



PUC
RIO

WECYANI DE FARIAS NASCIMENTO

DA POSSIBILIDADE DE ATENDIMENTO PSICANALÍTICO
ÀS CLASSES TRABALHADORAS - UM ESTUDO DE CASO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

RIO DE JANEIRO, MARÇO DE 1994

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>

N.Chamada: 150 / N244d / TESE UC

Título: Da possibilidade de atendimento psicanal



0 0 7 5 0 7 6

Ex: 1-CENTRAL

2253

WECYANI DE FARIAS NASCIMENTO



DA POSSIBILIDADE DE ATENDIMENTO PSICANALÍTICO ÀS CLASSES
TRABALHADORAS - UM ESTUDO DE CASO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA AO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DA PUC/RJ COMO PARTE DOS REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

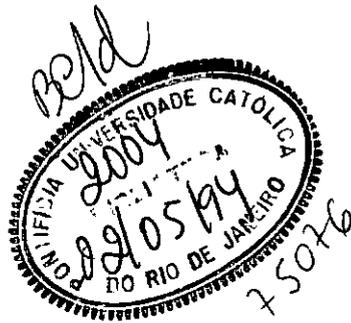
ORIENTADORA: ESTHER MARIA DE M. ARANTES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO, MARÇO DE 1994

UC 50680-2



150
N244d
TESE UC

Ao mestre da minha vida. Com todo
carinho que nossos sonhos puderem
alcançar!

ALTINO NOGUEIRA "DE FARIAS"

(ele está sempre!)

AGRADECIMENTOS

À orientadora Esther Maria de M. Arantes pela acolhida sincera, competente e propiciadora de todo o trabalho. Muitíssimo obrigada!

À Maria Helena Novaes Mira pela ajuda no início do trabalho.

À minha Família pela cumplicidade silenciosa e pela Força Sempre!

À Waldir Peres Quevedo Filho, pelo imenso carinho e compreensão.

À Daisy Ribas Carestiato, por tudo que a psicanálise representa: liberdade do desejo! Obrigada.

À Vera Maria Ramos de Vasconcellos, por ter sido a mentora intelectual de toda uma idéia inicial.

À Maria Lúcia Oliveira de Arraes Alencar, pela acolhida carinhosa e por sua leitura competente.

À Raldo Bonifácio Costa Filho pela sua bondade como ser humano.

À todos os meus amigos: Rita, Lôlô, Rosália, Mônica, Marcos, Silmar, Deni, Palmira, Edson, Marcelo, Hermes, Paulo, Delfim, Simone, Carla...

Aos amigos da PUC/RJ: Cláudio, Luiza, Kátia e Waldete.

À Jorge Froes por ter lido. Muito obrigada!

À José Reinaldo da Silva Galamba, pelo tom erudito do francês.

À Monica e Alexandre, pela amizade e pela composição final.

À Verinha e Marize pela simpatia que a PUC/RJ representa.

À CAPES pelo auxílio através da bolsa de estudos.

RESUMO

O objetivo desta dissertação é apontar, a partir de Freud e Lacan, a possibilidade de atendimento psicanalítico às classes trabalhadoras sem que se façam necessárias mudanças na técnica ou teoria.

Problematizamos, inicialmente, os argumentos pelos quais se tem justificado uma "análise adaptada às classes trabalhadoras".

A partir desta discussão apresentamos fragmentos de atendimentos realizados com pacientes portadores de tuberculose pulmonar com intuito de evidenciar que, em que pese as diferenças culturais e de classe social, é possível que o paciente se instaure no discurso analítico.

RESUMÉE

Cette dissertation a pour objectif montrer, selon Freud et Lacan, la possibilité de consultation psychanalytique à la classe ouvrière, sans qu'il soit nécessaire de changements dans la technique ou la théorie.

Au début, on rend problématique les arguments par lesquels ce sont justifiés une "analyse adaptée à la classe ouvrière".

À partir de ces propositions on présente les fragments de consultations données aux malades porteurs de tuberculose pulmonaire; avec l'intention de mettre en évidence; en tenant compte de leurs différences culturelles et de classe sociale, que c'est possible le malade s'établir dans le discours analytique.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - ATENDIMENTO PSICANALÍTICO E CLASSE SOCIAL...	3
CAPÍTULO II - O INCONSCIENTE E A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO..	34
2.1 - O Inconsciente: este conceito subversivo.....	34
2.2 - Características do Inconsciente e a releitura de Lacan.....	37
2.3 - O sujeito se constitui como processo.....	46
2.4 - Formações do Inconsciente.....	53
Notas Bibliográficas.....	60
CAPÍTULO III - PESQUISA EM HOSPITAL PARA PACIENTES TUBERCULOSOS.....	61
3.1 - Características do contexto hospitalar.....	61
3.2 - Situações Ilustrativas de atendimento.....	69
3.3 - Análise das Situações Ilustrativas.....	87
CONCLUSÕES.....	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100

INTRODUÇÃO

Este estudo diz respeito à possibilidade de uma escuta analítica em um hospital da rede pública, onde encontram-se internados pacientes portadores de tuberculose pulmonar, sendo estes, em sua grande maioria, de origem sócio-econômica humilde.

Discutir esta possibilidade mostrou-se oportuno através de nossa inserção como psicóloga em um hospital da rede pública e na medida em que, particularmente nos últimos dez anos (aproximadamente) e a partir de uma crítica ao elitismo da psicanálise (desde que se dirigia, privilegiadamente, às classes média e alta), iniciou-se no Brasil uma série de estudos sobre a possibilidade de se estender à população de baixa renda, o atendimento psicanalítico.

Se por um lado, a discussão sobre a relevância social da psicanálise tem o mérito de fazer com que diversos profissionais voltem a sua atenção para a situação do atendimento à classe trabalhadora em instituições públicas, por outro lado, mesmo aqueles que se dispõem a isto não deixam de postular que este atendimento deve sofrer algumas modificações, adaptando-o seja às características sócio-culturais desta população, seja devido às limitações impostas ao atendimento quando este se realiza em instituições públicas.

Em que pese o mérito e o pioneirismo destes empreendimentos, o que sem dúvida constitui-se em inegável avanço frente

à indiferença de muitos, acreditamos que o fato mesmo de se postular modificações na teoria e/ou técnica para adequar o atendimento às características diferenciais da classe trabalhadora tornam estes empreendimentos, no mínimo ambíguos.

Pretendemos, neste trabalho, problematizar alguns dos argumentos pelos quais se tem justificado uma "análise adaptada à classe trabalhadora", utilizando o próprio referencial da psicanálise como instrumento para esta problematização.

À luz desta discussão, faremos alguns comentários sobre o atendimento que atualmente realizamos no Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras, para o qual não postulamos modificações tanto na técnica quanto na teoria psicanalítica.

CAPÍTULO 1

ATENDIMENTO PSICANALÍTICO E CLASSE SOCIAL

Toda a discussão sobre a possibilidade de atendimento psicanalítico à classe trabalhadora parte do pressuposto inicial que terapeuta e cliente pertencem à classes sociais diferentes (Bezerra, 1987; Costa, 1989; Figueira, 1985; Ropa e Duarte, 1985). Enquanto o psicanalista se encontraria nas camadas médias e altas, o cliente seria originário dos estratos sociais mais baixos, e essa diferença é considerada problemática.

Embora esta diferença exista, ela não é absoluta. Com a abertura das instituições psicanalíticas a outros profissionais além dos médicos, não apenas ampliou-se o número de psicanalistas como também diversificou-se sua origem sócio-econômica. Em muitos dos cursos de psicologia, de onde sai grande número de psicanalistas atualmente, é possível encontrar alunos oriundos da classe média baixa.

Por outro lado, mesmo existindo a diferença de classe, caberia perguntar "o que isto impede"? Será que nos consultórios bem instalados, pertencendo cliente e analista à mesma classe social, o entendimento é melhor? Até porque, como veremos, em se tratando de psicanálise, há sempre um mal entendido no discurso. O que o analisando fala não é necessariamente o que ele pretendia dizer conscientemente e o analista, por sua vez, procurará a falha no discurso. O que o analista vai escutar, não é o que o analisando

queria dizer.

No artigo "Considerações sobre Terapêuticas Ambulatoriais em Saúde Mental", Bezerra (1987) discorre sobre a diferença de classes. Afirma que parte da dificuldade na comunicação entre terapeuta e paciente de classe baixa, deve-se a não serem eles pares sociais - pertencerem a classes sociais diferentes e não compartilharem de atributos e características semelhantes.

"Na verdade em nenhum outro lugar pessoas de origens, linguagens, expectativas, etc. tão diferentes se encontram a sós e muito menos nesta situação peculiar onde um deve falar do mais íntimo, das coisas mais delicadas e pessoais de sua vida. Diante disso o paciente pode lidar com a flagrante distância social de diversas maneiras." (Bezerra, 1987: 166)

Se por um lado é correta a afirmação acima, por outro lado, a difusão da psicanálise nas classes média e alta, possibilitando o que Figueira (1985: 11) chama de "cultura psicanalítica", não deixa de ser igualmente problemática. Será que entre pares sociais ficaria realmente mais fácil, que o inconsciente aflorasse (ou fosse produzido na sessão analítica)? Compartilhar características semelhantes por fazer parte da mesma classe social, não é um fator que garanta incondicionalmente a instauração de uma situação analítica. O inconsciente não trata de coisas semelhantes e compartilháveis. Ele trata do indizível, do "insabível":

"O consciente seria um saber que a gente sabe e o inconsciente um saber que a gente não sabe." (Moscovitz e Grancher, 1991: 12)

Neste artigo Bezerra (1987) aborda vários outros pontos questionando algumas possibilidades do atendimento à população pobre, com o intuito de levantar questões e não de respondê-las. Ele sugere caminhos, problematizando perspectivas à pesquisas futuras. O autor alerta que é preciso não se deixar levar por uma ilusão universalista do sistema psiquiátrico-psicológico, a ponto de empobrecer a escuta do terapeuta. No entanto, embora preocupando-se com a inserção histórica do sujeito humano observa que, do ponto de vista do agente, daquele que sente necessidade de procurar um atendimento, é diferente. O indivíduo não vai levar em conta que a sua busca pelo tratamento (ou a sua aceitação perante uma oferta de atendimento "psi") é o resultado do processo de medicalização de sua existência ou de despolitização dos conflitos sociais. Ele procura uma ajuda para algo que lhe move a favor de sanar e/ou curar um sofrimento.

"Se ele procura um terapeuta e não um padre, uma rezadeira ou um pai-de-santo não é porque está consciente de ser um representante da ideologia do individualismo, mas porque as terapêuticas psiquiátrico-psicológicas cada vez mais aparecem a ele como a solução para este tipo de problema, e isso não é vivido como dedução teórica (ou artefato ideológico) pelo paciente, mas como uma evidência, um fato natural." (Bezerra, 1987: 146)

Concordamos com Bezerra, cabendo apenas assinalar que os sujeitos de classe média e alta encontram-se igualmente sujeitos às determinações históricas, sociais e ideológicas.

Um outro aspecto da discussão diz respeito a uma categoria específica, a doença dos nervos. Este quadro, típico das

classes baixas, não traria uma psicogênese para o sintoma, como se estaria acostumado a escutar com pessoas de classes média e alta. As explicações que tais indivíduos dariam para a doença dos nervos, remeteriam-se à, por exemplo: "pancada na cabeça por um guindaste"; "atropelamentos"; "tombo do berço quando era nenê", etc.

Jurandir F. Costa (1989: 21) diz que o terapeuta se surpreende com a doença dos nervos, pois estaria mais habituado a pensar a neurose ligada à psicogênese dos conflitos familiares, afetivos ou sexuais - de um certo tipo de infância. Contudo, apesar de uma certa surpresa, afirma que as razões que os sujeitos das classes trabalhadoras dão para os seus sintomas não são nem mais nem menos profundas, do que as razões dadas pelos sujeitos de classes média e alta.

"Pai, mãe, sexo, agressividade, afetos e sentimentos íntimos são a matéria-prima dos conflitos psíquicos tanto dos índios da zona sul quanto dos índios do subúrbio." (Costa, 1989: 21)

O quadro da doença dos nervos foi vastamente estudado, num trabalho antropológico (Duarte, 1986) em uma comunidade ligada à atividade pesqueira, localizada num bairro de Niterói, próximo à cidade do Rio de Janeiro. Neste estudo, procurou-se compreender as condições físico-morais, da categoria do nervoso. Atentou-se para uma oposição entre "estar nervoso" e "ser nervoso". "Estar nervoso" diz respeito a um estado de perturbação mais leve, ou passageira. "Ser nervoso" é uma categoria ligada à doença dos nervos e ao temperamento nervoso. Este é um estado mais intenso

e permanente, que estaria ligado a um modo e qualidade interior da perturbação. O foco de análise deste estudo, centrou-se na linguagem do nervoso e em sua relação com uma "cultura das classes trabalhadoras urbanas". As classes trabalhadoras compartilham de um

"código específico para falar dos infinitos embaraços de sua prática de vida, do embate cotidiano entre valores e situações.(...) Esse código é muito complexo, o que lhe permite ser eficaz, é muito embutido nas representações gerais, o que lhe permite ser intenso; é muito flexível, o que lhe permite ser abrangente. E é assim como o é toda linguagem: abrangente, intensa e eficaz; ao mesmo tempo instaurando e conduzindo a significação e sustentando os sujeitos em sua prática social. Como toda a linguagem também, guarda solidariedade com uma cultura específica e tem fronteiras de permanência e sentido que lhe são homólogas." (op.cit.: 26)

A categoria doença dos nervos suscitou diversos estudos, tendo como questionamento a possibilidade de atendimento terapêutico à população de baixa renda.

Jurandir F. Costa (1989) preocupou-se em pensar a possibilidade de atendimento grupal à sujeitos da classe trabalhadora, que procuram atendimento "psi" nos ambulatórios públicos. O trabalho de pesquisa realizou-se em um ambulatório de hospital psiquiátrico, na cidade do Rio de Janeiro.

O autor afirma que, no Brasil, há um pano de fundo comum às concepções de psicoterapia: distúrbios psicológicos apresentados são reconhecíveis pela nosografia tradicional e consagrada, e que estes são explicados a partir de uma única noção de aparelho

psíquico. No Rio de Janeiro, em especial, o aparelho psíquico concebido é o do modelo freudiano.

Contudo, o autor afirma que, uma grande parte da clientela dos ambulatórios públicos, apresentava a sintomatologia que driblava a nosografia tradicional - a doença dos nervos. Aponta como impedimento para tratar a doença dos nervos psicoterapeuticamente, não só uma dificuldade de se perceber a flutuação da palavra - utilizada às vezes para dizer o que se sentia ("eu estou com estado de nervos") e às vezes para se explicar o que se sentia ("eu estou com estado de nervos por causa de meu estado de nervos") - como também de uma indisposição da expressão converter-se num conteúdo psicológico, que seja reconhecido no lugar comum psicanalítico. A doença dos nervos tem a sua história comprometida com conflitos identificatórios deste grupo de sujeitos, deixando de apresentar, aos ouvidos do terapeuta o tradicional romance familiar.

J.F. Costa afirma que o enquadramento grupal respeitaria mais as particularidades sócio-culturais das classes trabalhadoras. Estas pessoas sentiriam-se menos acuadas pela figura do terapeuta, posto que acompanhadas nesta experiência por outros pares. Complementa, ainda, dizendo que o estilo de comunicação particular a este grupo, seria estimulado pela presença de terceiros, detentores do mesmo código de fala.

Após afirmar a hipótese do atendimento grupal como satisfatória aos sujeitos da classe trabalhadora o autor tenta compatibilizar os pressupostos universais da psicanálise com a variabilidade cultural das formações subjetivas. Utiliza como

exemplo de invariante psicanalítico, a categoria de sujeito (após certas reservas metodológicas), procurando contrapô-la à categoria variável do Ego.

"Para caracterizar o atributo variável do Ego, tivemos, então, de abordar a questão do imaginário."(Costa, 1989 :166)

Fez-se coincidir a noção de Ego-narcísico (Freud) com a noção de Ego-narcísico imaginário (Lacan). Através da particularidade atribuída ao Ego, de fenômeno imaginário é que, para o autor, pode-se dar conta da variação cultural das entidades subjetivas - sem, contudo, ir contra a invariância de certas estruturas psíquicas do sujeito.

Em nosso trabalho com pacientes tuberculosos e da classe baixa (ou classe trabalhadora), não encontramos a necessidade do trabalho grupal. Alguns de nossos pacientes, através da relação transferencial, instauraram-se no discurso analítico sem que necessitássemos de uma escuta via ego imaginário. Pudemos escutar tal variação cultural através de suas falas remetidas à ordem simbólica, a que todo sujeito humano remete-se ao falar. A ordem sócio- cultural tem grande importância, variando de acordo com a classe social do sujeito, onde isto não é visto como um impedimento de se falar e remeter-se à seu discurso simbólico e singular. Observamos com nossos pacientes a possibilidade de uma escuta analítica dual, vide a apresentação por parte deles (idiossincriticamente) de uma demanda de fala (tentar questionar

seu sintoma, que nem sempre é o da doença física, através de um certo enigma a ser buscado pela palavra: da associação livre) e da instauração da transferência.

A possibilidade de uma escuta analítica passa pela instauração do sujeito suposto saber. Esta suposição do saber, que é uma consequência direta do convite à regra fundamental da psicanálise (a associação livre), situa a transferência como consequência imediata do que J.Lacan chama de discurso analítico. O sujeito suposto saber funciona como uma

"ilusão do paciente, ilusão fundamental, estrutural, de que seu saber - o saber do inconsciente - já está todo constituído no psicanalista." (Miller, 1987: 77)

É do lugar do analista, então, que fica a decisão do que é dito pelas palavras do paciente - a significação destas palavras. Nesta relação, como um (paciente/cliente/analizando) supõe seu próprio saber ao outro (analista), delega-lhe um poder. Poder este de decisão sobre a significação das palavras. Há uma relação de poder na instauração do discurso analítico. Desta forma é que na psicanálise há uma relação dissimétrica, onde o fato de paciente e analista serem pares sociais, não vir facilitar a instauração do discurso analítico. O paciente entrega o material (as suas palavras), enquanto o analista interpreta este material. Desta posição que o analista se situa, faz dele o "amo da verdade", o "mestre da verdade". (op.cit.: 79 e 151)

Há que se lembrar, entretanto, que ao analista é suposto

um saber e não que ele detém o saber. O saber é produzido no discurso analítico, através das formações do inconsciente que o sujeito faz comparecer na sessão. Contudo é esta suposição que promove toda a possibilidade da transferência e conseqüentemente do discurso analítico.

Em outro estudo L.F. Duarte e D. Ropa (1985) empreendem uma revisão da literatura sobre os limites e possibilidades do atendimento psiquiátrico-psicológico à populações de baixa renda. Nesta literatura os seguintes itens quanto à inadequação ao atendimento são apontados: limitações do saber psiquiátrico-psicológico; contradições sócio-econômicas e grandes diferenças sócio-culturais entre profissional e a população de baixa renda (diferenças nos códigos linguísticos, incompreensão das manifestações culturais).

