

Escuta psicanalítica nos países da África lusófona

Helena Maria Medeiros Lima
Christian Ingo Lenz Dunker

Resumo Neste artigo trago um relato de experiência como psicanalista atuando na saúde pública em países da África Lusófona. Apresento algumas vinhetas que ilustram essa vivência e aportes sobre a importância da psicanálise na saúde pública: lugares de escuta, enquadres, transferências, estratégias de enfrentamento do adoecer de aids em culturas poligâmicas, islâmicas e marcadas pela ligação com os xamãs.

Palavras-chave Escuta psicanalítica; Psicanálise na África; Xamanismo e Psicanálise; Psicanálise e Saúde Pública.

Helena Maria Medeiros Lima é psicanalista, pós-doutora em Educação: Psicologia da Educação, PhD em Saúde Pública, mestre em Psicologia Social, Bióloga.

Christian Ingo Lenz Dunker é psicanalista, professor titular do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Uma psicanalista no continente africano

Os cinquenta e quatro países que compõem a África ainda hoje seguem enigmáticos e muito pouco conhecidos para além das pirâmides egípcias, rituais tribais e vinícolas sul-africanas. Neste artigo trarei a importância que teve para mim o fato de ser psicanalista e trabalhar num projeto em saúde pública¹, as intervenções que construí a partir da escuta psicanalítica e algumas das questões mais centrais que me colocaram em xeque e o que pude ampliar e desenvolver na minha formação, na transmissão e na clínica a partir dessa vivência.

Numa época em que os contatos virtuais eram quase desconsiderados para a realização de análise pessoal, supervisão e estudos, pude sustentar o tripé analítico postulado por Freud durante todo o projeto utilizando e-mails, ligações com vídeo e mesmo cartas em papel – aportes fundamentais para a sustentação do trabalho interno necessário do analista e para sua prática. Considerei de imediato que estaria boa parte do tempo como uma *estranha-familiar*², *das Unheimliche*. Como eu, mulher urbana, branca e sem filhos, seria recebida pelos *locais*? Que impacto as questões culturais teriam para mim, considerando a escassez de dados bibliográficos tanto da cultura como da epidemiologia?

Como psicanalista, o desafio de estar em culturas tão diversas em que a Psicanálise pouco existia como referência, sendo inclusive desqualificada como “ciência burguesa”, me deixava apreensiva, mas, ao mesmo tempo, animada. Considerando que sou brasileira, descendente de portugueses, minha inquietação com a África Lusófona

1 Projeto da Organização Mundial da Saúde em parceria com a Comunidade de Países de Língua Portuguesa com foco na adesão ao tratamento das grávidas com aids e órfãos.

2 S. Freud, *O infamiliar - Das Unheimliche*. p. 8



*a dupla condição de psicanalista
e bióloga atravessava
toda a experiência, desde
a formulação dos instrumentos
de pesquisa até o trabalho
de campo*

passava pelo próprio complexo colonial. Pouco conhecia o que teriam feito os ancestrais lusos nesses países africanos colonizados, e reconhecia a importância de um maior conhecimento da história e da cultura locais. Como base, a concepção de que o inconsciente traz as marcas deixadas pela história e pela cultura de um povo³.

Mas havia um temor subjacente. Conseguiria escutar as condições locais que facilitariam e/ou dificultariam a adesão ao tratamento de aids (foco do projeto) sem realizar interpretações impregnadas pela minha cultura? A dupla condição de psicanalista e bióloga atravessava toda a experiência, desde a formulação dos instrumentos de pesquisa até o trabalho de campo. O projeto teve aportes da Psicanálise: escuta, enquadres, reconhecimento e manejo das diferentes transferências e abertura para a associação livre nas entrevistas e grupos.

Neste artigo trago um pouco do meu percurso como psicanalista nesse projeto da Organização das Nações Unidas/ONU nas diferentes situações transferenciais, nos manejos em campo, na abertura para construção de novos aportes preventivos em saúde pública. Trago algumas vinhetas que considere emblemáticas, delicadas no manejo, impactantes. Em que eu era estrangeira, mas trabalhando aspectos em comum com a minha realidade brasileira. Algumas intervenções junto a profissionais de saúde e pacientes nos diferentes países possibilitaram ressignificações e manejos importantes – por exemplo favorecendo ou possibilitando a circulação de palavras, priorizando a abertura de espaços para integração entre

discursos inicialmente contraditórios – e que puderam ser dialogados no espaço de escuta psicanalítica. Isso talvez nos permita refletir sobre a importância da psicanálise para um projeto de saúde pública.

Limites e Possibilidades

Ao ocupar um lugar simultâneo de psicanalista e consultora internacional em saúde pública, a primeira atenção foi dada aos lugares transferenciais que eu poderia ocupar ao longo das entrevistas e coordenação de grupos nos diferentes países. Cuidei para que as reuniões com gestores, pacientes e profissionais de saúde tivessem um enquadre específico: na apresentação do projeto, reiterei o meu lugar como alguém que estava ali para pensar junto quais seriam possíveis estratégias para melhoria da adesão aos tratamentos, elencar os obstáculos existentes e buscar soluções factíveis.

