

A reabilitação e os efeitos da ciência e do capitalismo

Joyce Laudino Dinoá

Resumo

Este artigo tem como objetivo apresentar reflexões, que surgiram a partir da experiência clínica da autora em um Centro Especializado em Reabilitação de pessoas com deficiência visual, sobre o capacitismo e a segregação. Com base na distinção do corpo para a medicina e do corpo conforme a psicanálise aborda, buscaremos evidenciar que visão e olhar não são sinônimos, e que não há relação de dependência entre ver e conhecer. Discutiremos sobre o ideal de normalidade, que, como efeito do saber científico, produz ideias capacitistas. Diante da singularidade da clínica com pessoas cegas e com baixa visão, o artigo trará à baila a problemática da ciência aliada ao discurso do capitalista como produtores do capacitismo e da segregação. Para concluir, apontaremos para contribuições que a psicanálise pode oferecer.

Palavras-chave:

Capacitismo; Deficiência visual; Discurso do capitalista; Psicanálise; Segregação.

Rehabilitation and the effects of science and capitalism

Abstract

The aim of this article is to present reflections on ableism and segregation, which arose from the author's clinical experience in a Specialized Rehabilitation Centre for people with visual impairments. Based on the distinction between the body for medicine and the body as approached by psychoanalysis, we will try to show that vision and looking are not synonymous and that there is no relationship of dependence between seeing and knowing. We will discuss the ideal of normality which, as an effect of scientific knowledge, produces ableist ideas. Faced with the singularity of the clinic with blind and low vision people, the article will bring up the problem of science allied to capitalist discourse as producers of ableism and segregation. In conclusion, we will point to the contributions that psychoanalysis can offer.

Keywords:

Capacitism; Visual impairment; Capitalist discourse; Psychoanalysis; Segregation.

La rehabilitación y los efectos de la ciencia y el capitalismo

Resumen

El objetivo de este artículo es presentar reflexiones sobre el capacitismo y la segregación surgidas de la experiencia clínica de la autora en un Centro Especializado de Rehabilitación para personas con discapacidad visual. A partir de la distinción entre el cuerpo para la medicina y el cuerpo abordado por el psicoanálisis, intentaremos mostrar que visión y mirar no son sinónimos y que no existe dependencia entre ver y saber. Discutiremos el ideal de normalidad que, como efecto del conocimiento científico, produce ideas posibilistas. Frente a la singularidad de la clínica con ciegos y deficientes visuales, el artículo traerá a colación el problema de la ciencia aliada al discurso capitalista como productora de capacitismo y segregación. Para concluir, señalaremos las contribuciones que el psicoanálisis puede ofrecer.

Palabras clave:

Capacitismo; Deficiencia visual; Discurso capitalista; Psicoanálisis; Segregación.

La réhabilitation et les effets de la science et du capitalisme

Résumé

L'objectif de cet article est de présenter des réflexions sur le capacitisme et la ségrégation, issues de l'expérience clinique de l'auteur dans un Centre de Réhabilitation Spécialisé pour les personnes déficientes visuelles. En nous appuyant sur la distinction entre le corps médical et le corps psychanalytique, nous tenterons de montrer que vision et regard ne sont pas synonymes et qu'il n'y a pas de relation de dépendance entre voir et savoir. Nous discuterons de l'idéal de normalité qui, en tant qu'effet de la connaissance scientifique, produit des idées incapacitantes. Face à la singularité de la clinique des personnes aveugles et malvoyantes, l'article soulèvera le problème de la science alliée au discours capitaliste en tant que producteurs de capacitisme et de ségrégation. En conclusion, nous soulignerons les contributions que la psychanalyse peut offrir.

Mots-clés :

Capacitisme ; Déficience visuelle ; Discours capitaliste ; Psychanalyse; Ségrégation.

