

O que podem as clínicas das subalternidades? Por feitura de clínicas com a boniteza do conviver

Maria Lidiany Tributino de Sousa

Orientação: Itaynara Tuxá (Itaynara Rodrigues Silva)

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.21138323>

Resumo: Este ensaio teórico-crítico parte do seguinte questionamento: o que podem as clínicas das subalternidades? Assim, abre campo para perspectivar uma clínica das subalternidades denominada clínica da boniteza do conviver como alternativa aos modelos modernos de cuidado. A noção de boniteza do conviver dialoga com os princípios do Bem Viver presentes nas cosmovisões indígenas latino-americanas. Nesse contexto, a clínica da boniteza do conviver configura-se como uma prática ético-estético-política comprometida com a restituição do corpo, território, ancestralidade, memória, pertencimento e da capacidade de criar mundos coletivamente habitáveis.

Palavras-chave: Clínica. Colonialidade. Subalternidades. Bem Viver.

Primeiro ensaio de questionamento: o que podem as clínicas das subalternidades?

Partimos de inspirações espinosanas que, para submeter à tradição filosófica a crítica da separação corpo e mente que reduz tudo que é corpóreo a algo “inferior” ao pensamento, problematiza “o que pode um corpo?” (Spinoza, 2017). Assim, damos um passo inicial, neste ensaio teórico-crítico, colocando o seguinte problema: O que podem as clínicas das subalternidades? Com o intuito de não se demorar em uma crítica à clínica moderna, individual, universalizante e colonial, mas com o objetivo de perspectivar clínicas subalternas possíveis.

O modo de pensar a partir da cisão entre corpo e mente, que fundamentou as ciências na Modernidade, entre essas a Psicologia, repercute em outras séries de dualidades que marcam a racionalidade ocidental: alma e corpo, inteligível e sensível, verdadeiro e falso, homem e mulher, branco e preto, nas quais os primeiros elementos são associados ao bem e à virtude, e os que compõem o outro extremo são relacionados ao vício, erro e à imperfeição. Esse modo de estruturar o pensamento e as práticas

discursivas considerou os grupos, que fazem uso do corpo como construção de epistemologias e expressões, irracionais e desumanos (Sousa, 2018).

O tempo-espaço denominado de modernidade inventou o homem universal que é branco, europeu, sendo o outro aquele, melhor dizendo, aquilo que não pensa, por isso não existe (se não existe, não pode ser). Nesse sentido, o negro não é constituído a partir de si, mas pelo branco, e esse discurso sustenta projetos de dominação e violência de existências.

Como menciona Mignolo (2017), a modernidade, fenômeno planetário constituído por relações assimétricas de poder baseadas na exploração e dominação de raças, é uma narrativa complexa que oculta seu eixo de sustentação, a colonialidade. E nesta, instala-se a desumanização de corpos e subjetividades, a exploração e assassinio de determinadas populações e a violação de territórios geográficos e existenciais.

Para Spivak (2010), pensadora do grupo de Estudos em Subalternidade, as vozes das pessoas que têm seus corpos marcados por códigos que são efeitos da subalternização, são silenciadas. Entende-se subalternidade como uma categoria conceitual que remete aos escritos gramscianos (Gramsci, 1999), nos quais o conceito marxista de classe é ampliado ao considerar o sistema hierarquizado a partir da relação de dominação entre centro e periferia. Destarte, a classe dominante margeia grupos, reafirmando-se centro das decisões pela imposição do projeto de subalternização. Nesse sentido, os subalternos são os ninguéns que só podem ser falados e representados; são os que não possuem poder de autorrepresentação, os que são nomeados.

Se a subalternidade foi historicamente produzida como negação da fala, da razão e da própria humanidade, as clínicas voltadas às subalternidades não podem ser pensadas como extensão ou adaptação do modelo clínico moderno. Trata-se, antes, de uma ruptura ontológica com esse paradigma. Não se trata de incluir corpos subalternizados em uma clínica que permanece intacta em seus fundamentos, mas de reconfigurar radicalmente o que se compreende por clínica, cuidado e processos de subjetivação.