Logo de início percebi que eu, ocupando o lugar de representante da Organização Mundial da Saúde, poderia simplesmente reproduzir nos países um discurso europeu pré-fabricado, que poderia ser considerado apenas “mais um”: *mais uma* consultora ‘recitando’ normas em saúde pública pensadas em gabinetes europeus e transpostas para uma população em situação de precariedade, *mais uma* replicação de material, *mais uma* das tantas missões ocidentais já enviadas para a África... repetição vazia e acrítica de um discurso muitas vezes triunfalista, não-adaptado e muito distante da realidade dos doentes e mesmo dos profissionais de saúde dos territórios.

Localizar o lugar transferencial, poder indagar sobre o sentido das palavras e ampliar a escuta foram essenciais para sair das eventuais “verborragias” e modificar a abordagem para as entrevistas: eu estava ali para ajudar a pensar estratégias de melhoria de adesão ao tratamento de aids pelas grávidas doentes, identificar fatores facilitadores e entraves. Com o aporte da Psicanálise pude, junto aos grupos de entrevistados, reconhecer, nomear e explicitar vários desses fatores – e possibilitar

que os profissionais das diferentes regiões fizessem esse movimento e transformassem as reflexões em novas ações e políticas públicas. Meu lugar como psicanalista trouxe a possibilidade concreta de abertura, capilarização, movimento de pensamento, questionamentos, percepção das necessidades e das possibilidades de adaptação dos materiais de campanhas a partir do que a população necessitava. Havia um hiato entre o discurso genérico de organizações internacionais da área de aids e a realidade dos profissionais de saúde e pacientes.

Escuta psicanalítica é aqui entendida como *acréscimo de dúvidas, ampliação e manejo para construção de um enquadre*⁴, e, portanto, para a instauração da relação transferencial, incluindo reflexões sobre o tempo na escuta⁵.

Nas primeiras entrevistas houve muita dificuldade em me fazer entender e conseguir escutar o que eu precisava, frente ao que os entrevistados queriam falar. Alonso⁶ indaga sobre *o que escuta o psicanalista e de que lugar o psicanalista pode escutar*. Eu desejava respostas rápidas e objetivas e não conseguia – os roteiros para entrevistas foram pensados no Brasil e em português-brasileiro.

Na primeira visita, na Guiné Bissau, percebi um “choque narrativo”: as questões que programei e que pensei que pudessem gerar respostas rápidas e objetivas, tiveram respostas que tomaram o dobro do tempo previsto e trouxeram narrativas extensas, prolixas, muito cansativas; os entrevistados pareciam se esmerar em dar respostas *as mais completas possíveis*. O que parecia ser um empenho por parte dos entrevistados, aos poucos revelou-se como uma das mais importantes estratégias africanas diante dos ‘brancos’: “se não pode cansá-los, confunda-os”⁷. Alguns entrevistados foram explícitos: era considerada uma tremenda

os múltiplos sentidos possíveis, puderam ser construídos quando “emprestei” o sotaque dos meus ancestrais portugueses para aquelas entrevistas, conversas informais e grupos focais

falta de educação serem interrompidos, e além de verbalizarem, censuravam as interrupções com olhares: ‘Por favor, deixe-me concluir esse pensamento’, ou ainda, ‘estou a terminar!’.

Um sotaque lusitano

Também percebi que os primeiros entrevistados demonstravam dificuldade em compreender meu “sotaque brasileiro” (“muito rápido, doutora!”, “não ‘percebi’ [entendi] o que disseste!”), e experimentei usar um “sotaque de português de Portugal” para os diálogos. E sim, a comunicação fluiu melhor! Parecia que a escuta deles era melhorada! Foi uma contrapartida para ser melhor escutada e entendida de modo mais cuidadoso, além de me aproximar ao máximo de expressar aquilo que queria dizer e perguntar. Os múltiplos sentidos possíveis, que muitas vezes estão condensados, puderam ser *construídos* quando “emprestei” o sotaque dos meus ancestrais portugueses para aquelas entrevistas, conversas informais e grupos focais. O poder transformador da fala ampliando o discurso em suas possibilidades criativas⁸. Reduzi o número de questões para os entrevistados, formalizei uma sequência temática que pareceu auxiliar nas associações livres e passei a utilizar de vez o sotaque “português/Portugal”. Com isso, realizei um *giro discursivo*⁹ que permitiu aos entrevistados fornecerem as informações com tranquilidade. Uma escuta de fora da situação (supervisão) foi importante para que pudesse discriminar meu lugar e ouvir os diferentes sotaques e prosódias.

3 Curso: *O inconsciente evolui com a cultura?* Ministrado por Geraldo Alves Ferreira Netto em 2009.

4 H. Lima. *Escuta psicanalítica entre o sofrimento e o sintoma*. p. 2.

5 S. Alonso. *O tempo na escuta do analista*. p.180.

6 S. Alonso. *A escuta psicanalítica*. p. 22.

7 M. Couto. *Mulheres de Cinzas*. p. 224

8 J. Lacan. *A Transferência*. p. 236.

9 C. Dunker. *Análise Psicanalítica de Discursos – Perspectivas Lacanianas*. p. 237.





*também procurei ser sensível
à ambivalência entre adesão
e resistência ao lugar que eu ocupava
ali todo o tempo – o lugar
de estrangeira – por parte
dos entrevistados*

A questão da língua utilizada na conversação é um fato importante na transferência¹⁰. Para que alguma coisa signifique, é preciso que ela seja traduzível na língua do outro. Se você fala a língua do outro, se utiliza linguagem técnica ou popular, tudo interfere na relação transferencial e no reconhecimento do que se diz quando se fala.