Tais estudos concluem que a solução estaria na introdução de alterações técnicas, à nível da prática terapêutica. Ropa e Duarte apontam para o fato de que raramente encontram-se nesses estudos um questionamento sobre a eficácia, como um todo, do próprio sistema psiquiátrico-psicológico quanto à utilização nas populações de baixa renda. O sistema psiquiátrico é aceito de antemão como o único possível e válido para o atendimento, sem haver a preocupação em verificar a existência de modelos alternativos para lidar com períodos de crise em geral.

Os autores das pesquisas citadas por Ropa e Duarte, justificam esta omissão utilizando o argumento de Luc Boltanski, de que em

"sociedades de classe, a cultura dominada foi invadida pela dominante através das reinterpretações que os membros das classes populares fazem dos itens culturais da classe dominante." (Ropa e Duarte, 1985: 179)

Nesse ponto da discussão é que se poderia pensar na introdução da psicoterapia breve, como de fato tem sido feito por muitos, como uma forma de alteração na técnica para o atendimento às classes trabalhadoras.

Num artigo questionador sobre esta técnica - "Psicoterapia Breve: uma abordagem psicanalítica" - J.F.Costa, apresenta inicialmente os argumentos à favor da utilização da psicoterapia breve:

"o crescente aumento da demanda psiquiátrica tornaria desprezível todo tratamento incompatível com as possibilidades financeiras da maioria dos clientes e insuficiente diante da pressão numérica dos pedidos de consulta." [argumento da ordem sócio-econômica]

"...constatada a nulidade dos métodos tradicionais, caberia organizar as atividades terapêuticas que, tentando enfrentar o problema, proliferaram desordenadamente em consultórios privados e serviço público. Estas iniciativas deveriam ser sistematizadas num esquema conceitual onde teoria e prática se articulassem de modo coerente." [argumento da ordem teórico-técnica] (Costa, 1978: 227)

A psicoterapia breve propõe uma limitação no tempo da cura e uma ação terapêutica pautada no foco daquilo que o paciente traz em seu material clínico. O autor sugere que é crucial entender porque, nos últimos tempos, a demanda "psi" aumentou vertiginoso-

samente. Contudo, este não vai ser o interesse deste artigo onde Costa vai interrogar as relações da psicoterapia breve com a psicanálise, sob o ponto de vista terapêutico. Com o objetivo de encontrar os pressupostos da psicoterapia breve, Costa empreende um percurso histórico. Ressalta que a psicoterapia breve ficaria mais próxima, teoricamente, dos ensaios onde há a extensão de conceitos psicanalíticos à pedagogia (Pfister, Vera Schmid, Aichorn) e à psiquiatria institucional (psicoterapia institucional francesa, comunidades terapêuticas anglo-americanas). Observa que tais ensaios têm como objetivo educar socialmente os indivíduos; manejar tensões de grupos; esclarecer as relações médico-paciente, dentre outras.

Tendo como objetivo uma estratégia educativa e socializante, é que operou-se uma transposição da psicanálise à psicoterapia psicanalítica. Em relação à cura, a psicoterapia psicanalítica opera uma cura superficial ou sintomática, enquanto que à psicanálise cabe uma cura profunda ou estrutural. Desta forma, concretiza-se o preconceito de que as psicoterapias não podem aspirar ao status curativo da psicanálise. Com isto, o autor afirma que é como se os partidários das curas sintomáticas partissem para a "corrida" sabendo e aceitando que vão perder.

"Com que direitos e em nome de que valores podemos defender a generalização de um procedimento terapêutico que, de antemão, acreditamos superficial e limitado?" (op.cit.: 230)

"Fazer da necessidade virtude pode ser uma conveniência da verdade moral, jamais da ética científica. Todas as proporções guardadas, o problema é o mesmo no caso das psicoterapias que se dizem "superficiais" e pretendem erigir a

"superficialidade" em regra genérica de ação terapêutica." (op.cit.: 231)

Fazemos nossas as palavras do autor, no sentido de concordarmos com as afirmações do mesmo. Para criticar a psicoterapia breve, Costa privilegiou a teorização feita por Hector Fiorini, por julgá-la sóbria e séria, dentro do panorama das psicoterapias breves.

A proposta é aprisionada por ambiguidades conceituais, produzidas pela ambivalência de intenções. Essa psicoterapia quer depender da psicanálise, por exemplo, para justificar a sua cientificidade e, ao mesmo tempo, desenvolver uma prática diversa da psicanálise.

A psicoterapia breve aconselha alguns tipos de intervenções: 1- informação - onde o terapeuta também é o veículo de uma cultura humanística e psicológica, tendo um papel cultural e esclarecendo ao paciente vários elementos; 2- confirmação e retificação dos enunciados do paciente; 3- recapitulação com o objetivo de síntese e 4- sugestão - onde propõe ao paciente condutas alternativas, orientando o mesmo à ensaios originais.

A consequência deste tipo de postura seria de que a psicanálise, tornando-se uma "ciência da conduta", abandonaria a realidade psíquica, intervindo na realidade consciente. Sendo essas intervenções pedagógicas e moralmente persuasivas. (op.cit.: 236)

A psicanálise tem por ideal a transformação e não a educação ou a coação. Ela tem uma proposição clínica e não educacional; isto porque o inconsciente é ineducável.

A distinção de objetivos entre psicanálise e psicoterapia breve dá à primeira, a função de uma ampla reestruturação da personalidade, restando à segunda o esclarecimento (melhoria sintomática, manejo mais discriminado de conflitos e apredizagem da auto-observação) e o apoio (recuperação do equilíbrio homeostático, alívio da ansiedade e atenuação ou supressão dos sintomas).

De acordo com uma regra em psicologia, a da unidade significativa, o psiquismo não se comporta como um aglomerado de elementos funcionando "parte extra partes". Cada parte da organização psíquica exprime o todo. Por isto não é compreensível como a psicoterapia breve quer lidar com o sintoma sem tocar em toda a estrutura do sujeito.

É desta forma que achamos desnecessário o uso de tal procedimento técnico. Queremos demonstrar a possibilidade de uma escuta analítica, em serviço público e com um tempo que não se pode prever, sem o uso de tal artifício da técnica e sem ter a necessidade de direcionar pontos focais, pois entendemos que a subversão da psicanálise mostra-nos o contrário disto. É não priorizando focos no discurso do paciente, deixando a sua associação livre comparecer, que teremos as verdadeiras palavras do mesmo.

No artigo de Ropa e Duarte, anteriormente citado, sugere-se que: antes de se partir para a utilização indiscriminada do modelo psiquiátrico-psicológico (mesmo após transformações que se fizessem na técnica) dever-se-ia estudar as representações que as classes trabalhadoras têm sobre o sofrimento psíquico. Isto,

talvez, permitisse uma melhor compreensão sobre as causas da inadequação deste instrumental, comumente utilizado. Aliás foi o que Duarte (1986) realizou no trabalho "Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas", anteriormente citado.

Na sugestão do artigo de Ropa e Duarte (op.cit.), e em outras passagens do mesmo, parece-nos claro que o caminho escolhido para a compreensão do dispositivo psiquiátrico-psicológico, frente às classes baixas, fica por conta de uma parceria entre o saber antropológico e o saber "psi" em geral.

Questiona-se como o indivíduo escolhe um sistema simbólico (para fazer parte deste), dentro de nosso estrato social (nossa sociedade complexa e com múltiplos sistemas simbólicos).

Aborda-se algumas características que tendem a aproximar, mais o indivíduo do sistema médico-científico. Citam o conceito de reflexividade que

"Segundo Boltanski, o grau de reflexividade da cultura somática expressa o quanto uma pessoa é capaz de observar o próprio corpo e discriminar sensações corporais através de uma linguagem que tem a riqueza suficiente para torná-las comunicáveis." (Ropa e Duarte, 1985: 186)

De acordo com Boltanski, a percepção de sensações mórbidas variaria dependendo da classe social do indivíduo. Este autor estudou, sobre um prisma antropológico e sociológico, percepções de sensações mórbidas no ser humano.

Num outro artigo intitulado: Relativização da Doença Orgânica: Diferentes Representações Sociais (Questões para uma

Psicologia Preventiva), S.A.Figueira também afirma diferenças quanto às percepções mórbidas, de acordo com a classe social que o indivíduo faz parte.

"As sensações mórbidas não são percebidas, com a mesma agudeza em todos os escalões de nossa sociedade. Sensações idênticas são objeto de uma seleção e de uma atribuição distintas, sendo experimentadas com maior ou menor intensidade, segundo a classe social do sujeito que a sente." (Figueira, s/d, : 109)

Para o autor só se poderá entender o comportamento do sujeito doente ao se empreender um estudo da cultura que ele habita.

"Se o doente fala pouco das emoções e sentimentos associados ao seu estado, os psicólogos, partindo do seu ideal de verbalização, consideram-no um paciente "que não está bem", com isto esquecendo que certos grupos sociais não são afeitos, ou mesmo são infensos, à introspecção, não dispendo nem do vocabulário nem da motivação para realizá-la." (op.cit.: 114)

Figueira critica a postura de não valorização das diferenças culturais frente a compreensão do que um paciente de classe baixa diz (ou não diz). Este trecho, nos dá uma amostra para a diferença, a nível de análise, que procederemos em nossa pesquisa.

Perante a situação citada acima, procedemos assim: se o doente (paciente) desta situação fala pouco, só poderemos saber com ele, o que isto vai significar para ele (o que é este falar pouco? ou, será que isto é pouco? ou, o que é pouco no contexto específico em que um fala e o outro escuta?), se atentarmos para

a respectiva idiossincrasia deste que fala. É atentando para a singularidade deste sujeito (sujeito à sua enunciação) que este poderá ou não dar prosseguimento à sua fala. Não interpretamos (com uma escuta analítica), em nosso trabalho, o "falar pouco", como se o paciente não estivesse bem. Entendemos que o paciente irá aceitar e participar ativamente (pois é ele quem fala) de um atendimento psicológico, se quiser (ou desejar) falar sobre ele mesmo, numa procura incessante à significação do que as suas palavras querem dizer. Faz-se necessário uma discussão teórica sobre o que significa falar, em psicanálise. Mais à frente chegaremos a esta parte.

Os autores que vínhamos descrevendo anteriormente (Ropa e Duarte, 1985), questionam a postura de Boltanski, dizendo que não se trataria de graus de reflexividade e sim de diferentes tipos de reflexividade. Como já ressaltamos, este artigo aborda uma visão onde psicanálise e antropologia tendem a fornecer os dados para um melhor entendimento do tema debatido.

"Em outras palavras, os discursos sobre pessoa e doença nas classes trabalhadoras não representariam uma versão empobrecida ou degradada dos modelos tradicionais, ou dos modelos modernos dominantes, mas espelhariam sistemas simbólicos diferentes, articulados e complexos." (Ropa e Duarte, 1985: 187)

Segundo a teoria da verbalização de Bernstein (op.cit.: 187), as próprias características da relação psicoterápica a tornam inadequada aos indivíduos das classes baixas. Estes teriam dificuldades de reproduzir um discurso sobre suas experiências

íntimas, por não possuírem nem o equipamento linguístico e nem o vocabulário necessário à introspecção e a linguagem das emoções, necessária para falar ao terapeuta. Neste grupo de pessoas, a fala caracteriza-se por uma redução em qualidade, adjetivos, advérbios (especialmente àqueles que qualificam os sentimentos) e tem sua organização muito simples: restringe-se o uso do pronome "EU" e aumenta-se o uso dos pronomes pessoais na primeira pessoa do plural.

Tanto para o argumento da reflexividade (de que já falamos), quanto para o argumento da verbalização, os autores não acreditam que a diferença nas classes baixas remeta-se à uma privação cultural. Para eles, trata-se de uma questão de diferentes tipos: tipos diferentes de códigos linguísticos, de acordo com a diferença de classes.

"A apreensão dessa diferença dos códigos linguísticos é mais um elemento que aponta para o fato de que a dificuldade, ou mesmo o fracasso, da relação psicoterápica nesses casos não está necessariamente ligada nem à incompetência do terapeuta, nem à incapacidade inata da clientela, mas sim aos limites sociais e culturais de tal modalidade terapêutica." (op.cit.: 188)

Outra característica cultural, que dificultaria o atendimento psicoterápico diz respeito à possibilidade de problematização: as pessoas pobres não estariam familiarizadas com a noção de problema e de causalidade. Problema implicando um "habitus de classe" (segundo o autor Bordieu, op.cit.:188), que são adquiridos desde a infância pelos indivíduos através do processo

de socialização, onde a escola tem um papel marcante. Também cogita-se que nessas pessoas não há, como nas classes mais favorecidas, um discurso sobre a doença com um sentido histórico e genético. Não há um comprometimento com a idéia de desenvolvimento: um início, uma evolução e um fim sobre o motivo do sintoma.

Continuando a discussão, Ropa e Duarte se referem as condições de analisabilidade, tal qual mostrada por Piera Aulagnier. Esta condição passaria pelo conceito de problematização, onde houvesse a noção de causalidade, quanto ao sistema apresentado. Terapeuta e cliente convergiriam sob uma condição que persistiria durante o tratamento: o reconhecimento da existência do inconsciente. Isto significa imaginar que existe uma razão escondida para o sofrimento e de que há um sentido a ser procurado, onde a hipótese fundamental implica a crença no saber diagnóstico e na eficácia terapêutica.

Citam um outro argumento do psicanalista Serge Viderman. Este diz que a psicanálise tem um valor sugestivo e até xamanístico. O modelo, a teoria e o sistema é que dão uma forma, um sentido, um significado à alguma coisa, que de outra forma seria indizível ou até inexistente, permitindo ordenar o vivido do paciente.

Enfim, as características de reflexividade, verbalização e problematização é que tornariam os sujeitos acessíveis à psicanálise. A psicanálise seria mais facilmente absorvida pelas camadas altas e médias, por estar de acordo com o modo desses indivíduos pensarem eles próprios. Ela é uma versão individualizante absorvida por sujeitos individualizados. Há uma afinidade entre

a psicanálise e a constituição do sujeito, que marca e é produto de um processo histórico de mecanismos que impõem uma concepção intimista e privatizada da subjetividade.

Discutir a questão da possibilidade de uma escuta psicanalítica nos estudos que trouxemos aponta para um caminho onde psicanálise e ciências sociais mostram uma parceria. Tais saberes foram utilizados no sentido de esclarecer dificuldades que esta questão pode apontar. Contudo esta é apenas uma forma, um caminho para mostrar a possibilidade de tal escuta. Nosso trabalho propõe-se a um outro olhar. Olhar de dentro de um hospital, com pacientes acamados (internados), a possibilidade de uma escuta analítica. Por isso, acreditamos que é da própria psicanálise que procederemos um questionamento.

Ocuparemos-nos dos pressupostos básicos da psicanálise, para ajudar-nos na questão sobre a possibilidade de uma escuta analítica dentro de um hospital, tendo como sujeitos pacientes, internados, portadores de tuberculose pulmonar.

Após a revisão dos textos, acima apontados, pareceu-nos que a nossa questão traria um certo estranhamento. O fato de analista e analisando não serem pares sociais, foi abordado como uma impossibilidade da instauração do discurso analítico e, isto poderia apontar para o estranho, a surpresa sobre este fato.

Desta forma trazemos um texto freudiano no qual ele debate sobre a categoria do estranho. O artigo (O Estranho) data de 1919 e neste Freud busca compreender, dentro da estética e utilizando também a linguística, sobre a teoria das qualidades do

sentir esse estranho.

Com a utilização da estética para descobrir o significado do estranho (unheimlich - em alemão), Freud diz que este saber preocupa-se muito mais com o que é belo atraente e sublime, sem clarificar a categoria do assustador, que provoca medo e horror.

É através do exame do uso linguístico que Freud chega ao estranho como

"aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar." (Freud, 1919b: 277)

Freud empreende um estudo sobre a significação do estranho em outras línguas. Após isto analisa o seu oposto, aproximadamente àquilo que nos parece familiar, doméstico: aquilo que não é estranho (heimlich). Várias palavras entram na análise de Freud, mas o que vai interessar tanto a ele quanto ao nosso trabalho, é que um dos significados do heimlich (familiar) é idêntico ao seu oposto unheimlich (estranho). Heimlich é uma palavra cujo significado se desenvolve na direção da ambivalência, chegando a coincidir com o seu oposto: unheimlich.

O autor vai procurar em exemplos de coisas, pessoas eventos e situações, este despertar do estranhamento. Analisa um conto - O Homem da Areia - e sugere que a ansiedade que causa o estranhamento pertence ao complexo de castração. Neste conto pode-se substituir o personagem Homem da Areia, pelo pai temido. E deste último, psicanaliticamente falando, espera-se a castração.

Situações que causam estranheza podem referir-se a um retorno involuntário à mesma situação. Freud nos fala de ter perdido-se em uma rua (estranha) e na sua tentativa de retornar à seu caminho, retorna à mesma rua.

"Assim, por exemplo, quando, surpreendido talvez por um nevoeiro, alguém perde o caminho numa floresta da montanha, cada tentativa para encontrar o caminho marcado ou familiar pode levar a pessoa de volta, por muitas e muitas vezes, a um único e mesmo ponto, que pode ser identificado por algum marco particular." (op.cit.: 296)

Sensações como estas dão a idéia de desamparo e estranheza.

Ocorrências de repetições involuntárias, cerca o ar de uma atmosfera de estranheza, impondo a idéia de algo fatídico e inescapável. Freud dá um exemplo da repetição de um número (62) em várias coisas e atos numerados. Nesse caso, durante ocorrências próximas, tudo o que tinha número, continha o mesmo número ou em vários algarismos, esse número aparecia. A partir desta constatação o autor fala da possibilidade de se reconhecer na mente inconsciente a predominância de uma "compulsão à repetição", que procede de impulsos da pulsão. Esta compulsão prevalece sobre o princípio do prazer, onde empresta à determinados aspectos da mente seu caráter demoníaco. Qualquer coisa que venha a nos lembrar esta íntima "compulsão à repetição" é percebido como estranho.

Freud procura alguns exemplos de estranho para corroborar a sua hipótese. Cita a história de "O Anel de Polícrates", onde

o anfitrião torna-se estranho à Polícrates pois todo desejo do anfitrião é imediatamente satisfeito. Com os neuróticos obsessivos Freud nos diz que, geralmente, eles sentem como estranho que seus pressentimentos se realizem. Já com o dito popular do "mau-olhado", o sujeito julga que o que possui de valioso e frágil é invejado pelos outros, por tratar-se de uma projeção. O sujeito que possui o objeto valioso projeta nos outros a inveja que teria sentido em seu lugar. Há, aqui, o temor de uma intenção secreta de que um mal seja feito ao sujeito.