O lugar do subalterno, embora marcado pela opressão, não se reduz a ela. Trata-se também de um lugar histórico de produção de saberes, de invenção de estratégias de sobrevivência e de elaboração de modos outros de existir. Subjetividades indígenas, negras, quilombolas, periféricas e dissidentes constroem, ao longo do tempo, práticas de cuidado que escapam à lógica individualizante, patologizante e privatizada da clínica moderna. Nessas experiências, o sofrimento não é vivido como falha

individual ou déficit psíquico, mas como expressão de violências históricas, territoriais e epistêmicas.

Nesse sentido, a resposta ao sofrimento não se organiza em torno da normalização do sujeito, mas da recomposição de vínculos rompidos: com a terra, com os ancestrais, com a coletividade e com o corpo compreendido como território vivo. Repensar a clínica implica, portanto, interrogar seu lugar de produção e seu alinhamento ético-político, de modo a construir práticas que não reproduzam violências sobre grupos subalternizados, mas que sustentem aquilo que aqui se denomina **clínica da boniteza do conviver**.

Segundo ensaio de questionamentos: como construir caminhos de uma clínica da boniteza do conviver?

A ideia de subalternidade implica em corpos colocados às margens do centro discursivo. Corpos como o das mulheres, negros, homossexuais, pobres (...) foram vistos como: inferiores, desprezíveis, indesejados, improdutivos, imprestáveis, perigosos - Abjetos. Foram e são corpos marcados pela violência, pela dor, pelo sofrimento e pelo trauma. Como diz Nogueira (2020, p. 18-19): *“Se uma pessoa nasce em uma terra explorada, sua sanidade mental já está em risco - a colonização pode acarretar baixa autoestima ou outras percepções de si igualmente nefastas. (...) Liberdade e sanidade andam juntas”*. Essa fala recupera Fanon (2020) que nos convoca a clamar pela sanidade e, ao mesmo tempo, buscar a liberdade.

Perguntamos: como construir caminhos de uma clínica das margens como resistência de onde novas subjetividades e discursos podem emergir? Será uma clínica dos possíveis? Essas questões trouxeram-nos a memória do filme “O filho de mil homens” de Daniel Rezende, movido pelo livro de Valter Hugo Mãe que inicia com a seguinte frase: “quando se sonha tão grande, a realidade aprende”. Essa oração, levou-nos a Krenak (2019; 2020) ao nos ensinar que o sonho não é fantasia nem fuga, mas “espichamento” da vida pela ampliação da comunicação com os encantados e a natureza que nos oferece orientação, aprendizado e imaginação para criar outros mundos possíveis. Dessa maneira, sonhar é resistência e força política. Será possível sonhar com uma clínica aquilombada e aldeada com a boniteza do conviver?

Perspectivar uma clínica aquilombada e aldeada é construir acolhimento para os corpos que chegam com os traumas da colonialidade (Fanon, 2008; Kilomba, 2019),

valorizando os saberes afro-indígenas e comunitários para conhecermos os caminhos de fuga que nos levem seguros a outros quilombos e aldeias capazes de criar coletivamente formas não ocidentais de cuidado. Nessa trajetória, não podemos iniciar patologizando e individualizando essa dor que tem uma sociogênese, mas entender que os traumas são resultado das estruturas sociais e das relações de poder (Fanon, 2008). Nessas feitura de clínicas, as vozes silenciadas pela história possuem agência, potência, produção. Aqui, resistimos e existimos para construir boniteza do conviver.