O gesto de suspensão da prática de fazer o outro falar a nossa língua tinha um impacto decisivo para minha possibilidade de ser escutada naquela situação, quando utilizei o “sotaque português” tive um efeito de abrir a associação livre, de convidar o outro à associação livre. E os entrevistados trouxeram com tranquilidade informações preciosas a respeito da realidade e do cotidiano da prevenção à aids, de temas como: poligamia, ablação do clitóris, orfandade, abandono de deficientes...

Considerar sempre a polissemia dos termos permitiu que diferentes questões – por exemplo, o lugar da prevenção à aids num cenário de poligamia – fossem simbolizadas e particularizadas, tanto em relação às culturas e modalidades de atenção como na introdução de temporalidades específicas de escuta, considerando a associação livre como polissêmica¹¹.

Análise de discurso

No projeto, utilizei a análise psicanalítica de discurso¹² com o objetivo de articular as experiências de sofrimento que testemunhei, e aqui apresento algumas vinhetas, com algumas situações críticas

que penso serem capazes de iluminar as diferentes gramáticas de reconhecimento necessárias para um melhor enfrentamento (epidemiológico e clínico) do problema. “Um discurso seria aquilo que faz corpo, ou seja, aquilo que faz unidade a partir de um recorte – recorte delimitado, portanto, localizado”.¹³

Chego aos países para os trabalhos de campo tendo a Psicanálise como método e técnica: lacaniana na atenção aos significantes e suas construções, freudiana no olhar para os lugares transferenciais que eu estaria ocupando para pensar as questões ligadas à saúde/doença, tratamento/cura, ética/tabus dentro de cada cultura – e o impacto para mim, no exercício – *das Unheimliche* – de estranhamento e familiaridade das questões culturais.

A cena discursiva onde me encontrava a cada visita ao campo era formada por narrativas cruzadas, e tive todo o cuidado em procurar perceber quais eram os laços sociais em jogo e a importância de cada peça, autor e ator do mosaico social – que eu pouco conhecia, mas em que via fortes semelhanças (e diferenças!) com relação à realidade brasileira.

Também procurei ser sensível à ambivalência entre adesão e resistência ao lugar que eu ocupava ali todo o tempo – o lugar de estrangeira – por parte dos entrevistados; procurei observar aqueles que viviam o que poderia ser denominado anomia institucional (desânimo completo, descrença absoluta) e indagar quais eram, em cada lugar, os métodos tradicionais de enfrentamento do mal-estar, e às famílias, quais as nomeações, o que era permitido e o que era proibido. Quais eram suas crenças, laços, fidelidades, heranças e – aí sim, notável diferença em relação à minha realidade – quais as características do Islã, da poligamia¹⁴ oficial e do animismo no reconhecimento? Como nomear e manejar os diferentes sofrimentos e possibilidades de tratamento e cura?

Minha escuta estava sempre voltada para o sentido que as falas traziam naquela cultura, naquele cenário, naquela situação. Um exercício de não-julgamento e ao mesmo tempo de cuidado em me fazer entender. Profissionais de saúde



qual o impacto da
circulação da palavra,
dos silêncios, os silenciamentos,
das potências e impotências
dos entrevistados (e minhas)?

escutados conseguiram, por exemplo, compartilhar seus preconceitos em relação às religiões e perceber que havia um ponto da dificuldade neles e com eles. Apresentavam sintomas¹⁵ importantes: exaustão, raiva dos pacientes, julgamento moral, “sentimentos inconfessáveis”, e ao começarem a ser escutados puderam tornar pensável o impensável¹⁶.

Considerando que o sentido não é algo já dado e que precisa ser descoberto, mas sim algo que se tece na rede de significantes e no tempo da ressignificação¹⁷, os espaços abertos pela minha construção psicanalítica neste projeto permitiram que gestores e profissionais de saúde dos diferentes países revisitassem paradigmas e modificassem rotinas já automatizadas. Segundo Dunker¹⁸ “[...] a relação entre espaço, lugar e posição é essencial para observarmos as mudanças discursivas que apontam, especificamente, para mudanças em relação ao saber e à verdade”. A escuta no território traz consigo a força da transferência. Qual o impacto da circulação da palavra, dos silêncios, os silenciamentos, das potências e impotências dos entrevistados (e minhas)?

A escuta no território traz consigo a força da transferência

Ao propor a regra fundamental da psicanálise, a associação livre, nas entrevistas oficiais, ao emprestar um sotaque luso para me fazer escutar, e ao ouvir, transcrever e organizar as gravações, sistematizar consensos, contradições e crenças de centenas de pessoas de outros países, considerei que a psicanálise foi decisiva na minha escuta e me permitiu ser escutada. Minha experiência

como psicanalista me chamava para o discurso das mulheres, que, em primeira pessoa e com uma história de silêncios e silenciamentos, sofriam na carne e nas entrelinhas os efeitos opressivos de suas culturas.