Através destes exemplos, Freud chega ao que chama de "onipotência de pensamentos" (op.cit.: 299). A análise empreendida pelo autor conduziu-o à antiga concepção animista do universo:

"...o mundo era povoado por espíritos dos seres humanos; pela supervalorização narcísica, do sujeito de seus próprios processos mentais; pela crença da onipotência dos pensamentos e a técnica da magia baseada nessa crença; pela atribuição, a várias pessoas e coisas externas, de poderes mágicos cuidadosamente graduados, ou "mana"; bem como por todas as outras criações, com a ajuda das quais o homem, no irrestrito narcisismo desse estágio de desenvolvimento, empenhou-se em desviar as proibições manifestas da realidade." (op.cit.: 300)

Tudo que parece estranho, dentro de nós, toca os resíduos da atividade mental animista dando a estas expressões. Isto porque pressupõe-se que cada sujeito teria passado por este estágio animista dos homens primitivos (Freud está se referindo à seu livro "Totem e Tabu" - 1912).

A partir dessas considerações, Freud avança algumas

hipóteses. A psicanálise sustenta que todo afeto pertence a um impulso emocional de qualquer espécie e que este transforma-se, se recalcado, em ansiedade. Supõe-se então que deve haver uma categoria, entre os exemplos de coisas assustadoras, na qual o elemento que amedontra mostra ser algo recalcado que retorna. O estranho seria essa categoria de coisas assustadoras. Pode-se compreender, então, porque o uso linguístico da palavra doméstico ou familiar (heimlich), alargou-se até o seu oposto, o estranho (unheimlich). Este estranho não é, de fato, nada de novo. Ele é algo familiar e há muito estabelecido na mente; ele se alienou do consciente, através do mecanismo do recalque.

Trouxemos esse texto à nossa análise para mostrarmos que a diferença de classe, entre analista e paciente, se tratada como um certo estranhamento deveria ser vista por este ângulo. Será que um estranhamento sentido pelo analista, não estaria tocando conteúdos dele próprio? Alguns podem dizer que em uma discussão teórica e acadêmica, este questionamento não teria importância (Será que não?). Contudo, se o referencial é o psicanalítico temos que, ao atendermos um paciente, não nos colocarmos como depositário ou mestre do saber: aquele que sabe tudo sobre o paciente. Ao contrário. Em psicanálise devemos escutar cada paciente como se não soubéssemos nada; e porque o que ocorre no discurso analítico é produção do inconsciente. A teoria virá apropriadamente a respaldar o discurso, mas este deve ser escutado como singular, porque sempre remetido a um desejo idiossincrático, que só no entendimento das articulações significantes pode-se chegar aos

meandros da significação. É desta forma que em nossa escuta temos a preocupação de escutar as diferenças e o que, até, diríamos: estranho. O discurso analítico é formado por estranhamentos, pois são os pontos estranhos que vão remeter a um erro de fala; ao que não sai concatenadamente lógico. O estranho seria o próprio inconsciente, no sentido de ter sido recalçado. É desta forma que pensamos a sensação de estranhamento como o que já foi familiar, por ter sido recalçado.

Estar fazendo parte de outra classe social, que não a do paciente, pode ser visto como familiar se escutado cada fala do mesmo, com o objetivo da busca incessante da significação. A instauração do discurso analítico implica em que todo o estranhamento seja possível, se puder ser remetido a um enigma àquele que fala. Portanto, toda diferença que puder vir a impossibilitar a psicanálise, deveria ser escutada, viabilizada à possibilidade de ser falada, em busca do estranho tornar-se familiar, se compreendido com a concatenação da cadeia significante - do falante.

Faz-se necessário então demarcarmos o lugar da psicanálise e suas principais características.

A psicanálise marca o seu lugar, quando do descentramento do sujeito. Antes dela o sujeito era aceito como dono e senhor de sua consciência: o pensamento cartesiano imperava como caminho à verdade. Com a descoberta do inconsciente por S.Freud, o sujeito passa a ser visto lá onde a psicopatologia da vida cotidiana faz seus acertos - ou seus erros.

Dando primazia ao conceito de inconsciente é que pode-se falar na constituição do sujeito humano. Este é marcado pela cisão fundamental entre dois grandes sistemas: consciente e inconsciente. Dessa forma o sujeito só irá "saber-se onde não se sabe". É através das formações do inconsciente (sonho, ato falho, chiste, sintoma) que o sujeito comparece dentro de uma cadeia de discurso, onde a sua constituição é atualizada.

Voltando o nosso olhar à questão das premissas técnicas da psicanálise, Freud diz que as palavras são os instrumentos essenciais ao tratamento da alma - mente (Freud, 1905: 1014). Com as palavras, que o ensinamento de J.Lacan re-descobre, é que se pode verdadeiramente pensar nesta possibilidade.

Abordaremos alguns "conselhos" técnicos que Freud sugeriu para a psicanálise ser colocada em prática. Em seu artigo "Sobre o Início do Tratamento" (Freud, 1913), ele sugere alguns conselhos, mas adverte, logo de saída ao leitor, que não se tratam de regras e sim de recomendações, não reivindicando uma aceitação incondicional para elas.

"A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica; e ocasionam que um curso de ação que, via de regra, é justificado possa, às vezes, mostrar-se ineficaz, enquanto outro que habitualmente é errôneo possa, de vez em quando, conduzir ao fim desejado." (Freud, 1913: 165)

Freud aponta para uma visão mais aberta no que tange às regras. Mesmo que essas recomendações não tenham que ser fechadas

e aceitas como dogmas imutáveis, ele não deixa de estabelecer um procedimento que, em média, tem efeitos.

Freud aborda as entrevistas que são preliminares à psicanálise. Estas servem para inferir o diagnóstico e saber se o problema do sujeito, é ou não tratável pela psicanálise (na época Freud diz que se fosse uma esquizofrenia, geralmente, não seria acessível à psicanálise).

J.Lacan amplia esse tópico, trazendo à observação, a questão da demanda. É necessário detectar se o sujeito manifesta uma demanda de análise. Esta demanda remete-se a que a queixa do sofrimento do sujeito, articule-se de forma a ser remetida ao analista, associada a uma suposição de saber. É do sujeito suposto saber que se trata. Se há uma possibilidade do sujeito instalar o analista no lugar do saber - *ele sabe sobre mim e pode ajudar-me* - então esta demanda configura-se em uma demanda de análise.

Torna-se pregnante uma digressão para um texto onde o tema da demanda de análise em instituição é abordado. A autora D.Silvestre diz que:

"Tal lugar es una invitación a poner em palabras el sufrimiento psíquico sin poder prever el tratamiento que resultará tanto para el que sufre, el paciente, como para aquél a quien se dirige."(Silvestre, 1985: 89)

De fato, numa instituição, não se pode prever a que leva o atendimento psicanalítico. Contudo esta afirmação, pode sugerir que nas clínicas privadas - consultórios - poderia se prever

características e resultados para o atendimento. Parece-nos não ser tão simples, se tal assertiva suscita este tipo de interpretação. Especificamente, em nosso campo de escuta clínica lidamos com pacientes com os quais não podemos prever sobre o que vai haver ao final do atendimento (e até se vai haver algum final, pois geralmente este final é dado pela alta do médico). Isto levanta uma questão para ser pensada nas clínicas privadas: há que se prever o tratamento, quando um paciente procura um psicanalista no consultório? Correntemente não lidaremos com esta questão. Queremos questionar sobre a assertiva citada. Até que ponto podemos garantir (ao utilizarmos a escuta psicanalítica) tal ou qual resultado para um tratamento, se estivermos tanto na clínica privada, quanto numa instituição pública? Do nosso ponto de vista, isto vai depender exclusivamente da instauração da transferência. O paciente pode sustentar, ou não, sua idiossincrática associação livre, dependendo da situação transferencial, sustentada ou não, pelo analista. Na clínica psicanalítica não lidamos com garantias. Talvez uma única garantia: de que o paciente a partir de suas associações livres, onde há incessantemente uma produção de saber, vá se haver com os ditos de seu próprio discurso. Garantia de uma situação onde, através da evanescência do sujeito (sujeito do inconsciente), o paciente tem que se haver com os lapsos e atrapalhões de seu próprio discurso.

A transferência (como já abordamos), mola impulsionadora do trabalho analítico, está fundamentada numa suposição de saber. Há uma transferência de saber, onde o analista avalia frente a

qualquer demanda (qualquer que seja a sua formulação pelas palavras do paciente), qual a mensagem de significação que a demanda supõe.

Em nosso trabalho vamos ao encontro do paciente (geralmente ele não nos procura e não nos escolhe) e lhe oferecemos uma escuta, para o que ele tiver à falar. Geralmente somos indicadas por outro profissional, já que não há uma oferta obrigatória a todos os pacientes internados (isto ficará mais claro na descrição do contexto do hospital). A partir desta oferta é que o paciente poderá ou não colocar a sua queixa em palavras, a ponto de questioná-la, em busca de uma significação interior e não exterior. Exterior aqui, aponta para que alguns pacientes remetem às suas queixas a um outro (qualquer coisa) externo. Procuram e/ou aceitam o atendimento da psicóloga para desabafar sobre um problema que não podem resolver, pois lhes é externo. Nesses casos, não há nenhuma transferência de saber e sim depósito de saber (op.cit.: 92) - o sintoma não é portador de sentido para o sujeito. Contudo há que se problematizar esse pedido. Quando um paciente deposita todo o saber na psicóloga, pode haver a possibilidade de, com uma não resposta a um pedido de resolução de um problema (conselho conjugal, conselho sobre sexo, etc.), que o paciente procure subjetivamente a resposta nele mesmo, tentando dar uma significação ao que fala. A partir disto nosso trabalho de escuta analítica será possível.

Neste hospital lidamos com a miséria concreta; pacientes que nos pedem tudo e que contudo, alguns, permitem-se um questionamento subjetivo onde procuram entrar mais em contato com

seus desejos. Não estamos afirmando que o problema da pobreza e da miséria de nosso país esteja à nível subjetivo. Obviamente, não é isto. Queremos ressaltar que, apesar deste problema concreto, assolando o país completamente, o sujeito que atendemos poderá "se haver" (se assim desejar) com seu desejo. Talvez isto lhe acrescente algumas "armas" para lutar contra o péssimo nível de vida à que estão submetidos. Podemos, até, observar isto: sujeitos humanos que se encontravam completamente assujeitados ao contextual (e que foram por nós atendidos), passaram a observar e reivindicar seus direitos como cidadãos. E isto mostra que a psicanálise pode ser utilizada como um dispositivo de abertura (de entrar em contato) do desejo humano. E a partir disto uma escolha para ter ou não, postura tal e qual, perante o social reinante e, atualmente, promotor de tantas perversidades. Podemos, então, concordar com A.Bauleo, na articulação entre psicanálise e marxismo.

"Acho que a articulação última entre ambos [psicanálise e marxismo] passa por nossa vida, pela relação com os outros e por nosso compromisso político.

O resto serão dissimulações, serão formas de ocultar os medos que temos de exercitar realmente o que pensamos diante da repressão do sistema, e por fim descobrir os limites impostos de fora, mas também, e sobretudo, de dentro." (Bauleo, 1973: 89)

Retornando ao texto de Freud (1913), ao abordar a questão da duração da sessão de análise, ele diz que trabalhava diariamente (exceto aos domingos e feriados oficiais) com seus pacientes: seis dias por semana. Sobre o tempo que pode prolongar-se uma

psicanálise, dizia que esta demanda longos períodos e é uma questão quase sempre irrespondível. Sobre os honorários - o dinheiro - dizia que é necessário ser mantido como meio de auto-preservação e poder, e é também atribuído à poderosos fatores sexuais. Freud fazia questão de tratar assuntos de dinheiro da mesma forma como tratava assuntos relativos à vida sexual de seus pacientes: sem incoerência, pudor e hipocrisia.

Freud, neste artigo, lamenta que a psicanálise seja inacessível às pessoas pobres. Observa que estas são menos facilmente dominadas pela neurose. No entanto, se neurótico, um homem pobre dificilmente se livra de sua doença, pois esta lhe presta um lucro secundário na luta pela sua existência: o homem pobre reivindica o direito à sua neurose, a piedade que o mundo lhe recusou à obtenção material, podendo eximir-se da obrigação de combater a sua pobreza por meio de seu trabalho (Freud, 1913: 175).

No texto que abordamos acima, Freud afirma a quase impossibilidade da psicanálise para os pobres. No entanto em outro texto - Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica, 1919 -, ele fala da possibilidade de tratamento psicanalítico à pessoas pobres e gratuitamente, sob um ângulo promissor. Presume que, mais cedo ou mais tarde, através de algum tipo de organização, o Estado tome consciência, assim como a sociedade, do quão são urgentes deveres tais como o atendimento psicanalítico à uma considerável massa da população.

E como diz, J.F.Costa,

"A psicanálise, como qualquer outra doutrina ou corpo de conhecimentos, é um produto da cultura humana, ao qual todos têm o direito a ter acesso. Nem que seja para, depois de conhecê-la, recusá-la ou criticá-la, em caso de não aceitação. Trancafiar Freud em galerias privadas, exclusivas de uns poucos *happy few*, é dar mostras de uma timidez intelectual injustificada ou de um espírito iniciático e sectário, avesso ao livre debate de idéias." (Costa, 1989: 7)

Nosso trabalho de pesquisa em um hospital público pretende discutir a possibilidade de escuta analítica com os pacientes internados, levando-se em conta: pressupostos básicos da teoria psicanalítica, mostrar a inserção dos pacientes no contexto do hospital e uma pesquisa clínica onde a palavra faz comparecer a possibilidade do trabalho - o sujeito do inconsciente mostrando-se na e pela linguagem.

CAPÍTULO 2

O INCONSCIENTE E A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO

2.1- O INCONSCIENTE: ESTE CONCEITO SUBVERSIVO

Para abordarmos a possibilidade de uma escuta analítica, com pacientes internados e portadores de tuberculose pulmonar, pressupondo os princípios básicos da psicanálise, teremos de abordar três pontos importantes: o inconsciente, o conceito de sujeito e a questão do discurso. O inconsciente é o conceito fundamental que a psicanálise postula, instituindo o lugar do sujeito (sujeito do inconsciente) como fora de sua consciência e sempre remetido a um discurso singular.

É através da releitura da obra freudiana, empreendida por Jacques Lacan, que tais pontos ficarão mais claros. Este autor diz que o sujeito, ponto nodal da teoria, remetido à questão de suas palavras em seu discurso, possibilita à revelação da verdade do inconsciente.

"...Lacan sublinha que a psicanálise não é uma concepção do universo e não tem outro objetivo a não ser "a elaboração da noção de sujeito", reconduzindo a "sua dependência do significante", isto é, a seu assujeitamento determinado pelo fato da linguagem." (Ogilvie, 1988: 125)

O conceito de inconsciente foi postulado inicialmente

por Freud, a partir de sua prática clínica como médico, e pelo que ele próprio hipotetizou em seus estudos teóricos.

Na obra freudiana "A Interpretação dos Sonhos" (Freud, 1900), o autor aborda pormenorizadamente o inconsciente. Os sonhos, ao serem submetidos ao processo de interpretação, são vistos como um modelo a ser seguido; como uma via real para os processos do inconsciente. (Mannoni, 1970: 55)

Anterior à teoria freudiana, o modelo da lógica que vigora ainda hoje em outras áreas do conhecimento, era pautado pelo cartesianismo, teoria que visava à procura de clareza, aliada às exigências de um rigor e precisão científicos. Pretende unificar todos os conhecimentos humanos, a partir de bases seguras, construindo um edifício científico iluminado pela verdade e, por isto, pautado em certezas racionais. O método cartesiano parte do pressuposto de que existe um acordo fundamental entre as leis matemáticas e as leis da natureza. Começa-se pelo raciocínio através da dúvida, sendo esta questionada. Faz-se uma sondagem das próprias idéias e observa-se quais delas referem-se à objetos físicos, quais aquelas que são instáveis e obscuras, sendo facilmente atingíveis pela incerteza. As idéias utilizadas pelas matemáticas (como figura, número), apresentam-se com muita nitidez e estabilidade, sendo então consideradas como claras e distintas. Estas idéias são as que formam o substrato inato do pensamento, pois são concebidas por todos da mesma maneira, independentemente das experiências dos sentidos e satisfazendo o ideal cartesiano de propor uma matemática universal. Pode-se então, construir uma

cadeia de razões, nas quais os elos seriam intuídos com a clareza das evidências matemáticas e interligadas à coerência das demonstrações que os exemplos matemáticos fornecem. Contudo, essa clareza parece estar assegurada apenas por uma garantia subjetiva, não podendo garantir que, embora as idéias sejam claras, correspondam a algo real.

Passa-se então, a duvidar dessas idéias claras e distintas, pois toda vez que o homem tiver a forte convicção de estar certo, ele pode estar equivocado: todo esse pensamento de idéias claras que o homem produz, pode não passar de uma ficção, de uma criação apenas subjetiva, sem possuir um correspondente externo, no mundo objetivo. É esta dúvida de imensa extensão que permite extrair um núcleo da certeza:

"...se duvido penso" e "...se duvidar de que duvido, só posso fazê-lo pensando essa dúvida à respeito da própria dúvida inicial." (Descartes, 1979: XVII)

Qualquer fato desconhecido é visto como algo ignorado, e só será necessariamente descoberto, se uma cadeia racional for construída, a partir do que já é conhecido.

Desta forma percebe-se que o que Descartes propõe é que só se considere como verdadeiro, o fato que for evidente, aquilo que puder ser configurado com clareza e precisão.

Já o saber psicanalítico propõe o descentramento da razão e da consciência. Assim houve uma inversão do cartesianismo, ao ser feito da consciência um mero efeito de superfície do

inconsciente. A consciência surge então, como o lugar do ocultamento, da distorção e da ilusão. Percebe-se que a psicanálise opera uma ruptura com o saber existente, produzindo o seu próprio lugar - epistemologicamente falando, a psicanálise não se encontra em continuidade com saber nenhum. (Garcia-Roza, 1984: 22)

Para efeito deste estudo, interessa-nos insistir na irreduzibilidade do conceito de inconsciente e de suas formações. A psicanálise pergunta por um sujeito do desejo, que o racionalismo de Descartes rejeitou. O saber psicanalítico não vem colocar a questão do sujeito da verdade, e sim a questão da verdade do sujeito. Não vai falar em unidade do sujeito, pois a psicanálise aponta para um sujeito dividido, fendido, clivado. Aquele que diz "eu penso", "eu sou", é descrito como sujeito do enunciado (ou sujeito do significado) e o outro, que seria o sujeito da enunciação (ou sujeito do significante), está como que excêntrico em relação ao sujeito do enunciado. Podemos perceber que há uma ruptura, não só a nível consciente/inconsciente, como também entre enunciado/enunciação - há uma fenda entre o dizer e o ser (entre "eu falo" e "eu sou"). Desta forma então, é que Lacan, em sua releitura freudiana faz uma inversão da máxima cartesiana:

"Penso onde não sou, portanto sou onde não me penso." (Garcia-Roza, 1984: 23)

2.2- CARACTERÍSTICAS DO INCONSCIENTE E A RELEITURA DE LACAN

Para Freud, o inconsciente faz parte do elemento psíquico e é regido por princípios diferentes daqueles do consciente, diferenciando-se de ser algo aproximado ao conceito de uma "outra consciência".

