a autora apresenta as causas como a crença de que a pobreza é resultado da concorrência e da desigual capacidade das pessoas; e a crença de que o aumento da natalidade também contribuiu para o empobrecimento da sociedade. A partir dessas causas, há duas principais formas de *enfrentamento* (grifo do original) concebidas sob essa égide: A) caridade e filantropia; e B) redução da pobreza pelo controle de natalidade. Criticando essa posição de naturalização, Siqueira (2013, p. 186) se posiciona, na crença de que

A pobreza não é um dado de natureza humana, mas um resultado pautado nas formas de organização social, assumindo particularidades diversas e tendo seus fundamentos diferentemente vinculados às formas de produção e distribuição de riqueza historicamente determinadas. Pobreza é um fenômeno histórico e socialmente construído e, portanto, historicamente superável.

Como já vimos, na percepção de Ximenes et al. (2016) a culpabilização do pobre é legitimada pela naturalização da pobreza. Nessa perspectiva, acreditamos que esse pensamento é corroborado pelo que Souza (2009) descreve acerca de privilégios individuais, que são legitimados em uma sociedade que prega a igualdade e a liberdade dos cidadãos, separando o indivíduo do grupo social. De acordo com o autor, essa separação deixa margem para culpar os pobres pelo próprio fracasso. Souza (2009, p. 43-44) completa esse pensamento, ressaltando que “o indivíduo fracassado não é discriminado e humilhado cotidianamente como mero “azarado”, mas como alguém que, por preguiça, inépcia ou maldade, por “culpa”, portanto, “escolheu” o fracasso”.

Siqueira (2013) também expõe a culpabilização do indivíduo como uma das visões adotadas em relação à pobreza na atualidade, tendo suas raízes no conceito positivista de “desajuste”. Nessa perspectiva, dentre as causas da pobreza estariam a opção da escolha de ser

pobre, o déficit educacional e o “desajuste” de grupos marginalizados. A partir dessas causas, as formas de *enfrentamento* apontadas pela autora dizem de um controle do estado sobre essas “disfunções”, ou seja, a “inclusão social” a que este ponto de vista se refere, caracteriza-se por uma série de estratégias de “ajustamento corretivo” (higienismo, educação e refuncionalização) – a autoajuda e a religião também aparecem como “soluções” – e a criminalização da pobreza.

Sobre a caracterização da pobreza dita como opção pessoal, a autora pontua, como cerne, a suposição de que há iguais condições e oportunidades para todos, assim se alguém não consegue sair de uma condição de pobreza, é porque não se esforçou o suficiente, “não quis nada”, de acordo com um poder de escolha. Desse modo, Siqueira (2013, p. 189) acredita que “Com a célebre frase de que ‘há trabalho para todos, basta querer’ se individualiza o problema e se reforça a lógica de subalternidade, em que indivíduos devem se submeter a qualquer situação laboral em troca de qualquer quantia”. Quanto à causa “patológica” da culpabilização da pobreza, essa é percebida como um “desajuste”, que deve ser extirpado, uma doença que deve ser curada, para que a ordem social se reestabeleça. Esse reestabelecimento, nesse caso é visto de duas formas, a partir da “inclusão” ou da reclusão e criminalização do pobre, pois este representa um “risco” a essa ordem social.

De acordo com a tese de Siqueira (2013) em relação à culpabilização, mais um ângulo de visão do senso comum é responsável pela perpetuação desse processo: a visão da pobreza como carência de nível educacional mais elevado (qualificação profissional). A partir desse ponto de vista, a pobreza seria definida pela capacitação deficitária do indivíduo, creditando à educação o valor de saída dessa situação. De acordo com o posicionamento da autora, a educação é tomada nessa perspectiva pela teoria do capital e da luta de classes. Embora se considere a pertinência dessas questões, para não fugir a nossos objetivos, não iremos desenvolver a relação entre esses aspectos e a dimensão subjetiva em jogo nas situações clínicas que foram objeto deste trabalho. Apenas podemos apontá-las como algumas das diversas faces da exclusão social e, portanto, da ausência de reconhecimento social.

3.4 Reconhecimento social: uma questão para a psicanálise

Descrevendo sua teoria do reconhecimento social como uma luta, o sociólogo Axel Honneth (2003) inspira-se nas obras de Hegel e de G. H. Mead, para propor que a luta por reconhecimento se dá por meio de três níveis da relação social – o amor, o direito e a estima social ou solidariedade. Essa luta, a qual o autor coloca como ponto de seu interesse, diz respeito aos ataques, aos conflitos, que atingem a identidade pessoal, desrespeitando os sujeitos e/ou o

grupo ao qual pertencem, objetivando reequilibrar as relações de reconhecimento. Por esse motivo, para o autor essas lutas podem, de alguma forma, impulsionar grandes mudanças sociais.

Honneth (2003) situa a luta por reconhecimento como um processo social que descentra as formas individuais da consciência, acarretando um aumento da comunitarização. Ao passo que é um processo social, também é individual, a partir do que o autor vai chamar de relação intersubjetiva, em que um reconhece as características e propriedades do outro. Ou seja, o autor destaca que uma relação de autoafirmação necessita de uma confirmação por parte de outros. Nessa relação, o autor dialoga com a noção hegeliana de conhecer-se-no-outro, onde o próprio Hegel se mune do termo reconhecimento quando trata da relação mútua do amor, o primeiro nível de reconhecimento.

Segundo Honneth (2003), esse nível de reconhecimento se circunscreve como uma relação amorosa, dedicação amorosa, o fato de os indivíduos, sabendo-se dependentes, carentes emocionalmente, buscam unir-se, pois ambos se reconhecem necessitados um do outro. Através da satisfação, da reciprocidade, esses indivíduos se sentem confirmados e reconhecidos até mesmo a nível corporal. E aqui o próprio autor se insere em um diálogo com a psicanálise, sobretudo na relação intersubjetiva da dedicação amorosa, da mãe com seu bebê.

Fazendo uma leitura sua dos textos winnicottianos, Honneth (2003) elucida como é esperado que a mãe confirme a singularidade do bebê e o reconheça enquanto sujeito, desde o que ele chama de simbiose, quando o próprio bebê não se reconhece diferenciado de sua mãe. Daí parte sua teorização acerca da mutualidade da relação intersubjetiva na díade mãe-bebê, situando as identificações do narcisismo primário, como primordiais para que também a mãe alucine diante de seu próprio estado carencial em relação aos anseios do bebê (WINNICOTT, 1965/2011; 1967/2011). Esta relação, entre reconhecimento e as operações que estruturam o sujeito é retomada por Martins et al. (2011) e Martins (2010; 2014; 2016), em seus estudos sobre a constituição psíquica e sua relação com a experiência da fome, como fenômeno silenciado na cultura, ou seja, como um dos fatores culturais de denegação do sofrimento.

O autor demonstra que, diante do desamparo do bebê e da carência da própria mãe, os sentimentos de dependência unem mãe e bebê numa relação de “mutualismo”, de reciprocidade, onde ambos necessitam do reconhecimento do outro. Esse movimento é primordial para o estabelecimento de um sentimento de continuidade na criança, pois sem condições físicas e cognitivas de enunciar suas necessidades, nos primeiros meses, ela se vê

dependente de um outro que realize a ação específica¹⁵ que lhe trará conforto e segurança novamente (HONNETH, 2003; WINNICOTT, 1965/2011; 1967/2011).

Todos esses movimentos perpassam a discussão que Honneth (2003) busca travar sobre a autonomia pessoal, que é perpassada pela relação com o outro, capaz de validar essa autonomia e reconhecer a sua singularidade. Desse processo de transformação, que implicará o reconhecimento mútuo dos limites humanos, advém um sujeito com direitos próprios. Embora esteja preocupado com a construção de uma teoria do reconhecimento social, o autor enfoca dois pressupostos winnicottianos que tratam da elaboração, por parte da criança, dessa separação: a destruição simbólica da mãe onipotente (aquele que tudo sabe) e os fenômenos transicionais (WINNICOTT, 1951/2000; 1964/2015; 1965/2011).

O segundo nível da relação de reconhecimento social, dar-se-ia pela via do direito, colocando os indivíduos em uma relação recíproca e justa, onde, obedecendo as mesmas leis, reconhecer-se-iam uns aos outros como sujeitos de direito, capacitados em suas deliberações com autonomia. A questão que Honneth (2003) coloca é que este tipo de reconhecimento se atrelou historicamente à estima social, ou mesmo ao papel social, que é um processo que envolve desigualdades.

Uma categoria importante para entender essa outra relação de reconhecimento é o autorrespeito, que seria o produto desse tipo de reconhecimento, quando o indivíduo se vê como partícipe de uma coletividade em suas formações discursivas da vontade. Honneth (2003) equipara esse conceito ao de autoconfiança da relação amorosa, ou seja, para ele detém a mesma importância na relação jurídica. Assim, a autoconfiança criaria um fundamento psíquico para confiar em seus impulsos carenciais, o autorrespeito faz surgir a consciência de poder se respeitar, porque o respeito dos outros lhe é merecido.

A última forma de relação intersubjetiva que fundamenta a discussão honnethiniana é a de estima social ou solidariedade, que surge na cena da luta por reconhecimento como o pilar social, que prima pelas características individuais dos sujeitos, permitindo-lhes referir-se a elas de forma positiva. O autor atribui a essa relação a preocupação que um par tem sobre uma necessidade mútua de supor que suas características pessoais contribuem ou significam algo na vida do outro, a partir da partilha de valores e objetivos. Assim como a relação jurídica, a estima social deu saltos durante a história que delineiam como é hoje apreendida, indo da nomeação de honra, à reputação ao prestígio social, antes de ser estima (HONNETH, 2003).

¹⁵ Termo cunhado por Freud no *Projeto para uma psicologia científica* (1895[1950]/1996), que significa a necessidade do outro semelhante nos cuidados do bebê.

Sobre o aspecto das desigualdades entre os grupos, Honneth (2003) abre um destaque para os grupos que são determinados pelo *status*, podendo, dentro destes, os sujeitos se estimarem entre si, por possuírem uma capacidade em comum, a situação social, por exemplo. Dentro desses grupos, existe uma hierarquia, que permite aos membros da sociedade estimar características de um sujeito de outro grupo. Esses princípios, com as mudanças decorridas ao longo do tempo, foram sendo apropriados pela relação jurídica, onde passam a expandir sua validade com o conceito de “dignidade humana”. O conceito em si, promete nos catálogos de direito, ainda segundo Honneth (2003), garantir a proteção jurídica dos sujeitos de sua reputação social, mas não deliberam que punições serão aplicadas diante do desrespeito desse princípio.

Para o autor, o novo padrão de organização estaria no que restou do valor de uma pessoa, entre a universalização jurídica da honra e suas formas de privilégio. Assim, a estima social se separa dos privilégios jurídicos, mas não deixa indiretamente de se relacionar com as questões econômicas, dos padrões de distribuição de renda. Com esse novo cenário, a estima social, a partir de uma confiança emotiva, faz o sujeito se sentir reconhecido pelos demais como valioso, diante da apresentação de suas realizações e capacidades. Essa autorrealização demarca o que, no senso comum, é o sentimento de amor-próprio ou autoestima, fazendo um paralelo, semelhante ao que temos com os conceitos de autoconfiança e autorrespeito (HONNETH, 2003).

Essas três dimensões do reconhecimento social culminarão na discussão sobre as formas de desrespeito que envolvem a vergonha, a ofensa, o descrédito, ou seja, as formas de reconhecimento denegado. Martins (2016) se baseia nesses elementos para propor a denegação do reconhecimento como um operador conceitual importante na compreensão dos efeitos subjetivos relacionados à experiência da fome e a saúde materno-infantil. Nesse estudo, a figura da vergonha se destaca quando Martins (2016) reflete sobre o silenciamento das experiências que colocam em xeque a dignidade humana, a fome entre elas.

A partir das discussões em relação ao reconhecimento social, buscamos também resgatar as perspectivas teóricas da psicanálise, que se assemelham na discussão sobre a importância do reconhecimento do outro semelhante no desenvolvimento infantil. O texto winnicottiano (1971/1975) sobre o papel de espelho do rosto da mãe e da família traz essa visão, tendo como base, além da experiência clínica do autor, as formulações de Lacan (1949/1998) acerca do papel do estágio do espelho na formação do eu.

Lacan (1949/1998) propõe que, mesmo antes da aquisição da linguagem e da capacidade de andar, o bebê possui a capacidade de reconhecer sua imagem no espelho, embora,

para que isso aconteça um outro precise demarcar que a imagem pertence ao pequeno sujeito. Esse ato acaba por atravessar o enlace da criança no registro do simbólico, através da expressão lúdica que ganha a própria imagem, numa espécie de jogo com o outro. Outro este ao qual, nesse momento, o bebê está alienado. O pequeno sujeito se identifica com esse outro semelhante que também possui um corpo, mas também passa a se identificar com a imagem do próprio corpo como objeto (IMANISHI; SILVA, 2016).

Como fora assinalado anteriormente, Freud (1914/1996; 1921/1996) já demonstrava a importância dos processos identificatórios para o narcisismo. A essa concepção, Lacan (1964/2008) coloca a função de antecipação do Outro primordial, que empresta os significantes para que o bebê possa advir à condição de sujeito. Colocando o sujeito diante de uma alienação ao Outro que lhe fornece seus significantes e a escolha de petrificar-se no significante atribuído a ele ou de deslizar na cadeia significativa, em busca de sentido. Já Winnicott (1971/1975) situa que, para ele, o rosto da mãe assume a função de espelho, refletindo para o bebê o que este oferece à mãe e que essa troca teria grande relevância para o continuar a ser do *infans*. O reconhecimento aparece nessa discussão quando percebemos a fundação do sujeito, não só através dos cuidados do outro, que possibilitam a sobrevivência de um organismo, mas a sobrevivência psíquica através de sua inserção na cultura.

Segundo Nascimento (2010), a alienação é o processo que decorre do encontro do indivíduo com a linguagem, que é anterior a ele, com regras pré-estabelecidas, tendo ele nenhum controle sobre essa linguagem. É preciso que a criança se submeta às regras da linguagem para obter o reconhecimento do outro falante, que lhe apresenta os significantes necessários para que o bebê possa se servir da linguagem. O encontro do indivíduo com o outro é descrito por Freud (1895[1950]/1996) na experiência de satisfação, quando o outro realiza a ação específica e sacia o desconforto pulsional, dizendo-lhe também algo. Esse encontro marca a entrada do bebê no campo simbólico da troca de significantes. Lacan (1964/2008, p. 200) salienta que o “Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer”. A primeira ação da criança nessa troca é, para Nascimento (2010), o grito, que se torna significante diante da interpretação da mãe.

De acordo com a leitura que o autor faz do conceito lacaniano de alienação estrutural, esta seria uma posição subjetiva na qual o sujeito se faz representar como um significante para outros significantes; nesta concepção a preposição “para” faz a marcação do assujeitamento às leis do Outro. Pisseta e Besset (2011) acreditam que é pela falta radical de identidade que surgem as condições para a alienação, como Lacan (1964/2008, p. 201) sublinha:

“a dialética do advento do sujeito a seu próprio ser em relação ao Outro – pelo fato de que o sujeito depende do significante e de que o significante está primeiro no campo do Outro”.

Nascimento (2010) coloca o grito como a ação específica realizada pela criança interpretada como apelo pelo outro, como o despontar da cadeia significante: $S_1 \rightarrow S_2$. Desse modo, S_1 substituiria o grito como significante primordial e S_2 a resposta do Outro ao apelo feito, estabelecendo a cadeia significante. A alienação é produzida nessa troca pela dependência de S_1 em relação a S_2 , que lhe confere sentido, produzido na articulação entre os dois significantes.

A alienação, que nos é fundamental para compreender a noção de vulnerabilidade que recortamos na pesquisa, não é essa alienação estrutural, a qual todos passam na trama da inserção linguageira do organismo a sujeito. A alienação que afronta a dignidade humana, vulnerabilizando o sujeito, é aquela através da qual tem-se a ilusão de que se pode encontrar no discurso social dominante a totalidade do Outro, que tudo sabe, tal como a definiu Rosa, Estêvão e Braga (2007). Surgiria nesta configuração a segurança imaginária de satisfazer o desejo do Outro, enquanto este restituiria o que lhe falta. Esta é, portanto, uma alienação produzida e reproduzida histórica e socialmente, a qual nem todos estão submetidos.

A compreensão psicanalítica das experiências de violência que são silenciadas historicamente aponta uma tendência à repetição. Como afirmam Martins e Kupermann (2017, p. 200), “aquilo que não pode ser esquecido e, menos ainda, lembrado, cedo ou tarde, faz a sua aparição”. Na perspectiva dos autores é possível estabelecer relações entre zonas de silêncio em nossa história e os obstáculos na elaboração singular dessas experiências, lembrando que:

nos casos em que os traços da inscrição simbólica do horror de uma experiência não puderam ser reconhecidos como fato social e político, o analista não pode deixar de “relacionar a história individual com a História do mundo” (Koltai, 2011, p.147). Se assim não se conduz, “abandona o analisando em uma solidão que, em vez de ajudá-lo a construir sua singularidade, cria nele um sentimento ilusório e tóxico de estar condenado a uma solidão de exceção” (Koltai, 2011, p.147). O trabalho analítico na Instituição precisa considerar os limites do testemunhável, ao mesmo tempo em que resgata, através de uma ética do cuidado, aquilo que fora silenciado no intercurso de muitas gerações (MARTINS; KUPERMANN, 2017, p. 207).

Rosa, Estêvão e Braga (2017) descrevem os sujeitos que se encontram emaranhados nessas questões como em desamparo social e discursivo e, por isso, alienados em sua posição no laço social. Os autores demonstram que essa alienação é sustentada por um equívoco nas relações sociais com o outro, dessa forma ocorre uma naturalização desse lugar de dejetos onde o sujeito é posto no laço social e suas tentativas de saída desse lugar são criminalizadas ou patologizadas (ROSA; ESTÊVÃO; BRAGA, 2017).

Os autores definem os laços sociais como laços discursivos, baseados na proposição feita por Lacan, em 1953, de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem. Estes laços abarcam tanto as relações do sujeito com seu semelhante, quanto com o Outro e com seu gozo, ampliando as relações com a intersubjetividade (ROSA; ESTÊVÃO; BRAGA, 2017). O questionamento que nos impulsiona, a partir do que já discutíamos, leva-nos a propor uma consideração à dimensão do reconhecimento, qual seja: há formas de reconhecimento que, ao invés de ressaltar o singular no sujeito, aprisionam-no a rótulos que o culpabilizam individualmente por sua condição, como delimitamos no início do capítulo, a partir da perspectiva de Souza (2009).

Deste modo, o que chamamos de reconhecimento inclui a consideração pela dignidade. A lógica da desautorização se sustentaria a partir da suposição de um discurso de um Grande Outro-social, que aliena o sujeito e o esconde sob as grotescas vestes da pobreza, do abandono, da agressividade que afastam os analistas da escuta do sujeito do inconsciente (ROSA; ESTÊVÃO; BRAGA, 2017). Nessa perspectiva, os autores discutem que:

[...] o equívoco alienante que provoca é apresentar-se como se fosse o discurso do Outro. Este discurso, composto no campo da linguagem pelo conjunto dos significantes, poderia alojar no sujeito várias significações, interpretações da realidade, versões de sociedade, valores e incluir seu desejo e singularidade (Rosa, 2016). O discurso social pretende, para aumentar a sua eficácia, recobrir por inteiro o real, apresentando-se ao sujeito como Outro consistente/não-castrado, sem espaço para o enigma, para a singularidade, para a polissemia da palavra. Com a potência adquirida por passar-se por discurso do Outro e por sua pretensa dimensão simbólica, o discurso social captura o sujeito em suas malhas, seja na constituição subjetiva, seja nas circunstâncias que promovem a destituição subjetiva (ROSA; ESTÊVÃO; BRAGA, 2017, p. 365).

Nesses moldes, o reconhecimento como fator identitário é utilizado pelo discurso dominante, muitas vezes, para um apagamento do sujeito, universalizando-o, destituindo-o de sua própria história (pessoal, social e política), desapropriando o sujeito do lugar do qual ele fala, transformando o desamparo social também em um desamparo discursivo, como assinalam Rosa, Estêvão e Braga (2017). A historicização dos laços sociais em grupos específicos é apresentada pelos autores como uma das formas de exposição da alienação e da captura do sujeito por esses discursos dominantes. De acordo com Rosa, Estêvão e Braga (2017), o resgate da memória, o compartilhamento das experiências, pode fazer com que a psicanálise tenha muito a construir no manejo da posição desejante do sujeito, suas resistências a esses processos alienantes, dentre outras táticas clínicas. Desse modo,

Entendemos que a escuta psicanalítica dos sujeitos que ocupam lugar de dejetos no campo social seja por exclusão econômica, por etnia, por gênero, por religião etc.,

deve considerar os efeitos dos discursos sociais e o modo como operam nas relações de poder e de governança sobre esses “excluídos”. Nessas circunstâncias a direção da escuta será separar a alienação estrutural do sujeito ao discurso do Outro, da alienação ao discurso social e ideológico (ROSA; ESTÊVÃO; BRAGA, 2017, p. 367).