A experiência psicanalítica em um Centro Especializado em Reabilitação de pessoas com deficiência visual apontou para a recorrência de queixas que evidenciam o mal-estar produzido pelo capacitismo e pela segregação. Muitos analistas, com diferentes idades, falam do sofrimento em consequência da precariedade dos laços sociais e sobre a impossibilidade de gerir suas vidas, ao serem impedidos de tomar decisões e executar tarefas com autonomia.

Ao olhar é dado um destaque na apreensão do mundo e na constituição do sujeito. O uso dos termos olhar, olho e visão como correlatos é amiúde. A articulação entre o ver e a relação do sujeito com o conhecimento faz com que o olho ocupe um lugar de evidência. Da mesma forma, encontramos a associação de escuridão e cegueira, sendo essas utilizadas como metáforas na relação com a ignorância.

Diante da primazia da visão, surgem ideias capacitistas sobre a cegueira, que colocam em dúvida a capacidade da pessoa que não enxerga de executar suas tarefas da vida diária, ter a noção do mundo externo e aprender. O que notamos é que ainda há a concepção de que ver é sinônimo de saber, e essa ideia reforça o capacitismo, que toma a pessoa que tem deficiência visual como incapaz, improdutiva e dependente. Por esse motivo, é fundamental a desconstrução das ideias de que visão e olhar, ver e saber são análogos.

O olhar diante da cegueira

É comum encontrarmos os termos visão e olhar designando a mesma função. No entanto, a particularidade da clínica com pessoas que não enxergam evidencia que há uma controvérsia. Diante da privação do sentido visual, o olhar, em outra dimensão, faz-se presente na associação livre dos analistas cegos ou com baixa visão. Mas que olhar é esse ao qual as pessoas com deficiência visual se referem?

Esse olhar não tem origem no olho. Até mesmo aqueles com uma síndrome genética chamada anoftalmia bilateral, ou seja, pessoas que nasceram sem os globos oculares, fazem referência a ele. Não é raro escutar deles as expressões: “quando eu olho, quando eu vejo...”, descrições de cenas que presenciaram, cenas de sonhos, e também falarem sobre como se sentem ao saber que são observados.

Para compreender essa questão, é fundamental salientar que o corpo tem conotações diferentes para a medicina e para a teoria psicanalítica, e elucidar o que define o corpo para a psicanálise. A experiência com pessoas cegas e com baixa visão envolve questões orgânicas que precisam ser claramente separadas das psíquicas.

O olho, objeto de estudo e intervenção do médico, é um órgão que faz parte do corpo biológico, tendo anatomia e funções específicas, e sendo o responsável pelo sentido visual, que nos permite enxergar aquilo que há no mundo externo. Logo, interessa à oftalmologia, especialidade clínica na medicina que trata das doenças relacionadas com a visão.

Já o corpo anunciado pela psicanálise não se confunde com o organismo biológico, não obedece às leis da distribuição anatômica dos órgãos e dos sistemas funcionais. Ele se apresenta como palco no qual se desenrolam as relações entre o psíquico e o somático.

Freud (1915/2017) refere-se à biologia e à vida anímica, ao apresentar o conceito de pulsão como representante psíquico dos estímulos corporais. O que ele evidencia é que o somático, conjunto das funções orgânicas, é habitado por um corpo atravessado pela pulsão e pela linguagem, que obedece às leis do desejo inconsciente, coerente com a história de cada um. Portanto, para a psicanálise o corpo não é dirigido segundo uma razão única e determinada da racionalidade somática. Ele é regido conforme uma dupla racionalidade, a do somático e a do psíquico, que, fundamentado no encontro do sujeito com a trama das relações parentais, constrói-se a partir da erogeneidade.

Lacan propõe a esquizo entre o olho e o olhar. O que ele chama de olhar está naquilo que escorrega “em nossa relação às coisas, tal como constituída pela via da visão e ordenada nas figuras da representação” (Lacan, 1964/2008, p. 76).