O inconsciente é constituído de representações, uma vez que o representante ideativo é que constitui propriamente o conteúdo do inconsciente. Este representante é um dos registros da pulsão¹ no psiquismo, sabendo-se que esta nunca se dá por si mesma mas somente através de seus representantes: o representante ideativo e o afeto. A representação instaura dentro do sujeito um diverso sensível desde que faça sentido para ele. A representação caracteriza o que é psíquico, pois nela está presente um sentido, ocorrendo então do psíquico ser este sentido.

O pensamento inconsciente distingue-se do pensamento pré-consciente pelo processo primário. Já o grande sistema consciente, que abrange tanto o consciente quanto o pré-consciente, é regido pelo processo secundário.

Pensamentos são caracterizados pelo processo primário, quando as representações têm uma equivalência contígua. Isto pode ser caracterizado por um deslocamento de uma representação para outra (o quantum de investimento se transmite da primeira representação para a segunda), ou por uma condensação (quando uma única representação remete simultaneamente a diversas outras).

O pensamento inconsciente caracteriza-se, também, como tendo abandonado o plano de referência objetiva. Funciona de acordo com um princípio: o do prazer. Este princípio opõe-se ao princípio

da realidade, que impõe ligações objetivas de classificação, causalidade, etc. Desta forma, as representações inconscientes ignoram a negação (a dúvida, a suputação) e o tempo.

No artigo freudiano intitulado "O Inconsciente" (Freud, 1915a) é onde se encontra a justificativa da hipótese de um psiquismo inconsciente. No plano da concepção e do pensamento, é esta hipótese que pode integrar os fenômenos psíquicos numa forma globalizante, podendo assim restaurar a sua continuidade. Freud nos diz que o inconsciente "se verifica" sem cessar, e não simplesmente na situação de escuta analítica, posto que o princípio do inconsciente é essencial ao comportamento humano.

Freud definiu o recalçamento como processo responsável pela clivagem da subjetividade do ser humano. Descreveu uma primeira fase do processo a que chamou recalque primevo ou originário. Esta fase consiste em negar-se à entrada no consciente do representante ideacional da pulsão. A partir daí há uma fixação, onde o representante mencionado mantém-se inalterado e a pulsão permanece ligada a ele (Freud, 1915b: 171). A segunda fase do recalçamento propriamente dito, é constituída por um processo essencialmente ativo, em oposição ao recalçamento primevo, o qual é mais passivo. Ele é resultado do conflito entre o sistema inconsciente e o sistema pré-consciente-consciente, sendo exercido a partir deste último sistema. A função do processo é impedir que certas representações pertencentes ao inconsciente tenham acesso ao pré-consciente-consciente (Garcia-Roza, 1984: 162 e 163). O todo deste processo pode ser considerado como universal,

para Freud, porque está na origem da constituição do inconsciente como sistema, instaurando outras leis, que não as do sistema pré-consciente-consciente (ou grande sistema consciente). (Laplanche e Pontalis, 1983: 553).

Para "dar provas" da existência do inconsciente, Freud pretendeu alcançar uma previsibilidade quanto aos efeitos do tratamento analítico. Parece-nos que o que falta à reflexão freudiana, e que J.Lacan irá retomar, é uma teoria do desejo. (Freud, obviamente, aborda a questão do desejo. Contudo, Lacan acrescenta outros pontos).

"Surge então a impossibilidade em que nos encontramos - e que é o próprio fato do inconsciente - de dispor de nosso próprio desejo no nível do domínio consciente e portanto, de ordenar uma experiência que dependa dele e assim verificar a existência do inconsciente." (Juranville, 1987: 28)

O ser daquele que questiona, o ser do homem, é desejo. É um desejo que permanece sem que o objeto, desse desejo, seja alcançado. Apesar dessa falta de apropriação do objeto, o desejo se mantém.

A essência do desejo e a natureza de seu processo, psicanaliticamente falando, remetem-se às primeiras experiências de satisfação. No exemplo da satisfação alimentar o processo pulsional manifesta-se inicialmente na criança, a partir do desprazer que surge pelo estado de tensão inerente à fonte de excitação da pulsão. A criança encontra-se num estado em que há uma necessidade que exige ser satisfeita; por isto neste nível de

satisfação, este registro inicial é essencialmente orgânico. Nesse sentido, o objeto que é proposto à criança, lhe é proposto sem que ela o busque e sem que tenha uma representação psíquica dele. Este primeiro processo pulsional é da ordem de uma pura necessidade porque a pulsão se satisfaz prescindindo de uma mediação psíquica. O processo de satisfação está na origem de um prazer imediato inerente à redução do estado de tensão originário da pulsão.

Esta primeira experiência de satisfação deixa uma marca - um traço mnésico - no aparelho psíquico, porque daí para frente o processo de satisfação estará ligado à imagem/percepção do objeto que proporcionou a primeira satisfação. O traço mnésico constituirá a representação do processo pulsional para a criança, de forma que quando o estado de tensão pulsional reaparecer haverá a reativação (o reinvestimento) deste primeiro traço.

A representação do primeiro traço mnésico será reativada pela excitação, no decorrer da experiência de satisfação seguinte. Com isto a criança irá confundir, inicialmente, a evocação mnésica da satisfação passada com a percepção do acontecimento presente. Freud nos diz que, inicialmente, a criança tende a satisfazer-se alucinatoriamente e que só após repetições de experiências sucessivas de satisfação ela distinguirá a imagem mnésica de satisfação da satisfação real. O desejo, para Freud, surge de um reinvestimento psíquico de um traço mnésico de satisfação ligado à identificação de uma excitação pulsional, sem que haja um objeto na realidade.

Lacan aborda que a dimensão do desejo está intrinsecamente

ligada à uma falta que não pode ser preenchida por objeto algum real. Ele nos diz que o desejo se inscreve sempre entre a demanda e a necessidade.

A necessidade visa um objeto específico, satisfazendo-se com ele; já com a pulsão isto não ocorre. A pulsão não tem objeto específico; seu objeto é o objeto de desejo (objeto "a", objeto causa do desejo, objeto perdido). Este último é eternamente faltante, inscrevendo a presença de um vazio que qualquer objeto poderá ocupar. Lacan aponta que qualquer objeto pode encontrar seu lugar no princípio da satisfação da pulsão, desde que a pulsão o contorne como num curto circuito. A pulsão tem como alvo o retorno em circuito dela própria à sua fonte.

O desejo só surge irremediavelmente ligado ao Outro: ele inscreve-se no registro de uma relação simbólica com o Outro e através do desejo do Outro. Por conta dos primeiros cuidados, inerentes ao humano no início de sua vida, a figura materna é elevada a um outro privilegiado - ao grande Outro. É a figura materna quem significa as demandas da criança, inscrevendo-a no arsenal linguístico. Desta forma é que a demanda é formada e dirige-se a outrem. Mesmo que esta incida sobre um objeto, este não lhe é essencial pois a demanda é sempre demanda de amor.

Portanto o desejo vai nascer do afastamento entre a necessidade e a demanda. Ele é irredutível à necessidade, pois não trata fundamentalmente da relação com um objeto real, mas sim com o fantasma². É também irredutível à demanda porque procura impor-se sem levar em conta a linguagem e o inconsciente do outro,

exigindo ser reconhecido em absoluto por ele.

Podemos compreender então o que Lacan nos traz, como sendo uma possibilidade de demonstração do inconsciente: com a consequência de determinar o ser do homem como desejo, deduzir o inconsciente da linguagem - isto por via do tema do significante, pois a teoria do significante por ele proposta afirma uma conformidade parcial entre a linguagem e o ser. (op.cit.: 18)

Há nesta releitura lacaniana da obra de Freud, uma marca da linguística de Ferdinand Saussure, pois foi através deste último que Lacan pôde nos falar de uma teoria do significante puro, para a demonstração da existência do inconsciente.

Ferdinand Saussure propõe uma teoria do signo, onde a linguagem não vai mais ser vista e aceita como constituída de signos que exprimem significações. Ele nos diz que no mundo, a linguagem aparece constituída de signos, onde falamos e que para falar, utilizamo-nos de palavras e outros elementos que pertencem a uma determinada língua (com isto supomos que nosso interlocutor esteja em presença daquele tesouro da língua, graças ao qual, ele poderá nos entender). O objeto da teoria de Saussure é a língua, como sistema de signos.

Na definição de signo para Saussure, este associa um conceito (um elemento representativo: significado) e uma imagem acústica (não é o som pronunciado, mas a impressão psíquica deste som: significante). Podemos fazer uma aproximação desses dois conceitos de Saussure, com a definição dada por Freud, no artigo "O Inconsciente" (op.cit.), sobre representação de coisa e

representação de palavra. O significado seria a representação de coisa e o significante, a representação de palavra.

Lacan confirma a existência do inconsciente, deduzindo este, através da linguagem. Apoiar-se para isto, na teoria saussureana perpassando-a, ou melhor, ultrapassando-a.

Uma ciência da linguagem que se prenda ao dado da linguagem, deve excluir a pré-existência do significado (ou seja qualquer relação do significado fora de sua relação com o significante). Lacan passa além do signo, à contemporaneidade do significante e do significado, determinando um plano da linguagem em que não aparece nada além do significante. É o significante que se dá em primeiro lugar. Não acontece a relação onde o significado precede o significante - significante puro, sem significado. Há a introdução da idéia de autonomia do significante. O significado é produzido pelo significante. Por isto, o esquema do signo proposto por Saussure é invertido ao de Lacan, ficando desta forma:

s i g n i f i c a n t e (S)

s i g n i f i c a d o (s)

Impõe-se a idéia de significante como aquilo que significa ativamente. Cada significante significa a mesma coisa que todos os outros. O que o significante significa, só pode ser compreendido se levarmos em conta que a linguagem caracteriza todo

o ser humano. O significado do significante é o desejo e a castração, o desejo como castrado.

A partir deste significado comum, a princípio para todos os significantes, as diferenças entre os significados retomam para o sujeito humano, em primeiro lugar, a diferença homem-mulher.

Lacan nos fala da existência de um plano, onde vai atuar a pura articulação do significante - e é aqui que ele vai reencontrar o inconsciente. Aproxima o que Freud fala sobre os modos de funcionamento do processo primário, o deslocamento e a condensação, com duas figuras de linguagem respectivamente: a metonímia e a metáfora. Segue a explicação de Saussure onde mostra que o significante se apresenta, segundo dois eixos: o da simultaneidade (onde há relações paradigmáticas ou associativas, *in absentia* - eixo da linguagem) e o da sucessão (relações sintagmáticas, *in praesentia* - eixo da fala). O significante que é essencialmente linear, pertence a uma cadeia significante - onde um primeiro significante precede o segundo. A metonímia é a substituição de um significante de cadeia por outro e a metáfora corresponde à equivalência das diferentes cadeias significantes. A metonímia evidencia uma relação de deslocamento do "investimento" entre os termos coexistentes e a metáfora evidencia a superposição de elementos - a que Freud visava com a condensação. (Juranville, 1987:48)

A reorganização da teoria saussureana, surge em Lacan a partir da aceitação (confrontação) de uma anterioridade do significante. Este não é como em Saussure uma representação e sim

uma "imposição" de algo (de uma palavra, neste caso).

"...a passagem do significante para o significado é agora um ato de imposição em que o significante é aquilo que se impõe e o significado é aquilo que é imposto (não que imponhamos o significado, e sim que o que é imposto é o que é significado)." (Juranville, 1987: 49)

O significante saussureano é uma representação, pois pertence ao signo e remete ao ser-no-mundo e a temporalidade antecipatória do mundo. Já o significante lacaniano é o inconsciente, enquanto recorre a uma outra ordem que não o mundo (como o sintoma, por exemplo).

A verificação do inconsciente é possível pela linguagem, naquilo que um sujeito diz, que lhe escapa de seu controle pretensamente consciente e que pode ser visto através das formações do inconsciente - sonho, chiste, ato falho, sintoma.

2.3- O SUJEITO SE CONSTITUI COMO PROCESSO

Lacan refere-se à três registros para explicitar a psicanálise e a própria constituição do sujeito. Esses registros são: real, simbólico e imaginário. O real não deve ser confundido com a "realidade", sendo o equivalente ao conceito da pulsão freudiana que é caracterizada por uma força constante que se desloca em busca de uma satisfação inatingível. O real é o que aparece no discurso como aquilo que escapa à simbolização,

situando-se à margem da linguagem. O registro simbólico é fundamental para a constituição do inconsciente, pois é através deste que a função do real é organizada. Já o registro do imaginário, caracteriza a fascinação ou a capturação especular no plano consciente.

Lacan diz que a estrutura do inconsciente pode ser considerada a matriz original das possibilidades do homem em sua atividade simbólica (esta é a estrutura inaugural da subjetividade). Para ele o sujeito inicia a sua constituição dentro de uma relação díade mãe-filho, na qual o sujeito está alienado de si mesmo. Ao se tentar explicar a alienação do imaginário, uma das estruturas mais significantes na constituição do sujeito, temos em seu início a não separação do indivíduo com a mãe.

"É uma relação onde a criança se encontra em simbiose com a mãe; é a fase auto-erótica onde ambas estão indiferenciadas na ordem própria do corpo. É a mãe quem interpreta as manifestações da criança, onde as significações referidas dizem respeito a atividade simbólica da mãe. O indivíduo não se diferencia do outro pondo-se todo como o outro. É desta limitação pela qual decorre o campo do imaginário. Os limites do imaginário formam no indivíduo a possibilidade de ser todo o Outro, fixando-o a uma imagem que o aliena de si mesmo..." (Vital-Brazil, 1988: 6)

Compreende-se então que se chega à origem, em termos formais, da relação imaginária do sujeito com seu semelhante. Esta funda um modo do sujeito em constituição onde se admite o Outro com valor absoluto, como aquele que pode anular o sujeito.

A relação imaginária vai aparecer nos seus efeitos em associação a um eu rudimentar, com a assunção da imagem do corpo

no estágio do espelho, como exemplo paradigmático do início da formação do eu. Esta imagem é como uma gestalt, onde esta forma é mais constituinte do que constituída.

O estágio do espelho explicitado por Lacan (Lacan, 1977) ordena-se a partir de uma experiência de identificação fundamental, onde o indivíduo fará a conquista da imagem do seu próprio corpo. O indivíduo identifica-se com esta imagem que promoverá a estruturação do eu. Antes da fase do espelho o corpo não era experimentado como uma totalidade unificada e sim como alguma coisa dispersa (experiência fantasmática do corpo esfacelado). Ao final dos três tempos da fase do espelho a criança conquista a imagem de seu corpo.

No primeiro tempo tudo se passa como se a criança percebesse a imagem de seu corpo como a de um ser real de quem ela procura se aproximar ou busca apreender. Neste primeiro momento há uma confusão entre si e o outro. Há uma relação estereotipada em que a criança orienta-se sobretudo pelo outro. É o assujeitamento da criança ao registro do imaginário.

O segundo momento constitui-se como uma etapa decisiva no processo identificatório: neste momento a criança é levada a descobrir que o outro do espelho não é um outro real, mas uma imagem. A criança não mais procura apoderar-se da imagem e seu comportamento indica que ela já sabe distinguir a imagem do outro da realidade do outro.

Já no terceiro momento há uma dialetização das duas etapas precedentes. Isto ocorre porque a criança está segura de

que o reflexo do espelho é uma imagem e sobretudo também, porque adquire a convicção de que não é nada mais que uma imagem e que é a dela própria.

"Re-conhecendo-se através desta imagem, a criança recupera assim a dispersão do corpo esfacelado numa totalidade unificada, que é a representação do corpo próprio. A imagem do corpo é, portanto, estruturante para a identidade do sujeito, que através dela realiza assim sua identificação primordial." (Dor, 1991: 80)

Esta conquista da identidade é sustentada pela dimensão imaginária, sendo portanto pelo próprio fato da criança identificar-se a partir de algo virtual (a imagem ótica) que não é ela enquanto tal, mas onde ela entretanto se re-conhece. Trata-se aqui de um reconhecimento imaginário que é justificado por fatos objetivos. De fato na idade em que Lacan demarca o advento desta fase (entre seis meses e dois anos e meio), a maturação da criança não lhe permite ter um conhecimento específico do próprio corpo. A fase do espelho simboliza a "pré-formação" do "Eu" e pressupõe em seu princípio constitutivo seu destino de alienação no imaginário.

"A própria dimensão deste re-conhecimento prefigura, para o sujeito que advém, na conquista da sua identidade, o caráter de sua alienação imaginária, onde delinea-se o "desconhecimento crônico" que não cessará de alimentar em relação a si mesmo." (op.cit.: 80)

Ao sair desta fase identificatória, em que já se esboça um sujeito, a criança nem por isto deixa de estar numa relação de

indistinção fusional com a mãe. A criança encontra-se numa posição particular com a mãe, em que busca identificar-se com aquilo que supõe ser o objeto de seu desejo. O desejo da criança se faz desejo do desejo da mãe e isto é facilitado e até induzido pela relação de imediação da criança com a mãe³, que acontece por conta dos primeiros cuidados e da satisfação das necessidades, que a figura materna dedica à criança. A criança está em uma situação de se fazer objeto do que é suposto faltar à mãe. Este objeto suscetível de preencher a falta do outro é o falo. Há uma indistinção fusional entre a criança e a mãe porque a criança tende a identificar-se com o único e exclusivo objeto do desejo do outro. Lacan diz que esta fase (que é denominada como primeiro tempo do Édipo) é marcada pelo desejo da criança permanecer radicalmente assujeitada ao desejo da mãe. Ele observa também que a criança está diretamente alienada pela problemática fálica sob a forma da dialética do ser ou não ser falo. A criança prescinde de uma contingência fundamental ligada à problemática fálica que é a dimensão da castração.

No segundo momento do Édipo a mediação paterna irá desempenhar um papel preponderante na configuração da relação mãe-criança-falo, intervindo sob a forma de privação. O pai entra nesta relação como aquele que priva a mãe do objeto fálico do seu desejo. A intrusão do pai é vivida pela criança sob a forma de interdição, frustração e privação.

A criança é intimada a questionar sua identificação fálica e, ao mesmo tempo, a renunciar a ser o objeto do desejo da

mãe. O pai aparece em cena enquanto outro e faz a criança entrar numa relação de dialetizar o ser ou não ser o falo da mãe. A criança então passa a rivalizar imaginariamente com o pai, enquanto este entra com a função de privar a mãe de algo que é o objeto de seu desejo. Nesta rivalidade imaginária temos um deslocamento do objeto fálico, que conduz a criança a encontrar a lei do pai. A criança é confrontada com esta lei, na medida em que descobre que a própria mãe depende dela, em função da satisfação que pode proporcionar às demandas da criança.

"A criança descobre pois, neste momento, a dimensão mais essencial que estrutura o desejo como o que submete o desejo de cada um à lei do desejo do outro." e "...a dialética do ter (ter o falo ou não), que a criança descobre como que polariza desde então a problemática do desejo da mãe, faz-se, portanto, eco da dialética do ser que governa então a vivência do próprio desejo." (op.cit.: 86 e 87)

Este segundo momento do Édipo é uma condição indispensável pela qual a criança passa (ou deve passar) para ascender à simbolização da lei que marca o declínio do complexo de Édipo. A criança é confrontada com a questão da castração, que a interpela através da dialética do ter, em cuja dependência estará o desejo da mãe daqui para frente.