Concluindo inicialmente essas discussões, concordamos com a posição de Rosa, Estêvão e Braga (2017) a respeito do papel do analista. Há uma grande importância em sublinhar essa distinção entre uma alienação que é estrutural da constituição do sujeito, da alienação produzida por um discurso social que legitima uma desautorização do sujeito e posições de exclusão no laço social.

Seguiremos nosso percurso partindo do referencial psicanalítico sobre a teoria do trauma, inicialmente em Freud, depois com Ferenczi, tomando-o como a base para o conceito de desautorização, e, com algumas contribuições de Winnicott, em relação às agonias primitivas. A apresentação e discussão desses conceitos fazem uma ponte para definirmos a partir de qual tradição psicanalítica partimos, rumo a um embasamento ético-político de atuação do analista em contextos socialmente vulneráveis.

4 FUNDAMENTOS PSICANALÍTICOS: TRAUMA, DESAUTORIZAÇÃO E ANGÚSTIA

4.1 Algumas construções freudianas sobre o trauma

Dedicamos este capítulo as formulações sobre o trauma que ressaltam o caráter excessivo dessa experiência, em especial, o segundo momento da teoria psicanalítica no qual Freud reformula o conceito de trauma. Essa concepção também assume importância crucial na reorganização que Freud (1926/1996) efetua na segunda tópica em relação à angústia e ao desamparo.

Partimos de Freud, para que possamos compreender como os autores subsequentes puderam chegar às suas ideias sobre estes temas. A partir dessa incursão nas bases freudianas do trauma, podemos seguir com as contribuições de Ferenczi e Winnicott. Esses autores serão fundamentais para a reafirmação de uma psicanálise implicada, que proporcione confiabilidade, escuta, validação da fala do sujeito e reconhecimento de seu potencial criativo na clínica e na vida. Discutimos também os destinos da angústia dado o impacto do trauma na economia psíquica.

A palavra trauma é aludida nos textos freudianos desde o relatório de seus estudos em Paris (1956[1886]/1996), com Jean-Martin Charcot, quando o jovem neurologista se depara com uma abordagem diferente da medicina empirista de sua época. Conforme os estudos e a clínica desenvolvida pelo pai da psicanálise avançavam, o trauma foi se estabelecendo como uma problemática em diversos sentidos. O ponto de vista econômico do trauma já se destacava, quando o autor assinala que:

as experiências psíquicas que formam o conteúdo dos ataques histéricos têm uma característica que lhes é comum. Todas são *impressões que não conseguiram encontrar uma descarga adequada*, seja porque o paciente se recusa a enfrentá-las, por temor de conflitos mentais angustiantes, seja porque [...] o paciente se sente proibido de agir, por timidez ou condição social, ou, finalmente, porque recebeu essas impressões num estado em que seu sistema nervoso estava impossibilitado de executar a tarefa de eliminá-las (FREUD, 1940-41[1892]/1996, p. 196, grifos do original).

Desde o início o trauma representa uma questão que mobiliza a psicanálise em torno da etiologia das neuroses, mas neste início o conceito se achava relacionado a teoria da sedução, que logo foi relativizada perante a descoberta do conceito de fantasia e realidade psíquica. Anos depois da questão do trauma ter sido ‘cuidadosamente suspensa’ e com as célebres aparições de manifestações dessa ordem depois da Primeira Guerra Mundial, o conceito é retomado. Em

Além do princípio do prazer (1920/1996) Freud situa o trauma do lado dos sonhos de angústia, como sinal de uma falha no mecanismo do princípio do prazer. A fixação do sujeito no momento traumático deflagrava uma estagnação em uma compulsão a repetir, a todo custo, o episódio penoso.

Em relação às confluências entre trauma e compulsão à repetição, as psicanalistas Perla Klautau, Monah Winograd e Flávia Sollero-de-Campos (2016) afirmam que o golpe traumático funciona como um marcador: a partir deste há um antes e um depois inscritos no psiquismo. Esse golpe suspende os recursos que o sujeito possui para a elaboração do ocorrido. Para as autoras, em consequência disso são criadas ou intensificadas zonas psíquicas que não se integram, deixando marcas que atualizam angústias precoces. A partir desse desequilíbrio a compulsão à repetição é acionada na tentativa de descarregar o excesso e reorganizar “a casa”. Segundo as psicanalistas, “De acordo com essa lógica, é instaurada uma temporalidade baseada em uma noção de *presente permanente*, isto é, em um tempo que não passa e tampouco fica para trás” (KLAUTAU; WINOGRAD; SOLLERO-DE-CAMPOS, 2016, p. 615, grifos do original).

Surge uma inquietante dúvida na clínica psicanalítica acerca do papel da compulsão a repetição. Essa resposta de horror e susto dos sonhos de angústia questionava a tese de que os sonhos são realizações de desejos, devido a repetição de uma lembrança que o sujeito desejava a todo custo esquecer. Através dessas constatações, o autor confere a um movimento pulsional mais primitivo, a responsabilidade por essas repetições, compulsórias, e, alheias a produção de prazer – a pulsão de morte. Freud passa, então, a trabalhar o segundo elemento do par (pulsão de vida/pulsão de morte). De acordo com a psicanalista Ana Beatriz Favero (2009, p.71):

A pulsão de morte deriva desta tendência inerente a todo ser vivo de retornar ao estado inorgânico; por outro lado, ao esforço para que esse objetivo se cumpra de maneira natural, Freud denomina pulsão de vida. O objetivo da pulsão de vida não é evitar que a morte ocorra, mas evitar que ela ocorra de uma forma não natural. Ela é a reguladora do caminho para a morte.

De acordo com Klautau, Kislakov e Winograd (2014, p. 167) em determinados casos em que os recursos necessários a metabolização psíquica são roubados, a única forma de possibilitar a composição de uma narrativa sobre a experiência traumática é o oferecimento de “um espaço analítico sensível e flexível”. O grande desafio é este, proporcionar a construção de uma atividade narrativa capaz de criar um *modus* de elaboração para o excesso do trauma. Essa narrativa deve permitir uma historicização que inaugura alternativas de passado e de futuro.

Desde as teorizações pré-psicanalíticas do trauma, Freud já esboça seu interesse e a convergência entre angústia e trauma, quando do despreparo diante de excessos e transbordamentos, ocasionando o aparecimento de sintomas. A angústia, assim como o trauma e o susto a que este produz no psiquismo, seriam pensados a essa altura da obra freudiana, como tributários do fluxo ostensivo da libido sobre um aparelho ainda despreparado em seu funcionamento, tendo que reagir defensivamente a esses excessos. Freud (1895/1996) já esquematiza e exprime nos textos desse período os limites do ego frente às invasões de cunho desagradável, o susto, a excitação sexual, etc. Em outras palavras, os textos construídos entre 1893 e 1897, evidenciam o que Freud já havia construído teoricamente no *Projeto* (1950[1895]/1996) a respeito do papel da membrana protetora na proteção do aparelho psíquico e dos desequilíbrios econômicos que situações inesperadas podem acarretar.

Fazendo um adendo a esse período histórico, é importante sublinhar que Freud retoma, posteriormente, essa ideia da membrana que foi exposta no *Projeto* (1950[1895]/1996) e constata que não há escudo capaz de proteger o psiquismo dos estímulos internos (FREUD, 1920/1996). Essa asserção faz muita diferença, sobretudo do ponto de vista econômico, em relação à magnitude das imposições feitas pelas exigências do mundo externo. De acordo com o pensamento freudiano, esse escudo se originaria do “sacrifício” de uma das camadas, a mais externa, em nome dessa função de proteção das demais estruturas.

No início de sua obra, Freud (1895[1894]/1996) propõe também a relação entre do transbordamento da angústia com a constituição da neurose. Seguindo essa noção de transbordamento, o trauma é veiculado nesta primeira teoria em todo seu potencial econômico de “invasão”, uma luta entre interno e externo. Nesses moldes, as formulações sobre o desequilíbrio econômico provocado pelo trauma se aproximam do que havia sido discutido em outros trabalhos de Freud, por exemplo: sua descrição metapsicológica da dor proposta no *Projeto* (1950[1895]/1996).

Nesse texto, a dor é relativa ao despreparo do aparelho psíquico diante da desproporção das exigências das quantidades de excitação, deflagrando um desconforto intrusivo caracterizado como traumático. A dor é apresentada como a falha dos dispositivos de controle de estimulação no sistema nervoso, mas também como elemento que cria uma resistência, nesse mesmo sistema, a situações semelhantes. Nessa discussão, não só o excesso provoca dor, o déficit também pode ser doloroso, de acordo com a exigência feita ao organismo, vivenciada como desprazer (FREUD, 1950[1895]/1996).

A psicanalista Karla Martins (2014) discute a dor a partir da metapsicologia freudiana como um dos destinos das perdas, situando o interesse do autor acerca deste tema.

Uma posição importante nesse texto para nós se refere ao potencial que a dor pode possuir de, paradoxalmente, preparar o sujeito para enfrentar outras situações semelhantes, dentre outros desafios. Martins (2014) assinala que a dor rompe com a acomodação do pensamento onipotente e nos leva ao trabalho psíquico, em busca de estratégias para a gestão do sofrimento.

Portanto, se a dor e o desamparo nos constitui como humanos, o que nos permitirá enfrentar e criar a partir deste estado inicial de vulnerabilidade? Esta pergunta orientou a produção teórica do contemporâneo de Freud, Sándor Ferenczi (1873-1933) e é com a obra deste psicanalista que prosseguiremos. Ferenczi, torna-se um autor fundamental em nosso trajeto, tanto pela compreensão da força disruptiva da desautorização do sujeito, como pelos apontamentos em relação ao processo de reconstrução de estratégias de sobrevivência psíquica.

4.2 O trauma ferencziano: confusão de línguas e desautorização

Médico clínico e neuropsiquiatra, Sándor Ferenczi (1873-1933) foi um dos mais importantes psicanalistas e divulgadores da obra freudiana em território húngaro. Segundo Abras (2014), o psicanalista participou de muitos movimentos políticos que ocorriam em sua época, inclusive a luta a favor dos homossexuais. Um dos marcos de sua produção foi sua própria concepção de trauma, que promoveu um retorno a teoria do trauma freudiano, mas do ponto de vista do que Ferenczi (1933/2011) chamou de *confusão de línguas*. Essa teoria não foi bem aceita pela comunidade psicanalítica, nem mesmo por Freud, considerando-a um retrocesso a uma questão já abandonada.

De acordo com Ana Lila Lejarraga (2007) as reflexões do autor sobre o trauma o acompanharam durante toda a sua produção teórico-clínica, mas a teoria do trauma desestruturante foi uma de suas últimas contribuições teóricas. A autora acredita que sua morte deixou algumas dessas ideias incompletas e sem desenvolvimento, embora esta seja uma das pérolas de sua obra. Favero (2009) situa dois momentos distintos na produção ferencziana sobre o trauma, de acordo com as preocupações do autor à época.

No início da obra de Ferenczi, os traumas são considerados estruturantes, parte da constituição filogenética e psíquica do indivíduo, como a castração e a aprendizagem das regras da cultura. Quando da descoberta freudiana do conceito de pulsão de morte e da compulsão à repetição, assim como de sua própria experiência com casos tidos como “difíceis”, sua concepção de trauma ganha uma nova aquisição. No trauma desestruturante, um choque pode vir a colocar em xeque todo o projeto identificatório do sujeito, devido à dificuldade de metabolização, fazendo com que essas situações sejam integradas ao psiquismo.

No texto *O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios* (1913/2011), Ferenczi já discute o fator traumático, mas também sedutor na relação mãe-bebê. O primeiro choque traumático são as diferenças entre o ambiente do útero e o mundo exterior, logo após o parto, que demanda maior atuação da criança (respiração) e de terceiros (cobertores) na cessação do desprazer inicial. Nesses primeiros meses, o bebê é ativamente satisfeito por sua mãe, gerando neste um sentimento de onipotência, que é uma ilusão criada pelo *infans* em sua angústia de retorno ao conforto do útero. O autor defende que nas trocas dessa relação primária, essa onipotência aos poucos é quebrada, e, o bebê percebe que para satisfazer as pulsões deve criar meios de comunicação com o cuidador. Isso decorre do refinamento cada vez mais específico dos desejos que a criança apresenta, necessitando de novos artifícios para serem satisfeitos, dos *gestos mágicos* até a aquisição da linguagem.

Nesse texto, Ferenczi (1913/2011) apoia a posição de Freud, quando postula que o princípio do prazer só pode ser abalado pela separação psíquica entre pais e filhos, ou seja, apenas depois que a onipotência inicial for quebrada pelas questões educacionais e pelas regras. Assim, esse processo educativo assume também papel nessa separação, reduzindo a onipotência às contingências, necessárias às renúncias pulsionais responsáveis pela inserção do sujeito na cultura. Em outras palavras,

O desenvolvimento do sentido de realidade apresenta-se em geral como uma série de sucessivos impulsos de recalçamento, aos quais o ser humano é forçado pela necessidade, pela frustração que exige a adaptação, e não por “tendências para a evolução” espontâneas. O primeiro grande recalçamento torna-se necessário pelo processo de nascimento que, com toda a certeza, faz-se sem colaboração ativa, sem “intenção” por parte da criança (FERENCZI, 1913/2011, p. 59).

Sobre essas primeiras relações “traumáticas”, Favero (2009) assevera que os cuidados de higiene promovidos pela mãe são, para a criança, marcas da necessidade de uma submissão às leis impostas pelo ambiente, mesmo em uma época onde a onipotência reina em sua imaginação. A autora credits que nesse momento da obra de Ferenczi, o autor admite um ponto de vista positivo do trauma, como necessário a instauração de uma ordem social e que nem toda experiência traumática assume um caráter patológico.

A partir de 1930, os estudos e os casos atendidos por Ferenczi (1933/2011), o fazem postular que o trauma se institui num embate, um abuso, por parte de um adulto no qual a criança confia e ama, seja de caráter sexual ou de outro. Haveria um equívoco, uma confusão, entre o que a criança apresenta (linguagem da ternura) e o que o adulto compreende (linguagem da paixão) a partir de sua ótica. Lejarraga (2007, p.65) aponta que a “violência do adulto é

imprevisível e incompreensível para a criança, que reage com um medo intenso frente à esmagadora autoridade do adulto”.

Segundo Ferenczi (1933/2011), a confusão teria seu início justamente nas diferenças entre a sexualidade da criança e do adulto, onde a primeira se organiza a partir do lúdico, a segunda comporta uma “luta” (ativo-passivo) e carrega sentidos impregnados pelos juízos da cultura e pelo objetivo mecânico-fisiológico do orgasmo subsequente à cópula. Lejarraga (2007) afirma que esse caos invade a criança, surpresa pelo acontecido e pelas expectativas quebradas (o que esperava e precisava receber do adulto). A autora explica que a “confusão, desse modo, alude a um desencontro entre a confiança que a criança deposita no adulto como provedor de cuidados e ternura e a atitude do adulto violento e insensível que não respeita as necessidades da criança” (LEJARRAGA, 2007, p. 65; 2008, p. 119-120).

Tomando essas proposições, Favero (2009) assinala que os últimos escritos de Ferenczi apontam um trauma em dois tempos, diferente da concepção freudiana de um efeito traumático *a posteriori*. A presença de um evento real e precoce, a sedução do adulto, que contrastam com a necessidade de carinho e sinceridade da criança, marcam o primeiro tempo. No segundo momento, a marca reside no desmentido, a negação, a incompreensão, do adulto frente ao acontecido, que também para ele assume um caráter inaceitável (traumático). Para Ferenczi (1931/2011, p. 91),

O pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento ou até mesmo ser espancado e repreendido quando se manifesta a paralisia traumática do pensamento ou dos movimentos; é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico.

Pensando numa estrutura de momentos do trauma, sob a perspectiva ferencziana, os psicanalistas Daniel Kupermann e Karla Martins (2017) propõem o trauma em três tempos. O primeiro tempo é o tempo do indizível, quando após sofrer a violência, a criança busca um outro adulto de sua confiança em busca de dar sentido a experiência vivida. No segundo tempo, tempo do testemunho, a criança encontra a presença sensível do outro, capaz de traduzir a situação de forma satisfatória. Porém, se nesse segundo tempo, ao invés de encontrar a sensibilidade e a compreensão do adulto, a criança encontra a indiferença e tem sua experiência negada e descreditada, estabelece-se o terceiro tempo. Esse tempo é chamado tempo da desautorização, onde o trauma realmente se instaura pela via do desmentido, separando novamente a confiança das figuras de referência (KUPERMANN; MARTINS, 2017).

Essa confiança perdida é referida clinicamente por Ferenczi (1933/2011) em *Confusão de línguas...* quando trata da regressão em análise e da sensibilidade do analista de

“assumir seus erros”, ou seja, ao invés de responder ao sujeito com a mesma violência já infligida por outro, o analista deve assumir essa figura de encontro sensível e reparador. Segundo Abras (2014, p. 88) “o adulto abandona a criança a uma realidade cuja ordem foi quebrada, e ela não pode mais buscar nele seus parâmetros”. Para a autora, a verdadeira confusão é de leis, entre adulto e criança, portanto, é função do analista sustentar a repetição, evitando o risco de práticas pedagógicas e de dominação. Em muitas passagens, Ferenczi (1933/2011) se refere a benevolência e a ternura maternas, que deveriam ser parâmetros para o manejo dos casos onde o desmentido operou uma clivagem na infância. Assim, o autor afirma que: “Tem-se mesmo a impressão de que esses choques graves são superados, sem amnésia nem sequelas neuróticas, se a mãe estiver presente, com toda a sua compreensão, sua ternura e, o que é mais raro, uma total sinceridade” (FERENCZI, 1931/2011, p. 91).

O desmentido pode assumir outras formas, o silêncio, a negação do abuso e a desautorização do saber da criança, impedindo a circulação de sentido e a dúvida. Desse modo, Lejarraga (2007, p. 65) situa o despreparo e desamparo da criança quando sente que não pode mais contar com a proteção do adulto: “Sem a ajuda de um terceiro que possa reconhecer o sofrimento e a perplexidade, que possa mediar para que o ocorrido tenha algum sentido e seja metabolizado psiquicamente, a criança fica abandonada a suas próprias forças”. O próprio Ferenczi (1933/1992) admite não saber, com certeza, quais as reações logo após a cena traumática, mas supõe que o ódio, a repugnância, a recusa e a resistência sejam movimentos que poderiam ser adotados, se não fosse o medo intenso que a criança sente.

Em *Reflexões sobre o trauma* (1932/2011), o autor descreve a condição de aniquilação do sentimento de si, provocada por um choque, “uma dor incompreensível e insuportável” (FERENCZI, 1931/2011, p. 79). Para Ferenczi (1931/2011, p. 79), o agravante, o que causa essa dor e o sentimento de aniquilamento “é a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento ou até mesmo ser espancado e repreendido quando se manifesta a paralisia traumática do pensamento ou dos movimentos”. A partir desse choque, a comoção psíquica é uma das primeiras manifestações do desequilíbrio promovido no aparelho psíquico pelo trauma, que se refere a dor incomensurável, do terror e do sentimento de morte psíquica (FERENCZI, 1932/1992). Esse momento de agonia psíquica deixa rastros apenas no corpo, que, para Lejarraga (2007), só se deixam ver na cena analítica como símbolos da memória corporal.

Ferenczi (1932/2011), finalizando a discussão sobre as respostas do sujeito à comoção psíquica, situa a angústia como consequência imediata do trauma. Dessa forma, a

angústia também representa para nós um operador importante na discussão sobre uma clínica do traumático.

4.3 A angústia e seus possíveis destinos

Já vimos que a angústia guarda estreitas relações com o trauma, tanto na acepção freudiana como na ferencziana. Todavia, não é nosso objetivo fazer uma discussão exaustiva sobre o tema, dada a complexidade deste conceito. Mas, diante do impacto conceitual da angústia para as formulações de uma clínica do traumático, deter-nos-emos nos textos da segunda tópica, nos quais a face do trauma e do desamparo do psiquismo são importantes operadores para sua compreensão. Também é importante destacar, que esta categoria aparece de maneira sutil em nossas observações, embora seja uma inferência nossa que a angústia desempenha um papel importante em situações tão complexas, como as vulnerabilidades.

A primeira aparição da angústia na obra freudiana já indica a dificuldade de se apreender esse conceito tão vasto, mas tão importante. A data do *Rascunho E*¹⁶, das correspondências a Fliess é duvidosa, mas James Strachey, em nota de rodapé da *Standard Edition*, afirma crer que o rascunho tenha sido escrito entre 1894 e 1895, antes da publicação de seu primeiro artigo sobre a angústia, em 1895. Nos anos subsequentes (1894; 1895[1894]/1996), os textos sobre a angústia abordam o processo de reconstrução desse conceito. Freud em busca das peças do quebra-cabeça para chegar a compreensão que só terá vinte anos mais tarde, inclusive após os desafios da clínica da Primeira Guerra Mundial. Nessa virada que se solidifica com na segunda tópica, encontramos a compreensão de angústia que toca nossos interesses.