A experiência da análise de pessoas com deficiência visual reforça que as emanções pulsionais do olhar não se submetem à visão, e que o olhar não tem localização orgânica. A natureza do olhar que afeta o cego é o olhar que não tem consistência, não é do campo do visível, ausente no campo das aparências, não é subjugado ao aparelho ocular e, logo, não depende da percepção visual. Enquanto o ver se refere à função do olho, à sensação e à percepção, o olhar, como objeto, está no campo do Outro. É esse olhar que aparece na clínica com cegos e que nos interessa.

Assim como quem enxerga, aquele que não vê tem pulsão escópica, e é ela que comanda o desejo de saber. Ainda que uma pessoa seja cega congênita de ambos os olhos, ela apreende e aprende por meio das percepções tátil, olfativa, cinestésica e, sobretudo, da linguagem. Quinet (2002) salienta que o simbólico comanda a relação do sujeito com o significante presente em todo o fenômeno da visão. Portanto, não há relação de dependência do olho e de sua plena funcionalidade para a pessoa conhecer o que há no mundo externo e adquirir independência.

Torna-se evidente que ver e saber não estão subordinados, e que o sentido visual não é um requisito imprescindível e garantia para alcançar o conhecimento. Ver é função do olho, mas olhar é objeto da pulsão escópica. Nessa separação entre o olho e o olhar encontra-se a esquizo do sujeito em relação ao campo escópico no qual se manifesta a pulsão (Quinet, 2002).

Com base no referencial teórico psicanalítico, é possível averiguar que esse olhar do qual a pessoa que não enxerga fala se faz presente mesmo de fora do campo visual. Os fundamentos para essa compreensão são o conceito freudiano de pulsão e sua relação com o objeto *a*, referido por Lacan.

O que determina a instituição do sujeito no visível é o olhar como objeto *a* que vem do exterior, é estrangeiro e, ao mesmo tempo, incide sobre o sujeito. Lacan (1964/2008, p. 84) diz que “(...) é inteiramente claro que vejo fora, que a percepção não está em mim, que ela está sobre os objetos que apreende. E, no entanto, percebo o mundo numa percepção que parece depender a imanência do *vejo-me ver-me*”. O que Lacan nos ensina é que se trata de sabermos, na fantasia, que somos seres olhados, e que a reversibilidade do ver e ser visto captura o olhar em sua forma de objeto *a*, objeto de desejo e causa de angústia.

De acordo com o que Lacan (1964/2008) proferiu, a pulsão escópica não tem representação no inconsciente e não se situa no nível da demanda, como é o caso para as pulsões oral e anal, que se escoram no circuito da demanda entre o sujeito e o Outro, que se expressa pela demanda de seio que o bebê faz à mãe, ou pela demanda do Outro ao sujeito, na qual é a mãe que demanda as fezes de presente ao filho. A pulsão escópica não se escora em função fisiológica e não tem relação com a necessidade. Não temos a necessidade de ver, mas, sim, o desejo de olhar, elucida Quinet (2002).

Esse olhar, objeto de desejo e causa de angústia, não se localiza no corpo biológico, mas, sim, no corpo pulsional regido pela lógica dos significantes e que por isso comparece na fala dos analisantes com deficiência visual. Por conseguinte, é preciso ir além daquilo que os olhos podem ver e, dessa forma, considerar o olhar como pulsão escópica. Pois, ao assumir a nova posição, o olhar deixou de ser entendido como uma propriedade do aparelho perceptivo, um atributo sensorial, e passou a ser conhecido como um objeto pulsional, ou seja, um dos possíveis caminhos orientadores da pulsão.

Como registrado, é possível compreender que o olhar não é um atributo físico do qual a pessoa se serve como instrumento, e que o campo escópico não se reduz à visão. A natureza do olhar que afeta a pessoa com deficiência visual é uma das formas de apresentação do objeto *a*, e não uma peculiaridade daquele que tem as funções do olho saudável. O olhar não está no sujeito; ele incide sobre o sujeito e tem função de objeto por ser aquilo que é impossível de ser apreendido.