A simbolização da lei ocorre no terceiro momento do Édipo. A figura paterna tem que sustentar a posição daquele que tem o falo. A função paterna só é representativa da lei na colocação determinante do lugar exato do desejo da mãe. O pai não vai mais aparecer para a criança como um falo rival desta junto a mãe. Neste

momento o pai é detentor suposto do falo, reinstaurando o único lugar em que ele pode ser desejado pela mãe.

"O menino, que renuncia a ser falo materno, engaja-se na dialética do ter identificando-se com o pai que supostamente tem o falo. A menina pode igualmente subtrair-se a posição de objeto da mãe e deparar-se com a dialética do ter sob a forma do não ter. Ela encontra, assim, uma identificação possível na mãe; pois, como ela, "ela sabe onde está, ela sabe onde deve ir buscá-lo, do lado do pai, junto àquele que o tem." (op.cit.: 87)

A reposição do falo em seu devido lugar é estruturante para a criança, a partir do momento em que o pai, que supostamente o tem, tem preferência junto à mãe. Esta preferência é a prova manifesta da instalação do processo da metáfora paterna e do mecanismo intrapsíquico que lhe é correlativo, ou seja: o recalque originário. Este consiste numa metaforização primordial da Lei que se dá pela substituição do significante fálico (significante do desejo da mãe) pelo significante nome-do-pai. Ele aparece como a intervenção intrapsíquica que assegura a passagem do real imediatamente vivido à sua simbolização na linguagem.

Desta forma então teremos que a ordem e a norma vão instaurando-se dizendo ao sujeito o que é preciso fazer como homem e mulher, pois ocorrerá a regulação dos intercâmbios sexuais, levando a uma definição sexual. A criança vai inserir-se na ordem simbólica, onde reconhecerá a diferença sexual.

Com a aceitação do nome-do-pai (metáfora paterna, lei-do-pai), há o reconhecimento de que se é separado e incompleto, onde isto possibilita o processo de individuação, criador da

liberdade humana, nos limites da intersubjetividade e na entrada no que já está instituído. (Vital-Brazil, 1988: 19)

O sujeito pretendido só se constitui como sujeito após sua entrada no universo sócio-linguístico, isto é, na dependência do que se desenvolve no Outro generalizado (recesso de todas as significações possíveis - la langue), e que é um discurso a ser articulado, na medida em que o inconsciente constitui-se como uma sintaxe e irá semantizar-se por meio do Outro maior, significante do sujeito pretendido. O Outro maior é o locus do inconsciente que se oferece como significante a concretizar-se na infinitude de significações possíveis. Isto ocorre porque o sujeito encontra-se em permanente constituição, ou seja, constitui-se como processo.

Entendemos que o sujeito em processo de constituição revela no momento em que fala e ao mesmo tempo em que é escutado com uma escuta analítica, formações que remetem ao seu inconsciente.

2.4- FORMAÇÕES DO INCONSCIENTE

Descrevemos anteriormente algumas características do conceito introduzido por Freud - o inconsciente. Abordaremos agora as formações do inconsciente.

De acordo com a nossa pesquisa clínica, mostraremos que é na e pela linguagem que o conceito de sujeito comparece atualizando sua constituição e possibilitando, dentro do contexto

do hospital, uma escuta analítica.

É através das formações do inconsciente que o sujeito do desejo (ou do inconsciente) se faz presente. É pautado neste conceito que acreditamos poder questionar a possibilidade de escuta analítica com pacientes pobres, acometidos de tuberculose pulmonar e em regime de internação hospitalar - tudo isto ao considerarmos que é de dentro da teoria psicanalítica que procedemos nosso estudo.

Freud partiu da hipótese de aplicar ao sonho, a técnica da associação livre - técnica esta que ele já havia aplicado com sucesso em outras manifestações psicológicas, como a angústia e a obsessão. A técnica da associação livre teve sua origem nas insuficiências da aplicação dos métodos hipnótico e catártico. A associação livre irá permitir a significação de manifestações psíquicas de origem inconsciente. É a partir das virtudes operatórias desta técnica, que ocorre a possibilidade de uma generalização a qual permite a noção de formação do inconsciente. A formação do inconsciente é:

"...generalização de uma pluralidade de manifestações psíquicas, todas possuindo em comum o caráter de significar outra coisa bem diferente do que significam imediatamente." (Dor, 1991: 15)

É desta forma que todas as formações do inconsciente - sonho, ato falho, chiste, sintoma - são interpeladas por Freud em sua referência a um sistema de elementos significantes, da mesma forma que os elementos significantes da linguagem.

Os fenômenos do inconsciente têm um funcionamento que se processa pelo modo do tropeço: eles surgem pelo tropeço, desfalecimento, rachadura. É nesses fenômenos que Freud vai procurar o inconsciente. Tais fenômenos apresentaram-se para Freud como um achado, que soa como uma solução e uma surpresa:

"...aquilo pelo que o sujeito se sente ultrapassado, pelo que ele acaba achando ao mesmo tempo mais e menos do que esperava - mas que, de todo modo, é, em relação ao que ele esperava, de um valor único." (Lacan, 1990: 30)

Uma vez que este achado se apresenta, é um "reachado", e isto porque ele também está prestes a escapar de novo - instaurando a dimensão da perda.

Lacan diz que a fonte de prazer que provoca o chiste, é um retorno ao período lúdico da atividade infantil. O chiste mostra uma liberdade de exercício do significante, mostrando a sua função criadora e conduzindo ao inconsciente. Esta formação do inconsciente muitas vezes é definida como o sentido no não sentido. Inicialmente teríamos o susto, por causa do não sentido e logo após sentimo-nos como que recompensados pela aparição de um sentido secreto, difícil de definir. O prazer de quem fala o chiste, completa-se no outro: este outro é quem autentica o chiste.

Ao falar sobre a significação do chiste, Lacan esclarece a função das formações do inconsciente como tal:

"Ahora bien, lo que aporta Freud es la idea de que un sujeto piensa en nosotros segun leyes que son las mismas que las de la organización de la cadena significante. Lo que se llama el inconsciente es

el significante en acción, separado del juego de la tendencia, situado sobre otra "escena psíquica", expresión tomada de Fechner y que marca la heterogeneidad de las leyes que conciernen al inconsciente en relación con todo lo que puede vincularse al dominio del preconscious, de lo comprensible, de la significación." (Lacan, 1982: 81)

O chiste apela e se intenciona para o grande Outro, como um lugar simbólico. Ele restitui seu gozo à demanda essencialmente insatisfeita, sobre o duplo aspecto da surpresa e do desprazer. O outro semelhante, sanciona a condição de satisfação: ser escutado mais além do que digo, já que o que digo não posso escutar. Esse pequeno outro funciona, ao sancionar o chiste, como sede do código da língua.

Uma outra formação do inconsciente, o sonho, é formada por um conteúdo manifesto e um conteúdo latente. O conteúdo manifesto do sonho, refere-se às lembranças que o sujeito tem, depois de ter acordado e que são o relato do próprio sonho. Através da escuta deste conteúdo manifesto é que se chegará ao conteúdo latente. Este refere-se à conteúdos de que não se consegue lembrar, mas que com o resultado da interpretação das associações livres do sujeito, se chegará.

Foi através do sonho que Freud descobriu, realmente, que o desejo inconsciente era central na experiência analítica. No sonho pode-se apreciar melhor, como relata Lacan (1982), a aventura em torno do desejo infantil essencial, que é o desejo do outro.

Como já demonstramos, o desejo humano não é o desejo de um objeto, e sim desejo da falta; de uma falta que no outro designa

outro desejo. Com isto queremos insistir que o sonho, como via real de acesso ao inconsciente, é uma realização de desejo. Tanto no sonho, como nas outras formações do inconsciente é que pode-se falar de um acesso ao desejo inconsciente do sujeito humano.

A formação do sonho pode ocorrer de duas maneiras. Da primeira forma, um desejo inconsciente encontra força suficiente para ser sentido pelo ego. Da segunda, teríamos um impulso que sobrou da vida desperta (sequência pré-consciente de pensamentos), durante o sono, recebendo reforço de um elemento inconsciente.

O estado de sono corresponde ao nascimento de uma pulsão com o objetivo de retornar à vida intra-uterina, que foi abandonada. O ego desperto governa a motilidade. No estado de sono tal função é paralizada, permitindo que boa parte das inibições impostas ao id tornem-se supérfluas: é esta possibilidade que causa os sonhos.

Nos sonhos há a tendência à condensação: inclinação para formar novas unidades, a partir de elementos que no pensamento de vigília, certamente seriam mantidos em separados. Há também uma facilitação nos deslocamentos de intensidades psíquicas: as catexias

"são deslocadas de um elemento para outro, de maneira que com frequência acontece um elemento que era de pequena importância nos pensamentos oníricos aparecer como o aspecto mais claro, e, por conseguinte, mais importante do sonho manifesto e vice-versa, que elementos essenciais dos pensamentos oníricos sejam representados no sonho manifesto apenas por ligeiras alusões." (Freud, 1938: 42)

A interpretação dos sonhos se dá com a ajuda das associações aos elementos do conteúdo manifesto, da própria pessoa que sonha. Tais associações trazem à luz ligações intermediárias que se inserem entre o conteúdo latente e o conteúdo manifesto. Desta forma pode-se estabelecer o conteúdo latente do sonho e interpretá-lo.

"A experiência mostrou que os mecanismos inconscientes que viemos conhecer através do estudo da elaboração onírica e que nos forneceram a explicação da formação dos sonhos também nos auxiliam a entender os enigmáticos sintomas que atraem nosso interesse para neuroses e psicoses." (op.cit.: 46)

Freud afirma que os sintomas (mais uma formação do inconsciente) têm um sentido, relacionando-os com as experiências da vida do paciente. Diz também que à psicanálise é possível eliminar qualquer tipo de sintoma (histéricos, obsessivos).

Com relação aos sintomas, é tarefa do analista descobrir qual é a relação entre uma idéia sem sentido e uma ação despropositada (se houver tal ação, como no caso das neuroses obsessivas), com a situação passada que justifique tal idéia e ao propósito que a ação serviu.

Sobre as parapraxias ou atos falhos, Freud diz que ocorrem na vida cotidiana de qualquer pessoa. Atos falhos ocorrem, por exemplo, quando uma pessoa intencionava falar uma palavra e diz outra; quando o mesmo erro ocorre na escrita; quando ocorre um erro ao se ler uma palavra ou oração; ao se escutar alguma coisa

errada ou qualquer tipo de esquecimento.

A psicanálise empreende uma pesquisa afirmando que os atos falhos não são eventos casuais; são atos mentais sérios. Eles têm um sentido e surgem da ação de mútua oposição entre duas intenções diferentes.

"Minha interpretação abriga a hipótese de que quando uma pessoa fala, podem ser expressas intenções das quais ela própria nada sabe e que eu, contudo, posso inferir a partir de provas circunstanciais." (Freud, 1916: 84)

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1- "Processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz tender o organismo para um alvo. Segundo Freud, uma pulsão tem a sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu alvo é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional; é no objeto ou graças a ele que a pulsão pode atingir o seu alvo." (Laplanche e Pontalis, 1983: 506)

2- Fantasia ou fantasma: "encenação imaginária em que o indivíduo está presente e que figura de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente." (Laplanche e Pontalis, 1983: 228)

3- "o uso deste termo sublinha a função simbólica desempenhada pelo pênis na dialética da intra e inter-subjetividade." (Laplanche e Pontalis, 1983: 225)

4- Dizemos desta forma porque estamos descrevendo a constituição do sujeito sem levar em conta as diferenças estruturais - neurose, psicose e perversão. Esta descrição está ligada à estrutura neurótica; com as outras duas estruturas haveriam modificações.

CAPÍTULO 3

PESQUISA EM HOSPITAL PARA PACIENTES TUBERCULOSOS

3.1- CARACTERÍSTICAS DO CONTEXTO HOSPITALAR

Este estudo aborda o atendimento psicológico à uma população de baixa renda. A escuta analítica empreendida com estas pessoas, ocorre enquanto as mesmas estão internadas em um hospital público, sendo submetidas a tratamento para a cura da tuberculose pulmonar.

Este hospital da rede estadual encontra-se na zona norte da cidade de Niterói (R.J.), situando-se numa pequena colina, um pouco afastado da rua. A subida até o hospital é marcada por eucaliptos e área verde de ambos os lados. Há dois prédios que funcionam de modo independente. No primeiro, onde situa-se a sede do hospital, ficam o gabinete do diretor, o serviço de telefonia, a farmácia, o centro de estudos, o quarto dos médicos plantonistas, o laboratório, a administração, o departamento pessoal, o almoxarifado e a documentação médica. O segundo andar deste prédio foi reformado e está temporariamente desativado. O segundo estabelecimento, um pouco abaixo da colina, tem apenas um andar: é bem maior em extensão e comporta todos os outros serviços. Funciona ali o refeitório dos funcionários, que tem saída para uma das pequenas avenidas do hospital e para uma área aberta, a qual se comunica com a cozinha. Esta área comunica-se ainda com uma outra

entrada, utilizada pela equipe que lida diretamente com os pacientes internos (neste hospital só há atendimentos para pacientes internados). Há uma estante de escaninhos e uma mesa, onde um funcionário encarregado avalia, julgando o que pode e o que não pode entrar, com o familiar ou amigo do paciente, no horário estipulado para as visitas. Logo após, à esquerda, fica um corredor que dá para o vestiário de nível superior feminino e para a sala de raio X. Há uma outra sala na qual funciona o serviço de nutrição. Seguindo, encontramos uma sala ampla, onde funciona o refeitório dos pacientes. Este situa-se como divisor das alas de enfermarias masculinas e femininas. Na prática porém, como o número de pacientes masculinos é bem maior, a ala masculina encontra-se geralmente lotada, e na feminina funcionam duas enfermarias masculinas. No lado feminino situam-se: sala de prontuários médicos, sala de exames, sala de curativos, sala de psicologia, sala do serviço social e sala do serviço de odontologia. Há um pequeno prédio ao lado deste, onde é formalizada a internação do paciente (lá também ficam os vestiários das auxiliares de enfermagem). O serviço de lavanderia, a caldeira e os outros vestiários situam-se à volta deste prédio.

Através de relatos da equipe multiprofissional compreendemos que a tuberculose pulmonar é uma doença que ainda afeta muitas pessoas, no Brasil. Para internar-se um paciente, o processo não é muito fácil: há pedidos de vários lugares e instituições de saúde; é preciso até que se façam reservas. Pelo próprio relato de alguns pacientes nota-se que alguns ficaram dias em outras

instituições esperando uma vaga a fim de fazerem o tratamento, dito específico, para a tuberculose pulmonar.

O governo estadual mantém três hospitais para tratamento e internação de pacientes com tuberculose pulmonar. Este fato parece denotar que a procura de internação deve ser maior ainda, caso fosse possível observar-se todo o estado do Rio de Janeiro.

Qualquer pessoa que descubra estar com tuberculose pulmonar (vide exame de escarro e raio X pulmonar), deverá primeiramente procurar um posto de saúde. Teoricamente, o tratamento desta afecção alcançaria muito mais sucesso se realizado ambulatorialmente. Isto significa que o paciente faria uma avaliação, no posto de saúde, a certos intervalos, e o Estado forneceria a medicação específica. A unidade hospitalar de que se fala neste estudo só aceita internação de pessoas que têm o exame de escarro positivo, ou seja: este positivo significa a possibilidade de transmissão do bacilo de Koch (ou da tuberculose pulmonar) aos familiares ou às pessoas com quem convivem. O tempo das internações varia: de um a dois meses, dependendo do estado físico do paciente. Sabe-se que neste próprio hospital, anos atrás, os pacientes ficavam internados até ficarem definitivamente curados da tuberculose. Hoje em dia a prática das internações é aquela já narrada acima. Percebe-se de fato que o paciente apresenta ao sair do hospital não uma "cura", mas uma "alta melhorada". Isto ocorre porque ele é instruído por um enfermeiro a procurar um posto de saúde mais próximo à sua habitação e continuar o tratamento para a tuberculose, só que à nível

ambulatorial.

Desta forma parece que o paciente situa-se em trânsito, dentro deste esquema de "busca à cura". A partir do momento em que está internado ele já é informado de que não sairá dali curado: terá que procurar um outro tipo de atendimento. O hospital é apenas um momento de sua cura.

É desta forma, "em trânsito", que o paciente será indicado para o atendimento psicológico. O paciente não é necessariamente indicado ao setor de psicologia quando chega ao hospital. Isto ocorre em poucos casos, quando este já conhece, ou tem alguma idéia a respeito do atendimento psicológico, quando o paciente sabe da existência do serviço, e logo anuncia a qualquer outro profissional da equipe que gostaria de "falar com o psicólogo". O mais comum, entretanto, é que algum outro profissional da equipe de saúde encaminhe o paciente à psicologia. A maioria dos encaminhamentos provém do serviço social: os profissionais deste setor mostram-se muito mais "abertos" e "confiantes" quanto ao trabalho da psicologia. Há encaminhamentos também de outros profissionais de saúde: enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, médicos e dentistas.

Um paciente encaminhado ao atendimento psicológico, pode ter chegado no dia anterior ao hospital, ou estar em pleno tratamento ou ainda próximo a ter alta médica. Desta forma faz-se necessário que entremos em contato com o profissional que indicou o paciente. Estas indicações nos são remetidas diretamente pelo profissional, ou por um outro colega de profissão. Buscamos

escutar o motivo pelo qual o profissional indica o atendimento. Geralmente o profissional que indica observou alguma dificuldade emocional no paciente. Ele pode haver assim julgado por uma dificuldade que o paciente esteja apresentando para com a tuberculose (aceitação do tratamento e da doença) ou a partir de fatos narrados a este profissional sobre sua história de vida. Escutamos freqüentemente, histórias do tipo: "a vida de fulano foi muito difícil, sua situação econômica é muito precária". Tentamos questionar com este profissional os motivos pelos quais ele foi levado a vir conversar conosco e ao mesmo tempo procuramos esclarecer que o paciente ficará em atendimento caso ele mostre interesse e uma demanda.

O atendimento psicológico neste hospital não é obrigatório como o é o atendimento do médico, do enfermeiro, do nutricionista. O serviço social também presta um atendimento obrigatório, mas este consta das tabelas estatísticas do hospital como "especialidades". Nem todos os pacientes internados se submeterão aos atendimentos psicológico, fisioterápico e odontológico. Estes são três setores que funcionam por indicação, respeitando cada qual uma rotina específica (por exemplo: o fisioterapeuta só pode atuar se um médico indicar).

A questão da indicação para o atendimento psicológico remete para aquela da demanda caracterizada por uma infantilização através da dependência da indicação de outros, uma vez que alguns pacientes pouco sabem sobre do que se trata num atendimento psicológico. Contudo este fato nos faz questionar esta posição em

que se encontra o serviço de psicologia, perante indicações. Atendemos qualquer paciente que nos procure "espontaneamente" (este espontâneo refere-se a anotação que colocamos no prontuário para justificar a procura, sem uma indicação de outro profissional). Pode ocorrer de pacientes nos procurarem querendo uma consulta. Desta forma uma demanda começa a se caracterizar, sem que como nos outros casos, a oferta ocorra antes da efetivação propriamente de uma demanda.