Na *Conferência XXV* (1917[1916-1917]/1996), Freud apresenta pela primeira vez suas reformulações sobre a angústia, a distinção entre angústia realística e angústia neurótica, que também é amplamente abordada em *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (FREUD, 1926). O autor descreve a angústia realística como racional e inteligível, advinda de nosso instinto de autopreservação, antecipando a percepção de um perigo externo, mobilizando o indivíduo para uma fuga e/ou uma reação adequada, dependendo da situação. Embora pareça extremamente vantajosa, essa modalidade de angústia pode não servir a seus propósitos, como assevera Freud (1917[1916-1917]/1996, p. 395), pois “se a ansiedade for excessivamente grande, ela [...]

¹⁶O Rascunho se intitula, *Como se origina a angústia* (1894/1996).

paralisa toda ação, inclusive, até mesmo, a fuga. Em geral, a reação ao perigo consiste numa mistura de afeto de ansiedade e ação defensiva”.

Nesta obra, Freud (1917[1916-1917]/1996) esclarece uma “confusão” terminológica, que para ele é salutar, entre angústia, medo e susto. Caracteriza a angústia como um estado que desconsidera um objeto, quanto ao medo, este sim, destaca o objeto que o provoca; e, o susto, desloca sua ênfase para o efeito de despreparo diante de uma situação que evoca angústia. Em outras palavras, Freud sublinha que angústia é, pois, uma resposta de proteção contra um perigo. Nesse texto, também se expressa a hipótese freudiana de que o protótipo da angústia, se situa nas reações do bebê diante do nascimento. Questão que mais tarde, em *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (1926), Freud se deterá explicando as diferenças entre seu ponto de vista, em relação a essa especulação e o que Otto Rank aborda em sua obra *O trauma do nascimento* (1924).

A essa primeira explanação do assunto, Freud dá especial ênfase às reações corporais do bebê, diante da invasão de estímulos, quanto a respiração, a fome, dentre outras sensações de desprazer, que de algum modo possam ter representado um perigo mortal. Freud (1917[1916-1917]/1996) relaciona o fator traumático do nascimento com a separação da mãe, admitindo que a resposta da angústia deve ter-se instalado diante de um desamparo do organismo e dos recursos do bebê (FREUD, 1917[1916-1917]/1996).

Em relação a angústia neurótica, Freud (1917[1916-1917]/1996) a caracteriza como um estado de apreensão generalizada, dividida em três tipos, o da angústia expectante (pessoas que preveem as situações sempre de um ponto de vista pessimista e exagerado); a angústia das fobias (há um objeto que tem a possibilidade de causar algum dano); e a angústia das fobias em que o objeto não oferece perigo. Apesar dessa discussão, Freud complementa seu pensamento, afirmando que o que define até que ponto essa apreensão desequilibra a saúde ou não, é o fator quantitativo. Para o autor, o acúmulo de excitação, não conseguiu ser descarregado, nem elaborado psiquicamente e, entregue à pura excitação somática, resulta em um desequilíbrio na economia da libido que promove a neurose de angústia (FREUD, 1917[1916-1917]/1996). Em síntese a esse pensamento, Freud (1917[1916-1917]/1996, p. 405) reconstrói a ideia, afirmando que:

Conforme sabemos, a geração de ansiedade é a reação do ego ao perigo e o sinal para empreender a fuga. Assim sendo, parece plausível supor que, na ansiedade neurótica, o ego faz uma tentativa semelhante de fuga da exigência feita por sua libido, que o ego trata este perigo interno como se fora externo.

Segundo a psicanalista Maria Angélica Pisetta (2008), essa conferência marca a primeira teoria freudiana da angústia, onde esse afeto é tido como produto do recalque, ainda em meio às formulações da primeira tópica. A autora destaca a plasticidade, com que Freud trata a angústia nesse texto, situando-a como um afeto que poderia substituir qualquer outro, que não tenha se vinculado a ideia original após o recalque – como uma moeda universal. A angústia é tratada pela autora como um indício da ocorrência do recalque, uma denúncia da castração, onde se coloca em xeque as origens da neurose, pois foi permitida a entrada de uma representação inaceitável, que “descobre” a castração. Complementando essa discussão, a autora afirma que:

Enquanto “moeda universal”, é a angústia um afeto que fala tanto de “dentro” quanto de “fora” a partir do prisma do eu. “De dentro”, ela acusa a castração, pelo processo de recalque, e, “de fora”, relaciona-se aos objetos, nesse momento da teoria, e é trocada por raiva, temor ou qualquer outra tonalidade que melhor se associe a determinado objeto. Se “de dentro” ela nos fala da castração, é porque evidencia, já na primeira tópica, algo de inaceitável na consciência. Essa báscula entre o que é interno e o que é externo denota que a angústia demarca um limite, sendo ainda a própria expressão desse limite (PISETTA, 2008, p. 407).

Relacionando essas discussões com as formas de desrespeito e desautorização do sujeito que nos interessam, a angústia poderia ser trocada, nesse caso, pela vergonha ou pela raiva, fazendo com que as pessoas socialmente vulneráveis reforcem o estereótipo de serem pessoas violentas ou desconfiadas. Esse movimento aponta uma resistência, mas também uma defesa em relação a um cuidado distante do acolhimento, de que precisam, e do medo de serem hostilizadas novamente pela perspectiva higienista e normativa de algumas práticas em saúde.

Como muitas das questões que a conferência aborda estão melhor explicitadas em *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (1926), partiremos desta obra para discutir o que contempla nossos objetivos. Neste texto, vemos o amadurecimento de várias questões importantes no percurso de um entendimento sobre a angústia, como o trabalho teórico-clínico realizado sobre a questão do desamparo, já descrita no *Projeto* (1950[1895]/1996); as angústias realísticas e neuróticas, postuladas na *Conferência XXV* (1917[1916-1917]/1996) o trauma; as diferenças entre luto, dor e angústia (1917/1996).

Colocando o Eu como o centro, onde surge a angústia, Freud (1926/1996) descreve esta instância como mediadora das exigências do Isso e do Supereu, em relação as situações que podem provocar inibições¹⁷ e impedir que o recalque precise ser acionado. Mesmo que

¹⁷Concebidas por Freud (1926/1996, p. 93) como “restrições às funções do ego”, como uma forma de proteção ou por um déficit na economia libidinal.

Freud (1926/1996) o tenha assumido como a sede da angústia, para Pisetta (2008) há uma inconsistência na relação do eu com as outras instâncias, pois,

Como centro e ordenador do psiquismo, liberando energias e “controlando” as moções pulsionais inconciliáveis, aparece um *eu* poderoso e capacitado; porém esse mesmo eu é indefeso diante de suas próprias produções. Com o recalque, ele retira de seus domínios uma parte importante de sua própria organização e empobrece toda a comunicação possível entre as demais instâncias. Dessa forma, o eu desse período toma toda sua força quando não está separado do *isso*, e só é fraco, “escravo”, quando se coloca em oposição a este. Do mesmo modo, é estabelecida a relação eu-*supereu*, quando só podemos distingui-los no momento do conflito. Toda a luta do *eu* para isolar moções inconciliáveis é, na realidade, uma tentativa de unir, de reconciliar, embora o recalque, e o conseqüente sintoma, tornem o *eu* cada vez mais empobrecido (PISETTA, 2008, p. 414-415, grifos do original).

Como ressalta a autora, não é que o Eu seja forte ou fraco, mas este faz concessões, onde acredita que pode agregar algo de integrador no psiquismo. Mesmo diante da aparente divergência que Pisetta sublinha, o autor deixa claro, que ter o Eu como sede da angústia é seu ponto de vista definitivo, repetindo-o na *Conferência XXXII* (1933/1996).

Tomando essa ideia, Freud (1926/1996) incide uma incursão sobre as origens da angústia de acordo com a formação do aparelho psíquico, situando o aparecimento desta quando do recalque¹⁸ primário, em uma intensidade elevada. Desse modo, essas quantidades elevadas forçariam uma passagem pelo escudo protetor¹⁹, precipitando o surgimento do recalque primário. Nesta perspectiva, Freud aponta a existência de uma angústia automática, provinda do Isso, que pode acionar a angústia como sinal de uma ameaça iminente, produzindo o recalque primário e os posteriores (PISETTA, 2008, p. 415). Segundo Freud (1926), não há angústia no Supereu, porém, o Isso como parte do Eu, pode sim, apresentar essa angústia automática, pois sua desorganização não permite formular um julgamento acerca dos perigos.

Freud (1926/1996) assume a posição de que a angústia é uma reação a uma situação de perigo, que o Eu produz sintomas para afastar esses “perigos”, sejam eles advindos do interior ou do exterior. Diante dessa posição, Freud (1926/1996) destaca que a iminência do perigo – a questão que angustia as pessoas “traumatizadas” – traduz basicamente o medo da morte ou medo pela vida.

Em consonância com essa asserção, Pacheco-Ferreira (2012) retoma os dois tipos de angústia, para relacioná-las ao trauma e ao afeto da vergonha. De acordo com a autora, a

¹⁸Decidimos substituir em nosso texto, o termo repressão, assumido pela tradução da *Standard Edition*, por recalque, por acreditarmos que expressa melhor o que desejamos.

¹⁹O limiar psíquico, ao qual já vínhamos discutindo.

angústia automática é aquela que se apresenta sempre que uma situação semelhante ao traumatismo inicial ocorre, sendo, às vezes, uma resposta inadequada em relação ao perigo, e a angústia sinal, uma resposta do Eu ao risco de reprodução do traumatismo. Como origem da angústia, Freud (1933/1996) destaca duas, na primeira, a angústia surgiria como produto da situação traumática, e na outra surgiria como um sinal do risco de uma repetição de tal situação traumática (FREUD, 1933/2011).

Segundo Pacheco-Ferreira (2012, p. 169), “a angústia é a reativação de uma experiência anterior traumática, ou seja, o sujeito teme a reatualização de algo vivido anteriormente”. Essa concepção é facilmente corroborada nas discussões freudianas sobre as neuroses de guerra e os sonhos de angústia dos soldados, que incessantemente reviviam o infortúnio sofrido. Freud (1926/1996) dá ao afeto independência, quando reformula sua concepção e o coloca como produto da situação estressora do nascimento, assim sendo, sempre que alguma situação análoga ao nascimento emerge, o afeto é convocado.

De acordo com Pollo e Chiabi (2013), o sinal de angústia funciona de forma semelhante às vacinas, visando impedir a repetição da situação traumática, mas também impossibilita a formação de uma intensidade considerável de angústia. Mas nem toda reação de desprazer, necessariamente, significa que a angústia está em ação, outros sentimentos como a dor e o luto também despertam um desconforto. O próprio Freud (1926/1996; 1917/1996) retoma em um adendo as distinções entre angústia, dor e luto, onde a dor seria sentida após a perda real do objeto e a angústia, a reação ao perigo que essa perda acarretaria para o sujeito e posteriormente, uma resposta ao perigo da perda do próprio objeto. Em relação ao luto, Freud (1926/1996) assevera que cabe ao próprio sujeito, retirar o objeto que já está ausente, das situações onde ele seria investido libidinalmente com grande estima, afastando-se dele.

Essas situações geralmente estão ligadas ao sentimento de perda ou de separação, como a separação da mãe e a perda (morte) de um ente querido. Pacheco-Ferreira (2012) destaca o desamparo ao qual o Eu é submetido, diante do excesso do traumatismo, como uma exigência libidinal intensa, que inativa as defesas.

O desamparo evocado pela perda ou diante de uma antecipação dessa possibilidade, deflagra uma “vulnerabilidade”²⁰ do Eu frente à imaturidade do aparelho psíquico, sobretudo em relação aos excessos e exigências pulsionais. Essa angústia automática, segundo Pisetta

²⁰ A escolha do termo é minha, está entre aspas devido a reflexão que eu desejo provocar nesse momento do texto, em relação a uma entrada mais metapsicológica da vulnerabilidade na discussão freudiana que empreendemos.

(2008), revela a dependência do sujeito diante do Outro, em sua constituição. Diante dessa falha, não há como elaborar todas as intensidades que passam pelo aparelho psíquico e isso que foge é representado no Eu através da angústia sinal (PISETTA, 2008).

No *Projeto...* (1950[1895]/1996), Freud apresenta o desamparo como uma característica inerente ao nascimento do homem, do aparato e dos estímulos e forças pulsionais dos quais tem de lidar, a partir da separação do corpo materno. O autor confere a este que se ocupa dos cuidados do bebê, a missão de realizar a ação específica inicial, e, satisfazer as outras necessidades que provocam um desprazer incomensurável no pequeno indivíduo. Desse modo, através de seu choro e de seus gritos de dor, fome e desconforto, o bebê leva ao conhecimento do outro semelhante o excesso que se instalou nele, convocando-o a prestar-lhe auxílio.

De acordo com Freud (1926/1996) o bebê humano já nasce em desvantagem, devido ao longo período que permanece em dependência, nascendo em um estado “menos acabado” do que muitos animais. Desse modo, os estímulos que o recebem, incidem sobre ele de forma bem mais intensa, sua organização psíquica se estrutura em torno dessa adaptação responsiva e defensiva. Diante da influência de quem realiza esse cuidado e intermédio entre o bebê e o mundo externo – a mãe ou cuidador – os perigos chegam de uma forma diferente à criança, adquirindo um valor. A mãe é tida como o objeto que o protege e transmite o conforto que este experimentava antes do nascimento, esses cuidados também adquirem um valor especial para o *infans*. Então, quando os perigos iniciais ocorrem, a partir do fator biológico, cria-se a necessidade de receber o amparo do outro, que acompanhará o sujeito daí em diante.

Podemos pensar em um desamparo também no ponto de vista psíquico, quando Freud (1926/1996) aponta um limite no aparelho psíquico, em relação a diferenciação entre o Eu e o Isso. Mediante o “ataque” dos perigos do exterior ao Eu é exigida uma resposta de defesa frente às moções pulsionais advindas do Isso, definindo essas moções como perigos. Entretanto não há escudo protetor contra os estímulos internos, comprometendo, assim, a proteção do transbordamento dessas excitações. Estando o Eu tão ligado ao Isso, sendo uma parte do outro, o Eu só pode se proteger restringindo sua própria organização e formando sintomas. Seguindo esse pensamento, há uma vulnerabilidade, um limite entre o que é suportável para um sujeito e o que não é, um desamparo que sempre nos acompanhará, justamente como Freud menciona

o ser adulto não oferece qualquer proteção absoluta contra um retorno da situação de ansiedade traumática original. Todo indivíduo tem, com toda probabilidade, um limite além do qual seu aparelho mental falha em sua função de dominar as quantidades de excitação que precisam ser eliminadas (FREUD, 1926/1996, p. 146).

Esse sentimento de desamparo, para Freud (1927/1996), proporcionou que, por exemplo, o homem criasse um Deus-pai tendo seu protótipo na força e admiração que a figura paterna desempenhou e da culpa por tê-la assassinado. Nessa perspectiva, “É a defesa contra o desamparo infantil que empresta suas feições características à reação do adulto ao desamparo que ele tem de reconhecer – reação que é, exatamente a formação da religião” (FREUD, 1927/1996, p. 33). Existem outras manifestações da cultura que visam o mesmo fim, gerir esse desamparo ou sublimá-lo, como é o caso da arte.

O desamparo a que Freud se refere, seria o termo que mais se aproximaria da vulnerabilidade, em seu duplo aspecto – a fragilidade em relação ao outro e em relação à linguagem, enquanto estrutura do laço social. Interrogando as formas de encontrar a felicidade, mesmo diante das renúncias da civilização, Freud (1930/1996) destaca o papel paradoxal do amor na técnica da arte de viver, em suas palavras:

É que nunca nos achamos tão indefesos contra o sofrimento como quando amamos, nunca tão desamparadamente infelizes como quando perdemos o nosso objeto amado ou o seu amor. Isso, porém, não liquida com a técnica de viver baseada no valor do amor. Isso, porém, não liquida com a técnica de viver baseada no valor do amor como um meio de obter felicidade (FREUD, 1930/1996, p. 90).

Segundo Freud (1930/1996), quando o homem percebe os ganhos de prazer envolvidos no amor, este último formula uma concepção de felicidade a ser perseguida, tendo essas satisfações como protótipo dessa felicidade. O problema está na dependência que o sujeito desenvolve para com seu objeto e na angústia gerada. Nesses termos, o sujeito se vulnerabiliza perante o mundo externo, tendo em vista que esse objeto é externo a ele, e, se expondo ao sofrimento de perder ou de ser por ele abandonado.

Na *Conferência XXXII* (1933/1996) Freud apresenta a angústia como um afeto que se transforma de acordo com os perigos enfrentados pelo sujeito em cada momento de sua vida, a depender de suas urgências pulsionais. Nessa perspectiva, Freud (1933/1996, p. 91-92) postula que

O perigo de desamparo psíquico ajusta-se ao estágio da imaturidade inicial do ego; o perigo de perda de um objeto (ou perda do amor) ajusta-se à falta de autossuficiência dos primeiros anos da infância; o perigo de ser castrado ajusta-se à fase fálica; e, finalmente, o temor do superego, que assume uma posição especial, ajusta-se ao período de latência.

Ferenczi pensa a angústia, assim como Freud, em relação à situação traumática, mas a situa após a instalação da comoção psíquica, onde o desprazer encontra sua face mais intensa. O psicanalista define a angústia como um “sentimento de incapacidade para adaptar-se à situação de desprazer” (FERENCZI, 1932/2011, p. 110). Embora o sujeito se sinta incapaz,

este apresenta duas respostas: a fuga e a eliminação da irritação, que diante do grau da força do desprazer acarretado pela comoção são insuficientes para cessar o incômodo promovido. A partir dessa irrupção, pode ser acionada a possibilidade de autodestruição, como forma de livrar-se da angústia. Ferenczi (1932/2011) destaca que o que possuímos de mais frágil para destruir é, justamente, a consciência, compreendida como a síntese coesa das ideias que o eu organiza. Surge como defesa, um estado de desorganização psíquica, sobretudo de ordem moral, devido à instalação de uma espécie de vergonha associada ao sentimento de culpa pelo ocorrido. Tanto a culpa quanto a vergonha são defesas frente à experiência de transbordamento traumático.

Deste modo, segundo Ferenczi (1932/2011), a desorientação psíquica pode ser construída como uma defesa na busca de amenizar a situação, como forma de escapar a ocorrência real da autodestruição (suicídio). Assim, constrói-se uma espécie de suplência, retirando a percepção do sofrimento moral dos holofotes, deslocando-a o quanto for possível. Ainda decorre dessa desorientação, o surgimento de uma realização de desejo nova, a partir do que restou da consciência a nível de princípio do prazer. Retirar essa frase já que não desenvolve.

O autor levanta a possibilidade dessa angústia, como consequência dessa desorientação, transformar-se em medo de estar/ficar louco²¹. De certa forma, diante das discussões que já empreendemos sobre o trauma na perspectiva ferencziana, podemos afirmar que a reação do desmentido dos adultos perante a violência ocorrida, causa uma verdadeira desorientação na organização da criança. Afinal, ao invés de ser acolhida, a criança é desacreditada ou, às vezes, até mesmo punida, fato recebido por ela como uma cruel injustiça, uma incompreensão desoladora (FERENCZI, 1932/2011).

A autoclivagem narcísica é outro destino possível para a angústia na traumatogênese ferencziana. De acordo com Ferenczi (1931/2011), essa clivagem é uma espécie de cisão do eu, uma estratégia de impedir a autodestruição já aludida pelo autor, quando da comoção psíquica. Desse modo, o eu se fragmenta em duas partes, uma delas “sabe tudo, mas nada sente” (FERENCZI, 1931/2011, p. 88) e funciona como uma instância que vem em socorro da segunda parte, mais sensível e ferida pelo trauma. Baseando-se nessa resposta ao horror impresso pela violência do outro, o sujeito se antecipa em sua maturação, adquirindo

²¹ “A angústia é um medo da loucura transformado” (FERENCZI, 1932, p. 294).

faculdades tais como a sabedoria e o cuidado dos outros vulneráveis, como ele foi um dia. Para elucidar esse ponto importante, o autor evidencia que:

Nesse caso, pode-se falar simplesmente, para opô-la à regressão de que falamos de hábito, de *progressão traumática* (patológica) ou de prematuração (patológica). Pensa-se nos frutos que ficam maduros e saborosos depressa demais, quando o bico de um pássaro os fere, e na maturidade apressada de um fruto bichado (FERENCZI, 1933/2011, p. 119).