A escolha do termo boniteza do conviver tem inspiração no conceito de Bem Viver. Das distintas matrizes do bem viver apontadas por Siqueira, Gonçalves, Santos (2023), trago para a composição, a matriz 1 que corresponde aos saberes e cosmovisões dos povos indígenas andinos e brasileiros. O povo quéchua, no Equador, utiliza a expressão *sumak kawsay*, na qual *sumak* significa “bom” ou “boa” e *kawsay* significa “vida”, “comunidade cósmica”. Os povos aymara da Bolívia fazem uso da expressão *suma qamaña*, na qual *suma* significa “bom” e *qamaña* significa “habitar, se relacionar”, podendo ser compreendida como “conviver bem”, no sentido de respeito, equilíbrio e complementaridade entre os seres humanos e desses com a natureza. Para o povo guarani, no Brasil, a expressão que permite uma aproximação é *teko porã*, em que *teko* significa “ser, estado de vida, condição” e *porã* significa “bonito” (Siqueira, 2020 *apud* Siqueira; Gonçalves; Santos, 2023). O *teko porã*, enquanto um “estado de vida bonito”, apresenta uma estética do viver, modos de experimentações da existência, regimes de sociabilidade que se materializam no sentido do político. O termo brasileiro conjuga um adjetivo e um verbo, no qual o verbo não se refere a um padrão de vida, mas diferentes vidas existentes e outras que ainda estão na potência de existir.

Percebemos que os sentidos do Bem Viver são constituídos por princípios como relacionalidade, correspondência, complementaridade e reciprocidade, contrariando e problematizando a filosofia moderna ocidental nas ideias de fragmentação e separação do ser humano em relação à natureza; de desenvolvimento e de crescimento econômico na medida em que operam gerando exclusão e desigualdade (Dávalos, 2008 *apud* Lacerda; Feitosa, 2015). Entretanto, o conceito de Bem Viver, apesar de seu potencial, não está isento de críticas pelas suas traduções ocidentalizadas e fora dos contextos indígenas. Por se tratar de um conceito, segue sendo atualizado.

A clínica da boniteza do conviver pode ser compreendida como uma prática ético-política orientada pela restituição da imagem, do desejo e da potência de existir de sujeitos historicamente subalternizados. Para sustentar essa perspectiva, articulam-se

dois operadores conceituais centrais: a noção de *espelho enterrado*, elaborada por Carlos Fuentes (1992) e a proposta de *cartografia do desejo* desenvolvida por Suely Rolnik e Guattari (1996).

Em *O espelho enterrado*, Fuentes (1992) afirma que a colonização da América Latina não produziu apenas exploração econômica e dominação territorial, mas também um profundo apagamento simbólico. O colonialismo teria soterrado as imagens próprias dos povos colonizados, impondo-lhes espelhos estrangeiros nos quais não podiam se reconhecer. O “espelho”, nesse contexto, refere-se à possibilidade de um povo ver-se a partir de suas próprias referências históricas, culturais e existenciais. Ao ser enterrado, produz subjetividades marcadas pela fragmentação, pela negação de si e pela internalização de imagens coloniais de inferioridade.

No campo clínico, esse processo expressa-se na produção de sofrimentos que não podem ser compreendidos como conflitos intrapsíquicos isolados, mas como efeitos de uma história prolongada de violência simbólica e material. A clínica da boniteza do conviver pode, assim, ser entendida como uma clínica de desenterramento do espelho, na medida em que cria condições para que sujeitos e coletividades reencontrem imagens de si soterradas pela colonialidade. Diferentemente da clínica moderna-colonial, que oferece ao sujeito o espelho da norma, do diagnóstico, da adaptação e da racionalidade moderna, essa clínica sustenta a emergência de imagens atravessadas pela ancestralidade, pelo território e pela memória coletiva.

Esse processo de restituição da imagem não se dá por via interpretativa ou representacional, mas pelo acompanhamento dos movimentos vivos do desejo. É nesse ponto que a contribuição de Suely Rolnik e Guattari (1996) se torna fundamental. Ao propor a cartografia do desejo, desloca a compreensão do desejo como falta (predominante nas leituras psicológicas e psicanalíticas tradicionais) para concebê-lo como força produtiva, potência de criação e afirmação da vida.

Na clínica da boniteza do conviver, em vez de buscar a correção de comportamentos ou a adaptação do sujeito a padrões normativos de saúde mental, essa clínica acompanha os modos pelos quais o desejo insiste em viver, mesmo em contextos de extrema violência. Trata-se de mapear não apenas os pontos de bloqueio e sofrimento, mas, sobretudo, os fluxos de vitalidade, os afetos que aumentam a potência de existir e os encontros que possibilitam respiração, movimento e criação.