Ao primeiro contato com um paciente que foi previamente indicado para a psicologia, oferecemos o atendimento. Geralmente os pacientes perguntam muito sobre do que se trata, caso nunca tenham submetido-se a algo semelhante. Quanto à oferta de atendimento, ela é feita tanto para um paciente que nos procure quanto para o paciente que foi indicado. Se o atendimento foi feito por indicação, especificamos ao paciente qual profissional fez a indicação.

Para qualquer paciente é-lhe esclarecido que a psicóloga está ali para escutá-lo e que ele pode falar sobre o que quiser. No caso de não tratar-se de uma procura "espontânea", fazemos a oferta do atendimento/escuta e daí para a frente o paciente pode ou não desejar retornar para continuar a falar. E a partir do momento em que o paciente desejar novamente falar dele próprio, entendemos que uma demanda pode surgir. Enunciamos a regra fundamental da psicanálise (*fale o que lhe vier à cabeça*) e esperamos para "colher ou não os frutos". Se o paciente quiser retornar para "falar novamente", fica-nos claro que fizemos a

oferta de uma escuta analítica e que podemos seguir um percurso onde um fala e o outro escuta. Daí para frente há a possibilidade de que através dos tropeços da fala deste falante, ele venha à enunciar a sua verdade singular.

"Quem fala nem sempre sabe o que diz, ou quando diz o que quer dizer, não sabe o que está falando." (Cesaroto e Leite, 1984: 14)

A questão da demanda, como já abordamos, refere-se à se avaliar o que empurra o sujeito no processo psicanalítico (Alencar, 1990: 7). Este fato aponta para a condição de analisabilidade, que passa pelo conceito de transferência. Nesta última fica suposto um saber, mesmo que inicialmente indeterminado, o qual nos coloca a questão de que a transferência é sempre transferência de saber. As queixas que os pacientes trazem têm que induzi-los a se perguntarem sobre o porquê das mesmas. Há que se tentar dotar de sentido essas queixas, e o porquê do sofrer.

Em nosso trabalho de escuta analítica neste hospital, observamos quais pacientes colocam-se no lugar de dotar de sentido sua queixa perante a tuberculose e tantas outras questões que surgem. Como dissemos é a partir de uma demanda de saber que nosso trabalho é possível.

Um paciente indicado ao atendimento psicológico pode estar se movimentando pelo hospital ou encontrar-se acamado. Pode estar utilizando o oxigênio, por causa da falta de ar; ter uma sonda ligada ao pulmão ou até estar se alimentando através de uma sonda. Estes pacientes são atendidos/escutados em seu próprio leito, que

se situa numa enfermaria, a qual pode ser dividida com três ou cinco outros pacientes. Alguns pacientes verbalizaram o fato de não sentirem-se à vontade para falar de si próprios frente à outras pessoas. Esta revelação ocasionou uma mudança em nosso procedimento, quanto a este atendimento. Ao entrarmos em contato com o paciente pela primeira vez, perguntamos se ele gostaria de falar em seu próprio leito ou na sala que mantemos para atendimentos - isto após ter sido perguntado ao mesmo se ele poderia locomover-se. O fato é que ocorrem diferenças: há pacientes que se locomovem, mas que preferem o atendimento no leito. As variações estão de acordo com a idiossincrasia de cada um deles, o que é geralmente demonstrado com o decorrer dos atendimentos. Ocorre também de pacientes que se locomovem com dificuldade desejarem ir até a sala, mesmo que seja bem vagarosamente e com grandes dificuldades.

Sugerimos, no mínimo, uma vez por semana para o atendimento ao paciente. No entanto esta marcação pode variar. Há pacientes que manifestam o desejo de terem um maior número de atendimentos e outros preferem somente uma vez por semana. Procuramos resolver com o próprio paciente dois ou mais atendimentos semanais, ou ainda apenas um. Como já mencionamos, o paciente fala sobre o que ele quiser, utilizando a sua associação livre. E por outro lado, fazemos pontuações em sua fala com o objetivo de mostrar-lhes alguns pontos e de fazê-los prosseguir em suas associações livres.

De início, o trabalho das psicólogas não era valorizado nem incentivado, por falta de conhecimentos de alguns profissi-

onais da equipe. Após três anos de intervenção neste hospital, mudanças vêm ocorrendo nessa atitude de resistência e verifica-se uma melhor aceitação.

3.2- SITUAÇÕES ILUSTRATIVAS DE ATENDIMENTO

Nesta parte de nossa pesquisa, trazemos algumas situações de atendimento clínico. Tratam-se de trechos de nosso atendimento, nos quais apontamos para o comparecimento do sujeito do inconsciente. Este último comparece, seja em forma de uma formação do inconsciente, ou em forma da própria sessão de escuta analítica, que funciona como formação do inconsciente, onde o discurso do sujeito aponta para seu próprio desejo inconsciente.

Com o estudo e observação da psicanálise pontuamos que não há necessidade de que estejamos em qualquer contexto demarcado (como num setting analítico e entre pares sociais), para que uma escuta analítica possa proceder. Como já ressaltamos, o dado importante para a possibilidade psicanalítica é a relação transferencial entre aquele que fala e quem escuta. A transferência compreende um terreno em que se possibilite toda a problemática de um tratamento psicanalítico, pois este último fica caracterizado pela instalação, modalidade, interpretação e resolução da situação transferencial. (Laplanche e Pontalis, 1983: 669)

Contudo, a pesquisa deste estudo desenvolve-se no meio hospitalar que descrevemos. Percebemos que este meio hospitalar não faz calar o sujeito do inconsciente: através da escuta

analítica empreendida, podemos observar o comparecimento do sujeito do inconsciente. O paciente quando fala e se remete à sua cadeia de significantes - em busca de significação - traz seu discurso de remetimento a seu contexto de doença e de tantas outras coisas. E é com este discurso que ele faz comparecer as formações do inconsciente, ou seja: o sujeito do inconsciente, ele como sujeito da enunciação. Nesta pesquisa apontamos que o discurso que um paciente traz, remetido a algum fato do contexto hospitalar, é escutado e pontuado sem que percamos a dimensão da escuta analítica.

Enquanto o sujeito fala e em sua fala sai "aquilo que manca"- (Lacan, 1990: 27) pode-se estar mais em contato com seu próprio desejo. Não estamos querendo afirmar um emprego político da psicanálise, mas sim apontar que estas falas vão trazer a marca daquele sujeito que fala. E se este sujeito "puder se haver" com seu próprio desejo, vai caber a ele uma postura mais ou menos política, frente ao que lhe acontece nesta instituição.

"Não creio no emprego político da psicanálise, a não ser para ajudar os indivíduos a tornarem-se lúcidos e autônomos e, em consequência suponho, mais ativos e mais responsáveis frente à sociedade." (Castoriadis, 1987: 44)

Situação Ilustrativa 1

O paciente G. foi atendido durante quase dois meses. Inicialmente apenas reclamava dos sintomas físicos. As dores no peito ocorriam por causa da tuberculose. Foi indicado à psicologia por estar muito "triste" e "desmotivado". Verbalizava fazer questão do atendimento. Ele era compositor e parecia estar "feliz" ou satisfeito por eu me "interessar" por suas músicas. Costumava mostrá-las sem no entanto achar que a música tinha a ver consigo. Ressaltei uma música em especial a qual trazia a vivência pela qual ele estava passando - esta havia sido composta enquanto ele estava internado. A música fala de uma amizade entre duas pessoas e é narrada em primeira pessoa do singular, onde a pessoa que fala sente-se desprezada por estar com uma doença. Quando indago sobre a música, ele fala de seu próprio gênero. G. ajudava muito a este gênero que lhe parecia um amigo. G. narra que agora que esta doente, com tuberculose, o moço lhe "deu as costas" e até proibiu a esposa (a filha de G.) de visitar seu pai. Fala que toda esta tristeza favoreceu a composição da música.

Esta situação foi escolhida, pois através da própria fala deste paciente - "deu as costas" - ele percorre alguns significantes, que trazem a sua tristeza e no fato desta última, ter-lhe servido para compor a música. Percebe-se como o paciente ao falar vai remetendo-se à sua cadeia de significantes em busca de uma significação, em busca de um objeto perdido de seu desejo, e apesar deste objeto não ser encontrado, o desejo se mantém. E

é dizendo que não sabe como, nem porque, que G. mantém-se compondo músicas. Com a escuta analítica houve a possibilidade da produção de sua própria fala, aquela que diz dele próprio. Antes deste "meu interesse" pela referida música, G. não havia colocado a sua tristeza em palavras, ou seja, não falava dela, somente de dores no peito "por causa da tuberculose". A partir de ter remetido à música, a ele próprio, é que G. pôde tentar significar a sua tristeza.

Situação Ilustrativa 2

O paciente S. foi atendido durante três internações, num período de um ano e dois meses. Já esteve neste hospital, anteriormente, totalizando seis internações. Foi por mim acompanhado na quarta, quinta e sexta internações. Num atendimento em que trazia sua queixa principal, o sintoma físico da falta de ar, ele se atrapalha com sua fala. Narra que a falta de ar lhe impede de fazer muitas coisas. Fala de seu desejo de andar (é um paciente que caminha com dificuldade e isto vem se acentuando nas últimas internações): "Quando vou à padaria, lá perto de casa, tenho que parar para descansar, no meio do caminho. Quando chego lá em casa também paro para descansar. Um homem com falta de ar fica impedido de pedalar." Eu repito a palavra pedalar, já que pareceu não estar em conexão com seu discurso pretensamente consciente. A reação dele foi de sorrir e de dizer: "Pedalar que eu falei? Eu quis dizer

andar." E depois prossegue em sua cadeia de significantes, falando que queria voltar a fazer tudo; tudo o que esta falta de ar lhe impede. Quer fazer tudo o que fazia antes: "pedalar, andar de moto, de bicicleta, dirigir."

Assim, o sujeito se mostra, se revela, para logo em seguida desaparecer, de acordo com a noção de Lacan da fugacidade, da evanescência do sujeito.

"Aun en ese significado plenamente desarrollado que es la palabra, hay siempre un pasaje, algo que está mas allá de cada uno de los elementos articulados, por naturaleza fugaces, evanescentes. En eso reside una propiedad esencial del significante: siempre puede ser lãchado, anulado, destituído de su función." (Lacan, 1982: 111 e 112)

Situação Ilustrativa 3

Paciente A., com sequela de A.V.C. (Acidente Vascular Cerebral), além da tuberculose pulmonar (foi atendida durante oito meses) falou sobre sua vida muito sofrida. É vendedora de laranjas, mora longe dos centros urbanos - em lugar de roça. Soube num dia que teria alta. No dia seguinte passou mal. Disseram-lhe que era do coração - sequela de A.V.C. Não se lembrava de eu ter ido ficar a seu lado (ela não podia falar, disse-me que a língua enrolava). No atendimento seguinte contou-me um sonho que teve quando passou mal. Sonhou com um homem que a chamava, mas ela não foi com ele. Pensou que fosse morrer. Sentiu-se mal por não querer ir. Este "bicho ruim" agarrou-a por trás. Ela chamou o nome de Jesus: "o

sangue de Jesus tem poder". E a partir daí o bicho a soltou. Chama este "bicho ruim" de diabo. Vai falando e comparece com uma associação de haver tido este sonho após ter sabido da notícia de sua alta. Ela diz ter ficado muito nervosa, pois não queria ter alta naquele momento, somente quando seus exames ficassem negativos. E, de fato, seus exames estavam ainda positivos. Se fosse para casa com o exame de escarro positivo para os bacilos da tuberculose, poderia transmitir a doença a seus parentes, por isto não aceitou a alta. Após alguns dias ela narra outro sonho: neste ela estava na roça e percebeu/viu que vários bois vinham em sua direção. Ela começou a correr bastante. Os homens que "tocavam" os bois, não estavam "dando conta", de repente, apareceu um bicho com muitos chifres - parecia um veado. Este bicho fez um barulho (ela imita o som; soa como um urro forte) e os bois tomam a direção oposta. Aparece então um homem, muito bonito, de "cabelos russos" (certifico-me com ela de que são cabelos loiros), e de barba. Ele fica virando a cabeça de um lado para o outro e a sua cabeleira se mexe. Depois disto ela retoma a falar que este sonho lhe disse que realmente não era a sua hora de morrer. Ela acha que este sonho quis re-afirmar o primeiro.

A própria paciente vai associando e falando sobre aquilo que acha. Seu desejo parece apontar para não sair do hospital; ela não tem esta intenção. Fala do bem, ligado à figura de uma pessoa bonita e do mal, ligado à um bicho de chifres. Após associar, ela própria traz esta dicotomia: bem versus mal. Acha que tudo isto tem a ver com muito sofrimento que teve na infância - mal - e de

sentir-se bem atendida neste hospital - bem.

O bem parece estar associado ao amor à ela dispensado pela equipe de saúde. Afirmava nunca ter sido tão bem tratada antes. E de outra perspectiva o mal estava associado à sua vida - fora desta situação de internação, que para ela significava uma relação ruim, de privação.

Atentamos também para o fato de que a sua demanda de amor tinha um custo - a manutenção da sua posição de doente. Após algum tempo esta paciente obteve sua alta. Após alguns meses ela voltou, novamente doente. Quando isto aconteceu ela passou a se esquivar dos atendimentos psicológicos. Dizia sentir-se muito bem. Eu a via ajudando a equipe com outros pacientes e todos lhe tratavam bem. Era uma paciente muito querida e elogiada por toda a equipe.

Situação Ilustrativa 4

Paciente M. internou-se por duas vezes e fugiu do hospital. Foi indicada para atendimento por tratar-se do que a instituição chama de "paciente psiquiátrica", ou seja: teve passagem por instituição psiquiátrica. Somente na terceira internação é que ela quis falar um pouco. Acha que adoeceu porque costumava levar seu ex-noivo na parada de ônibus - pegava friagem. Tem medo do lugar onde mora, que é muito escuro. Já correu, ao andar de noite por lá, achando que havia alguém atrás dela. Conta que em sua infância sua mãe lhe contou a história na qual haviam

lobisomens numa árvore, perto de sua casa. Fugiu do hospital por achar que todos os homens eram lobisomens. E também porque havia um rapaz que vinha visitar uma paciente de sua enfermaria e M. afirma que este rapaz achava que ela era "sapatão", porque não tinha namorado. Todas as mulheres daquela enfermaria tinham namorado, menos ela. Pergunto a ela sobre o que é ser "sapatão". Ela diz que "sapatão é mulher que gosta de homem". Pontuo repetindo: mulher que gosta de homem? Ela sorri e diz que não, que errou: "sapatão" é mulher que gosta de mulher. Pergunto se o que ela falou significa então, que ela própria gosta mesmo é de homem. Ela consente, dizendo que sim.

A referida fala de M., mostra claramente que ela disse outra coisa, que não tinha a intenção de dizer. Foi falar sobre o que "sapatão" significava e, na verdade, trouxe um desejo particular seu: ela gostava de homem. Isto lhe remeteu ao seu ex-noivo e de um temor de ser tachada como o que não é: "sapatão". Falou de sentir amor por mulheres, mas disse ser diferente do que pensa com os homens. Revela desejos mais próximos com os homens. Já com as mulheres não sente tanta necessidade de aproximação física, acha que é um amor em forma de amizade. Também fala do que o lobisomem provavelmente faria com ela, diz que ele mata e morde.

Revela que por duas vezes fugiu do hospital, porque estava com medo desses lobisomens. Disse que naquele momento não temia mais os pacientes homens, porque não acreditava que eles fossem lobisomens. M. era uma paciente que não vinha conseguindo permanecer em regime de internação. Após o início dos atendimentos

ela procurou manter-se internada, cuidando e participando mais intensamente de seu tratamento. Ela ficou internada durante seis meses, tendo obtido alta quando não estava mais transmitindo os bacilos da tuberculose.

Situação Ilustrativa 5

O paciente L. já tratava de sua tuberculose pulmonar há algum tempo, em regime ambulatorial. Afirma ter piorado após ter-se separado da esposa. Esta frequentava o candomblé e um dia chegou da cerimônia às duas da madrugada, afirmando ter ido jantar com o pai de santo, por isso os dois brigaram, se separaram e L. passou a habitar a casa de sua mãe. Ficava trancado o dia inteiro num quarto, bebendo cachaça com limão. Sua tuberculose pulmonar piora. Só pensava em sua ex-esposa e no seu filho de dez anos de idade (este filho é de um relacionamento anterior). Sente muitas saudades do filho - "Gostaria de uma foto de M. (seu filho), para matar a saudade dele. Sinto muita saudade dele. Vou pedir a minha mãe para trazer uma foto minha para cá". Pontua sobre a sua própria foto. Ele sorri dizendo ter errado e conserta: "Ah! Quero dizer que gostaria de uma foto de M". Depois disso em sua associação diz que seu filho se parece muito com ele (o pai). Diz só pensar em coisas boas para o menino: quer que ele estude, que se sinta bem e que nada lhe falte. L. continua falando e diz que o fato deles se parecerem lhe permite observar que o que deseja para seu filho -

essas coisas boas - deseja para si próprio. Quer sentir-se bem e poder ter forças para continuar vivendo e batalhando a sua própria vida.

O próprio paciente chega a uma significação (nem que seja por algum tempo) sobre o que seu desejo parece apontar. Com isto observamos através das formações do inconsciente, que se deu nesse sujeito a busca do significado de seu desejo. (Este paciente foi atendido durante seis meses).

Situação Ilustrativa 6

A paciente Q. que tem sido escutada/atendida durante sete meses apresenta uma queixa que vem lhe deixando muito deprimida: a médica que a atende havia dito que seu exame de escarro apresentava somente uma cruz (+). Na rotina do hospital este sinal significa que a paciente ainda transmite bacilos da tuberculose pulmonar. Este tipo de exame responde a uma forma quantitativa de avaliação dos bacilos, uma vez que três cruces (+++) significam maior quantidade e uma possibilidade maior de transmissão dos mesmos. Esta paciente pensava que seu exame de escarro estivesse com uma cruz, mas no dia anterior ao atendimento psicológico a médica dissera a ela que seu exame demonstrou estar com duas cruces (geralmente os pacientes compartilham entre si, seus números de cruces, fazendo uma torcida para que as cruces diminuam, já que exame de escarro sem cruz significa, na maior parte das vezes,

alta). Q. ficou muito triste e disse a médica que esta havia lhe dito estar somente com uma cruz. A médica retifica-lhe a informação, dizendo ter-se enganado e sai da enfermaria. A partir do acontecimento, Q. afirma sentir-se nervosa e deprimida. Q. fica insistindo para que eu lhe diga o que ela deve fazer em relação à médica. Concordei com ela sobre o fato da médica ter-se enganado e pergunto sobre o que ela pode falar sobre tal fato. Faço esta intervenção no sentido de que continue falando. Esclareço-lhe que a médica enganou-se e confirmei o exame de escarro em seu prontuário. Esta forma de agir não fez com que a paciente se calasse, ela fez a sua reclamação sobre o acontecido e pôde continuar falando sobre o que isto significava para ela. Fala que não aceita sua doença: a tuberculose. Já sofreu muito em sua vida a não a aceita. Teve um pai muito malvado que a maltratava e também a toda sua família. Retoma o discurso que já havia me revelado sobre as coisas que lhe faltaram. Havia falado das várias coisas materiais que lhe faltaram, contudo neste atendimento, M. chega a um fato novo. Fica muito triste quando se dá conta do que diz: dentre tantas coisas que lhe faltaram, faltou-lhe o carinho dos pais. Questiona-se se não é por isto que sente falta de tantas outras coisas, acha que isto é que deve ter tido importância, mas resolve que vai ter coragem de conversar com sua médica, a fim de pedir esclarecimentos sobre a confusão dos exames.