Quinet (2002) torna claro que o olhar não é um objeto passivo da percepção, mas, sim, um objeto ativo pelo qual o sujeito é subvertido. É o olhar como objeto *a* o que dá a visibilidade ao vidente. “Ele é objeto que causa seu desejo e que não está ausente quando a angústia se faz presente. Trata-se do olhar como objeto *a* da álgebra lacaniana” (Quinet, 2002, p. 18).

Lacan (1964/2008) interroga: como, então, vamos tentar imaginar o olhar se ele é avesso à consciência? O objeto *a* pertence ao registro do real, não é assimilável pelo significante e não tem inscrição racional. Também, de todos os objetos que o sujeito pode reconhecer sua dependência no registro do desejo, o olhar se especifica como inacessível. É por isso que ele é, mais do que qualquer outro objeto, desconhecido, salienta o psicanalista.

O olhar como objeto da pulsão escapa ao sentido visual, manifestando-se não só na angústia, mas também na construção da fantasia, que participa do imaginário e só adquire função por meio dos significantes. Portanto, é por meio dos significantes que conhecemos o olhar como objeto na fantasia do analisante, e desse modo é possível compreender a natureza do olhar que afeta aquele que não enxerga.

Se, por um lado, está à deficiência visual como um impedimento para enxergar, por outro a psicanálise propõe que há o olhar. E nesse sentido ressaltamos que a etiologia das doenças orgânicas, como a cegueira e a baixa visão, permanece como competência das disciplinas médicas, e que a psicanálise tem, em torno do corpo, um discurso diferente da medicina, assim como outra metodologia e outra clínica.

O psicanalista, advertido de que a deficiência tem uma significação única para cada sujeito, não toma como direção a cegueira no sentido médico e deve pensar no corpo para além da matéria orgânica e de suas funções, detendo-se na abordagem do corpo, naquilo que o toca na palavra, isto é, em todas as formas de colocar esse corpo em palavras. O que interessa são as enunciações sobre o olho, o olhar e a deficiência a partir daquilo que foi evidenciado pelos analisantes em suas análises e que vai apontar para as direções que a clínica psicanalítica pode oferecer.

A singularidade da prática psicanalítica com pessoas com deficiência visual evidencia que o olhar assume outro lugar que não tem relação com a visão, que ele se apresenta de várias formas, inclusive por meio de um discurso normalizador, que incide sobre todos os corpos.

Efeitos do saber científico e do discurso do capitalista

Nas instituições de reabilitação, o saber que predomina é o da medicina, que classifica, reduz o corpo a um CID, difunde padrões de normalidade dos corpos, resalta as características relacionadas com a incapacidade, dependência que reforça as ideias capacitistas, e ainda relaciona a pessoa com a doença, excluindo a singularidade e a condição de sujeito desejante.

O estigma associado à deficiência como um adoecimento, um mau funcionamento do corpo, uma decadência, provém dos discursos normalizadores, que produzem sofrimento. Na clínica com pessoas cegas e com baixa visão, muitos falam que não é raro serem questionados sobre o que podem e conseguem fazer, e que suas histórias de vida são presumidas como um fracasso, já que são impossibilitados de gerir suas vidas, impedidos de tomar decisões e executar tarefas da vida diária com autonomia.

Entende-se que o capacitismo é uma construção social que toma a pessoa que tem deficiência como incapaz. Um exemplo é que muitos se dirigem ao acompanhante da pessoa com deficiência, em vez de se dirigirem diretamente à própria pessoa, como se ela fosse incapaz de responder por si. Presumindo, é desse modo que a pessoa que tem deficiência é passiva e dependente.

Em geral, a sociedade é pouco receptiva à diversidade corporal e pouco conhece as pessoas com deficiência, justamente porque elas não frequentam lugares em comum e não pertencem a grupos que não sejam aqueles compostos por pessoas com deficiência, que são formados, geralmente, nas instituições de saúde e reabilitação.

Durante a experiência em uma dessas instituições, foi possível ouvir queixas referentes ao não pertencimento de grupos sociais, à falta de oportunidades no mercado de trabalho, assim como à precariedade dos laços e ao mal-estar, até mesmo no grupo familiar. Essas queixas evidenciam que ideias capacitistas provocam sentimentos de inadequação, inferioridade, subordinação, exclusão, e que há uma implicação direta na subjetividade.

Abordar a temática da deficiência, do capacitismo e da segregação é uma tentativa de fazer com que, para além das políticas públicas instituídas na Lei Brasileira de Inclusão — e que são insuficientes, pois requerem mais do que acessibilidade arquitetônica, como piso tátil e rampas —, possamos desconstruir ideias capacitistas, que nos são tantas vezes familiares.

A política de inclusão se fundamenta na necessidade de introduzir a pessoa com deficiência na sociedade e prevê práticas para que essas pessoas possam ter condições e padrões de vida o mais próximo do que é considerado o padrão de normalidade baseado no discurso da ciência e do capitalismo. Trata-se do direito da pessoa com deficiência de ter igualdade de acesso ao espaço comum da vida em sociedade, como o direito de frequentar escolas regulares, com o objetivo de estimular suas capacidades e socializar. Ela visa ao direito à convivência não segregada e ao acesso aos recursos disponíveis de forma igualitária.

Mas, embora a sociedade afirme que aceita essas pessoas em diversos setores, o que se nota é que ainda há um movimento de adequação da pessoa com deficiência ao que é considerado normal, e as propostas são para que elas possam desenvolver suas capacidades e atingir níveis aceitáveis de adaptação. Ou seja, fazem com que a pessoa com deficiência se aproxime dos padrões de normalidade físico e funcional aceitáveis pela sociedade, não sendo a sociedade que busca se adequar a eles.

Nesse sentido, cabe tecer uma crítica ao trabalho da reabilitação, que envolve medidas para que os usuários — como são identificados na instituição — possam alcançar e manter uma funcionalidade considerada ideal, seja ela física, intelectual, psicológica ou até mesmo social.

Uma instituição especializada em reabilitar tem como objetivo oferecer tratamento às pessoas com deficiência para que elas exerçam sua funcionalidade com autonomia e independência, tendo a capacidade de autogestão. Logo, a reabilitação promove a capacidade da pessoa com deficiência de gerir sua vida por seus próprios meios. Parte da política de inclusão, a reabilitação prevê ações que possibilitam que todos tenham oportunidades de acesso a saúde, educação, em-

prego, lazer, entre outros. Contudo, a inclusão não se refere somente ao acesso a estudo, trabalho, saúde. Cada um tem uma necessidade particular, e, a partir da diversidade dos corpos, precisamos considerar a singularidade. Para isso, a escuta é a principal via.

No entanto, o que vemos na prática é a desimplicação do sujeito. A instituição detentora do saber especializado, do controle sobre o corpo e do poder sobre a vida do outro é que diz o que tem que ser feito e como fazer. Esse saber, predominante na reabilitação, desconsidera o sujeito. Por meio dos ideais de normalidade, reforçados pela classificação, por exemplo, do CID, enquadra a pessoa em um código e produz estereótipos que, por vezes tiram a liberdade de decisão e autonomia para se fazer o que quiser e como quiser.

Lacan (1968-1969/2008, p. 233) diz: “O capitalismo reina porque está estreitamente ligado à ascensão da função da ciência.” Operando segundo a lógica da produtividade, a preocupação, no discurso do capitalista, gira em torno da força de trabalho que o corpo é capaz de produzir. Nesse discurso, que é predominante em nossa sociedade, o ser humano se torna um material impulsionado pelo mandamento de trabalhar mais para produzir mais (Lacan, 1969-1970/1992). Logo, só tem valor o corpo que produz.

É ao tomarem o corpo sadio como aquele que serve ao trabalho que a ciência e o capitalismo produzem a segregação e disseminam a cultura capacitista, já que o corpo que não é utilizado como força de trabalho é considerado incapaz, improdutivo, é um corpo deficiente. Dessa maneira, se a pessoa tem alguma deficiência, como a cegueira, ela é desvalorizada, colocada na posição de inferioridade, subordinação, e excluída por ser inadequada, inválida e incapaz de produzir conforme ditam os padrões.

Ao introduzir o discurso do capitalista, Lacan (1969-1970/1992) aponta que a diferença entre esse e os outros quatro está além dos lugares que os elementos ocupam. Mas está no fato de que, diferente dos demais, o discurso do capitalista não faz laço social. O que verificamos é que o laço social é substituído pelos objetos produzidos pela ciência e pela tecnologia que possam representar os objetos pulsionais.

Antonio Quinet (2023, p. 52), em seu livro *Psicose e laço social*, explica: “O discurso do capitalista, efetivamente, não promove o laço social entre os seres humanos: ele propõe ao sujeito a relação com um *gadget*, um objeto de consumo curto e rápido.” O interesse é o do mercado, e as relações, por esse motivo, não estão centradas nos laços com outros homens, mas com bens e informação.

Além da exclusão do laço social, no discurso do capitalista o sujeito, ao mesmo tempo que controla a produção e o consumo do objeto, passa também a ser por esse comandado. O sujeito é capturado pelos objetos de consumo, que, financiados pelo capital, são produzidos pelo saber científico e tecnológico. Esses objetos

prometem não deixar espaço para a falta e, de certo modo, para a emergência do sujeito desejante. Mesmo sendo da ordem do impossível, a ciência tenta nos fazer crer que é possível uma completude por meio daquilo que ela oferta.

Lacan aponta para o progresso da ciência e seu efeito de um ideal uniformizante como fator que favorece a segregação ao isolar um grupo, por exemplo, por suas características físicas. Entendemos a segregação como um efeito de discurso do capitalista, dominante em nossa sociedade e, sobretudo, uma forma de organização do social, uma "...via de tratar o insuportável, o impossível de suportar" (Soler, 1998, p. 46).

Criam-se espaços comuns de convivência onde aqueles que são iguais entre si são agrupados, convertendo-se em grupos de segregados. A criação desses espaços revela que o ideal uniformizante suprime as diferenças, em que o que está em jogo é um viver como o outro, mas não com o outro (Soler, 1998, p. 45).

Esses discursos não permitem espaço para a diferença e buscam a universalidade. Lacan (1973/2003), em "Televisão", sublinha que, quanto mais nos movemos em direção ao universal, mais segregamos o singular. Contrariando a lógica universal da ciência, de que somos todos iguais, e a lógica cristã, que diz que devemos amar o próximo como a nós mesmos, fazem-se presentes em nosso meio o capacitismo e a segregação.

Foi possível notar, com a experiência clínica com pessoas com deficiência, que elas sofrem com as impossibilidades impostas pelas ideias capacitistas e com a segregação. Na medida em que o discurso da ciência provê tratamentos e ferramentas para adequação e homogeneização dos corpos por meio de seus ideais de normalidade, as instituições de reabilitação se servem desse discurso, de modo que a tendência é desconsiderar a singularidade e universalizar.

No entanto, a psicanálise atua na contramão, ao não atribuir sofrimento à deficiência e fazer advir o sujeito do inconsciente, o sujeito desejante. Ao apostar na escuta analítica como espaço para o sujeito, por ora reduzido a um objeto de saber da medicina e atrelado aos significantes deficiente, incapaz, improdutivo, a psicanálise acolhe a diferença, a singularidade e, dessa forma, zela pelo não apagamento do sujeito. O discurso do analista é, por consequência, uma possibilidade subversiva, que, diante da lógica do capitalismo, tenta tratar na via do um a um seus efeitos com a pretensão de escapar à segregação, conforme comenta Soler (1998).

Nesse sentido, a psicanálise propõe a ética da diferença, e não a ética da segregação. Contra o imperativo do ter, a psicanálise propõe a ética da falta-a-ter, que se chama desejo, e a gestão não do capital financeiro, mas do capital da libido. Conforme acentua Quinet (2023, p. 33): "é preciso uma ética para barrar o imperativo do gozo imposto pelo discurso capitalista científico neoliberal".

Contribuições da psicanálise à inclusão

A importância da escuta psicanalítica para situar as questões que interpelam o sujeito, que não necessariamente têm relação com a deficiência, foi ressaltada. Para a psicanálise, o sujeito não é deficiente, e a deficiência não é um sintoma a ser tratado. Sabemos que a clínica psicanalítica se dá no um a um, e que a marca que o significante “deficiente” vai imprimir sobre o sujeito varia de caso para caso. Nesses sujeitos, quando ouvidos sob essa perspectiva e considerando-se a lógica do inconsciente, constata-se que o olhar assume outro lugar, que não tem relação com a visão.

A experiência em um Centro Especializado em Reabilitação para pessoas com deficiência visual revelou o mal-estar produzido pela ciência e pelo discurso do capitalista, ao colocarem em pauta os efeitos dessubjetivantes. Notamos que essas instituições, com base no saber científico, reproduzem o discurso normalizador e universalizante, que, somado aos efeitos do capitalismo na busca de trabalhadores e consumidores insaciáveis, acarreta o capacitismo e a segregação. Dessa forma, é importante considerarmos as fontes de mal-estar e os atravessamentos da cultura que são fonte de sofrimento. Não devemos restringir o saber psicanalítico à perspectiva terapêutica sem considerar as dimensões culturais, sociais e políticas que influenciam os modos de subjetivação do sujeito. Pois toda psicologia é, antes de tudo, uma psicologia social (Freud, 1921/2011).

Com a legitimidade dos fundamentos teórico-clínicos da psicanálise e da ética, somos convocados a refletir sobre os atravessamentos sociais e políticos diante das questões de caráter tão particular que atravessam a vida dessas pessoas, de modo a contribuir com formulações que forneçam subsídios para a ruptura do estigma de que elas são incapazes, suscitando outro modo de pensar a temática, possibilitando a resignificação da deficiência e a saída da lógica capacitista.

Ao superar os limites da clínica e não nos isentarmos dessas discussões, alcançamos questões sociais e políticas, assumimos um compromisso ético, reforçamos a urgência do debate sobre as práticas e os discursos que fomentam o capacitismo e a segregação, propomos uma perspectiva que considera a singularidade do sujeito, assim como a necessidade de desdobramentos que visam à inclusão para além do suprimento das necessidades básicas de sobrevivência.

Referências bibliográficas

- Freud, S. (2011). Psicologia das massas e análise do Eu. In S. Freud. *Obras completas* (P. C. de Souza, Trad.) (Vol. 15, pp. 13-113). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1921)
- Freud, S. (2017). *As pulsões e seus destinos. Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1915)
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1969-1970)
- Lacan, J. (2003) Televisão. In J. Lacan. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1973)
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1968-1969)
- Quinet, A. (2002). *Um olhar a mais: ver e ser visto na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Quinet, A. (2023). *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Atos e Divãs Edições.
- Soler, C. (1998). Sobre a segregação. In L. Bentes & R. Gomes (Org.), *O brilho da infelicidade*. Rio de Janeiro: Contra Capa.

Recebido: 01/06/2023

Aprovado: 15/06/2023