Essa perspectiva implica um deslocamento fundamental em relação à clínica moderna. Enquanto essa tende a estabilizar identidades, fixar diagnósticos e

individualizar o sofrimento, a clínica da boniteza sustenta a instabilidade criadora do desejo, reconhecendo que os processos de subjetivação são históricos, coletivos e territoriais. O cuidado, portanto, não se organiza a partir de um modelo ideal de sujeito saudável, mas da escuta atenta aos movimentos singulares e coletivos que buscam recompor a vida construída pelas relações, tecidas através do (com)viver. Destarte, a clínica da boniteza do conviver configura-se como uma prática que restitui não apenas a imagem de si, mas também a capacidade de desejar e criar mundos coabitáveis. Desenterrar o espelho permite que sujeitos subalternizados voltem a se reconhecer para além das imagens coloniais impostas; cartografar o desejo possibilita acompanhar o que essas imagens reencontradas querem fazer no mundo.

Essa clínica não promete cura no sentido adaptativo ou biomédico. Ela aposta na criação de condições para processos de fortalecimento do pertencimento e ampliação da potência de conviver. Trata-se de uma prática que reconhece o sofrimento como sociogenético, histórico e territorial e que, ao invés de silenciar o corpo, a ancestralidade e o território, toma-os como fundamentos do cuidado. A boniteza do conviver afirma-se, assim, como prática concreta de resistência à desumanização, bem como criação coletiva e sustentação da vida frente às ruínas produzidas pela colonialidade.

Na clínica da boniteza, a ancestralidade não aparece como referência cultural abstrata, mas como tecnologia viva de cuidado com fundamento vivo das cosmopercepções elaboradas por princípios de continuidade, memória encarnada e ética relacional (Dias, 2024). Diferentemente da clínica moderna, na qual o passado é frequentemente acessado como trauma individual a ser elaborado, a ancestralidade é presença ativa, orientação ética e fonte de sustentação subjetiva. Ela não pertence ao tempo que passou, mas ao tempo que insiste em viver no corpo. Cuidar, nesse contexto, implica reativar memórias ancestrais silenciadas pela colonialidade, reconhecendo que nelas habitam saberes de sobrevivência, resistência e invenção da vida.

Para povos indígenas e comunidades negras, a recuperação da ancestralidade é também recuperação da dignidade, pois restitui vínculos com a memória, histórias, territórios, encantados e as coletividades que sustentam o existir. Na prática clínica, isso expressa-se quando a escuta se amplia para além da narrativa individual e se pergunta pelo território, pelos parentes, pelas práticas culturais e pelos modos de vida interrompidos.

O corpo, nessa clínica, não é silenciado em nome da razão. Ao contrário, é reconhecido como lugar legítimo de produção de saber. O silêncio, o choro, a raiva, o

cansaço e o movimento não são imediatamente interpretados ou corrigidos, mas escutados como expressões de uma vida que resiste. A raiva, por exemplo, não é tratada como afeto negativo a ser contido, mas como força política que denuncia a violência e pode ser transformada em ação e cuidado.

O aquilombamento e aldeamento emergem, assim, como princípios clínico, como criação de espaços de proteção, pertencimento e fortalecimento mútuo frente às violências estruturais. O pertencimento deixa de ser efeito do cuidado e passa a ser condição para que ele aconteça.

Terceiro ensaio de questionamento: como sustentar o sonho na clínica da boniteza do conviver?

Sustentar o sonho, na clínica da boniteza, é sustentar a capacidade de imaginar futuros possíveis mesmo em cenários de ruína, onde a colonialidade insiste em produzir interrupções do viver. Cuidar, portanto, implica criar condições para que o sujeito volte a sonhar sem culpa, sem medo, sem trauma. A boniteza do conviver emerge não como estado alcançado, mas como projeto coletivo de reencantamento da vida, no qual o sonho atua como força política, ancestral e criadora, capaz de recolocar o corpo e o desejo em movimento. A clínica, nesse sentido, valida e politiza o sofrimento, recusando sua individualização.

A clínica da boniteza do conviver não se apresenta como método fechado nem como conjunto de técnicas sofisticadas. Ela se manifesta nos gestos mínimos, comuns, nas escolhas éticas e na forma como o encontro clínico organiza-se. Aparece quando o sujeito pode existir sem medo de ser corrigido, traduzido ou ajustado; quando o erro deixa de ser falha e passa a ser reconhecido como pertencente; quando o saber não circula em uma única direção e o cuidado se constrói na troca.

A clínica torna-se bonita quando o ritmo do corpo não é corrigido, quando pausas não são vistas como resistência, quando o silêncio não vira falta de elaboração, quando o terapeuta ajusta o tempo da escuta, e não o corpo do sujeito. Quando a clínica não interpreta: acolhe o retorno do território na fala. Quando a raiva pode ser dita sem ser devolvida como agressividade, quando o cansaço pode existir sem ser lido como preguiça ou fracasso. Quando o terapeuta não acelera a narrativa nem busca pacificar a dor, mas reconhece que há histórias que não pedem superação, mas, reparação e justiça.

A clínica da boniteza do viver, portanto, não se anuncia como resposta definitiva, mas como processo em construção, tecido nas margens, nos quilombos, nas aldeias, nas comunidades e nos encontros onde a vida insiste em brotar apesar de tudo. A boniteza, aqui, não é harmonia nem ideal estético, mas aquilo que faz a vida insistir, mesmo quando se apresenta como estranha, dissidente ou indomesticável.

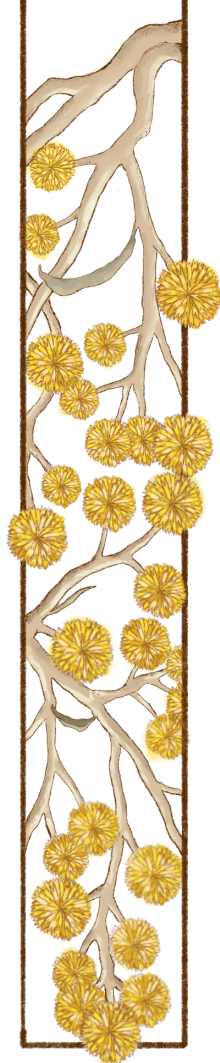
Ao longo deste texto, buscamos sustentar que as clínicas das subalternidades não podem ser pensadas como derivações ou adaptações da clínica moderna, mas como outras formas de cuidado forjadas nas margens, nos territórios violados e nas experiências históricas de resistência. A clínica da boniteza do conviver emerge, nesse sentido, como uma prática ético-política e estética comprometida com a restituição da vida em contextos marcados pela colonialidade, pelo racismo e pela expropriação material e simbólica.

Essa clínica propõe um deslocamento radical do foco individualizante do sofrimento para uma compreensão histórica, coletiva e territorial da experiência subjetiva. A clínica da boniteza do conviver diferencia-se da clínica moderna ao recusar a neutralidade técnica, a patologização da dor e a exigência de adaptação à norma. Em seu lugar, afirma o cuidado como espaço de segurança existencial, pertencimento e reconhecimento de saberes historicamente desautorizados.

Ao reconhecer que o sofrimento de corpos subalternizados possui uma sociogênese, essa clínica desloca a responsabilidade do adoecimento do indivíduo para as estruturas históricas que o produzem. Esse deslocamento não elimina a singularidade da experiência, mas a reinscreve em uma trama mais ampla de relações, histórias e lutas, abrindo possibilidades de reconstrução do pertencimento.

Por fim, a clínica da boniteza do conviver não se apresenta como modelo fechado ou receita universal. Ela constrói-se nos encontros, nos gestos cotidianos de cuidado e nas práticas coletivas que sustentam a vida frente às ruínas da modernidade colonial. Ao apostar na boniteza como condição de existência digna e não como ideal abstrato, essa clínica afirma a possibilidade de criar mundos coabitáveis, nos quais viver não seja apenas sobreviver, mas possibilidades de sociabilidades sustentadas na solidariedade com centro da atenção não apenas no ser humano, mas neste em relação **com** a comunidade, **com** natureza, **com** o cosmos.

Aqui, onde a clínica colonial cala,
A clínica da boniteza do conviver fala.
No chão, onde nosso povo foi silêncio,
hoje brota insurreição e potência.



Onde ergueram torres brancas,
fizemos quilombos de revolução.
Ancestralidade é chamada ao centro,
e pedimos proteção.

Cada dor chega com nome,
chega trazendo ação.
O corpo de limite, vira caminho,
mapa vivo em expansão.

Somos raízes que se entrelaçam
em rizoma de conexão.
Pois aqui, margem não é limite,
Mais vida em fruição.

Nesta clínica que escuta
rezos, cantos e intenções,
diagnóstico não é algema,
são perguntas em (des)formações.
Convite pra sociogênese
da dor que virará canções.

Nos curamos no coletivo,
No toré em comunhão;
tem dengo pra fortalecer,
tem zanga pra ser transformação.

Quem a norma sufocou,
quem a história fez calar,
quem viveu sendo silenciado
sem jamais ter de falar,
Aqui, não promete silêncio,
somos vozes a gritar.

Não somos neutralidade aparente,
somos posicionamento a descolonizar
Somos clínicas do território
onde as epistemologias proibidas começam a brotar

Aqui, ninguém se cura sozinho.
Aqui, a cura é comunidade.
Somos rios, sons e caminhos,
Somos tantos e pluralidade.

Nos passos firme da luta,
Somos vozes insurgentes,
Clínica que escuta
Quilombos resistentes.

Referências

DIAS, Jéssica Aiume Conceição. **Encantarias: tecnologias e saberes ancestrais de cura pelas folhas de Ossain**. 2024. Dissertação (Mestrado em Relações Étnico-Raciais) – Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, Rio de Janeiro, 2024.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

FANON, Frantz. **Alienação e liberdade - Escritos psiquiátricos**. São Paulo, SP: UBU Editora, 2020.

FUENTES, Carlos. **O espelho enterrado**: reflexões sobre a cultura latino-americana. Tradução de Olga Savary. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

LACERDA, Rosane Freire; FEITOSA, Saulo Ferreira. Bem Viver: Projeto U-tópico e De-colonial. **Interitórios Revista de Educação**. Universidade Federal de Pernambuco Caruaru, BRASIL. v.1 n.1, 2015.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**: volume 1: introdução ao estudo da filosofia; a filosofia de Benedetto Croce. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. v. 1.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação** – episódios de racismo cotidiano. Trad. Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

KRENAK, Ailton. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

MIGNOLO, Walter D. **Colonialidade**: o lado mais obscuro da Modernidade [Internet]. Rev bras Ci Soc 2017; 32(94):e329402. [citado em 2024 mar. 31]. Disponível em: <https://doi.org/10.17666/329402/2017>

NASCIMENTO, Beatriz. **Beatriz Nascimento, quilombola e intelectual**: Possibilidades nos dias da destruição. São Paulo: Filhos da África, 2018.

NOGUERA, Renato. "Fanon: uma filosofia para reexistir" In: FANON, Frantz. **Alienação e liberdade**: escritos psiquiátricos. São Paulo: Ubu Editora. 2020. p. 07-19.

SIQUEIRA, Gabriel Castro; GONÇALVES, Bruno Simões; SANTOS, Alessandro de Oliveira dos. **Entre utopias desejáveis e realidades possíveis: noções de bem viver na atualidade**. Estudos Avançados, v. 37, n. 109, p. 125–144, 2023. doi:10.1590/s0103-4014.2023.37109.009

SOUSA, Maria Lidiany Tributino de. **Saúde indígena Potyguara**: travessias entre terras e territórios [recurso eletrônico]. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2018.

SPINOZA, Baruch. **Ética**. Trad. Tomaz Tadeu. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. Parte III – Da origem e da natureza dos afetos.

SPIVAK, Gayatri Chakra Orty. **Pode o subalterno falar?** Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa, André Pereira Feitosa. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010. 135 p.