Q. pôde aproximar-se mais de seu desejo, tanto quanto a tomar providências junto à médica (como de fato o fez), quanto para compreender melhor o seu discurso e o que ela pensa.

Observamos que com a manutenção de nossa escuta e também atentando para o fato ocorrido no hospital com esta paciente, seu discurso continuou a comparecer e este pôde lhe apontar para um fato novo que ainda não havia surgido nos outros atendimentos: ela pôde dar-se conta de um desejo eminente e até descobrir qual seria o melhor procedimento em relação à sua médica, sem que eu lhe sugerisse nada, como ela queria inicialmente.

Situação Ilustrativa 7

Durante o atendimento psicológico a paciente J. fala que sofre do coração. Nesta instituição não podem entrar outros remédios que não os seus próprios, os quais são prescritos pelos médicos internos. J. faz uso de uma medicação específica para o seu problema de angina. Diz não sentir-se bem, porque teve uma crise no dia anterior a este atendimento. O médico que a internou ficou sabendo deste problema, contudo, ela não está usando o remédio desde a sua internação (quase há um mês da data deste atendimento). Afirma que vai conversar com o médico porque se não voltar a tomar o remédio do coração, vai pedir a sua alta já que não pode ficar sem tomar o referido remédio. Digo-lhe que ela deve realmente conversar com seu médico sobre isto e falo sobre a postura que ela afirma haver tomado concordando com ela quanto a tratar-se de algo bastante sério. Ao concordar com ela a paciente continuou falando: começou a ter problemas do coração no ano em que sua mãe morreu

e no mesmo ano em que se separou de seu ex-marido (1979). Sofre desse mal por causa dos aborrecimentos que estava tendo com seu ex-marido: ele bebia muito, os dois brigavam e surgiu uma amante dele, com a qual ele vive até hoje. Caso sua mãe não tivesse morrido eles dois não teriam se separado, pois sua mãe gostava muito dele e ele a considerava como sua própria mãe, gostando mais dela do que da mãe verdadeira. Geralmente quando J. e o ex-marido brigavam, J. ia para casa de sua mãe e esta última lhe aconselhava: "Ele brigou com você porque estava bêbado, é por causa da bebida. Amanhã você vai ver, ele vai se esquecer de tudo". Daí J. retornava para sua casa e para o marido. O ex-marido lhe fez a proposta de separação, mas era para ele ficar morando com a outra e ela, esposa, ficar como amante; ele lhe dizia: "Nada vai lhe faltar". A partir disto J. começa a passar seus dias com muita tristeza. Só bebia café, fumava e ficava o dia inteiro escutando fitas de Roberto Carlos. Estava muito triste, mas decidiu separar-se oficialmente. O ex-marido passou a vigiá-la ("Acho que ele ainda gostava de mim, não é?") e intrometer-se na vida dela. Tal atitude ocorreu quando ela passou a fazer coisas que não fazia antes: cortar o cabelo que era longo e usar bermudas (fala isto sorrindo). O ex-marido quis desquite litigioso e até inventava que ela tinha outro homem. O juiz chegou a ir a sua casa. "Não deu em nada, pois os vizinhos disseram que eu vivia para a família e para os meus filhos". Ao final, quando interrompo, ela pergunta: "é assim, a gente fala e isto serve para desabafar?" Não respondo, digo somente que ela vai descobrir o que é. Alguns dias após este atendimento, J. fala-me

que pediu alta. Vai cuidar de sua tuberculose em casa. Sabe que assim poderá cuidar também de "seu coração".

J. agiu como achou melhor para si mesma e isto lhe foi pontuado. Soube que sua tuberculose pulmonar poderia ser facilmente combatida em regime ambulatorial. Ela poderia pegar os remédios no ambulatório do posto de saúde e tratar-se em casa.

Situação Ilustrativa 8

Paciente D. que foi atendida por um ano, num atendimento revela um fato novo sobre o seu percurso no hospital: a sua dependência do uso de oxigênio. É muito comum, em pacientes com tuberculose pulmonar, o uso esporádico do oxigênio. No entanto, a paciente fala de não conseguir mais ficar sem o oxigênio. Este fato, quando acontece, é dito e referido pela equipe de saúde como: "o paciente tal está dependente do oxigênio". A paciente D. diz estar preocupada com esta dependência. Ao ser questionada sobre este fato diz: "fico preocupada porque sei que quando for embora daqui, não levarei esta bala (de oxigênio) comigo". O que inicialmente surpreende é o fato dela estar utilizando esta fala, muito comum na instituição, sempre dita a qualquer paciente quando os profissionais consideram-no dependente do oxigênio. Pode ser escutado na instituição: "Você não pode usar muito oxigênio, senão, quando for embora, não poderá levar a bala com você". Tento entender o motivo disto. Esta fala geralmente faz calar qualquer paciente,

ao invés de fazê-lo indagar-se sobre o porquê desta dependência, apontando para uma impossibilidade. É como se dissesse para o paciente: larga esse oxigênio, pois não há outro jeito. Isto faz calar tudo. Não há desejo, não há sujeito. Parece que há apenas uma coisa que pode largar o oxigênio - como se isto fosse fácil, podendo ocorrer de uma hora para a outra.

Fico a perguntar a D., sobre o que esta fala institucional tem a ver com a sua singularidade de sujeito desejante. Percebo que ela fala isto e mais nada após. Não falo mais nada também, após ter feito a pergunta. Ela reclama de umas dores no peito e no estômago, fica gemendo de dor até que se deita com o corpo meio em caracol, de forma a não olhar mais para mim. Depois de algum tempo, pergunta-me se eu virei trabalhar no próximo dia, ou no outro. Não confirmo o dia e ela pede para "conversarmos" outro dia, porque sente-se muito mal (com dores).

Percebi que ela utilizou-se de uma fala institucional para não ter que falar - para calar a sua própria fala. Isto foi-lhe devolvido, e D. em outro de seus atendimentos pôde falar do assunto da dependência. Neste momento aqui relatado, porém, D. não desejava falar de sua dependência, por isto utilizou-se singularmente desta fala, tão comum neste hospital.

Situação Ilustrativa 9

B. foi atendido durante um mês. Ele fala de suas passagens

por orfanatos, instituições em regime de internato. Diz que é muito revoltado com a vida. É estudante universitário e tem muitas dificuldades em manter-se assim. Mora num pensionato a dá aulas particulares. Faz críticas ao atendimento a ele prestado pelo hospital. O médico tem pouco contato com ele, não lhe explicando o seu quadro. Demonstra ficar bastante irritado com isto. Escreve um texto em prosa e me entrega (costuma escrever poemas e textos). Neste texto ele fala de seu médico que não pode lhe dar alta por causa dos exames: não estão bons. É também o médico que lhe sugere duas opções: "visitar os mortos ou permanecer na terra". Fala para ele ter cuidado pois a morte o espreita.

Não neguei a B. que o atendimento a ele prestado era precário. Pelo contrário, a partir do que ele falava, do não explicar e do não conseguir entrar em contato com seu médico, eu concordava com a precariedade do atendimento, porém não lhe sugeri fazer isto ou aquilo perante o quadro que ele narrava, mas ofereci-lhe uma escuta analítica. B. então, pôde falar dele próprio e mais especificamente trazer um texto em prosa. Após ter lido o texto, pôde perceber que dependia do médico para estar em tratamento e que ele era como um deus, que decidiria a sua permanência ali ou não. Sentiu a presença da morte. Percebeu que poderia morrer ou não, estando com tuberculose pulmonar. Após este texto B. ficou menos irritado e falou que gostaria de receber visitas - não queria ficar só. E isto era um fato que ele negava muito de início, já que se referia sempre a ele próprio como um menino de rua largado e abandonado. Fato este que ele utilizava para negar seu desejo

de relacionar-se com outras pessoas. D. chega a este desejo em seus atendimentos.

Situação Ilustrativa 10

Paciente H. enquanto esteve internado tinha atendimentos diários, durante dois meses. Comportava-se de forma a mobilizar toda a equipe de saúde. Conseguiu várias coisas que nenhum paciente consegue tão rapidamente em menos de um mês: uma semana após ter sido internado conseguiu dieta especial para quem tem gastrite ou úlcera gástrica (havia a suspeita de um desses quadros, mas ele conseguiu a dieta antes do exame ser feito). O exame gástrico que só poderia ser feito no prazo de um mês, foi feito na segunda semana após a sua internação. Como já foi dito, teve atendimentos psicológicos diários, pois vinha me procurar assim que eu chegava na instituição. Também conseguiu com facilidade ir receber o seu dinheiro do I.N.S.S. e o serviço social comprou-lhe um rádio gravador. A sua depressão e falta de vontade de se alimentar motivaram toda a equipe de saúde. Num atendimento fala que a equipe não sabe o que ele tem e que alguém precisa descobrir o que há. Coloca-se sempre como uma pessoa boa, que nunca fez mal a ninguém, mas que coisas ruins lhe acontecem. Acha que as pessoas têm inveja dele. Ele tinha certeza de que no exame gástrico ficaria sabendo de seu problema. Afirmava que não tinha somente a tuberculose, mas também alguma coisa no estômago. Neste atendimento ele me dizia:

"o exame não acusou nada de errado em meu estômago e nos órgãos perto dele". Passa a falar que o exame foi rápido e mal feito, pois sente dores no estômago. Quer pedir alta para fazer um exame particular. No exame pago por ele próprio, exigiria uma explicação.

Aqui ele pediu uma explicação que não achou satisfatória e calou-se, já que o serviço público é gratuito. Explico-lhe que todo o serviço público é pago e mantido pelo dinheiro dos cidadãos contribuintes ou seja, ele não é gratuito. (Este é um fato muito comum na rede pública: as pessoas acham que o serviço é gratuito). Esta minha fala não lhe impede que continue falando, em busca de uma significação. Continua a falar dizendo que a sua dor só melhora quando uma enfermeira específica, que compreende o que ele sente, pois já sentiu a mesma dor, lhe aplica uma injeção na veia. Numa forma espelhada, onde pretensamente o outro é igual a ele, é que ele fica aliviado. Pontuo isto para ele, que continua falando. "Eu não queria ficar assim, mas estou independente dos remédios". Repito a palavra independente. Ele diz que falou errado, que queria dizer dependente. Digo-lhe que isto não foi por acaso, pois pelo exame físico que ele fez, ele está mesmo é independente dos remédios. Este atendimento trouxe-lhe a oportunidade de pensar sobre os benefícios secundários que o sintoma da dor no estômago estavam lhe proporcionando. Ele estava conseguindo o grande benefício de mobilizar: nutrição, medicina, serviço social, enfermagem e psicologia.

3.3- ANÁLISE DAS SITUAÇÕES ILUSTRATIVAS

O objetivo deste estudo foi pensar a viabilidade da escuta analítica em pacientes com tuberculose pulmonar e internados numa instituição pública.

Analisando algumas situações ilustrativas, percebemos a possibilidade do comparecimento do sujeito do inconsciente neste hospital.

No capítulo dois, utilizamos a releitura lacaniana de Freud para centrar o estudo na escuta da linguagem dos pacientes - nas palavras dos mesmos.

Se atentarmos para a fala singular de cada paciente, percebemos que o comparecimento de suas formações do inconsciente, por exemplo, no momento em que este tropeça (Lacan, 1990: 29) no falar, remete a uma lógica regida pela metáfora e pela metonímia: a lógica do inconsciente. As falas apontadas em tais situações na cadeia significante dos pacientes puderam apontar para o desejo inconsciente. Em outras situações, o tropeço na fala, permitiu uma possibilidade de se expandir a associação; um percorrer significante por significante mais facilitado e sempre em busca de uma significação.

O próprio Freud, na conferência IV, falou da facilidade ao percebermos o ato falho (ou parapraxias) em qualquer pessoa.

"O grande valor das parapraxias para os objetivos que almejamos, consiste na fato de serem fenômenos muito comuns que, além de tudo, podem ser observados com facilidade em cada um, e ocorrer sem

absolutamente implicar em doença." (Freud, 1916: 100)

Nas situações que escolhemos pudemos constatar a insistência em que o inconsciente se mostra. Observamos que nas falhas do discurso dos pacientes, há o comparecimento de alguma formação do inconsciente, atualizando o processo de constituição de cada sujeito humano.

"Lacan reinterpreta toda a tópica freudiana a partir da sua própria: para aquém de um inconsciente - efeito do recalçamento mítico, ele vê o inconsciente, a princípio como o resto originário que tomba para sempre no inatingível, quando desta operação primeira da alienação na forma e na presença da linguagem, e da refenda nas identificações e no jogo dos sistemas simbólicos da linguagem. O inconsciente não é mais, então, alguma profundidade, mas sim esta superfície de face dupla, real do sujeito que só vem à luz sob a forma de suas formações simbólicas..." (Ogilvie, 1988: 122)

Nas situações ilustrativas pudemos apontar para o desejo do sujeito do inconsciente, enquanto este percorre a sua cadeia de significantes. Na primeira situação ilustrativa isto nos ficou claro. O paciente permaneceu falando em busca do objeto perdido de seu desejo. O desejo se manteve, apesar de não ter sido encontrado, proporcionando o movimento do paciente em compor músicas. Lacan reitera este fato dizendo que o desejo, como é revelado por Freud, no nível do inconsciente é o desejo de nada. O primeiro autor afirma que no trabalho da análise, apesar das variadas formas empíricas que o desejo pode tomar, não há sequer uma análise que vá dar na formulação de um desejo palpável e

concreto - pois o desejo nunca é desvendado (Lacan, 1987: 265).

Esta questão do desejo também fica-nos clara em nosso quinto exemplo. O paciente L. teve a impressão (nem que fosse por algum tempo) de capturar o seu desejo. Desejo de querer coisas boas para ele próprio. Há a busca do significado de seu desejo, onde este toma a forma de "coisas boas para si próprio".

Alguns casos, como, por exemplo no sexto, pudemos observar que a paciente pôde fazer uma queixa ligada ao hospital e ainda continuar a seguir a sua cadeia significante. A sua queixa foi escutada e pontuada como realmente tendo ocorrido e observada até a veracidade da informação dada pela paciente (vide eu ter ido observar o resultado do exame no prontuário). Assim procede uma escuta analítica levando em conta qualquer fato que o sujeito traga, na tentativa de "falar de si", de seu desejo.

Na oitava situação, a paciente se utiliza de uma fala muito comum neste hospital, para dar conta de seu desejo de não falar. A paciente D. apropriou-se de uma fala que provém do grupo dos profissionais de saúde para aclarar seu desejo de, naquele momento não falar nada. Mesmo sem falar, seu discurso apontava para o seu desejo singular.

Como já acentuamos, em todos os casos apresentados pudemos apreender que o sujeito compareceu, atualizando o seu processo de constituição. E é desta forma que o inconsciente presentifica-se. O sujeito de que falamos é o sujeito do inconsciente - aquele que comparece nas falas aqui ilustradas. A linguagem aparece como uma atividade subjetiva, com a qual se diz

algo que não é, que escapa, daquilo que inicialmente se pretendia dizer. Esse "algo que não se pretendia dizer", mas que foi dito, é que pode ser chamado de inconsciente. O inconsciente funciona como algo que escapa ao sujeito que fala, estando então, constitutivamente separado deste.

"...é na dimensão de uma sincronia que vocês devem situar o inconsciente - no nível de um ser, mas enquanto pode se portar sobretudo, isto é, no nível do sujeito da enunciação, enquanto segundo as frases, segundo os modos, se perdendo como se encontrando, e que, numa interjeição, num imperativo, numa invocação, mesmo num desfalecimento, é sempre ele que nos põe seu enigma, e que fala, - em suma no nível em que tudo que se expande no inconsciente se difunde, tal o micelium, como diz Freud a propósito do sonho, em torno de um ponto central. Trata-se sempre é do sujeito enquanto que indeterminado." (Lacan, 1990: 31)

No terceiro caso a paciente compareceu com dois sonhos. Após a sua associação livre, ela pôde chegar a uma significação sobre não querer sair do hospital naquele momento. Trouxe a dicotomia do bem versus o mal mostrando que a sua demanda de amor estava ligada a permanecer internada. Pelo seu próprio discurso, sair do hospital estava ligado ao mal, a ser maltratada (com sua família sentia-se assim). Já, ficando no hospital satisfazia a sua demanda de amor, e para ela, representava o bem - ser bem tratada, ser amada. Com isto observamos que a questão da demanda aponta sempre para um pedido de amor.

"E toda demanda é demanda de amor..." (Portillo, 1989: 41)

O paciente H. da décima situação, demonstrou, por algum tempo, comparecer com um sintoma - a dor no estômago - que lhe trazia visíveis ganhos secundários. Ao mobilizar toda a equipe, na forma de descobrir o motivo deste sintoma, ele também demandava o amor desses profissionais. Sua depressão era tanta que os profissionais vinham lhe acudir e estavam ali, com ele, presentes. Ele ficou sem saber o que tinha e até preferiu (ou pareceu mais fácil) identificar-se de forma espelhada com uma enfermeira que "entendia o que ele sentia". Mas era só enquanto o efeito da injeção que ela lhe aplicava se mantinha: aí a dor dele passava. Após tropeçar em sua fala H. pode dar-se conta da independência dos remédios. Dai para frente ele teve que "dar conta" de seu próprio discurso - o sintoma não mais compareceu.

Através da formação do inconsciente que compareceu na segunda situação ilustrativa observamos a presença do sujeito do inconsciente. O sujeito é esse efeito da palavra - em que o paciente diz ter errado - que diz algo mais do que o esperado e que acaba revelando um desejo, do qual não se sabia anteriormente. Observamos que após o pretense erro, o paciente S. dá-se conta de que não queria somente andar, e sim fazer outras coisas mais: como pedalar.

Apontamos também para a evanescência do sujeito. Após o comparecimento de uma formação do inconsciente, o significante revelador se ocultará. O ser falante continua a percorrer a cadeia falada em busca da significação, que novamente poderá advir em presença de um comparecimento de alguma outra ruptura no discurso - o erro de fala.

Trouxemos uma situação na qual um texto em prosa trazido pelo paciente B. (nona situação), funcionou como um dispositivo de fazê-lo prolongar e ampliar as suas associações livres. Antes deste texto ser trazido ao atendimento o paciente negava coisas, tais quais sentir falta das pessoas e ter desejo de visitas. Após isto ele pôde continuar com reclamações, que já compareciam antes (sobre o hospital) mas também falar mais de sua singularidade. Esta singularidade que se faz presente pelo acesso ao simbólico, através da inserção do ser na língua é que pode dar ao sujeito a sensação de conhecer-se um pouco mais.