Apoiado nessas proposições, Ferenczi (1933/2011) aponta o empobrecimento que o eu sofre diante desse mecanismo de resposta frente à angústia de morte. Nesses termos, em nome da proteção contra o perigo imprevisível que o outro representa, o sujeito busca identificar-se inteiramente com essa figura detentora de força e poder. Este é o ideal que visa atingir, mesmo que o preço a pagar por essa maturidade repentina seja a perda da espontaneidade. Com base nessa discussão, podemos agora, compreender melhor o que o autor aponta sobre a reação ao choque traumático, “à maneira de um saco de farinha” (1932/2011). Por meio da identificação do eu com o agressor, às expensas de uma perda da espontaneidade, agora o sujeito violado sofre em silêncio, “submete-se”: o saco de farinha adapta-se à forma do outro, lá ele permanece, sem reclamar.

Uma das figuras da progressão traumática apresentadas por Ferenczi (1931/2011) é a da criança abandonada. Nesses casos, o autor enfatiza o abandono como possível veículo de uma clivagem, assim: “Uma parte da própria pessoa começa a desempenhar o papel da mãe ou do pai com a outra parte, e assim torna o abandono nulo e sem efeito, por assim dizer” (FERENCZI, 1931/2011, p. 87). Situações de abandono, podem ocasionar a dor incomensurável, a que o autor se refere em relação ao excesso traumático que se aproveita do desamparo da criança. Mesmo que as crianças que frequentam o IPREDE não tenham sido abandonadas pelos genitores²², no sentido estrito da palavra, elas rapidamente em suas vidas se tornam independentes. A maioria come sozinha, brinca, vai ao banheiro; são crianças que ‘resolvem-se’, inclusive, por vezes, com alegria.

Toda essa luta entre os recursos que a criança dispõe para enfrentar adversidades e a infeliz resposta de indiferença, por vezes, encontrada no adulto (e aqui o adulto é uma categoria que inclui o Estado e suas instituições) esbarra na quebra da confiança e na necessidade de reconhecimento do sofrimento do sujeito vulnerável. Tanto a clivagem, quanto a progressão traumática, como destinos da angústia, evidenciam como, mesmo ferido, o sujeito

²² Os pais, em sua maioria não estão presentes por separações ou abandono das mulheres ainda no período de gestação, ou ainda, poucos meses após o parto.

busca meios para se reerguer, mesmo que não retorne intacto. Não se pretende com essa observação recorrer a proposições que poderiam nos levar à patologização e à ênfase nos déficits dessas crianças e de suas mães. Mas sim, destacar o grande esforço empreendido na busca de estratégias para a sobrevivência psíquica. A amputação do infantil, provocada por situações que tiram o lugar da palavra e colocam a violência em cena, do ponto de vista da psicanálise e de algumas teorias psicológicas, não é sem consequências para o sujeito. O que significa dizer que também, por muitas vezes, encontramos sobreviventes capazes de uma escrita de vida em seu próprio nome.

No trabalho com crianças em grave sofrimento psíquico, Winnicott (1974) também se depara com um medo, semelhante à angústia de morte ferencziana e a dor que os pacientes relatam como advinda dela. Este medo foi denominado por Winnicott como “*medo do colapso*” que lembra, segundo o autor, o “medo da loucura” (FERENCZI, 1932/2011, p. 294) provocado por uma acentuada angústia. O psicanalista inglês relaciona esse medo ao que chamou de *agonias primitivas*, que são as experiências ocorridas na primeira infância, onde o ambiente mostrou-se faltoso, não resolutivo para com as urgências do bebê. A angústia promovida por essas falhas, que deu início as *agonias primitivas*, reaparece posteriormente na clínica como medo do colapso, mesmo que não seja a demanda inicial. Desde o início do texto, Winnicott (1974) adverte que esse medo não é questão para todos os pacientes, mas para alguns em especial.

Para Winnicott (1974), colapso diz de um fracasso na estrutura de defesas do eu. Para o autor, um ambiente que propicie um desenvolvimento suficiente, funciona primeiramente como sustentação (*Holding*), para a partir desse suporte inicial alcançar o manejo (*Handling*), e possibilitar a apresentação de objeto (*object-presenting*). Essa base, conferida por um ambiente facilitador, possibilita uma integração no desenvolvimento emocional da criança. Na integração, somam-se também a aquisição dos processos de personalização (*indwelling* ou conluio psicossomático) e do relacionamento objetal (*object-relation*). Em caso de falhas nessa organização surgem as *agonias primitivas*, cinco tipos possíveis, aos quais para cada uma, Winnicott (1974/1994, p. 72) apresenta uma defesa específica:

1. Retorno a um estado não-integrado (Defesa: Desintegração);
2. Cair para sempre (Defesa: Sustentar-se/*Self-holding*);
3. Perda do conluio psicossomático, fracasso da despersonalização (Defesa: Despersonalização);
4. Perda do senso do real (Defesa: Exploração do narcisismo primário);
5. Perda da capacidade de relacionar-se com objetos (Defesa: Estados autistas, relacionados a fenômenos do *Self*).

De acordo com Winnicott (1974/1994), o colapso já aconteceu quando o paciente era um bebê e algo no ambiente não se deu como o esperado. O autor sublinha que, em alguns casos, é necessário comunicar ao paciente que o colapso já ocorreu e permaneceu inconsciente. Segundo o psicanalista, o paciente precisa organizar esse acontecimento dentro da temporalidade em que se encontra atualmente, no trabalho da transferência, para que possa integrá-la como uma lembrança (WINNICOTT, 1974/1994). Nas palavras do autor:

O paciente precisa “lembrar” isto, mas não é possível lembrar algo que ainda não aconteceu, e esta coisa do passado não aconteceu ainda, porque o paciente não estava lá para que ela lhe acontecesse. [...] Esta coisa passada e futura torna-se então uma questão do aqui e do agora, e é experienciada pelo paciente pela primeira vez. É este o equivalente do lembrar, e tal desfecho constitui o equivalente do levantamento da repressão que ocorre na análise do paciente psiconeurótico (análise freudiana clássica) (WINNICOTT, 1974/1994, p. 74).

Atualmente, essas questões emergem na clínica, fundamentadas no conceito de irrepresentável, ou seja, fenômenos que escapam ao caráter representacional da linguagem e se expressam melhor através do corpo, em apresentações (KNOBLOCH, 1998). Assim como nas neuroses de guerra descritas por Freud, o medo da morte (e da loucura) ocupa um lugar central na tese de Winnicott (1974/1994) em relação ao medo do colapso, chegando a afirmar que se pode até substituir um pelo outro.

Em harmonia com as discussões que vêm sendo empreendidas neste capítulo, sobre o potencial invasivo do trauma, Winnicott (1974/1994) encara a morte como proporcional ao sentimento de aniquilamento, em relação à continuidade do ser do bebê. A criança que não estava suficientemente madura para enfrentar esse choque, sente-se vulnerável às falhas do ambiente e às invasões que interrompem a “continuidade do ser” (WINNICOTT, 1974/1994, p. 75). Assim como essas falhas podem ser da ordem de um excesso, o vazio também pode interromper a continuidade do ser do bebê. Para o psicanalista, esse vazio se instalou num instante fundador, onde algo poderia ter ocorrido, mas em seu lugar apenas o vazio se apresentou ao pequeno indivíduo.

Desse modo, o trabalho sensível da transferência é fundamental para que a angústia tenha um outro destino a partir da metabolização dessa experiência. Em outras palavras, de acordo com Winnicott (1974/1994, p. 75, grifos nossos): “É mais fácil para um paciente lembrar de uma *experiência* do que *nada acontecendo* quando poderia ter acontecido. Na ocasião, ele não sabia o que poderia ter acontecido e, assim, não poderia experienciar nada, exceto notar que algo poderia ter sido”.

A questão de manifestações do irrepresentável – tais como o vazio para Winnicott e as manifestações corpóreas em Ferenczi – é trabalhada por Felicia Knobloch (1998), baseada na clínica das experiências traumáticas. A autora sublinha que o irrepresentável é um conceito pós-freudiano, frequentemente correlacionado às patologias que ainda são tidas como incógnitas para a clínica. Em sua jornada pelo tratamento de “casos difíceis”, Ferenczi, diversas vezes, encontrou-se em sua clínica com manifestações psíquicas, que eclodiam no corpo de forma brusca, que não eram conversões histéricas.

Dessa constatação, Knobloch (1998) destaca que o autor tomou essas manifestações como uma espécie de lembrança física, inaugurada antes do desenvolvimento do pensamento. Seriam marcas²³ mnésicas no corpo do paciente, que se apresentavam na sessão, fora do nível da representação. Nas palavras da autora: “uma memória do corpo em que as sensações de uma experiência são retidas de memória sem que estas adquiram a função de lembrança” (KNOBLOCH, 1998, p. 119).

Desse modo, o irrepresentável era um problema para a técnica, se pensarmos que a interpretação trabalha no nível da representação e que toda a primeira tópica é baseada na importância de lembrar o que há muito foi recalcado e produzir sentido em cima disso. O retorno da problemática do trauma às teorizações freudianas com as neuroses de guerra permitiu que Freud pudesse se deter mais sobre algumas hipóteses e insistências clínicas como a compulsão à repetição e os sonhos de angústia. Knobloch (1998, p. 94) acentua que:

É quando [Freud] repensa o circuito pulsional, a partir dos fracassos terapêuticos que encontra a pulsão de morte como pulsão sem representação. É também aí que a noção de repetição aparece em seu caráter demoníaco. Podemos dizer que a problemática daquilo que não se inscreve ganha lugar na teoria de Freud a partir da senda tópica, com o Id, onde o excesso pulsional será entendido como aquilo que resiste à inscrição no registro simbolizável. Com a segunda teoria das pulsões, Freud introduziu a possibilidade de se pensar o não representável no aparelho psíquico.

O rearranjo teórico que o conceito de pulsão de morte ocasiona tanto na teoria como na técnica, possibilita os desenvolvimentos ferenczianos com as “encenações” de seus pacientes em regressão. Nesses termos, esse agir ao invés de falar sobre seu sofrimento, leva Ferenczi a pensar que há um impedimento na formação de representações, devido ao excesso do trauma. Assim, o trabalho do pensamento é impossibilitado, e o que se apresenta em *setting* é uma

²³ De acordo com Knobloch (1998, p. 108), “marca seria o termo atribuído para essas sensações sem palavras, essas vivências que não entram no circuito até então considerado psíquico, por sua falta de representabilidade”.

manifestação de outra ordem, uma dimensão distinta do recalque, desnudada pelo trauma (KNOBLOCH, 1998).

A partir das provocações da clínica ferencziana, Knobloch (1998) salienta que essas manifestações superam a concepção cronológica de tempo e espaço, situando-as como um presente que se apresenta como absoluto. Para a autora, o trauma inaugura essa nova modalidade temporal, que se apresenta nessas memórias corporais inapreensíveis pela representação. De acordo com Knobloch (1998, p. 120),

Esse presente absoluto é o que está sendo pensado sob a forma de um presente sem presença. Aqui não há mais sujeito, não há mais uma oposição entre sujeito-objeto. Por não haver sujeito, não se trata mais de se manter como morto, como era o caso da melancolia. O que está sendo mimetizado aqui não é mais o morto, mas a própria morte.

Ou seja, quando tratamos anteriormente a clivagem como uma das respostas do indivíduo à angústia, mas em nome de sua sobrevivência psíquica este perdia a espontaneidade, do mesmo modo que no mimetismo da morte. Do mesmo modo, para Knobloch (1998, p. 111), se o indivíduo mimetiza a morte, ele o faz para não morrer como fato fisiológico, ele “finge estar morto para que não o matem”.

Na tese central da autora, o presente absoluto é o tempo do traumático, um tempo que não se mobiliza em série, onde o ápice é a ausência de tempo, por isso tão presente no irrepresentável clínico das patologias da clínica contemporânea. Encontramos neste tempo, semelhanças com o vazio das agonias primitivas de Winnicott, quando a psicanalista afirma que este “é o tempo em que nada começa, em que a iniciativa não é possível, em que, antes da afirmação, já existe o retorno da firmação (seu fundamento). É um tempo sem negação e sem decisão” (KNOBLOCH, 1998, p.123).

O irrepresentável, diversas vezes, aparece nos relatos de sobreviventes de situações extremas sob a forma de testemunho, uma forma de tentar dar contornos às experiências de transbordamento e de violência incomensurável, tais como os relatos de Antelme (1957/2013). Nesses termos, esse conceito se torna importante para nós à medida em que apresenta um alcance do traumático, que interfere nas associações do sujeito, na formulação de sua demanda e toca a força emudecedora das privações de caráter social as quais nos referimos.

Diante dessas discussões, esperamos levar a psicanálise ao reduto dos mestres e dos homens solidários com seu próximo, buscar o sujeito que foi desautorizado no trauma, angustiou-se, fez sintoma, rearranjou-se no laço, mas continua faminto – de comida, de reconhecimento e de uma formulação para o seu enigma. Resta-nos agora, utilizar todas essas

problemáticas como desarranjo de discursos totalizantes, das promessas de solução instantânea, pois como nos disse Freud (1926/1996), “A psicanálise leva a conclusões menos simples e satisfatórias”. Mas quem sabe, conclusões necessárias nesses tempos sombrios.

Nesse espírito de agregar conhecimentos e permitir o diálogo com outros campos de saber, pensamos a seguir uma clínica possível, onde as dimensões do sujeito estejam sendo devidamente situadas em seus terrenos, mas unidas pela promoção de uma saúde acessível e de qualidade. A partir dessas formulações sobre o trauma, a angústia e a vulnerabilidade, o capítulo que se segue pretende apontar alguns pressupostos ético-políticos para uma clínica das vulnerabilidades traumáticas, em especial, na saúde materno-infantil.

5 PRESSUPOSTOS ÉTICO-POLÍTICOS DA CLÍNICA PSICANALÍTICA: A SAÚDE MATERNO-INTANTIL EM CONTEXTOS VULNERÁVEIS

5.1 A maternidade frente às vulnerabilidades sociais: vias do possível

Quem quer que tenha provado as desgraças da pobreza em sua própria juventude e experimentado a indiferença e a arrogância dos abastados, deveria achar-se a salvo da suspeita de não ter compreensão ou boa vontade para com os esforços destinados a combater a desigualdade da riqueza entre homens e tudo a que ela conduz (FREUD, 1930/1996, p. 118, nota de rodapé).

É consenso na teoria psicanalítica que somos marcados por uma forma de desamparo²⁴, relacionada à dependência original do ser humano. Somos, portanto, dependentes de um outro que promova e facilite a nossa sobrevivência e, simultaneamente, como seres de linguagem, somos ainda dependentes do reconhecimento que provém do laço social. Em consequência, poder-se-ia afirmar que, simultaneamente, há no homem um *pathos* relacionado a uma vulnerabilidade estrutural e outro sofrimento que provém do modo como as sociedades se organizam e reproduzem suas formas de poder, exclusões e desigualdades. A presente pesquisa procura entender como essas duas formas de sofrimento podem convergir no exercício da maternidade, no contexto atual de pobreza. Convém ressaltar que, numa perspectiva freudiana, o *pathos* não está referido ao conceito de doença, mas às formas de sofrimento e mal-estar que, por sua vez, revelam o contexto político e cultural de uma época.

Dentre as 55 milhões de pessoas em situação de pobreza no Brasil, revelam-se outras feridas que estão relacionadas a formas de indiferença social. Segundo Ximenes, et al., (2015; 2017) a condição de pobreza é um fenômeno que pode restringir o sujeito em sua perspectiva de futuro, de mudança e criação, acarretando sofrimento e o descrédito em suas próprias convicções. As recentes pesquisas (XIMENES, 2015; XIMENES, et al., 2017) do NUCOM/UFC se mostram de grande valor para nossa discussão ao apontarem a humilhação, a vergonha e o fatalismo como consequências subjetivas relativas às dimensões psicossociais da pobreza.

²⁴ Essa acepção é descrita de maneira mais enfática, no *Projeto* (1950[1895]/1996), em *O futuro de uma ilusão* (1927/1996) e em *O mal-estar na civilização* (1930/1996).

A seguir, recortaremos as duas primeiras categorias. A humilhação é descrita por Ximenes et al. (2017²⁵) como um ato de violência, sempre proferido por um outro que visa inferiorizar o sujeito vitimado. Na amostra das três regiões pesquisadas (Norte, Nordeste e Sul), a humilhação para os entrevistados é mais expressiva em relação ao nível educacional, revelando que a condição financeira influencia no tratamento entre as pessoas. Segundo Ximenes (2015²⁶), a perspectiva de uma diferença de tratamento se reflete até mesmo nos serviços públicos: os lugares onde os entrevistados mais descreveram situações de terem se sentido envergonhados ou humilhados em relação a sua condição de pobreza foram os serviços de saúde.

Esses dados são de extrema valia pois evidenciam uma face institucional do trauma nas instituições de saúde que pode estar relacionada ao não reconhecimento do sofrimento e da capacidade das famílias pobres de oferecerem cuidados aos seus filhos. Pode-se afirmar, em observação aos contextos das instituições públicas de saúde de forma geral, uma espécie de desautorização da “ciência da mãe” (CORREA; MARTINS; MELO, no prelo, p.1), muitas vezes, promovida pelos especialistas detentores do saber legitimado. Desse modo, vamos destacar alguns aspectos subjetivos relacionados à construção da maternidade, em particular, a partir da acepção winnicottiana de maternagem suficiente.

Partiremos em nossas discussões com a teoria a partir do campo que inspirou diversas questões desta pesquisa. Desse modo, algumas observações e dados colhidos são valiosas peças em nossa compreensão da maternidade exercida em meio às vulnerabilidades sociais e o *modus* institucional das políticas de saúde.

No que se refere ao IPREDE, um dos desafios é apontado no estudo sobre as condições de vida e saúde das famílias atendidas na instituição – a violência conjugal (IPREDE, 2008). Segundo a pesquisa, cerca de 20% das mulheres entrevistadas já sofreram algum tipo de agressão por parte dos companheiros. Esse dado é corroborado, anos depois, na pesquisa de mestrado da fonoaudióloga Maria de Lourdes Magalhães (2012), realizada com a participação de sete mães atendidas na instituição. Dentre as participantes, todas relatam, nas entrevistas, já ter passado por episódios de agressão por parte dos companheiros, inclusive, durante a gestação. Diante destas e todas as outras situações que as mães e seus bebês passam, separamos algumas

²⁵ Cf. Cartilha Implicações psicossociais da pobreza na saúde comunitária da população de Pentecoste (Ceará), Humaitá (Amazonas) e Cascavel (Paraná) (XIMENES, et al., 2017, p. 17).

²⁶ Cf. Cartilha Implicações psicossociais da pobreza (XIMENES, 2015, p. 20-21).

testemunhadas no IPREDE, descritas no Diário de Campo, que se entrecruzam com as condições de vida e uma maternagem possível realizada por essas mulheres.

Nessa perspectiva, quando nos referimos ao modo como as mães reagem diante do anúncio da distribuição das passagens (D.C. dos dias 12/09/2017 e 10/10/2017), ensejávamos indicar que o acesso a bens e oportunidades circunscrevem o sujeito em um lugar discursivo de prestígio ou não. Quando as mães avançam e se precipitam para agarrar algo que já lhes é garantido, elas não apenas agem sobre aquela situação, elas mostram para o outro que precisam daquele dinheiro. Todos podem ver, sobretudo, seus filhos, que acompanham ações semelhantes não só ali na instituição, mas em outros ambientes, que o objeto ofertado é um objeto de necessidade iminente. Na ausência de reconhecimento social, a expressão de uma necessidade pode dar visibilidade ao desejo de ser reconhecido em seu direito de ir e vir, dentre outros apelos.

A oferta de algo gratuito é tida, por vezes, como algo sem valor para as classes abastadas, já que tem acesso a qualquer bem de consumo. Não há corridas, nem gritos para os companheiros mais lentos chegarem à fila; nem fila existe, todos possuem. O diferencial se faz na exposição da grandeza do que se possui; ou seja, a fila dá lugar a um *ranking*. Agir da forma supracitada, pode ser considerado falta de educação, gafe, uma prática assim é condenada desde a tenra infância, no exercício da transmissão da etiqueta de não demonstrar necessidade. Como já foi apontado:

Os ditos “bons costumes”, no Ceará, aconselham pudor e prudência frente ao alimento: “sempre deixar um pouco de comida, jamais raspar o prato”, “não demonstrar nas ocasiões públicas um gosto demasiado pelo comer”, “não demonstrar pressa em terminar a refeição”. É comum observar uma espécie de pudor entre os funcionários da casa enquanto se alimentam; os gestos que demonstram fome são considerados feios, obscenos (MARTINS; KUPERMANN, 2017, p. 205).

Freud (1930/1996, p.99) se refere à materialização da contrição promovida pela renúncia pulsional, nas suas palavras: “A sujeira de qualquer espécie nos parece incompatível com a civilização”. Limpar, perfumar, esquecer, e, porque não, manter-se em silêncio. Essa passagem de *O mal-estar na civilização* traduz o processo de demarcação que grupos marginalizados podem sofrer, a partir dos valores da civilização, como a limpeza, por exemplo. Sujeira, privação e pobreza se enredam, então, em um nó nas malhas dos sentidos produzidos socialmente como ferramentas de exclusão.

Ao passo que essas pessoas se afastam dessa ordem, vão perdendo espaço de expressão e são destituídas do reconhecimento de seu saber e de seu valor. O silêncio que ecoa no IPREDE, se reflete no que Martins e Kupermann (2017) retomam, a partir do trabalho de

Josué de Castro (1984), destacando o tabu da experiência da fome, em especial, na história de nosso Estado, e tomando como paradigmático o silêncio em torno dos campos de concentração e dos “flagelados” das secas no Ceará (1877, 1915 e 1932). Freud (1913/1996) se refere ao tabu na cultura como um tema ao mesmo tempo “sagrado” e “proibido”, carregado de um sentido restritivo, do que não deve ser abordado. Segundo o autor, as proibições instauradas nos tabus não têm origem definida, nem se fundamentam em uma norma que estabeleça uma motivação para obedecer tais restrições.

Alguns tabus não escondem a função de renúncia ou de abstinência. Nessa perspectiva encontramos a sexualidade, geralmente relacionado à abstinência, à monogamia e à proibição do incesto como um marco no processo civilizatório. A fome, segundo Castro (1984), ganha o *status* de tabu, quando Freud (1895[1950]/1996; 1905/1996; 1920/1996) a situa no mesmo plano da sexualidade como revestida de um caráter pulsional.

Há quase oitenta anos atrás, Castro (1984) já afirmava que os preconceitos e os interesses das minorias detentoras do poder mantiveram a fome como um tema pouco discutido. No IPREDE, esse tabu se transfigura imagetivamente, mudo, porém com uma ou duas mãos estendidas, sempre demandando algo, algo que não se nomeia e reverbera no brincar, no desenvolvimento das crianças²⁷.

A angústia presente nesse silêncio demarca a potência apassivadora do trauma, quando os recursos que o sujeito deveria dispor lhe são retidos. Sem sair do lugar, ele se vê preso entre a culpa e a inocência de ter sofrido uma violência, mas identificando-se com seu agressor (FERENCZI, 1933/2011). O silêncio é seguro, ao passo que não retoma as dores dos traumas passados no esforço de um trabalho de elaboração, mesmo que estas se prefigurem em outros sofrimentos recorrentes. Falar requer não só coragem, mas recursos que há muito podem ter sido afastados junto com a palavra – criatividade, espontaneidade, confiança.

Outro aspecto que recortamos do recebimento do valor das passagens foram as filas de espera. Essas longas filas, permitem-nos retomar uma modalidade de angústia precoce, relacionada ao momento que aprendemos a esperar a nossa vez ou a ocasião mais oportuna para o que queremos. No desenvolvimento emocional do indivíduo, a possibilidade de suportar a espera é uma conquista que coloca em jogo a dimensão da confiança no outro semelhante.

²⁷ Cf. “Esse menino não larga do peito, como é que vai falar?”: desnutrição, estabelecimento da demanda e aquisição da fala (SIMÃO, 2017) e o artigo “Privação do alimento e incidências na constituição psíquica: um estudo sobre o estabelecimento da demanda em crianças diagnosticadas com desnutrição a partir da aplicação da Avaliação Psicanalítica aos três anos” (MARTINS, LIMA et al., 2016).

Quando o bebê consegue tolerar essa espera, que, inicialmente mobiliza angústia, temos os primórdios de um sentimento de uma mãe internalizada e da confiança de seus cuidados.

Winnicott (1964/2015) já ressaltava a importância dessa confiança para o desenvolvimento da criança, que inicia antes mesmo do desmame, mas no próprio estabelecimento do ritmo com o qual a alimentação se dará. Afinal, quando o bebê sente fome, parece que uma força se apodera de seu conforto e ameaça dominar todo o resto a seu redor. Cabe ao outro que cuida do bebê se valer de sua comunicação sensível e adaptada para saber quais os melhores momentos de fazê-lo esperar (WINNICOTT, 1964/2015).

O autor propõe essa jornada de desenvolvimento emocional em três momentos, são eles: a dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. No primeiro estágio, da dependência absoluta, o bebê se encontra ainda imerso em seu desamparo de falta de recursos e está totalmente entregue às exigências de suas necessidades fisiológicas e da carência de auxílio do outro materno. A criança não tem ainda a compreensão da mãe como um ser humano total que está fora dele e tem suas próprias necessidades e desejos. Nesse momento do desenvolvimento, reina o que o autor chama de um sentimento de onipotência por parte do bebê, pois devido ao trabalho da mãe, o bebê satisfeito, crê que tudo ele cria, alcança e faz, por si mesmo (WINNICOTT, 1979/2007; 1965/2013).

Já no segundo tempo, essa dependência que o bebê possui em relação à mãe se relativiza diante das aquisições que este já está construindo. Teoricamente, a mãe, sinônimo de solicitude, começa a testar a resistência às frustrações no filho, demorando a atendê-lo, e este começa a perceber a mãe como independente de si. Os pais começam a apresentação do mundo ao bebê, com suas falhas e limitações, e o bebê já tem mais recursos para estabelecer uma fantasia de interno e externo, a partir de seus próprios mecanismos fisiológicos (alimentação, excreção). O próprio lactente se torna, aos poucos, consciente de sua dependência (WINNICOTT, 1979/2007; 1965/2013).

No terceiro tempo do desenvolvimento emocional do bebê, no qual Winnicott (1979/2007) reitera, que não é alcançado plenamente por todos e que independência não é sinal de isolamento. A criança já se insere a seu passo em outros grupos, a família extensa, a escolinha, os primeiros amigos e se integra à sociedade, encarando as consequências que vêm com ela. Sobre a aquisição da capacidade de esperar, Freud (1930) explora esse confronto entre um ego orientado para o princípio do prazer e as exigências da realidade externa, que ameaça extirpar dele tais gratificações. Ou seja, de alguma forma seremos frustrados pela realidade, diante de outra demonstração de: “Não é na hora que você quer!”. Diante dessas disposições do indivíduo para o desenvolvimento, o ambiente faz suas exigências rumo à adaptação às normas

da civilização. Saber esperar, em nossa cultura, transmite a mesma imagem dos “bons costumes” descritos por Martins e Kupermann (2017), de boa educação e etíqueta.

Desse modo, o campo da cultura, através de suas malhas discursivas e ideológicas, influencia nossa forma de sentir e passar por essa espera. O filósofo francês Louis Althusser (1980, p. 88-89) propõe nesse sentido, que as ideias do sujeito são “atos materiais, inseridos em práticas materiais, regulados por rituais materiais que são também definidos pelo aparelho ideológico material de que revelam os ideais desse sujeito”. Para o autor, a ideologia é a responsável pela constituição desse indivíduo em sujeito, ao passo que sem sujeito a ideologia não é possível. Em sua obra sobre os aparelhos ideológicos do Estado, o filósofo descreve a ideologia na acepção marxista como concepções de mundo imaginárias, que não correspondem à realidade, embora façam alusão a esta última. Os aparelhos ideológicos do Estado (escolas, igrejas, família) são instituições que, por meio da ideologia, irão inserir o sujeito em uma norma socialmente aceita.

As etapas do desenvolvimento que expomos, a partir do pensamento de Winnicott, seguem o curso do continuar a ser da criança quando tudo ocorre como o esperado. Quando alguma “falha ambiental” se dá nesse processo (como uma espera prolongada em momento inoportuno), sobretudo nos primeiros meses, o bebê experimenta a angústia do rompimento dessa continuidade. Assim como as agonias primitivas discutidas anteriormente, essa angústia é o sinal de que algo não vai bem e que a confiança no suporte do ambiente está ameaçada. O despreparo e a demora podem fazer desse momento um episódio de horror, uma verdadeira figura do excesso traumático. Essas “falhas” não são ditadas em si pelas ações do cuidado materno, mas por todos os fatores que interferem nesses cuidados, inclusive as condições de vida do casal parental e o apoio social de que dispõem.

De modo análogo, a fila é um lugar de espera e uma corrida para uma oportunidade, a um serviço de saúde, doações, a matrícula na escola boa, a bolsa de estudos, ao recebimento de uma moradia financiada pelo governo (D.C. dos dias 12/09/17; 10/10/17). A fila é a “ordem” na vida do pobre que, ansioso, espera o que lhe é de direito; mas na longa jornada sempre parece que não sobrou o suficiente para todos. Essa angústia em garantir o benefício, mesmo às expensas de uma espera, demonstra que se não há espera não há gratificação. Sobre a ordem, Freud (1930/1996) aponta sua origem nas observações dos astros, em tempos remotos, onde o homem tomou a ordem dos corpos celestes como base para a organização de sua vida. Definindo de outra maneira, Freud (1930/1996, p. 100) afirma que:

A ordem é uma espécie de compulsão a ser repetida, compulsão que, ao se estabelecer um regulamento de uma vez por todas, decide quando, onde e como uma coisa será efetuada, e isso de tal maneira que, em todas as circunstâncias semelhantes, a hesitação e a indecisão nos são poupadas.

A sensação predominantemente percebida nas situações testemunhadas no IPREDE, é de que essa espera, parece dizer de um poder ser contemplado, ser assistido, receber algo que seja, ser ouvido e legitimado. Da importância de se reconhecer como sujeito, nasce uma das questões de nossa pesquisa, a questão da desautorização. Essa desautorização é tomada por Kupermann e Martins (2017) como um dos tempos do trauma em Ferenczi (1932; 1933/2011), o tempo mais incisivo diante dos recursos do sujeito, de indiferença do outro perante o relato da violência sofrida diante da fome. Diante desse contexto, nos questionamos: como as políticas públicas, bem como as ações inspiradas por elas estão sensíveis às questões aqui colocadas? Como essas estratégias podem não reproduzir essas desautorizações? Em nossa pesquisa, o sujeito silenciado e desautorizado é a mãe.

Essa mãe, de que tanto nos ocupamos em exaltar, não é um modelo idealizado, é uma mulher, mas também é uma “mãe dedicada comum” em termos winnicottianos, suficiente no desenvolvimento das crianças. É esperado da mãe que ela possa atender, fazer sua função a despeito das condições onde ela própria deveria ser sustentada. Pensando o rosto da mãe como um espelho, Winnicott (1971/1975) já discutia as influências da situação de saúde e de apoio que a mãe dispõe para que o bebê se veja refletido nela. Ou seja, quando a mãe não está sendo assistida de modo suficiente, quando não se encontra com saúde física e mental, o bebê poderá se identificar precocemente com a dor e o desamparo materno, instaurando, um falso amadurecimento que poderá levar ao sofrimento. Nessa perspectiva, tanto quanto a criança, a mãe é figura central no IPREDE, pois ela é peça valiosa não só no desenvolvimento do filho, mas também aliada na transferência e na comunicação com o bebê.

Winnicott (1964/2015; 1966/2012) enfatiza que as mães precisam de assistência adequada para depois poderem se dedicar aos cuidados de seus bebês. Nesta direção, o autor situa, além do papel das instituições, o papel da família e do cônjuge nesses cuidados com a mulher. Estando devidamente assistida, a mãe se depara com uma necessidade ao final da gravidez: a necessidade de cuidar de seu filho a partir de sua identificação com ele. Deste modo, a mãe conquista uma capacidade de compreender as necessidades do bebê, podendo desenvolver uma prontidão em resolvê-las e, do lado do bebê, essa sensibilidade possibilita a conquista do sentimento de confiança de que este cria ativamente seu mundo. Esse estado psicológico especial da mãe, denominado por Winnicott (1956/2000) *preocupação materna*

primária, algum tempo depois se dissipa, para dar lugar, no curso do desenvolvimento do bebê, à descoberta da mãe como um ser com direitos e qualidades próprias.

Uma das situações em que a problemática das condições de vida se impôs foi a relação de uma das díades com o alimento. Lembramos da observação colhida (D. C. do dia 03/10/2017) antes de uma palestra que seria realizada, momento em que uma família me chamou a atenção. Desde antes do início da palestra, a mãe dava o que encontrava pelo caminho para a criança comer²⁸. Quando a palestra sobre nutrição se encerrou, houve uma degustação de frutas e, não só o menino não se privava diante do alimento, mas a mãe da mesma forma, durante a degustação, repetiu várias vezes. Mais ou menos meia hora encontro-os no refeitório à espera da sopa servida ao meio dia, comeram e repetiram. Pareceu-me que a repetição consistia num gesto de aproveitar o máximo que podiam dos recursos da instituição, já que eram gratuitos.

A partir dessas observações e das leituras empreendidas²⁹, podemos ter uma noção do estatuto simbólico e excessivo da fome. Ao mesmo tempo que o organismo cobra o alimentar-se através de um mal-estar físico, a fome também mobiliza angústia. Uma angústia semelhante à sentida na espera da fila, anteriormente mencionada. A incerteza e o horror da falta real do alimento promovem um sofrimento que se une ao mal-estar físico, provocando uma comoção semelhante à do trauma, uma desvalorização de si enquanto sujeito, em detrimento da sobrevivência orgânica.

A alimentação é um tema crucial na história do IPREDE, visto que a instituição foi fundada num período de grande escassez de alimento para a população mais pobre do país, sobretudo no Nordeste, com as secas e a ausência de políticas para enfrentamento das desigualdades sociais. A desnutrição das crianças era causadora de mortes e de atrasos no desenvolvimento que comprometiam a vida das famílias.

Winnicott (1957/2015) salienta que a alimentação é uma relação que põe em prática o amor, entre a mãe e seu bebê, como dois seres humanos. Mas, antes de tudo, estes terão de se conhecer, para saber se aceitarão ou não os riscos emocionais envolvidos nessa relação. Só depois de certo acordo, que pode ser depois de pouco tempo e sem muitos conflitos, ou depois de algum desacordo, finalmente estes desenvolvem a confiança um no outro e podem se entender. A alimentação segue seu curso. Assim, como Freud (1950[1895]/1996) já havia discutido no *Projeto...*, a alimentação se dá pela expressão de um desconforto inicialmente de

²⁸ Por exemplo, o leite do acolhimento, pipocas oferecidas por outra mãe, biscoitos.

²⁹ Cf. obras *O quarto de despejo* (1959/2012) e *A espécie humana* (1957/2013),

origem fisiológica, de satisfação das necessidades de sobrevivência, um desprazer que busca ser apaziguado por uma ação específica com a ajuda de um outro, a mãe ou quem se ocupa dos cuidados desse bebê.

Freud (1895[1950]/1996; 1900/1996) pressupõe que quando o bebê é alimentado, uma satisfação mítica se faz. Esta será perseguida então sempre que o desconforto voltar a fazer exigências ao pequeno indivíduo. Mítica, porque ele não tem recursos para criar uma representação propriamente dita da experiência de satisfação original. Essa experiência é uma expressão da sensação de prazer oriunda de ser saciado e livrado de um mal, de uma dor cortante e desintegradora, que foi potencializada pelo desamparo do bebê humano. Do mesmo modo, a mãe também obtém uma espécie de prazer erótico ao alimentar a criança. Freud (1905/1996) propõe a separação da necessidade em detrimento da satisfação pelo prazer em se alimentar, visto que a boca é um local de obtenção de prazer sem precedentes nos primeiros meses de vida do bebê.

Essa separação marca a entrada em cena do desejo na relação da criança com a alimentação e a parcialidade da satisfação e dos objetos que serão alvo do *infans*. Manter o filho alimentado é uma satisfação para a mãe, sobretudo, quando faltou para ela em sua infância, ou quando a aquisição do alimento é difícil. Carvalho (2011) e Magalhães (2012) enfatizam relatos onde a desnutrição é simbolizada pelas mães como uma falha em seu papel, portanto, ver os filhos comendo e ganhando peso, é reconfortante para as mães.

Segundo Winnicott (1957/2015), na alimentação natural, mãe e filho constroem um ritmo para os horários de alimentação de acordo com as exigências do bebê que, com pequenos sinais (choro, tomar o seio, adormecer, se afastar do seio), pode indicar seu querer ou não se alimentar. Mas para o autor esse momento só é alcançado depois de uma base de confiança ter sido estabelecida na díade, ou seja, sempre que o bebê requisitar o seio, a mãe tem que estar ali para ofertá-lo. Se a mãe demora, a angústia o toma e sua confiança se dissipa. Nesse momento, a melhor forma de ter a confiança de volta é a chegada da mãe para satisfazê-lo. Esta deve ser a regra até que o bebê seja capaz de tolerar as ausências e a espera.

Esse ritmo de alimentação parece ser um dos pontos da cena descrita de uma alimentação constante de mãe e filho, que se assemelha à alimentação do recém-nascido. Acredito que o caso não se esgote nessa constatação, mas nos chama ao questionamento de como se estabeleceu esse ritmo. Os ritmos se estabelecem na relação com o outro, seja nas privações ou na urgência em responder. Uma discussão mais consistente dependeria de uma escuta sistemática, diante da delicadeza que as situações de vulnerabilidade expõem as famílias, o que não diz respeito a nossos objetivos.

Das situações nas quais pude, de alguma forma, participar de diálogos entre as mães, duas mães relatavam dificuldades em relação a alimentação dos filhos, questões já apontadas em estudos anteriores realizados no IPREDE: recusa alimentar e impasses no processo de desmame (CARVALHO, 2011; CARVALHO; LIMA; MARTINS, 2013; DAUER, 2015; DAUER; MARTINS, 2015). A primeira mãe estava grávida, de oito meses e trazia o filho do meio para atendimento queixando-se da recusa alimentar do menino, que tinha dois anos e oito meses. Segundo a genitora, o menino alternava entre períodos de alimentação regular e períodos de recusa extrema, por vezes levando-o a internação. Isso acontecia desde que esta adoeceu quando a criança tinha por volta de um ano de idade e teve de se submeter a uma transição alimentar abruptamente, devido a internação da mãe (D. C. do dia 19/09/17).

Desde então, a mãe relata que o menino tem esse movimento de temporadas de alimentação normal, a base de alimentos sólidos e semissólidos e, em outras temporadas, recusa-se a se alimentar, perdendo bastante peso, ficando sem energia a ponto de ter de retornar à instituição. Enquanto conversávamos, a criança permanecia deitada no colo da mãe, observando-me. Por vezes esta perguntava se ele não queria ir brincar com as outras crianças ou com algum brinquedo, mas o menino não se movia, apenas continuava a olhar para ela (D. C. do dia 19/09/17). Carvalho (2011) já salientava a importância do desmame se dar gradativamente, já que a alimentação diz de trocas entre a mãe e seu bebê.

Certa manhã (D.C. do dia 10/10/17), no acolhimento, uma mãe observa a outra amamentando o filho de dois anos ao seio. Estando próxima às duas, pude ouvir o momento em que a observadora se identifica e começa a contar como foi difícil para ela desmamar a filha mais velha. Segundo a genitora, a filha não aceitava nada a não ser o leite materno e que só dormia no peito, se ela saísse após a menina ter adormecido, esta acordava e requisitava-lhe o seio novamente. Comparando-a ainda ao filho que atualmente é acompanhado na instituição, a mãe diz que o menino, diferentemente da irmã, já aceita mingau, algumas frutas, que não lhe dá trabalho. A outra mãe a ouvia atenta, mas nada comentou sobre a experiência da mulher a seu lado, ou sobre a sua.

Segundo Carvalho (2011), há muito mais em jogo na alimentação do bebê que a satisfação de uma necessidade nutricional, mas uma comunicação entre a mãe e seu filho e os primeiros movimentos pulsionais da criança, podendo haver impasses na alimentação quando há conflitos nessa relação entre a mãe e o bebê. O estudo realizado com as mães demonstrou a importância do desmame processual que contribui para a elaboração e a inserção da criança na relação com outros objetos, que não o seio. Esse movimento gradativo acaba por dar seguimento à própria caminhada da saúde do bebê e/ou de sua separação da mãe rumo à independência. A

pesquisa descobriu uma dificuldade das mães de sustentar o desmame como processo gradual – ou não sabiam como iriam fazê-lo, ou tiveram de fazê-lo sob circunstâncias que não permitiram a preparação paulatina da criança para ingerir outros alimentos e se separar do corpo-a-corpo com a mãe (CARVALHO, 2011).

Essas mães estão investidas desta preocupação, ainda que, em muitos outros momentos, também sejam encontradas mães onde a maternidade não se configura como uma experiência que agrega valor à sua feminilidade. Mas, ao contrário, se apresenta como uma experiência que a desvaloriza como mulher. Sob esse ponto de vista, é muito importante salientar o relato de algumas mães sobre a importância do encontro com outras mulheres em condição semelhante. O testemunho que as usuárias trocam entre si é mais uma expressão da confiança e das identificações que estas mantêm entre si. Dentro desse modelo de circulação da palavra, pelo que observei, um trabalho de elaboração das vulnerabilidades traumáticas de certo modo também é feito pelas próprias usuárias.

5.2 Exigências e desautorização do cuidado da mãe em situação de vulnerabilidade social

Diante das vulnerabilidades traumáticas a que a mãe está exposta, a dificuldade na adesão às recomendações médicas se destaca entre os temas que emergem nos relatos da psicóloga da instituição. Em uma lógica biomédica e culpabilizadora, como já discutimos, esses seriam sinais de descuido e irresponsabilidade para com os filhos. Em nosso entendimento, para que as respostas sejam outras, sejam proativas e de “adesão”, o sujeito tem que figurar a construção do seu próprio processo de cuidado (MIRANDA; ONOCKO CAMPOS, 2014).

Segundo a educadora, Dagmar Estermann Meyer (2003) algumas afirmações, que são apresentadas e incorporadas no senso comum, apontam uma naturalização da maternidade como inerente ao sexo feminino³⁰. Esses enunciados demonstram que o aparato que é, em verdade, portador de um potencial de cuidados a que a mulher é receptáculo, naturalmente se encaixasse na maternidade. A autora acredita que os campos da educação e da saúde, a partir dos conhecimentos e práticas que os constituem, “atualizam e repetem, incessantemente, o que a mãe é ou deve ser” (MEYER, 2003, p. 34).

Meyer (2003) critica o alargamento das condutas envolvendo as práticas de cuidado na relação mãe-bebê (como o que é normal e natural), tidos como fundamentais para um

³⁰ Qualquer pessoa que acolhe e se ocupa da criança, realizando as inscrições necessárias a sua inserção na cultura, realiza uma espécie de maternagem, ocupa a função materna, que é ser o primeiro objeto da criança (FREUD, 1950[1895]; 1905; 1914/1996).

desenvolvimento de um indivíduo produtivo e saudável. Esse interesse, convoca à utilização de práticas assistenciais, de controle, de “educação”, voltadas para aqueles que fogem a essa norma – bebês de risco, mães de risco. Assim, o *risco* retorna às nossas discussões novamente, como uma terminologia que além da discriminação, torna um grupo o alvo de um controle biomédico sobre seus hábitos, práticas, sobre a sua cultura. Nesse contexto, Meyer (2003, p. 37, grifos do original) destaca que

gerar e criar filhos “equilibrados e saudáveis” passa a ser social e culturalmente definido, também, como um “projeto” de vida, responsabilidade individual de cada mulher que se torna mãe, independentemente das condições sociais em que essa mulher vive e dos problemas que ela enfrenta, e é a isso que venho me referindo como *uma nova politização da maternidade*.

Para Meyer (2003), os dispositivos de saúde também integram, transmitem e elaboram, ativamente, representações de um ideal de maternidade, a partir de diferentes identidades culturais. Dentro dessa teia, os processos simbólicos perpassam a construção dessas representações sobre a maternidade, tendo o poder de descrever e inscrever, classificar, definir seus corpos, diferenciá-los. Esses processos de delimitação da mãe saudável, de risco, da mãe tida como responsável, da tida como irresponsável, de vínculos “adequados e inadequados” se passa dentro e fora das ações de saúde na comunidade. Esses movimentos de práticas e discursos, direcionam, de algum modo, o planejamento de práticas educativas, tendo efeitos concretos nos processos de saúde-doença que perpassam a vida dos sujeitos.

Um estudo muito interessante, desenvolvido pelas psicólogas Tania Granato, Miriam Tachibana e Tânia Aiello-Vaisberg (2011), acerca do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre os cuidados maternos, confirma as discussões que estamos travando. Na pesquisa, uma situação era proposta em forma de estória e as enfermeiras deveriam completar essa narrativa de onde as pesquisadoras parassem, definindo o desfecho da problemática. Na estória, uma gravidez cheia de desafios se apresenta, uma série de dificuldades comuns às condições da população brasileira, envolvendo planejamento familiar e contexto social.

Os resultados da pesquisa apontaram uma idealização por parte das enfermeiras diante do processo de gravidez e parto, e, um movimento de promover um “final feliz” para a estória. Destacam-se como promotores da mudança no panorama do fim da estória, o apoio da equipe de saúde responsável pelo acompanhamento da gestação, o apoio do pai da criança e o “apaixonamento súbito” – em minhas palavras – da mãe pelo seu bebê inesperado.

Para algumas enfermeiras, a personagem da estória foi tomada por um estado semelhante ao da preocupação materna primária. Mas para o autor, a “loucura materna” perpassa a culminância de toda a idealização e fantasia da mãe durante a gestação, os investimentos que esta vinha guardando. Portanto, não é uma preocupação que advém subitamente, já existia um gérmen ali, mesmo que superficial, um desejo acerca do bebê (WINNICOTT, 1956/2000). Claro, que mesmo sob condições adversas, a preocupação pode ser alcançada, mas não com o tom “mágico” a que as enfermeiras deram a seus finais felizes.

Um aspecto importante a se destacar, como outro resultado nessa pesquisa foi a oposição à conduta das mães que não se encaixavam, no que as autoras chamaram de “sonho compartilhado”, um “fascínio pela maternidade, enquanto entidade abstrata” (GRANATO; TACHIBANA; AIELLO-VAISBERG, 2011, p. 85). As enfermeiras se referiam a essas condutas como uma “rejeição materna”, como se fizessem alusão ao que ocorre no mundo animal, quando algumas fêmeas abandonam seus filhotes mais fracos para serem mortos por predadores. Havia um distanciamento das profissionais para com as mães e este impedia que pudessem aceitar ou se colocar no lugar da mulher que, também, estava a seus cuidados. As autoras afirmam, que as enfermeiras:

Indignadas, esperavam de suas pacientes nada mais que o amor incondicional pelo filho: “*coitadinho, ele não pediu para nascer*” – dizia uma das participantes, enquanto outra fazia menção à negligência materna, recriminando uma das puérperas internadas – “*estava ajeitando a saia dela, enquanto o neném estava chorando, quase se afogando na banheirinha! Por pouco ele não morreu!*” (GRANATO; TACHIBANA; AIELLO-VAISBERG, 2011, p. 85, grifos do original).

A fonoaudióloga Maria de Lourdes Magalhães (2012) destaca em sua pesquisa os “carões” efetuados pelos profissionais do IPREDE, diante da dificuldade de ganho de peso, ou da perda de peso das crianças, fazendo com que as mães se intimidassem diante de alguns questionamentos. Percebemos a existência de uma contradição na instituição. Enquanto oferece a essas mulheres um espaço para troca de experiências e a formação de uma rede de apoio com as outras usuárias do serviço, ao mesmo tempo, os profissionais de saúde desvalidam seus saberes e buscam controlar os cuidados que administram aos filhos.

Assim como descrevi anteriormente, acompanhei um episódio³¹ no acolhimento que pode exemplificar uma situação em que fica evidente a boa intenção de um funcionário em prestar esclarecimentos, mas este o faz à maneira dos “carões” descritos por Magalhães (2012).

³¹ Cf. D.C. do dia 26/09/17 descrito na sistematização dos dados, no capítulo metodológico.

As violências partem desse lugar discursivo do outro semelhante que de algum modo desautoriza o sujeito de seu *modus* de vida, seu saber, sua versão, seu sofrimento.

A psicanalista Gabriela Simão (2017) aponta que, diversas vezes, as mães relatam um sentimento de cobrança por parte da equipe da instituição quando os cuidados que prestam aos filhos são postos em dúvida. Aponta ainda dois discursos de grande relevância na ONG: o médico/psicologizante e o assistencialista/filantropico, onde o primeiro é mais prescritivo deflagrando imperativos do “fazer” – falar e comer. O segundo discurso, especificamente, instaura uma passividade no sujeito, que precisa de um outro benevolente para ajudá-lo. Ambos os discursos ainda colocam os profissionais na posição de mestre, de quem sabe sobre o sujeito, quem pode ajudar sabendo o que ele precisa.

Nossa crítica reside no ponto salientado por Lilian Miranda e Rosana Onocko Campos (2014), quando demonstram, que alguns modos de resistência e defesas psíquicas ao sofrimento³² não são legitimados, ou erroneamente interpretados como irresponsabilidades consigo mesmo e com suas famílias. Retirados de um lugar de saber, desautorizadas, essas pessoas são submetidas a ações de controle e intervenções “educativas”. O profissional que abordou as mães se colocou no dever de alertá-las para os riscos de bactérias e outros corpos estranhos que poderiam afetar a saúde das crianças que usam os berços, mas ele o fez à maneira da mãe/pai que dá “uma bronca”.

As mulheres que frequentam o IPREDE não se intimidam facilmente, então ao invés de simplesmente aceitar o conselho educativo-coercivo, preferiram ignorar no momento e ridicularizar a recomendação do profissional pelas suas costas. No episódio descrito, elas não foram perguntadas se já tinham pego alguma bactéria na infância ou por que não colocavam as bolsas em outros lugares. Desobedecer pode ser uma saída do sujeito diante do controle a que as instituições lhe submetem, esperando adesão cega; assim como esperar a saída do profissional, para, à distância, ocuparem o lugar de poder e desautorizá-lo também. Nesse sentido, Miranda e Onocko Campos (2014) apontam que a ineficácia de muitas ações de saúde tem a ver com esse movimento de impor um modelo de promoção à saúde distante das opiniões e sugestões do sujeito e de seus valores comunitários e culturais.

A respeito desse lugar do sujeito na construção de seus processos de saúde e doença, encontramos uma convergência entre Ferenczi e Winnicott. O primeiro ressalta o compromisso do analista ou, no nosso caso, dos profissionais de saúde de serem sinceros, sensíveis às necessidades do paciente e de não repetir as violências infligidas no passado (FERENCZI,

³² Miriam Debieux Rosa (2016) diria que esta é também uma modalidade de sofrimento sociopolítico.

1931; 1932; 1933/2011); já Winnicott, por sua vez, defende a saúde como um dos processos de criação do sujeito no mundo, possível através da confiança no cuidado de outro (1967/2011) e do reconhecimento de que ambos são sujeitos totais (paciente e profissional de saúde), um de cada lado do processo.

Essas práticas, estabelecem um lugar de valorização e legitimação do sofrimento, pelo qual o sujeito vem passando, às vezes, durante toda a sua vida. A postura de validação que o profissional deve assumir nos redireciona para a importância do reconhecimento social. O indivíduo que busca o serviço de saúde e lá encontra acolhimento, sensibilidade, confiança e legitimação se sente reconhecido como sujeito de direitos, sente-se valorizado. Honneth (2003) sublinhou que o reconhecimento social contribui na formação de um sentimento positivo sobre si, de autoafirmação e de autorrespeito.

Assumindo, muitas vezes, posturas defensivas e até agressivas, essas mulheres são desalojadas de seu sentimento de competência quanto à maternidade, a exemplo do que descrevemos relacionado ao quadro de desnutrição da criança e entrevistas das mães realizadas por Magalhães (2012). Convém ressaltar que essas pesquisas promovem ao mesmo tempo um lugar de escuta, mas também uma oportunidade de autocrítica institucional. Todavia, muitos problemas persistem até como marca da coexistência de diferentes modelos de assistência à saúde.

A questão é que essas mulheres praticam uma forma de maternagem diferente da que os profissionais aprendem em suas formações. Isso pode ser confuso e ao mesmo tempo intrigante, pois em termos de sobrevivência (física e psíquica), os bebês conseguem, em sua maioria, êxito, não sem percalços, mas conseguem. Portanto, a “boa mãe” dos folhetos das campanhas de aleitamento, dos exemplos em sala de aula, na formação médica e psicológica, não é confeccionada a partir da escuta de determinada população, mas da reprodução de ideais e de práticas de classes sociais distintas. O controle exercido sobre o “ser mãe”, incomoda, intimida e retira, em parte, o sentimento de conhecer o seu bebê. Winnicott (1964/2015) sublinha na introdução de *A criança e o seu mundo* que:

os melhores instintos maternos promanam de uma confiança natural nos recursos próprios e convém distinguir as coisas que ocorrem naturalmente e as que têm de ser aprendidas; por isso, tento distinguir entre ambos, de maneira que tudo quanto sucede naturalmente não se estrague (WINNICOTT, 1964/2015, p. 09-10).

Com todo respeito e humildade, Winnicott (1964/2015) reconhece que alguém que não passa pela experiência da maternidade inteiramente, como ele, deve falar sobre esse fenômeno com reservas. Desse modo, não se ensina uma mulher a ser mãe, “uma mãe é e faz”

(WINNICOTT, 1966/2012, p. 04). Há uma ciência, um saber de mãe. Compreendendo essas questões e trabalhando numa perspectiva de uma cidadania do sujeito em atendimento, prosseguimos a delimitação de pressupostos ético-políticos a partir da psicanálise.

5.3 Ética, política e psicanálise: uma clínica das vulnerabilidades traumáticas na saúde materno-infantil

Diante de todos esses desafios e também diante da esperança no lugar de subversão da psicanálise, trazemos neste tópico os enlaces entre ética, política e psicanálise, ensejando tatear os pressupostos para uma clínica possível em contextos vulneráveis. Mesmo perante os excessos do trauma, da violência que assola essas populações, do racismo, da naturalização de seus sofrimentos, disponibilizamo-nos a empreender uma discussão, para além de uma militância em si mesma, mas de uma preocupação com o futuro.

No texto *O analista cidadão* (2000), Eric Laurent afirma que o analista tem de passar de um analista da des-identificação para se tornar um analista cidadão. Segundo o autor, o analista deve sair de sua reserva para participar, ser um analista sensível às formas de exclusão social, um analista que compreendeu qual foi sua função e o que lhe cabe agora. Mais que um lugar vazio, o analista é aquele que ajuda a civilização a respeitar a conexão entre as normas e as especificidades individuais. O analista cidadão trabalha para impedir que em nome da universalidade ou de qualquer universal, seja humanista ou anti-humanista, esqueça-se da singularidade de cada um. O autor chega a radicalizar sua posição destacando que os analistas precisam ficar atentos às mudanças no campo da cultura.

Laurent (2000) sublinha que o analista que assume uma posição nos debates, útil e cidadão é uma das alternativas para as novas formas de assistência em saúde mental, baseadas na democracia. O analista cidadão deve, em nome de uma clínica da singularidade, primar pelo respeito a uma cidadania do sujeito. O reconhecimento e o estabelecimento de um lugar discursivo para aquele que deposita nas instituições de saúde. Seu apelo é um bom começo rumo à confiança e ao testemunho desse sofrimento. Quando o autor se refere ao profissional que “não reclama³³”, este não está fazendo uma alusão a um obediente cego, mas ao analista que mesmo em condições adversas de trabalho não deixa de se preocupar com a qualidade do serviço que presta a população.

³³ O lugar da cobrança é a gestão pública, é o voto consciente, é o trabalho de conscientização no contato com a comunidade sobre seus direitos, dentro e fora do *setting*.

Nessa mesma direção, Koltai (2011, p. 146) assinala que “é importante que nós, analistas, não nos tornemos cúmplices do discurso dominante de nossa época, do cientificismo triunfante, atribuindo tudo aquilo que acontece ao sujeito e o fazendo sofrer ao trauma”. O que a autora salienta se refere, em outras palavras, a não abandonar o sujeito em sofrimento sociopolítico a seus próprios recursos, sem antes, depositar nele esse reconhecimento (HONNETH, 2003) e a confiança que Ferenczi (1931; 1932; 1933/2011) e Winnicott (1967/2011) propuseram como fundamental a nossa ética. Kupermann (2016) salienta que o analista pode ser aquele que escuta o sofrimento, a partir do testemunho da dor do sujeito nessa relação de confiança e legitimação do sofrimento.

Indo na mesma direção, da especificidade desses atendimentos, Rosa (2002), aponta para uma diferença dos lugares sociais de que partem analista e analisando, nesses contextos. Para a autora, o analista está do lado da inclusão, gozando de um lugar de escuta e de fala, devido ao reconhecimento de um saber que possui. Enquanto o sujeito se encontra do lado da exclusão, está fora do acesso a uma posição de saber, excluído da estrutura social. Em relação a esse ponto da discussão de Rosa (2002), ofereço-me como diferença, levando em consideração uma situação que me deflagrou mais próxima das usuárias do que dos profissionais.

Nessa observação (D. C. 10/10/17), antes mesmo de deixar o acolhimento, algo muito interessante aconteceu, a enfermeira da instituição aproximou-se de mim trajando seu jaleco e perguntou se eu estava aguardando atendimento para meu filho. Sorrindo, disse-lhe que, na verdade, eu estava apenas observando aquele momento, como pesquisadora e psicóloga. Ela, surpresa, afastou-se, pediu desculpas e prosseguiu no procedimento que realizava com as mães.

No almoço algo semelhante aconteceu, mas dessa vez uma das mães que me confundiu com uma usuária em atendimento. Ela se sentou perto de mim e eu estranhei, porque geralmente elas (as mães) ficam juntas, mas me parece que aquela era uma recém-chegada. Junto a mim, pediu que eu olhasse as coisas dela enquanto ia buscar a sopa e eu aceitei. Tentando dar comida ao filho, perguntou-me se eu tinha vindo por causa do atendimento do meu filho. Sem reservas, expliquei que era psicóloga e que estava ali só observando e perguntei o nome dela e da criança. Tivemos interações amistosas, os três, enquanto estive com eles. Ao sair, despedi-me dela e do filho por seus nomes, como se tratam os conhecidos (D. C. 10/10/17).

Toda a minha postura e aparência física, sem jaleco, negra, cabelos crespos, aos 23 anos, poderia muito bem ser uma das atendidas, com um ou mais filhos em atendimento, como é comum na instituição. No caso, levando em consideração os elementos que distanciam

analista e analisando para Rosa (2002), em termos de representatividade, eu estaria mais próximo das mães, a diferença mais incisiva estaria na estrutura de oportunidades. As oportunidades que tive à minha frente durante meu trajeto, distanciaram-me de um desfecho semelhante ao das usuárias, mas a aproximação ainda opera um olhar especial, que acredito estar evidente no meu estilo de escrita.

Produzir conhecimento baseado nessa implicação significa trabalhar para construir uma psicanálise a partir da realidade do nosso país. Significa ainda, construir uma pesquisa sensível às diversas formas de opressão que, em diversos momentos, eu mesma vivencio como mulher negra. Esse aspecto, dá um colorido diferente ao presente texto, diante do reconhecimento do meu lugar de fala. Borges (2017, p. 09) assinala nessa perspectiva que “Constitui um imperativo, portanto, colher da experiência coletiva [...] os insumos para uma prática psicanalítica em conformidade com a nossa fisionomia, com aquilo que compõe o cartão-postal da nação”.

Perguntar o nome da mãe e cumprimentá-la usando seu nome, faz uma quebra na cultura institucional que trata as mães pelo nome dos filhos, como “a mãe de fulano”. Reconhece esse sujeito como total e separado de seu filho, que também foi cumprimentado, por sua vez. É comum, até da observação de outros trabalhos (DAUER, 2018), quando chamadas no acolhimento por seus nomes próprios, as mulheres não atenderem, não atentam estarem sendo chamadas pelo seu próprio nome. Segundo Rosa (2002, p. 07-08), esse abismo entre profissional e usuário é tão intenso que se aproxima de uma dimensão do horror, nas suas palavras:

A escuta do discurso desses sujeitos fica insuportável, não só pela situação em si ou pelos atos que cometeram, mas porque tomar esse outro como um sujeito do desejo, atravessado pelo inconsciente e confrontado com situações de extremo desamparo, dor e humilhação, situações geradas pela ordem social da qual o psicanalista usufrui – é levantar o recalque que promove a distância social e permite-nos conviver, alegres, surdos, indiferentes ou paranóicos, com o outro miserável.

Esse movimento de afirmação do analista como “cúmplice”, até certo ponto, de uma ordem discursiva dominante, visto que este goza de seus benefícios, faz parte do processo de reconhecimento da necessidade de uma clínica psicanalítica implicada. Essa imersão opera uma mudança no paradigma clínico, e, permite que a sensibilidade do analista se volte para o que realmente interessa: criar condições de possibilidade para a escuta desses sujeitos. Mudança mais que necessária, se levamos em consideração às condições de trabalho e o número de atendimentos que as políticas públicas demandam dos profissionais.

Rosa (2002) empreende uma discussão acerca das resistências e dificuldades do analista, nesses atendimentos, a partir de sua experiência de pesquisa com adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em regime fechado. A autora destaca o perigo em relação ao estabelecimento de diagnósticos apressados, baseados em uma comunicação deficitária, insuficiente e empobrecida. Rosa (2002, p. 05-06) ressalta que

A comunicação deficiente dá margem a estereótipos e preconceitos; a diferença favorece relações de poder (nos moldes da relação patrão-empregado), a posse da verdade ou a relação pedagógica sugestiva, de apoio ou orientação, sem levar em conta a possibilidade de o sujeito construir suas próprias respostas. O resultado é que essas pessoas são mais uma vez excluídas, agora por parte daqueles que deveriam escutar não pessoas de uma classe social determinada, mas o sujeito.

A autora, mesmo sem se utilizar do referencial ferencziano, exprime o risco da desautorização, que pode ser efetuada pelo próprio analista ou psicólogo nas instituições públicas e a violência do trauma. Outro equívoco comum, sublinhado por Rosa (2002) no trabalho clínico, é se utilizar do referencial psicanalítico para interpretar as respostas dessas pessoas como resistências ou ausência de demanda analítica. A autora, enfaticamente sublinha a utilização da teoria como defesa da integridade de um gozo narcísico da competência. Em consonância com essas resistências do analista, encontramos o silêncio do lado do sujeito, já referido em nossos relatos do Diário de Campo como uma das dificuldades no trabalho clínico. Complementando esse pensamento, Rosa (2002, p. 6) aponta que

Assim, a pregnância imaginária da miséria e uma suposta distância dos ideais da cultura podem ser um impeditivo para a escuta, para reconhecer o desejo do sujeito na transferência, levando a interpretar como falta de recursos do sujeito a sua negativa de falar, própria de quem precisa assegurar-se do outro antes de levantar alguma pergunta sobre seu sofrimento.

Ou seja, para que o sujeito elabore uma demanda, além de se sentir acolhido, a confiança no profissional antecede a operação de colocá-lo como “sujeito suposto saber”. Não é que a pessoa que chega na clínica não tenha o que dizer, antes de chegar lá, muitos “cale a boca”, “engula o choro”, “fale direito”, “deixe de falar besteiras/asneiras”, precederam esse encontro. Desse modo, Rosa (2002) situa ainda a escuta psicanalítica, desde o início foi transgressora, quebrando com a submissão às normativas da organização social. Para se afirmar, como tal, esta escuta implica um posicionamento ético e político, “um rompimento com o laço que evita o confronto entre o conhecimento da situação social e o saber do outro como um sujeito desejante” (ROSA, 2002, p. 8).

O silêncio acompanha o sujeito, seja na face de tabu, como já nos referimos em relação a fome, mas também como uma forma de defender-se perante a invasão da potência destrutiva do outro sobre ele. Aqui, a este ponto, reencontramos o excesso traumático, em termos lacanianos onde Rosa (2002, p. 10-11) ressalta que

Diante do impacto traumatizante de uma consciência clara da impotência frente ao Outro consistente e insistente em barrar qualquer acesso à condição de uma lógica fálica e desejante, o sujeito cala-se. Constrói uma barreira sólida e necessária, que tem sua expressão no que chamo de emudecimento do sujeito e de apatia necessária, rompida, por alguns, por reações violentas. Observo nessa suspensão temporária - às vezes da vida inteira, mas temporária e não estrutural - um modo de resguardo do sujeito ante a posição de resto na estrutura social. Uma proteção necessária para a sobrevivência psíquica, uma espera, uma esperança.

Rosa (2002) acredita que a escuta como testemunho pode romper as barreiras e retomar a experiência compartilhada, como um resgate da memória. Encontramos uma perspectiva semelhante, a partir de Ferenczi no texto de Kupermann e Martins (2018), quando discutem o valor sublimatório e histórico da literatura de testemunho. Mas não basta a presença de uma fala automática, mas a escuta da presença de um sujeito desejante. Retomando o que Martins e Kupermann (2017) destacaram em relação ao horror do desmentido no ciclo do trauma, a negação de sofrimentos de ordem social e política convoca o analista a inserir seu trabalho com o sujeito singular dentro das questões da cultura e da História.

Caso essas problemáticas não sejam levadas em consideração, o analista cai no erro que Koltai (2011) já nos referia e que para nós é uma premissa em nosso trabalho: uma responsabilização individualizante e culpabilizadora do sujeito. Através do testemunho, o trabalho nas Instituições deve prezar por um acordo entre o limite do que é testemunhável e os silêncios promovidos pelas desautorizações ao longo do tempo (MARTINS; KUPERMANN, 2017).

Em nossas explorações pela literatura, o sujeito marginalizado por suas condições se encontra numa posição designada por Rosa (2002) como de resto na sociedade. A especificidade da escuta do sujeito deve levar em consideração essa assertiva, um lugar de dejetos³⁴ na lógica do mercado. Mas sempre devemos lembrar que “Para além da constatação dos efeitos subjetivos devastadores da exclusão está a ética e ética implica promoção de

³⁴ Posteriormente no artigo *Clínica psicanalítica implicada: conexões com a cultura, a sociedade e a política* (ROSA; ESTÊVÃO; BRAGA, 2017), a autora e seus colaboradores situam o lugar de dejetos no pertencimento a grupos marginalizados socialmente, ainda reconhecidos como “minorias”. Ou seja, “excluídos” pela renda, etnia, religião, gênero, etc.

modificações nas estruturas sociais e políticas que sustentam essa situação social” (ROSA, 2002, p. 13). Já havíamos assinalado que Rosa, Estêvão e Braga (2017) compreendem essa escuta como aquela que deve levar em consideração os efeitos dos discursos sociais e o modo como estes interferem nas relações de poder sobre esses grupos. É imprescindível a distinção entre a alienação estrutural e essa alienação fruto de discursos ideológicos.

Na obra *Psicanálise e política*, o psicanalista Ricardo Goldenberg (2006) assinala que Freud nunca se dedicou a fazer reflexões filosóficas ou científicas a respeito da política. Segundo o autor, Freud se preocupava mais com o ponto de vista prático da política do que do ponto de vista teórico. Goldenberg (2006, p. 9) afirma que “Entre política e psicanálise há menos uma relação de incursão ou de empréstimos entre campos diferentes do conhecimento, como acontece em algumas áreas, [...] do que uma inerência que dificilmente suspeitaríamos à primeira vista”. Freud nunca menciona o campo político de forma direta, ainda que haja diversos indícios em sua obra, de suas preocupações com a conjuntura política de seu tempo, particularmente nos textos *Psicologia de grupo e análise do ego* (1921/1996), *O mal-estar na civilização* (1930/1996) e *Moisés e o Monoteísmo* (1938/1996).

O autor ressalta que a ausência de uma discussão mais extensa sobre política, em relação a produção freudiana, talvez seja produto das dificuldades na articulação entre as questões da psicologia individual e da psicologia coletiva. A obra onde essa dificuldade teria sido enfrentada foi *Psicologia de grupo e análise do ego* (1921/1996, p. 81). Ali Freud resume sua tese principal, afirmando que “desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado, mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social”. Goldenberg (2006) complementa essa assertiva, com a justificativa de que individual e social se encontram na presença do outro na relação, seja o outro pensado como um ideal, objeto ou inimigo. Para o autor, “A psicanálise se ocupa precisamente dessa relação complexa entre individual e coletivo e constitui o problema central de toda e qualquer ação política” (GOLDENBERG, 2006, p. 17).

No rastro de nossos objetivos, caminhamos até aqui com a política de um modo geral para daqui pensar um tipo específico de política pública: a política de saúde materno-infantil, e, em especial, a atuação dos profissionais de saúde. Apesar dessa especificidade, acreditamos que uma discussão bem fundamentada acerca de uma clínica precoce também reverbera nas práticas clínicas com os adultos. Afinal, como vimos no capítulo anterior, aquilo que não vai bem no início deixa suas marcas no psiquismo.

Nos embasaremos nas proposições de Ferenczi sobre o potencial desestruturante do trauma e de Winnicott, a partir da ideia de uma autonomia da mãe. Ambos os autores caminham

em direção ao estabelecimento de uma confiança como propus que reconheçamos como “pilar que sustenta o trabalho analítico”.

Como vimos anteriormente, Ferenczi constrói sua teoria do trauma através dos desafios que encontrou em sua clínica. Assim, atualmente os desafios podem ser diferentes na forma, mas compõem à clínica institucional com a mesma força desestruturante do traumático, evidenciada pelo autor. Desse modo, a sensibilidade do analista deve contemplar as necessidades psíquicas do sujeito em atendimento (FERENCZI, 1928/2011), adaptando-se com tato.

No texto *A elasticidade da técnica* (FERENCZI, 1928/2011), define-se melhor essa sensibilidade como a habilidade de “sentir com”, ou seja, o analista deve saber o melhor momento para interpretar, mas também para calar, quando necessário. A posição ética indicada pelo autor aponta na direção da segunda regra fundamental da psicanálise: a análise do analista. Com um profissional engajado em um trabalho pessoal, haveria pouco espaço para identificações projetivas que possam reproduzir as situações traumáticas do analisando.

Mas, afinal, como podemos relacionar essa discussão com nossas observações? Narramos algumas situações onde podemos observar recomendações feitas pelos profissionais baseadas num juízo de valor e não nos recursos das mães para acolhê-las. Ferenczi (1928/2011) destaca como é comum os pacientes exercitarem sua agressividade no momento em que são silenciados. Essas ‘afrontas’ podem convidar o analista a reagir, entrar no jogo da afronta. O autor, revela que a maior arma contra essas manifestações é a paciência, o analista transforma esse “joguinho” em uma luta unilateral, recusando-se a atacar o paciente também. Quando este último se cansa, surge uma outra modalidade de transferência que se distancia da sugestão, da pedagogia e do autoritarismo. Nessa perspectiva, Ferenczi (1928/2011, p. 36, grifos do original) assinala que

A modéstia do analista não é, portanto, uma atitude aprendida, mas a expressão da aceitação dos limites do nosso saber. Assinale-se, aliás, que talvez seja esse o ponto onde, com a ajuda da alavanca psicanalítica, começa a realizar-se a mudança na anterior atitude do médico. Compare-se a nossa regra de “sentir com” a presunção com que o médico onisciente e onipotente tinha até agora o hábito de enfrentar o paciente.

A sensibilidade especial para saber quando e como agir traz à tona a importância da confiança e o reconhecimento de possíveis falhas. Percebendo as atuações dos pacientes nesses jogos como repetições de situações traumáticas, Ferenczi (1931/2011) passa a apostar que as manifestações perversas e malévolas são resultado de uma ausência de tato no ambiente primário de vida da criança. Situações nas quais o desespero não recebeu suficiente crédito.

Desse modo, espera-se do analista que trabalhe com paciência, sensibilidade, compreensão e amabilidade. Essa posição do psicanalista retira o sujeito de uma teia da repetição. Visto que a resposta não foi retaliativa se instala a confiança e não o retorno à situação traumática.

Se o analista não se ‘adapta’ às necessidades do paciente, este cai no mesmo erro dos outros profissionais, do funcionário que dá o “carão” e repete a violência, desautorizando o sofrimento do sujeito. Segundo Ferenczi (1931/2011, p. 90), essas manifestações reproduzem uma agonia física e psíquica, uma “dor incompreensível e insuportável”. Essa dor é uma das expressões do desequilíbrio econômico do traumático, não há recursos para metabolizar a descarga e a angústia faz com que a dor seja uma das imagens do desconforto e como denúncia do mal-estar.

O trabalho com esses achados na clínica ganha uma estrutura mais complexa quando Ferenczi (1933/2011) escreve *Confusão de línguas entre os adultos e a criança*. Esse texto nos dá uma amostra da potência desestruturante do trauma e nos assevera ainda mais seu ponto de vista acerca do tato e da confiança na condução desses casos. *Confusão de línguas* é inovador também em relação a concepção da resistência do analista, visto que o autor percebe as reverberações das questões pessoais do analista nas identificações do paciente. De acordo com Ferenczi (1933/2011), a falta de sinceridade do médico compromete o trabalho clínico, tendo em vista a relação de confiança que deve ser estabelecida. Para o autor, “*Essa confiança é aquele algo que estabelece o contraste entre o presente e um passado insuportável e traumatogênico*” (FERENCZI, 1933/2011, p. 114-115, grifos do original).

Para refletir acerca de uma clínica possível nesses lugares, retomamos também às proposições de Miranda e Onocko Campos (2014), a partir do referencial winnicottiano. Segundo as autoras, Winnicott nos ajuda a pensar a confiança como uma via de trabalho através da qual o indivíduo possa se sentir como co-criador de seu mundo.

Para Winnicott (1986/2011), a base da confiança se instala na constância e segurança da adaptação, desde os primeiros momentos após o nascimento. Essa adaptação proporciona a aquisição do sentimento de onipotência, por sua vez, esta é o cerne do processo criativo do indivíduo. Nessa perspectiva,

O principal é que o homem ou a mulher sintam que *estão vivendo sua própria vida*, assumindo responsabilidade pela ação ou pela inatividade, e sejam capazes de assumir os aplausos pelo sucesso ou as censuras pelas falhas. Em outras palavras, pode-se dizer que o indivíduo emergiu da dependência para a independência, ou autonomia (WINNICOTT, 1986/2011, p. 10, grifos do original).

A sensibilidade adaptativa própria da mãe é proposta por Winnicott (1986/2011) como uma característica a ser imitada pelos profissionais de saúde como “suficientemente bons”. Sobre esse aspecto, o autor frisa que o suficiente pode ser feito, inclusive, por alguém que não possui conhecimento técnico algum, o mais importante é a identificação necessária para se adaptar as necessidades do indivíduo. Se o profissional de saúde alcança essa capacidade, pode proporcionar ao sujeito criar seu próprio processo de cuidado.

Como já apontamos, a teoria do reconhecimento social, proposta por Axel Honneth (2003), dialoga com alguns dos princípios da teoria winnicottiana, sobretudo, no lugar que os primeiros relacionamentos ocupam na construção de uma visão positiva de si. Também a partir de suas considerações, podemos destacar a importância de uma ética do cuidado capaz de apostar na capacidade da mãe à adaptação e à sustentação da criança (WINNICOTT, 1956/2000; 1966/2012; 1986/2011).

Apesar da complexidade das desigualdades sociais e, conseqüentemente, das relações de poder forjadas sob esse paradigma, pontuamos a responsabilidade e o compromisso ético dos profissionais de saúde na proteção desses indivíduos por meio de seu *modus* de trabalho. O conceito winnicottiano de criatividade nos permite ainda sublinhar um importante lugar para a responsabilidade do sujeito no seu projeto terapêutico. A confiança necessária para se implicar na criação de seu processo de cuidado se dá na medida que o seu saber e o seu desejo forem reconhecidos e validados pela ação de saúde.

A perspectiva que propomos pode ser alcançada sem culpabilização e desautorização. A implicação do usuário do serviço de saúde e do reconhecimento de sua voz, enquanto face do controle social do SUS, pode ser muito mais que a certeza de uma humanização no serviço, mas a construção de um processo de mudança. Uma mudança que não se reduz a perspectiva individual, mas também uma mudança nos laços sociais que sustentam processos de exclusão (ROSA, 2016).

Questões como, quais as condições diante da descoberta da gravidez, os meios que o casal parental detém para fornecer ao bebê, desde a vestimenta até um local para dormir e muitas outras se desvelam desse recorte do qual ficam mais provocações que respostas. Todas essas situações nos levam a pensar um cuidado, pois, de acordo com Winnicott (1966/2012), para poder dedicar-se ao seu bebê, antes a mãe precisa ter suporte, do companheiro, da família, de organismos de assistência e seguridade social.

Nossa segunda preocupação, estabelece-se a partir dessa provocação: quais os recursos de que dispõe a mãe, sobretudo nos primeiros meses, para o estabelecimento de uma preocupação materna primária diante de situações de vulnerabilidades traumáticas? Como as

situações de vulnerabilidades traumáticas podem afetar as condições para o estabelecimento de uma preocupação materna primária? Essas questões nos permitem refletir a partir da literatura psicanalítica e de suas interseções com o campo mais próximo às ciências sociais – quais os pressupostos éticos para uma clínica voltada para a saúde materno-infantil nesses contextos.

Finalizo nossa incursão teórica, com os dizeres de Winnicott, em *A criança e o seu mundo* (1957/2015, p. 54): “[...] o que precisamos é de mães – e pais – que tenham descoberto como acreditar em si próprios. Essas mães e seus maridos edificam os melhores lares onde os bebês podem crescer e se desenvolver”. Ou seja, quando o casal parental se sente respeitado e reconhecido, há maiores possibilidades de passar maior segurança afetiva para seus bebês e terão maiores oportunidades sociais, a partir de um sentimento de utilidade social.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O compromisso ético-político da psicanálise nos motivou a empreender esta pesquisa, desejando que esta seja semente de outras pesquisas que afirmem a atualidade das discussões freudianas sobre a cultura frente aos novos e velhos conflitos. A partir das dificuldades que a população pobre enfrenta diariamente, estas pessoas são para nós símbolos de força e criação. Afinal, os bebês desnutridos atendidos pelo IPREDE crescem fortes, à sua maneira, sobrevivem e nos contam sua história.

As dificuldades dessa pesquisa para mim foram imensas. Fazer pesquisa na pós-graduação não é fácil e é melhor que seja assim, pelo menos no que diz respeito à preocupação do mestrando ou doutorando em contribuir com a sociedade e com a produção de ciência. Mesmo com os esforços que empreendemos, o projeto se modificou consideravelmente até aqui e os objetivos iniciais se tornaram desnecessários para a proposta, ultrapassados diante das descobertas e moldáveis a novos caminhos. Também considero como fatores de dificuldade questões como a minha apropriação teórica acerca dos conceitos psicanalíticos, as exigências ao formato acadêmico primados na Universidade pública e o amadurecimento perante algumas questões vivenciadas em campo.

Também contei com muitos facilitadores, tais como: a tradição de pesquisa pré-existente no IPREDE e as facilidades ali encontradas e o trabalho junto ao grupo de orientação. Outro fator facilitador, foi a rede de apoio que eu encontrei para dividir algumas angústias de ser pesquisador, de ser aluno de uma pós-graduação e de ter uma visão de mundo voltada para os processos de vida no interior do Estado. A oportunidade de ter estado em *setting* por quase três anos, seja em extensão ou em estágio, para mim também foi uma grande ajuda no refinamento da escuta das questões a partir do campo.

O mais importante foi alcançado, a certeza de que há, entre os psicanalistas, pesquisas voltadas para as questões políticas e sociais e quais os pressupostos dessas pesquisas que podem nos embasar para empreender uma clínica comprometida e subversiva. Sejam eles: o reconhecimento do saber e da autonomia do sujeito atendido, a confiança que devemos buscar estabelecer com este ao longo do trabalho clínico, fomentar a participação ativa do sujeito na construção de seu projeto terapêutico, questionar as estruturas e relações de poder em nosso meio, posicionando-se política e eticamente.

Sublinhamos o compromisso com o reconhecimento social das pessoas em situação de vulnerabilidade, por suas características construtivas, positivas, para que também possam se ver desse modo, como portadoras de direitos. Efetuar essa quebra é desmistificar os lugares

comuns dessas pessoas e a identificação com o negativo, o sem valor. O reconhecimento pode favorecer a implicação e a responsabilização do sujeito em seu processo de cuidado.

Nos inspirarmos na rede de apoio que as mulheres formaram em torno do IPREDE para discutir como a instituição contribui na troca de experiências entre essas mulheres. Além do acompanhamento dos indicadores de desenvolvimento das crianças atendidas, a instituição aos poucos se aproximou também das famílias, por meio do cuidado e da escuta das mulheres.

A abertura da instituição às pesquisas, estágios e trabalhos voluntários, fortalece ainda mais a atualização dos processos de cuidado aos desafios da sociedade. O que testemunhamos em relação a postura de desautorização das mães em situação de vulnerabilidade social, por parte de alguns profissionais, é um problema com uma raiz muito mais profunda. Para nos questionarmos sobre isso teríamos de retornar a discussão sobre os mecanismos discursivos e ideológicos da naturalização da pobreza.

As relações de poder são permeadas por essas tradições discursivas e também incorporadas na atuação dos profissionais de saúde. Essas convicções, muito atreladas a um lugar discursivo da exclusão, incidem sobre o sofrimento sociopolítico calando-o. Esses silêncios, falam o tempo todo, mas não são ouvidos, no brincar e na linguagem empobrecida dos bebês, na desorientação e na ausência de engajamento das mães nas estratégias de tratamento, dentre outras situações.

Se o rosto da mãe funciona como um espelho, o que o bebê vê refletido quando a mãe se identifica à posição de resto no laço social? Cabe-nos perguntar que tipo de sobrevivência psíquica se instaura nas condições em que as falhas ambientais são insistentes tão precocemente. Ferenczi afirma que é comum, nestas condições, se estabelecer um amadurecimento precoce. A criança sobrevive clivada, nos moldes da progressão traumática, sendo privada de sua espontaneidade.

O amadurecimento das crianças que vivem em situações de vulnerabilidade social é, sem dúvidas, impressionante. Em minha infância, início dos anos 2000, lembro muito bem de ter uma amiga que, aos 9 anos, cuidava sozinha da casa, da irmãzinha recém-nascida, lavava suas roupas e da bebê, enquanto a mãe trabalhava fora como doméstica e em outros “bicos”.

Não me admiro de a enfermeira ter me confundido com uma das mães. Na minha idade, essas mulheres já levam a vida de suas mães, muitos filhos, muitas relações abusivas que não duram, pouco afeto dispendido a elas. O amor mais verdadeiro de que dispõem advém de seus rebentos, embora estes sejam os objetos ambivalentes que mais machucam, com seus castigos, palavras e pequenas indiferenças. A alegria delas é vê-los ganhando peso, crescendo

sem “dar trabalho”, seguindo independentes suas próprias histórias. Esse cuidado nos pode parecer estranho e desestruturante, se partimos de outra matriz de cuidado.

O cuidado com as práticas de saúde para uma população tão violentada pelas condições sociais em que vive e se acha identificada é uma questão importante e que exige sensibilidade, mas também reflexão sobre a História e os laços sociais moldados ao longo desta. Desse modo, como exigir que essa mulher em situação de vulnerabilidade se engaje em um modelo de cuidado eurocêntrico, branco, baseado em um estado de privilégios, como os preconizados em um lugar social no qual ela não se acha identificada? Aprendi há muito com a minha mãe, que a maior prova de amor, é a comida na mesa todos os dias e assim o amor dela me nutre até hoje.

Essa especificidade das populações que enfrentam as vulnerabilidades sociais exige uma adaptação sensível as suas necessidades e um cuidado do profissional em se posicionar diferente do discurso social dominante. Em outras palavras, o reconhecimento do saber e da capacidade criadora dos usuários de serviços de saúde pode permitir que se produza uma quebra na teia que posiciona esses sujeitos numa posição de resto no laço social. O melhor trabalho que as equipes de saúde podem oferecer a uma comunidade, a um usuário, é a aposta na sua capacidade de escolha. A confiança é o grande achado de nossa pesquisa, mas por si só ela não resolve todos os problemas de um projeto de saúde comunitária.

A confiança precisa que o reconhecimento tenha sido acionado e com ele a mobilização do profissional em adaptar-se às necessidades dos usuários, a constância desse *modus* de cuidado, fortalece uma mudança que parte da confiança que esta ordem instaura. Embora as dificuldades do processo não estejam apenas na conduta do profissional e como este último chegou a esse ponto, sobretudo nas políticas públicas, mas do funcionamento e operacionalização de protocolos de uma organização muito maior.

Se o profissional não se posiciona como agente de mudança, este se inclui no discurso alienante. Reforçar a estrutura do sistema e infligir violências valeria a pena no fim das contas? Se permanecemos como peças desse mesmo sistema desumano, continuamos humanos? É essa a provocação de Laurent (2000), quando nos convida ao papel de analista cidadão.

Como nenhuma pesquisa se encerra com todas as respostas elaboradas, somos convocados ainda a pensar como os dispositivos de saúde trabalham com a dimensão da cultura e da transmissão oral de saberes geracionais. Como construir práticas de saúde baseadas em uma concepção de cuidado voltada para nossa realidade, nossos problemas e nossa História?

A partir deste estudo, já podemos vislumbrar uma mudança no cenário em relação às aproximações que tanto desejamos, começando pela mudança no perfil dos pesquisadores da pós-graduação. Essas mudanças só foram possíveis através de políticas públicas que viabilizaram a presença de classes distintas na universidade, por meio das cotas. As histórias individuais se misturam com a História da humanidade, com base nos atravessamentos que perpassam o processo de pesquisa e as motivações pessoais em relação aos diversos temas. Essa possibilidade nos enche de esperança, pois abre margem para que o sujeito que um dia estava ali como parte de um fenômeno ou processo pesquisado, possa ascender a pesquisador posteriormente. Essa é nossa esperança, a mudança e a oportunidade de que todos possam se sentir um pouco criadores do mundo.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M., e Cols. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina**: Desafios para as políticas públicas. Brasília: UNESCO/BID, 2002.
- ACCORSSI, A. **Materialização do pensamento social sobre a pobreza**. Porto Alegre: PUC/RS, Tese de Doutorado em Psicologia Social, 2011.
- ANTELME, R. **A espécie humana** (1957). Rio de Janeiro: Editora Record, 2013.
- ALTHUSSER, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado**. Lisboa: Editorial Presença, 1980.
- AYRES, J. R. de C. M. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S; MINAYO, (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- AZEVEDO, G. Crise faz crescer risco de o Brasil voltar ao Mapa da Fome, diz ONU. São Paulo: **UOL/Notícias**, 17 Out. 2018. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2018/10/17/jose-graziano-fao-onu-mapa-da-fome-brasil-obesidade.htm>>. Acesso em: 09/03/2019.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). Brasília: Senado Federal, 2016.
- BUSSO, G. Vulnerabilidad social: Nociones e implicâncias de políticas para Latino America a inicios del siglo XXI. Santiago do Chile: **Seminario Internacional Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe**, CEPAL/ONU/Centro Latino Americano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de población, 2001.
- CARVALHO, A. S. de. **Desnutrição infantil e os impasses nas trocas alimentares: uma discussão psicanalítica**. Fortaleza: Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Unifor, Dissertação de mestrado, 2011.
- CARVALHO, A. S. de.; MARTINS, K. P. H.; LIMA, M. C. P. As problemáticas alimentares e a desnutrição: contribuições psicanalíticas. São Paulo: **Estilos Clin.**, v. 18, n. 02, 2013, p. 372-386.
- CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. Salvador: **Cadernos CRH**, v. 10, n. 26, 1997, p. 19-40.
- CASTRO, J. de. **Geografia da fome: o dilema brasileiro: pão ou aço**. Rio de Janeiro: Edições Antares, 10ª ed., 1984.
- CIDADE, E. C., MOURA JR., J. F., XIMENES, V. M. Implicações psicológicas da pobreza na vida do povo latino-americano. Curitiba: **Psicol. Argum.**, v. 30, n. 68, 2012, p. 87-98.

COMITÊ de Redação da Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU (1948). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: UNIC, 2009.

DA SILVA, J. A. A dignidade da pessoa humana como valor supremo da democracia. Rio de Janeiro: **Revista de Direito Administrativo**, v. 212, 1998, p. 89-94.

DAUER, E. T. **A desnutrição e o transativismo**: Considerações psicanalíticas. Fortaleza: Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGP/UFC, Dissertação de mestrado, 2015.

DAUER, E. T., MARTINS, K. P. H. Desamparo materno e recusas alimentares na primeira infância. Rio de Janeiro: **Cadernos de psicanálise – CPRJ**, Vol. 37, n. 32, p. 43 – 60, 2015.

DAUER, E. T. **As construções do materno em um contexto de pobreza e violências sociais**: articulações entre desamparo, trauma e sexualidade. Fortaleza: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará – PPGP/UFC. Projeto de Tese de Doutorado, 2018.

FENATO, T. S. L. **As noções de risco e desfiliação no trabalho social com a infância**. São Paulo: PUC – SP, Dissertação de Mestrado, 2009.

FILGUEIRA, C. H. Estructura de oportunidades y vulnerabilidad social: aproximaciones conceptuales recientes. Santiago de Chile: **Anais de lo Seminario internacional las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe**. CEPAL/CELADE – División de población, 2001.

FERENCZI, S. O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios (1913). In: _____. **Obras completas**, vol. II. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. A criança mal acolhida e sua pulsão de morte (1929). In: _____. **Obras completas**, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. Análises de crianças com adultos (1931). In: _____. **Obras completas**, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. Reflexões sobre o trauma (1932a). In: _____. **Obras completas**, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. Traumatismo e angústia (1932b). In: _____. **Obras completas**, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. Confusão de língua entre o adulto e a criança (1933). In: _____. **Obras completas**, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FREUD, S. _____. Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim (1956[1886]). In: _____. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. I, 1996.

_____. Rascunho E – Como se origina a angústia (1894). In: _____. **Edição Standard das Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I.

_____. Projeto para uma psicologia científica (1950[1895]). In: _____. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. I, 1996.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: _____. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. VII, 1996.

_____. A dinâmica da transferência (1912a). In: _____. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XII, 1996.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912b). In: _____. **Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XII, 1996.

_____. Totem e tabu (1913[1912-13]). In: _____. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XIII, 1996.

_____. Sobre o narcisismo: Uma introdução (1914). In: _____. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, 1996.

_____. Conferência XXV – A ansiedade (1917 [1916-17]). In: _____. **Edição Standard das Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVI.

_____. Conferência XVIII – Fixação em traumas – O inconsciente (1917 [1916-17]). In: _____. **Edição Standard das Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVI.

_____. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919[1918]). In: _____. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XVII, 1996.

_____. Psicologia de grupo e análise do Ego (1921). In: _____. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII, 1996.

_____. Inibições, Sintomas e Ansiedade (1926). In: _____. **Edição Standard das Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XX.

_____. O futuro de uma ilusão (1927). In: _____. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XXI, 1996.

_____. O mal-estar na civilização (1930). In: _____. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XXI, 1996.

_____. Por que a Guerra? (1933[1932]). In: _____. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XII, 1996.

_____. Conferência XXXII – Ansiedade e vida instintual (1933). In: _____. **Edição Standard das Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXII.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Cenário da Infância e da Adolescência no Brasil 2017**. Nywgraf Editora Gráfica LTDA, 2017. Disponível em: <<https://observatoriocrianca.org.br/items->

biblioteca/cen%C3%A1rio-da-inf%C3%A2ncia-e-adolesc%C3%A2ncia-2017-5> Acesso em: 5 maio 2018.

GRANATO, T. M. M., TACHIBANA, M., AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Narrativas integrativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. esp., 2011, p. 81-89. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a11v23nspe.pdf>> Acesso em: 15 out. 2018.

GLEWWE, P., HALL, G. Are some groups more vulnerable to macroeconomic shocks than others? Hypothesis tests based on panel data from Peru. **Journal of development economics**. v. 56, 1998, p. 181-206. Disponível em: <https://are.berkeley.edu/courses/ARE251/2004/papers/Glewwe_Hall.pdf> Acesso em: 17 jul. 2018.

HESS, R. O momento do diário de pesquisa na educação. **Ambiente & Educação**, v. 14, 2009, p. 61-87. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/ambeduc/article/view/1137>> Acesso em: 15 out. 18.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: Ed. 34, 2003.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, Vulnerabilidade, 2009, p. 1961.

IMANISHI, H. A; DA SILVA, L. L. Despersonalização nos hospitais: o estádio do espelho como operador teórico (2016). Rio de Janeiro: **Rev. SBPH**, v. 19, n. 1, 2016, p. 41-56.

IRIBARRY, I. N. O que é pesquisa psicanalítica? **Ágora** v. VI, n. 1, 2003, p. 115-138. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982003000100007> Acesso em: 16 maio 2018.

JAPIASSU, H; SOUZA FILHO, D. M. de, **Dicionário básico de filosofia**. Rio de Janeiro: Zahar, 5ª ed., 2008.

JERUSALINSKY, A. N. Considerações acerca da Avaliação Psicanalítica de Crianças de Três Anos – AP3. In. LERNER, R; KUPFER, M. C. M. (Orgs.). **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo, SP: Escuta, 2008.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes** (1785). Tradução de Antônio de Almeida Guido. São Paulo: Discurso Editorial; Barcarolla, 2009.

KLAUTAU, P. O método psicanalíticos e suas extensões: escutando jovens em situação de vulnerabilidade social. São Paulo: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 20, n. 01, 2017, p. 113-127.

KLAUTAU, P., KISLANOV, S., WINOGRAD, M. A função terapêutica do traumático. Rio de Janeiro: **Cad. Psicanál. – CPRJ**, v. 36, n. 31, 2014, p. 151-168.

KLAUTAU, P., WINOGRAD, M., SOLLERO-DE-CAMPOS, F. Do traumático ao trauma: a lógica do presente permanente. Belo Horizonte: **Psicologia em Revista**, v. 22, n. 03, 2016, p. 613-635.

KNOBLOCH, F. **O tempo do traumático**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 1998.

KUPERMANN, D. Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na psicologia hospitalar. Rio de Janeiro: **Rev. SBPH**, v. 19, n. 01, 2016, p. 06-20.

KUPERMANN, D., MARTINS, K. P. H. **Racismo, fome, testemunho e humor**: sobre Quarto de despejo: Diário de uma favelada, de Carolina Maria de Jesus. In: BELO, F. (Org.) **Psicanálise e racismo**: interpretações a partir do quarto de despejo. Belo Horizonte: Relicário, 2018, 280 p.

KUPFER, M. C. M., JERUSALINSKY, A. N., et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 13, n. 1, 2010, p. 31-52. Recuperado de <<http://bit.ly/2knzGmv>> Acesso em: 17 de maio de 2017.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu (1949). In: **Escritos** (1966). Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 96-103.

_____. **O seminário – Livro 11**: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LAURENT, E. El analista ciudadano. In: _____. **Psicoanálisis y salud mental**. Buenos Aires: Trés Haches, 2000.

LEITE, A. J. M; BRASIL, R. M. C. et al. **Condições de vida e saúde de crianças e famílias assistidas no Instituto de Prevenção à Desnutrição e Excepcionalidade** (Relatório de pesquisa). Fortaleza: 2008. 18f.

LEJARRAGA, A. L. A noção de trauma em Ferenczi e Winnicott: aproximações e diferenças. Rio de Janeiro: **Cad. Psicanal.**, CPRJ, ano 29, n. 20, 2007, p. 63-80.

MARTINS, K. P. H.; KUPERMANN, D. Fome: umbral da vergonha. Rio de Janeiro: **Trivium**, Vol. 9, n. 2, 2017, p. 199 – 209.

MARTINS, K. P. H., et al. Infância e privação: a fome, o silêncio e a vontade de viver. In: PINHEIRO, C. V. Q; CARVALHO, J. Q; DA SILVA, M. F. V. **Estudos psicanalíticos na clínica e no social**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2011, p. 79-97.

MARTINS, K. P. H. **Sertão e melancolia**: espaços e fronteiras. Curitiba: Appris, 2014.

MARTINS, K. P. H., VILHENA, J. de. Para além da alimentação: um olhar psicanalítico sobre as políticas públicas de saúde na primeira infância. In.: VILHENA, J. de., WINOGRAD, M. (Orgs.). **Psicanálise e clínica ampliada**: multiversos. Curitiba: Appris, 2014, p. 37-56.

MARTINS, K. P. H. **Estudos sobre os impasses na relação mãe-bebê no contexto de vulnerabilidade social: contribuições psicanalíticas à clínica da primeira infância**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Projeto de Pós-Doutorado em Psicologia Clínica, 2016.

MARTINS, K. P. H., et al. Privação do alimento e incidências na constituição psíquica: um estudo sobre o estabelecimento da demanda em crianças diagnosticadas com desnutrição a partir da aplicação da Avaliação Psicanalítica aos três anos. São Paulo: **Estilos Clin.**, v. 21, n. 03, 2016, p. 618-638.

MEDRADO, B., SPINK, M. J., MÉLLO, R. P. Diários como atuantes em nossas pesquisas: Narrativas ficcionais implicadas. In: SPINK; BRIGADÃO; CORDEIRO (Orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: Compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein, 2014, p. 273-294.

MENDES, A. B. C., MARTINS, K. P. H., MELO, E. P. “Ciência da mãe”: modos de cuidados clínicos com bebês prematuros à luz da teoria psicanalítica. Campo Grande: **Psicologia & Saúde**, no prelo.

MEYER, D. E. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. Porto Alegre: **Movimento**, v. 09, n. 03, 2003, p. 33-58. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/2817/1432>> Acesso em: 15/10/18.

MICHAELLIS. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Editora Melhoramentos; Dignidade. 2018. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/dignidade/>> Acesso em: 10 abr. 2018.

MIRANDA, L., ONOCKO CAMPOS, R. Contribuições da teoria winnicottiana para um posicionamento clínico nos serviços públicos de saúde. In: WINOGRAD, M., VILHENA, J. de. **Psicanálise e clínica ampliada: multiversos**. Curitiba: Appris, 2014.

MONTEIRO, S. R. da R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. Pelotas: **Sociedade em debate**, n. 02, v. 17, 2011, p. 29-40. Disponível em: <revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/695/619> Acesso em: 22 ago. 2017.

MOSER, C. O. N. Confronting crisis: a summary of household responses to poverty and vulnerability in four poor urban communities. Washington: World Bank, **Environmentally Sustainable Development Studies and Monographs Series**, n. 07, 1996. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/pt/334951468336549231/pdf/154620PUB0REPL0000010Box200PUBLIC0.pdf>> Acesso em: 22 jul. 2018.

MOSER, C. O. N; HOLLAND, J. **Urban poverty and violence in Jamaica**. Washington: World Bank, American and caribbean studies - viewpoints, 1997. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/781221468262490586/pdf/multi-page.pdf>> Acesso em: 22 jul. 2018.

MOSER, C. O. N. SHRADER, E. A conceptual framework for violence reduction. Washington: World Bank, **Latin America and Caribbean Region Sustainable Development Working Paper**, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/774791468782146689/pdf/multi-page.pdf>> Acesso em 22 jul. 2018.

NEVES, B. S. de C. **Prevenção e psicanálise**: contribuição ao debate a partir da clínica institucional com crianças desnutridas. Fortaleza: Unifor, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Dissertação de Mestrado, 2015.

NUCOM. **O que é o NUCOM?** Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. 2011. Disponível em: <<https://nucomufcsite.webnode.com.br/historico/>> Acesso em: 04 abr. 2018.

PACHECO-FERREIRA, F. Algumas questões sobre a angústia e sua relação com a vergonha. In. VERZTMAN, J., et al. (Orgs.). **Sofrimentos Narcísicos**. Rio de Janeiro: Cia de Freud/UFRJ, 2012.

PISETTA, M. A. M., BESSET, V. L. Alienação e separação: elementos para a discussão de um caso clínico. Maringá: **Psicologia em estudo**, v. 16, n. 02, 2011, p. 317-324.

POLLO, V; CHIABI, S. Angústia: conceito e fenômenos. Fortaleza: **Revista de Psicologia**, v. 04, n. 01, 2013, p. 137-154.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Editora Letramento, 2017.

RIBEIRO, L. C. **Manual básico – Anthro WHO**. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, Departamento de Medicina Social, (Apostila), 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4328332/mod_folder/content/0/ANTHRO%20MANUAL%202017.pdf?forcedownload=1>. Acesso em: 09/03/2019.

ROSA, M. D. A escuta psicanalítica das vidas secas. São Paulo: **Revista Textura**, v. 02, n. 02, 2002, p. 42-47.

_____. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: Metodologia e fundamentação teórica. Fortaleza: **Revista Mal-estar e subjetividade**, v. IV, n. 02, 2004, p. 329-348.

_____. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. São Paulo: Escuta/FAPESP, 2016.

ROSA, M. D; ESTÊVÃO, I. R; BRAGA, A. P. M. Clínica psicanalítica implicada: conexões com a cultura, a sociedade e a política. Maringá: **Psicol. Estu.** v. 22, n. 03, 2017, p. 359-369.

SIMÃO, G. M. **“Esse menino não larga do peito, como é que vai falar?”**: Desnutrição, estabelecimento da demanda e aquisição da fala. Fortaleza: Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGP/UFC, Dissertação de mestrado, 2017.

SIQUEIRA, L. **Pobreza e Serviço Social**: diferentes concepções e compromissos políticos. São Paulo: Cortez, 2013.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis, RJ: Vozes, 9 ed., 2011.

VIGNOLI, J. R. Vulnerabilidade sociodemográfica: antigos e novos riscos para a América Latina e o Caribe. In: CUNHA, J. M. P. (Org.). **Novas Metrôpoles Paulistas**: população,

vulnerabilidade e segregação. Campinas: NEPO/UNICAMP, 2006. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/vulnerabilidade/arquivos/arquivos/vulnerab_cap_4_pgs_95-142.pdf> Acesso em: 27/07/18.

VILHENA, J. de, ZAMORA, M. H., NOVAES, J. de V. Violência e subjetivação: questões para uma clínica com populações de baixa renda. In: WINOGRAD, M., SOUZA, M. de. **Processos de subjetivação, clínica ampliada e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012.

VILHENA, J. de, WINOGRAD, M. **Psicanálise e clínica ampliada: multiversos**. Curitiba: Appris, 2014.

WINNICOTT, D. W. Objetos transicionais e fenômenos transicionais (1951). In: **Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 316-331.

_____. A preocupação materna primária (1956). In: **Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 316-331.

_____. **A criança e o seu mundo** (1964). Rio de Janeiro: LTC, 6ª ed., 2015.

_____. **A família e o desenvolvimento individual** (1965). São Paulo: WMF Martins Fontes, 4ª ed., 2011.

_____. A mãe dedicada comum (1966). In: _____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

_____. O papel de espelho do rosto da mãe e da família no desenvolvimento infantil (1967). In: _____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **O ambiente e os processos de maturação** (1979). Porto Alegre: Artmed, 2007.

_____. **Tudo começa em casa** (1986). São Paulo: WMF Martins Fontes, 5ª ed., 2011.

XIMENES, V. M. et al. **Implicações psicossociais da pobreza**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, NUCOM/UFC, 2015.

XIMENES, V. M., NEPOMUCENO, B. B., CIDADE, E. C. Pobreza: um problema para a psicologia comunitária? In: XIMENES, V. M., et al. (Orgs.) **Psicologia Comunitária no mundo atual: desafios, limites e fazeres**. Fortaleza: Expressão gráfica e editora, 2016, p. 175-195.

XIMENES, V. M. et al. **Implicações psicossociais da pobreza na saúde comunitária da população de Pentecoste (Ceará), Humaitá (Amazonas) e Cascavel (Paraná)**. Fortaleza: Expressão gráfica e editora, UFC/UNIPAR/UFAM, 2017.