A fome

Na Guiné-Bissau, tendo como cenário um hospital militar, pergunto à paciente:

– *Eu gostaria de saber o que ajuda a tomar remédio para aids... o que atrapalha...*

– *Ah, Doutora...o que atrapalha muito ...é a questão de gênero!*

– (Silêncio). Nesse momento, eu – brasileira, paulistana, penso em questão de gênero como construção social - com a escuta psicanalítica deslizo a pergunta:

– *Como assim, questão de gênero?*

– *Gênero alimentício, Doutora! Não temos comida...o remédio cai mal...*

No Brasil utilizamos a expressão “gênero alimentício” em contextos muito específicos, não no cotidiano como sinônimo de comida. O significante *gênero* como sinônimo de *gênero alimentício* me remeteu ao primeiro grande impacto dessa viagem: a fome. A fome incide aqui como significante-mestre¹⁹ ou seja, orientador da cadeia de sentidos, desencadeando escolhas de tratamento e sequência de protocolos.

Já em Moçambique, é a chamada *fome-dentro-da-fome*. Com a mesma pergunta, sobre o que ajudava/atrapalhava a tomar remédio, a resposta foi:

10 J. Lacan, *op. cit.* p. 237.

11 S. Alonso. “Bons encontros” com o pensamento de André Green. p.12.

12 C. Dunker, *op. cit.* p. 144.

13 C. Dunker, *op. cit.* p.146.

14 P. Chiziane. *Nickete, uma história da poligamia.* p. 35

15 M.C. Ocariz. *Síntoma: o curável e o que não tem cura.* p. 74.

16 A. Fernández. *Los idiomas del aprendente.*p.125.

17 S. Alonso, *Escuta psicanalítica.*p.23.

18 C. Dunker, *op. cit.* p. 147.

19 J. Lacan. *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.* p 63, 135, 147, 187.



o protocolo ocidental de parto cesariano e supressão da amamentação ferem diretamente o que naquela região da África se considera a essência da maternidade: parir naturalmente e amamentar

– Ah, doutora... às vezes não tomo remédio não... sabe quando a gente está com aquela fome-dentro-da-fome? Sabe como é?

O silêncio das burcas ou
Burcas visíveis, burcas invisíveis

Na primeira visita de campo (hospital militar), na Guiné-Bissau, para entrevistar uma paciente, fui levada ao quarto em que ela estava – e a enfermeira trouxe no colo um bebê recém-nascido – Khadija. O discurso da enfermeira era de muita alegria: a bebê não tinha o vírus HIV, embora sua mãe (guineense e islâmica, com sua burca preta no calor de 50 graus), o tivesse. A chefe da enfermagem reitera, exultante: “essa mãe tomou corretamente a medicação, fez o parto cesariana” (o que é uma tristeza para os padrões africanos) e “suprimiu a amamentação” (similar a uma tragédia em termos da concepção africana de maternidade), “seguiu o protocolo”, daí o *sucesso!*.

Na mesma hora em que vi essa bebezinha minúscula, que parecia uma bonequinha de borraça, enrolada nos paninhos, olhei para essa mãe considerada pela enfermeira como “vitoriosa” e procurei um sorriso, uma expressão de alegria. Mas... me deparei com um olhar absoluta e completamente desolado – e desolador. Nenhum esboço de “vitória”, Face Pétrea, mas não ‘fria’: corpo inerte, esperando passivamente que a enfermeira concluísse a preparação das bandagens para ter seus peitos completamente enfaixados e assim

consolidar a supressão da amamentação (parte do protocolo médico).

O contraste entre o discurso exultante da enfermeira e do médico, a condição do bebê, o olhar da mãe e o nome Khadija (nome da filha recém-nascida do meu então chefe!) fizeram com que eu vivesse aquela cena em câmera lenta. A enfermeira pega a bebê, leva para pesar, medir, vestir, administrar medicamentos. A mãe segue inerte, tem então seus peitos enfaixados e engole a medicação que suprime a produção de leite.

O protocolo ocidental de parto cesariano e supressão da amamentação ferem diretamente o que naquela região da África se considera a essência da maternidade: parir naturalmente e amamentar. Pensei de imediato o quanto essa mulher não estava sendo contemplada pelos protocolos formulados pelos brancos ocidentais. Tudo aquilo que constituía o discurso vitorioso das instituições parecia não ter sido pensado para aquela mulher, com sua burca, com sua penúria existencial escancarada.

Essa cena foi um corte radical quanto a eu *ter* que saber algo, *compreender*. Lacan alerta para as armadilhas da compreensão²⁰, mas eu senti que não compreendia em absoluto nada da realidade de sofrimento daquelas mães guineenses, islâmicas, com seu diagnóstico de HIV+ e seus bebês – e, ao mesmo tempo, essa não-compreensão me permitia escutá-las.

Havia, portanto, dois discursos, sendo um não-reconhecido: o triunfalista-institucional, que deixa o resto (a não-compreensão do quanto aquela prática não atinge a população que pretende atingir) e o discurso silencioso/silenciado daquela mãe. ‘Ela, mãe, sobreviverá? Sua filha será órfã?’. Quando, naquela cena, faço a suposição de que naquela mãe está um sujeito, justamente por essa suposição ela ganha voz. Quando escuto o diálogo e apenas agradeço a essa mãe por ter conversado comigo, permitindo que eu a visse naquele momento tão delicado, ela ergue os olhos e me abre um sorriso. Para essas mulheres, será que haveria algo além do “concorda-discorda”?

Nessa primeira visita ao primeiro hospital, esse primeiro contato me fez reconhecer de

imediatamente a existência de dois tipos de burcas: as visíveis, destas mulheres/ mães nascidas para parir (em silêncio, sem nome, sem desejo, sem memória) e, de outro lado, as burcas invisíveis, que neutralizavam a ação das enfermeiras, médicas e cuidadoras em relação às grávidas com aids e em relação às suas vidas particulares.

Mulher que não tem filho não é mulher

Em Angola prevaleceu o tema da maternidade: A maternidade como imperativo. Junto ao meu lugar como visitante estrangeira surgia um lugar de confidente. Foi traço comum em todos os países visitados que vários profissionais de saúde me confidenciassem suas dificuldades cotidianas e mazelas pessoais, e aqui vou destacar o que escutei em Angola: “*minha sogra vive me perguntando se tenho problema, porque tenho só três filhos*”; “*perguntou: qual é o seu problema? O que você tem de errado? E se eles morrerem?*”, insisti a sogra; “*meu marido me traiu e minha sogra disse que era assim mesmo, que eu não tinha do que reclamar, porque tinha as contas pagas e a comida na mesa*”; outro relato, “*perdi um filho e nem pude respirar, engravidei de novo e estava esgotada*”; “*Mulher sem filhos não ama a Pátria, Doutora! – temos que gerar soldados! Mulher sem filhos não é mulher!*”.

Brutal impacto. Essas profissionais angolanas, mesmo enfrentando dificuldades pessoais e pressões de ordem cultural para que seguissem os padrões de seus países e seus ancestrais – engravidando várias vezes e criando os filhos dos maridos – incorporaram, não sem crises e críticas, certos valores ocidentais de realização pessoal pela profissão, valor ao estudo, carreira, projetos. O número de filhos é explicado e justificado, no discurso local, pela alta mortalidade infantil. “*Temos seis, oito filhos, morre metade, ainda tem família grande; na guerra a gente perdia muito filho e tinha que ter muitos, para repor para o exército*”.

»
*ficou claro o quanto a deliberação
de um comportamento por Lei,
que não tem o devido tratamento
cultural, não altera e ainda
criminaliza o comportamento*

Ablação do clitóris

A prática da ablação do clitóris das meninas e mulheres é realizada em todos os países participantes do projeto, mas apenas na Guiné-Bissau foi explicitada. A legislação proibiu a prática, porém as famílias seguem realizando as mutilações nas próprias casas. Os profissionais de saúde relatam: a ablação foi proibida por lei, mas, “*como culturalmente isso não foi trabalhado, o resultado é que se vê a entrada de crianças de 2, 3 meses de idade no hospital com mutilações e hemorragias provocadas por intervenções domésticas*”. As famílias utilizam instrumentos sem assepsia, em práticas que tem como objetivo “manter a tradição”.

Ficou claro o quanto a deliberação de um comportamento por Lei, que não tem o devido tratamento cultural, não altera e ainda criminaliza o comportamento²¹. A ausência de clitóris, a mutilação genital feminina, naquela cultura, muitas vezes é valorizada como um lugar de honra para a mulher, para que ela *possa ter muitos filhos e trabalhar para manter a casa, cuidar desses filhos e do marido*.

Ainda a Lei

Em Cabo Verde conheci a expressão *pai-de-filho*.

– *Ab... a gente aqui não revela o diagnóstico para os parceiros das grávidas... nem sempre são maridos, namorados, nada disso...*

– *E o que são?, pergunto.*

– *É só Pai-de-Filho! Nada além disso. Não registra, não sustenta. É pai-de-filho e pronto.*

20 J. Lacan, *Os Escritos Técnicos de Freud*. p. 90.

21 J. Lacan, *op. cit.* p.93 e 125.



no projeto, pedi um encontro dos Tradicionais comigo, para que falassem sobre fatores favoráveis e obstáculos aos tratamentos de aids

Muitas das pacientes escutadas escondem a condição de soropositivas para HIV dos respectivos maridos por medo de serem abandonadas. Para driblar a vigilância em relação aos remédios, uma das estratégias mais comuns é a de deixar a medicação na padaria – local em que elas vão todos os dias e *não levantam suspeitas* (sic), sendo que na maior parte das vezes os maridos é que transmitiram o HIV para elas.

Não há órfãos

A Guiné Equatorial é um país cuja riqueza em petróleo é contrastante com as condições da população em geral. O idioma principal é o espanhol, e segundo a ONU, esse país ingressou na Comunidade de Países de Língua Portuguesa por um acordo econômico. Não existe certidão de nascimento para todos, tampouco atestado de óbito (e nem Medicina Legal). Surpreende a afirmação recorrente: “*Aqui não há órfãos, Doutora! - a nossa Primeira-Dama é a nossa Mãe, e ela cuida de todos*”. E ao perguntar *qual o pior xingamento*, a resposta foi unânime: *Órfão*.

As fotos da primeira-dama e do presidente estão em todos os lugares, porém não é permitido fotografar nada. A Guiné Equatorial foi tema de samba-enredo no carnaval do Rio de Janeiro em 2015, e a escola de samba “ganhou o carnaval”, como dizemos. Nesse país, os chamados *delegados distritais* determinam as *causas mortis* com o simples olhar para os mortos; sem medicina legal, sem atestados. A epidemiologia é toda feita

com estimativas. Os rituais de luto também são determinados por esses delegados distritais para cada família: o destino dos bens do falecido, sua esposa (viúva) e filhos podem ser distribuídos para os irmãos ou tios do falecido.

Não há órfãos... e a esse mito coletivo contrapõe-se algo tão importante quanto assustador: a chamada *eliminação* das crianças deficientes (“*não pode ter mais um para passar fome*”), relatada em *todos* os países visitados. Cabe à mãe, em geral, decidir o modo de *eliminar* o filho. Fala-se em “cemitério submarino” dos cadáveres das crianças deficientes de vários países, crianças que foram eliminadas sendo lançadas aos oceanos.

Xamãs

Uma das experiências mais fortes e marcantes foi em relação aos chamados Praticantes de Medicina Tradicional, ou Xamãs ou Curandeiros, em Moçambique. Ali ocupei o lugar de *estranha*, trabalhando em território totalmente estranho, mas ao mesmo tempo lidando com temas há muito para mim familiares (aids, saúde pública, maternidade, saúde, doença). Existe uma Associação Nacional de Praticantes de Medicina Tradicional, ligada ao Ministério da Saúde de Moçambique. No projeto, pedi um encontro dos Tradicionais comigo, para que falassem sobre fatores favoráveis e obstáculos aos tratamentos de aids.

O encontro aconteceu no auditório do Ministério da Saúde. Logo de início a recepção a mim foi gélida. Nunca me vi numa situação tão desconfortável. A coordenadora da Associação (chamada Graça) viu meu mal-estar e perguntou: “quer que te ajude?”, ao que prontamente assenti. Ela se levantou e começou a entoar um cântico, com palmas, uma melodia hipnotizante na qual todos se engajaram. Após essa intervenção, todos os participantes falaram. Analisamos que, no início desse encontro, eu estava ocupando o lugar de *significante-mestre*²², presa na produção de discurso. A intervenção da líder permitiu

que eu saísse desse lugar e fizesse um giro discursivo: não mais o discurso do mestre, universitário e histérico. Isso possibilitou que a relação de troca fosse possível... *‘eu não sou um outro, sou como vocês’*.

A questão do *enquadre* foi importante: *“enquadre interno do analista constituído a partir de sua análise pessoal e da experiência acumulada representa o elemento terceiro e realiza um trabalho de espelho muito importante”*²³. Assim como na análise, há que se dar um voto de confiança (sem o qual a análise não existiria) aos cuidadores: uma aposta de que o outro vai saber algo sobre ele, a renúncia narcísica imprescindível a quem se habilita a ser psicanalista²⁴.

Em relação aos xamãs, quando pude escutar, surgiu o denegado... Vários profissionais de saúde (de todos os países) afirmaram – sempre em cafés, refeições, conversas informais - que *‘muitos pacientes abandonaram seus tratamentos ocidentais (para diversos agravos) para aderir a tratamentos com curandeiros’*. Os xamãs gozam da confiança irrestrita dos pacientes, enquanto os profissionais ocidentais médicos são vistos como ameaçadores, punitivos, violentos.

Pude testemunhar e aprender que os curandeiros gozam de imenso prestígio, confiança, posição de destaque na sociedade moçambicana e em muitos locais a procura do médico ocidental é considerada uma afronta direta ao curandeiro e à sua figura, ao seu poder²⁵. Procurar o sistema de saúde ocidental representa o fracasso do curandeiro e muitas vezes vergonha para a família.

Segundo Ortegás²⁶, *“o curandeiro é parte da família; quando algo dá errado no tratamento dele, toda a família se sente envergonhada em dizer isso. O curandeiro precisa estar sempre certo e a família precisa testemunhar isso para todos”*.

22 J. Lacan, *op. cit.* p. 147, 187.

23 S. Alonso, *op. cit.* p. 5.

24 H. Lima, *op. cit.* p.4.

25 J. Narby. *Shamans Through Time.* p. 234.

26 M. Ortegás, *O Édipo Africano.* p. 38-39.

27 Sida, nos países lusófonos - exceto no Brasil, em que se utiliza a sigla em inglês: aids.

28 E. Castilho. *Aids, sida e cida: como ficam nossas Cidas?* p. 2.

»
em muitos locais a procura do médico ocidental é considerada uma afronta direta ao curandeiro e à sua figura, ao seu poder

E segue: *“recorrer ao médico ocidental é uma vergonha para as famílias africanas; denota o fracasso do curandeiro, que é como um membro da família; demonstra falta de confiança no trabalho dele, nas garrafadas e nos benzimentos”*.

HIV, aids, estigma: assim pega, assim não pega

Dos utentes HIV+ entrevistados, cada pessoa tem uma versão própria para o modo como pegou o vírus HIV. Desde terem pego *porque pisaram em terra de cemitério, por picada de aranha, olho ruim e pesado da vizinha, bruxaria de fulano, feitiçaria etc.* Até a negação completa: *“não tenho nada, não peguei nada de ninguém”*.

Do mesmo modo, há crenças arraigadas sobre procedimentos para cura da aids: *relações sexuais com mulheres ou crianças virgens* (“a pureza da criança seria absorvida pelo doente e curaria a aids”), sendo incluídos bebês de 8 meses nessa possibilidade; *pomadas feitas com pedaços do corpo e/ou secreções de albinos* – há relatos recorrentes de raptos de crianças e adultos albinos para subsequente esquiteamento e produção dos ‘remédios’. O estigma da doença com a qual eu trabalhava no projeto também foi tema relevante para as reflexões. Sabemos que a síndrome da imunodeficiência adquirida²⁷ foi descoberta nos anos 1980; o estigma associado ao diagnóstico foi decisivo para que o Brasil adotasse a sigla em inglês, aids, para que as milhões de Marias Aparecidas (“Cidas”) do país não sofressem preconceito²⁸.



*me escutar para realizar
as transcrições, para escrever
e realizar supervisão e análise
foi um exercício tão interessante
quanto angustiante*

O estigma²⁹ – esse significante que não tem antônimo – perpassa os pacientes, os familiares, os cuidadores, e ainda é motivo para que o diagnóstico seja escondido. O estigma pode ser redescrito como um *signo*. Funciona como um “brasão” – significante que se estabiliza diante de um significado e cria uma identificação (segregativa) com efeitos de alienação para o sujeito, na medida em que estão baseadas com a identificação com um signo – equivalente ao que foi definido como “*um atributo profundamente depreciativo – um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem como um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo*”³⁰. Também podemos pensar, em termos freudianos, no *narcisismo das pequenas diferenças*.

A pessoa com aids é colocada no lugar de objeto no discurso universitário³¹ e essa reificação dos pacientes por parte dos profissionais de saúde e gestores tem desdobramentos, como por exemplo a supressão da amamentação e a realização de parto cesariana mesmo sabendo que são práticas que desmoralizam as mulheres da região e as colocam como “objetos” da prática preventiva ocidental³². Porém, ao se abrir a escuta e se reconhecer essa reificação, a fala entrando em movimento permite ressignificações essenciais para aquele sujeito³³.

Considero que, em cada realidade, ao analisar os discursos, analisei também minhas escutas, meus silêncios, acertos e erros³⁴. Me escutar para realizar as transcrições, para escrever e realizar supervisão e análise foi um exercício tão interessante quanto angustiante – mas me senti uma analista *que se deixa transformar pela experiência*

*transferencial e contratransferencial, uma analista implicada [...] quanto à necessidade de passar da passividade à atividade, ou seja, converter aquilo que se padecia passivamente numa experiência própria*³⁵.

Após a intervenção, por exemplo, foi reconhecida a importância do papel do ativista, um lugar pouco nomeado e bastante estigmatizado – mas essencial para fazer a ponte entre a paciente e o serviço de saúde e melhorar a adesão ao tratamento.

Me reconheço como psicanalista implicada. Meu esforço nesse projeto foi cuidar das transferências, não me deixar confundir com um lugar de suposto saber; não impor o dogmatismo branco ocidental da lógica biomédica aos tradicionais e ao que já estava posto como tratamento, cuidado e escuta.

A escuta foi o pavimento para a construção de laços – nem sempre harmônicos e normativos, mas laços que comportavam a heterogeneidade e o não-saber, em que se começou a valorizar a escuta; o movimento de busca de palavras melhores; a construção de metáforas e conceitos que, em minha escuta, ressoavam como algo que *fisga o analista e que certamente implica em algo de suas marcas, do seu desejo, de sua história*³⁶.

Esse “espaço entre” permitiu também reflexões sobre as incertezas e sobre os potenciais da Psicanálise em diferentes espaços e campos, não como panaceia, mas como ampliação de enquadres³⁷. A condição de *também considerar a falta de acabamento, aquilo onde só há contorno*³⁸ foi instrumento importante nos diferentes campos, bem como a explicitação sobre o *que se faz quando se escuta*.

E observar que efeitos que pode gerar no outro o reconhecimento em ser escutado, o que se transforma quando se dispõe a abrir de modo autêntico o *espaço entre*: por exemplo, o surgimento do denegado...

Contribuições...

Quando as pessoas puderam falar sobre suas dificuldades e possibilidades, conseguiram se escutar e potencializar suas redes de apoio, seus recursos

psíquicos, ter um reconhecimento daquilo que estava trazendo sofrimento e produzindo sintomas. Nas tantas interações, entrevistas e conversas, circunscrevemos campos vazios, abrimos espaços psíquicos e criamos diferentes enquadres que permitiram a construção de espaços para diferentes simbolizações³⁹. Juntos, quem escuta e quem fala, sujeitos da transformação. Campanhas de prevenção da Guiné-Bissau, que eram em francês, passaram a ser prioritariamente em português e crioulo; a presença de pessoas usuárias de drogas, homossexuais e travestis começou a ser *considerada* (antes, a negação era completa, as populações eram excluídas das políticas públicas em saúde); os gestores passaram a solicitar formalmente aos consultores externos a transferência de tecnologia para os profissionais locais quando foram realizados treinamentos, por exemplo, em formulação de planilhas; houve incremento da função do Ativista, que não era reconhecido como profissional e passou a ser elemento-chave nas políticas de adesão; a possibilidade de troca entre profissionais de saúde ocidentais e os xamãs locais foi intensificada com ênfase na escuta de parte a parte para compreensão de vínculos e méritos que cada profissional teria junto às famílias

»»

*criamos um curso
de transmissão da Psicanálise
em Moçambique que está
no quarto ano de existência, contando
com 27 psicanalistas brasileiros
e 91 alunos moçambicanos*

e às possibilidades de tratamento dos pacientes. As questões relacionadas à infância – orfandade, ablação do clitóris, abandono de um dos gêmeos e a eliminação dos deficientes – foram trazidas à tona com advento de missões internacionais do UNICEF e diversas Organizações da Sociedade Civil locais, com fomento internacional e contrapartidas locais.

Criamos um curso de transmissão da Psicanálise em Moçambique que está no quarto ano de existência, contando com vinte e sete psicanalistas brasileiros e noventa e um alunos moçambicanos – a *Constituição do Campo Psicanalítico em Moçambique*. Do impacto inicial, foi possível construir novos espaços e escutas.

29 E. Goffman. *Estigma*. p. 47

30 E. Goffman, *op. cit.* p. 48.

31 J. Lacan, *op. cit.* p.238.

32 H. Lima. *Nem Tudo é Doença!*, p.87.

33 C. Dunker. *Estrutura e clínica psicanalítica*. p.375.

34 C. Dunker, *op. cit.* p. 135.

35 S. Alonso, *op. cit.* p.22.

36 S. Alonso, *op. cit.* p. 22.

37 I. Parker. *Cultura Psicanalítica*. p.21

38 S. Alonso, *op. cit.* p.8.

39 S. Alonso, *op. cit.* p.3.

Referências

- Alonso S. *A escuta psicanalítica*. Comunicação painel promovido pela Livraria Pulsional/ SP, 1988.
- Alonso S. O tempo na escuta do analista. In *sig – Revista de Psicanálise*, n. 1, 2012.
- Alonso S. “Bons encontros” com o pensamento de André Green. *Percursos: Revista de Psicanálise*. Instituto Sedes Sapientiae ano XXVII. n. 54, 2015.
- Castilho E. *Aids, sida e cida: como ficam nossas Cidas?* Paper, 1987.
- Chiziane P. *Niketche: uma história da poligamia*. Maputo: Capulana, 2018.
- Couto M. *Mulheres de Cinzas*. Maputo: Fernando Leite Couto, 2015.
- Dunker C.I.L. *Estrutura e clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Zagodoni, 2021.
- Dunker C.I.L.; Thebas, Claudio. *O palhaço e o psicanalista: como escutar os outros pode transformar vidas*. São Paulo: Planeta, 2019.
- Dunker C.I.L. et al. *Análise Psicanalítica de Discursos – Perspectivas Lacanianas*. São Paulo: Estação Cores e Letras, 2016.
- Dunker C.I.L. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. BH, Boitempo, 2015.
- Fernández A. *Los idiomas del aprendiz*. BA: Biblioteca Nueva, 2002.
- Freud S. *O infamiliar [das Unheimliche]*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- 58 Freud S. *A dinâmica da Transferência*. In *Fundamentos da Clínica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.
- Goffmann E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. LTC, 1981.
- Lacan J. *Livro 1. O Seminário. Os Escritos Técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a.
- Lacan J. *Livro 7. O Seminário. A ética na Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b.
- Lacan J. *Livro 8. O Seminário. A Transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988c.
- Lacan J. *Livro 11 Seminário - Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988d.
- Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988e.
- Lacan J. *Livro 9. O Seminário. A identificação*. Recife: CEF, 2001.
- Lacan J. *Livro 15. O Seminário. O Ato Psicanalítico*. Recife: CEF, 2010.
- Lacan J. *Livro 17. O Seminário. O avesso da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.
- Lima H. M. M. *Diagnóstico situacional da Opção B+ nos países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa*. (1) <<<https://www.cplp.org/id-2376.aspx>> e (2) <<<https://www.cplp.org/id/4879.aspx>>, 2018.
- Lima H. M. M. *Escuta psicanalítica entre o sofrimento e o sintoma: uma experiência africana*. Monografia para conclusão do seminário *A Escuta Psicanalítica: Tempo, Memória e História*. Instituto Sedes Sapientiae, 2021.
- Lima H. M. M. *Adesão ao Tratamento de aids*. Curitiba: CRV, 2016.
- Lima H. M. M. *Nem tudo é doença*. São Paulo: Iglu, 2014.
- Lima H. M. M. *A prevenção às dst/aids entre jovens universitários de São Paulo – Capital*. Mestrado em Psicologia Social, PUC/SP, 2000.
- Narby J. *Shamans Through Time: 500 years on the Path to Knowledge*. Editora Tarcherperigee, 2004.
- Ocariz M. C. *Sintoma: o curável e o que não tem cura*. São Paulo: Via Lettera, 2021.
- Ortegas M. *O Édipo Africano*. São Paulo: Escuta, 1989.
- Parker I. *Cultura Psicanalítica: discurso psicanalítico na sociedade ocidental*. São Paulo: Ideias e Letras, 2006.

Psychoanalytic listening in the countries of Portuguese Speaking Countries of Africa

Abstract In this article I bring the report of my experience as a psychoanalyst in public health – in Lusophone Africa. I present some clinical speeches that illustrate this experience and different issues to improve the importance of psychoanalysis on Public Health.: places of listening, transferences, and coping strategies for illness in polygamous, Islamic cultures marked by a deep connection with shamans.

Keywords Psychoanalytic listening; Psychoanalysis in Africa; Xamanism and Psychoanalysis; Psychoanalysis and Public Health.

Texto recebido: 03/2023

Aprovado: 05/2023