"Singularidade não é o equivalente de originalidade, nem de liberdade. Este termo significa que o homem - existencialmente um ser por e para outrem - não poderá ao mesmo tempo conciliar a necessidade e o handicap desta condição se ele não recuperar a si mesmo através da troca. O simbólico é o agente e a garantia desse passo. É o campo, o terreno comum onde os indivíduos se afirmam, se opõem entre si e se reencontram a si mesmos." (Lemaire, 1986: 112)

Como já trouxemos, as falas dos pacientes funcionam como uma formação do inconsciente visto que vêm a garantir que as singularidades desses pacientes compareçam. Na sétima situação a paciente comparece com o fato da proibição dos remédios, que não sejam oferecidos pelo hospital. Isto apontou para o seu "problema do coração" sob duas vertentes: a necessidade do remédio de fora do hospital para evitar a dor da angina e a metáfora que este problema físico traz. "Cuidar de seu coração" também lhe permitiu trazer a história, a sua história singular, da separação de seu marido. Isto, como foi dito por ela, serviu como um desabafo mas

também proporcionou-lhe tomar uma atitude frente à proibição da instituição frente à entrada de seu remédio específico. A paciente pediu alta sabendo que poderia cuidar de sua tuberculose pulmonar à nível ambulatorial assim como poderia cuidar de "seu coração".

Em nossa escuta analítica pudemos perceber, também, a questão da castração, que é crucial à constituição do sujeito. No quarto caso que trouxemos, como ilustração, apontamos para uma falha no discurso a qual atualiza a questão da castração para a paciente. Dizer que "sapatão é mulher que gosta de homem" não é um simples erro de fala. Este demonstra o desejo e a escolha sexual desta paciente. A paciente M. tem desejos sexuais por homens e fez um quadro de crer delirantemente, que todos os homens do hospital iriam correr atrás dela para matar-lhe e morder-lhe - por isto a sua fuga se deu. Com este quadro ela autenticou a sua castração, vivida singularmente por ela, assim como a sua escolha sexual.

"...a experiência inconsciente da castração é incessantemente renovada ao longo de toda a existência e particularmente recolocada em jogo na cura analítica do paciente adulto. Um dos objetivos da experiência analítica é, com efeito, possibilitar e reativar na vida adulta a experiência que atravessamos na infância: admitir com dor que os limites do corpo são mais estreitos do que os limites do desejo." (Nasio, 1991: 13)

CONCLUSÕES

Este é o momento de concluir uma trajetória de três anos. Pretendemos que nossos questionamentos não remetam-se a conclusões fechadas. Este pode ser considerado como o primeiro trabalho de psicologia na instituição citada, onde pretendemos ter "olhos e ouvidos livres" para um incessante questionamento.

Partimos da leitura de alguns estudos que pareciam inviabilizar uma escuta analítica com pessoas pobres. Os trabalhos abordados traziam uma dificuldade frente ao atendimento psicoterápico dual, por se tratar de uma diferença de classes entre terapeuta e cliente. Enquanto o primeiro se encontra na classe média (ou alta) o segundo estaria na classe baixa. A partir deste fato, com a utilização do quadro nosográfico da doença dos nervos e dentre outras dificuldades apontadas, tais estudos supunham a inviabilização do atendimento "psi" às classes baixas (ou classes trabalhadoras), onde alguns sugeriram mudanças na técnica e/ou na teoria para dar conta desta diversidade. Observamos que tais estudos cotejavam psicanálise e ciências sociais, procurando onde cada saber poderia contribuir para a possibilidade de atendimento "psi" a esse grupo de pessoas.

Apontamos que tal postura é somente uma forma de abordar a questão, mostrando um caminho diferente. É utilizando o saber psicanalítico que procedemos nossa pesquisa.

Observamos que num dado momento de seus estudos Freud opinou de forma insatisfatória quanto à possibilidade da

psicanálise com pessoas pobres. Contudo de forma alguma, nos textos freudianos, há uma postura de completa impossibilidade de se estender o atendimento psicanalítico às classes baixas. Freud sugere algumas posturas em seus textos técnicos de forma a serem vistas como sugestões, e não copiadas e transmitidas como dogmas religiosos. Em outro texto (Freud, 1919a) ele coloca-se favorável a tal empreendimento, chegando a ser bastante otimista.

"Não compreendemos como um profissional da "psicanálise leiga" (como queria Freud) pode vestir a camisa de psicanalista como alguém que toma o hábito ou recebe a ordenação. (Costa, 1989: 8)

Com a ajuda dos estudos apresentados por Jacques Lacan, questões cruciais da psicanálise puderam clarificar-se e ajudar em nosso questionamento. Abordamos os conceitos de inconsciente, de sujeito e o discurso para dar conta de nossa pesquisa. Com Lacan os conceitos básicos de Freud ficam remetidos a uma cadeia linguística, recolocando-se alguns pontos. Questões como a transferência, suposição de saber e demanda de análise referem-se a instauração do discurso analítico onde Lacan mostra a subversão do inconsciente concomitante com a linguagem. A possibilidade da psicanálise fica remetida à instauração de um discurso - o discurso analítico - onde o inconsciente é estruturado como uma linguagem.

Lacan mostra que a possibilidade da escuta analítica é marcada por um desejo inconsciente e tudo isto é atestado via as produções do sujeito humano. É a partir da instauração do discurso

analítico, através do comparecimento das formações do inconsciente, que o desejo humano (desejo inconsciente) pode aflorar. Dessa forma é que Lacan

"consiste em eleito a palavra e o discurso do paciente como essenciais ou mesmo únicos reveladores da verdade: o inconsciente." (Lemaire, 1986: 268)

Após a revisão teórica passamos à descrição de alguns casos onde as palavras dos pacientes internados e com tuberculose tiveram uma escuta e corroboraram a nossa postura. Essas palavras indicam que a possibilidade de escuta analítica deve ser procurada na instauração do discurso analítico, onde a suposição do saber daquele que escuta articula o discurso do falante em busca da significação de um enigma a ser falado. Se a instalação deste discurso se opera, entendemos que uma escuta analítica pode proceder.

Alguns pacientes da instituição puderam falar deles próprios remetidos à sua cadeia significante singular comparecendo como sujeitos do inconsciente. É através do comparecimento das formações do inconsciente no discurso analítico, que acreditamos poder falar de possibilidade de escuta analítica. Dessa forma então, é que remetemo-nos às palavras dos pacientes onde o comparecimento de alguma formação do inconsciente, pôde demonstrar esta possibilidade. O fato de se estar dentro de uma instituição não impossibilitou nossa escuta. As falas institucionais e os próprios fatos concomitantes à esta surgem na sessão com o

paciente, como fazendo parte do discurso deles pois, este último encontra-se internado. Tivemos, em alguns casos, uma postura mais ativa frente às ocorrências na instituição (vide por exemplo, confirmar para a paciente o resultado de um exame). De forma alguma observamos que uma postura desta pôde invalidar a nossa escuta. Os pacientes insistiram com suas palavras comparecendo com sua verdade singular.

Isto pode apontar para uma regra: a da neutralidade do psicanalista. Com Lacan esta regra parece ter-se acentuado mais a ponto de se não responder absolutamente nada ao que o paciente possa vir a perguntar. Essa não resposta é justificada com o objetivo de introduzir o sujeito na regressão de um significante a outro (o desejo metonímico do sujeito se veicula e se fixa aos significantes sucessivos que o refratam), a fim de atingir o significante primeiro e inconsciente de seu desejo.

Perante este argumento, pensamos que estando numa instituição há outros discursos que podem perpassar nosso trabalho de atendimento dual com os pacientes. Se o paciente traz qualquer pedido de explicação sobre ele próprio, a resposta dada a tal questionamento não nos parece inviabilizar o discurso analítico (obviamente se tal discurso já se instaurou).

Por que não? Como esperamos ter ressaltado em exemplos de situações de atendimento, se o paciente encontra-se em transferência àquele que lhe escuta, uma resposta dada pelo analista não lhe fez calar. Esta ocorrência ainda lhe permitiu um percurso via sua cadeia significante de procurar seu desejo.

Entendemos que isto vai depender da instauração da transferência de saber-poder, exercida pelo analista, como mantenedora deste lugar de escuta. Talvez esta postura mais radical empreendida por Lacan (os lacanianos frustam toda resposta ao analisando - Lemaire, 1986: 270), seja uma forma mais do estilo dele e não, como quase tudo pareceu apontar em seus ensinamentos, dogmas a serem copiados e transmitidos sem qualquer possibilidade de questionamento.

Por outro lado porém, calar-se completamente perante o analisando, não dar nenhuma resposta parece apontar para um significante com significado fixo. A postura neutra do analista de calar-se a qualquer pedido parece remeter a uma significação fixa: a busca pelo analisando/paciente do primeiro significante inconsciente de seu desejo. Questionamos se será somente dessa forma que a busca incessante de significar seu desejo, pelo paciente, ocorrerá. Percebemos em nossa pesquisa que o discurso analítico não necessariamente se instaura, levando em conta esta regra. E podemos relembrar o que já ressaltamos com as palavras de Freud. Disse ele que a grande diversidade das constelações psíquicas opõem-se a uma mecanização da técnica e que por isto, às vezes uma forma de agir que é justificada pode mostrar-se ineficaz e uma outra, pode conduzir à finalidade desejada.

Talvez a regra da neutralidade, no fato de não se responder ao paciente funcione, na maioria das vezes de forma satisfatória. Contudo, e sem sair do raciocínio psicanalítico (e sem precisar introduzir mudanças teóricas e/ou técnicas, apenas

lendo as palavras de Freud), em nossa pesquisa procedemos como demonstramos e os pacientes puderam "se haver" com a busca de seu desejo inconsciente, galgando seus significantes.

Pretendemos ter problematizado também a questão relativa à diferença cultural e de classe, entre paciente e analista. Obviamente não poderíamos negar tal diferença. No entanto, o fato dessa diferença existir não impediu o comparecimento do sujeito do inconsciente e conseqüentemente a possibilidade de escuta analítica. A diferença de códigos linguísticos, por exemplo, poderia parecer impedir o entendimento imediato sobre o que o paciente fala. Quando não se entende o significado da palavra que o paciente diz, por percebermos que não é comum em nosso meio cultural de classe média, não encontramos nenhuma dificuldade de perguntarmos o significado da palavra. Como já falamos, não se trata de compreender/entender tal significado de uma forma completamente clara. A escuta analítica trata de uma perseverança do falante, em sua própria cadeia significante, ao ponto dele buscar à sua significação e não numa significação para o analista. De outra forma, isto poderia, como já ressaltamos, apontar para significantes tendo significados fixos. Pretendemos ter abordado que é exatamente do oposto que a psicanálise trata: ela trata do fluir constante da cadeia singular do falante.

"Não existem normas. O erro é uma fonte de descobertas. A psicanálise é a prática do mal-entendido. Eu "não escuto bem" o que o paciente diz." (Moscovitz e Grancher, 1991: 77)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCAR, Maria Lídia O.A. Analisabilidade em população de baixa renda. In: ESTUDOS SOBRE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS. Cadernos do ICHF, UFF, número 26, 1990.
- ALTHUSSER, Louis. FREUD E LACAN, MARX E FREUD. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- BAULEO, Armando. Marxismo e psicanálise. In: QUESTIONAMOS A PSICANÁLISE E SUAS INSTITUIÇÕES. Organizadora: Marie Langer. Rio de Janeiro, Vozes, 1973.
- BEZERRA Jr.. Benilton. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: CIDADANIA E LOUCURA - Políticas de saúde mental no Brasil. Organizadores: Silvério A. Tundis e Nilson R. Costa. Rio de Janeiro, Vozes, 1987.
- BIRMAN, Joel. Interpretação e representação na saúde coletiva. In: PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA. Instituto de Medicina Social - UERJ/Relume-Dumará. Vol. 1, número 2, 1991.
- CASTORIADIS, Cornelius. Psicanálise e sociedade I e II. In: AS ENCRUZILHADAS DO LABIRINTO II. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

- CESAROTTO, Oscar & LEITE, Márcio P.S. O QUE É PSICANÁLISE - 2ª
visão. São Paulo, Brasiliense, 1984.
- COSTA, Jurandir F. Psicoterapia breve: uma abordagem psicanalítica. In: SAÚDE MENTAL E SOCIEDADE. Organizador: Sérvulo A. Figueira. Rio de Janeiro, Campus, 1978.
- COSTA, Jurandir F. PSICANÁLISE E CONTEXTO CULTURAL - imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia. Rio de Janeiro, Campus, 1989.
- COUTINHO, Anamaria R. Pressupostos da noção de subjetividade. In: CULTURA DA PSICANÁLISE. Organizador: Sérvulo A. Figueira. São Paulo, Brasiliense, 1985.
- COUTINHO, Angela. O inconsciente na construção do espaço analítico. In: TEMPO PSICANALÍTICO: cem anos de psicanálise - VII fórum internacional de psicanálise (Sociedade Psicanalítica Iracy Doyle). Vol. 24. Rio de Janeiro, 1990.
- DESCARTES, René. OS PENSADORES. (coleção). São Paulo, Abril Cultural, 1979.
- DOR, Joel. INTRODUÇÃO À LEITURA DE LACAN: o inconsciente estruturado como linguagem. Porto Alegre, Artes Médicas, 2ª edição, 1991.

FIGUEIRA, Sérvulo Augusto. Relativização da doença orgânica: diferentes representações sociais. (Questões para uma psicologia preventiva). In revista da APPIA, s/d.

FIGUEIRA, Sérvulo Augusto. Introdução: psicologismo, psicanálise e ciências sociais na "cultura psicanalítica". In: CULTURA DA PSICANÁLISE. Organizador: Sérvulo Augusto Figueira. São Paulo, Brasiliense, 1985.

FREUD, Sigmund. EDIÇÃO STANDARD BRASILEIRA DAS OBRAS PSICOLÓGICAS DE SIGMUND FREUD. (ESB), 24 volumes. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

- O manejo da interpretação dos sonhos na psicanálise. Vol. XII - 1911a.
- Uma nota sobre o inconsciente. Vol. XII - 1911b.
- Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). Vol. XII - 1913.
- Recordar repetir e elaborar. Vol. XII - 1914.
- O inconsciente. Vol. XIV - 1915a.
- Os instintos e suas vicissitudes. Vol. XIV - 1915b.
- Repressão. Vol. XIV - 1915c.
- Parapraxias. Vol. XV - 1916.
- O sentido dos sintomas. Vol. XVI - 1917.
- Linhas de progresso na terapia psicanalítica. Vol. XVII - 1919a.
- O estranho. Vol. XVII - 1919b.

- O ego e o id. Vol. XIX - 1923.
- Psicanálise. Vol. XX - 1926.
- Esboço de psicanálise. Vol. XXIII - 1938.

FREUD, Sigmund. OBRAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD. (3 tomos)

Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 3ª edição, 1973.

- La interpretación de los sueños. Tomo I - 1900
- Psicoterapia (tratamento por el espíritu). Tomo I - 1905

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. FREUD E O INCONSCIENTE. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1984.

JURANVILLE, Alain. LACAN E A FILOSOFIA. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1987.

LACAN, Jacques. O SEMINÁRIO. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.

- Livro 1 - Os estudos técnicos de Freud. 1953-1954 (1979).
- Livro 2 - O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. 1954-1955. (2ª edição, 1987).
- Livro 11 - Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. 1964 (4ª edição, 1990).

LACAN, Jacques. O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: O SUJEITO O CORPO E A LETRA. Organizadora: Maria Alzira Seixo. Lisboa, Arcádia, 1977.

- LACAN, Jacques. LECTURA ESTRUTURALISTA DE FREUD. México, Siglo Vientiuno Editores S.A., 1971.
- LACAN, Jacques. LAS FORMACIONES DEL INCONSCIENTE. Buenos Aires, Ediciones Nueva Vision, 1982.
- LACAN, Jacques. O MITO INDIVIDUAL DO NEURÓTICO. Lisboa, Assírio & Alvim, 1987.
- LAPLANCHE, Jean & PONTALIS, J.-B. O VOCABULÁRIO DA PSICANÁLISE. São Paulo, Martins Fontes, 7ª edição, 1983.
- LEMAIRE, Anika. JACQUES LACAN: uma introdução. São Paulo, Campus, 4ª edição, 1986.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. O feiticeiro e sua magia. In: ANTROPOLOGIA ESTRUTURAL. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 2ª edição, 1985.
- MANNONI, Octave. FREUD: el descubrimiento del inconsciente. Buenos Aires, Editorial Galerna, 1970.
- MARTINET, André. ELEMENTOS DE LINGÜÍSTICA GERAL. São Paulo, Martins Fontes, 8ª edição, 1978.
- MEZAN, Renato. FREUD: a trama dos conceitos. São Paulo, Perspectiva, 1982.

MILLER, Jacques-Allain. PERCURSO DE LACAN: uma introdução. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1987.

MOSCOVITZ, Jean-Jacques & GRANCHER, Philippe. PARA QUE SERVE UMA ANÁLISE? Conversas com um psicanalista. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1991.

NASIO, Juan D. LIÇÕES SOBRE OS SETE CONCEITOS CRUCIAIS DA PSICANÁLISE. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1991.

OGILVIE, Bertrand. LACAN: A FORMAÇÃO DO CONCEITO DE SUJEITO. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1988.

PORTILLO, Ronald. Ana: entre dois significantes. In: CLÍNICA LACANIANA - casos clínicos do campo freudiano - IRMA. Organizador: Manuel Barros da Motta. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1989.

ROPA, Daniela & DUARTE, Luís Fernando D. Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psicológico às classes trabalhadoras. In: CULTURA DA PSICANÁLISE. Organizador: Sérvulo A. Figueira. São Paulo, Brasiliense, 1985.

SEVERINO, Antônio Joaquim. METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO. São Paulo, Cortez, 1986.

SILVESTRE, Danielle. La demanda de análisis en institución. In:
EL SIGNIFICANTE DE LA TRANSFERÊNCIA. Barcelona, Manancial,
1985.

VITAL-BRAZIL, Circe N. O JOGO E A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO NA
DIALÉTICA SOCIAL. Rio de Janeiro, Forense-Universitária,
1988.

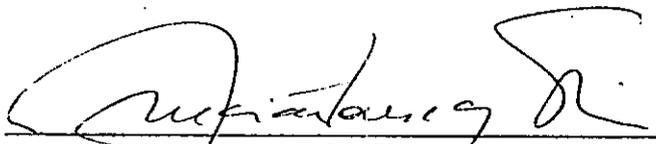
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Wecyani de Farias Nascimento, e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes Professores:



Orientadora: Esther Maria de M. Arantes/PUC-Rio



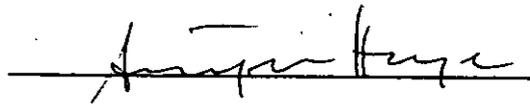
Circe Navarro Vital-Brazil/ PUC-Rio



Luciano da Fonseca Elia/UERJ

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 11 de março de 1994



Jurgen Heye

Coordenador dos Programas de
Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas