

Nadja Nara Barbosa Pinheiro

**UMA CASA COM PAREDES DE CRISTAL:
A clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar**

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia da PUC-Rio, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientador: Junia de Vilhena

Rio de Janeiro
Dezembro de 2003

Pinheiro, Nadja Nara Barbosa

Uma casa com paredes de cristal: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar / Nadja Nara Barbosa Pinheiro; orientador: Junia de Vilhena. – Rio de Janeiro : PUC, Departamento de Psicologia, 2003.

171 f. : il. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.

Inclui referências bibliográficas.

1. Psicologia – Teses. 2. Psicanálise. 3. Clínica psicanalítica. 4. Psicoterapia ambulatorial. I. Vilhena, Junia de. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150



Nadja Nara Barbosa Pinheiro

**“Uma casa com paredes de cristal: A clínica
psicanalítica no ambulatório hospitalar”**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profª Junia de Vilhena
Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Sergio de Souza Brasil Silva
Universidade Castelo Branco - RJ

Prof. Edson Luiz André de Sousa
Instituto de Psicologia - UFRGS

Profª. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig
Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Profª. Ana Maria Nicolaci-da-Costa
Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof. Paulo Fernando Carneiro de Andrade
Coordenador Setorial de Pós-Graduação e
Pesquisa do Centro de Teologia e
Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, / /

Ao meu pai,
por me ensinar a amar as letras,
os livros e o conhecimento.
À minha mãe,
por me ensinar a amar.

Agradecimentos

A Luiz Adonis Pinheiro, por dividir comigo um sobrenome, a criação de três filhos e 27 anos de nossas vidas.

À minha filha Thais, e seu organizado olhar médico, por me trazer, sempre, de volta à vida. E viver nela comigo!

Ao meu filho Julio, e seu coração generoso, por me acompanhar, com prazer, em meus devaneios filosóficos.

Ao meu filho Felipe, e sua alma independente, por não me deixar esquecer que o amor é feito de liberdade.

Às amigas:

Mônica e Jacqueline, companheiras de graduação, por escolherem estar ao meu lado por tantos anos.

Luiza e Anna Paula, companheiras da academia, por estarem tão presentes em minha vida, com amor, carinho e amizade.

Nancy, por me abrir, generosamente, as portas do hospital, mas, principalmente, por se tornar, a partir daí, uma amiga querida.

Maria Vitória Mamede Maia, pela paciente e eficiente revisão do texto, pelo carinho e pela amizade.

Aos professores:

Junia de Vilhena, pela dedicada, precisa, generosa e carinhosa orientação teórica. Por ter acolhido meu projeto de pesquisa, com confiança, sem termos trabalhado juntas anteriormente, e por me fazer prosseguir nos momentos de pura paralisação e angústia.

Sergio de Souza Brasil, que me acompanha desde a graduação, por ter dividido comigo seu vasto, precioso e admirável conhecimento. Por ter me ensinado a importância do rigor teórico, e, mais ainda, a responsabilidade ética implícita na prática da psicologia.

Ainda:

À Puc-Rio, por ter tornado, através de seu sistema de bolsas de estudo, possível a realização desse trabalho.

Aos entrevistados, por me receberem e darem vida à minha tese.

Ao meu analista, Jeremias Ferraz, por me ajudar a perceber que, a despeito das dores, caminhar é possível.

Resumo

Pinheiro, Nadja Nara Barbosa; Vilhena, Junia; **Uma casa com paredes de cristal: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar**. Rio de Janeiro, 2003. p. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O objetivo principal de nosso estudo foi o de promover uma reflexão sobre os atendimentos psicanalíticos desenvolvidos nos ambulatórios hospitalares. Partimos do princípio que a dinâmica hospitalar (re)produz a interpenetração público/privado característica da atualidade. Assim, pensar as relações entre o público, o privado e a psicanálise perpassa a construção da tese como um todo. Analisou-se as relações entre o público e o privado na antiguidade grega, no transcorrer do século XIX e na atualidade. Dessa análise, promoveu-se uma correspondência entre os modos de relação estabelecidos entre público e privado no século XIX e a clínica particular, assim como público/privado na atualidade e a clínica ambulatorial. Para especificar os elementos organizadores da clínica ambulatorial, cinco psicanalistas foram entrevistados. A análise das entrevistas nos permitiu destacar, como características principais do campo clínico ambulatorial, a visibilidade extrema, a transitoriedade e o campo transferencial complexo estruturado a partir de elementos subjetivos e ambientais. A perspectiva da clínica winnicottiana foi tomada como alternativa possível na condução desses processos analíticos, na medida em que esta nos permite propor um trabalho transformador no qual o paciente encontra possibilidades de agir, de uma forma criativa, tanto sobre a realidade subjetiva quanto sobre o mundo que o cerca.

Unitermos:

Psicanálise; Clínica Psicanalítica; Psicoterapia ambulatorial; Público e privado.

Abstract

Pinheiro, Nadja Nara Barbosa; Vilhena, Junia (Advisor) **A crystal wall house: psychoanalytic clinic at hospitals.** Rio de Janeiro, 2003. p. Doctorate Thesis- Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The primary purpose of this thesis is to analyze the psychoanalytic clinics, which exist in general hospitals. It is the author's hypothesis that the close interpenetration between the public and the private spheres is reflected in such practice and determinant as far as the difficulties and obstacles are concerned.

The relationships between the public and the private spheres from the Greek antiquity, to the present time are analyzed pointing out the correspondence between the increase of privacy and the birth of the psychoanalytical private clinic.

To classify the organizing elements of such clinic five psychoanalysts were interviewed. The analysis of the interviews allowed to highlight, as main characteristics of the field, the high visibility, transitivity and the complex transference field, which emerges from subjective and environmental elements.

Winnicott's theoretical framework was suggested as a possible alternative for a creative and effective clinic in such environments.

Key- words

Psychoanalysis; Psychoanalytic clinic; Ambulatory psychotherapy; Public and private.

SUMÁRIO

1. Introdução	8
2. Sobre os conceitos de público e privado: perspectivas histórica, social e cultural.	16
2.1 A política da Antiguidade: o público, o privado e o exercício da cidadania.	20
2.2 Encontros e desencontros na modernidade: os domínios público/privado e construção da subjetividade.	26
2.2.1 O campo social dividido: entre o público e o privado.	27
2.2.2 Processos de consolidação da privacidade: onde os domínios se tocam.	29
2.2.3 A sobreposição dos imaginários público e privado: onde os domínios se interpenetram	32
2.3 A contemporaneidade translúcida: público/privado e a subjetividade objetivada.	38
2.3.1 Baudrilard e as sociedades de consumo: visibilidade e invasão da privacidade.	39
3. Sobre a emergência da psicanálise: ou a face pública de dramas privados	46
3.1 Entre os séculos XIX e XX: A Modernidade em Viena.	49
3.1.1 A revolução de 1848 na França.	52
3.1.2 Os reflexos da revolução de 1848 na Áustria.	54
3.1.3 A instauração da crise.	57
3.2 Público/privado e regulação social: a subjetividade clivada.	59
3.3 Os primeiros casos freudianos: a intimidade observada.	71
3.3.1 A emergência da teoria e da clínica psicanalíticas.	72
4 Psicanálise e ambulatório hospitalar: cenário privado, porém público.	80
4.1 Psicoterapia nas instituições: reflexões teóricas e clínicas	84

4.2 Para uma re-descrição do cenário analítico: hospital e visibilidade.	99
4.3 A seção de psicologia do HFAG: um exemplo de organização translúcida.	108
5 A clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar	118
5.1 Considerações Metodológicas: sobre a análise do discurso como instrumento de pesquisa.	120
5.2 Configurações do campo: O trabalho no ambulatório e no consultório são iguais.... quer dizer.... só que diferentes...	124
5.2.1 Aí sim, você consegue sair da visibilidade do sintoma orgânico e começar uma metaforização deles....	127
5.2.2 Aqui no ambulatório tudo é rápido, você quase não tem tempo pra pensar....	129
5.2.3 No hospital os pacientes não vão ter ônus, mas também não vão ter bônus! É muita desvalorização!	131
5.2.4 Eu só consegui deitar um paciente... não sei... aquele divã é uma coisa estranha... de repente fica fora do lugar.....	134
5.3 Especificidades da clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar: O seu trabalho aqui fica muito exposto... acontece tudo muito rápido ... aqui acontece coisas “do arco da velha”!	136
5.3.1 No hospital a visibilidade é total. Seu trabalho fica muito exposto....	137
5.3.2 A instituição é uma passagem... um tempo que se fica lá.	139
5.3.3 Aqui é engraçado, tem pacientes que todo mundo conhece a história deles... todo mundo já atendeu!	141
5.4 Para uma configuração da clínica ambulatorial.	142
6 Conclusão	153
7 Referências bibliográficas	163
Anexo: Roteiro da entrevista	165

Lista de figuras

Figura 1 – Alegoria da Escultura. Gustav Klimt,1889.	08
Figura 2 - O Teatro de Taormina. Gustav Klimt, 1888.	15
Figura 3 - O Beijo. Gustav Klim, 1907/1908.	45
Figura 4 - Morte e Vida. Gustav Klimt, 1911/1915.	79
Figura 5 - A Virgem. Gustav Klimt, 1913.	117
Figura 6 - Avenida Scholoss Kammer Park. Gustav Klimt, 1912.	152



ALLEGORY OF SCULPTURE, 1889
Pencil and watercolor heightened with gold on cardboard, 17 $\frac{1}{8}$ " x 11 $\frac{1}{4}$ " (43.5 x 30 cm)
Oesterreichisches Museum für angewandte Kunst, Vienna

1

Introdução

O convite efetuado para trabalhar no ambulatório de um hospital geral, desenvolvendo processos analíticos individuais, marca o início do presente estudo. Desse trabalho surgiu a questão central de nossa tese na medida em que esta gira em torno da problemática sobre a expansão da psicanálise para além do seu setting original - o consultório particular.

Historicamente sabemos que foi no interior de seu consultório, que Freud pôde fundamentar suas hipóteses teóricas a partir das observações clínicas que aí aconteceram. Desde então, a psicanálise vem se desenvolvendo, se aprimorando, re-criando e reconstruindo seus aportes teóricos e técnicos, de forma a promover um redimensionamento em seu campo de aplicabilidade clínica. Em decorrência, nas últimas décadas, para além dos consultórios particulares, a psicanálise conquistou novos espaços de operacionalização: hospitais, universidades, postos comunitários, postos de saúde, clínicas privadas, etc.

Esse movimento expansionista trouxe, a nosso ver, duas conseqüências diretas. Primeiro, permitiu que a clínica psicanalítica afrouxasse suas amarras burguesas, deixando de ser uma prática voltada exclusivamente para o atendimento de uma camada populacional pertencente às classes média e alta da sociedade para se abrir ao atendimento de pessoas pertencentes a diversos universos culturais, econômicos e simbólicos.

Em segundo lugar, trouxe a necessidade de abertura de espaços de reflexão crítica nos quais a prática clínica pudesse ser repensada a partir de uma visão não dogmática. Reflexões estas que se desdobraram em uma re-descrição do seu cenário clínico, a partir do momento em que a psicanálise abandonou o conforto dos consultórios particulares (onde as variáveis intervenientes se encontram bastante controladas pelo analista, e, portanto, produzindo efeitos diminutos) para se alocar em ambientes institucionais diversos e inóspitos (nos quais toda uma gama de variáveis acaba interferindo no trabalho, impondo impasses clínicos e, em conseqüência, teóricos).

Não é à toa, portanto, que diversos estudiosos tenham se debruçado sobre as transformações decorrentes da passagem da psicanálise dos consultórios para

os ambulatorios institucionais, procurando resolver as inúmeras dificuldades daí suscitadas. Importa observar que, inicialmente, tais impasses foram problematizados como quase intransponíveis, sendo compreendidos como verdadeiros indicadores de uma inadequação fundamental das teorias psicológicas, em geral, e da psicanálise, em particular, no atendimento da população de baixa renda, a qual, usualmente, recorre ao trabalho institucional em busca de um auxílio para o seu sofrimento psíquico.(BERNSTEIN,1980; DUARTE & ROPA, 1985)

Há, no entanto, uma série de estudos que, demonstrando uma nítida preocupação com a aplicabilidade da psicanálise, procurara especificar suas condições de possibilidades de forma a poder compreender e enfrentar as dificuldades que emergem na clínica institucional. Nessa perspectiva, podemos destacar dois posicionamentos distintos:

a) autores que abordam os obstáculos encontrados no atendimento psicanalítico ambulatorial circunscrevendo-os no rol das resistências comuns ao progresso do tratamento. Tais autores, seguindo uma tradição estruturalista da psicanálise, baseiam suas considerações sobre uma noção universalizante da linguagem, desvinculando tanto o processo de construção da subjetividade quanto o processo terapêutico de determinantes sócio-culturais e históricos. Assim, procurando afirmar a especificidade da clínica psicanalítica, afastam a questão ambulatorial da perspectiva social e a inscrevem em uma ética que supõe a psicanálise como uma clínica que condiciona o discurso dos pacientes aos movimentos transferenciais, os quais mantém em aberto as vias para que novos sentidos se produzam. Tal perspectiva implica, em consequência, na impossibilidade de se pensar o campo clínico como sendo pautado pela intersubjetividade, assim como impede a compreensão do trabalho do analista em uma perspectiva política mais ampla, já que o desvincula dos mecanismos ideológicos implícitos nas práticas sociais. (FIGUEIREDO, 1997; NOBRE,1999);

b) autores que abordam as questões referentes ao trabalho psicanalítico ambulatorial pautados na idéia de que possivelmente as dificuldades, aí encontradas, repousam sobre aspectos sócio-culturais. Tais autores propõem uma noção de linguagem relacionada a determinantes sócio-

culturais e históricos, concebendo, não só a construção da subjetividade, mas também os processos terapêuticos, como dependentes de aspectos políticos e ideológicos. Esses estudos apontam, sobretudo, para a necessidade de se questionar uma suposta universalidade dos conceitos psicanalíticos de forma a desnaturalizá-los para poder relativizá-los a determinantes sócio-culturais. Com isso visa-se minimizar o risco da produção de uma escuta etnocêntrica e hegemônica, ao mesmo tempo, em que se busca encontrar alternativas clínicas concretas que permitam ao discurso do paciente poder ser expresso de forma a ser sustentado e valorizado em sua especificidade, singularidade e diferença. Para tal deve-se assegurar o caráter intersubjetivo da experiência analítica, assim como a decisão em inscrevê-la no cerne das práticas sociais. Isso equivale a dizer que contextos distintos (consultório, ambulatório, S.P.A. das universidades, clínicas privadas, etc) produzem configurações clínicas distintas que necessitam ser levadas em conta na compreensão dos processos psicoterapêuticos que transcorrem em seu interior. (COSTA, 1987, 1989; BEZERRA, 1983, 1987; VILHENA, 1988, 1993, 2000; SANTOS, 2000; VILHENA & SANTOS, 2000).

Tomando essa referência como base para a condução de nosso estudo, partimos do princípio que deveríamos especificar o cenário no qual nosso trabalho se desenvolve: um hospital geral.

Modelo exemplar de uma instituição disciplinar, em suas dependências, os dispositivos de controle impõem sua característica fundamental: a visibilidade extrema. Nos hospitais, o paciente quase não encontra possibilidades de garantir alguma privacidade na exposição de sua intimidade uma vez que sobre ele pousam inúmeros olhares, como por exemplo, dos médicos, enfermeiros, atendentes, companheiros com os quais compartilha a sala de espera. Nesse ambiente, o paciente é esquadrihado, sua vida é esmiuçada, seu corpo físico examinado, sua conduta observada, sua psique analisada. Não há espaço para o refúgio, o isolamento, o descanso, a preservação da privacidade. Em contrapartida, pelo lado do analista, seu trabalho é questionado, avaliado pela equipe de saúde, pela coordenação do hospital, da seção de psicologia, além de ser regido por todo um aparato de regras institucionais às quais tem que se submeter e que

penetram o campo clínico revelando, ao olhar alheio, a intimidade do paciente em análise.

A partir daí, uma importante observação se fez. Tornou-se claro que essa dinâmica hospitalar (re)produz um movimento bastante peculiar da atualidade: a incessante, constante e incisiva invasão do espaço privado. Tal observação, se apresentou como o ponto de partida através do qual lançaríamos nosso olhar em busca da compreensão da clínica psicanalítica nos ambulatórios hospitalares e em torno da qual organizamos nossa questão: como um instrumental teórico-clínico, especialmente constituído objetivando trabalhar com as categorias da intimidade (e para tal produzindo um ambiente artesanalmente preparado para preservá-la do olhar externo), estaria se organizando em um contexto que prima pela visibilidade?

Assim, o primeiro capítulo da tese se concentra em apresentar os modos de relação existentes entre as esferas pública e privada em três momentos distintos na história, relacionando-os às concepções de homem engendradas em cada um desses momentos. Dessa maneira, primeiramente é apresentada uma explicitação das relações público/privado na Grécia antiga, na qual, a total separação entre essas duas esferas permitiu a construção de uma concepção de homem identificado à noção de cidadão da polis (VERNANT, 1984; ARENDT, 2000).

Posteriormente, as configurações público/privado, na modernidade, serão focalizadas com o objetivo de demonstrar que, nesse momento histórico, evidenciam-se pontos específicos nos quais público e privado se tocam, promovendo um deslocamento da privacidade da esfera familiar para a interioridade individual, permitindo a construção de uma subjetividade clivada e uma concepção de homem identificado a um sujeito do desejo inconsciente (FIGUEIREDO, 1996; SENNETT, 2000).

Em um terceiro momento, serão apresentadas as relações entre público e privado na atualidade, momento no qual essas esferas, totalmente interpenetradas e confusas, não podem mais exercer uma função ordenadora nem da sociabilidade nem das individualidades. Com isso, torna-se possível a emergência de uma concepção de homem identificado a um objeto de manipulação de determinantes externos (BAUDRILLARD, 1981).

Pensar a emergência da psicanálise como um movimento cultural representativo da forma assumida pelas relações estabelecidas entre as esferas

pública e privada, no decorrer do século XIX, constitui o tema do segundo capítulo. Subdivido em três segmentos, o primeiro deles se propõe a apresentar uma contextualização do panorama cultural vienense que possibilitou a emergência da psicanálise. Na caracterização do cenário cultural de Viena fim-de-século, dois autores são utilizados de uma forma mais próxima: Schorske (1990), em sua obra “Viena fin-de-siècle: política e cultura” e LeRider (1992), em “A modernidade vienense e as crises da identidade”. Ambos trouxeram a possibilidade de entendermos esse período histórico tão rico, conturbado e contraditório, enaltecendo as crises políticas, sociais, culturais e individuais fertilizadoras do solo sobre o qual inúmeros movimentos originais germinaram nas mais diversas áreas do conhecimento humano, entre os quais, a psicanálise.

Procurando especificar a transferência da crise pública para o domínio da privacidade, o segundo segmento se sustenta no argumento de Elias (1993), em “O processo civilizador”, focalizando o movimento histórico através do qual as transformações sociais, econômicas e ideológicas, que varreram o continente europeu no transcorrer dos séculos XVI e XIX, acabaram permitindo a superposição entre público e privado no âmbito da interioridade individual. Tal superposição possibilitou a instauração de uma crise no espaço da subjetividade, a partir da constituição de um mecanismo peculiar através do qual a regulação social sobre a conduta individual se transformou em um mecanismo contundente de auto-regulação.

Já o terceiro segmento se dedica a apresentar o momento de emergência da teoria e da clínica psicanalíticas como representativos da ambivalência presente à época de sua construção: por um lado denunciando a interseção das esferas pública e privada, ao propor entender a crise instaurada no âmbito da interioridade individual, por outro, procurando manter vigente a aparente separação entre essas esferas, ao criar um contexto clínico no qual a exposição da intimidade ocorre resguardada da observação pública.

A passagem da clínica psicanalítica dos consultórios para o contexto institucional é o foco do terceiro capítulo. Assim, este se inicia pela promoção de uma reflexão crítica sobre as principais considerações teóricas desenvolvidas sobre os atendimentos psicoterapêuticos transcorridos nos ambientes institucionais. Tais considerações nos servirão de base no sentido de situarmos, no universo teórico e clínico, a nossa própria proposta de trabalho no âmbito

ambulatorial com a psicanálise, em um cenário no qual as fronteiras público/privado perdem seu contorno. Objetivando uma melhor compreensão do cenário clínico, a perspectiva foucaultiana sobre o conceito de instituição é utilizada no sentido de elucidarmos como, no transcurso histórico de sua edificação, o hospital, constituído por uma rede complexa de tecnologias disciplinares, instituiu, em suas dependências, um espaço de visibilidade que penetra as seções ambulatoriais, em geral, e os atendimentos psicanalíticos, em particular. A rotina da seção de psicologia do hospital no qual trabalhamos é apresentada como exemplo de configuração de um campo, que se constitui, simultaneamente tanto privado quanto público. Os efeitos dessa dinâmica são analisados a partir de três elementos: o encaminhamento do paciente para a sessão de psicologia, o modo como o paciente é recebido pela equipe da psicologia e o processo de triagem que aí é efetuado.

Chegamos, então, ao momento de descrever o cenário clínico psicanalítico que ganha espaço nos hospitais gerais, local no qual tivemos a oportunidade de desenvolver nosso trabalho, promovendo atendimentos psicanalíticos individuais em suas dependências ambulatoriais. Um cenário múltiplo, confuso, agitado, no qual pacientes vêm, começam o atendimento...somem. Retornam, algumas vezes, re-iniciam um processo terapêutico com profissionais distintos e não se preocupam com isso. Outros, nitidamente, procuram a instituição e com ela fazem o seu vínculo de confiança. Além disso, nos processos em desenvolvimento, as interpretações produzidas soam frágeis, diluem-se no ar, tornam-se rarefeitas, pueris. Percebe-se, assim, a fragilidade do vínculo transferencial que se mostra fugaz, pouco consistente, lábil.

Mas, para além da nossa própria experiência, como estaria se configurando a clínica psicanalítica ambulatorial por aqueles que a colocam em movimento, cotidianamente?

Assim, o quarto capítulo da tese apresenta as considerações que pudemos alcançar ao promover a análise do discurso de cinco analistas que desenvolvem seu trabalho no âmbito ambulatorial de hospitais gerais. Das suas considerações, sensações, percepções, sentimentos, hesitações, dúvidas e afirmações produziu-se a paulatina visualização dos elementos relativos à essa modalidade clínica: a extrema visibilidade a que os atendimentos estão submetidos; a transitoriedade que introduz a rapidez e brevidade como marca dos atendimentos ambulatoriais; a

complexidade do campo transferencial que se organiza a partir de elementos subjetivos e institucionais a partir dos quais o par analista/analizando ganha possibilidades de movimentação.

Nesse campo de situações complexas, ambíguas, contraditórias, fundamentalmente, paradoxais, uma proposta de trabalho, é, então anunciada. Para tal a contribuição winnicottiana é apresentada como alternativa viável no encontro de um caminho possível para a condução do trabalho ambulatorial. Assim, o quarto capítulo encontra a sua finalização focalizando os conceitos de holding e de espaço potencial. O primeiro deles nos permite entender a solidez da instituição hospitalar como lugar de referência e acolhimento para as dores psíquicas fornecendo uma contraposição à transitoriedade e fugacidade encontradas na dinâmica hospitalar. Dessa forma há a sustentação da clínica psicanalítica através da abertura de seu campo transferencial. Este campo, ao ser concebido como um espaço potencial, uma área intermediária entre a individualidade e a alteridade, permite que a ação criativa do par analista/analizando, em constante interação com o ambiente institucional, torne a experiência analítica factível. Experiência essa que se faz sob a égide do imprevisível e do indeterminado, e que se apresenta extremamente rica posto que operadora da (re)construção do sujeito e do mundo em que ele vive.



Figura 2 - O teatro de Taormina. Gustav Klimt, 1888.

2

Sobre os conceitos de público e privado: perspectivas histórica, social e cultural.

Segundo Turowski (1994), as noções de “público” e “privado” têm sido freqüentemente utilizadas, nos últimos anos, na literatura sociológica, como categorias básicas de análise do campo social, dividindo as relações sociais em duas grandes esferas. O uso freqüente dessas noções, no entanto, não levou a uma clareza conceitual específica, ou seja, definir com rigor teórico as noções de público e de privado continua sendo uma difícil tarefa, tanto em relação aos seus sentidos empíricos quanto aos seus conteúdos semânticos. Desta forma, os critérios de distinção aparecem através de inúmeros recortes:

- a associação entre privado e interesse pessoal, significando os bens, os objetivos e as atividades desenvolvidas por alguém em seu próprio benefício, em oposição às atividades desenvolvidas visando o bem de todos;
- pela noção de que privado diz respeito à esfera de aspirações e atividades que não estão sujeitas ao controle externo. Ou seja, a privacidade é definida como um espaço de movimentação ou domínio de uma atividade autônoma que se encontra livre do controle de grupos sociais maiores;
- a noção de privado aparece, às vezes, relacionada a todos os objetos, edificações e propriedades que pertencem a alguém às quais os outros não possuem acesso como, por exemplo, as propriedades privadas;
- a noção de privacidade, em algum sentido, é determinada por um grau de distância e de isolamento que as pessoas estabelecem entre si e os outros, sendo essa distância regulada pelas normas e leis sociais de cada sociedade distintamente.

Embora as fronteiras e os limites entre as esferas pública e privada sejam difíceis de serem delimitados, as suas definições ganham aspectos complementares, ou seja, parte-se de uma para promover a definição da outra. Assim, por consequência, a noção de público é, constantemente, definida como:

- significando os bens comuns que são criados e usados por todos ou pela maioria dos membros de uma sociedade, sendo geralmente delimitada pelas atividades que são necessárias para o funcionamento do estado e da comunidade;
- politicamente, o interesse público designa aquelas atividades necessárias à segurança do estado e ao bem-estar da comunidade: defesa, proteção policial, educação, saúde, etc;
- a noção de interesse público às vezes é definida não apenas como referente aos interesses gerais da comunidade, mas como as atividades que necessitam da participação e da possibilidade de mobilização dos indivíduos para a sua programação e conseqüente implementação.

Resumidamente, em sociologia, a esfera pública aparece usualmente definida como a institucionalização da vida coletiva em geral, na qual todos os cidadãos podem e devem participar ativamente. Em decorrência, a esfera privada aparece como o espaço geográfico e psicológico no interior do qual as pessoas podem se afastar da publicidade e se resguardar da intromissão externa. O problema de difícil solução será a delimitação da linha divisória entre ambas, ou seja, o espaço da privacidade pode ser constituído pelos grupos sociais, pela família, ou pela subjetividade, entendida como envelope psíquico da interioridade individual.

Turowski (1994) ressalta, ainda, o fato que, para diversos autores, a vida contemporânea se encontra caracterizada por uma profunda deformação em cada uma dessas esferas. Para Habermas¹ (apud Turowski, op. cit.), por exemplo, a deformação da esfera pública se dá pela não participação dos cidadãos nas decisões políticas sobre as questões públicas. Para esse autor, a vida pública se encontra submetida às ideologias tecnocrata, as quais manipulam os indivíduos pela extensão descomensurada das funções do estado e dos grandes monopólios no terreno da produção e do consumo. Exatamente por isso, Habermas propõe, como estratégia de reconciliação entre esfera pública e privada, a criação de um espaço democrático no interior do qual a opinião pública possa ser colocada livremente de forma a se constituir como a ponte mediadora entre o estado e a

¹ Ver, a esse respeito: Habermas, J. Mudança estrutural da esfera pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa, R.J.: tempos modernos, 1974.

sociedade. Uma vez todos os cidadãos pudessem ter acesso ao livre exercício da palavra, o poder do estado seria permeado pela opinião racional de todos.

Uma outra proposta de reconciliação inscrita na esfera política foi anunciada por Bauman (2001) para quem, hoje, o que importa é defender o espaço público agonizante contra a incessante invasão dos interesses privados que sobre ele pesam. Sua proposta se concentra na possibilidade de se reativar os lugares públicos, contendo o avanço dos condomínios fechados e dos shoppings-centers que proliferam incontrolavelmente nas cidades. Para o autor, o problema se concentra em encontrar alternativas que evitem que jornais, revistas e programas televisivos sejam ocupados por fofocas diárias sobre personalidades públicas e pela exibição do sofrimento e do cotidiano individual sem articulação alguma com suas causas e interesses públicos. Para o autor, diante do desequilíbrio crescente entre a liberdade de direito e as garantias individuais, as sociedades vêm operando uma ação protecionista a partir de uma lógica excludente e discriminadora, retirando do convívio diário todos aqueles que lhe parecem estranhos, como nos condomínios fechados e nos nacionalismos exacerbados. Para escapar a esse determinismo, o autor propõe que a solução deva passar por uma resposta (em sua concepção republicana) na qual a unidade não seja considerada como uma condição dada a priori, porém como o resultado erguido pela negociação e reconciliação e não pela supressão das diferenças. Com isso se poderia alcançar uma resposta ao dilema que se impõe na atualidade: como poderíamos retomar a luta pelo bem comum sem cairmos no totalitarismo, já que devemos aceitar a existência de múltiplas versões do que seria esse bem comum, e nos deparamos constantemente com a vontade de impormos a nossa própria versão?

De maneira específica, para Sennett (2000), os problemas públicos se transformaram, nas sociedades atuais, em meros problemas formais e desinteressantes, dos quais as pessoas tomam parte apenas quando obrigadas e de uma forma totalmente passiva. O autor destaca, ainda, como sinal da erosão da vida pública, o processo de diminuição na interação social. Ou seja, nas sociedades pré-industriais, a vida coletiva acontecia através de comunidades sociais complexas; agora, a vida coletiva se reduziu às organizações especializadas e formalizadas. Da mesma forma, o intercâmbio pessoal que acontecia nas contendas comerciais foi substituído por um tipo de comércio

impessoal exemplificado pela construção das grandes lojas de departamento. A vida pública nas cidades acabou: parques e praças estão vazios.

Uma vez que público e privado são organizações complementares e interdependentes, ou seja, a definição de um passa necessariamente pelos limites circunscritos pelo outro, paralelamente às transformações ocorridas na esfera pública, importantes transformações no âmbito privado foram acontecendo.

Assim, para Sennett (2000), com o declínio da vida pública, passou-se a idealizar cada vez mais a família, a casa e a interioridade de cada um. Com isso a privacidade se transformou em uma fortaleza sitiada que poderia prover um escape, uma fuga da confusa vida pública. Segundo o autor, o impacto do capitalismo industrial desproveu a vida pública de qualquer legitimidade moral, transferindo-a para a esfera privada, a qual, por sua vez, acabou sofrendo prejuízos importantes, percebidas através dos seguintes processos:

- uma crescente focalização e exacerbação dos interesses individuais em detrimento dos interesses gerais;
- uma crescente exacerbação do individualismo em termos de um incremento do narcisismo;
- a criação de um tipo de personalidade contemporânea individual, narcisista e passiva, que se estrutura em torno da privatização dos sentimentos e da exacerbação do egoísmo;
- a transformação da esfera privada em uma área de conformismo e de determinações externas na medida em que se tornou transparente aos determinantes públicos e passou a ser regulada pela ideologia industrial.

A partir dessas considerações, Sennett propõe que a reconciliação público/privado se inicia através de uma transformação individual que produza efeitos no plano coletivo. Porém, tal movimentação vem encontrando obstáculos para sua realização, atualmente, pois fatores importantes para o desenvolvimento pessoal (tais como, agressividade, conflito, desordem, contradição e estratégias internas de combate) têm sido constantemente reprimidos pela família, pela vizinhança e pela comunidade, produzindo cidadãos passivos e sem aspiração para produzir ações transformadoras. Para Sennett (op. cit.) seria necessário uma transformação radical no próprio espaço da vida privada, para que nela pudesse ser viável a construção de individualidades estruturadas e acostumadas a lidar com

o conflito e as contradições, e que essas individualidades, através de pequenos grupos de discussão, revivessem a essência da vida pública que se encontra suprimida ou até mesmo extinta na atualidade.

A rigor, aquilo que todas essas perspectivas marcam, em relação às esferas pública e privada, é a paulatina interpenetração entre ambas, tornando-as cada vez mais entrelaçadas de forma a impedir que cada uma exerça a sua função organizadora, quer seja no nível político-social, quer seja no nível individual-subjetivo. Assim, uma de nossas primeiras preocupações, nessa tese, será a de especificarmos as relações estabelecidas entre esses campos ordenadores da sociabilidade e das subjetividades, objetivando melhor identificarmos suas relações, modos de interações, e seus reflexos sobre as individualidades.

Dessa forma, o primeiro capítulo da tese se concentrará em apresentar os modos de relação existentes entre as esferas pública e privada em três momentos distintos na história, relacionando-os às concepções de homem engendradas em cada um desses momentos. Primeiramente, apresentaremos uma explicitação das relações público/privado na Grécia antiga, momento no qual a construção política da polis permitiu a emergência da concepção de homem-cidadão. Posteriormente, o enfoque será dado às relações público/privado na modernidade. Momento histórico no qual essas esferas começam a se interpenetrar, fazendo emergir a noção de um sujeito privado. Em um terceiro momento, a atualidade será o cenário no qual focalizaremos a completa interpenetração público/privado, a partir da qual o sujeito se torna objeto de manipulação e instrumentalização da exterioridade.

2.1 A política da Antiguidade: o público, o privado e o exercício da cidadania.

Segundo Aranha (1986), o nascimento da polis grega foi demarcado por inúmeras transformações, tais como a substituição de uma compreensão mítica por um entendimento racional dos fenômenos naturais e sociais, a instauração de uma ordem econômica monetária, a descoberta da escrita proporcionando uma maior capacidade de abstração e reflexão promovendo importante transformações na própria estrutura do pensamento humano. Tais transformações, que sustentaram a inauguração das cidades-estado na Grécia, marcou uma verdadeira

revolução na vida social e nas relações humanas. A descoberta da individualidade libertou o homem dos desígnios divinos e o tornou senhor e construtor de seu próprio destino. Na medida em que os gregos foram se desvinculando do conforto e da segurança dada por uma compreensão divina sobre a organização social (o nomos), tornou-se necessário que os próprios cidadãos formulassem e construíssem as normas e leis organizadoras da convivência social. Dracon, Sólon e Clístenes aparecem como os primeiros legisladores que promovem a passagem de uma justiça dependente da arbitrariedade dos reis ou dos deuses para uma justiça pautada no estabelecimento de um código jurídico comum a todos os cidadãos. Sendo esse código formulado pelos membros de um conselho, aberto às discussões, críticas, reformulações e complementações, as leis ganharam um caráter racional e humano. Tendo como base esse ideal de igualdade entre os seres humanos, as cidades gregas se constituíram a partir da abolição da organização tribal precedente, implementando uma nova ordem administrativa não mais baseada nos laços de consanguinidade.

Segundo Vernant (1984), podemos destacar, como ponto fundamental para a construção dos espaços público e privado na Grécia, a paulatina descentralização do poder das mãos do soberano cujos desdobramentos permitiram, entre outras coisas, a fundação da Polis. Com a substituição da era micênica pela era homérica, os problemas relativos ao poder (suas formas e modos de estabelecimento) se estruturaram em termos novos. Em Atenas, por exemplo, a partilha do poder entre o rei e um chefe militar, que passou a comandar os exércitos, prenunciou a paulatina descentralização e o conseqüente enfraquecimento do poder arbitrário do soberano. Um outro ponto a ser destacado nesse processo, segundo o autor, seria a instauração de um sistema de eleições que passou a eleger anualmente um magistrado cuja função era a de regular a ordem cidadina. Com isso, começou a ser estabelecido uma paulatina segmentação do poder e a paralela e concomitante constituição de inúmeras funções sociais especializadas, promovendo a divisão do espaço social em uma ordem real, uma ordem jurídica, outra religiosa, outra militar.

Assim, a centralização do poder em uma única figura - do soberano - foi sendo substituída por uma grande variedade de funções que passaram a necessitar uma delimitação mais clara de forma a facilitar a convivência entre tantos poderes distintos. Ou seja, a partir da instauração de um corpo social fragmentado,

composto de inúmeros campos heterogêneos e excludentes, tornou-se fundamental encontrar uma forma de funcionamento harmônico entre eles. Essa instabilidade governamental, segundo Vernant (op. cit.), fundou as bases para a instauração da esfera política, tal como concebida e praticada pelos gregos, posto que a busca pela convivência harmoniosa entre todas essas vertentes se concentrou na alternativa em trazer, para a praça pública, o embate argumentativo entre os grupos rivais através do qual os interesses particulares pudessem ser tratados e uma conciliação pudesse ser alcançada em termos comuns.

A Arché não poderia mais ser a propriedade exclusiva de quem quer que seja; o Estado é precisamente o que se despojou de todo o caráter privado, particular, o que, escapando da alçada dos genes, já aparece como a questão de todos (VERNANT, 1984, p.39).

Toda essa movimentação cidadina se concentrava na Ágora, espaço público, onde os debates sobre os problemas de interesse comum aconteciam. Tal configuração da vida social é concomitante à divisão espacial entre os domínios público e privado e seus respectivos interesses: o espaço público garante que haja uma distribuição igualitária entre os direitos e deveres de um cidadão, se sobrepondo ao favorecimento distribuído entre os membros privilegiados de um círculo restrito, quer por laços familiares ou por classes sociais. Assim, o que se instaura com essa nova modalidade administrativa é o caráter político (e moral) da noção de justiça, uma vez que esta passa a dizer respeito não só ao indivíduo e a seus interesses particulares, mas também, e principalmente, à sua participação na vida da comunidade.

Tal transformação do campo social acabou sendo refletida através de uma reordenação do espaço geográfico da cidade. As muralhas fortificadas, que protegiam os palácios reais, se deslocaram para os limites da cidade e passaram a proteger todo o grupo humano que a constituía. De forma consoante, o centro das cidades deslocou-se do palácio real para a Ágora, espaço público, no interior do qual os problemas comuns eram debatidos. Com isso *desde que se centraliza na praça pública, a cidade já é, no sentido pleno do termo, uma polis* (VERNANT, op. cit., p.40).

O advento da polis, então, se constituiu como um acontecimento decisivo para a constituição do pensamento grego, na medida em que demarcou formas

novas e originais de se conceber a vida social e as relações humanas. E embora a polis tenha conhecido variações múltiplas e etapas distintas no processo de seu desenvolvimento, Vernant (1984) destaca três características principais permanentes: a) o uso político da palavra; b) a exposição pública das manifestações sociais; c) a concepção intelectual sobre a igualdade entre os cidadãos.

Tais características implicaram, primeiramente, que o poder de decisão sobre os interesses comuns dos cidadãos, anteriormente exercido a partir da figura do soberano, passasse a ser praticado através da argumentação discursiva, conferindo, à palavra, a instrumentalização de um poder puramente humano e social. Aquele que possuía o dom da oratória e da argumentação detinha, em conseqüência, o poder de persuasão e de convencimento, trazendo para si partidários que corroboravam seus pensamentos. Em conseqüência, esse poder da palavra pressupunha a existência de um público para o qual ela se dirigisse e sobre o qual a arte do convencimento pudesse se apresentar. Assim, na Ágora, a centralidade da vida social ganhou uma publicidade fundamental a partir da qual a concepção de polis se estruturou.

[...] pode-se mesmo dizer que a polis existe apenas na medida em que distinguiu um domínio público, nos dois sentidos do termo: um setor de interesse comum, opondo-se aos assuntos privados; e práticas abertas estabelecidas em plena luz do dia, opondo-se a processos secretos (VERNANT, op.cit., p.42).

A cidade grega se fazia movimentar pelo pleno exercício da palavra humana e, portanto, pela colocação dos conflitos, das diferenças, que levavam à discussão e à argumentação, engendrando o debate político, o qual toma lugar na praça pública. Assim, o saber deixou de ser sagrado e passou a ser objeto de reflexão e de construção humana, dando origem ao conceito de cidadão inexistente na organização social coletivista das sociedades tribais.

O paulatino desvelamento das condutas, das leis e dos saberes, os quais passaram a ser compartilhados por todos os cidadãos da polis, imprimiu uma crescente democratização do poder e do conhecimento. Em conseqüência, a política se estabeleceu como a possibilidade de se submeter, em praça pública, os valores morais, as leis, a organização social e o próprio conhecimento, ao debate, às interpretações múltiplas e ao questionamento, permitindo que a práticas sociais

passassem pelo crivo e controle do povo. Tal estado de coisas foi complementado e facilitado pela possibilidade que o uso da escrita trouxe, através da publicação das obras filosóficas e dos códigos legais, tornando-os acessíveis a um número cada vez maior de pessoas.

Segundo Vernant (op. cit.), foi assim que, ao lado das novidades da cidade grega destacadas - o prestígio da palavra e o desenvolvimento das práticas públicas -, acrescentou-se a terceira característica da polis: a instauração de uma noção de igualdade e semelhança entre os cidadãos. Nesse novo espaço da polis grega, por mais diferentes que os homens fossem entre si, quer por ofício, quer por classe social, quer por idade ou origem, eles se tornavam iguais a partir do momento em que adquiriam o direito a participar do debate público. Ou seja, no plano político, aqueles que podiam participar da vida pública assumia uma condição de semelhança e igualdade perante os outros de forma que as relações de hierarquia, subordinação e domínio foram substituídas por relações recíprocas e reversíveis baseadas no direito à palavra e na submissão a uma mesma lei comum.

Se como nos informa Vernant (op. cit.) a igualdade baseava as relações entre os cidadãos gregos, Arendt (2000) nos lembra o lugar de destaque que, paradoxalmente, foi conferido à diferença. Em seu pensamento, mostra-se importante notar que se as sociedades ocidentais modernas escolheram privilegiar a universalidade do homem racional, o costume grego, ao contrário, se concentrou em buscar formas de lidar com a diversidade. Assim, para Arendt (op. cit.), era justamente na pluralidade que se encontrava a condição básica para que o discurso e a ação humana se processassem nas cidades-estado gregas. Em sua argumentação, a autora parte do princípio que é a diferença, dentro do comum, que impõe a necessidade de comunicação entre os homens. Ou seja, é porque somos diferentes uns dos outros e porque temos algo em comum que a experiência humana pode se constituir. Assim, na polis grega, aquilo que definia a condição especialmente humana era a capacidade que cada um possuía em conviver, se comunicar e agir em relação aos outros. A polis se definia, então, por ser uma comunidade organizada politicamente.

Tal configuração determinava que a esfera pública fosse constituída pela liberdade de expressão e de ação nas relações entre os cidadãos livres, onde a pluralidade do “nós” se colocava em prol da manutenção de uma coletividade através do enfrentamento de questões de interesse coletivo, para as quais soluções

particulares, baseadas em interesses privados, não eram adequadas. Nesse espaço público, a negociação entre interesses individuais se impunha de forma a manter vivo o exercício pleno da diversidade. Era, portanto, a esfera pública aquela que mantinha, em aberto, o diálogo. Neste, ou através deste, ficava assegurado a cada um a possibilidade de apresentar sua individualidade em relação à coletividade e à pluralidade, mantendo, em exercício, a linha divisória entre cada ser humano em sua existência única, ao mesmo tempo em que o mantinha inserido, como membro participante, em um grupo comum.

Para os gregos, as relações naturais, ou seja, aquelas que não eram politicamente organizadas pertenciam a um outro espaço geográfico distinto da Ágora, dividindo o campo social entre um espaço público e outro domiciliar, privado. A esfera domiciliar se caracterizava por ser nela que as pessoas se associavam de uma forma ‘natural’ cujo centro era constituído pela casa e pela família, estruturada a partir das relações de parentesco. Nessa esfera se desenvolvia tudo o que se relacionasse com as necessidades naturais, ou seja, biológicas da vida, as quais deveriam ser mantidas em segredo e longe dos olhos dos demais. A manutenção da vida, a procriação, a alimentação, a sobrevivência da espécie humana eram atividades que naturalmente transcorriam na esfera familiar, sendo, portanto, decorrente das necessidades naturais do animal homem. Para os cidadãos gregos, então, a importância da dialeticidade público x privado se colocava intensamente de forma a assegurar um espaço privado, no interior do qual cada um pudesse estar a sós, ser único e exclusivo. Era essa singularidade que sustentava, em última instância, o exercício do diálogo público. As fronteiras eram delimitadas. Os espaços diferenciavam-se. A condição para a participação ativa no mundo coletivo, nos salienta a autora, dependia da inviolabilidade de um lugar privatizado, único, exclusivo, singular e diferenciado. Um lugar que se colocava em oposição e complementação à liberdade adquirida na esfera pública, pois, *ser livre significava ao mesmo tempo não estar sujeito às necessidades da vida nem ao comando do outro, e também não comandar* (Arendt, 2000. p. 83).

Em contraposição, na polis grega, “privado” significava estar impedido de participar dessa esfera do diálogo comum, ou seja, impedido de uma existência na realidade social da Polis, tal como ocorria com os escravos e as mulheres. De tal forma que a *privação da privacidade reside na ausência de outros; para estes, o*

homem privado não se dá a conhecer, e, portanto, é como se não existisse (Arendt,2000, p.68).

O que se destaca aqui é a necessidade de se compreender essa relação dialética entre público e privado a partir da qual o significado de cada esfera seja estabelecido pela relação que uma mantém com a outra, tal como nos apresenta Arendt (op. cit.). Além disso, a autora nos mostra, entre outras coisas, que os conceitos de “público” e “privado” constituem realidades históricas que foram recebendo compreensões e definições relativas a distintas sociedades, havendo entre esses conceitos, na medida em que definem esferas específicas da sociabilidade, uma relação de dependência intrínseca através da qual a existência de uma se apresenta como condição de possibilidade da outra. Ou seja, o fato de as sociedades atuais fomentarem uma desvalorização e um paulatino desinvestimento da esfera pública trouxe, em consequência, a liquidação gradual da esfera privada. Aquilo que, em um dado momento de reflexão crítica, parecia promover e assegurar um lugar de destaque e fortalecimento da privacidade (Sennett, 2000; Lasch,1984) acabou, na verdade, determinando, correspondentemente, seu enfraquecimento e morte. Vejamos como.

2.2 Encontros e desencontros na modernidade: os domínios público/privado e construção da subjetividade.

Partindo das transformações políticas, sociais, filosóficas e econômicas que se apresentaram nas principais capitais européias entre os séculos XVII e XIX, o presente segmento de capítulo abordará, de maneira sucinta, três aspectos específicos e importantes para nosso estudo em particular:

- o estabelecimento, contemporâneo à emergência dos Estados Absolutistas e o concomitante processo de secularização do mundo, de uma cisão do campo social em dois espaços distintos: o público e o privado, elucidando os seus domínios de competência e suas formas de inter-relação ;
- o processo de consolidação da esfera privada através do qual a privacidade recebeu uma valorização não desfrutada anteriormente, conquistando meios e formas de expressão cada vez mais contundentes reveladas por inúmeras produções artísticas, científicas, arquitetônicas e filosóficas;

- o apontar do processo de sobreposição entre os imaginários público e privado tributário e concomitante às transformações econômicas (capitalismo industrial), sociais (técnicas disciplinares) e ideológicas (utilitarismo) e suas conseqüências para a estruturação subjetiva.

Nesse percurso, dois autores serão utilizados de uma forma próxima. A tese de Luiz Cláudio Figueiredo (1996), segundo a qual podemos compreender os processos de constituição da subjetividade moderna como sendo pautados nas lutas e acomodações impetradas entre as esferas pública e privada, nos fornecerá as bases necessárias para traçarmos, inicialmente, o caminho de instauração, no campo social, da cisão entre essas duas esferas, na modernidade, e as transformações sucessivas que sobre elas pesaram entre os séculos XVI e XVIII.

Posteriormente, Richard Sennett (2000) e sua interpretação de que podemos considerar o evidente desequilíbrio contemporâneo entre as esferas pública e privada como tributário de um longo processo histórico, cujas raízes remontam ao período do Antigo Regime, nos ajudará a evidenciar, no século XIX, que pontos de toque e de interseção público/privado se encontravam presentes no contexto cultural novecentista, impondo conseqüências decisivas para a estruturação da dividida e ambígua subjetividade emergente no início do século XX.

2.2.1 O campo social dividido: entre o público e o privado.

Segundo Dumont (1981), podemos detectar alguns pontos de referência cruciais para o entendimento do desenvolvimento das sociedades ocidentais na modernidade. Entre esses momentos, nos interessa destacar a ascensão dos Estados Absolutistas na Europa, no transcorrer do século XVI, e o concomitante declínio do poder, principalmente ideológico, da Igreja. Tal fato possui uma importância particular para nosso estudo, pois, a partir dele, novos sistemas de inteligibilidade do mundo puderam ser construídos. Na medida em que uma perspectiva religiosa impõe uma concepção dogmática, e, portanto, autoritária, na qual a Verdade já aparece como um dado íntegro e completo que impede o exercício reflexivo de uma consciência autônoma, a superação dessa perspectiva possibilitou ao homem exercer a reflexão crítica e construir novas e diversas

formas de pensamento. A partir desse momento, não havia mais uma Verdade, porém múltiplas propostas de alcançá-la, as quais procuraram, cada uma a seu modo particular, ocupar o lugar hegemônico anteriormente ocupado pela religião.

Justamente esse momento histórico é identificado por Figueiredo (1996) como sendo aquele no qual podemos encontrar a efetuação da cisão do campo social em duas regiões: a pública e a privada. O autor argumenta que, ao findar o Renascimento, nas principais capitais européias, as constantes lutas políticas e religiosas deflagradas promoveram uma instabilidade social crescente e penosa para seus habitantes. Procurando aplacar as guerras e recuperar a estabilidade, os Estados Absolutistas lançaram mão de inúmeros dispositivos sociais ordenadores os quais, embora tenham conseguido re-ordenar a vida social, transferiram a instabilidade externa para a interioridade pessoal: ou as pessoas obedeciam às leis régia, ou se mantinham fiéis às suas convicções internas. Qualquer que fosse a escolha, o resultado produzido era, constantemente, a culpa, por se estar traindo ou a confiança do rei, ou as suas próprias crenças particulares.

Tal contradição se tornou evidente na crescente diferenciação operada entre as esferas da privacidade (particular a cada indivíduo) e a da publicidade (comum a todos os habitantes da cidade). De tal forma que à privacidade, correspondendo às relações familiares, especificamente às convicções éticas e religiosas, reservava-se um certo grau de liberdade, já que cada um se encontrava livre para escolher suas próprias crenças e definir suas próprias atitudes. Já, no espaço público, referente às ações políticas, a ordem absolutista demandava que cada indivíduo se submetesse, quase que totalmente às ordens do soberano. Assim, na verdade, o que encontramos é uma distinção entre dois domínios: o da consciência, organizando o mundo familiar e privado, e o da ação política, organizando a coletividade. Com isso, público e privado eram constituídos por diferentes organizações as quais se aplicavam a diferentes objetos, produzindo, em decorrência, a necessidade de se traçar limites estáveis entre ambos. Assim, à privacidade resguardava-se o direito à liberdade, contanto que essa liberdade ficasse restrita à individualidade e às relações familiares. Uma vez atingindo os limiares públicos, a liberdade individual findava para fazer valer o direito de todos.

Claro está que tais conformação e acomodação não ocorreram de forma pacífica. Porém, conflitos diversos foram sendo produzidos de forma a adequar o

comportamento de cada indivíduo à essa organização social específica. O autor ressalta que, sob o regime do medo instaurado pelo poder absolutista, a reação mais corriqueira e prudente tenha sido, durante todo o século XVII, a de se submeter à ordem pública em detrimento da liberdade individual, ainda que fosse, em última instância, uma forma de preservar o indivíduo e a sua liberdade privada a qual permanecia, dessa forma, impossibilitada de encontrar formas concretas de expressão para além de seus restritos domínios.

2.2.2 Processos de consolidação da privacidade: onde os domínios se tocam.

No embate dessas forças, as relações público/privado sofreram uma transformação importante a partir da emergência dos Estados Constitucionais em substituição às monarquias absolutistas. Tal substituição implicou em uma crescente consolidação da esfera privada, na medida em que a função primordial do Estado passou a ser a garantia das leis e dos direitos naturais individuais. Nesse período, a principal função da ordem pública e jurídica apareceu como sendo a preservação e a proteção dos espaços da privacidade. A interferência do Estado nos assuntos particulares devia se ater ao mínimo necessário para resolver os conflitos emergentes, em prol da liberdade da privacidade. O liberalismo clássico aparece, dessa forma, fundado na possibilidade de limitar os poderes do Estado, ao mesmo tempo em que assegurava a vigência de uma liberdade privada que ia, aos poucos ganhando cada vez mais terreno, em termos de possibilidade de expressividade.

Em sintonia à inteligibilidade da época, o movimento Iluminista se concentrou na expectativa de trazer a público tudo aquilo que ficara sem possibilidades de se expressar durante os Estados Absolutistas. Para Figueiredo (1996), tal movimentação iniciou, ao lado do romantismo, o processo que culminará com a interpenetração das esferas pública e privada, na medida em que vai tornando possível o desvelamento paulatino da privacidade através de inúmeras manifestações e expressões culturais:

Os motivos do esclarecimento e os da expressão autêntica reúnem-se na crítica às representações convencionais tanto nas suas propostas políticas (uma forma de democracia direta), como nas pedagógicas (a educação pela experiência viva), como nos escritos autobiográficos (as confissões) (FIGUEIREDO, op.cit., p.112).

Aquilo que podemos inferir a partir daí é que o projeto iluminista, de proporcionar meios de expressão às experiências privadas, e do romantismo, de trazer à baila as vivências íntimas e singulares de cada um ao longo de suas histórias de vida, uniram-se, no intuito de promover uma crescente consolidação da privacidade. Segundo Figueiredo (op.cit.), as experiências privadas, que cresciam sob a proteção do regime liberal, dos espaços privilegiados para o cultivo da subjetividade, do anonimato das grandes cidades, dos clubes e das sociedades secretas foram, aos poucos, conquistando os espaços públicos, revelando e dando expressividade àquilo que ficara, provisoriamente, privado de meios e de efeitos públicos.

Analisando o desenrolar desses movimentos em três países distintos – Inglaterra, França e Alemanha – o autor nos permite identificar algumas práticas que, no século XVIII, começam a preparar o terreno sobre o qual, no século XIX, poderemos destacar os pontos em que público e privado se tocam e se interpõem:

- os romances do século XVIII, que tratam brilhantemente da vida familiar, doméstica e afetiva de seus personagens, consolidando, de uma forma nunca antes vista, o espaço da privacidade que ia se tornando cada vez mais conhecido e fortalecido. Esse é o caso, como aponta o autor, dos romances de Richardson, Fieldman e Stern;
- a filosofia empirista, desenvolvida essencialmente na Inglaterra, sustentada em um ideário iluminista, trouxe, para o centro do pensamento epistemológico, as questões da experiência privada do sujeito percebido no processo de construção do conhecimento pelas vias da percepção, ainda que a objetividade do mundo não tenha sido, a princípio, posta em questão. Ainda assim, *o 'psicológico' invade os territórios da epistemologia e mesmo da ontologia (ser é ser percebido)*;
- a utilização, na França, por razões culturais específicas, de práticas privadas como instrumentos de crítica política e social, na medida em

que se contrapunham ao poder absolutista dominante, explicitando a diferenciação entre uma atuação verdadeira, na privacidade, e uma representação falsa em público. Nesse momento, *as experiências da consciência livre, a razão autônoma, as observações independentes e os sentimentos autênticos serão as instâncias críticas diante das convenções, das representações obsoletas e das práticas de censura e opressão (p.117);*

- a fundação de algumas organizações secretas, tais como a maçonaria, que ocupavam uma posição intermediária, uma vez que suas ações se estabeleciam tanto na esfera pública, através da intervenção pretendida nas decisões políticas, quanto na esfera privada, já que seus membros formavam uma espécie de família protegida pelo anonimato.;
- a construção de inúmeros cafés, salões literários e clubes, que trouxeram uma nova forma de organização e de intercomunicação entre as esferas pública e privada, na medida em que, nesses espaços, estranhos se encontravam e partilhavam entre si momentos de intimidade, não mais resguardados pelos limites de seus lares, mas nos espaços comunitários abertos à visibilidade pública;
- a filosofia kantiana a qual postula, de forma radical, a participação criticista e definitiva do sujeito no processo de construção do conhecimento. Na medida em que Kant define como fundamental, nesse processo, a síntese operada pelo noumeno e as formas a priori da sensibilidade (espaço e tempo) e as categorias do intelecto na formação do fenômeno, a inteligibilidade do mundo se consolida na esfera privada. *Kant revela os limites do mundo das representações e mostra o que está por detrás: uma subjetividade criativa.(p.121);*
- a publicação, na Alemanha, de revistas paracientíficas que privilegiavam o aspecto psicológico, englobando os afetos, sentimentos, a volição, como, por exemplo, a *Revista de Psicologia Experimental*, fundada em 1783, por Moritz;
- a publicação, na França e na Alemanha, de inúmeras autobiografias as quais, dando publicidade à privacidade, consagravam objetivos tanto iluminista (esclarecer aquilo que ficara sem meios de expressão) e românticos (conceder expressividade às experiências privadas), como,

por exemplo, *A juventude de Heinrich Stilling – história verdadeira*, de Heinrich Stilling;

- a fundação, por Lavater, da ciência da fisionomia, a qual pretendia estabelecer as relações entre uma característica privada – o caráter – e uma característica pública – a fisionomia.

Todas essas manifestações culturais, a rigor, indicavam a fertilização do solo sobre o qual a interposição público/privado se consolidará, através de uma crescente e gradativa interpenetração.

2.2.3 A sobreposição dos imaginários público e privado: onde os domínios se interpenetram

Como pudemos observar, durante todo o século XVIII, a privacidade estava em ascensão e em franco processo de consolidação, evidenciando-se em vários aspectos da vida política, social e cultural. Tal movimento expansionista trouxe, contudo, para o século XIX conseqüências importantes: por um lado forças coercitivas e limitadoras emergiram objetivando controlar, domesticar, administrar e disciplinar os arroubos da privacidade. Por outro lado, opondo-se a essa ameaça, algumas estratégias de preservação da privacidade ameaçada foram impetradas permitindo, inicialmente, que o espaço familiar passasse a ser concebido como refúgio idealizado em contraposição ao caos público, e, em um segundo momento, promovendo o deslocamento do campo privado da esfera familiar para a interioridade individual.

Importa salientar que todas essas novidades trouxeram, em decorrência, novas formas de se conceber e vivenciar as relações entre as esferas pública e privada no transcorrer do século dezenove as quais produziram efeitos definitivos para sua organização, na atualidade. Essa é, também, a concepção proposta por Sennett (2000) para quem havia três forças de transformação em atividade no século XIX que tiveram o poder de alterar a vida pública e suas relações com a esfera privada:

- a) uma dupla transformação operada pelo capitalismo industrial (incentivando a privatização da família e o fetichismo das mercadorias);
- b) uma transformação em termos de credibilidade pública operada por uma nova secularidade (impondo uma ordem imanente);

c) uma transformação do próprio comportamento público ligando a experiência pública à formação da personalidade.

Segundo Sennett (2000), podemos encontrar as raízes da indeterminação das fronteiras entre público e privado em mudanças históricas que tiveram início com a queda do Antigo Regime e a subsequente implantação de uma cultura capitalista secular e urbana. Em sua argumentação, o autor parte do princípio que, durante o Iluminismo, havia um equilíbrio entre as esferas pública e privada, cuja função era a organização daquilo que chamaríamos, hoje, de *universo das relações sociais*. O primeiro impacto que tal equilíbrio recebeu partiu da implantação do sistema capitalista industrial, o qual acabou proporcionando novas formas de se compreender as noções de ‘público’ e ‘privado’, assim como novas formas e modos de as pessoas se posicionarem no interior desses domínios.

O capitalismo industrial se desenrolou em duas direções: implicou em uma modificação no contexto familiar e em uma modificação na relação entre os indivíduos e os bens materiais de consumo. Uma vez que a ordem capitalista era desconhecida pela maioria das pessoas, a esfera pública começou a se apresentar como um sistema caótico contra o qual as pessoas deveriam se defender, ou seja, encontrar estratégias e mecanismos de defesa com os quais pudessem se defender de tanta confusão. Entre esses mecanismos, o autor destaca o crescente recolhimento das pessoas do espaço público para a intimidade familiar. A família passou, então, a ser considerada como o espaço no qual a ordem e a organização eram conhecidas e facilmente identificáveis e compreensíveis.

Ou seja, a família passou a assumir a função de ser um refúgio idealizado contra os perigos da publicidade. De uma forma exemplar, no seio da família, as pessoas acreditavam poder encontrar segurança, autoridade, distribuição das riquezas, tudo sem intromissão externa. Assim, os princípios organizadores da esfera privada passaram a corresponder a padrões morais e éticos a partir dos quais a esfera pública poderia ser mensurada, avaliada, e comparada. O espaço público, que no Iluminismo era visto como um conjunto de relações sociais, passou a ser considerado como moralmente inferior ao espaço familiar, privado. Tal concepção permitiu que a legitimidade da ordem pública pudesse ser questionada, tomando-se os princípios ordenadores da família como padrões a serem estabelecidos também na esfera pública.

Um outro ponto importante, apresentado por Sennett (2000), para a compreensão das formas que as relações públicas e privadas assumiram no século XIX, diz respeito à suposta homogeneização das classes sociais, operada pela implantação da produção em massa, implementada pelo advento do capitalismo industrial. Tal movimento, na verdade, criou uma dificuldade nas pessoas de se relacionarem com estranhos quando estavam em público. Anteriormente cada classe social possuía características determinadas em relação à vestimenta, aos modos de falar e de se comportar em público. Tais características permitiam que houvesse uma fácil identificação da classe social a qual uma pessoa pertencia. Essa identificação fazia com que o relacionamento entre estranhos fosse algo seguro. Tal segurança, contudo, se desestabilizou no momento em que uma nova forma de produção industrial possibilitou a criação de roupas em grande escala, ou seja, diversos segmentos sociais passaram a adotar um padrão de vestuário através do qual se tornou impossível identificar a classe social a partir do vestuário. Assim, quando em público, as pessoas já não sabiam mais definir o estranho a partir de suas roupas. Lidar com o estranho através do afastamento foi a estratégia adotada para se viver nas grandes cidades. Movimento que acabou tornando as pessoas cada vez mais isoladas em meio à multidão.

O interessante nessa operação é que, embora as pessoas soubessem que essa homogeneização entre as classes sociais fosse aparente, elas começaram a comprar essa idéia, e mais ainda, passaram a dotar os objetos de consumo de qualidades humanas. Assim, o modo de vestir deixou de ser referente e identitário de uma classe social, para expressar a interioridade individual. Ou seja, o modo de se vestir, os objetos que se compra passaram a ser designativos da personalidade íntima daquele que os detém.

Como segunda força em atuação no século XIX a qual impulsionou uma transformação em termos de imprimir uma confusão entre os imaginários público e privado, Sennett (2000) destaca a implantação de um novo sistema de credibilidade. Segundo o autor, a substituição de um sistema de credibilidade transcendente por uma crença imanente e secular acabou determinando uma superposição do imaginário privado sobre o público. Para entender tal transposição, o autor sugere uma compreensão particular do termo secularidade que difere daquela usualmente empregada que identifica secularidade como oposta à religiosidade. De uma forma específica, Sennett (op. cit.) propõe que o

termo secularidade deva ser entendido como o *conjunto de imagens mentais e de símbolos que tornam compreensíveis as coisas e as pessoas* (p. 36).

A passagem do século XVIII para o século XIX foi marcada por uma mudança importante no conceito de secularidade. No século XVIII, embora a transcendência religiosa tenha perdido sua força como ordem organizadora a partir da qual o mundo se tornava compreensível, ainda era reinante uma transcendência secular. Dessa forma, no século XVIII, o mundo, os objetos do mundo e os fenômenos eram compreensíveis a partir do lugar que ocupavam dentro da ordem da Natureza, a qual, portanto, lhes era transcendente. Porém, o século XIX foi marcado por uma radicalidade específica, a secularidade perdia sua força transcendente para se tornar um sistema imanente a partir do qual a sucessão dos fatos e dos fenômenos passou a ser o próprio sistema ordenador do mundo.

O secularismo que surge no século XIX [...] baseava-se em um código imanente, de preferência ao transcendente. Sensações imediatas, fatos imediatos, sentimentos imediatos já não tinham que se encaixar em um esquema pré-existente para serem entendidos. O imanente, o instante, o fato eram realidades em si e por si mesmos (SENNETT, 2000, p.36-7).

Desta feita o homem não abdicou de crer, porém mudou seu foco: de uma crença transcendente passou a crer na Ciência, imanente. O centro passou a ser o próprio homem e as experiências pessoais imediatas. Estas permitiram que o entendimento do mundo tomasse a subjetividade como paradigma conceitual para a existência social, possibilitando que, a partir daí, as formas individuais e singulares das vivências internas ganhassem meios de expressividade cada vez mais valorosos e seguros. Nesse sistema ordenador tornou-se possível, então, uma interposição entre os imaginários público e privado, uma vez que a crença imanente promove a ruptura da distinção entre o sujeito percebido e o objeto percebido, entre o exterior e o interior, entre o subjetivo e a alteridade. Essa crença secular foi responsável pelo desgaste da vida pública em termos de uma ligação entre publicidade e construção da personalidade.

No entanto, tal pressão imposta sobre o domínio público não foi suficiente para a completa dissolução do mesmo no transcorrer do século XIX. Nesse período, o espaço público foi preservado e continuou a exercer sua função de contraposição ao espaço privado através da idéia de moralidade. Nesse ínterim, a

família, ao se institucionalizar, deixou de ser o local privilegiado de refúgio idealizado no qual cada pessoa podia encontrar sua liberdade privada em contraposição aos espaços públicos, assumindo sua parcela na proposta de disciplinarização e normatização dos indivíduos a partir da imposição da ideologia utilitarista que acompanhou o liberalismo econômico regulador do capitalismo industrial. Tal movimento imprimiu um deslocamento da privacidade para a interioridade individual, local, no qual acreditava-se estar livre das investidas do controle disciplinar. Por seu turno, o espaço familiar moralmente intransigente, repressor e que, portanto, cobrava das pessoas atitudes condizentes a esse ideal de moralidade irrepreensível, se tornava suavizado pela existência do espaço público. Em público, as pessoas poderiam escapar ao peso dessa repressão moral assim como de se relacionar com estranhos de uma forma impessoal, fugaz, e passageira, experiências essas que se tornaram imprescindíveis para a construção de uma personalidade sagaz, adulta, vivida, madura. O espaço público tornou-se, assim, simultaneamente, perigoso e necessário, posto que contraditoriamente, para que se possa evitar os perigos mundanos, era preciso conhecê-los através da vivência de experiências em público.

No Antigo Regime, a experiência pública estava ligada à formação da ordem social; no século passado [séc. XIX] a experiência pública acabou sendo ligada à formação da personalidade (SENNETT, 2000, p.40).

A partir dessas considerações sennettianas, nos importa salientar os momentos inaugurais nos quais os espaços público e privado, ainda se mantendo imaginariamente diferenciados, na verdade, já apresentavam pontos de toques e interseção visualizados através de pontos de conexão entre essas estruturas sociais presentes no século XIX e a vida atual destacados pelo autor:

a) no momento em que a divisão entre os espaços público e privado perdeu sua característica de ser um processo construído pelo consenso humano, perdeu-se a possibilidade de mantê-la sob controle. A linha divisória entre público e privado tornou-se confusa e permeável, tornando crível a idéia de que seria possível um desvelamento involuntário de características íntimas em público. Não foi à toa, portanto, que no campo da ciência, vários saberes se preocuparam em especificar, cientificamente, as possibilidades de se revelar, em público, traços da personalidade. A

frenologia, por exemplo, baseavam-se na idéia de que, através de traços físicos, se poderia desvendar características psicológicas. Da mesma forma, Darwin acreditava que estados emocionais transitórios poderiam ser desvelados involuntariamente através de manifestações fisiológicas, tais como, empalidecimento, rubor, sudorese, tremores musculares, etc. Igualmente, a psicanálise propõe que o ato falho ou os sintomas histéricos permitem a revelação involuntária de inúmeros desejos inconscientes;

b) a superposição do imaginário privado sobre o público teve início no século XIX , se revelando inicialmente em uma faceta a qual propunha um novo modo de as pessoas se expressarem em público a partir de uma confusão entre sua personalidade e suas convicções políticas e ideológicas, de tal forma que a credibilidade de seu discurso se tornava dependente de sua personalidade privada. *Nessas condições, o sistema de expressão pública se tornou um sistema de representação pessoal; uma figura pública apresenta aos outros aquilo que sente, e é essa representação de seu sentimento que suscita a crença (Sennett,2000,p.42);*

c) o terceiro ponto de conexão, apontado por Sennett, entre o século XIX e a atualidade envolve os mecanismos de defesa elididos pelas pessoas contra a possibilidade de terem seus sentimentos revelados involuntariamente e contra a superposição do imaginário privado sobre o público: o retraimento e o silêncio. Ou seja, as pessoas passaram a adotar, em público, um comportamento cada vez mais retraído e reservado, tanto em termos de vestuário quanto em termos de vocabulário.

Nessa sociedade a caminho de se tornar íntima – na qual a personalidade era expressa para além do controle da vontade, o privado se sobrepunha ao público, a defesa contra a leitura pelos outros era a retenção dos sentimentos – o comportamento em público foi alterado em termos fundamentais (SENNETT, 2000, p.43).

Utilizando-se do direito de ficar em silêncio em público, as pessoas passaram a assumir uma posição defensiva de observadores, adotando uma participação pública passiva e silenciosa. Exercendo esse direito ao silêncio e à observação, o conhecimento e o desenvolvimento pessoal não se dariam mais a partir do trato e do relacionamento social, mas seriam uma questão de observação

da vida pública dos outros, sem que houvesse uma participação ativa ou envolvente de cada um nesse processo.

2.3 A contemporaneidade translúcida: público/privado e a subjetividade objetivada.

Como vimos anteriormente, as transformações sofridas pelas sociedades ocidentais, depois da ascensão dos estados absolutistas e do concomitante declínio do poder da Igreja, trouxeram, inicialmente, a necessidade de uma regulação social a partir de um poder jurídico exposto pelo Contrato Social, baseado em um ideário Iluminista, no interior do qual podemos detectar a construção do conceito moderno de indivíduo. Segundo Dumont (1981), posterior ao julgo jurídico, as sociedades ocidentais passaram a ser reguladas pelas contendas políticas cristalizadas na bipolaridade dos poderes e saberes políticos que se colocavam em oposição no comunismo x capitalismo, para finalmente explodirem, na atualidade, como se configurando a partir do poder econômico. Nesse contexto, acreditamos que as sociedades atuais podem ser definidas como sociedades de consumo, tal como nos propõe Baudrillard (1981). Assim, utilizando-nos da proposta teórica desse autor, procuraremos entender como, nas sociedades atuais, reguladas pela lógica do consumo, que tudo iguala a uma mercadoria, a subjetividade se tornou reificada, transformando-se em objeto da manipulação externa. Tal perspectiva implica na suposição de que, na atualidade, ao se desfazerem as fronteiras entre as esferas pública e privada, perdeu-se não só o espaço público da cidadania, mas, ao mesmo tempo, perdeu-se a possibilidade de construção de um sujeito imbricado na estruturação de seu próprio desejo. A privacidade, alojada na interioridade individual, ao ser transpassada pela visibilidade, tornou-se instrumentalizada por uma lógica da exterioridade, através do discurso do consumo suportado pela engrenagem publicitária. Assim, o movimento através do qual o espaço público foi cedendo espaço à revelação da privacidade, em seus desdobramentos, não resultou na exacerbação desta última, ao contrário, acabou demarcando sua paulatina e simultânea destruição.

A predição de uma sociedade habitada por indivíduos cada vez mais privatizados não se confirmou. [...] A radical despolitização do mundo não se fez acompanhar da superprivatização antecipada pela teoria. Aconteceu o oposto: a desmoralização do sentimento de privacidade. O declínio do homem público não

reverteu em ascensão do homem privado, deu lugar ao sujeito-objeto ou objetificado. [...] nem público nem privado, o ‘mínimo eu’ passou a demarcar-se, a definir-se no espelho dos objetos (Costa, 1994, p.134).

2.3.1 Baudrillard e as sociedades de consumo: visibilidade e invasão da privacidade.

No processo de análise das sociedades atuais, Baudrillard (1981) postula que estas se caracterizam por apresentarem uma organização a partir da qual tudo se nivela à lógica do mercado: o que importa é ter, possuir e comprar. Com isso, objetos e pessoas valem a partir do valor de venda e do poder de compra de cada um. Exatamente por isso, segundo o autor, para a compreensão das relações sociais atuais, faz-se necessário conhecermos a lógica do consumo, pois será ela aquela que regulará as relações estabelecidas pelos homens não só com seus objetos, mas também com os outros homens e consigo mesmo. Nessa lógica, a publicidade possui um papel fundamental, pois poderá apresentar os objetos de consumo e os serviços oferecidos como se esses fizessem parte das necessidades humanas entendidas como naturais. Tal discurso não nos permite ver que tanto os objetos quanto os serviços ofertados são produtos da atividade humana e, portanto, inseridos na mesma lógica mercadológica capitalista. Nesse movimento, as lojas modernas, os grandes magazines oferecem seus produtos, seus objetos, através de um enredo, um sentido, um contexto, de tal forma que quando o consumidor os compra, ele o faz não por suas utilidades, porém, por tudo aquilo que os objetos representam na escala de valores sociais. Dessa forma, nas sociedades de consumo, os objetos são transformados em elementos de luxo, que estruturam, hierarquicamente, o espaço social.

Assim, o campo estrutural do consumo é formado pela posição relativa que cada indivíduo ocupa na hierarquia de acesso aos bens. As combinações são infinitas. A observação das sociedades ricas mostra, além dos bolsões de miséria absoluta que desnudam permanentemente a ilusão de abundância, uma constante situação de penúria dos indivíduos, sempre famintos de signos de prestígio social (COSTA, 1990, p.152).

O importante a se destacar nessa concepção é que, nesse movimento, o enredo, o sentido de cada objeto é pré-fabricado no campo ideológico, impedindo, assim, que o próprio sujeito crie sentidos múltiplos e próprios para aquilo que ele

está consumindo. Dessa forma, o próprio consumo recebe um valor mítico, permitindo que o ato de comprar não se refira mais a um processo de produção e de atendimento às necessidades, porém passando a adquirir um caráter milagroso, a compra, ilusoriamente, pode proporcionar, em última instância, o encontro da tão almejada felicidade.

É a partir dessa lógica que se pode entender a ditadura da moda na grande cidade. A moda é o representante prototípico deste sistema de signos de diferenciação social, presente na sociedade de consumo. Ela elimina, em seu cálculo de produção e de venda ao consumidor, toda referência a quaisquer atributos ou necessidades do indivíduo, para impor exclusivamente o esquema distintivo de seu sistema de signos (COSTA, 1990, p.153).

Tal perspectiva significa compreender as sociedades atuais não como sendo reguladas por uma lógica econômica ou de produção, mas por uma lógica do consumo baseada na manipulação de signos a serem consumidos. Para Baudrillard (1981), essa configuração social se estabelece como universal no mundo ocidental moderno, independente de uma possível riqueza ou pobreza de cada nação em particular. O diferencial aqui, para o autor, não se coloca na abundância ou na escassez de objetos a serem consumidos ou produzidos, mas em uma contradição inerente à estrutura capitalista. Tal contradição se baseia, por um lado, nos princípios democráticos de igualdade (que sustentam o mito do bem-estar e da felicidade para todos) e, por outro, na necessidade estrutural de manter a desigualdade e os privilégios de classe. A partir daí, as sociedades ficam com a tarefa de criar estratégias que possam dissimular essa contradição fundamental e sem possíveis soluções. Como exemplo de estratégia com tal finalidade, o autor cita a oferta impossível de distribuição de alguns “direitos naturais” para todos os cidadãos: direito à terra, à propriedade privada, à saúde, ao lazer, ao bem-estar, à educação, etc. Com isso, tais direitos passam a adquirir um valor distintivo de privilégio e status para quem os possui, inserindo-os na ordem da mercadoria.

Assim, as sociedades atuais baseiam-se em uma ideologia na qual se faz crer ser possível uma igualdade total entre seus habitantes diante da possibilidade de adquirir, usar e comprar esses bens, o que, no entanto, não pode existir concretamente. Nesse sentido, há uma contradição lógica entre a hipótese ideológica da sociedade capitalista a qual supõe a homogeneização social ao mais alto nível e sua lógica concreta, fundada em uma diferenciação estrutural. Sendo

assim, é uma falsa ilusão que se cria ao propor que o fluxo e a distribuição dos bens se dariam de uma forma que tenderia ao equilíbrio social. Porém, o crescimento não significa a democratização, ao contrário, ele se apóia na diferenciação e na segregação, tornando necessário que abandonemos a idéia de que, nas sociedades de abundância, todas as necessidades possam ser satisfeitas, pois, na verdade, tais necessidades não são naturais, mas criadas pela ordem de produção.

A prática consumista não redonda da abundância real ou da tendência ao igualitarismo social, mitos que o autor [Baudrillard] se empenha em desmontar. Ela cresce no terreno da desigualdade e da escassez relativa de bens materiais e culturais. Sua semente não é a riqueza generalizada ou a propensão à repartição eqüitativa dos bens, mas a concentração urbano-industrial, ordenada em torno de valores produtivistas (COSTA, 1990, p.155).

O desconhecimento dessa contradição que se estabelece tanto no nível econômico quanto no nível formal, imprime uma lógica a partir da qual os objetos passam a ser considerados, por eles mesmos, como infiltrados de poder, já que não são mais consumidos por sua utilidade, mas por aquilo que eles podem representar enquanto distintivos de status social. Essa valorização dos objetos por eles mesmos, essa fetichização dos objetos, essa lógica mágica é, segundo Baudrillard (op. cit.), a própria ideologia do consumo.

Nessa perspectiva, se critica e desconstrói o mito da igualdade entre os homens a partir da impossibilidade de todos poderem ter acesso igualitário aos bens de consumo. Isto é, o evidente desequilíbrio social não é contingente, mas estrutural. Ele não poderia ser solucionado através da implantação de atitudes políticas que visassem o bem comum em detrimento do bem individual. Porém, o desequilíbrio e o desnivelamento são constantemente re-organizados de forma a se ter, sempre, alguns itens de consumo visados por todos e acessíveis a poucos, demarcando, assim, a posição relativa que cada individuo ocupa dentro da hierarquia de acesso aos bens.

O importante aqui, a despeito de todo o estruturalismo implícito no pensamento baudrillardiano, é perceber que, no nível da distribuição, os objetos e os bens (assumindo o caráter de mercadoria) constituem um sistema arbitrário, global e coerente de signos. Um sistema cultural simbólico, que impõe uma determinada ordenação hierarquizada de valores. Assim sendo, a circulação, a

compra, a venda e a apropriação dos bens e dos objetos constituem, hoje, a nossa linguagem, nosso código, através do qual a sociedade se comunica. Essa é a ordenação do consumo, sua língua, por onde as necessidades e os prazeres individuais se revelam como efeitos desse discurso, a partir de uma nova moralidade fundada em uma concepção individualista que exacerba o narcisismo e o hedonismo, pois, embora inscrito em uma lógica massificante e uniformizante, ilusoriamente, o consumo propõe a individualização.

O consumismo é, por excelência, individualizante. Toda propaganda moderna tem como primeiro mandamento a personalização. Personalize seu apartamento, seu carro, sua indumentária, seu estilo de vida, seu corpo, seu sexo, etc. A personalização do modismo consumista faz com que o indivíduo, massificado e uniformizado, sinta-se único na posição que ocupa socialmente, quando se apropria de determinado objeto (COSTA, 1990, p.154).

O importante a destacar é que, para Baudrilard (op.cit.), a publicidade ocupa um lugar fundamental e estratégico nesse processo de personalização e individualização que funda o narcisismo moderno, que, para o autor, se revela não como o gozo da singularidade, mas como a refração de traços coletivos. Nas sociedades de consumo, o indivíduo é levado a crer que deve investir em si próprio, valorizando e concretizando seus desejos e aspirações pessoais. Porém, segundo o autor, esses desejos e aspirações se referem à exterioridade e não à interioridade subjetiva, pois entre o sujeito e seus objetos de desejo se interpõe um código pré-determinado de signos que informa o que desejar, seja um modelo de mulher, de homem, de empresário, de estudante, etc, ao qual o sujeito deve se conformar. Modelos veiculados pela mídia publicitária, através dos quais cada um se personaliza e individualiza. Nesse processo, a publicidade permite que o objeto se transforme em um acontecimento, retirando suas características objetivas e materiais e transformando-os em modelos, em objetos, em mitos. O movimento é duplo: a publicidade seduz e o consumidor se deixa seduzir, permitindo que o objeto, em sua função de signo, se coloque para além da utilidade/inutilidade, assim a publicidade se coloca além da verdade/falsidade.

Para Baudrilard (op.cit.) importa notar como todo discurso sobre o consumo procura fazer do consumidor um Homem universal, a encarnação geral, ideal e definitiva da espécie humana. Mas, como ressalta o autor, o consumidor não é um ser universal, ele é um ser político e social, uma força produtiva, e,

portanto, relacionada a problemas históricos fundamentais que poderiam fomentar a instauração de inúmeras crises sociais. Sendo uma das tarefas sociais encontrar estratégias para manter esses conflitos latentes, a sociedade se aproveita do ideário individualista, permitindo que o ato de comprar e adquirir alguns objetos e bens de consumo se torne individualizante, dessolidarizante, e desistorizante. Com isso, o consumidor, o homem, se encontra solitário, celular e individualizado, perdendo seus laços com a coletividade, na medida em que o consumo, ilusoriamente, o incita a se constituir como um ser diferenciado. Assim, ao inserir os consumidores em um sistema de signos no interior dos quais cada sujeito possa se sentir como exclusivo, único, especial e singular, as contradições e os desequilíbrios sociais perdem seu significado social e não evocam reações. Essa é a ordem, que semantiza o discurso social a partir da qual as pessoas passam a organizar seus investimentos libidinais e afetivos, construindo formas específicas de lidarem com a realidade social na qual a relação do sujeito com o mundo que o cerca, não é feita através do interesse e do engajamento, porém através da curiosidade e do desconhecimento.

Tal desinteresse pela coletividade, no entanto, não significa uma supervalorização da interioridade individual, como já apontamos anteriormente. Embora as pessoas tenham se tornado mais atomizadas, individualistas e narcisistas, enfraquecendo os laços sociais e renunciando à ação política, a esfera privada foi cooptada pela lógica do consumo e pareada a um objeto de manipulação.

E assim como a política degradou-se na prática do lobby e do marketing, o sentido da identidade privada foi devorado pela lógica da produção, circulação e consumo das mercadorias, cujo centro gravitacional é a publicidade (COSTA, 1994, p.134).

Segundo Baudrillard (op. cit.), esse mecanismo inconsciente acaba sendo um forte dispositivo de regulação e integração social e se baseia na potente formação narcisista dos indivíduos modernos, a qual permite que o individualismo não seja sentido como um conformismo, mas como possuindo uma função coletiva. Essa é a forma que o autor encontra para nos informar que a alienação individual e social é o esquema generalizado da lógica do mercado. Para ele, essa lógica não rege apenas os processos de trabalho e dos produtos materiais, mas a

cultura inteira, a sexualidade, as relações humanas, até mesmo as pulsões e os fantasmas individuais. Tudo é regido por essa lógica, não apenas no sentido de possuímos as funções e as necessidades objetivadas e manipuladas em termos de lucro, mas também no sentido mais profundo de tudo ser espetacularizado, isto é, provocado orquestrado, evocado em imagens, em signos, em modelos consumíveis.

Na cultura do consumo ou da 'realidade dos objetos' não há mais espaço para a ocultação.[...] Público e privado foram homogeneizados na visibilidade publicitária. Coisas, pessoas, sexos, corpos e sentimentos possuem o mesmo estatuto de objetos. Só um valor tem primazia, o valor de mercado, só uma realidade existe, a do objeto-mercadoria, que existe enquanto dura sua visibilidade. (COSTA, 1994, p.141).

É nesse sentido que, em nosso ponto de vista, nas sociedades modernas, a lógica do consumo se torna necessária para que se compreenda as relações entre as esferas pública e privada a partir de uma interseção, na medida em que a linha divisória entre público e privado se desfaz e se interpenetra, permitindo que a intimidade seja, cada vez mais invadida e transpassada pela exterioridade. De tal forma que,

o imperativo é a exatidão da descrição e a publicidade ou visibilidade total do que é descrito. Crenças, dúvidas, certezas, evocações, sentimentos, julgamentos, etc, são objetivados da mesma maneira, como se só a exibição, a projeção no mundo exterior validasse o que se é ou a pergunta sobre quem se é. A transparência tornou-se o aval da existência (COSTA, 1994, p.143).

Tal desequilíbrio permite a ocorrência de um movimento característico nas sociedades atuais: aquilo que vem a público não o faz mais no sentido de expressar a multiplicidade, a pluralidade das individualidades em um espaço comum, tal como ocorria na polis grega. Hoje, o que vem a público se faz no sentido de mostrar aquilo que é igual para todos, em um mundo único, no qual só existe uma forma de se pensar, agir e sentir.



THE KISS, 1907-1908
Oil on canvas, 70¹/₆" × 70¹/₆" (180 × 180 cm). Oesterreichische Galerie, Vienna

3

Sobre a emergência da psicanálise: ou a face pública de dramas privados

No desenvolvimento do capítulo anterior, procurou-se fornecer uma breve apresentação das relações estabelecidas, ao longo da história, entre as esferas pública e privada. Os modos de compreensão e de entendimento que tais esferas foram recebendo, assim como as regras e categorias a partir das quais tais compreensões foram sendo estruturadas permitiram a observação das inúmeras transformações ocorridas nas relações estabelecidas entre ambas, desde a antiguidade grega às sociedades atuais, nas quais ocorre um intenso desequilíbrio e inter-penetração.

Objetivando demarcar a existência de um paralelo entre o tipo de relação estabelecida entre público/privado e a construção da teoria e da clínica psicanalíticas, o presente capítulo sustenta-se na idéia de que podemos tomar a emergência da psicanálise como bastante representativa do modo como essa relação se estabelecia ao final do século dezenove. Isto é, ao mesmo tempo em que existia uma imaginária separação entre público e privado, alguns pontos de interposição começavam a se tornar aparentes e visíveis através de inúmeros movimentos culturais que se fundaram, justamente, sobre essa interseção, entre os quais destaca-se o próprio movimento psicanalítico.

Nessa relação, torna-se importante destacar que o sucessivo processo de regulação social, correspondente ao processo de modernização nas sociedades ocidentais, promoveu a internalização das regras e leis sociais, imprimindo no sujeito uma nova modalidade de regulação da conduta: a auto-regulação. Uma maneira especial de se obter a regulação da distribuição libidinal, afetiva e pulsional, que passou a ser exercida de forma radical e implacável pelo superego, entendido como a instância interna especificamente desenvolvida para desempenhar essa função. Sobre esse domínio privado, identificado à interioridade individual, atravessado pelo espaço público, construiu-se uma subjetividade dividida, conflituosa, invadida e ameaçada pela ambivalente e contraditória exigência de se atender, simultaneamente, às aspirações internas e externas. Um cenário de contrastes que sustentou a criação de distintos saberes

que tratassem do espaço subjetivo, nos dois sentidos do termo: compreendendo-o teoricamente e resguardando-o clinicamente. Assim, a crescente interposição entre as esferas pública e privada, como movimento histórico desencadeado por fatores sociais, políticos e ideológicos, acabou impondo reflexos decisivos no âmbito da estruturação da subjetividade, embasando a construção dos saberes que dela tratam. Dessa forma, a transferência das crises públicas para a interioridade individual desencadeou uma crescente preocupação com a subjetividade, ameaçada pela instabilidade interna. Tal preocupação sustentou e fundamentou a construção de inúmeros movimentos que procuraram entendê-la, desvendar seus modos de funcionamento e leis de organização. Movimentos estes que se apresentaram, na verdade, como tentativas de proteção do espaço privado e que ganharam força e vigor através da construção dos saberes ‘psi’, os quais formalmente adotaram para si a paradoxal tarefa de, simultaneamente, desvelar e resguardar o espaço subjetivo.

De uma maneira original, toda essa movimentação se explicita na construção do aparato teórico e clínico psicanalítico, já que, em seu corpo teórico, a psicanálise procura desvendar as leis gerais que dinamizam os processos psíquicos. Por seu turno, sua proposta clínica procura lidar com os efeitos da crise interiorizada, minimizando seu impacto, através do assecuramento da singularidade e da veracidade do desejo inconsciente de cada paciente, em um ambiente artesanalmente preparado para tal: cria-se, nos consultórios particulares, toda uma atmosfera de recato, intimidade, privacidade e sigilo.

Nesse sentido, a produção psicanalítica pode ser concebida como um digno representante do momento histórico de sua emergência. A psicanálise, simultaneamente, em sua edificação teórica pode ser tomada como um *entre* os movimentos culturais que apontam para a interseção público/privado, ao tomar como pilar fundamental a clivagem da subjetividade. Porém, em sua metodologia clínica, procurou manter a separação entre esses dois domínios como se esta ainda fosse vigente e operante, estruturando seu contexto clínico em torno de condições específicas que procuraram manter o desenrolar de seus processos terapêuticos resguardados da observação externa.

Objetivando sustentar os argumentos apresentados, o presente capítulo se estrutura em três segmentos específicos:

a) o primeiro segmento se dedica a apresentar o contexto histórico de Viena-fin-de siècle, objetivando uma melhor compreensão do panorama cultural vienense no interior do qual a psicanálise emergiu;

b) a partir do argum

c) ento de Elias (1993) sobre o processo de modernização das sociedades ocidentais européias, procura-se apresentar a interseção das esferas pública e privada no âmbito da subjetividade a partir do peculiar processo de internalização da regulação social;

d) o terceiro segmento se dedica a demonstrar que a emergência da psicanálise pode ser entendida como bastante representativa da dinâmica público/privado existente à época de sua emergência. Na teoria, público e privado se encontram na suposição de uma subjetividade clivada. Na clínica, público e privado se afastam já que, no interior dos consultórios, o desvelamento da intimidade se encontra resguardado do olhar externo. Não sendo à toa, portanto, que os pilares em torno dos quais a clínica psicanalítica tenha se edificado girem em torno de regras tanto estruturais quanto protecionistas da privacidade: silêncio e discrição, pudor e desvelamento paulatino dos sentimentos; decoro e reserva; desejos inconscientes disfarçados, matizados, frustrados e insatisfeitos. Exatamente por isso, o espaço clínico dos consultórios particulares retrata e reproduz uma atmosfera de intimidade e de privacidade, encontrando no sigilo médico a força central de sua eficácia terapêutica. (COSTA, 1994).

Para corroborar essa perspectiva, são apontados como esses aspectos se fizeram presentes na interpretação freudiana de seus primeiros casos clínicos, através do tratamento desenvolvido pelo autor com a Sra Emmy von N. A escolha desse caso em particular recai sobre dois motivos principais. Primeiro porque ele é um dos quatro casos apresentados por Freud (1893/95) em uma de suas primeiras publicações a respeito da teoria e da clínica com a histeria. Ou seja, demarca o momento de pura emergência das preocupações, questões, indagações e delimitações do campo que se constituiria o espaço psicanalítico propriamente dito. Em segundo lugar, porque, sendo, na verdade, a baronesa do báltico Fanny Moser, a paciente traz, através de suas manifestações sintomáticas, a

marca da crise e das contradições que se abatiam sobre a sociedade moderna, nesse momento de profunda transformação, característica da virada dos séculos XIX-XX. (APPIGNANESI e FORRESTER, 1992).

3.1 Entre os séculos XIX e XX: A Modernidade em Viena.

Inúmeros são os estudos que tratam o contexto cultural vienense uma vez que o panorama político, social e intelectual de Viena, na passagem do século XIX para o século XX, se apresenta como sendo o mais ilustrativo e elucidativo do movimento da modernidade em sua efervescência, crítica e transformação.

O interesse pela modernidade vienense surgiu entre os intelectuais atuais pelas mais diversas razões. Como nos informa LeRider (1992) a partir das décadas de 70/80 em alguns países europeus, assim como nos Estados Unidos, começou-se a demonstrar um grande interesse por Viena e suas produções em torno da virada dos séculos XIX e XX. Nesses anos, tanto em Nova Iorque, Paris ou Veneza, exposições acoplaram às artes plásticas uma vasta documentação sobre o cenário cultural vienense, oferecendo ao público uma visão ampla e valiosa sobre esse momento histórico. Em 1973, foi publicado, em Nova Iorque, Wittgenstein's Vienna, ensaio de Janik e Toulmin, o qual focalizando a cidade, procurou evidenciar o solo cultural comum que permitiu a emergência de preocupações singulares em diversos campos do saber. Anterior à essa estrondosa popularidade, podemos apontar, ainda, os trabalhos de Broch (1948) – Hoffmannsthal and his time - e de Schorske (1961) – Viena fin-de-siècle -, nos quais são abordados importantes aspectos históricos, culturais, políticos, éticos e estéticos da cidade de Viena, responsáveis por torná-la um dos mais importantes centros da cultura ocidental na virada entre os séculos XIX/XX.

O traço comum entre todos esses autores, além da escolha em se adotar uma perspectiva multi-disciplinar, é a pontuação de que podemos observar que nos anos compreendidos entre 1890 e 1910 estabeleceu-se, na cidade de Viena, uma série de movimentos inaugurais nos mais diversos campos da atuação humana. Tal riqueza intelectual acabou por caracterizar esse período, que se convencionou denominar de “modernidade vienense”, no qual puderam ser estruturadas importantes manifestações culturais, tais como: o positivismo e a

epistemologia de E. Mach; a fenomenologia e filosofia da linguagem de F. Brentano (desembocando na ‘gestaltpsichologie’ e no Círculo de Viena); o movimento de Secessão de G. Klimt e o expressionismo de Kokoschka; a música de Mahler e Schomberg; e, como não poderíamos deixar de mencionar, a psicanálise de Freud.

Para os estudiosos e pesquisadores atuais, o cenário vienense se tornou um marco na história da modernidade, na medida em que seus intelectuais, ao perceberem a instauração de uma profunda crise nos sistemas simbólicos tradicionais que sustentavam o pensamento intelectual da época, procuraram entendê-la e resolvê-la produzindo interpretações genuinamente inovadoras. Segundo Schorske (1990), alguns intelectuais americanos, preocupados em entender a fragmentação disciplinar encontrada na atualidade, voltaram sua atenção para Viena fin-de-siècle, objetivando encontrar aí explicações para tamanha dispersão na área do conhecimento. Tal focalização, segundo o autor, se mostrou bastante pertinente, pois, em Viena, a evolução social e política acabaram determinando a instauração de uma crise profunda para a qual os intelectuais se voltaram na tentativa de encontrar soluções. Tais propostas de solução acabaram se revelando como movimentos inovadores, que foram se sucedendo interminavelmente, gerando, cada um a seu modo, campos singulares de saber. A partir de um posicionamento crítico e especulativo, as produções culturais que se iniciaram em Viena permitiram inúmeros desdobramentos a partir de indagações específicas, embasando e dando sustentação à dispersão disciplinar observada pelo autor, nas décadas atuais.

Para essa investigação multidisciplinar em bases políticas, Viena fin-de-siècle oferecia vantagens incomuns. Quase simultaneamente, área após área, a intelligentsia da cidade realizou inovações, que viriam a ser identificadas por toda a esfera cultural européia como ‘escolas’ vienenses – principalmente na psicologia, história da arte e música. (SCHOSKE, 190, p.21).

Na opinião de Schorske (1990), a relação estabelecida entre política e cultura deve ser tomada como o fio condutor que dá sentido e entendimento a esse momento histórico, tornando possível a ocorrência de todas essas realizações que possuíam como denominador comum o caráter crítico e/ou transgressor das tradições. Nesse sentido, a oposição à herança cultural liberal e racional

predominante à época se tornava, assim, o solo comum do qual todas essas abordagens germinaram, interpondo, cada uma a seu modo, os domínios público e privado:

Nessa passagem de heróis prometeicos para heróis epimeteicos da cultura, a mais extraordinária foi a de Marx para Freud. Pois aqui a busca e compreensão dos males que afligem a humanidade tenderam a se deslocar do domínio público e sociológico para o privado e psicológico. (p.19).

Ao se debruçar sobre as produções culturais vienenses, o autor destaca que, a partir desse movimento histórico singular, no qual a interseção entre política e psique tomou espaço, estruturou-se aquilo que aparece como sendo a maior contribuição vienense ao mundo: a construção de uma nova concepção de homem. Concepção esta que se tornou possível a partir da indagação de vários intelectuais sobre a sobrevivência do indivíduo diante de um mundo social em franco processo de desmoronamento. Ou seja, para Schorske (op. cit.), a modernidade vienense se caracterizou por ser um movimento de crítica e questionamento sobre as formas tradicionais de se pensar o mundo e o homem, engendrado, principalmente, a partir de um desencanto existencial generalizado que se estabeleceu pela desilusão acarretada pelo fracasso do projeto liberal e Iluminista de proporcionar o bem-estar social e individual. A tese do autor é que a intensa crise cultural e política, centralizada e vivenciada na cidade de Viena, fertilizou o solo intelectual a partir do qual foi possível o surgimento da concepção do homem psicológico, tornando-se, no século XX, o centro das atenções de psicólogos, filósofos, antropólogos, cientistas sociais, etc.

A cultura liberal tradicional tinha se concentrado sobre o homem racional, cujo domínio científico sobre a natureza e controle moral sobre si, deveriam criar a boa sociedade. No nosso século (séc. XX), o homem racional teve de dar lugar àquela criatura mais rica, mais perigosa e inconstante, que é o homem psicológico. Esse novo homem não é simplesmente um animal racional, mas uma criatura de sentimentos (p.26).

Obviamente, todo esse processo histórico, que tornou possível a emergência dessas manifestações culturais que eclodiram na virada do século XIX-XX, não se constituiu em um fato isolado. Porém, esse processo se apresenta como tributário de antecedentes históricos determináveis, dentre os quais destaca-

se o movimento revolucionário ocorrido em 1848 na França. Este, por sua vez, nascendo no rastro das idéias liberais propagadas pela revolução francesa, procurava dar uma solução para as crises política e social que teimavam em se manter presentes no período pós-revolucionário. As principais questões referentes a esse movimento revolucionário, assim como suas influências sobre o contexto cultural vienense percebidas, principalmente, através da ascensão e queda do partido liberal e as crises política e subjetiva daí eclodidas, são aqui tomadas objetivando introduzir o cenário cultural de Viena nos anos de 1900. Nossa proposta é que, a partir da compreensão desse momento histórico, poderemos traçar a emergência do homem psicológico, destacado por Schorske, como definidor do momento no qual a crise externa é interiorizada, evidenciando o processo de interposição entre os domínios público e privado. A partir dessas coordenadas, a psicanálise se estruturou tanto em seu aspecto teórico, procurando entender a subjetividade em crise, quanto em seu aspecto clínico, procurando resolver a crise, mantendo, nos consultórios, uma aparente separação entre a manutenção da privacidade do sujeito e o iniciante, mas contundente, processo de torná-la pública.

3.1.1 A revolução de 1848 na França.

O ano de 1848 foi fundamental para toda Europa. Nele, encontramos o eclodir de um movimento revolucionário que trouxe conseqüências futuras imprescindíveis para a constituição do que veio a ser definido, posteriormente, como modernidade vienense. Seu início foi decretado na França, onde os pilares da revolta se estruturaram a partir de uma crise social e de contradições políticas específicas.

Em relação à questão social, um dos fatores principais do descontentamento popular, após o movimento de 1789, recaía na permanência da desigualdade existente entre as classes sociais. O crescimento econômico, rapidamente alcançado pela burguesia capitalista ascendente, não foi suficiente para a equiparação entre as classes sociais, levando a uma exacerbação da tensão entre estas. As classes populares continuaram empobrecidas e perceberam que a situação econômica estava estagnada. Iniciaram, portanto, um movimento de

oposição a esse estado de coisas em diversas partes da Europa, abalando de forma definitiva alguns pilares estruturadores da sociedade novecentista.

Todo esse movimento acabou por fazer emergir não só a exacerbação das diferenças sociais, como também possibilitou que as pessoas comessem a conceber a sociedade de uma forma estratificada. Nesse sentido, Sennett (2001), por exemplo, chama a atenção para o fato de que houve uma particularidade muito interessante nesse movimento revolucionário. Segundo o autor, pela primeira vez na história ocidental, ocorreu um cruzamento entre cultura social e consciência de classe. Tal fato permitiu que, nesse momento, questões de classes e conflitos entre classes fossem discutidos pela sociedade em geral.

A revolução de fevereiro a junho de 1848 marca o surgimento de duas novas forças que agem em conjunto uma com a outra: 1848 foi um momento no qual os termos de cultura e os termos de classes do século XIX se interseccionaram. [...] Era também a primeira revolução em que questões de classe e de conflito entre classes estavam conscientemente na cabeça daqueles que se engajam na sublevação. (Sennett, 2001, p.278).

Nesse processo, a burguesia se posicionou de uma forma peculiar permitindo a emergência de um movimento de oposição e desconfiança do povo em relação aos intelectuais burgueses, uma vez que o burguês, ao mesmo tempo em que se colocava a favor da constituição do regime constitucional e da expansão industrial, se defendia contra as ofensivas da classe trabalhadora. Ou seja, paradoxalmente, o burguês era, simultaneamente, considerado líder e inimigo do povo, rebelde e objeto da rebelião. Para Sennett (2001) esse fato expressa, de forma exemplar, a própria ambivalência, não só desse momento histórico específico quanto do próprio homem dessa época.

Em relação à esfera política, após a revolução de 1789, por todo o estado francês, as massas populares se colocavam em oposição ao governo oficial e pediam por uma maior participação política, principalmente através do voto que era negado à grande parte da população trabalhadora. Ambos os fatores, social e político, se uniram na sustentação da eclosão de uma revolta armada a qual foi intensamente combatida pelas forças da situação e que acabou levando a um grande número de mortes, prisões e perseguições políticas. O movimento oficial contra-revolucionário foi exercido com tanta força e severidade que quase conseguiu silenciar os ideais revolucionários por toda a França. Porém, de alguma

maneira, ecos da revolução permaneceram permeando e estruturando as novas formas de concepção de vida e de pensamento, sobretudo no que diz respeito ao pensamento crítico e reformulador que influenciou sobremaneira os intelectuais vienenses.

3.1.2 Os reflexos da revolução de 1848 na Áustria.

Na Áustria, os reflexos da revolução de 1848 puderam ser sentidos na instalação de uma crise política sem precedentes. Podemos destacar, inicialmente, a queda de Metternich, o mais famoso estadista austríaco, representante máximo do conservadorismo europeu, e que teve sempre seu nome ligado às mais sombrias perseguições àqueles que lutavam pela liberdade nos anos que precederam à revolução. Metternich sempre se opôs, de forma radical, ao movimento de libertação europeu. Este, contudo, se estabeleceu também na Áustria, iniciando-se através de uma crise interna na Assembléia e logo se espalhando pelas províncias habsburguesas. Sob tensão, o poder político aristocrático se esfacelou, ficando à mercê dos grupos revolucionários com tendências socialistas, imprimindo uma difícil situação para o estado imperial dos Habsburgos.

A dissolução do poder habsburguês determinou a instalação de um governo parlamentar conjurando aristocracia e burguesia. Ao lado do Imperador Francisco José, o parlamento trazia como proposta de governo, a modernização política através de uma perspectiva liberal. Nesse período, Viena se tornou uma cidade moderna e progressista. Suas velhas casas cederam lugar a modernas construções, entre as quais a famosa Ringstrasse, que se tornou o símbolo de uma nova era. Concomitantemente, a renovação da infra-estrutura urbana cresceu em ritmo acelerado. Foram iniciadas e concluídas obras como de abastamento de água potável, melhoramento de rede ferroviária urbana, distribuição de gás e eletricidade, etc. Sob a administração dos liberais, Viena recebeu um impulso modernizador fabuloso. Este foi acompanhado de um crescimento econômico e

demográfico no qual as minorias étnicas começaram a assumir um lugar cada vez mais maior, sobretudo os judeus do leste e os tchecos.¹

Em suma, tributários dos ideais propostos pela revolução de 1848, o projeto liberal era muito bem definido. Lutando contra a aristocracia e o absolutismo imperial, os liberais estabeleceram um regime constitucional. Porém, na prática, foram obrigados a permanecer compartilhando o poder político com a burocracia aristocrática imperial, o que tornava suas decisões demoradas e seus empreendimentos conservadores. Segundo LeRider (1992), ideologicamente, em relação ao seu programa de governo, os liberais propunham a substituição gradual do absolutismo aristocrático por uma monarquia constitucional, a ciência em substituição à religião e, por fim, promulgavam a idéia de que o saber racional substituiria a ignorância popular e se reverteria em prol da construção de uma sociedade ideal, sob a égide de uma ordem democrática ampla que abarcaria a união de todas as nacionalidades e etnias na formação de um estado multinacional.

O partido liberal logo percebeu que a realização desse projeto só se tornaria possível, se contasse, necessariamente, com a participação política da sociedade, não se medindo esforços para tanto. Entretanto, os crescimentos econômico e demográfico trouxeram problemas para a cidade. Em primeiro lugar, o liberalismo da economia abalou duramente o pequeno comércio e os artesãos de Viena. Por outro lado o crescimento demográfico ameaçou o povo austríaco em relação a sua identidade e supremacia cultural. Desses dois fatores de tensão nasceram os maiores problemas enfrentados pelo partido liberal no empreendimento de seus objetivos políticos. Tais fatores, em pouco tempo, se tornaram determinantes e responsáveis, em maior parte, pelo fracasso e queda do partido liberal na Áustria. Em primeiro lugar, as classes sociais menos favorecidas se voltaram contra os liberais, uma vez que seus negócios estavam sendo prejudicados pela implantação de uma economia que fortaleceu a classe burguesa, enriquecendo-a. Por seu turno, as minorias étnicas começaram a lutar por uma maior participação no poder político. Já que, nesse momento, o poder político se dividia entre os alemães e judeus de classe média e alta, os representantes de

¹ Foi nesse momento que os pais de Freud se estabeleceram em Viena, no ano de 1860, em busca também da prosperidade econômica (Peter Gay, 1989).

outras nacionalidades e classes sociais iniciaram uma revolta que se colocou contrária a tudo que se relacionava com o partido liberal.

Enfim, os liberais lograram pleno êxito em convocar as massas sociais para a participação política. Porém, essa mesma massa se voltou, ironicamente, contra o próprio partido liberal. Constituída, mais precisamente, de nacionalistas (alemães, tchecos, eslavos, judeus), socialistas, anti-semitas, anti-capitalistas e sionistas, essa massa política foi responsável pelo fracasso eleitoral do partido liberal na Áustria. Segundo LeRider (op. cit.) a política liberal fracassou por dois motivos principais: por não ter conseguido controlar a burocracia central, o que levou à paralisação das instituições políticas determinando um esvaziamento no interesse pelo espaço público; em segundo lugar, por não ter resolvido suficientemente bem a questão das nacionalidades tornando impossível concretizar a proposta liberal de igualdade, emancipação e harmonia entre as diversas etnias.

Dessa forma, para a prefeitura de Viena, foi eleito, em 1897, Karl Lueger. Católico e anti-semita, pertencente ao partido social-cristão. Lueger representava tudo o que era contrário aos ideais liberais. O prefeito e seu partido trouxeram para seu governo o anti-semitismo, o clericalismo e o socialismo municipal. Atuando de forma demagógica, recebeu apoio dos pequeno-burgueses (artesãos e comerciantes) que, sentindo-se desprestigiados entre a organizada classe operária e a emergente burguesia industrial, sustentaram suas iniciativas reformistas em relação à legislação eleitoral e às obras públicas que implementou com sucesso em sua gestão.

Em 1900, o partido liberal fracassou, definitivamente, em nível nacional como poder parlamentar na eleição para a assembleia nacional, não se recuperando nunca mais, após ser esmagado pelos movimentos de massa. Depois a queda do partido liberal na Áustria, o partido social-cristão dividiu o poder político com o partido social-democrata. A forma de governo assumida, a partir de então, tornou as conquistas de 1848 praticamente vazias e esquecidas.

As primeiras conquistas democráticas de 1848 se encontram, no início do século XX, esvaziadas de seu conteúdo. [...] A utopia da emancipação e da harmonia em pé de igualdade, que haviam sido propostas pelo programa liberal de 1848, permaneceram fora de alcance (LeRider, 1992, p. 37-8).

Após o fracasso enfrentado pelo partido liberal, a crise social e política, na Áustria, se estruturaram sobre a desunião e o esfacelamento de uma unidade nacional, religiosa e étnica. As novas propostas políticas que surgiram a partir de então, se concentravam, principalmente no pan-germanismo, que buscava a reunificação cultural e ideológica com a Alemanha; nos ideais social-cristãos que reuniam o anti-semitismo, o clericalismo e o socialismo municipal; e em contraposição a ambos, o movimento sionista, que tentava instaurar um estado judeu na tentativa de reagir ao anti-semitismo cada vez mais manifesto.

Segundo Schorske (1990) essas três tendências políticas representam a mais drástica ruptura com os ideais do liberalismo. Elas captaram uma realidade sócio-psicológica que os liberais não conseguiram ver, expressando uma revolta contra a razão e a lei que logo se tornaria generalizada. Suas concepções e idéias, ao desafiarem e romperem com a tradição política liberal, ultrapassaram o plano político e se tornaram parte da revolução cultural que estava emergindo. Nesse sentido, o autor sublinha que a derrota dos liberais representou uma ruptura com a noção iluminista sobre o curso racional da história, uma vez que a sociedade alcançou o poder político sem ser orientada pela racionalidade, impondo uma revolta contra a razão e a lei que extrapolou os limites políticos.

Essa derrota (dos liberais) teve profundas repercussões psicológicas. O estado de espírito suscitado não era tanto de decadência, mas de impotência. O progresso parecia ter chegado ao fim. Para a *Neue Freie Presse*, era um golpe cruel que alterava o curso racional da história. A massa hostil à cultura alcançara a vitória, antes que os pré-requisitos do esclarecimento político tivessem sido criados (SHORSKE, 1990, p. 28).

3.1.3 A instauração da crise.

O estilhaçamento do credo liberal trouxe, como uma de suas conseqüências, a vivência de um sentimento de instabilidade profunda. Podemos entender a base desse movimento através da noção de que o liberalismo, a partir do Iluminismo, depositava toda sua confiança no poder da racionalidade, tomando-a como instrumento de controle da natureza e das ações morais humanas, em prol da construção de uma sociedade ideal. Com o fracasso desse projeto Iluminista, uma crise existencial se abateu sobre os vienenses que passaram a buscar alternativas para solucioná-la.

Para Schorske (op. cit.), a sociedade vienense contava apenas com dois conjuntos de valores para enfrentar a crise suscitada pelo fracasso da política liberal: um moral científico, outro estético. Cada um desses sistemas de crença era referente a um estrato social determinado: os valores morais e científicos eram pertencentes à burguesia ascendente, enquanto que a aristocracia tradicional se alicerçava sobre uma cultura puramente estética voltada para as artes aplicadas e de espetáculo. Em termos morais, a burguesia vienense era virtuosa e repressora. Em termos intelectuais, defendia o domínio da mente sobre o corpo, assim como a noção de um progresso social através da ciência, educação e trabalho duro. No momento em que a burguesia optou pela utilização da via da cultura como possibilidade de ascensão e ingresso na classe aristocrática, ela se deparou com uma contradição em seu sistema valorativo: seu mundo respaldado na crença liberal da razão e do direito se contrapôs aos valores estéticos de uma aristocracia, que embora em decadência, ainda conservava o sentimento de união e de casta. Foi nesse momento que, segundo Schoske (op. cit.), os domínios da arte e da política se entrecruzaram. E se, como vimos, no mundo da ação política, os vienenses encontravam a estagnação, a impotência e a frustração, o mundo das artes oferecia o lugar ideal para os sentimentos, as paixões e a ação. Na arte, a sociedade pode encontrar uma alternativa para a falta de ação política. Assim, as artes deixaram de ser concebida apenas como fonte de prazer e diversão para se tornarem essência, vida, palco das vivências subjetivas e particulares.

Dessa forma, ao se voltarem para o mundo cultural da aristocracia, a classe burguesa pode se apropriar de sua sensibilidade estética e sensual. Porém, essa apropriação se deu sob uma forma secularizada, distorcida e individualista. Assim, do cruzamento entre psique e política surgiu a necessidade de se explorar a natureza humana pelo foco interno da subjetividade, do particular, e do sentimento de individualidade. Como consequência desse embaralhamento política/psique encontramos o narcisismo e a hipertrofia dos sentimentos como tônica das produções artísticas e intelectuais. Nesse sentido, o autor assinala que o marco característico da modernidade vienense é um sentimento de perda, de decadência, de desmoronamento do mundo e de desconfiança no futuro, sublinhando que, em todos os campos intelectualizados, tal mal-estar tenha sido problematizado em termos individualistas a partir da intimidade, da privacidade e da subjetividade.

A catástrofe da ruína do liberalismo metamorfoseou ainda mais a herança estética em cultura de nervos sensíveis, hedonismo inquieto e, muitas vezes, franca ansiedade. E, acrescentando-se ao quadro já complexo, a inteligentsia liberal austríaca não deixou totalmente de lado o fio anterior de sua tradição, a saber, a cultura moralista-científica da lei. Com isso, a culpa se mesclou, e mutilou, nos melhores representantes austríacos, a afirmação da arte e da vida dos sentidos. Essa presença continuada da consciência no tempo de Narciso reforçou as fontes políticas da ansiedade na psique individual (SCHORSKE, 1990, p.31).

Em consonância, para LeRider (1992), a modernidade vienense se caracterizou por vivenciar a crise do indivíduo sentida como uma perda produzindo, em conseqüência, inúmeras tentativas de reconstrução do “eu”, destroçado, inseguro, dividido e sem esperanças. Essas tentativas centralizaram-se em preocupações estéticas, éticas e psicológicas, considerando, com ceticismo, determinadas idéias modernas como a de progresso guiado pela racionalidade científica e o programa de emancipação dos indivíduos animado pelo otimismo iluminista. De todo esse questionamento ocorreu, sobretudo, a substituição da concepção de homem racional, centrado no domínio de si mesmo e da natureza, voltado para a construção de uma sociedade ideal, por um conceito de homem muito mais rico e abrangente. Uma concepção de homem muito mais complexa e multifacetada, passional e inconstante, denominada por Schorske (op. cit.) de o homem psicológico.

3.2 Público/privado e regulação social: a subjetividade clivada.

A transferência das crises públicas para a interioridade individual encontra seu fundamento também na obra de Elias (1993). Em *O processo civilizador*, o autor, ao analisar o desenvolvimento histórico, econômico e social da Europa, nos propõe uma interessante análise de como o controle social exercido sobre o indivíduo acabou se impondo na interioridade de cada um, fertilizando o solo sobre o qual se deu a construção de uma subjetividade clivada, tal como nos foi apresentada por Freud em sua obra original.

A argumentação do autor inicia pela análise dos meios através dos quais, a partir do século XVI, o padrão de conduta social foi instaurando um movimento cada vez mais coercitivo e restritivo sobre o comportamento individual. Tal

repressão não se estabeleceu apenas sobre os modos de conduta dos homens quando em grupos, em seu relacionamento inter-pessoal, mas se exerceu, também, e, principalmente, sobre a interioridade produzindo efeitos específicos na organização e distribuição libidinal.

Ponderando que o processo civilizador, através do qual a sociedade ocidental foi se transformando ao longo do tempo, não obedece a nenhuma ordem racional, ou seja, não é fruto da 'ratio' humana, o autor propõe que podemos destacar uma estrutura geral que o subsume. Isto é, embora esse processo, através do qual o controle social se transformou em auto-controle, não seja produto de uma programação racional prévia dos homens visando sua implementação posterior, podemos visualizar nele uma estabilidade estrutural, que se estabeleceu independentemente da vontade consciente (e mesmo inconsciente) das pessoas envolvidas.

Esse tecido básico, resultante de muitos planos e ações isolados, pode dar origem a mudanças e modelos que nenhuma pessoa isolada planejou ou criou. Dessa interdependência de pessoas surge uma outra ordem *sui generis*, uma ordem mais irresistível e mais forte do que a vontade e a razão das pessoas isoladas que a compõem. É essa ordem de impulsos e anelos humanos entrelaçados, essa ordem social, que determina o curso da mudança histórica e que subjaz ao processo civilizador. (p.194).

A proposta do autor para compreender esses processos de transformação social e subjetiva parte de uma perspectiva baseada na concepção de que ambos ocorrem de uma forma não pré-determinada ou pré-concebida pelas pessoas envolvidas nesses processos. O autor descarta, assim, a idéia de que se possa conceber a existência de uma separação entre sociedade e idéias, ou uma oposição entre sociedade e indivíduo, de tal forma que suas relações se estabeleçam em termos de causa e efeito. Igualmente o autor nega a participação, no processo civilizador, de uma superestrutura ou ideologia, no sentido de uma formação oculta cuja tendência seja impor, disfarçadamente, o poder da classe dominante sobre a dominada. Ao contrário, para Elias (*op.cit.*), o processo civilizador (assim como seus correlatos, a psicologização e a racionalização) surge a partir de modificações eclodidas da constante dinâmica das atividades coletivas que se entrelaçam e produzem formas específicas de estruturas sociais e modos de

subjetivação específicos, independentemente da vontade quer de indivíduos isolados quer de agrupamentos sociais específicos.

A civilização e, por conseguinte, a racionalização, por exemplo, não constituem um processo em uma esfera isolada só de idéias ou pensamento. Ela não envolve apenas mudanças no conhecimento, transformações de ideologias, em suma, alterações no conteúdo da consciência, mas mudanças em toda constituição humana, na qual as idéias e os hábitos de pensamento são apenas um setor (p.235-6).

Assim, para Elias, os estudos sobre a subjetividade não devem tomá-la como natural e/ou a-histórica, ao contrário, o espaço subjetivo se apresenta como o resultado de um longo processo no qual participam forças tanto externas (sociais) quanto internas (pulsionais), organizando formas de estruturação subjetiva e interpessoais específicas. Desta forma, a construção da subjetividade do homem contemporâneo, dividida em funções conscientes e inconscientes, tal como conceituada por Freud, refere-se a um tipo de configuração que se tornou possível em um dado momento histórico no qual o controle sobre as emoções se tornou mais exacerbado, permitindo a ocorrência de uma separação interna, no sujeito, entre desejos opostos e contraditórios.

Implícita nessa concepção está o caráter dialético entre subjetividade e alteridade, implicando na impossibilidade de se entender a organização interna sem que se recorra às formas de relacionamento interpessoais e às leis sociais que as estruturam. Assim, a análise da subjetividade deve partir de uma análise histórica através da qual possamos compreender as transformações sucessivas e paralelas que ocorrem entre a exterioridade social e a interioridade individual, posto que as tensões nas redes de sociabilidade e as tensões interpessoais e interclasses que se estabelecem, em um determinado momento histórico, constroem, como resultado, formas específicas de organização grupais e psicológicas. Desta forma, para o autor, podemos observar que, nas sociedades ocidentais, no processo civilizador, se encontram entrelaçados inúmeros elementos:

Nesse processo – como se mostrou à vista de aspectos específicos – as funções da nobreza foram transformadas e, com elas, as funções da burguesia e a forma dos órgãos centrais. Lado a lado com essa mudança gradual na totalidade das funções e instituições sociais ocorreu uma transformação da auto-orientação individual –

inicialmente nos principais grupos da nobreza e da burguesia – na direção de um maior espírito de previsão e de uma regulação mais estrita dos impulsos da libido (p.240).

Tal mecanismo se tornou preponderante nas sociedades ocidentais, se difundindo por todos seus estratos sociais. Assim, embora nas sociedades exista uma gama variada de sistemas simbólicos que servem de pilares estruturadores das subjetividades, promovendo a distinção entre os agrupamentos sociais entre si, existem alguns ideais que norteiam toda a sociedade e difundindo-se por todas as classes sociais, de certa forma, as tornam homogêneas ao permitir que haja um intercâmbio de signos ideológicos entre grupos e classes sociais.

Essa redução dos contrastes na sociedade e nos indivíduos, essa mistura peculiar de padrões de conduta que derivam de níveis sociais inicialmente muito diferentes, são altamente característicos das sociedades ocidentais (p.211).

Por todas essas considerações é que a preocupação do autor se coloca, então, não em determinar as causas que tornaram possíveis essas transformações, mas em demonstrar como os sucessivos acontecimentos sociais se organizaram, conjuraram, entrelaçaram e permitiram que as novas formas de organização social fossem acompanhadas por formas específicas de estruturação subjetiva.

Toda essa reorganização dos relacionamentos humanos se fez acompanhar de correspondentes mudanças nas maneiras, na estrutura da personalidade do homem, cujo resultado provisório é nossa forma de conduta e de sentimentos ‘civilizados’(p.195).

No entendimento de Elias, três são os aspectos sobre os quais repousa o processo civilizador e o concomitante processo de regulação da conduta humana: uma crescente diferenciação nas funções sociais, um crescimento em espiral da teia de interdependência social e uma cisão entre poder e força física. Para o autor, o movimento civilizador foi tributário de um longo processo de diferenciação nas funções sociais produzindo, em consequência, o crescimento da teia de interdependência entre as pessoas, permitindo que cada ação individual se tornasse integrada, interligada e dependente de inúmeras outras ações. A competição econômica implicou em uma crescente diferenciação nas funções sociais desempenhadas pelos indivíduos, que passaram a depender, para a consecução de suas ações diárias, de um número cada vez maior de outras

peças, cada uma exercendo a sua função específica. A teia de interdependência se tornou tão complexa que as pessoas passaram a regular suas ações de um modo cada vez mais uniforme e igual de forma que pudessem interagir com as outras de uma maneira compreensível e confiável.

Quanto mais diferenciadas elas (as funções sociais) se tornavam, mais crescia o número de funções e, assim, de pessoas das quais o indivíduo constantemente dependia em todas as suas ações, desde as simples e comuns até as complexas e raras. À medida que mais pessoas sintonizavam sua conduta com a de outras, a teia de ações teria que se organizar de forma sempre mais rigorosa e precisa, a fim de que cada ação individual desempenhasse uma função social. O indivíduo era compelido a regular sua conduta de maneira mais diferenciada, uniforme e estável. (p.196).

Elias (op.cit) salienta que no desenrolar do processo de transformação da conduta em um modelo de auto-regulação, ao lado da divisão e especialização das funções sociais e da crescente interdependência entre as ações individuais, deve-se levar em conta também o processo de monopolização da força física e a estabilidade das organizações estatais. Nas sociedades nas quais a diferenciação das funções sociais se tornou mais preponderante ocorreu, simultaneamente, um aumento no número de relações sociais que as pessoas teriam que estabelecer umas com as outras para sobreviverem. Tal fato as colocou em uma situação na qual era constante o perigo de se encontrarem em situações de conflito tornando, portanto, necessário o encontro de formas pacíficas para resolvê-los. O controle social passou, então, a ser exercido no sentido de se coibir o uso da violência física, utilizando outros mecanismos, principalmente, o código jurídico para esse fim. Nesse momento histórico, no qual os conflitos passaram a ser mediados por um código e não mais pelo uso da espada, aquelas pessoas que melhor controlavam seus impulsos emocionais se tornaram socialmente mais funcionais. Assim, nas sociedades pacificadas, uma vez ocorrendo a dissociação entre poder e emprego da força física, tornou-se necessário a criação de mecanismos determinados que proporcionassem o controle emocional de forma eficaz. Toda essa organização acabou se revelando como possuindo importantes reflexos psicológicos.

A moderação das emoções espontâneas, o controle dos sentimentos, a ampliação do espaço mental além do momento presente, levando em conta o passado e o

futuro, o hábito de ligar os fatos em cadeias de causa e efeito, todos esses são distintos aspectos da mesma transformação da conduta, que necessariamente ocorre com a monopolização da violência física e a extensão das cadeias de ação e interdependência social. (p.198).

Na medida em que, nas sociedades ocidentais, a organização feudal cedia lugar a uma nova ordem econômica, que pacificava as organizações grupais, tornando a vida diária das pessoas mais protegidas das mudanças abruptas, o controle sobre as emoções passou a ser exercido de uma forma mais radical. Desde a mais tenra idade, as pessoas eram incentivadas a controlar seus impulsos e paixões através de uma pressão constante, que objetivava moldar a conduta individual aos padrões de sociabilidade.

O controle mais complexo e estável da conduta passou a ser cada vez mais instilado no indivíduo desde seus primeiros anos, como uma espécie de automatismo, uma compulsão à qual ele não poderia resistir, mesmo que o desejasse (p.196).

As agências de controle social se instauraram e se multiplicaram exercendo sua pressão sobre as pessoas individualmente, até que se transformaram em uma poderosa agência interna, que exerce, de forma implacável, o auto-controle. Para o autor, o mecanismo de regulação interna, em vistas de se tornar um constante processo de acomodação entre a realidade interna, psicológica, e a realidade externa, social, se estabeleceu tanto consciente quanto inconscientemente.

A compulsão real é a que o indivíduo exerce sobre si mesmo, seja como resultado do conhecimento das possíveis conseqüências de seus atos no jogo das atividades entrelaçadas, seja como resultado de gestos correspondentes de adultos que contribuíram para lhe modelar o comportamento em criança (p.201).

Assim, à agência controladora externa correspondeu a agência reguladora interna, como parte da estrutura psíquica do indivíduo. Ambas impõem às paixões um controle constante e previsível aos impulsos emocionais e objetivam regular a conduta humana de acordo com as normas e leis sociais. O que tal transferência reguladora vem apontar é o processo através do qual as sociedades, ao passarem da forma organizacional feudal para as sociedades cortesias, transpuseram as batalhas externas, de homem para homem, em batalhas internas, intra-psíquica. Se, nas sociedades feudais, as contendas, as diferenças, os conflitos eram

resolvidos pela luta corporal, com a monopolização da violência física, nos espaços sociais mais pacificados, a lei internalizada acabou impondo que os conflitos passionais não fossem mais resolvidos em praça pública, porém, na interioridade subjetiva de cada um.

Um padrão individualizado de hábitos semi-automáticos se estabeleceu e consolidou nele (homem), um superego específico que se esforça por controlar, transformar ou suprimir-lhe as emoções de conformidade com a estrutura social (p.203).

As sociedades ocidentais, ao tornarem suas redes de interdependência cada vez mais complexas imputaram, em correspondência, um controle sobre a conduta do indivíduo cada vez maior e mais seguro, através de um programa de auto-controle sobre as paixões exercido pela instância interna subjetiva responsável pela auto-vigilância e auto-punição: o superego.

Desta forma, o processo civilizador, que se revelou em seus desdobramentos como um verdadeiro processo de psicologização, se tornou possível a partir da transformação das sociedades feudais em sociedades modernas, que eram, inicialmente, aristocráticas. Nestas, as habilidades requeridas para se ter o prestígio social não eram mais as habilidades de um guerreiro capaz de resolver suas contendas pela espada. Nas cortes, a luta pelo poder passou a ser travada em outro campo de batalha: a intriga, os jogos de palavras, a argumentação e a dissimulação das intenções e emoções. Assim,

A reflexão contínua, a capacidade de previsão, o cálculo, o auto-controle, a regulação precisa e organizada das próprias emoções, o conhecimento do terreno, humano e não humano, onde agia o indivíduo, tornaram-se precondições cada vez mais indispensáveis para o sucesso social (p.226).

Elias (op.cit) interpreta esse momento histórico como sendo o ponto de partida para a construção do sujeito complexo dos dias atuais, na medida em que aí se inicia todo um processo de psicologização que culminará na construção de uma subjetividade clivada, a partir da internalização do controle da conduta que vigorará, de forma mais rigorosa, na sociedade burguesa. Para o autor, portanto, as transformações sociais e subjetivas ocorrem de forma concomitante e paralela. À medida que as redes sociais foram se tornando cada vez mais complexas, as

relações interpessoais e afetivas também se tornaram mais complexas, mais ricas em detalhes, mais multifacetadas, em uma palavra, psicologizadas

E é exatamente nos círculos da vida na corte que se desenvolveu o que hoje chamaríamos de uma visão psicológica do homem, a observação mais exata dos demais e de si mesmo em termos de uma série mais longa de eventos e conexões causais, porque é lá que o auto-controle vigilante e a ininterrupta observação do próximo figuram entre os pré-requisitos elementares para se preservar a posição social de cada um (p.228).

Esse processo de psicologização principiante foi acompanhado por uma nova forma de pensar e conceber o mundo e os eventos do mundo: a racionalização, entendida como um instrumento de compreensão e ordenação do mundo. A partir do momento no qual as redes de sociabilidade se alongam e que o controle da afetividade e da pulsionalidade se tornam mais efetivos, as pessoas começam a poder tomar um distanciamento cada vez maior entre elas e os eventos do mundo. Se, inicialmente, o mundo estava regulado pelos sentimentos, pelas fantasias, pelo caráter mítico, o afastamento afetivo do indivíduo permitiu que o instrumento através do qual os fenômenos possam ser entendidos fosse substituído. Assim, abandonou-se a compreensão mítica e adotou-se a razão como instrumento de compreensão, entendimento e ordenação dos fenômenos.

Ele (o homem) só desenvolve uma visão a mais longo prazo da natureza e dos outros indivíduos na medida em que a crescente divisão de funções e seu envolvimento diário em longas cadeias humanas o acostumaram a essa visão e a um maior controle da afetividade. Só então, lentamente, se remove o véu que as paixões colocavam em frente a seus olhos, e um novo mundo emerge – um mundo cujo curso é amistoso ou hostil para com a pessoa, sem que isso decorra de uma intenção, uma cadeia de eventos que precisam ser considerados imparcialmente durante longos períodos de tempo, caso se pretenda descobrir suas conexões (p.228).

No entendimento de Elias (op.cit), portanto, tanto a psicologização quanto à racionalização, como formas de concatenar as relações entre os eventos em cadeias de causa e efeito e previsibilidade, se mostram concomitantes em seus desenvolvimentos históricos e refletem as transformações as quais acometeram os relacionamentos humanos na passagem das sociedades feudais para moderna. Ao lado da racionalização, entendida como uma função psicológica tributária do processo civilizador, Elias aponta a vergonha, a repugnância e o sentimento de

angústia como resultados da modelação desse processo sobre a economia das pulsões. Como vergonha, o autor entende o temor de se ver degradado socialmente diante dos padrões de moralidade erguidos socialmente e se apresentam, ao lado da racionalização, como os produtos das transformações acometidas pela estrutura subjetiva com os quais cada um deve se conformar e submeter seu comportamento. Porém, o sentimento de vergonha não aparece apenas em relação à exterioridade, na verdade, não é necessário nem que os outros saibam que o sujeito cometeu um ato ilícito para que ele se sinta envergonhado. A vergonha eclode no interior do próprio sujeito na medida em que a parte de sua estrutura psíquica, o superego, construída exatamente para exercer a função de controle e de consciência moral, julga os seus atos. O conflito se estabelece, então, não entre o sujeito e os outros, mas no interior dele próprio. Tal fato denuncia a forma contemporânea assumida pelos sujeitos através da qual as restrições, proibições, regras e leis sociais foram transformadas em auto-restrições e exercidas no espaço subjetivo de cada indivíduo. A tensão, o conflito interno assumido, revela a internalização das leis sociais transformadas em formas cada vez mais sutis e engenhosas de auto-controle ou auto-regulação.

A racionalização e o avanço dos patamares da vergonha e da repugnância expressam uma diminuição do medo físico direto a outras pessoas e uma consolidação das ansiedades interiores automatizadas, das compulsões que o indivíduo agora exerce sobre si mesmo. Em ambas, são igualmente manifestadas a capacidade de previsão maior e mais diferenciada e a visão a longo prazo que se tornam necessárias a fim de que grupos de pessoas cada vez maiores possam preservar sua existência social numa sociedade crescentemente diferenciada (p.243).

Ou seja, tanto o processo de racionalização quanto a vergonha e a repugnância expressam distintos aspectos da crescente cisão interna das pessoas que se inserem em grupos sociais nos quais há um número cada vez maior de funções a serem exercidas e, por conseguinte, regras cada vez mais rígidas para regular o convívio social exercendo um crescente controle individual, tornando-se internalizado. Nesse movimento complexo, a subjetividade se transformou, dessa forma, no palco em que o conflito se instaura. Conflito esse que emerge pois, por um lado deve-se regular as pulsões, e por outro, deve-se seguir as regras sociais e ainda encontrar formas de satisfazer a ambas em alguma medida, alcançando a conciliação entre desejos incompatíveis. Tal economia interna, sustentada em um

conflito impossível de ser solucionado, é expressiva de um momento histórico no qual a racionalização se exacerbou ao mesmo tempo em que o conflito interno se instaurou. São funções correspondentes e interdependentes de uma mesma forma de organização social e individual. O fato de o conflito passar a ser travado internamente trouxe conseqüências para o sujeito, principalmente pela emergência de uma constante sensação de angústia proveniente do embate entre as paixões e as possibilidades reais de satisfazê-las nas relações interpessoais.

A camada de funções psicológicas que, no curso da transformação social que acima descrevemos, gradualmente se diferencia das pulsões, as funções do ego ou superego, tem, em outras palavras, uma dupla tarefa a cumprir na personalidade do indivíduo: implementam ao mesmo tempo uma política interna e uma política externa – as quais, além de tudo, nem sempre estão em harmonia e freqüentemente se chocam (p. 243/4).

Segundo Elias (op.cit), o aumento das restrições social sobre a libido e as transformações daí decorrentes, que se iniciou com a conversão da nobreza cavaleiresca em nobreza de corte, foi intensificado através do movimento de pressão exercido pela classe burguesa ascendente sobre a classe aristocrática. A aristocracia se colocava como intermediária entre o soberano, sendo dele dependente em seus favores, e a ambição burguesa, de quem se tornara economicamente dependente. A tensão entre aristocracia e burguesia crescia, levando a uma exacerbação não só da crise externa, mas também interna, de forma a incentivar um auto-controle cada vez maior que pudesse manter clara a distinção entre as classes. Os aristocratas refinaram sua conduta de forma a se manterem afastados da burguesia ascendente. Tal refinamento se tornou aparente na fala, gestos, gostos e maneiras. Por seu turno, a burguesia, aspirando fazer parte da corte, e com pouco tempo para refinar suas maneiras, já que seus membros trabalhavam profissionalmente, passou a imitar os modos de conduta da aristocracia, que necessitava re-dimensionar seus padrões de conduta, refinando-os novamente, e assim sucessivamente.

A aristocracia tinha inteira liberdade para gastar o tempo refinando a conduta social distintiva, das boas maneiras e do bom gosto. Já os estratos burgueses em ação dispunham de menos tempo para aprimorar conduta e gosto, porquanto eram classes profissionais. Macaqueavam a nobreza e suas maneiras. Mas era exatamente isso o que tornava inúteis os modismos de conduta continuamente

aprimorados nos círculos da corte como meios de distinguir-se o indivíduo dos demais (p.252).

A revolução francesa, com seus ideais liberais e iluministas, veio colocar fim a essa rede de relações, implementando uma nova forma de relação inter-classes. As ocupações profissionais se tornaram centrais permitindo que o poder econômico se tornasse o fator distintivo de status e prestígio social. O refinamento aristocrático perdeu, no século XIX, o papel que desempenhava anteriormente. Nesse momento, aquilo que definia o valor social de cada um era a aptidão em se ganhar dinheiro.

Com a ascensão da burguesia econômica e política, mudou esse ethos aristocrático. Esperava-se que seus membros, pelo menos os do sexo masculino, trabalhassem para ganhar a vida, mesmo que formassem boas sociedades próprias. Formas de sociabilidade, a ornamentação da casa, a etiqueta nas visitas e o ritual à mesa foram, nesse momento, relegados à esfera da vida privada (p.253).

Uma vez instaurada uma nova modalidade de organização social, uma nova modalidade de organização interna foi construída. A partir da cisão operada entre as esferas profissional e privada ocorreu toda uma gama de reformulações sobre o modelo de controle sobre as emoções. A organização social burguesa requeria um maior auto-controle emocional para a manutenção da existência social do que aquele exigido nas sociedades de corte.

Nelas (sociedades burguesas) houve um aumento – sob pressão da integração social corporificada na intensidade da concorrência dentro da própria classe alta e na necessidade de preservar seu alto padrão de vida e prestígio perante os estratos mais baixos – de um tipo de controle social específico, de sensibilidade ao comportamento de outros membros da própria classe, de auto-controle individual e de força do superego individual (p.255).

Assim, o ethos aristocrático se modificou: a hereditariedade, que permitia a herança infinita de seu poder de pai para filho, não mais se justificava. Seus membros necessitavam trabalhar e ganhar dinheiro, dessa forma, a etiqueta e boas maneiras acabaram sendo direcionadas para a privacidade do lar. Segundo o autor, foi exatamente essa necessidade em desempenhar funções produtivas que acabou determinando modos específicos de controle da conduta e da afetividade. Ao se generalizar a cisão entre esferas profissional e privada, iniciou-se uma nova fase

no modelo de controle das emoções que diferia daquele encontrado nas sociedades cortesãs, promovendo um controle muito maior e mais eficaz sobre as emoções, de forma a tornar mais fácil a manutenção da estabilidade social burguesa. Nestas, houve, pelo fato de ser necessária uma interdependência entre as classes sociais distintas, baseadas em uma concepção democrática e liberal, a emergência da noção de controle igual para todos os indivíduos. Tal controle, inicialmente passando pelas esferas da higiene e da saúde, inaugura a era moderna em que ocorre uma repressão impessoal e totalizante que se estabelece em forma de uma lei universal. Perante tal lei, os cidadãos não podem exercer a crítica e a reflexão, mas a internalizam de forma irrefletida e, conseqüentemente, inconsciente.

É aqui que o autor propõe que esse momento histórico se apresenta como especificamente emergente da psique tal como compreendida por Freud, pois para Elias, esse movimento através do qual os indivíduos internalizam a regulação social pode ser compreendido como o movimento que permite a estruturação subjetiva através da construção do super-ego como representante interno dessa lei externa, agora internalizada. Nessa concepção, o autor argumenta que, a construção desse super-ego tirânico se estabelece às expensas da constituição de um Id cada vez mais recalcado e amordaçado, tornado inconsciente e impedido de se expressar livremente, uma vez que suas manifestações estariam em pleno e franco desacordo aos novos padrões de convivência social.

O movimento civilizador seguiu uma linha mestra que pode ser resumida nos seguintes passos: a classe burguesa começou a ascender e a pressionar a aristocracia em termos de poder e privilégio social; houve, a partir daí, sob a força da competição, uma crescente divisão das funções sociais; as redes de dependência interpessoal aumentaram infinitamente, transferindo o poder social do campo hereditário para o campo econômico. A cada grupo social correspondeu, a partir dessas linhas básicas, uma forma específica de estruturação social a qual desenvolveu padrões específicos de regulação das emoções, de distribuição libidinal, assim como de auto-regulação superegóica.

É interessante observar que, nesse movimento, a privacidade, como vimos anteriormente, deixa de ser compreendida pela esfera familiar e passa a ser delimitada pela interioridade individual. Aqui, a estruturação da psique em termos de Id, ego e super-ego reflete a transformação da repressão externa em repressão

interna, caracterizando um movimento histórico referente ao processo de modernização ocidental, através do qual as relações entre os domínios público e privado caminham incessantemente no sentido de se interporem. Nesse processo há todo um conjunto de técnicas de regulação afetiva que acaba determinando uma organização específica da psique individual baseada no auto-controle das emoções e da afetividade, característico do momento no qual os limites entre o externo e o interno começam a se tocar e entrelaçar. Essa forma peculiar de estruturação ilumina a vida interior dos indivíduos de forma a tornar cada vez maior o interesse pela interioridade, das mais diversas maneiras, inaugurando um novo espaço de reflexão, o qual procura, ao mesmo tempo, compreender a complexidade da estrutura subjetiva e solucionar o conflito internalizado, através de uma abordagem clínica.

3.3 Os primeiros casos freudianos: a intimidade observada.

Esse era o pano de fundo sobre o qual Freud iniciou seu trabalho ao retornar à Viena, após um estudo prolongado com Charcot, em Paris, sobre a histeria. Sua clínica, nesse início, desenvolveu-se, mais estreitamente com pacientes histéricas provenientes da classe burguesa e aristocrática da cidade, o que, no entanto, não impediu a construção de uma teoria geral das neuroses, que se expandiu à compreensão da mente humana como um todo, algumas vezes chegando, inclusive, a ser identificada a uma concepção de mundo – Weltanschauung - apesar dos inúmeros protestos declarados pelo próprio Freud.

Os primórdios de produção freudiana podem ser encontrados no livro publicado em parceria com o Dr Breuer, “Estudos sobre a histeria” (1893/95), no qual figura a tentativa impetrada pelos autores em especificar, em primeira instância, a problemática essencial de suas indagações teóricas assim como seu campo de aplicabilidade clínica. Esse livro consta de uma introdução escrita em conjunto pelos dois médicos, “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar” (1893), seguido pela apresentação de cinco casos clínicos, sendo um de Breuer (o famoso caso de Anna O) e quatro de Freud. Na segunda parte do livro, os autores tecem suas “Considerações teóricas” separadamente, inicialmente Breuer e finalmente Freud com o texto “A

psicoterapia da Histeria” (1895), artigo rico teoricamente e perspicaz clinicamente, que encerra uma etapa, abrindo inúmeras indagações a serem trabalhadas posteriormente.

Objetivando demonstrar como os fatores apontados nos segmentos anteriores do presente capítulo se fizeram presentes no momento de inauguração da psicanálise, o tratamento da Sra von N. será utilizado como ilustrativo no destacamento de dois aspectos específicos:

inicialmente procurar-se-á demonstrar como, na esfera teórica, a psicanálise pode ser tomada como um movimento que aponta e denuncia a interposição entre as esferas pública e privada. Nesse sentido, o processo de auto-regulação da conduta característico na modernidade, que acabou implicando na construção de uma subjetividade clivada a partir da instauração de um conflito interno desencadeado pela impossibilidade de atender às necessidades pulsionais sem ferir a lei imposta pela cultura, será destacado na interpretação freudiana desse caso clínico;

a seguir, o enquadramento clínico indicado por Freud servirá para demonstrar que, nesse aspecto, a imaginária separação entre os domínios público e privado, existente ao século XIX, se torna presente na constituição da psicanálise, uma vez que o setting analítico se estrutura através da construção de uma atmosfera de isolamento, sigilo e privacidade, ilusoriamente, total.

3.3.1 A emergência da teoria e da clínica psicanalíticas.

O tratamento desenvolvido por Freud com a Sra Emmy von N. possui, para a história da psicanálise, um valor especial, pois através dele podemos perceber as dificuldades encontradas pelo autor em utilizar a hipnose e a sugestão como instrumentos terapêuticos, assim como encontramos a primeira menção à utilização da regra de ouro do método psicanalítico: a livre associação. Adotada como regra fundamental do método psicanalítico, a livre associação se iniciou no momento em que a própria paciente pede a Freud que pare de interrompê-la com tantas perguntas e permita que ela discorra a vontade, sem interrupções sobre seus assuntos.

Segundo o relato do autor, o tratamento da Sra von N. se desenrolou por aproximadamente quinze semanas, durante as quais Freud visitou a paciente todos os dias, duas vezes ao dia. Freud nos informa que a paciente, que lhe fora indicada por Breuer, era uma mulher de aproximadamente 40 anos, histérica, que sofria de problemas nervosos. Dessa forma, ele indicou um tratamento hipnótico, acompanhado por banhos quentes e massagens corporais, permanecendo a paciente internada e, portanto, afastada da família e da realidade social. O trabalho terapêutico visava à eliminação dos sintomas de forma a permitir que a paciente retomasse suas atividades junto à família e à empresa que gerenciava. E, embora tenha encontrado um êxito apenas parcial, pois, apesar de enfraquecidos em sua intensidade, os sintomas histéricos se tornaram recorrentes, Freud considerou o tratamento bastante satisfatório, tecendo inúmeras considerações acerca dos mecanismos psíquicos dos fenômenos histéricos em geral e da prática clínica em particular.

Importa salientar, que, nesse momento de elaboração teórica, baseando-se na teoria do trauma, o entendimento da etiologia da histeria sustentava-se sobre um mecanismo intra-psíquico decorrente de um trauma externo, que produzia, ao mesmo tempo, a divisão da consciência e a conversão do afeto para a esfera somática. Ou seja, para Freud, a doença histérica se plantava a partir da ocorrência de um conflito interno que se produzia em relação à moralidade, uma vez que a cena traumática era rechaçada da consciência por ser considerada moralmente incompatível com o conjunto de representações que formam o ego da paciente histérica.

Em geral os psicólogos têm admitido que a aceitação de uma nova representação (aceitação no sentido de crer ou reconhecer como real) depende da natureza e tendência das representações já reunidas no ego, e inventaram nomes técnicos especiais para esse processo de censura a que a nova representação deve submeter-se. O ego do paciente teria sido abordado por uma representação que se mostrara incompatível, o que provocara, por parte do ego, uma força de repulsão cuja finalidade seria defender-se da representação incompatível. Essa defesa seria de fato bem-sucedida. A representação em questão fora forçada para fora da consciência e da memória. (p.265).

Exatamente por essa razão, no curso da exposição do caso, o autor faz inúmeras referências à moralidade repressora vigente à época, à qual imputa a responsabilidade pelos problemas neuróticos desenvolvidos pela paciente,

ressaltando a divisão interna do aparelho psíquico da paciente. Tal divisão aparece como sendo tributária de um processo de internalização das regras morais, permitindo, simultaneamente, a construção dos fenômenos histéricos e de uma personalidade consciente bastante condizente aos preceitos morais exigidos pela sociedade. Para o autor, a paciente possui um caráter impecável e desfruta de um modo de vida bem orientado segundo as regras sociais: preocupa-se sobremaneira com a educação das filhas, consegue gerir a empresa da família com sabedoria, apresenta maneiras requintadas e uma profunda humildade de espírito.

A mulher que viemos a conhecer era admirável. A severidade moral com que encarava suas obrigações, sua inteligência e energia que não eram inferiores a de um homem, seu alto grau de instrução e amor à verdade nos impressionaram grandemente, enquanto seu generoso cuidado com o bem-estar de todos os seus dependentes, sua humildade de espírito e o requinte de suas maneiras revelavam também suas qualidades de verdadeira dama (p.124).

Podemos perceber nessas indicações o referencial paradigmático da moralidade burguesa: regras morais rígidas, sexualidade reprimida e valorização do núcleo familiar promovendo e incentivando o alcance de um alto grau de conflito interno a partir de um permanente auto-controle sobre a distribuição libidinal e afetiva. Assim, a Sra von N. preocupava-se, sobremaneira, não só com a repressão e controle da sexualidade de suas filhas adolescentes, como procurava manter a sua própria sexualidade abafada. Nesse ponto Freud foi bastante perspicaz ao observar a relação entre repressão da sexualidade e neurose, em um momento em que se pensava justamente o contrário, ou seja, que a causa da neurose estaria na depravação sexual das metrópoles modernas. (GAY,1989).

Dessa maneira o autor nos apresenta essa relação:

É necessário, julgo eu, acrescentar um fator neurótico para explicar sua persistência – o fato que a paciente vinha vivendo há anos em estado de abstinência sexual. Tais circunstâncias se acham entre as causas mais frequentes de uma tendência à angústia (FREUD, 1893, p. 112).

O fato de ter que atender às exigências morais tão exacerbadas facilitava a instauração de um sentimento de culpa e de desvalorização pessoal:

Após a eliminação da primeira e mais superficial camada de lembranças torturantes, sua personalidade moralmente supersensível, com tendências à auto-

depreciação, veio à tona. Tanto em seu estado de vigília como em hipnose, eu lhe disse (o que correspondeu ao velho preceito legal 'de minimis non curat lex) que existe uma multidão de coisinhas insignificantes entre o que é bom e o que é mau – coisas sobre as quais ninguém precisa se censurar (p.93).

Ou seja, o movimento de internalização do controle e da regulação social, apontado por Elias (op. cit.) como um dos modos de organização mental assumido pelas pessoas nas sociedades burguesas, aparece no relato freudiano na medida em que a paciente produz toda uma série de preocupações e restrições sobre a sua própria afetividade e conduta, exercendo um rígido controle sobre si e sobre suas filhas. A internalização do controle, desdobrando-se em auto-controle exercido sobre a conduta, aparece referido à criação de uma instância psicológica crítica, a qual vigia tanto as condutas afetivas quanto o desenrolar do tratamento em relação à produção dos relatos e em relação ao procedimento do médico.

Sua natureza indomável, que se rebelava, tanto em estado de vigília como no sono artificial, contra qualquer restrição, levava-a a ficar zangada comigo porque eu presumira que sua narrativa estava terminada e a havia interrompido com minha sugestão conclusiva. Deparei com muitas outras provas de que ela mantinha um olho crítico sobre o meu trabalho em sua consciência hipnótica (p.90, n 1).

Assim, podemos perceber que o processo de internalização do controle da conduta permitiu, em primeira instância, que a estruturação das subjetividades se tornasse, aparentemente, desligadas de suas vinculações sociais. Ou seja, para as pessoas, suas organizações subjetivas tomaram um caráter individual, como se sua organização se desse a despeito de sua inscrição no contexto cultural. Nesse sentido, também o entendimento da doença histérica se deslocou da teia dos acontecimentos sociais para se alocar no seio da vida interior, tornando-se dependente daquele que o está expressando, permitindo que a doença histérica fosse compreendida como idiossincrática e necessitasse ser interpretada a partir da história individual de cada um. Tal mecanismo tornou necessário que o próprio paciente relatasse a história de sua vida pessoal para obter-se a compreensão de como se processou a produção e a instalação da doença. Ao descrever lembranças, sonhos, memórias pessoais e infantis a paciente ia tecendo as redes construtoras de uma história individual, única e singular que fundamenta o dinamismo de seu

psiquismo. Interessante observar que a própria Sra von N. indica a Freud a importância dessa questão:

Freud – “Pergunte-lhe porque se assustava com tanta facilidade e ela respondeu:

- Está relacionada com as lembranças de minha meninice”.(p.82).

Assim, tal como nos informa Elias (op. cit.), tornou-se característico da vida moderna proceder as experiências de vida a um processo de reflexão a partir do qual as experiências se estruturam e passam a ser dotadas de sentido quando inseridas em um fluxo de acontecimentos que encadeiam passado, presente e futuro. Ou seja, a racionalização como mecanismo psíquico, utilizado subjetivamente para compreender as relações causais entre os fenômenos e os acontecimentos, se mostra presente nas considerações freudianas sobre esse caso clínico, na medida em que o autor procura fornecer a compreensão sobre a etiologia das manifestações histéricas a partir de uma racionalidade através da qual os eventos possam encontrar um encadeamento lógico.

Os dois sintomas acabaram sendo vinculados a tantos traumas, e tiveram tantas razões para serem reproduzidos na memória, que passaram a interromper sempre a fala da paciente, sem nenhuma causa específica, à maneira de um tique sem significado. A análise hipnótica, entretanto, pôde demonstrar quanto significado se ocultava por trás desse aparente tique; e se o método de Breuer não conseguiu, nesse caso particular, eliminar de todo os dois sintomas de um só golpe, foi porque a catarse se estendera apenas aos três traumas principais, e não aos traumas associados de forma secundária (p.116).

Ao analisar as relações entre organização social e construção da subjetividade, Costa (1994) propôs que o momento histórico referente ao final do século passado, dominado ainda pela cisão imaginária entre as esferas pública e privada, repercutia de uma forma específica no modo através do qual as pessoas podiam estruturar suas concepções de vida e de mundo. Concentrada na intimidade, a construção da subjetividade se processava a partir de regras morais bem determinadas no seio da esfera familiar, as quais podem ser encontradas também, na estruturação da metodologia clínica da psicanálise:

- Silêncio e discrição: a construção e revelação do desejo, na intimidade, seguiam as regras do pudor e da não revelação imediata, mas visando o decoro e a reserva, o torna disfarçado, oblíquo, enviesado, insatisfeito.

Da mesma forma, a psicanálise se constituiu como um método terapêutico o qual, visando conhecer e decifrar a verdade desse desejo, procurou fazê-lo através de declarações paulatinas, em um ambiente arquitetonicamente preparado para recriar uma esfera de intimidade e privacidade, encontrando no sigilo profissional uma regra de base que lhe confere credibilidade e poder terapêutico.

Infelizmente, certas considerações de ordem pessoal fazem com seja impossível apresentar um relato clínico pormenorizado do caso dessa paciente, embora vá ter ocasião de referir-me a ele de vez em quando (FREUD, 1993, p.97)

- Pudor e desvelamento paulatino dos sentimentos: o processo de discorrer vagarosamente e paulatinamente sobre experiências passadas, durante o tratamento, produzia um efeito terapêutico na medida em que as recordações e os relatos obtidos iam adquirindo um novo lugar no interior da rede de significações, produzindo novos sentidos e permitindo que o paciente reformulasse sua percepção de seus modos de vida. Assim, cada consulta médica implicava no ato de desfiar inúmeras recordações que iam perdendo os seus poderes patogênicos ao serem traduzidas em palavras. Assim o autor se referiu a esse aspecto clínico:

Minha conduta terapêutica baseou-se nessa atividade de sua memória e esforcei-me todos os dias para resolver e livrar-me de tudo o que cada dia ela trazia à tona, até que o acervo de suas lembranças patológicas pareceu estar esgotado (FREUD, 1993, p.113)

- Renúncias e repressões: os desejos e aspirações pessoais passavam, inicialmente, pelo crivo das considerações familiares e sociais para poderem ser concretizados ou expressos. Não sendo à toa, portanto, que os conceitos de defesa, recalque, e conflito entre desejos conscientes e inconscientes irromperam na teoria freudiana com toda sua força e potência, revelando o embate permanente entre as esferas privada e pública, entre exigências internas e externas. Por seu turno, a clínica analítica procurou, através de seu enquadramento (criando um espaço resguardado da intromissão externa), manter a separação entre

as esferas pública e privada de forma a permitir a emergência do conflito interno no transcorrer das sessões de análise.

Sugeri que ela (a paciente) se separasse das duas filhas, que têm governanta, e se internasse numa casa de saúde, onde eu poderia vê-la todos os dias. Concordou com isso sem levantar a menor objeção (FREUD, 1893, p.81).

- Dissimulação e disfarce: máscaras e simulacros recobrem a intimidade, resguardando-a da indiscrição dos olhares públicos, permitindo sua proteção. Embora Freud tenha sido bastante cauteloso na condução do tratamento da Sra von N., não escapou da dissimulação por parte de sua paciente:

Também me ocorreu que, dentre todas as informações íntimas que me foram dadas pela paciente, houve uma ausência completa do elemento sexual, que é afinal de contas, passível, mais do que qualquer outro de ocasionar traumas. É impossível que suas excitações nesse campo não tivessem deixado quaisquer vestígios; o que me foi permitido ouvir foi, sem dúvida uma edição expurgada da história de sua vida. A paciente comportava-se com o maior e mais natural senso de decoro, a julgar pelas aparências, sem nenhum traço de pudicícia (FREUD, 1893, p.124).

Sobre esses pilares o espaço clínico dos consultórios particulares se estruturou e organizou. Um espaço no qual as variáveis intervenientes se encontram bastante controladas, permitindo a abertura de um movimento transferencial centralizado na relação paciente/analista a partir da qual o trabalho clínico se desenvolve, resguardado do olhar e de intromissões externas. Modelo ideal para uma relação público/ privado específica se interpondo na subjetividade, mas se afastando, imaginariamente, no plano social. Tal configuração nos remete, então, à clínica ambulatorial, na medida em que, inserida em um contexto institucional, sua dinâmica se apresenta bastante distante dessa desenvolvida nos consultórios particulares. Refletir sobre essa movimentação perpassa os dois últimos capítulos da tese.



Figura 4 - Morte e Vida. Gustav Klimt, 1911/1915.

4

Psicanálise e ambulatório hospitalar: cenário privado, porém público.

Ao analisar as relações entre público e privado, Costa (2002) nos informa que, na modernidade, ambas as esferas vêm sofrendo processos de desconstruções sucessivos. Segundo o autor, o resultado de tal movimentação se revela como uma crescente e constante ameaça sobre a privacidade, quer a tomemos em suas duas acepções principais: em seu sentido político, como a liberdade que todo cidadão possui de tornar público suas crenças pessoais; ou em seu sentido pessoal, de intimidade, ou seja, o direito que cada um possui de ocultar do público essas mesmas aspirações e convicções.

Em sua dimensão política, o autor pondera que nas democracias modernas, o termo privacidade se concentrou nos direitos políticos dos cidadãos, revelando-se como a liberdade de expressão, de preferências ou inclinações, não sujeitas ao escrutínio público (Costa, 2002, p.1). Este é o terreno das crenças religiosas, das escolhas políticas, profissionais, sexuais, etc. Nesse caso, na atualidade, a ameaça à privacidade é proveniente de dois pontos distintos:

- a) da crescente onda de violência urbana que vem ameaçando o campo privado uma vez que o Estado, para combatê-la, inaugurou e produziu uma série de dispositivos de controle e vigilância que invadem a privacidade individual sem cerimônias. É o caso das micro-câmaras, do dirigível em sobrevôo sobre as favelas, das escutas telefônicas, etc.;
- b) da lógica econômica que, ao absorver a privacidade à moral do consumo, a identificou e a igualou a uma mercadoria reduzindo a liberdade individual à escolha pré-programada de bens e serviços de consumo. Nessa lógica, cada indivíduo deve desejar e adquirir aquilo que é indicado, de forma ditatorial, pela engrenagem publicitária. Ou seja, aparentemente, a liberdade de escolha se tornou, na atualidade, abrangente. Porém, na prática, o desejo que embasa as escolhas pessoais se tornou objetificado e manipulado pela lógica do consumo.

Sobre esse paradoxo Costa (op. cit.) sustenta o seu argumento sobre a ameaça da privacidade em seu sentido de intimidade, na medida em que, hoje,

esta vem se tornando cada vez mais devassada. Destacando as raízes burguesas de sua origem, o autor propõe que, em seus primórdios, a intimidade pautava-se em convenções sociais alicerçadas nos conceitos de decoro, honra, pudor e vergonha, os quais funcionavam como anteparos protetores para as emoções, para o corpo e para a sexualidade contra a invasão do olhar anônimo do outro. Tal forma de convenção social mantinha afastada do conhecimento público inúmeras facetas, vertentes e atitudes que sustentavam a privacidade como intimidade:

Nudez, hábitos de higiene, atos e fantasias sexuais; ímpetos destrutivos; rituais de amor ou de elevação espiritual, etc, foram por dois ou três séculos, resguardados da luz do público (COSTA, 2002, p.2).

Assegurar à intimidade um lugar protegido, conforme constatamos no capítulo anterior, esteve presente no processo de construção e emergência do aparato teórico psicanalítico e de seu campo de atuação clínica. Destacando que, embora este campo tenha se estruturado sobre a interpenetração público/privado, o seu espaço clínico foi instituído através de coordenadas que asseguravam a manutenção do afastamento entre esses dois domínios. Tal afastamento se tornou cada vez mais impraticável, no transcorrer do século XX, através de transformações principalmente econômicas, as quais promoveram uma crescente interposição entre esses dois registros. Como destaca Costa (op. cit.), a instauração de uma economia de mercado, ao postular que tudo possui um valor de venda, permitiu e incentivou, através da publicidade, o desnudamento da intimidade na medida em que nessa lógica, aquilo que é vendável deve ser, ao mesmo tempo, visível, abrindo aos olhares públicos a intimidade devassada:

Na moral da publicidade, tudo que é vendável, deve ser visível. Ao se mostrar tudo a todos, contudo, nada mais resta ao “íntimo”. A mais leiga das culturas já existentes trocou o recato pela auto-flagelação moral em público, transformando em assunto mundano o que era matéria de respeito e sigilo pessoais (p.2).

Neste desdobramento histórico se pauta, para o autor, o movimento de esvaziamento da esfera pública e da conseqüente interpenetração público/privado, no qual a intimidade se desfigurou pela invasão da lógica do mercado. Nesse processo, a privacidade como intimidade, ou seja, como a possibilidade de se

manter os desejos íntimos ocultos do olhar alheio, se diluiu na publicidade, a qual organiza, induz, manipula e constrói o próprio desejo.

É nesse contexto de configurações políticas, sociais e pessoais que a inserção da psicanálise nos ambulatórios hospitalares se dinamiza, impondo à sua clínica a construção de modalidades específicas de instrumentalização, manejo e organização. Nos ambulatórios hospitalares, a clínica psicanalítica encontra uma intensa desconstrução dos limites que, tradicionalmente, mantinham afastado do público o desenrolar de seus processos terapêuticos. Tal fenômeno ocorre não apenas pela inserção das políticas de saúde na lógica econômica mercadológica, mas e principalmente, pelo fato de os atendimentos psicanalíticos se encontrarem inseridos no campo da visibilidade hospitalar, no qual quase nada escapa ao olhar dos dispositivos institucionais de controle. Nos hospitais, a dinâmica institucional é constituída por uma rede complexa através da qual múltiplos saberes e, portanto, múltiplos poderes se enfrentam, confrontam e interagem, invadindo cada seção ambulatorial em geral, produzindo, em conseqüência, efeitos em cada atendimento clínico, em particular.

Dessa forma, inserido neste contexto, o espaço clínico psicanalítico perdeu sua proteção intimista ao se tornar exposto e permeado por uma série incontável de atravessamentos institucionais. Em termos práticos isso significa dizer que, desde o momento no qual o paciente chega à instituição, procurando por atendimento na seção de psicologia, ele é identificado, protocolado, ficando registrado em seu prontuário o início, o progresso do tratamento, assim como seu término ou interrupção. Significa que o psicanalista, neste ambiente, se torna obrigado a prestar contas de seu ofício, durante as sessões clínicas ou de supervisão, dividindo com outros profissionais o desenvolvimento de seu trabalho. Significa, ainda, dizer que o próprio paciente compartilha suas intimidades com funcionários, atendentes, médicos e, ainda, amigos, na sala de espera. Dessa forma, todo o desenrolar do atendimento fica exposto, uma vez que sua dinâmica clínica se encontra inserida no campo da visibilidade institucional.

É nesse sentido que verificamos a distância entre a clínica particular e a ambulatorial, já que, nos hospitais, não encontramos a possibilidade de manter afastados, como nos consultórios particulares, os domínios público e privado em seu sentido de intimidade, ou seja, do direito que cada um possui de manter oculto seus dramas íntimos. Nos ambulatórios, essas esferas se interpenetram, se

comunicam, se misturam, estabelecendo relações específicas que demandam o abandono de paradigmas clínicos pré-estabelecidos, ao mesmo tempo em que impõem a necessidade de criação de novos. Dessa forma, torna-se improcedente tanto uma comparação com os atendimentos psicanalíticos desenvolvidos nos consultórios particulares quanto uma tentativa de adaptação do dispositivo clínico do consultório para o ambulatório hospitalar, uma vez que neste, a interpenetração público/privado se insere também no campo clínico, produzindo conseqüências importantes na constituição e estabelecimento do campo transferencial, o qual se torna multifacetado, policromático e paradoxal.

Refletir sobre os pilares organizadores da clínica psicanalítica em um contexto constituído por um novo cenário no qual inúmeros atores participam, a partir de uma lógica econômica que incita à modelagem, favorecida pela visibilidade institucional, configura a proposta dos dois últimos capítulos da presente tese. Para desenvolvê-la, o presente capítulo percorrerá duas questões específicas:

- a) a partir da reformulação mundial do conceito de saúde operada pela Organização Mundial da Saúde, da década de 70 em diante, novas práticas de intervenção e atendimento no âmbito da saúde foram implementadas, entre as quais destacamos a criação de uma ampla rede de atendimentos psicoterapêuticos em diversas instituições. Assim, inicialmente no primeiro segmento será produzida uma análise crítica sobre as principais considerações teóricas sobre a clínica institucional, entre as quais poderemos situar a nossa própria perspectiva de trabalho em um cenário clínico que se configura a partir de uma especificidade própria;
- b) objetivando uma melhor compreensão desse cenário clínico, será apresentada a perspectiva foucaultiana sobre a constituição dos hospitais como instituição disciplinar que implanta o primado da visibilidade em suas dependências. A dinâmica cotidiana da seção de psicologia do hospital de Força Aérea do Galeão é, aqui, apresentada como exemplo dessa configuração hospitalar translúcida

4.1 Psicoterapia nas instituições: reflexões teóricas e clínicas

Podemos observar que após a segunda guerra mundial, a percepção de que não só o mundo econômico estava sofrendo um processo de globalização, mas que também os conflitos, as dificuldades e as doenças ultrapassavam fronteiras deixando de constituir problemas nacionais para se constituírem problemas mundiais foi decisiva para a criação de organismos internacionais que pudessem promover uma mediação entre os diversos países. Com o objetivo de permitir uma cooperação sistemática, de forma a manter a paz e o bem-estar entre os povos, os organismos internacionais foram fundados por representantes de diversas nações, estabelecendo fóruns de discussão a partir dos quais estratégias pudessem ser traçadas no sentido de alcançar soluções pacíficas para os conflitos bélicos ou no sentido de promover melhorias nos patamares de qualidade de vida da população mundial. Centralizados na Organização das Nações Unidas (ONU), inúmeros organismos internacionais a ela subordinados foram sendo instituídos, cada qual procurando mediar as relações entre as nações do mundo. Vinculada à ONU, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi criada em 1948, possuindo como objetivo prioritário promover a cooperação internacional no sentido de incentivar melhorias nas condições de saúde no mundo. Para tal, a OMS vem desenvolvendo e implementando uma série de projetos e programas em Saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, centralizando suas ações no conceito de promoção da Saúde.

Assim, o campo de intervenção da Saúde ampliou-se para além dos hospitais e alcançou escolas, empresas, pequenas comunidades no desenvolvimento de ações coordenadas e integradas. Uma vez que essas ações devem recobrir um campo extenso de atividades em todos esses espaços, formulou-se a necessidade de criação de equipes multidisciplinares que pudessem desenvolver um trabalho tão complexo. Nos hospitais, isso significou a necessidade de contratação de profissionais especializados, além de médicos e enfermeiros, tais como psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, ambientalistas, sanitaristas, etc. para comporem a equipe de saúde, fundamentalmente, multidisciplinar.

A presença do psicólogo nos hospitais incentivou a implementação de uma ampla rede de atendimento ambulatorial, objetivando oferecer à população em

geral um serviço psicoterapêutico especializado. Tal inserção acabou se tornando produtora de uma série de questionamentos e ponderações sobre a transposição, para os ambientes institucionais, de uma modalidade clínica que se estruturou nos consultórios particulares, a partir de matrizes epistemológicas distintas. Diversidade esta que se apresenta no campo da psicologia desde a sua constituição como uma ciência independente, produzindo, em conseqüência, múltiplas abordagens teóricas e clínicas. Assim, os profissionais da psicologia que compõem as equipes de saúde hospitalares iniciaram a oferta de tratamento psicoterapêutico procurando adaptar seus referenciais utilizados no consultório particular para o contexto das instituições. Contudo, isto não se processou de uma forma simples e fácil, trazendo à necessidade de profundas reflexões sobre a viabilidade e eficiência desse novo projeto terapêutico que se efetuava em um novo ambiente e que se estendia a várias camadas sociais da população. Os impasses teóricos e clínicos suscitados a partir do desenvolvimento de atendimentos psicoterapêuticos nas instituições foram tantos, que diversos estudiosos começaram a se debruçar sobre as transformações decorrentes da transferência da psicoterapia dos consultórios para os ambulatórios institucionais, procurando resolver as inúmeras dificuldades daí suscitadas.

Podemos observar que, inicialmente, tais impasses foram problematizados como intransponíveis, sendo compreendidos como verdadeiros indicadores de uma inadequação fundamental das teorias psicológicas, em geral, e da psicanálise, em particular, no atendimento da população de baixa renda, a qual, usualmente, recorre ao trabalho institucional em busca de um auxílio para o seu sofrimento psíquico. Tais estudos se basearam, a princípio, nas considerações desenvolvidas por Boltansky (1979) a respeito da diferença existente entre as concepções dos médicos e dos pacientes de baixa renda sobre o processo de adoecimento físico. Em seu trabalho, o autor descreve como a inserção do sofrimento físico na esfera lingüística e conceitual promove sua desnaturalização, uma vez que este se mostra dependente de toda uma série de codificações, categorizações, formas de expressão comunicativa e de entendimento cognitivo. Tais séries categoriais são, por sua vez, dependentes dos sistemas simbólicos no interior dos quais são estruturadas e transmitidas trans-geracionalmente, sendo, portanto, culturalmente determinadas. Com essa afirmação, tornou-se improcedente se pensar em uma universalidade para o entendimento e a vivência do adoecimento físico uma vez

que, tanto a sua compreensão quanto à habilidade lingüística que permite aos pacientes expressá-lo verbalmente, varia de grupo social para grupo social.

Podemos perceber que, por um lado, a noção aqui introduzida assinala a necessidade de que seja produzida uma relativização do saber médico, posto que indica que diferentes estratos sociais utilizam diferentes grades de interpretação para a doença física (tornando a procura por diferentes alternativas de tratamento justificável), cabendo ao profissional de saúde reconhecer que seu ponto de vista é apenas um entre os vários possíveis no entendimento desse fenômeno – o adoecer – e que o seu modelo de tratamento, ao ser culturalmente produzido, não deve ser tomado como absoluto, verdadeiro e universal. Por outro lado, entretanto, o trabalho de Boltansky (1979), em vez de realizar tal relativização do saber intelectualizado (e do poder que daí advém), serviu muito mais para a cristalização do preconceito, na medida em que foi interpretado como índice para o privilégio do discurso médico – considerado como científico e, portanto, mais qualificado para o tratamento das doenças físicas –, em detrimento do discurso leigo – o qual se tornou desvalorizado ao ser considerado pré-científico (mágico) incapaz de produzir efeitos benéficos sobre o corpo.

Sustentando tal percepção, acrescenta-se, ainda, o fato de o autor, ao utilizar o conceito de reflexibilidade, postular que a relação estabelecida entre médico e pacientes pobres se torna problemática e difícil. Para Boltansky (op. cit.) a reflexibilidade de um grupo social expressa a capacidade das pessoas desse grupo de observar o próprio corpo, discriminar sensações corporais e verbalizar tais sensações através de uma linguagem rica o suficiente para o entendimento médico. Segundo o autor, o grau de reflexibilidade apresentado pelos pacientes das classes sociais desfavorecidas é mínimo, acarretando, com isso, a impossibilidade do estabelecimento de uma relação simétrica entre médico e paciente. Nesse contexto, o tratamento médico tradicional torna-se dificultado quando utilizado com essa camada populacional, já que nem os médicos entendem o que os pacientes desejam informar, nem os pacientes entendem, de forma clara, as explicações e as diretrizes do tratamento prescritas pelos médicos.

A percepção de que a relação médico/paciente deve ser considerada como dependente dos sistemas de classe e das habilidades lingüísticas dos pacientes para compreenderem, experienciarem e expressarem as sensações orgânicas promoveu, em desdobramento, um re-direcionamento na questão dos

atendimentos psicológicos. A partir daí a relação terapêutica foi problematizada pelo viés das estruturas lingüísticas que capacitam, ou não, os pacientes a se submeterem a um procedimento psicoterápico, partindo-se do princípio que tais estruturas, por questões de escolarização, e, portanto, de socialização, se distribuem de forma não igualitária entre as camadas sociais. Por exemplo, para Bernstein (1980) existem dois tipos de códigos lingüísticos, o elaborado e o restrito, sendo cada um deles referente às camadas sociais média/alta e baixa, respectivamente. Tais códigos lingüísticos, transmitidos através dos processos de socialização primária, capacitariam os sujeitos, de formas distintas, para lidar com as situações sociais, entre as quais figura o processo terapêutico. Uma vez que as práticas psicológicas fundamentam-se em teorias geradas no interior do código lingüístico elaborado, os pacientes, que dele compartilham, demonstrariam uma maior adequação para se submeterem a um processo psicoterapêutico.

Assim, as dificuldades observadas e apontadas no desenvolvimento das psicoterapias, nas instituições, com pacientes de baixa renda, seriam provenientes, essencialmente, do fato de esses pacientes contarem com um código lingüístico bastante restrito que não os permitiria utilizar algumas das habilidades lingüísticas necessárias a uma psicoterapia. Entre essas habilidades, Bernstein (1980) destaca, entre outras, a possibilidade de verbalizar experiências subjetivas, a capacidade de se perceber como referencial primordial de suas experiências de vida, entender e saber lidar com a ambigüidade da autoridade vivenciada na relação terapêutica. Pelo fato de não disporem dessas habilidades, os pacientes pobres seriam incapazes de verbalizar suas experiências íntimas através de um vocabulário próprio e adequado à revelação da introspecção e da emoção.

Procurando melhor esclarecer todo esse processo de agenciamento e de controle social produzido sobre o processo de estruturação da subjetividade, o autor utiliza-se dos conceitos de pedagogia visível e invisível. Nesse sentido, a pedagogia invisível, amplamente utilizada na escolarização e na socialização dos indivíduos pertencentes às camadas populares, promoveria um bloqueamento no processo e na percepção da individualização através do uso freqüente de procedimentos que enfatizam a inclusão de seus membros em grupos sociais, dificultando, sobremaneira, a adequação dessas pessoas à situação psicoterapêutica. Em contrapartida, na pedagogia visível, processo socializador comum às classes sociais média e alta, haveria uma maior liberdade e valorização

da espontaneidade, da verbalização das experiências subjetivas e da constatação das diferenças individuais. A pedagogia visível, então, ajudaria na construção de uma identidade pessoal ambígua, capacitando os membros dessas classes sociais a exercerem papéis sociais flexíveis, tornando-os adequados a um processo psicoterapêutico (ver Nicolacci da Costa, 1988).

A noção bernsteiniana, segundo a qual diferentes classes sociais possuem diferentes processos de socialização que, por sua vez, engendram diferentes estruturas subjetivas, tornando os indivíduos mais ou menos adequados às práticas psicológicas, acabou por abrir as portas a um novo questionamento em relação à psicoterapia, instituição e pacientes de baixa renda. Tal questionamento se debruçou sobre o modelo de indivíduo que embasa as teorias psicológicas, respaldando a sua aplicabilidade clínica.

Assim, segundo Ropa e Duarte (1985), as teorias psicológicas se fundamentam em um modelo de indivíduo que seria fruto de um processo histórico advindo da sociedade individualista e disciplinar. Este modelo corresponde aos cidadãos das classes média e alta das sociedades modernas. A eficácia simbólica da psicanálise, para os autores, dependeria de sua prática transcorrer com sujeitos que se socializam através desse modelo, pressupondo a disseminação de vivências como a intimidação, a interiorização, o auto-exame e a privatização dos sentimentos. Este processo seria referente à difusão do ideário individualista e disciplinar ocorrido através da socialização dos membros das classes média e alta. Nessa perspectiva, a socialização desses indivíduos os tornaria mais adequados à psicoterapia, uma vez que os permitiria compartilhar do mesmo sistema simbólico no interior do qual as teorias psicológicas foram estruturadas. Através dessas considerações, os autores ressaltam a noção de que a psicanálise seria mais facilmente absorvida pelas classes média e alta da sociedade porque ela seria congruente com a percepção que esses sujeitos possuem sobre si mesmos, ou seja, existiria uma afinidade eletiva entre o modelo psicológico da psicanálise e a constituição do indivíduo e de sua subjetividade intimista e privatizada.

Da mesma maneira, o fato de o processo socializador referente às classes populares dispor de outros sistemas simbólicos, não baseados no ideário individualista, tornaria a expansão da psicoterapia para esses grupos sociais um problema de difícil solução e talvez um importante fator na explicação dos pífios

resultados encontrados na concretização dessa modalidade clínica. Em seus estudos sobre a questão dos sintomas psicológicos nas classes trabalhadoras, os autores destacam, ainda, que esses pacientes produzem uma série variada de significados sobre aquilo que denominam de “doenças dos nervos”, pautando-se, principalmente, em concepções orgânicas. Ao produzirem explicações fisiológicas para darem conta de vivências psicológicas, esses pacientes procuram, preferencialmente, por uma intervenção medicamentosa, em detrimento de um trabalho psicoterapêutico, pois não reconhecem o significado desse termo, transformando sua prática em um espaço destinado à pura catarse. Acrescentam, ainda, o fato de esses pacientes recorrerem a distintos sistemas simbólicos para solucionarem seus males, principalmente, os que prometem soluções mágicas, tais como rezadeiras, macumbeiras, cartomantes, etc, promovendo uma diminuição na eficácia simbólica de cada um deles.

A partir da noção de que existiria uma aproximação entre a visão de mundo psicologizante e a ideologia individualista, os autores sublinham a necessidade de se promover uma reflexão crítica sobre a possibilidade de difusão dos saberes psicológicos para as classes trabalhadoras, como também sobre os limites e as condições de aplicabilidade desses saberes em segmentos sociais que não sejam estruturados pela ideologia individualista. No caso brasileiro tal necessidade se imporia de forma gritante posto que existe uma distribuição diferencial do ideário individualista entre as camadas sociais, o que, em termos de psicoterapia institucionalizada, equivale dizer que poderíamos estar oferecendo uma versão terapêutica individualizante para pacientes não individualizados (DUARTE e ROPA, 1985).

A noção sócio-genética sobre a estruturação subjetiva acabou produzindo uma série de questionamentos acerca da possibilidade de se trabalhar psicoterapicamente para além dos grupos sociais estruturados a partir de um universo simbólico individualista, ora afirmando sua inadequação (DUARTE e ROPA, 1985; BORGES, 1987), ora para propor mudanças na técnica, como a utilização da psicoterapia breve focal proposta por Fiorini (1978), ou a psicoterapia breve integrada, desenvolvida por Lemgruber (1987), ou ainda mudanças na dinâmica clínica através da presença de um terapeuta mais diretivo ou mais ativo, como o propõem Figueiredo e Schvinger (1982).

Por outro lado, autores como Costa (1986, 1987, 1989 a, 1989b) começaram a refletir sobre a mesma questão a partir de um prisma diferente, visando assegurar a possibilidade de se trabalhar com o dispositivo analítico nos ambientes institucionais com pacientes provenientes de diferentes classes sociais. Em suas considerações, o autor se preocupou fundamentalmente com dois pontos principais:

- a) entender a psicanálise como um instrumento de compreensão da subjetividade, construído em um momento histórico determinado, para lidar com sujeitos de um tempo e de um lugar, ou seja, o autor recusa a universalidade da psicanálise assim como a possibilidade de pensar seus conceitos como se fossem a-históricos ou a-temporais;
- b) em segundo lugar, o autor propõe tomar as diferenças culturais e lingüísticas como pontos de partida para assegurar a viabilidade do método e do dispositivo psicanalítico para se trabalhar com o sofrimento psíquico das diversas classes sociais, em vez de concebê-las como obstáculos intransponíveis.

Para tal, o questionamento sobre a noção de um modelo de indivíduo subsumido pelas teorias psicológicas, fruto do individualismo e da sociedade disciplinar em relação à adequação das psicoterapias às camadas populares, foi efetuado por Costa através das noções de identidade psicológica, identidade social e de projeto terapêutico. Segundo o autor, a identidade psicológica, em nossa sociedade, estando vinculada ao ideário individualista, se orienta a partir de dois eixos: a diferença entre os sexos (masculino e feminino) e a diferença geracional (pais e filhos) ambas ditadas pelas normas sociais. Em seus estudos, Costa (1987, 1989 b) propõe que nas classes populares, além da identidade psicológica, existe, ainda, a identidade social que permite a identificação de seus membros como trabalhadores, tomando-a como um dado natural e inquestionável. Nesse sentido, o conflito psíquico se estrutura a partir do embaralhamento entre essas duas identidades, ou seja, no momento em que o sujeito vivencia uma situação de ordem social como se ela fosse pessoal, psicológica. Esse é o caso, por exemplo, quando impedido de trabalhar (identidade social) o sujeito sofre internamente (identidade psicológica). Baseando-se nessa noção, o autor sustenta sua proposta de que o melhor caminho para o atendimento de pacientes de baixa renda seria o de oferecer uma psicoterapia em grupo, posto que, nessa situação, o processo

primário de socialização desses pacientes não seria confrontado. A intenção do autor, com essa estratégia, seria a de atenuar, dessa forma, um tipo de resistência que, não podendo ser vencida, torna-se um obstáculo, na maioria das vezes, intransponível, ao progresso do tratamento. Ainda que indicando a modalidade clínica grupal como a mais adequada ao atendimento da população de baixa renda, em seu estudo, o autor perfaz um amplo caminho para assegurar a viabilidade da utilização dos conceitos psicanalíticos tanto no trabalho institucional quanto grupal, através da conceituação de um ego-imaginário como fundamento da estruturação subjetiva.

Em acréscimo, para Costa¹, torna-se importante observar, no desenvolvimento de um processo psicoterapêutico, as diferentes concepções que embasam o entendimento que pacientes e terapeutas possuem em relação a vários aspectos do atendimento psicológico. Para tal, o autor formulou o conceito de projeto terapêutico, visto como um conjunto articulado de expectativas em relação ao tratamento psicológico, o qual recobre quatro noções básicas:

- a) de cura: na psicoterapia, a doença deve ser entendida como um problema de determinações múltiplas a ser solucionado, assim a experiência de dor psicológica deve ser tomada como um objeto passível de reflexão e de crítica, a partir do qual receberá uma compreensão e uma solução, que modulará diferentes noções em relação ao conceito de cura;
- b) de causalidade: para alguns pacientes, a noção que eles possuem sobre a doença e o padecer psicológico pode diferir daquela construída pelas teorias psicológicas, pois eles possuem diferentes concepções sobre a causalidade que não seja o conflito interno, mas, por exemplo, uma causalidade mágico-religiosa (quebranto, mau-olhado, castigo divino), ou de fundo orgânico (pancada na cabeça, suspensão das regras, doença no cérebro) etc;
- c) de tratamento: como conseqüência da noção de causalidade referida aos modelos das teorias psicológicas, encontra-se a noção de que os sintomas psíquicos possuem um sentido oculto, podendo ser desvelado através do trabalho terapêutico. Assim, a interpretação promove a compreensão das causas das produções sintomáticas e permite que essas

¹ Ver: Bezerra, 1983 e 1987.

recebam novos significados, re-descrevendo a história pessoal de cada paciente. Para que tal processo de re-simbolização ocorra, faz-se necessário que o tratamento recubra a biografia do paciente como sendo o espaço no qual os sintomas se inscrevem, abrindo o processo terapêutico em duas direções: passado e futuro. A psicoterapia se baseia na idéia de que as experiências afetivamente mais marcantes para o paciente ocorreram no passado, havendo, portanto, a necessidade de procedê-las a uma re-organização. Tal re-organização demanda um tempo de espera, no presente, e uma projeção para o alcance de uma solução futura, em aberto. Ou seja, o trabalho fica dependente de que o paciente recorra, internamente, a uma trajetória de vida, na qual, passado, presente e futuro se entrelacem e possuam uma linearidade, o que não ocorre de forma simétrica em todas as classes sociais;

d) de indivíduo: todo esse trabalho psicoterapêutico depende, em última instância, da noção de indivíduo na qual o mundo interno de cada sujeito é visto como o lugar da sua verdade existencial, reduto de suas emoções, espaço de sua intimidade. Tal concepção de subjetividade, sendo social e historicamente determinada, varia de sociedade para sociedade e entre grupos sociais de uma mesma sociedade.

Podemos notar, então, que com a noção de projeto terapêutico, Costa reforça ainda mais a necessidade de se submeter a um processo de reflexão crítica a diferença entre os modos de compreensão que pacientes e terapeutas possuem sobre o tratamento psicológico, suas premissas e seus objetivos, no sentido de permitir que um trabalho psíquico seja efetuado, levando-se em conta as inúmeras formas através das quais a diversidade cultural marca as individualidades, permitindo que os sujeitos se constituam como sujeitos do desejo e do inconsciente.

Partindo de uma perspectiva semelhante, alguns estudos (VILHENA,1988, 1993, SANTOS,2000, VILHENA e col. 2000 e VILHENA e SANTOS,2000 a e b), promovem uma crítica à noção sócio-genética da subjetividade para proporem um deslocamento teórico e técnico em relação à questão da psicoterapia com pacientes das classes populares. Nesses trabalhos procura-se demarcar que a questão da clínica psicológica institucional deve se voltar para o campo clínico, de forma a promover uma re-descrição do cenário analítico face à multiplicidade de

contextos no interior dos quais a psicanálise se desenvolve na atualidade. Tal posicionamento nos parece importante, pois implica em duas conseqüências distintas, porém complementares.

Primeiro, afasta a possibilidade de, no trabalho psicanalítico institucional, se ignorar a presença da instituição e os reflexos que essa impõe ao desenvolvimento do processo analítico, como o fazem alguns autores que baseiam o seu trabalho em uma interpretação estruturalista da psicanálise. Nesse viés, parte-se de uma concepção univversalizante da linguagem. Assim, a construção da subjetividade e o processo analítico são concebidos como não estando pautados em determinantes sócio-culturais e históricos. Incluídos nessa perspectiva podemos citar os trabalhos de Figueiredo (1997) e Nobre (1998), nos quais é proposto o entendimento da clínica como um processo que parte dos movimentos inconscientes do paciente, suportado pelo desejo do analista, na instauração da transferência. Nesse processo, supõe-se a presença de único sujeito: o paciente em relação com seu grande outro. Ou seja, a experiência analítica não ocorre em um campo intersubjetivo paciente/analista, em interação, mas refere-se a um único sujeito produzindo seus movimentos transferenciais.

Em segundo lugar, a perspectiva inaugurada por Vilhena (op.cit.), inscreve o trabalho psicanalítico em uma vertente ética a qual indica que a questão da anasabilidade deve ser definida a partir de cada caso em particular e não em termos apriorísticos, quer seja este baseado em referenciais lingüísticos ou de classes sociais. Nesse sentido, Vilhena (1993) nos informa que podemos vislumbrar, nas posições sócio-genéticas, a respeito da construção da subjetividade, que postulam uma inadequação das camadas populares ao trabalho psicoterapêutico, uma manobra de manutenção da exclusão dessa população através do poder concedido ao saber intelectualizado, perpetuando a marginalização, incentivando o apagamento das diferenças e o enfraquecimento dos laços sociais. Na medida em que as teorias psicológicas tomam as diferenças de classes, de códigos lingüísticos e de ethos social como determinantes no processo de subjetivação, elas acabam produzindo uma radicalização na distinção entre as pessoas: excluem toda uma camada populacional da possibilidade de serem considerados como sujeitos, uma vez que os retira da ordem do desejo para inscrevê-los na ordem da necessidade, e, de forma antecipada e inquestionável, classificá-los como não analisáveis.

Segundo Vilhena (op. cit.), tal concepção levou à construção de um verdadeiro apartheid clínico, reproduzindo, em termos de atendimento psicológico, a mesma lógica que regula as relações sociais em nossa cidade: reserva-se a uma parcela da população (às classes média e alta) um atendimento padrão (a psicanálise, desenvolvida no conforto dos consultórios particulares), enquanto toda uma outra parcela da sociedade (a classe pobre) fica excluída de tal atenção posto que, por essência, seus membros não seriam talhados para esse tipo de trabalho. Assim, ao conceber a classe social como o determinante fundamental no processo de construção da subjetividade, tal perspectiva não abre espaço para que o idiossincrático seja considerado, ao mesmo tempo em que marca toda uma população pelo significante da falta – pouca flexibilidade, pouca habilidade lingüística, pouco distanciamento, pouca capacidade de transformação psíquica, etc..

Podemos destacar, como pontos principais que norteiam as críticas formuladas pelas autoras em relação a uma perspectiva excludente de trabalho analítico e que, simultaneamente, servirão de base para as nossas próprias considerações, os seguintes aspectos:

- a) para a psicanálise, o desamparo é fundamental em todo ser humano, inscrevendo a todos no domínio do Édipo e da divisão do aparelho psíquico que passa a ser regulado pela ordem do desejo inconsciente. Tal concepção inscreve o corpo em uma dimensão erógena, retirando-o da ordem da necessidade para alocá-lo no seio do registro do prazer. Ou seja, a vivência das sensações psicológicas ou orgânicas nunca será concreta, mas formulada de uma maneira fantasmática, investida pulsionalmente, portanto, desejante (ainda que a flexibilidade se apresente de formas distintas nas diferentes classes sociais);
- b) pautar a inadequação dos pacientes pobres à psicoterapia nas diferenças lingüísticas reduz o psiquismo a uma unidimensionalidade que apresenta uma noção de subjetividade como sendo socialmente fabricada, deslocando-a do relativismo para o universalismo radical, na medida em que não permite que o idiossincrático apareça como elemento dialetizador nos processos de construção subjetiva. Assim, toda uma parcela populacional é homogeneamente concebida como não analisável a priori, sendo essa noção diametralmente oposta à ética psicanalítica que

pressupõe a diferença como fundamental e resguarda à capacidade de diferir o traço unificador do ser humano;

c) sendo a psicanálise uma ciência, o processo psicanalítico não se constitui como uma questão de fé, cuja eficácia depende, como no xamanismo, que o paciente acredite em seus pressupostos para que a cura se processe. Porém, ao propor um entendimento dos fenômenos psíquicos, no decorrer do processo analítico, os sintomas recebem novos sentidos e significações a partir de uma produção conjunta perpetrada pelo par analista/analizando. Ou seja, nesse processo não se faz necessário que pacientes e terapeutas compartilhem de um mesmo projeto terapêutico, ou que não recorram, simultaneamente, a outros recursos terapêuticos complementares (mágicos, imediatistas, ou medicamentosos) para que a transformação psíquica ocorra.

Nos parece importante ressaltar, ainda, que tal proposta de trabalho não se faz no sentido de negar as diferenças sociais. Mas, ao contrário, a partir dessas diferenças, o que é negado é a possibilidade de se reduzir o psíquico ao registro social, tomando-o como unidimensional. Com isso, a proposta é conceber o ser humano como multideterminado, multifacetado em sua originalidade, sendo a sua subjetividade construída a partir de múltiplos determinantes (sociais, culturais, físicos, genéticos, hereditários, etc), conferindo uma suposta identidade ao sujeito a partir da dialeticidade entre o eu e o outro. Ou seja, a subjetividade não deve ser entendida como exclusivamente social ou individual, mas como um processo dialético que se constrói a partir dos significados compartilhados pelo grupo social permitindo a individualização em meio à coletividade.

Assim, as diferenças sociais e lingüísticas não constituem obstáculos definitivos para a prática clínica psicanalítica. Nesta, o paciente pronunciará um discurso sobre seu desejo o qual se encontra regulado pela lógica do inconsciente, plural e paradoxal por essência. Uma vez que a escuta desse desejo não deve ser etnocêntrica a ponto de tomá-lo como socialmente determinado, abre-se as portas para a possibilidade de se promover uma re-descrição do cenário psicanalítico em busca de novos dispositivos clínicos que atendam à diversidade de situações que caracterizam a clínica psicanalítica atualmente, a despeito de sua localização (VILHENA e SANTOS,2000,p. 5).

No processo de conceituação do espaço clínico institucional, as autoras apresentam a possibilidade de que este deveria ser entendido a partir da noção de

complexidade, tal como proposta nos estudos de E. Morin (1991), uma vez que essa perspectiva permite um trabalho operacional, sustentado em uma lógica inclusiva, através da qual os fenômenos paradoxais encontram possibilidades de expressão e compreensão. Nesse sentido, Morin (1991), em *Introdução ao pensamento complexo*, propõe a idéia de que se possa entender a realidade empírica por um outro prisma que não o da racionalidade cartesiana, porém o da complexidade:

[...] à primeira vista, a complexidade é um conjunto tecido (complexus: o que é tecido em conjunto) de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados – coloca o paradoxo do uno e do múltiplo. Na segunda abordagem, a complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomenal (MORIN, 1991, p. 17).

Ao mesmo tempo o autor define três princípios para a compreensão da complexidade: o princípio dialógico, que permite que a unidade seja pensada comportando o dualismo e a contradição; o da recursão organizacional, o qual rompe com a noção de causalidade linear (relação causa/efeito) para introduzir a noção de causalidade em espiral, onde o que é produzido volta sobre o que se produziu em um ciclo auto-constutivo, auto-organizador e auto-produtor; e o princípio hologramático, através do qual o autor afirma que não apenas a parte está no todo como também o todo está em cada parte.

Partindo dos estudos da física, que demonstravam a necessidade de se repensar o papel do acaso e da indeterminação no interior dos sistemas organizados, o pensamento de Morin se estruturou a partir da superação da epistemologia da ciência clássica, ao propor o trabalho com o aleatório, com o acontecimento e com o acidental. Em suas palavras:

[...] trata-se não apenas de reconhecer a sua presença, mas de integrar o acaso, tanto no seu caráter de imprevisibilidade quanto de acontecimento. Trata-se não apenas de a localizar de maneira estatística, mas de conceber em seu caráter radical e polidimensional a informação, conceito não redutível à matéria e à energia. Trata-se de integrar sempre o meio incluindo-o até no conceito de mundo. Trata-se de integrar também o ser auto-eco-organizado, no conceito de sujeito (MORIN, 1991, p. 63).

Segundo Vilhena e Santos (2002 a) no desenvolvimento teórico da psicanálise, inicialmente, o espaço clínico foi compreendido como transcorrendo a

partir de uma separação entre analista e analisando. Assim, a neutralidade era garantida por uma ilusória possibilidade dada ao analista de se manter afastado dos acontecimentos da sessão. Tal configuração da clínica se pautava no paradigma da ciência clássica, perpassado pela lógica racional cartesiana excludente e disjuntiva. Nesse tipo de pensamento simplificador são produzidas diversas dissociações: o analista é isolado do paciente, a psique isolada do soma e o social/cultural/político da sessão clínica. Além disso, pelo fato de a racionalidade cartesiana buscar a ordem e a coerência com a finalidade de conceber um universo estrito e totalmente determinista, ficam excluídos, do âmago da lógica desse pensamento, a contradição e o acaso, assim como a desordem e a dispersão.

Essa conceituação do espaço clínico analítico foi superada em um segundo momento de elaboração teórica, em que a sessão passou a se configurar como um cenário múltiplo, no qual o acontecimento fez sua inscrição: o aqui e agora da sessão, atravessado por uma série de vicissitudes, ultrapassando o pensamento simplificador existente na primeira conceituação para adotar a lógica da complexidade. Nesse sentido, as autoras nos asseguram que podemos vislumbrar no próprio pensamento freudiano esse tipo de pensamento complexo, na medida em que Freud admitiu trabalhar com o paradoxo (presente sobretudo no conceito de pulsão), o múltiplo e o dialógico (presente, por exemplo, nos conceitos de séries complementares e de pulsão de vida e de morte).

Nessa perspectiva, o conceito de sujeito, na teorização freudiana, explode em complexidade em seus aspectos físico, biológico, psíquico e social, trazendo para a psicanálise a possibilidade de um pensar complexo. Ao mesmo tempo, esse tipo de conceituação impõe a necessidade de se pensar o espaço clínico a partir de um paradigma que comporte a noção de complexidade e do acontecimento.

A noção de acontecimento designa o que é improvável, acidental, aleatório, singular, concreto e histórico. Os acontecimentos de caráter modificador são os que resultam de encontros e interações entre princípios ou sistemas organizados e, também, por outro lado, entre sistemas organizados e uma perturbação de qualquer origem. Portanto trocas, associações, simbioses, mutações, regressões, progressões, desenvolvimentos, podem ser originados por tais acontecimentos (SANTOS,2000, p. 52).

Reconhecendo que o discurso psicanalítico é operado a partir de uma lógica para a qual a racionalidade instrumental, tal qual nos propõe Descartes, não se apresenta como suficiente, a proposta é que se entenda o espaço clínico como um campo intersubjetivo complexo, comportando, assim, o trabalho com os fenômenos paradoxais presentes no desenvolvimento dos processos terapêuticos. Finalizando, procura-se ressaltar que, ao abolirmos os dualismos e o pensamento simplificador e excludente no processo de se pensar a clínica psicanalítica, faz-se necessário concebê-la não mais em termos de setting, mas em termos de campo. Um campo multifacetado no qual a relação transferencial possa ser conceituada como se estruturando a partir da criação de um campo voltado para a multiplicidade na singularidade. Pois, aceitando-se o paradigma da complexidade, propõe-se o fim das dicotomias, abrindo-se ao entendimento de um universo interativo, dialógico, no qual cria-se ordem na desordem e já não se rejeita o acaso e a indeterminação. Assim, esse campo clínico, que se encontra baseado no paradigma da complexidade, diferencia aspectos sem os excluir e, principalmente, desconstrói algumas disjunções clássicas, tais como: sujeito/objeto, individual/coletivo, realidade interna/realidade externa, saúde/doença, natureza/cultura.

A partir dessas considerações podemos afastar a questão principal em relação ao trabalho psicanalítico nos ambulatorios hospitalares da necessidade de se determinar se as pessoas que procuram a instituição em busca de um atendimento psicológico possuem subjetividades estruturadas de uma forma adequada ao instrumental teórico e técnico da psicanálise. De forma distinta, propomos centralizar nosso questionamento sobre as possibilidades que o analista encontra para operar com um instrumental construído especificamente para trabalhar em um contexto ideal – o consultório particular – transposto para um ambiente inóspito - o ambulatório hospitalar.

Nossa proposta se faz no sentido de pensarmos os reflexos que tal dinâmica impõe sobre o exercício da psicanálise, visando buscar alternativas clínicas específicas para a sua consecução. Na execução dessa tarefa procuramos entender a psicanálise como um instrumento de compreensão da subjetividade, ou seja, uma produção humana construída por sujeitos históricos para trabalhar com narrativas pessoais. Fazer o paciente falar e assegurar a sua singularidade no interior da pluralidade são algumas de suas tarefas. Como fazê-lo em um ambiente

tão pouco preparado para o exercício de sua prática privada e intimista, já que o hospital explode em fenômenos contraditórios e paradoxais, é a questão que colocamos.

Objetivando melhor situarmos esse questionamento, faz-se mister descrever a dinâmica hospitalar, entendendo o hospital como um espaço institucional no interior do qual as tecnologias disciplinares ganharam corpo e possibilidades de instauração. Essas tecnologias, engendrando e sendo engendradas por mecanismos de regulação e controle específicos em seus desdobramentos, fundaram o contexto hospitalar como o espaço privilegiado da visibilidade total. É nesse contexto, transparente e translúcido, aberto a múltiplos olhares, que o cenário psicanalítico, em seus ambulatórios, se estrutura.

Nossa proposta de descrição desse cenário se inicia, portanto, através da perspectiva foucaultiana sobre o entendimento da constituição histórico-genealógica do modelo hospitalar na atualidade. Tal interpretação nos servirá de base para delimitarmos a estruturação da clínica psicológica ambulatorial em seus aportes burocráticos, perfazendo uma análise desta em termos de encaminhamento, recepção, triagem e conclusão ou não do processo psicoterapêutico.

4.2 Para uma re-descrição do cenário analítico: hospital e visibilidade.

Ao se voltar para o estudo, a análise e a compreensão dos mecanismos de controle social, Foucault (2002), em seu clássico livro *Vigiar e Punir*, se debruçou sobre os deslocamentos e transformações que se operaram sobre esses mecanismos na passagem da era clássica para a era moderna. Sublinhando que nessa passagem histórica, à organização dos dispositivos de controle social existente na era clássica (poder soberano) vem acoplar-se, na modernidade, os dispositivos do poder disciplinar.

Desta forma, segundo o autor, foi no transcorrer dos séculos VXII/XVIII que uma nova modalidade de controle político/social começou a ser construída e a ser exercida sobre os indivíduos: os dispositivos disciplinares. Através destes, as sociedades substituíram suas antigas práticas de controle e manipulação sobre os corpos pelas seguintes técnicas:

- a) a escala através da qual o controle se exerce foi aumentada, estabelecendo-se, detalhadamente, sobre gestos, posturas e olhares;
- b) o objeto sobre o qual o controle é exercido passou a ser a economia dos movimentos;
- c) a modalidade do controle se modificou e começou a ser implementada sobre o tempo, o espaço e os movimentos.

Através dos dispositivos disciplinares, aquilo que o controle social visa é a obtenção de corpos dóceis e úteis, ou seja, corpos treinados e preparados para se comportarem de forma ajustada, obediente e útil aos interesses políticos de cada grupo social. Interessa observar a inexistência de uma fonte única a partir da qual essa nova modalidade de poder emana. Se, no poder do soberano este se concentrava na figura do príncipe; no poder disciplinar as fontes são esparsas, difusas, confusas, intercambiáveis, se exercendo através de técnicas diversas. Tais técnicas se impuseram e se distribuíram nos mais diversos ambientes institucionais, entendidos como redes de relações sociais que configuram um modo de olhar, de conceber e de organizar objetos, adquirindo, em cada instituição, especificidades próprias e determinadas: escolas, instituições militares, prisões, fábricas e hospitais se especificam e se comparam nas minuciosas e cotidianas práticas adestradoras. Assim, nesses espaços, os dispositivos disciplinares se impuseram através das técnicas do controle regular, das burocracias, dos regulamentos a serem seguidos, das tarefas repetitivas a serem cumpridas, das inspeções a serem perpetradas, de tal forma que nenhum detalhe deve escapar do controle, do cálculo e da previsibilidade:

Uma observação minuciosa do detalhe, e ao mesmo tempo um enfoque político dessas pequenas coisas, pelo controle e utilização dos homens, sobem através da era clássica, levando consigo todo um conjunto de técnicas, todo um corpo de processos e de saber, de descrições, de receitas e dados. E desse esmiuçamento, sem dúvida, nasceu o homem do humanismo moderno (FOUCAULT, 2002, p.121).

Entre as técnicas da disciplina, Foucault (op. cit.) destaca as distribuições espaciais dos indivíduos, o controle das atividades, a organização das gêneses do poder e a composição das forças. Cada uma delas se organiza e se distribui de formas distintas e contribuirão, cada qual a seu modo, para transformar e

estabilizar, no espaço institucional, o primado da visibilidade e da permeabilidade controlada.

Em relação à distribuição espacial dos indivíduos, o autor observa que a clausura e o encarceramento passaram a ser utilizados como técnicas disciplinares modelares a partir das quais alguns indivíduos são mantidos afastados do convívio com membros de outros grupos sociais. Este é o caso, por exemplo, dos colégios, dos quartéis, das fábricas, dos hospitais, das prisões. Como consequência do refinamento dessas técnicas, no interior das instituições, cada indivíduo passou a ocupar um lugar determinado, como, por exemplo, um leito para cada paciente, uma carteira para cada aluno, um espaço determinado para cada operário. Tal distribuição espacial permite que se visualize e controle as presenças e as ausências, que se intercepte as comunicações, que se analise e observe os comportamentos. Nessa dinâmica, as técnicas disciplinares, ao perfilarem os indivíduos, não apenas os individualiza como, simultaneamente, os insere em um sistema de relações. Isto é, elas constroem um individual que só tem sentido em relação ao grupo, aos outros, ao lugar que se ocupa ou à função que se exerce na hierarquia dos sistemas internos de cada instituição.

Foi nesse contexto que, no decorrer do século XVIII, nos informa o autor, os hospitais militares iniciaram todo um processo de reorganização funcional no qual o controle e a vigilância se acoplaram na germinação das funções terapêutica e acadêmica que passaram a ser exercidas dentro dos hospitais na modernidade². Inicialmente, preocupados em fiscalizar mercadorias, contrabandos e tributos, além de proteger a cidade de epidemias e das doenças contagiosas, os hospitais militares formularam todo um sistema de vigilância e controle sobre diversas atividades, tais como, a localização e guarda de remédios, a verificação da procedência dos doentes, o registro dos seus nomes, a distinção entre as doenças, a descrição dos sintomas, a análise dos prognósticos e da evolução dos tratamentos. Assim,

[...] pouco a pouco, um espaço administrativo e político se articula em um espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes, constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas, nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico (FOUCAULT, 2002, p.124).

² Ver: O nascimento do hospital, em Foucault, M. *Microfísica do poder*, R.J.: Graal, 1979.

Seguindo essas diretrizes, os hospitais se organizaram de uma forma tal que se pudesse ordenar, regular, organizar, separar e analisar objetos e indivíduos. Assim, se tornou importante fazer uma distinção entre os doentes, por doenças a serem tratadas, repartir o ambiente arquitetônico em ambulatórios e enfermarias para melhor controlar e melhor trabalhar livre das confusões. Houve aqui, nos hospitais, a sobre-imposição entre uma técnica de poder (que separa, organiza, controla) e um processo de saber (que diagnostica, trata, clínica). Assim, as técnicas disciplinares (da distribuição espacial dos indivíduos), que asseguraram a ligação entre o singular e o plural, acopladas ao controle das atividades, fundamentaram a possibilidade para o exercício de um poder subliminar. Nos ambientes institucionais, esse poder se realiza, em primeira instância, através de três possibilidades nas quais se fundem as quatro técnicas disciplinares destacadas por Foucault: a distribuição espacial dos indivíduos, o controle das atividades, a organização das gêneses do poder e a composição das forças. Nos hospitais, observa-se que:

- a) o controle das atividades encontrou, no esquema de horários rígidos, um terreno fértil para germinar. Assim, controlar o tempo, regular o horário, passou a ser regra comum nos hospitais. Hora da visita médica, hora da medicação, das refeições, do banho, da visita externa, nada escapa ao esquema rígido dos horários pré-estabelecidos;
- b) por outro lado, a rigidez temporal organizando a subjetividade, instrumentaliza os indivíduos na consecução de suas tarefas, tornando-os operacionais. Para tal as disciplinas que analisam o espaço, que decompõem as atividades, capitalizam o tempo de forma a acumulá-lo e torná-lo suscetível de controle e aproveitamento. Nos hospitais separa-se o tempo de formação acadêmica do da prática clínica. O aprendizado é passado através de instruções pormenorizadas, decodificadas, explicitadas em seus elementos. De tempos em tempos, uma avaliação (prova) é efetuada no sentido de se observar e certificar se o processo de aprendizagem ocorreu a contento. O aprendizado de um ofício ou profissão segue um processo pré-estabelecido, organizado, seriado de instrução antes de o aprendiz se tornar capaz de executá-lo;
- c) para que essa execução possa ser possível, as disciplinas, além de repartir, segmentar e analisar os corpos, de extrair e acumular o tempo,

deve encontrar formas de acumular e compor forças objetivando obter um aparelho eficiente.

Nas palavras do autor:

Em resumo, pode-se dizer que a disciplina produz, a partir dos corpos que controla, quatro tipos de individualidade, ou antes, uma individualidade dotada de quatro características: é celular (pelo jogo da repartição espacial), é orgânica (pela codificação das atividades), é genética (pela acumulação do tempo), é combinatória (pela composição das forças) (FOUCAULT, 2002, p.141).

Nesse contexto, o poder disciplinar, nos ambientes institucionais, se estabelece nas sutilezas. Ele opera individualizando, separando para melhor reunir e combinar forças em prol de um todo. Infiltrando-se nos corpos adestrados, as disciplinas ao mesmo tempo em que, por efeito, individualizam, por consequência instrumentalizam as individualidades, apagando as diferenças na indiferenciação. Assim, sob o poder disciplinar, os indivíduos são, ao mesmo tempo, objetos e instrumentos de seu exercício. Para que ele se realize a contento, faz-se necessário sua presença constante, ininterrupta, vigilante, que se abate sobre os menores detalhes durante todo o tempo. É nesse sentido que o autor nos informa que para que o poder disciplinar seja bem sucedido, sua instrumentalização deve se processar através da combinação do olhar hierárquico e da sanção normalizadora. O interessante é que ambas se consolidam através de um procedimento específico: o exame.

Segundo Foucault (op. cit.), a importância do olhar hierárquico no exercício do poder disciplinar se apresenta por dois motivos principais: a) para que o poder seja eficaz, faz-se necessário que as técnicas que permitem a visualização dos indivíduos, produzam determinados efeitos coercitivos; b) e que, em contra-partida, a coerção permita a clara visualização daqueles sobre quem esta se aplica.

No contexto hospitalar, o reino da visibilidade total favorece e facilita o exercício do poder disciplinar a partir de um modelo no qual a disposição espacial e funcional implanta um sistema de vigilâncias hierarquizadas, as quais se voltam, tanto sobre a equipe de profissionais que lá trabalha, quanto sobre os doentes que lá recebem tratamento. Esse sistema de vigilância tem como função permitir que o poder disciplinar se exerça sobre as individualidades de forma ostensiva e ininterrupta. Através do olhar, a vigilância se estabelece sobre aqueles que estão

próximos, observando seu comportamento, vigiando suas reações, perscrutando seus movimentos. É assim que a estrutura arquitetônica dos hospitais se constrói em torno da idéia de permitir uma observação apurada dos pacientes, para que os cuidados possam ser coordenados e o progresso do tratamento avaliado. Estabelecendo-se a partir de pequenos processos de vigilância e observação, os quais se inter-comunicam, se somam e se multiplicam, o sistema de vigilância hierárquica transforma a multiplicidade em um efeito de poder homogêneo e contínuo.

O aparelho disciplinar perfeito capacitaria um único olhar tudo ver permanentemente. Um ponto central seria ao mesmo tempo fonte de luz que iluminasse todas as coisas, e lugar de convergência para tudo o que deve ser sabido. Olho perfeito a que nada escapa ao qual todos os olhares convergem (FOUCAULT,2002, p.146).

O autor observa, ainda, que a especificação da vigilância precisou ser instaurada de forma a aumentar a produtividade de seu poder, uma vez que a complexização das atividades e tarefas se tornaram mais intensas nas instituições. Para tal, ela se setorializou, se especificou, se decompôs em infinitas instâncias hierarquizadas, tornando-se funcional. Ao se tornar específica e funcional, a vigilância se inseriu no interior das relações internas de cada instituição, agindo como parte da engrenagem produtiva dos espaços em que se estabelece. Sendo exercida de forma piramidal, nenhum indivíduo escapa de suas redes, assim, cada indivíduo é, simultaneamente, fiscal e fiscalizado, observador e observado. Essa modalidade de controle permite, dessa maneira, que o poder seja dissociado de seu ponto de emanção, tornando-se anônimo, difuso e multifacetado. A fragmentação do poder possibilita que ele penetre em todos os espaços institucionais, produzindo efeitos duradouros e consistentes sobre seus objetos/instrumentos - os indivíduos -, normatizando-os.

Explicitando a combinação entre a vigilância hierárquica e a sanção normalizadora, o autor nos informa que, no momento em que a visibilidade penetrou instâncias ínfimas de vigilância, o poder disciplinar se fez acompanhar da criação de um sistema de punição/recompensas, que recobre os espaços íntimos sobre os quais os grandes sistemas de leis não se fazem presentes. Daí a necessidade de criação de regulamentos internos específicos de cada instituição, em particular, que as organize através de sistemas de infra-penalidades.

As disciplinas estabelecem uma infra-penalidade; quadriculam um espaço deixado vazio pelas leis; qualificam e reprimem um conjunto de comportamentos que escapava aos grandes sistemas de castigo por sua relativa indiferença (FOUCAULT, 2002, p.149).

Com isso, o que se abre é a possibilidade de se penalizar tudo aquilo que foge às regras, ao adequado às normas, ao homogêneo, ao uniformemente estabelecido. A correção aos desvios se impõe como função fundamental dos sistemas disciplinares através da re-educação, da pedagogia, da re-aprendizagem, re-inscrevendo o indivíduo no interior da norma. Assim, nos sistemas disciplinares, os comportamentos assumem, além dos conceitos de certo e de errado postulados pela legalidade jurídica, a dimensão valorativa de positivo ou negativo, de bem ou de mal. Ou seja, nesse sistema, o que é vigiado e punido deixa de se reverter apenas sobre o comportamento, mas insere-se no interior das individualidades e passa a fazer parte da personalidade de cada um. Para o autor,

Através dessa microeconomia de uma penalidade perpétua, opera-se uma diferenciação que não é dos atos, mas dos próprios indivíduos, de sua natureza, de suas virtualidades, de seu nível de valor. A disciplina, ao sancionar os atos com exatidão, avalia os indivíduos “com verdade”. A penalidade que ela põe em execução se integra no ciclo de conhecimento dos indivíduos (FOUCAULT, 2002, p.151).

É essa possibilidade de diferenciar para melhor verificar a adequação a um padrão, presente nos dispositivos disciplinares, que permite, a partir de um processo de vigilância contínua, hierarquizar, valorizar, homogeneizar, comparar, excluir, separar e analisar. De forma distinta ao sistema jurídico que toma como referência um corpo de leis, o sistema de penalidades, introduzido pelos mecanismos disciplinares, toma a norma como referência, a observação dos fenômenos, a diferenciação entre os indivíduos, a hierarquização, através de um sistema valorativo, dos comportamentos e a homogeneização das individualidades. Aqui, a normalidade se faz presente e significativa no esforço para a construção de um corpo de saúde e quadro hospitalar capaz e suficiente de

implementá-la. Exatamente por isso, nos hospitais, o paciente é induzido a re-educar sua alimentação, sua postura, seu físico, sua sexualidade, etc.³

Resta-nos observar, ainda, que, nesse sistema ordenador, tornou-se importante estabelecer e utilizar instrumentos que são capazes de promover uma mensuração, quantificação e análise das gradações e diferenças individuais. Não sendo à toa, portanto, que a técnica de exame se apresente como ferramenta fundamental na dinâmica hospitalar.

Nesse sentido, Foucault (op.cit.) nos informa que, através de seu processo altamente ritualizado, o ato de examinar, como prática disciplinar, combina as duas vertentes principais através das quais o poder disciplinar se estabelece:

- a) a vigilância hierárquica, na medida em que aquele que examina detém um saber que lhe torna capaz de diferenciar, separar, classificar, diagnosticar, etc.;
- b) a sanção normalizadora, na medida em que a partir da diferenciação, o examinador pode comparar e mensurar quão longe da norma o examinado está e graduar, a partir daí, sua punição.

Estabelecendo um campo de visibilidade sobre o objeto/sujeito sendo examinado, nesse ritual reúne-se o exercício do poder, a demonstração da força, o estabelecimento da verdade e a submissão explícita. Exatamente por isso, nas técnicas de exame ocorre, de uma forma total, a sobre-imposição do poder e do saber. Segundo o autor, perpassando a medicina, a pedagogia, a psicologia e a psicanálise⁴, o exame permite, através de seus jogos de perguntas e respostas, a abertura para a constituição de um campo de saber no interior do qual o poder se presentifica para aí exercer sua função, produzindo, como efeito, algumas conseqüências interessantes:

- a) no exame, estabelece-se a inversão do campo de visibilidade no exercício do poder: se, no poder do soberano, este último ficava sob o foco de luz, em evidência, dando-se a ver, no exercício do poder disciplinar, este se faz às escuras, torna-se invisível para lançar luz sobre os objetos sobre os quais o poder se exerce. A visibilidade sobre os objetos a serem

³ Ou seja, o discurso hegemônico da implantação da promoção de saúde ganha, no contexto hospitalar, força e possibilidades concretas de propagação.

⁴ Com essa observação o autor nos impõe a tarefa de submetermos nossa atuação clínica sob uma reflexão crítica constante no sentido de não permitir que esta se transforme em uma técnica de controle disciplinar.

disciplinados instaura a economia do poder, é a possibilidade de ser sempre visto que mantém o indivíduo submetido ao poder;

b) essa visibilidade perpétua se presentifica e se concretiza através da prática de documentar as individualidades. A técnica da documentação permite a construção de um padrão de normalidade e categorização (códigos médicos dos sintomas, da evolução da doença, do tratamento, da cura) a partir do qual se pode ter um padrão para que as individualidades sejam comparadas e avaliadas. É extremamente importante para os hospitais encontrar formas cada vez mais adequadas e eficientes de organizar e armazenar a documentação dos pacientes para que esses dados sejam manipuláveis no sentido de ajudarem no entendimento das doenças, tanto em relação ao contexto geral da saúde pública, como para a evolução e tratamento do paciente em si. Ao ser examinado, os pacientes são, simultaneamente, cristalizados em fichas, anotações, prontuários, registros, exames físicos, bioquímicos, etc. Tornando-os visíveis para além do que os olhos podem, naturalmente, enxergar, a intimidade torna-se pública, posto que todos do hospital podem manipular e ler, nos prontuários, dados que são da ordem individual e particular de cada paciente. Ou seja,

O exame abre duas possibilidades que são correlatas: a constituição do indivíduo como objeto descritível,[...] para mantê-lo em seus traços singulares, em sua evolução particular, em suas aptidões ou capacidades próprias, sob o controle de um saber permanente; e por outro, a constituição de um sistema comparativo que permite a medida de fenômenos globais, a descrição dos grupos, a caracterização de fatos coletivos, a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si, sua distribuição numa 'população' (FOUCAULT, 2002, p. 158).;

c) o acoplamento dos registros minuciosos que acompanham a prática do exame transforma cada indivíduo em um caso a ser observado, estudado, analisado, curado, etc. Ou seja, transforma as individualidades em objeto para o conhecimento e para o poder. Ao mesmo tempo individualiza e insere o indivíduo em um sistema de relações e de padrões a partir do qual deve ser medido.

Dessa forma, o exame representa a materialização da instrumentalização de um processo pelo qual o indivíduo torna-se, ao mesmo tempo, efeito e objeto tanto de um saber quanto do poder que lhe é concernente. Através do ato de

examinar estão presentes todas as categorias que estruturam a disciplinarização: a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora, e, além disso, ele permite que as funções disciplinares se tornem presentes através da repartição e da classificação, do controle do tempo e das forças, e da posterior combinação de ambas no exercício do poder.

Temos que deixar de descrever sempre os efeitos de poder em termos negativos: ele exclui, reprime, recalca, censura, abstrai, mascara, esconde. Na verdade o poder produz, ele produz realidade, produz campos de objetos e rituais de verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam nessa produção (FOUCAULT, 2002, p.161).

Ao descrever os meandros do poder/saber e as formas através das quais esses se relacionam no interior dos ambientes institucionais, o autor nos permite observar que o ambiente hospitalar se caracteriza, na atualidade, por ser um espaço aberto à visibilidade. Uma visibilidade que ilumina, expõe e controla, não apenas os pacientes, mas também toda a equipe de funcionários que lá trabalha e que possui suas ações cotidianas milimetricamente observadas. Vejamos como tais mecanismos se tornam presentes na organização e dinâmica da seção de psicologia do Hospital de Força Aérea do Galeão.

4.3 A seção de psicologia do HFAG: um exemplo de organização translúcida.

O Comando da Aeronáutica possui, na cidade do Rio de Janeiro, três hospitais. Um localiza-se no bairro do Rio Comprido (Hospital Central da Aeronáutica – HCA), um no Campo dos Afonsos, em Marechal Hermes (Hospital dos Afonsos) e outro na Ilha do Governador (Hospital de Força Aérea do Galeão – HFAG). O HFAG foi inaugurado em 1981 e possui 15 especialidades médicas, que atuam tanto no âmbito ambulatorial quanto cirúrgico. O hospital possui um Centro Cirúrgico, uma Unidade de Terapia Intensiva, um Centro de Tratamento de Queimados, uma Unidade de Apoio à Criança e uma Odontoclínica. O quadro de profissionais é composto por funcionários civis e militares.

A população atendida pelo HFAG é constituída pelos militares da Aeronáutica e seus dependentes. O fato de o trabalho hospitalar ser voltado para esse público específico, e não para a população em geral, não impede, entretanto, o contato com a diversidade cultural e social, uma vez que as pessoas que

recorrem ao hospital são pertencentes a diferentes estratos sociais e possuem níveis educacionais distintos, sendo estes referentes ao posto ou graduação do militar. Além disso, a clientela do hospital conta com pessoas provenientes das mais diferentes localidades geográficas do Brasil, já que os militares são constantemente transferidos de uma cidade para outra.

Especificamente, a seção de psicologia do HFAG é constituída por uma equipe formada por duas psicólogas militares (uma major e uma capitão), uma psicóloga civil contratada, uma psicóloga voluntária e um grupo de estagiários de diversas faculdades de graduação em psicologia do Rio de Janeiro. O trabalho da seção recobre três possibilidades: pacientes internados; ambulatório (atendimento psicoterápico em grupo ou individual) e grupo de suporte multi-disciplinar com pacientes portadores de patologias graves.

Em relação aos pacientes internados, a rotina da seção da psicologia é a seguinte: a seção recebe diariamente a lista dos pacientes que estão internados com o número de seus quartos discriminado. Um membro da equipe da psicologia faz uma visita a cada paciente recém internado fornecendo informações sobre a seção de psicologia e colocando a clínica à disposição tanto dos pacientes quanto de seus familiares. Dessa forma, todos os pacientes que passam pela internação recebem essa visita (Visita Informativa – VI) a partir da qual, em alguns casos, os pacientes pedem para serem acompanhados pela psicologia pelos mais diversos motivos, como por exemplo, por se sentirem muito sós, ou muito tristes, ou por não estarem conseguindo uma boa comunicação com os médicos ou enfermeiros. Enfim, as queixas são as mais distintas possíveis e fornecem uma oportunidade de se promover um trabalho precioso no sentido de facilitar o tratamento médico, assim como o processo de recuperação e de alta do paciente.

Além desse pedido proveniente dos pacientes ou de seus familiares pelo trabalho da psicologia, toda a equipe de saúde – médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, etc, podem pedir um parecer da psicologia sobre as condições emocionais e psicológicas de um determinado paciente. Nesses casos, a psicologia atende o pedido e, dependendo do caso, acompanha o paciente até sua alta ser efetuada.

Além do acompanhamento dos pacientes internados, que inclui atendimento pré e pós-cirúrgico, a seção de psicologia trabalha com algumas patologias crônicas e participa de grupos de suporte multi-disciplinar, formado

por médicos, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, o padre do hospital (um capelão-militar), pacientes e familiares. No momento, os grupos de suporte que estão em desenvolvimento são: grupo dos diabéticos, grupo de obesos mórbidos (preparatório para cirurgia de redução do estômago e acompanhamento pós-cirúrgico) e grupo para pacientes portadores de câncer (grupo companheiro).

Em relação ao âmbito ambulatorial, o atendimento clínico é desenvolvido em grupo (preferencialmente) ou individual. O modelo psicoterápico adotado é o da Psicoterapia Breve Integrada (Lengruber,1987), sendo os atendimentos transcorridos em torno de 25 sessões, podendo existir algumas exceções.⁵ Complementando as atividades, às sextas-feiras há uma reunião clínica, interna, somente para a equipe da seção de psicologia, na qual os casos em atendimento são discutidos e a supervisão das estagiárias efetuada. Ao final de cada mês, assim como todas as outras clínicas do mesmo, a psicologia deve entregar à direção do hospital, uma estatística referente ao número de atendimentos efetuados pela seção, de forma a demonstrar a produtividade do trabalho realizado. Uma vez que o trabalho psicoterapêutico possui uma dinâmica temporal diversa daquela existente nos tratamentos médicos, a estatística acaba se tornando uma interferência no sentido da direção hospitalar considerar pequeno o número de pacientes atendidos pela psicologia, assim como reclamar da longa fila de espera por atendimento.

Uma vez que a clientela da seção de psicologia também frequenta as outras clínicas do hospital, as atividades desenvolvidas pela psicologia apresentam-se, sempre, perpassadas por inúmeras outras interferências externas, quer seja pela atuação de outros profissionais, tais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas, secretárias, atendentes, a equipe da limpeza, enfim, toda uma série de profissionais que lidam com os usuários do hospital e que certamente produzem efeitos, tanto positivos quanto negativos, no andamento do tratamento psicoterápico no sentido de facilitar ou dificultar a instauração de uma transferência positiva com o psicólogo uma vez que este será sempre considerado, pelo paciente, como um representante da instituição hospitalar. Sendo assim, a forma através da qual o paciente é tratado na instituição, em geral, se torna essencial para o desenvolvimento dos processos

⁵ Entre as profissionais da equipe, sou, no momento, a única que trabalha através do modelo psicanalítico, sem tempo marcado para o término do atendimento.

terapêuticos, em particular. Ambígua posição ocupa a psicologia no ambiente hospitalar. Pois, se por um lado o paciente a compreende como um elemento institucional e o psicólogo como um de seus representantes, por outro lado a instituição percebe a atuação do psicólogo por um prisma bastante diferente. O fato de o trabalho do psicólogo se centralizar, fundamentalmente, em privilegiar as sensações, percepções, queixas e expectativas do paciente, faz com que os profissionais da instituição percebam essa atividade como produtora de tensão, conflito e provocações, ou seja, como um elemento externo à rede institucional. Contra a atuação deste, inúmeros dispositivos de resistência são elaborados e implementados, entre os quais podemos citar: desvalorização do trabalho do psicólogo, impedir a participação da psicologia no atendimento ao paciente, imposição do saber médico em detrimento do saber da psicologia .

Levando-se em conta que, a partir do momento em que o paciente chega ao hospital para um atendimento, quer seja para internação, quer seja para o atendimento ambulatorial, ele passa por uma série de instâncias que vão desde o atendente ao médico, a forma que ele é recebido por cada representante da instituição produzirá efeitos na relação que o paciente estabelecerá com o hospital, com sua equipe de funcionários e conseqüentemente refletirá sobre o desenvolvimento de seu tratamento e de sua recuperação. Por outro lado, o modo pelo qual a equipe de funcionários se vincula à instituição, se ele está satisfeito ou não com o seu trabalho, será de fundamental importância para o atendimento ao paciente.

Assim, a partir do organograma hospitalar, direção geral, direções específicas, chefes de seções, componentes de cada seção, que devem agir conforme o regulamento interno da instituição e zelar para que seus companheiros também obedeçam ao mesmo regulamento, efetua-se a distribuição e o exercício do poder disciplinar, tanto em termos de uma constante vigilância hierárquica quanto de sanções normalizadoras. Nessa dinâmica, a vigilância se estabelece a partir da figura de um representante institucional dotado de autoridade, superior em uma cadeia hierárquica, impondo-se de cima para baixo. Agindo verticalmente, o poder vigia, controla, observa e se sobrepõe a partir da repressão, da condenação, da punição. Seu efeito se reproduz em cascata, de tal forma que cada subordinado age com seu subordinado na cadeia hierárquica da mesma

forma, instaurando, entre os funcionários da instituição, o medo, a sensação de perseguição e a insegurança de cometer um erro.

O fato de o organograma hospitalar ser constituído por uma estrutura piramidal e hierárquica produz determinados efeitos sobre os funcionários da própria instituição, estabelecendo uma rede de distribuição de alguns dispositivos disciplinadores através dos quais os poderes se ramificam e se impõem de uma forma, às vezes explícita, mas na maioria das vezes silenciosa e sub-liminar. Uma vez que os profissionais se inserem nessa dinâmica, nessa movimentação, às vezes exercendo, às vezes se submetendo ao poder instituído, esta produz conseqüências subjetivas determinadas para o desenvolvimento de seu trabalho diário. Principalmente porque, no hospital, à essa dinâmica dos jogos de poder soma-se a difícil tarefa de enfrentar diariamente a dor, o sofrimento, o adoecimento, a possibilidade real da morte, enfim, impasses e limites que atingem diretamente cada profissional, demonstrando, cotidianamente, o profundo desamparo e fragilidade do ser humano, suscitando conteúdos inconscientes relacionados àquilo que é mais profundo e mais difícil de lidar: a perda, a solidão, a dor, enfim, a angústia de morte.

Nesse contexto multifacetado, complexo, no qual cada profissional pode se tornar o observado e o observador do outro, onde as paredes têm ouvido e a privacidade quase não encontra lugar, é que os atendimentos psicoterápicos devem transcorrer. Dessa maneira, procurando especificar a dinâmica ambulatorial e os atravessamentos externos aos quais os atendimentos psicoterápicos se encontram submetidos, utilizamos o livro de triagem dos anos de 1999 e 2000 (anos escolhidos aleatoriamente) como exemplo e ilustração da dinâmica diária do trabalho efetuado no âmbito ambulatorial.

Ao chegarem ao hospital, os pacientes são encaminhados diretamente à seção de psicologia, entre 8 e 5 horas da tarde, onde são entrevistados por um dos membros de nossa equipe com o objetivo de coletar dados específicos sobre o paciente, anotando-os no livro de triagem, como ilustrado a seguir:

NOME:
 NÚMERO DO PRONTUÁRIO:
 RESPONSÁVEL: POSTO:
 DATA DE NASCIMENTO:
 ENDEREÇO:
 TELEFONE:
 DATA DA TRIAGEM:
 ENCAMINHADO POR:
 TRIADO POR:
 INÍCIO DO ATENDIMENTO:
 TÉRMINO DO ATENDIMENTO:
 ATENDIDO POR:
 QUEIXA PRINCIPAL:

A partir dessa triagem, o paciente aguarda ser chamado, através de um aerograma, para ser atendido ou em grupo (preferencialmente) ou individual. A formação dos grupos obedece a critérios de idade (pré-adolescentes; adolescentes; adultos), de indicação diagnóstica, e de aceitação por parte do próprio paciente em fazer parte do grupo. Casos contra-indicados para atendimento em grupo e pacientes que não aceitam participar dessa modalidade terapêutica são atendidos individualmente. Alguns pacientes são re-encaminhados para outras clínicas (o que ocorre geralmente, no momento mesmo da triagem), como, por exemplo, pacientes psiquiátricos ou dependentes químicos.

Uma vez enviado o aerograma, o responsável pelo atendimento em grupo ou individual deve completar, no livro de triagem, os espaços relativos aos campos – início do atendimento, término do atendimento e atendido por -, deve, ainda, assinalar se o paciente atendeu ou não ao chamado da seção, se houve desistência ou se o paciente recebeu alta. Tanto os grupos quanto os atendimentos individuais são discutidos e analisados nas sessões clínicas e de supervisão que ocorrem todas as sextas-feiras, com a participação de todos os membros da seção de psicologia.

Quando a seção recebe pacientes enviados por clínicas do próprio hospital ou de outros hospitais da Aeronáutica, tanto do Rio quanto de outras localidades do Brasil, o responsável pelo atendimento deve entrar em contato com a clínica de

origem para informar a chegada do paciente assim como o encaminhamento dado ao caso. Da mesma forma, o psicólogo responsável pelo atendimento de casos de competência militar (por exemplo, não adaptação às regras internas da instituição militar, problemas de relacionamento interpessoal, acidentes de trabalho com armas de fogo, aeronaves, etc) deve entrar em contato com o superior hierárquico do militar em questão e informar o início do atendimento, assim como dia e horário das sessões de psicoterapia. Em alguns casos, a própria Unidade Militar onde o paciente em atendimento está lotado, envia um representante militar à seção de psicologia para se informar a respeito do progresso do atendimento.

O fato de o hospital ser localizado próximo à vila residencial dos militares e seus familiares favorece que os mesmos sejam conhecidos entre si, assim como facilita que se torne público o fato de alguém estar se submetendo a uma psicoterapia. É comum a interrupção do tratamento e a posterior tentativa de reiniciar o atendimento por parte dos pacientes, de forma que se torna freqüente o mesmo paciente ser atendido por dois ou mais psicólogos da seção, em momentos distintos, sem que o paciente demonstre resistência a esse fato.

Tendo como referência o livro de triagem da seção de psicologia, 498 pessoas procuraram a seção em busca de atendimento, no período compreendido entre janeiro de 1999 a dezembro de 2000. Destes, foram analisados 324 inscrições, uma vez que aquelas que estavam faltando informações em relação a um dos dados (encaminhado por, encaminhado para, aceitação ou desistência do atendimento) não foram levadas em consideração.

Em relação ao encaminhamento:

- 161 pacientes vieram por iniciativa própria;
- 19 foram enviados pela clínica médica;
- 16 por familiares (pai/mãe; filho/filha; marido/esposa);
- 15 pela neurologia;
- 10 pela psiquiatria (do HCA);
- 10 pela dermatologia;
- 10 pela psicologia (do HCA ou do Hospital dos Afonsos);
- 9 pela escola;
- 7 pela cirurgia geral;
- 6 pela endocrinologia;
- 6 pelo serviço social;

5 pela oncologia;
5 pelas Unidades Militares;
5 pela gastroenterologia;
3 pela Vara de Família;
2 pela emergência;
2 pela ginecologia;
2 pela fonoaudiologia;
2 pela reumatologia;
1 pela cirurgia plástica;
1 pela urologia;
1 pela pediatria;
1 pela fisioterapia;
1 pela otorrinolaringologia;
1 pela nutrição.

TOTAL: 312 PACIENTES.

RE- ENCAMINHAMENTOS:

18 desses pacientes foram re-encaminhados para a psiquiatria;
5 para tratamento de dependência química.

No universo desses 324 pacientes, 135 não completaram o processo terapêutico, ou seja, a taxa de desistência se estabeleceu em torno dos 42%. Infelizmente não temos dados suficientes para determinar o tempo de espera do paciente desde a triagem até o momento de ser chamado para o atendimento, ou seja, não há como definir se esse tempo influencia na aceitação ou desistência do atendimento. Da mesma forma, não pudemos promover uma distinção entre não resposta ao chamado da seção, recusa verbalmente declarada (alguns pacientes telefonam para dizer que já não estão mais interessados no atendimento), se o paciente iniciou o atendimento e o abandonou após algumas sessões por vontade própria, ou ainda, se o interrompeu temporariamente.

O índice mais baixo de desistências se apresenta entre os pacientes que procuraram atendimento por iniciativa própria (aproximadamente 31%). Porém, a leitura das queixas principais verbalizadas pelos pacientes nos permite observar que, geralmente, estes passaram por outras clínicas do hospital antes de procurarem a psicologia, tentando resolver problemas orgânicos, o que torna

visível o entrelaçamento entre-clínicas e, principalmente, entre as queixas psíquico/somáticas.

Por outro lado, os dados parecem indicar que o atendimento em grupo encontra uma melhor aceitação entre os pacientes, já que 40,5% deles desistiram do atendimento, enquanto que no encaminhamento para atendimento individual essa porcentagem sobe para 48%.

Em relação aos atendimentos psicanalíticos que tive a oportunidade de desenvolver no âmbito ambulatorial do hospital, no decorrer dos anos de 1999 e 2000, dois pacientes já vinham sendo atendidos desde novembro de 1998, além desses, entre 1999 e 2000 recebi 17 pacientes para atendimento individual e um casal. O desenvolvimento dos atendimentos se deu da seguinte maneira:

Não atenderam ao chamado da clínica: 2 pacientes;

Abandonaram o atendimento: 6 pacientes (entre 2 e 9 meses);

Interromperam o atendimento: 2 pacientes (um após 13 meses por complicações na gravidez; um paciente após 2 anos e 5 meses por ter que fazer um curso obrigatório, na sua área profissional, fora do Rio).

Re-encaminhamento para atendimento em grupo: 3 pacientes;

Completaram o atendimento: 4 pacientes (1 paciente após 2 anos que retornou o atendimento cerca de um ano depois após novo episódio de surto psicótico; um paciente, após 1 ano e seis meses; outro após 1 ano e sete meses; e, um paciente após 3 anos.)



Figura 5 - A virgem. Gustav Klimt, 1913.

5

A clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar

A constituição da psicologia como ciência independente, ocorrida no século XIX, sobre pilares epistemológicos e filosóficos distintos, trouxe em seu bojo, a vinculação dos sistemas psicológicos à atividade psicoterapêutica. Podemos observar que, inseridos em um momento histórico economicamente organizado pela ótica capitalista, a qual privilegia uma organização social privatizante, individualista e intimista, os profissionais de psicologia se voltaram, a princípio, para o desenvolvimento de uma profissão autônoma, encontrando nos consultórios particulares o local privilegiado de sua atuação. Exatamente por isso, tradicionalmente, a clínica psicanalítica tenha se desenvolvido no interior de assépticos e confortáveis consultórios, sendo fácil encontrar ambientes bem decorados, aconchego, sossego, calma e tranqüilidade.¹

Hoje tal ambientação já não se apresenta como a única possibilidade de um fazer analítico. De uma forma rápida e dinâmica, a clínica psicanalítica ganhou novos espaços de atuação, como, por exemplo, hospitais, clínicas privadas, postos de saúde e universidades. Com isso, o que podemos observar é que o trabalho clínico, através da psicanálise, em contextos distintos ao tradicional consultório particular, vem sendo debatido nos últimos 30 anos, de forma a delimitar a especificidade dessa modalidade clínica que se configura muito diferente daquela desenvolvida nos confortáveis consultórios particulares.

O que podemos assinalar em nossas considerações sobre o assunto, no capítulo anterior, é que em todos esses locais, a presença da dinâmica institucional se insere no desenvolvimento dos atendimentos psicanalíticos, demandando uma reflexão crítica por parte dos analistas sobre as influências que tais atravessamentos impõem sobre seu trabalho. Ou seja, é do exercício clínico que as questões teóricas surgem e demandam um trabalho de compreensão, de elaboração e de transformação. Acreditamos que tal movimento pode ser indicativo da necessidade de se compreender que ‘analisar’ não é uma técnica que se aprende e se executa, mas um fazer que demanda, sobretudo, construção e

¹Ver: VILHENA, DIMENSTEIN & ZAMORA (2000).

criatividade. Criatividade que nos permita perceber que a realização de um trabalho psicanalítico, em contextos distintos, impõe mudanças na prática, que levam a reflexões teóricas. Tarefa a qual, como vimos, muitos autores se dedicaram seguindo a indicação freudiana sobre os elementos ordenadores do campo clínico de um consultório particular, inseridos em uma instituição.

Ponderamos, no entanto, que esses elementos dizem respeito à clínica por ele desenvolvida, no contexto de um consultório particular, sendo referentes a um momento histórico específico, no qual se podia manter o desenvolvimento dos atendimentos psicanalíticos resguardados de variáveis externas e intervenientes. O ambiente do consultório, arquitetonicamente preparado para manter o espaço clínico protegido de intromissões externas permitia, entre outras coisas, a construção de um campo transferencial único entre paciente/analista, no interior do qual seu manejo se fazia, predominantemente, sobre as entrevistas preliminares, o tempo, o dinheiro e o uso do divã.(FREUD, 1913).

Porém, o que a instituição nos oferece é algo bastante diverso: um ambiente devassado, um atravessamento de atividades profissionais, uma gama enorme de intromissões, interferências, pluralidade de situações e, praticamente, nenhuma privacidade. Um contexto complexo, que impõe a construção de um campo transferencial multifacetado no interior do qual os elementos destacados pelo autor assumem um novo significado: o divã não existe, o dinheiro se transforma e o tempo assume uma brevidade inesperada.

Sobre esse ponto se concentra a questão fundamental de nossa tese. Será que esses movimentos não estariam apontando para a necessidade de pensarmos esses elementos como parte do campo clínico, mas não como seus únicos organizadores? Será que não estaria na hora de abandonarmos a clínica privada como modelo a partir do qual a clínica institucional deve ser concebida, mensurada e comparada? Assim não estaríamos contribuindo para a construção de um novo olhar que nos permitisse visualizar a especificidade própria de cada contexto institucional e destacar, em cada um desses contextos, os elementos, para além dos observados por Freud, que a estariam organizando?

Objetivando responder às estas questões, o presente capítulo percorre o seguinte caminho:

- a exposição de algumas considerações teóricas que fundamentam nossa escolha em utilizar a análise do discurso como instrumento

metodológico, através do qual procedemos a análise dos dados obtidos em nossa pesquisa. Nesta, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com cinco psicanalistas que desenvolvem processos analíticos individuais, no âmbito ambulatorial de hospitais gerais.

- a apresentação da configuração do campo clínico ambulatorial que pudemos proceder a partir das considerações enunciadas pelos nossos entrevistados, destacando como elementos organizadores do espaço clínico a visibilidade, a transitoriedade e o campo transferencial complexo;
- a enunciação de algumas considerações teórico-clínicas sobre a instrumentalização do trabalho analítico desenvolvido nos ambulatórios hospitalares. Pontuamos que a teorização winnicottiana é aqui utilizada como referencial na condução dos processos analíticos, principalmente através do conceito de espaço potencial, área intermediária entre o sujeito e o ambiente, no interior do qual o agir criativo do paciente pode se realizar no sentido de transformar os mundos interno e externo, simultaneamente, permitindo ao paciente viver como sujeito de suas ações.

5.1 Considerações Metodológicas: sobre a análise do discurso como instrumento de pesquisa.

Segundo Nicolaci-da-Costa (1994), é fácil notar que, há algumas décadas, as pesquisas em ciências humanas e sociais têm utilizado, constantemente, a análise do discurso como recurso metodológico em suas investigações, sem, no entanto, se interessarem em especificar o significado de tal metodologia. Como resultado, encontramos uma grande confusão e ambigüidade, tanto em termos conceituais quanto em termos metodológicos, no desenvolvimento e apresentação de tais pesquisas. Tal dificuldade é indicativa da necessidade de promoção de uma melhor definição conceitual desse procedimento técnico, a qual, segundo a autora, deve se iniciar pela admissão de que toda ‘análise de discurso’ sustenta-se em uma

concepção específica de língua(gem)² destacada entre as várias teorias que se propõem a compreender o fenômeno lingüístico. Assim, iniciando tal definição, a autora afirma que, para além da diversidade, pode-se alocar as diversas concepções sobre língua(gem) em dois grandes grupos:

Autores que entendem a língua como um sistema de natureza formal: tais autores, utilizando-se de um recurso através do qual idealizam a língua, ou seja, apartam-na de seu uso, funções e contextos de produção e interpretação, postulam uma concepção de língua(gem) como um sistema formal de inter-relações (Saussure) ou de regras gramaticais (Chomsky), promovendo, com isso, a suposição de uma dualidade entre língua como sistema e língua em uso.

Autores que compreendem a língua(gem) como instrumento de comunicação/ação: para os autores que adotam essa concepção, a língua(gem) é compreendida como inserida em um contexto específico interpessoal (Halliday), no qual a sua função primordial é exercida através de uma ação em contexto. Destaca-se, nessa perspectiva, a possibilidade da língua exercer, também, a função de instrumento de investigação, uma vez que tal função se mostra fundamental para a produção de conhecimento no interior das ciências humanas e sociais.

A partir desse referencial, Nicolaci-da-Costa (op.cit.) afirma que as concepções sobre a análise de discurso são bastante divergentes entre si e que possuem, como único ponto em comum, a tendência a rejeitar as grandes abstrações e idealizações das teorias gerais (como as de Saussure e Chomsky) e a adotar predominantemente, ou a concepção de língua(gem) como comunicação/ação, ou a concepção de língua(gem) como instrumental teórico, conceitual ou metodológico (p.321). Sendo assim, para a autora, a análise de discurso, diferentemente da lingüística não se constitui como uma disciplina, ou como um campo de saber estruturado, por dois motivos. Em primeiro lugar, em relação a seu objeto de estudo, por estar inserida em um contexto (social, econômico, cultural ou histórico) ela se apresenta, fundamentalmente, interdisciplinar. Em segundo lugar, em relação aos seus objetivos, estes se apresentam os mais diversos possíveis, podendo estar próximos ou distantes dos objetivos da lingüística, que são os de estudar as características, a estrutura e o funcionamento

2 A autora esclarece que recorreu, aqui, ao recurso utilizado por Averbug e Souza na tradução de Lyons (1982) para fazer referência simultânea à linguagem enquanto fenômeno que abrange todas as línguas e às diversas línguas naturais como o português, o francês e o inglês. (Nicolaci-da-Costa, 1994, nota de rodapé, p. 317)

da língua per se. Tal fato ocorre porque a análise de discurso comporta dois regimes de inter-disciplinaridade. No primeiro deles, a lingüística se apresenta como núcleo central de um estudo recorrendo, para tal, a outras disciplinas, que nesse caso são compreendidas como disciplinas auxiliares. No segundo tipo de regime inter-disciplinar, a própria lingüística assume o papel de disciplina auxiliar em um estudo cujo núcleo se concentra em uma outra disciplina distinta (como a psicologia, a filosofia, a sociologia ou a antropologia, por exemplo). São estas a prerrogativas que sustentam a tese de Nicolaci-da-Costa (1994):

A análise de discurso não se qualifica quer como uma disciplina, quer como um campo de saber estruturado.[...] isto porque, uma revisão da vasta literatura sobre análise de discurso mostra que essa não passa de um conjunto de metodologias com características distintas, elaboradas para analisar diferentes tipos de discurso, com diferentes objetivos e a partir de pontos de vista diversos em diferentes disciplinas (p.322).

Para além da ambigüidade e da ubiqüidade presente no campo da análise de discurso, este recurso metodológico pode ser inserido em dois grandes grupos de abordagem:

1) Concepções mais próximas do núcleo lingüístico:

- a) análises que se propõem ao estudo do sistema lingüístico per se, ou seja, estudos que podem ser definidos como um dos ramos da lingüística (por exemplo, os estudos de Chomsky sobre o sistema lingüístico).
- b) análises que se propõem a um estudo das relações entre o sistema lingüístico e outros sistemas (como é o caso dos estudos de Halliday (1978) sobre a linguagem como semiótica social, ou de Bernstein (1971) sobre códigos de fala e estrutura social).

2) Concepções mais distantes do núcleo lingüístico:

- a) estudos que utilizam a análise de discurso para investigar as condições de possibilidades de emergência de determinado discurso (por exemplo, os estudos foucaultianos sobre a emergência dos discursos médico, psiquiátrico, penitenciário, etc).
- b) análises que se propõem a uma crítica aos discursos teóricos contemporâneos de forma a rever os pressupostos teóricos já sedimentados pelo uso (por exemplo, os estudos empreendidos por Nicolaci-da-Costa

(1987) questionando os conceitos, presentes na psicologia social, de privação cultural e de carência não qualificada).

c) estudos que utilizam a análise de discurso como instrumento de investigação de discursos cotidianos que não visam, como objetivo, um maior conhecimento do fenômeno linguístico per se. Segundo a autora, quase todos os estudos realizados nas ciências sociais e humanas, através de questionários, entrevistas e observações, podem ser incluídos nessa categoria posto que recorrem à análise de discurso através do conhecimento prático que todos nós temos de nossa língua materna. (Nicolacci-da-Costa, 1994, p.325).

Sobre essa última perspectiva repousa a possibilidade de utilização de uma metodologia que se processa através de entrevistas semi-dirigidas que percorram um dado tema em busca de categorias gerais que o estructure. O importante nessa perspectiva é que partamos da noção sobre a centralidade da linguagem na construção das ciências humanas, para, a partir daí, procedermos uma análise explícita do discurso envolvido na situação pesquisada, objetivando uma melhor compreensão do contexto no interior do qual tal discurso se estrutura.

A partir dessa perspectiva nos foi possível elaborar um estudo no qual foram entrevistados cinco psicanalistas que desenvolvem processos analíticos individuais no âmbito ambulatorial de hospitais gerais, objetivando o destacamento dos elementos ordenadores dessa modalidade clínica. O fato de delimitarmos nosso objeto de estudo como sendo os elementos ordenadores da clínica psicanalítica ambulatorial em hospitais gerais determinou que tomássemos como fundamental, na escolha dos sujeitos entrevistados, dois fatores: que tivessem como formação acadêmica o curso de graduação em psicologia e que adotassem a psicanálise como sistema teórico que fundamenta a prática clínica desenvolvida no âmbito ambulatorial, independente das diferentes linhas teóricas presentes no corpus psicanalítico. As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelos próprios entrevistados, visando facilitar a comunicação e o bem estar dos sujeitos. Procedeu-se a gravação das entrevistas e sua posterior transcrição de forma a fundamentar sua análise. O desenvolvimento das entrevistas baseou-se em um roteiro pré-concebido (vide anexo), que foi elaborado a partir de quatro entrevistas-piloto. Composto por seis tópicos (sendo que cada tópico se desdobra em múltiplas direções), o roteiro perpassa o trabalho

no hospital, a inserção profissional do entrevistado, suas considerações acerca do trabalho e da dinâmica institucional, assim como a dinâmica dos atendimentos analíticos lá desenvolvidos (regras institucionais em relação à triagem e encaminhamento, possibilidades de manejo clínico, horário, honorários, frequência e prazo para os atendimentos, etc). A análise dos dados coletados se baseou na proposta de Nicolaci-da - Costa (1998, 2000, 2003), na qual as respostas dadas pelos sujeitos são analisadas seguindo duas direções distintas:

- a) uma análise intra-sujeito, na qual o discurso de cada um dos sujeitos entrevistados é analisado em sua extensão, observando as contradições, pausas, hesitações, congruências e incongruências, presentes no discurso aparente, de forma a se poder destacar as categorias organizadoras do objeto de estudo em questão.
- b) em um segundo momento, procede-se uma análise inter-sujeitos, na qual cada pergunta é analisada em correspondência às respostas dadas por todos os sujeitos a essa mesma pergunta. Tal procedimento permite um afastamento das questões individuais e um encaminhamento, complementar e correspondente, para os aspectos gerais que perpassam e fundamentam o objeto de estudo em questão.

Na apresentação que faremos a seguir, as passagens no texto em *itálico* correspondem às transcrições literais das palavras dos entrevistados.

5.2 Configurações do campo: O trabalho no ambulatório e no consultório são iguais.... quer dizer.... só que diferentes...

Através de nossos estudos pudemos demarcar como a emergência da psicanálise se deu em um momento específico da história ocidental, assumindo, as esferas pública e privada, uma forma de relação original: imaginariamente se mantinham separadas, porém, paradoxalmente, interseccionadas no âmbito sócio-cultural e subjetivo. O processo de internalização das crises política, social e cultural, característico das sociedades modernas, implicou na construção de uma subjetividade conflitada, dividida e angustiada. Nesse sentido, na modernidade, a auto-regulação, exercida implacavelmente pelo super-ego, se apresentou, exemplarmente, como o ponto de atravessamento da esfera pública sobre a privacidade, no seu sentido de intimidade. Dessa forma, a psicanálise, assim

como inúmeros outros movimentos culturais, emergiu produzindo um entendimento sobre a subjetividade e as formas por ela encontrada de se relacionar com o mundo, ao mesmo tempo a desvelando e a esculpindo.

Assim, a interseção público/privado, ao se fazer presente na teoria psicanalítica, à época de sua emergência, através da assunção da existência de uma subjetividade clivada, assegura a utilização de suas categorias na atualidade, quer seja nos consultórios particulares, quer seja nos ambulatórios hospitalares, já que estas se referem ao homem moderno.

Exatamente por isso podemos observar, nas entrevistas efetuadas, que o ponto sobre o qual a identidade entre os trabalhos desenvolvidos no consultório e no ambulatório recai sobre o campo teórico. Nesse aspecto, os trabalhos se assemelham, posto que ambos se sustentam sobre um mesmo referencial teórico que privilegia o espaço, no interior do qual a singularidade do conflito psíquico se apresenta, isto é, fazendo evidente a interseção público/privado no alvorecer do século XX:

O trabalho no ambulatório é igual ao do consultório na medida em que você utiliza a psicanálise como a teoria a partir da qual se dá a compreensão e a apreensão do discurso dos pacientes, de levar em conta o psiquismo dividido, a existência do inconsciente, a dinâmica libidinal, etc..

É essa adequação da utilização da psicanálise como referencial teórico no entendimento da subjetividade e do sofrimento psíquico que permite que o trabalho ambulatorial seja feito. Logo, leva-se em conta as categorias teóricas básicas da psicanálise na produção de uma escuta clínica direcionada para os movimentos do inconsciente, a partir da instauração do campo transferencial desencadeando o trabalho analítico. Assim, os entrevistados discorreram sobre o trabalho ambulatorial, relacionando-o aos conceitos básicos da psicanálise, destacando os pontos sobre os quais ele se estabelece: na escuta do inconsciente a partir da instauração da transferência.

Uma vez alcançada as condições mínimas, pode-se forçar algo que seja do trabalho do inconsciente, no sentido bem rigoroso do termo, de formações do inconsciente que você tem notícias através dos sonhos, dos tropeços no discurso, nos lapsos, etc. Ou seja, desde que você tenha a transferência, algo do trabalho instaurado, é porque você teve as condições mínimas para que o trabalho analítico se processasse.

Outrossim, pudemos apontar, no transcurso de nossas considerações, que, no século XIX, embora pontos de interseção entre as esferas pública e privada se tornavam aparentes, através de inúmeros movimentos culturais, o imaginário social procurou manter operante uma separação entre ambas. De forma bastante condizente com essa proposta, o método clínico psicanalítico se desenvolveu, inicialmente, construindo inúmeras alternativas para manter o espaço terapêutico resguardado do olhar externo. Nos consultórios particulares há toda uma atmosfera de recato, de preservação da intimidade, assim como a determinação em se manter, em sigilo, o discurso do paciente. Ou seja, cria-se uma série de condições ideais para o exercício da psicanálise a partir de alguns elementos tomados como pilares organizadores do seu espaço terapêutico.

Interessante observar como, nas entrevistas efetuadas, esses mesmos pilares aparecem como organizadores do campo clínico ambulatorial, indicando a intenção dos analistas de seguirem, neste, o modelo da clínica privada. Ou seja, a adequação do referencial teórico psicanalítico para o trabalho no ambulatório hospitalar se desdobrou, de uma forma interessante, para o âmbito clínico, produzindo, em decorrência, uma tentativa de se promover uma adaptação da clínica ambulatorial aos moldes da clínica privada.

Assim, os entrevistados iniciaram suas considerações sobre o trabalho desenvolvido no ambulatório hospitalar descrevendo as semelhanças existentes entre este e o trabalho desenvolvido no consultório particular, demonstrando uma nítida tendência em tomar o modelo privado como parâmetro para a clínica ambulatorial.

Eu acho que o trabalho no consultório e no ambulatório são iguais, você trabalha com os mesmos parâmetros, com as mesmas referências clínicas, com os mesmos operadores, maneja as coisas da mesma forma.... assim, é claro, com algumas especificidades próprias por se estar numa instituição....

Dessa forma, encarando a passagem do consultório para ambulatório hospitalar como um movimento linear, tornou-se legítimo o desejo de reproduzir, no hospital, uma estruturação clínica idêntica àquela encontrada nos consultórios particulares. Não sendo à toa, portanto, que, todos os entrevistados, ao discorrerem sobre sua prática no âmbito do ambulatório, tenham passado, invariavelmente, pelos mesmos elementos organizadores do espaço terapêutico

privado, apontados por Freud em 1913: as entrevistas preliminares, a questão do tempo, do dinheiro e do uso do divã.

O que eu faço no ambulatório é psicanálise porque a escuta é a mesma, os parâmetros clínicos são os mesmos. Mas, trabalhar em um ambulatório te coloca questões que muitas vezes você não tem que lidar no consultório.

Porém, no desenrolar das entrevistas, percebe-se nitidamente que esses mesmos elementos ganham uma configuração específica a partir de sua inserção no cenário hospitalar. De tal forma que, ao aparecerem no discurso dos entrevistados objetivando demarcar a semelhança e a identidade entre essas duas modalidades clínicas, surpreendentemente, eles acabaram por delimitar uma nítida diferença.

Vejamos, então, através dos discursos de nossos entrevistados, como esses elementos organizadores do espaço clínico psicanalítico aparecem e se contextualizam na clínica ambulatorial, analisando as considerações por eles emitidas sobre as entrevistas preliminares e as questões relativas ao tempo, o dinheiro e o uso do divã.

5.2.1 Aí sim, você consegue sair da visibilidade do sintoma orgânico e começar uma metaforização deles....

Iniciando nossas considerações sobre a função das entrevistas preliminares, se estas, no texto freudiano, assumem um caráter diagnóstico a partir do qual o analista pode promover uma avaliação sobre a adequação ou não do candidato à análise, nos hospitais, à essa função diagnóstica (fundamental para a condução do processo terapêutico) acrescentam-se outras. Nas instituições hospitalares, a possibilidade de se oferecer aos pacientes um período de avaliação, no qual tanto o paciente quanto o analista vão percebendo a necessidade em se dar continuidade ou não ao processo analítico iniciado, adquire uma outra dimensão. Isso porque, geralmente, nos hospitais, o paciente chega à seção de psicologia através de um encaminhamento médico, exatamente no momento em que a perspectiva médica falha em produzir um diagnóstico preciso para o tratamento de um determinado sintoma.

Na maioria das vezes, acompanhada por uma estranha afirmação dos profissionais da medicina - “você não tem nada” -, a indicação para a procura pela

psicologia soa, para os pacientes, como totalmente incompreensível e descabida. Essa forma de encaminhamento traz para o analista, nas entrevistas preliminares, a necessidade de promover a construção de uma demanda de trabalho psicoterapêutico. Isso porque, embora os pacientes se encaminhem para a seção da psicologia, eles desconhecem o tipo de trabalho que é aí desenvolvido. Na maioria das vezes, o paciente só procura uma ajuda psicológica por obediência à indicação médica. Acreditamos que tal fato ocorra pelo lugar destacado que o saber médico ocupa na cultura moderna. Ou seja, por ser um saber culturalmente reconhecido como importante, a indicação do médico soa, para o paciente, como uma ordem, e, como tal, deve ser obedecida.

Geralmente, o encaminhamento é feito pelos médicos das outras clínicas do hospital, e os pacientes chegam dizendo que vieram porque o doutor disse que era pra eles virem, que o que eles estão sentindo, depressão, tristeza, medo, ansiedade, enfim o que for, tem tratamento e que a psicologia é o lugar que trata disso.

Tal encaminhamento, atravessado pelas inúmeras clínicas hospitalares, transparece através da queixa apresentada pelos pacientes, tornando-se, no ambulatório, circunscrita aos sintomas físicos. As queixas, atrelam-se às doenças somáticas e a um pedido, por parte dos pacientes, em receberem uma intervenção do analista muito similar àquela efetuada pelos médicos, como, por exemplo, a de receberem uma medicação, uma sugestão e um diagnóstico preciso que norteie o processo de cura. Habitados à perspectiva médica de tratamento, os pacientes constroem uma expectativa em relação ao trabalho da psicologia para que esse seja, também, prescritivo e diretivo. Esse movimento transparece na forma através da qual as queixas, no ambulatório, são apresentadas: de uma maneira confusa, geralmente fazendo uma referência aos sintomas orgânicos.

Quando eu vim trabalhar no hospital eu senti essa diferença, que no consultório os pacientes vêm por suas próprias pernas, aqui eles vêm porque estão doentes, porque o médico mandou. Eles costumam dizer - eu resolvi vir, porque o médico disse que eu viesse, que eu estou nervoso, e que por isso minha pressão aumenta, então ele disse pra eu vir pra ter aula com a senhora. E aí eu pergunto, mas você já fez psicoterapia antes? o que você achou desse encaminhamento? E ele responde – olha, eu por mim não vinha não, mas o doutor disse que é bom pra mim então eu vim. Aí ele cruza os braços e fica esperando que eu o ensine, que eu resolva as coisas pra ele.

O analista, nesses casos, necessita, para dar prosseguimento ao processo analítico, promover um trabalho de construção, com o paciente, de novas formas de conceber e entender seus sintomas e, conseqüentemente, de entender o desenvolvimento do tratamento, sua dinâmica e seus objetivos, permitindo, assim, um deslocamento da visibilidade do sintoma e o paulatino ingresso no mundo fantasmático dos investimentos libidinais.³

E aí começa o trabalho psicanalítico propriamente dito. Todo um trabalho de subjetivação, onde você sai de uma objetividade total, de uma coisa, do extra-psíquico, que pode estar presente no corpo, como algo somático e aí é aquela coisa de correr atrás de uma possibilidade de simbolizar tudo isso, de criar metáforas correspondentes e são ótimas, esse trabalho é realmente feito, os vários sintomas vão sendo metaforizados, com o decorrer do trabalho e aí eu digo que é aí que o trabalho da análise se estabelece, se afirma.

A construção conjunta entre paciente e analista de uma demanda de análise, de forma a permitir que os sintomas apresentados deixem de se referir exclusivamente ao corpo biológico e possam se inserir na dinâmica dos investimentos libidinais, se apresenta como uma função fundamental das entrevistas preliminares para que um processo analítico ganhe possibilidades de ter um início. Produz-se, em conseqüência, a ampliação da função das entrevistas preliminares no contexto hospitalar, para além da função diagnóstica.

5.2.2 Aqui no ambulatório tudo é rápido, você quase não tem tempo pra pensar....

Em relação à questão do tempo, podemos assinalar que este se desdobra em três vertentes distintas: a frequência às sessões, o tempo de duração de cada sessão e a duração do tratamento como um todo. Em todos os três casos, na clínica privada existe a possibilidade de se fazer um acordo, caso a caso, entre paciente e analista, respeitando-se a singularidade de cada paciente. Nesse contexto, o acordo caso a caso se mostra pertinente, uma vez que se necessita saber o ritmo do paciente em seu processo de transformação subjetiva. Além disso, sabemos que

³ Tal afirmativa, por parte dos entrevistados, nos fez retornar ao livro de registro do hospital uma vez que, nesse, constatamos que, em maior número, os pacientes afirmavam ter procurado a seção de psicologia por iniciativa própria. Uma leitura mais detalhada dos registros nos possibilitou perceber que, quase todos os pacientes que assim o afirmava, haviam, entretanto, passado anteriormente por uma outra clínica do hospital.

essa transformação é um processo que o analista, embora crie as possibilidades necessárias para que seu início se estabeleça, não pode controlar seus desdobramentos, posto que estes pertencem à dinâmica dos movimentos inconscientes, a qual não está submetida a uma lógica cronológica. (FREUD,1913).

No entanto, se o bom andamento de um processo analítico se apóia na possibilidade de se acordar com cada paciente, distintamente, as questões relativas à dimensão temporal, nos ambulatórios hospitalares tal possibilidade de acordo não existe. O número de sessões semanais, geralmente, é estabelecido pela instituição e se resume, na maioria dos casos, a uma vez por semana. Além disso, algumas instituições delimitam o tratamento em torno de 25 a 30 sessões para sua conclusão, alegando a existência de uma grande fila de espera que necessita ser atendida.

No hospital nós trabalhamos com psicoterapia breve integrada. São 25 sessões, mas tem aquilo, não precisa ser tão rígido assim, se no final você perceber que o paciente precisa de mais um tempo, a gente estende um pouco mais. Mas é breve, é focal, mesmo. Mesmo porque a gente tem uma demanda enorme e de outra forma não daríamos conta de atender todo mundo.

Em outros casos, nos quais tal delimitação não é explícita, ocorre uma exigência velada, por parte da instituição, para que os atendimentos não se prolonguem por muito tempo, posto que eles devem se atrelar à produtividade hospitalar.

Nós não trabalhamos com tempo pré-determinado, não. Mas tem aquela coisa, não dá pra ficar com o paciente muito tempo, quatro cinco anos, se não a direção do hospital vem querer saber o que está acontecendo, porque aquele atendimento tá se prolongando tanto.

O que podemos perceber, é que toda essa dinâmica e movimentação acabam por impor, aos processos analíticos, uma pressão pela brevidade, de tal forma que, nos hospitais, o tempo assume uma dimensão fugaz, breve, dinâmica, que se opõe, radicalmente, ao artesanal tempo da clínica privada.

Enquanto que no consultório, eu tenho a possibilidade de atendê-lo ad eternum se eu quiser, aqui no hospital não, eu só tenho sete meses porque eu tenho uma fila de espera enorme!!

Ou ainda, nas palavras de um outro entrevistado:

Quando você trabalha com o tempo pré-determinado você perde a possibilidade de deixar o paciente vir-a-ser. Resumindo, no consultório eu posso fazer parto normal. Aqui no hospital tem que ser cesária. Lá eu teria tempo de acompanhar todo o trabalho de parto, dar a possibilidade de tempo da pessoa, aqui é assim: menino, menina, menino, próximo!!

Através do discurso dos analistas, percebe-se, de forma nítida, a preocupação com a dimensão temporal, uma vez que no ambulatório, o tempo é marcado pela rapidez e mobilidade.

No consultório não se tem essa preocupação (com o tempo), porque se você tiver que derrubar uma parede, pode derrubar, porque você vai ter tempo pra reconstruí-la junto com o paciente, lá (na instituição) você não tem tempo, lá se você fizer um buraco na parede, tapa logo porque seu tempo é curto e você não pode perder o foco.

Interessante notar como a questão do tempo se atrela à noção de produtividade, uma vez que o analista deve prestar contas de seu trabalho e explicar o significativo número de pacientes na fila de espera e que devem ser atendidos. Como nos informa um entrevistado:

Lá (no hospital), eles não querem ver ninguém à toa, eles têm uma certa dificuldade, quando um paciente falta e a gente não atende ninguém naquele horário, essa questão da reserva da hora, eles têm uma dificuldade de compreensão até porque a demanda é grande mesmo. E embora eles não questionem o tempo dos atendimentos eles questionam o número de pessoas que são atendidas. Assim, no atendimento em grupo, eles querem saber porque não coloco mais pessoas no grupo, entendeu?

5.2.3 No hospital os pacientes não vão ter ônus, mas também não vão ter bônus! É muita desvalorização!

A questão do tempo se apresenta, assim, como um ponto fundamental sobre o qual as interferências institucionais se fazem presentes para marcar a especificidade do contexto ambulatorial. Uma especificidade própria que não se refere apenas à questão temporal, mas que se estende, também, à função que o dinheiro assume na condução dos processos analíticos ambulatoriais. Aspecto extremamente importante para o manejo clínico, uma vez que a relação estabelecida pelo paciente com o dinheiro representa a sua forma particular de organizar e distribuir seus investimentos libidinais (FREUD, 19913). Exatamente por isso, na clínica privada, o analista encontra um campo extenso de possibilidades de manejo clínico, através de inúmeros fatores que ganham novos

significados quando inseridos no campo transferencial, como por exemplo, as formas como o paciente efetua o pagamento (atrasando ou sempre em dia, em cheque ou em dinheiro, com que facilidade ou dificuldade paga pela sessão em que faltou, etc), no estabelecimento do valor de cada sessão, na data em que o pagamento será efetuado (por mês ou a cada sessão).

Podemos observar, no entanto, que, nos hospitais, raramente o contrato, em relação ao valor das sessões e a forma de pagamento pelas mesmas, é estabelecido entre paciente e analista, como o é no consultório particular. Ao contrário, nas instituições, não é raro o paciente não pagar pelo atendimento. Da mesma forma, nos casos em que existe um pagamento a ser efetuado, toda a dinâmica do contrato é estabelecida entre o paciente e a própria instituição. Com isso, a possibilidade de manejo clínico, por parte do analista se torna específica, ao mesmo tempo em que esta sofre uma intervenção da instituição na medida em que esta não somente controla o pagamento efetuado pelo paciente, como é ela também quem paga o analista pelo trabalho desenvolvido.

Lá (na instituição) tem um valor estipulado de pagamento, são R\$ 25,00 por sessão. Mas tem gente que não podia pagar esse valor e, às vezes, era permitido que os pacientes fossem atendidos por menos, mas como manejar isso? Porque no consultório, a negociação fica com você, mas lá não, se o paciente falta ou se não paga, tudo ficava muito no controle da secretária, então era muito difícil da gente manejar.

Por outro lado, o fato de o analista ser pago pela instituição para desenvolver seu trabalho acaba por marcar, de uma forma específica, os mesmos. Por exemplo, a maioria dos entrevistados se referiu a uma sensação de desvalorização de seu trabalho.

Quando vem alguém aqui no ambulatório que eu sei que poderia pagar por uma terapia eu fico pensando o que estaria acontecendo àquela família para vir ao hospital? Será que essa criança está sendo tão desvalorizada assim? Será que é porque aqui o pai não vai precisar gastar nenhum dinheiro com o filho? E isso acaba atrapalhando o atendimento que já não é bom! Nesses casos eu acho que o que existe é uma grande desvalorização e uma desqualificação do nosso trabalho porque se a família pode pagar (e a gente sabe como o pagamento é importante em uma análise) e o pai opta por vir ao hospital o tratamento fica muito difícil. Eles não vão ter ônus, mas também não terão bônus! É muita desvalorização!

Gostaríamos de pontuar, nesse sentido, que esse fato aponta também para um outro fator interessante: a desvalorização que o próprio analista produz sobre o seu trabalho no hospital. O fato de o paciente recorrer às outras clínicas hospitalares para resolver seus problemas sustenta sua escolha em ir procurar a seção de psicologia do hospital, já que este se apresenta como ponto de referência confiável. Há um vínculo com a instituição que justifica sua ida à seção de psicologia. Saber que o pagamento é importante para o desenvolvimento de processos analíticos é um saber do analista e não do paciente, ou seja, será que ao se encaminhar para a seção de psicologia do hospital o paciente não está agindo como habitualmente o faria para qualquer uma das outras clínicas hospitalares, e não seria uma forma de apontar para a confiança que ele deposita no hospital como lugar de referência que o acolhe nos momentos em que necessita de atendimento?

Como bem nos demonstra a fala de um analista.

Os pacientes aqui (no hospital) não vêm me procurar. Eles vêm pro hospital, para a seção de psicologia do hospital e não importa quem vai atendê-lo, porque o vínculo aqui é com a instituição. Você até tem que fazer um vínculo com seu paciente, mas aqui o vínculo é com a instituição.

Na verdade, o que se pode perceber através, do discurso dos analistas, é que essa desvalorização aponta para a forma como eles próprios percebem o seu trabalho institucional e como se relacionam com a própria instituição.

Eu não sei, eu não tenho um exemplo concreto pra te dar, mas é mais uma sensação de impotência, de paralisação, assim, de desvalorização do meu trabalho, e que você acaba meio que assumindo isso também, de tal forma que quando eu tenho que escolher, eu escolho desmarcar os pacientes do hospital do que do consultório.

Por outro lado, pudemos notar, também, a tentativa, por parte dos analistas, de desenvolver estratégias subjetivas para neutralizar a sensação de desvalorização e de impotência. Em algumas entrevistas, pudemos destacar que, o fato de os analistas estarem ajudando pessoas necessitadas, que de outra forma ficariam sem a possibilidade de um atendimento analítico, é utilizado como forma de valorização do trabalho desenvolvido. Assim, o caráter assistencialista entra, aqui, para justificar o trabalho em uma instituição que remunera tão mal os profissionais de saúde.

Não é que eu goste de trabalhar ganhando tão pouco não. Eu preferia estar ganhando bem, mas aquilo lá, eu vou te dizer, eu acho aquilo lá uma cachaça. Eu gosto de lidar com aquelas mulheres, é tanta pobreza, e assim aquilo que você faz, faz uma diferença tão grande na vida delas, não sei se eu tô querendo me redimir de alguma culpa, mas eu gosto de trabalhar lá, é como me sentir útil, saber que eu estou fazendo alguma coisa pra quem não tem nada....

5.2.4 Eu só consegui deitar um paciente... não sei... aquele divã é uma coisa estranha... de repente fica fora do lugar.....

Desta forma, assim como em relação à questão temporal, a questão do dinheiro, e a conseqüente sensação de desvalorização descrita pelos analistas, apontam para um atravessamento da instituição sobre o campo clínico. Tais interferências o tornam multi-facetado e, portanto, distinto daquele constituído na clínica privada, mais uma vez referendada como ideal a ser atingido, mas nunca alcançado.

Processo que se mostra bastante semelhante quando tomamos para exame a questão referente ao uso do divã como elemento organizador da clínica. Ao se ter o consultório particular como referência para o trabalho ambulatorial, torna-se freqüente a preocupação com o espaço físico no interior do qual os atendimentos transcorrem. Salas bem arrumadas, ambientes aconchegantes, silenciosos e calmos fazem parte do ideário psicanalítico, mas que estão muito longe de serem encontrados nos hospitais. Nestes, a ambientação segue o modelo médico, com mesas, cadeiras e macas.

Lá, no hospital, nós temos cinco salas. E é assim, burocrática mesmo, duas cadeiras, uma mesa. Duas dessas salas não têm janelas, são uns cubículos mesmo, horríveis, bem mal tratadas.

Além disso, em algumas salas não existe uma boa vedação acústica, o que permite que o discurso do paciente seja ouvido por pessoas que estejam nas outras salas da seção de psicologia ou na sala de espera.

As salas são mal preparadas pra uma psicoterapia, as divisórias são muito finas, a gente escuta tudo que se passa do lado de fora e a gente sabe que as pessoas da sala de espera também podem ouvir o que a gente tá dizendo, então tanto os pacientes quanto eu acabamos preocupados com isso.

Outrossim, a dinâmica hospitalar, algumas vezes, faz com que haja uma rotatividade no uso das salas, tornando comum ao analista atender em ambientes bastante incomuns: nos jardins, nas varandas, nos corredores, etc.

Tem dias que a gente chega lá pra atender e as salas já estão ocupadas. Não existe assim uma preocupação com o espaço do outro, e a gente tem que dar um jeito nisso também e atendemos em outro lugar. O que acaba sendo bem legal, dá uma dinâmica diferente, geralmente os pacientes gostam, aceitam bem essas mudanças.

Embora todas essas especificidades do ambulatório tornem explícitas a ruptura com o setting analítico tradicional, todos os entrevistados, em seu discurso, se referiram ao divã, ou melhor, à falta dele. Movimento que se mostra bastante indicativo de que o modelo da clínica privada é aquele que organiza o olhar que se lança para a clínica ambulatorial, posto que esse elemento (o divã) é, entre todos os outros, o que se faz presente através da ausência, ou pelo estranhamento que sua presença, quando existe, causa.

Lá, no hospital, as salas têm mesa e cadeira. Mas tem uma sala que tem um sofá que eu fiz de divã e aí eu sempre atendo lá. Mas, assim, eu só consegui deitar um paciente, os outros ainda não é hora, embora estejam em análise, mas,.... não sei..... aquele divã é uma coisa muito estranha, causa um estranhamento, de repente fica fora do lugar, não sei....

Teoricamente, o uso do divã tem indicações específicas para o processo terapêutico, principalmente como fator importante no exercício do manejo transferencial, na medida em que a posição ocupada pelo analista (fora do campo de visão do paciente) impede que suas expressões faciais influenciem positiva ou negativamente o paciente na exposição de seu discurso. Além disso, tal posicionamento permite um isolamento da transferência de forma a não misturá-la com os movimentos contra-transferenciais do analista. (FREUD, 1913).

Alguns psicanalistas entram numa que devem levar o divã pro hospital, eu acho um equívoco. Eu acho que o fato do paciente estar sentado ou não, não interfere na instauração da transferência, então eu acho que não precisa ter um setting tal e tal a priori.

Se, como nos indica a fala desse analista, esse posicionamento não impede a construção do campo transferencial, torna-se indicativo, no entanto, da necessidade de se conceber a sua dinâmica de uma forma específica, de maneira a poder, aí, incluir o vínculo transferencial estabelecido com a instituição, na

medida em que esta se mostra presente em diversos matizes. Apresenta-se na ambientação das salas, no estabelecimento do contrato financeiro e temporal, assim como na oferta de cuidados que parte da perspectiva médica e na imposição de uma produtividade tão estrangeira ao trabalho psicanalítico, como pudemos destacar acima.

5.3 Especificidades da clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar: O seu trabalho aqui fica muito exposto... acontece tudo muito rápido ... aqui acontece coisas “do arco da velha”!

O fato de os entrevistados terem percorrido os mesmos elementos apontados por Freud (1913) como organizadores do espaço clínico ambulatorial nos parece indicativo de algumas questões interessantes. Primeiramente, nota-se a nítida tentativa de se adaptar a clínica hospitalar ao modelo do consultório particular, através da utilização dos mesmos elementos organizadores do campo clínico privado, no ambulatório. Além disso, nota-se a intenção explícita de se avaliar como esses elementos se apresentam na instituição. Terceiro, esse procedimento acaba por impor um obstáculo à percepção da clínica hospitalar em si mesma, para que a partir daí se pudesse promover uma reflexão sobre sua dinâmica, sem a necessidade de se propor uma adaptação.

Em nosso ponto de vista, refletir sobre a especificidade da clínica ambulatorial se inicia pela decisão em se levar em conta a presença da instituição na produção de atravessamentos importantes na condução dos processos analíticos. A presença da instituição se estabelece através de diversos matizes, aspectos e interferências, principalmente quando se trata de uma instituição hospitalar, posto que esta se caracteriza por ser, fundamentalmente, disciplinar.

Nesse sentido, caracterizar o hospital como uma instituição disciplinar, significa dizer que sua presença se faz no espaço clínico ambulatorial através da instrumentalização de inúmeras técnicas que visam o controle e a submissão, a partir de um olhar hierárquico capaz de tudo observar, mensurar, avaliar, analisar. Técnicas de controle as quais, segundo Foucault (2002), nas instituições que seguem o modelo disciplinar, se incidem sobre o espaço, o movimento e o tempo de forma a estabelecer uma especificidade própria à dinâmica hospitalar e, conseqüentemente, aos atendimentos psicanalíticos que transcorrem nesse contexto.

Vejamos, então, através do discurso dos analistas, como essa dinâmica se estabelece e passa a constituir o espaço clínico ambulatorial a partir de uma especificidade própria que, diferenciando da prática clínica privada, o torna singular. Inserida no ambiente hospitalar, a clínica analítica ganha visibilidade, se torna dinâmica e estabelece um campo transferencial complexo, já que marcado pelos atravessamentos institucionais.

5.3.1 No hospital a visibilidade é total. Seu trabalho fica muito exposto....

De uma forma bastante interessante e peculiar, podemos observar que, nos hospitais, as técnicas disciplinares utilizadas no controle do espaço e do movimento se conjugam na constituição da primeira situação característica e específica dos atendimentos analíticos transcorridos no âmbito ambulatorial: a visibilidade que a clínica psicanalítica está submetida e que passa a configurar seu campo de manejo e composição.

Aqui, no hospital, é muito estranho, o seu trabalho fica muito visível, as pessoas sempre querem ficar sabendo o que você está fazendo com determinado paciente, ou até, o que é pior, querem dizer o que você tem fazer com ele! E aí você tem que dar explicações, porque indicou pra outra clínica, ou porque não o está atendendo mais, enfim, seu trabalho fica muito exposto.

Uma dinâmica que se estabelece, em primeira instância, através de um controle espacial, na medida em que a disposição dos ambulatórios favorece a sua instauração, principalmente a partir de dois aspectos principais: as salas permitem que o discurso do paciente seja ouvido por outras pessoas fora delas; e, além disso, a sala de espera, em comum com outras clínicas, permite que haja um intercâmbio de informações entre os pacientes, secretárias, enfermeiras, etc.

Lá (no hospital), tem muita gente, então é uma fofocada danada, a mãe de um conhece a mãe do outro, fazem amizade com a secretária, umas coisas que complicam às vezes, um disse-me-disse difícil de trabalhar na análise.

Ou ainda:

Um perigo que se corre, no hospital, é que as salas não são acusticamente bem vedadas e às vezes as pessoas podem escutar o que se passa nas sessões. Eu atendi uma moça que trazia o filho, de uns dez anos, e ele

adorava ficar escutando o que ela dizia e demorou um pouco pra gente perceber isso.

Em segundo lugar, a visibilidade se torna presente através de um outro mecanismo regulador: o controle sobre os movimentos, que, nos ambulatórios se faz atuar através de uma avaliação constante e permanente sobre o andamento e desenvolvimento dos processos analíticos. As sessões clínicas servem para que o hospital saiba, ou seja, tome conhecimento de como os atendimentos estão transcorrendo. Controle que se exerce também através das planilhas que têm que ser preenchidas, livros de registros nos quais constam o início e o término dos atendimentos, diagnósticos, etc. Ou seja, constrói-se todo um campo de visibilidade no qual o movimento, o desenvolvimento, o desenrolar dos atendimentos, a atuação dos analistas ficam expostos aos olhares da equipe hospitalar.

Há, sempre, uma visibilidade muito grande do seu trabalho, ele fica exposto, você tem que dar conta do que está fazendo sempre, nas supervisões clínicas, nas planilhas preenchidas, nas conversas com os médicos nos corredores, etc.

Inserir os atendimentos psicanalíticos na dinâmica institucional de um hospital geral, portanto, indica que a clínica psicanalítica acaba por se configurar, tal como o hospital, a partir do primado da visibilidade, de forma a abrir ao olhar público a intimidade do paciente que se torna, assim, devassada. É comum, nos hospitais, o fato de todos se conhecerem, conversarem entre si, falarem de seus problemas e dificuldades para médicos, enfermeiros, atendentes, assistentes sociais. Da mesma forma, todos os pacientes compartilham da mesma sala de espera, na qual conselhos são proferidos e confidências são trocadas. Além disso, nos hospitais, há todo um questionamento sobre os processos analíticos por parte da equipe de saúde, obrigando o analista a tornar público, em certa medida, o progresso e desenvolvimento de seu trabalho.

Por essas razões, o trabalho do psicanalista ganha, no ambulatório, uma configuração própria ao se tornar devassado, aberto à visibilidade que penetra nas quatro paredes ambulatoriais, tornando-o multifacetado, compartilhado, e questionado por outros profissionais da instituição. Visibilidade que penetra o espaço clínico e expõe a intimidade dos pacientes ao olhar alheio e anônimo. Mescla de público e privado que se insere na clínica psicanalítica assim como já o

havia feito na clínica médica. Interpenetração das esferas pública e privada, tornando suas fronteiras, através da instrumentalização dos dispositivos de controle disciplinar, intercambiáveis, flexíveis, algumas vezes, imperceptíveis.

Uma visibilidade, característica da dinâmica hospitalar, que se torna eficaz, tal como nos indica a perspectiva foucaultiana, através da observação constante que se exerce sobre os pacientes e os profissionais da instituição. Cada um se torna, nesse contexto, sujeito e objeto da observação, fazendo emergir a sensação de se estar sendo sempre analisado, mensurado, avaliado, perseguido.

Todos aqui no hospital se sentem perseguidos. A gente tem que chegar aberta, numa de colaborar, com os médicos e não numa de dizer quem está certo ou errado, pra isso basta a instituição. Aqui todo mundo anda olhando pra trás e tem a impressão que ta todo mundo te observando.

5.3.2 A instituição é uma passagem... um tempo que se fica lá.

Partindo da visibilidade e exposição como o elemento organizador fundamental da clínica psicanalítica ambulatorial, podemos perceber que esse aspecto permeia a emergência das duas outras situações constituintes da especificidade dessa modalidade clínica. Uma delas, dizendo respeito ao controle exercido sobre o tempo, introduz a transitoriedade como marca dos processos analíticos transcorridos no ambulatório hospitalar. Visibilidade e transitoriedade que se mesclam para fundar a terceira situação característica da clínica ambulatorial: um campo transferencial complexo, constituído, simultaneamente, por elementos subjetivos e institucionais.

Tivemos a oportunidade de demarcar anteriormente que, se inserindo no campo clínico dos processos analíticos, o controle sobre o tempo se faz presente, de diversas maneiras: ao se estipular o número de sessões semanais; ao se demarcar o tempo de duração das mesmas; ou ainda, no estabelecimento de um prazo para o encerramento dos atendimentos. Além desses aspectos, poderíamos acrescentar, ainda, que nos ambulatórios hospitalares, o controle do tempo se exerce, também, sobre o número de pacientes que cada analista deve atender, para que este se mantenha ocupado a maior parte do tempo possível e que não lhe sobre nenhum momento ocioso.

Pontuamos, assim, como todos esses aspectos acabam impondo aos atendimentos uma indicação para a brevidade e a rapidez. Importação de uma lógica referente ao modelo médico da modernidade, predominante nos hospitais, onde se privilegia a produtividade, a dicotomia saúde/doença, a alta, a homogeneidade. Locais da pressa, da produção, das soluções rápidas, da devolução do paciente à sociedade o mais breve possível. O contexto de um ambulatório hospitalar se caracteriza por ser, tanto para os usuários quanto para os profissionais que lá trabalham, o local da transitoriedade. Nestes, o atendimento é feito de forma rápida, imediata, com grande mobilidade e rotatividade. No imaginário popular, ambulatório refere-se à transitoriedade e não a um trabalho que pode se estender por vários meses. Corroborando com essa idéia, a própria etimologia da palavra ambulatório aponta para a transitoriedade:

Ambulatório: do latim *ambulatorius* – que impele a andar, a movimentar-se; departamento hospitalar para atendimento de enfermos que podem locomover-se (AURELIO, 1986, p. 102).

Marcada pela transitoriedade, assim nos fala um entrevistado sobre seu trabalho no hospital:

A instituição é sempre uma passagem, um tempo que se fica lá, mesmo porque não há muito o que crescer lá dentro, tanto profissionalmente quanto financeiramente. Não é como no consultório que é meu espaço, meu lugar, onde eu quero ficar, crescer, trabalhar.

Lugar de passagem por excelência, a transitoriedade impõe reflexos na constituição das relações estabelecidas com a instituição tanto por parte dos pacientes quanto por parte dos analistas. O que se pode observar é que, ao inscreverem seus laços afetivos com a instituição, ambos o fazem através de um distanciamento, de uma impessoalidade, já que, em tese, todos podem estar lá por pouco tempo.

Quando o paciente chega pra gente, ele já passou por outras clínicas do hospital. E aí a gente pergunta: - Mas quem te encaminhou pra psicologia, como é o nome do médico? E, geralmente, eles dizem: - Não, sei, ... não sei. E sabe porque isso acontece? Por que são cinco médicos cuidando dele e ele não grava o nome de ninguém, olha o impessoal aí... totalmente impessoal. Ele vê esses médicos uma vez só e depois nunca mais.

Pelo lado do analista, trabalhar em uma instituição significa que se pode ser despedido, ou nos casos de instituições governamentais, transferidos. Isso equivale a dizer que também os analistas constroem uma forma específica de se inserir na instituição e, em consequência, conduzir o seu trabalho.

Por exemplo, às vezes o próprio analista que trabalha no hospital acaba também vestindo essa camisa também de que o paciente não é dele, é da instituição. Então ele próprio também não tem muito vínculo com o paciente. É uma coisa de mão dupla, não é só o paciente que faz isso, o analista também.

5.3.3 Aqui é engraçado, tem pacientes que todo mundo conhece a história deles... todo mundo já atendeu!

A visibilidade e a transitoriedade marcam o campo transferencial paciente/analista de forma que também, em sua constituição, a instituição se mostra presente e atuante. Construir seus vínculos com a instituição pelo viés da transitoriedade e impessoalidade facilita a construção de uma transferência fugaz, fugidia, volúvel já que perpassada pelas engrenagens institucionais. Por essa razão, torna-se comum encontrar, nos hospitais, pacientes que interrompem o atendimento e, quando desejam retornar para re-iniciar o tratamento, o fazem com um outro psicólogo sem se importar com essa mudança. Na prática hospitalar, isso significa que alguns pacientes são atendidos por vários profissionais da seção de psicologia.

Aqui é engraçado. Tem uns pacientes que retornam sempre. Os da casa gerontológica principalmente. Então, eles já são conhecidos, todas nós já os atendemos, já conhecemos a história deles.

A partir desses casos, percebe-se que a constituição do campo transferencial paciente/analista apresenta-se, então, atravessada pela inserção no espaço institucional e pelos vínculos que tanto paciente quanto analista constroem com o hospital. Os vínculos com a instituição se mostram, assim, como um dos elementos constituintes do campo transferencial, sendo, portanto, fundamentais para o progresso dos atendimentos.⁴

Eu te falei sobre o vínculo com a instituição. Quando o paciente chega encaminhado pelo médico inicialmente o paciente tem uma transferência

⁴ Voltaremos a esse aspecto, com maiores detalhes, adiante

com aquele profissional que o atendeu como um profissional do lugar. E aí você pode falar, eventualmente em uma transferência institucional.

O que pudemos perceber, através do discurso dos analistas, é a dificuldade que estes apresentam em entender, conceber e trabalhar com a concepção do campo transferencial em termos de transferência com o analista e transferência com a instituição

Na verdade eu nunca me interessei por esse conceito: transferência institucional. Porque a transferência que interessa, a transferência que está em jogo em uma análise é a transferência paciente/analista. Às vezes eu acho, que o uso muito amplo de um conceito acaba fazendo com que ele perca a sua especificidade. E transferência é um conceito muito específico, ligado ao dispositivo analítico.

5.4 Para uma configuração da clínica ambulatorial.

Retornamos, então, ao ponto que formulamos nossa questão inicial e que promoveu a construção de nossa pesquisa: inseridos em um ambiente hospitalar, quais seriam os elementos organizadores do seu espaço clínico?

Partindo do princípio que a psicanálise, assim como todos os sistemas teórico-clínicos, é constituída por sujeitos históricos, acreditamos ser adequado promover uma análise do discurso dos analistas que estão desenvolvendo seu trabalho no âmbito ambulatorial de um hospital geral para obtermos uma melhor compreensão de como essa modalidade clínica vem sendo constituída em sua realidade prática, cotidiana. Baseadas na análise desse discurso, nos foi possível destacar três elementos fundamentais que estariam organizando os processos analíticos no contexto ambulatorial de hospitais gerais:

- a intensa visibilidade e exposição a que o desenvolvimento dos processos analíticos está submetido;
- a transitoriedade como marca específica da dinâmica hospitalar que impõe aos atendimentos um tempo breve e fugaz;
- a constituição de um campo transferencial complexo, no qual há a presença de elementos subjetivos e institucionais em sua constituição.

Para trabalhar, nesse contexto, a partir dessas configurações, fomos buscar como referencial teórico as considerações propostas por um autor da psicanálise

que, por coincidência, desenvolveu grande parte de suas contribuições a partir de sua experiência clínica transcorrida no interior de um hospital: D. W. Winnicott.

A referência a Winnicott se tornou interessante e adequada por diversas razões. Inicialmente, destacamos o fato de o trabalho no hospital se estruturar a partir de uma ordem multifacetada e sem fronteiras definidas, tornando necessário que o seu entendimento se fundamente a partir de uma lógica multifatorial que leve em conta a possibilidade de se lidar com situações paradoxais, contraditórias e ambíguas.

Em Winnicott encontramos essa possibilidade. Principalmente porque, em sua obra, o autor parte da dialética sujeito/ambiente como fundamental no desenvolvimento emocional do ser humano. Desenvolvimento esse que pressupõe a existência e a aceitação de situações paradoxais como fundamentais para seu acontecimento.

Chamo a atenção para o paradoxo envolvido no uso que o bebê dá àquilo que chamei de objeto transicional. Minha contribuição é solicitar que o paradoxo seja aceito, tolerado e respeitado, e não resolvido. Para a fuga para o funcionamento em nível puramente intelectual, é possível solucioná-lo, mas o preço disso é a perda do valor do próprio paradoxo. Esse paradoxo, uma vez aceito e tolerado, possui valor para todo indivíduo humano que não esteja apenas vivo e a viver neste mundo, mas que também seja capaz de ser infinitamente enriquecido pela exploração do vínculo cultural com o passado e com o futuro. (WINNICOTT, 1975, p.10).

A noção de paradoxo se torna interessante para nosso estudo, pois através dela podemos trabalhar as situações contraditórias e complexas, que dinamizam a clínica ambulatorial, sem a necessidade de resolvê-las por uma perspectiva excludente ou reducionista. Assim, torna-se possível conceber as ações terapêuticas que aí acontecem como transformadoras tanto da realidade subjetiva quanto da realidade institucional, em um campo transferencial que comporta vínculos simultâneos, estabelecidos entre paciente/analista/instituição, em um constante movimento. Trabalho que se baseia, sobretudo, na ótica winnicottiana sobre a relação estabelecida entre o sujeito e o ambiente que o cerca.

O que Winnicott pretende tematizar é o vazio que une ou separa o mundo da cultura e do sujeito, para descrever a atividade psíquica que ali se inaugura. Ilusão da experiência, paradoxo da razão, eis que Winnicott nos promete como fonte de vida psíquica, movimento de vaivém entre o repouso no indeterminado e as

sínteses do diverso, sempre ambíguas, provisórias, sem princípio soberano de organização. (LUZ, 1998, p.66).

Sínteses provisórias, em constante movimento, que sustentam a possibilidade de um trabalho clínico que se estrutura sobre situações ambíguas que intermediam as relações estabelecidas pelo par analista/analizando e ambiente hospitalar. Nesse sentido torna-se importante a noção winnicottiana de espaço potencial para entendermos como essa mediação se torna possível sem que tenhamos que abrir mão de nenhum elemento constituinte do campo clínico ambulatorial. Interessa observar que, com a noção de espaço potencial, Winnicott (1975) pode ultrapassar o debate entre realidade interna X realidade externa, posto que sobre esse ponto, o autor introduz uma área intermediária da experiência humana para a qual contribui, em sua constituição, tanto a realidade interna quanto a externa, simultaneamente. É esse pensamento que fundamenta a perspectiva winnicottiana segundo a qual a realidade cotidiana é constituída a partir de um movimento criativo que se estabelece através da relação do sujeito com o ambiente Movimento que encontra possibilidades de concretização a partir da criação de uma área de ilusão no interior da qual a criança vai construindo seu mundo interno e externo. A essa área intermediária Winnicott (1975) nomeou de espaço potencial, definindo-o como um espaço intermediário entre a mãe e o bebê, o objetivo e o subjetivo, o sujeito e o ambiente. Nele, o jogo e o contra-jogo mãe/bebê permitem a atividade da criatividade, a qual constrói a realidade compartilhada.

A fim de dar lugar ao brincar, postulei a existência de um espaço potencial entre o bebê e a mãe. Esse espaço varia segundo as experiências de vida do bebê em relação à mãe ou figura materna, e eu contraste esse espaço potencial (a) com o mundo interno (relacionado à parceria psicossomática) e (b) com a realidade concreta ou externa (que possui suas próprias dimensões e pode ser estudada objetivamente, e , que, por muito que possa parecer variar, segundo, o estado do indivíduo que a está observando, na verdade permanece constante) (p.63).

Pontuamos, então, que para Winnicott, a experiência do viver não se encontra nem na fantasia nem na realidade objetiva, porém no interior dessa área intermediária criada entre as duas. Com isso os objetos nunca são totalmente externos, o que torna a percepção do mundo pelo sujeito fundada na subjetividade.

Nessa perspectiva, segundo o autor, são três as áreas nas quais o sujeito vive e se relaciona com seus objetos:

- um espaço onde não há diferenciação entre o eu e o não-eu (lugar da onipotência e do desconhecimento da dependência e da alteridade);
- o mundo da realidade externa e das relações de objeto intermediadas pelo símbolo (reconhecimento da dependência e da alteridade);
- a área de ilusão, espaço do paradoxo, onde o sujeito procura manter as realidades interna e externa ligadas e separadas simultaneamente. Essa área, também nomeada de espaço potencial, é inerente à arte, à religião e à experiência cultural. Sendo, também, o lugar em que podemos inserir a clínica psicanalítica.

Nesse sentido, podemos perceber que, na perspectiva winnicottiana, o espaço da psicoterapia se sustenta, então, sobre a interposição de duas áreas de brincar: a do paciente e do analista, no interior da qual a criatividade se apresenta como instrumento da transformação subjetiva e objetiva.

Parece-me válido o princípio geral de que a psicoterapia é efetuada na superposição de duas áreas lúdicas, a do paciente e a do terapeuta se o terapeuta não pode brincar, então ele não se adequa ao trabalho. Se é o paciente que não pode, então algo precisa ser feito para ajudá-lo a tornar-se capaz de brincar após o que a psicoterapia pode começar. O brincar é essencial porque nele o paciente manifesta sua criatividade. (WINNICOTT, 1975, p. 80).

Em nossa perspectiva, torna-se importante observar que, na teorização winnicottiana, o conceito de espaço potencial e seus derivados – o de objeto transicional e fenômenos transicionais – acrescentam uma nova dimensão à transferência. Nesse sentido, torna-se objeto de análise tudo o que incide nessa zona intermediária, podendo ser tanto da ordem dos objetos quanto dos fenômenos transicionais. O que tal postulação assinala é que a própria transferência cria uma região intermediária, que reproduz a área de ilusão estabelecida em tempos primevos entre a mãe e o bebê, possuindo, em decorrência, o mesmo caráter ilusório. A esse respeito, Santos (2000) chama a atenção para a importância em se ressaltar que, nesse contexto, o par analista/analizando apresenta-se como uma unidade complexa em ação. Porém, por tratar-se de uma unidade que pressupõe o múltiplo, o campo analítico acaba se configurando como uma realidade inter e trans-subjetiva. Ou seja,

[...] conceber o cenário analítico como campo clínico intersubjetivo complexo é buscar integrar as múltiplas categorias através das quais o humano e as relações humanas se definem (inclusive a relação analítica). Assim, não pode existir analista sem analisando e, por conseguinte, transferência sem contratransferência, e esta relação pressupõe outra: aquela que religa a realidade psíquica à realidade externa, conjugando de forma inelutável identidade e alteridade, físico e psíquico (SANTOS, 2000, pp.71-72).

Pensar o campo transferencial como um campo complexo, criado pelo par analista/analisando, nos permite incluir, aí, a presença da instituição e de seus elementos primordiais. Nesse sentido, propomos que a dicotomia transferência com o analista/ transferência com a instituição seja desfeita em prol de tomarmos como fundamento a idéia de transferência como um campo intersubjetivo, constituído pelo par analista/analisando inserido no ambiente hospitalar. Nesse campo, ambos estão presentes como sujeitos participantes no jogo transferência / contra-transferência, que se organiza contando também com elementos institucionais. Assim, nos apresenta um entrevistado:

A dificuldade de se trabalhar no hospital é que, embora o trabalho seja feito entre você e seu paciente, na transferência que se estabelece no ambulatório, você tem que lidar com muitos outros fatores externos, institucionais que acabam influenciando, se intrometendo na sua prática clínica. Isso é muito chato!

Notamos que, nessa concepção de transferência, há a nítida intenção do analista em compreender as interferências institucionais como sendo externas ao campo transferencial e não como um de seus elementos constituintes. Dessa forma, os movimentos institucionais aparecem como produtores de entraves à dinâmica clínica.

É muito difícil trabalhar no ambulatório. Lá, você tem sempre que estar contanto com as pessoas se intrometendo no seu trabalho. Tem muita interferência no seu trabalho. No hospital acontecem coisas do arco da velha, coisas incríveis. E manter um trabalho de análise nesses lugares é muito difícil.

Pensar em transferência como sendo exclusivamente constituída entre paciente e analista se configura, ao nosso ver, como um reducionismo que impede que as questões institucionais sejam trabalhadas analiticamente e, por conseqüência, permaneçam sem sentido, sem possibilidades de elaboração, impedindo, dessa forma, o progresso da análise.

Isso é muito perigoso pra escuta clínica, pro meu trabalho. Porque desmarcar com os pacientes do hospital é mais fácil do que desmarcar com pacientes do consultório? Será que eu tô deixando a minha insatisfação com a instituição influenciar no meu trabalho? Por isso eu resolvi deixar a instituição, depois da licença maternidade eu não volto mais pra lá, fico só no consultório.

O impedimento de dar continuidade a um trabalho ao deixar que alguns elementos ficassem sem inscrição e sem localização no campo transferencial, perdidos na exterioridade e, portanto, sem possibilidades de manejo, sem chances de se tornarem mais um objeto de análise, faz com que os sujeitos implicados no processo analítico permaneçam emudecidos, objetificados, assujeitados à lógica hospitalar. A partir daí, percebe-se que o par analista/analizando, implicado no jogo transferencial, pode ser desconsiderado como sujeitos de suas ações. Assim, ambos aparecem como meros objetos de manipulação dos mecanismos de controle da instituição, sem perceberem a sua própria participação nessa manipulação e permitindo, com esse gesto, que os elementos institucionais se inserissem, na clínica, como obstáculos intransponíveis.

Dessa forma, afirmar que a instituição divide com o analista a responsabilidade sobre o trabalho desenvolvido, permite a instauração de uma dinâmica da não implicação dos sujeitos no projeto de levar adiante uma análise, já que a instituição, aparentemente, dilui, desfaz, apaga os sujeitos, submetendo-os aos jogos do poder-saber disciplinador. Ao excluir do campo transferencial o ambiente institucional, o analista acaba por excluir a si mesmo e aos pacientes como sujeitos potenciais de suas ações. Ao se posicionar dessa forma, deixa escapar a possibilidade de um agir criativo e se insere na cadeia da superficialidade, do descartável, do passageiro, do transitório, tão freqüente e característico dos ambientes ambulatoriais.

Não sei porque mas a minha participação fica diluída no hospital. Não sei porque, mas tanto os erros quanto os acertos, no hospital ficam menores, menos importantes. De alguma forma a instituição divide comigo tantos os louros quantos as besteiras.

Nossa proposta de trabalho, no entanto, se faz em outro sentido. Partimos do princípio que esses elementos devam ser considerados como parte integrante do campo transferencial, incluindo os vínculos que pacientes e analistas estabelecem com a instituição. Isso porque, ao concebermos o campo

transferencial como complexo, de forma a incluir os elementos institucionais, ganhamos a possibilidade de trazermos para o par analista/analizando a possibilidade de agirem como sujeitos potenciais de suas ações transformadoras. Possibilidade que se sustenta, em um movimento paradoxal promovido pela própria instituição.

Tivemos a oportunidade de pontuarmos, anteriormente, como o controle do tempo se faz presente no âmbito hospitalar, impondo a brevidade e a rapidez. Interessa observar, nesse sentido, que contraditoriamente, a permanência da instituição, para além das referências pessoais insere, na contra mão da transitoriedade, a permanência e a estabilidade. De forma que, a instituição, como lugar de referência que acolhe o paciente em todos os momentos em que ele necessita, promove o holding necessário para a instauração do campo transferencial e o desenvolvimento do trabalho analítico. Espaço da segurança e do conforto, o hospital se apresenta como lugar que propõe a confiança e a fidedignidade, uma vez que sua presença se projeta prospectivamente.

Onde há confiança e fidedignidade há também um espaço potencial, espaço que pode tornar-se uma área infinita de separação em que o bebê, a criança, o adolescente, o adulto podem preenchê-la criativamente com o brincar, que com o tempo, se transforma na fruição da herança cultural (WINNICOTT, 1983, p. 150)

Sustentação que se torna fundamental para que paciente e analista produzam o desenvolvimento de um processo terapêutico e, principalmente, enfrentem o difícil momento de encerramento dos atendimentos. Assim se refere um entrevistado:

Fazer análise com tempo marcado é muito difícil. Combinar o encerramento quando, geralmente, a gente acha que o paciente podia ir mais além, é super difícil. Sempre deixo em aberto a possibilidade dele retornar, que o hospital estará sempre aqui, que o término pode ser provisório.

Observa-se, nesses momentos, que o fato de a instituição permanecer como lugar para o qual o paciente possa retornar caso necessário, facilita que o encerramento dos atendimentos seja percebido como um processo de separação e não de abandono. Segundo Winnicott (1983), a separação, necessária para o desenvolvimento emocional, permite ao ego a sensação de continuidade no viver como sujeito singular. Por outro lado, o abandono obstaculariza o crescimento e

impede o sujeito ao retorno a estágios mais precoces do desenvolvimento emocional. A importância de um ambiente acolhedor e seguro se apresenta por permitir que o paciente aja criativamente sobre o mundo e se sinta vivo a partir disso.

Cada novo período de vida em que o self verdadeiro não foi seriamente interrompido resulta no fortalecimento do sentimento de ser real e com isso vem uma capacidade crescente do lactente de tolerar dois tipos de fenômenos: soluções de continuidade na vivência do self verdadeiro; experiência do falso self, ou reativo, relacionadas com o ambiente na base da submissão. (WINNICOTT, 1983, p. 136)

O hospital, ao se apresentar como um ambiente seguro e confiável, acolhe o paciente em seu processo de desenvolvimento emocional, posto que, os unindo e os separando, há um espaço no qual há a criação de um vínculo entre passado, presente e futuro, proporcionando a sensação de continuidade na existência.

O espaço potencial entre bebê e mãe, entre a criança e a família, entre o indivíduo e a sociedade ou o mundo, depende da experiência que conduz à confiança. Pode ser visto como sagrado para o indivíduo, porque é aí que esse experimenta o viver criativo. (WINNICOTT, 1975, p. 142).

Nesse espaço se inscrevem os mecanismos mais primitivos do ser a partir da confiança estabelecida no ambiente que, nos ambulatorios, oscila entre o analista/ambiente e instituição/ambiente. Dependendo do momento do atendimento, a presença de um ou de outro se torna mais forte e permite o progresso da análise, no sentido de tornar possível que paciente se perceba como capaz de transformar e criar o mundo que o cerca. Com isso ele pode experimentar a sensação de viver no mundo e não a de estar submetido aos desígnios da exterioridade. Ou seja, o fato de a instituição fazer uma oferta permanente de ajuda possibilita a construção de uma sensação de segurança e confiabilidade, que sustenta a construção da área de trabalho analítico entre analista e analisando, a partir da qual a transformação subjetiva pode operar no sentido de devolver ao paciente a possibilidade de transformar tanto a realidade interna quanto a externa.

Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto. Essa é a forma pela qual me apraz pensar em meu trabalho, tendo em mente que, se o fizer

suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio eu (self) e será capaz de existir e sentir-se real. Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (self) para o qual retirar-se, para relaxamento. (WINNICOTT, 1975, p.161).

Movimento esse que se inicia a partir do momento no qual o sujeito redescobre a possibilidade de poder contar com um outro e, por assim poder, ele consegue aceitar a idéia da separação sem o risco de perder o outro, ou a si mesmo. A análise caminha, então, através de uma ação conjunta do par analista/analizando. Assim, a experiência analítica fica caracterizada como sendo o movimento de uma relação (a do analista e do paciente) e a criação comum de um espaço no qual se inscrevem os mecanismos mais primitivos do amor, do ódio, da introjeção, da projeção, das represálias, da integração e da desintegração. Tais experiências são possibilitadas de se inscreverem, pois há, inicialmente, por parte do analista, a concordância em compartilhar, empaticamente, do sofrimento do paciente. O analista fornece referências mínimas de segurança, estabelecendo uma relação capaz de conter as angústias mais arcaicas do paciente, permitindo, com seu gesto, o desenvolvimento do processo analítico e, em conseqüência, o desenvolvimento emocional do paciente (MANNONI, 1986).

Eu nunca tinha estudado sobre empatia, mas a clínica no ambulatório me colocava uma série de questões, o que realmente acontecia ali? Porque quando eu chegava lá (na instituição) e eu vejo o que vejo, antes de atender, aquilo tem um impacto sobre mim e isso tem reflexos na minha relação com meu paciente. Primeiro porque eu me desloco, o paciente não vem a mim, eu vou até lá. Tenho que ter uma possibilidade de deslocamento para eu poder entender o que é aquilo. Tenho que conseguir entender, tudo o que está sendo relatado para mim, mas que está completamente fora da minha experiência de vida. No consultório você pode até ouvir histórias escabrosas, mas a história está lá fora. Na instituição não, ali a história escabrosa tá na tua frente, você é protagonista dela, você faz parte da cena.

Fazendo parte da dinâmica hospitalar, o espaço clínico se apresenta multifacetado, pois que nele, trabalha-se com universos distintos que se mesclam e se permeiam. A continuidade de uma análise, nesse contexto, se sustenta nas possibilidades criadas pelo par analista/analizando em encontrar novas formas de lidar com a realidade hospitalar que opera no sentido da imposição da submissão às suas verdades. No cenário do ambulatório, espaço da visibilidade total onde o paciente encontra-se submetido ao maior escrutínio e controle, importa devolver,

ao paciente, a capacidade de criar, de agir criativamente sobre o mundo. Movimento proposto pelo analista ao utilizar as situações paradoxais que fundamentam a clínica ambulatorial, utilizando-as como pano de fundo, como base para as transformações e não como possibilidade de injetar interpretações e formulações que são suas. Um perigo constante, no hospital, na medida em que a visão médica, preponderante nesse ambiente, habitua as pessoas que nele trabalham a tomar a sua opinião como verdade a ser imposta aos pacientes, desconsiderando-os como sujeitos. Ao analista caberá, então, a tarefa de fundar a confiança sobre a qual o espaço potencial possa ser erguido, e barrar a intromissão, a submissão, a injeção das verdades postuladas pelos profissionais de saúde que podem se configurar como material persecutório ao invadirem o espaço clínico através do controle burocrático. Porém, concebendo-se a transferência como um campo constituído pelo par analista/analizando/ambiente em uma constante e dialética interação, concede-se oportunidades, ao paciente, para que ele possa se mover da dependência total para a autonomia, através de um agir criativo sobre o mundo. Um trabalho que ganha uma especificidade própria quando condições de possibilidades são criadas para que este aconteça, com toda beleza e riqueza que a experiência analítica permite.

O trabalho no ambulatório é legal porque as pessoas de lá estão fora de uma cultura psicanalítica. Assim o encontro delas com a psicanálise, com as formações do inconsciente, quando esse encontro acontece, ele é extremamente transformador em si mesmo, porque ele não é alguma coisa que está racionalizado. É algo que está totalmente fora da racionalização mas totalmente presente na experiência analítica. E isso eu acho fantástico, porque às vezes, você tem um paciente no consultório particular e ele vem com tudo tão racionalizado, tão intelectualizado que ele se coloca sempre fora da experiência analítica. Lá não. Lá, quando as coisas acontecem, elas são muito intensas e muito transformadoras. É fantástico!!!

Todos aqueles que, como nós, tiveram a oportunidade ter contato com essa modalidade clínica, certamente reconhecem essa experiência: um encontro inesperado, surpreendente, que se faz maravilhoso.

Referências bibliográficas:

APPIGNANESSI, L. & FORRESTER, J. **Freud's women**, New York: Basic Books, 1993.

ARANHA, M.L. & MARTINS, M.H. **Filosofando: uma introdução à filosofia**, São Paulo: Moderna, 1986.

ARENDDT, H. **A condição humana**, São Paulo: EDUSP, 2000.

AURÉLIO, **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**, São Paulo: Martins Fontes, 1981.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**, R.J.: Zahar, 2001.

BERNSTEIN, B. Classe social, sistemas de fala e psicoterapia. In Sérvulo Figueira (org.) **Psicanálise e Ciências sociais**, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.

BEZERRA, B. **A noção de indivíduo: reflexões sobre um implícito pouco pensado**, Dissertação de mestrado, Instituto de medicina social, UERJ, 1983.
Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In Tundis e Costa (org), Cidadania e loucura, Petrópolis: vozes, 1987.

BOLTANSKY, L. **As classes sociais e o corpo**, Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BORGES, L. A. **Atendimento psicoterápico aos setores populares: um estudo das representações de terapeutas e pacientes**, Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Puc-Rio, 1987.

COSTA, J.F. A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a doença dos nervos e a identidade psicológica. **Cadernos do I.M.S.**, R.J.: U.E.R.J., vol.1, n 1, 1987.

COSTA, J.F **Psicanálise e contexto cultural**. R.J.: Campus, 1989a.

COSTA, J.F **A sombra e o sopro: psicanálise na era da linguagem**, in Joel Birman (org.) Freud, 50 anos depois, R.J.: Relume-Dumará, 1989b.

COSTA, J.F **Violência e psicanálise**. R.J.: Graal, 1990.

COSTA,J.F Bernadet e o declínio do homem privado, **Cadernos de psicanálise**, XVI, n 8,1994, pp. 133-147.

COSTA,J.F **Vai nos sobrar alguma privacidade?** [www.no.com.br/ revista / notícia/acesso](http://www.no.com.br/revista/noticia/acesso) em 22/05/2002.

DUARTE,L.& ROPA, D. **Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psicológico às classes trabalhadoras.** In Sérvulo Figueira (org.) A cultura da psicanálise, São Paulo: Brasiliense, 1985.

DUMONT.L. **O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna,** Rio de Janeiro:Rocco, 1985.

ELIAS, N. **O processo civilizador**, vol.II, Rio de Janeiro:Zahar,1993.

FIGUEIREDO,A.C. Por uma psicanálise possível nos serviços de saúde mental. **Cadernos do IPUB**, UFRJ, n3, 1996.

FIGUEIREDO,A.C **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público,** Rio de Janeiro:Relume-Dumará, 1997.

FIGUEIREDO,L.C. **A invenção do psicológico:quatro séculos de subjetivação 1500-1900,** São Paulo:Escuta, 1996.

FIGUEIREDO, M. C. & SCHIVINGER, A. Estratégias de atendimento psicológico institucional a uma população carente.In **Arquivo brasileiro de psicologia**, Rio de Janeiro:UFRJ, 1984.

FIORINI, H. **Teoria e técnicas de psicoterapia,** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões,** Petrópolis:Vozes,2002.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In **Microfísica do poder**, Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREUD,S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud,** Rio de Janeiro:Imago,1986.

FREUD,S **Estudos sobre a histeria I** vol. III, 1893/95.

FREUD,S **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise: sobre o início do tratamento**,vol. XII, 1913.

FREUD,S **Linhas de progresso na terapia psicanalítica**, vol. XVII, 1919[1918].

GAY,P.**Freud: uma vida para nosso tempo**, São Paulo:Companhia das letras,1989.

Gosen, P. El principio del obsceno. Mexico: Roca, 1974

GORSEN, P.(1974) **El principio del obsceno**, citado por Costa,1994.

HABERMAS, J. **Mudanca estrutural da esfera pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa**, Rio de Janeiro: Tempos Modernos, 1974.

LASCH, C. **The minimal self: psychic survival in troubled times**. New York: Norton, 1984.

LE RIDER,J. **A modernidade vienense e as crises de identidade**, Rio de Janeiro:civilização brasileira,1992.

LENGRUBER, V. **Psicoterapia breve: a técnica focal**,Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LUZ, R. **W.D. Winnicott:experiência clínica e experiência estética**, Rio de Janeiro:Revinter,1998.

MANNONI,M. **A teoria como ficção : Freud, Goldreck, Winnicott, Lacan**. Rio de Janeiro:Campus,1986.

MORIN,E. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Piaget publicações, 1991.

NICOLACI-DA-COSTA, A. M. Basil Bernstein e a psicanálise. In Servulo Figueira (org.) **Efeito Psi : a influência da psicanálise**,Rio de Janeiro: Campus, 1988.

NICOLACI-DA-COSTA, A. M Questões metodológicas sobre a análise do discurso. **Psicologia:reflexão e crítica**, n4, pp. 103/108, 1989.

NICOLACI-DA-COSTA, A. M A análise do discurso em questão, **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília:CFP, vol. 10, n ° 2, pp 317-331, 1994.

NICOLACI-DA-COSTA, A. M **Na malha da rede: os impactos íntimos da internet**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

Nicolacci-da-Costa, **Sujeito e cotidiano: um estudo da dimensão psicológica do social**. Rio de Janeiro: Campus, 1987

NICOLACI-DA-COSTA, A. M Quem disse que é proibido ter prazer Online? Identificando o positivo no quadro de mudanças atual. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília: CFP, 22, n2, pp12/21, 2002.

NOBRE,L. **Do engano como resposta à verdade como questão:a experiência analítica em seu rigor**.Tese de doutorado, programa de pós-graduação, instituto de psicologia, PUC-RIO,1998.

SANTOS,A. **Clínica psicanalítica em comunidades: um campo complexo de atuação diferenciada**, Dissertação de mestrado, Instituto de psicologia, PUC-RIO, 2000.

SCHORSKE, C.E. **Viena, fin-de-siécle : política e cultura**, São Paulo: Companhia das letras,1990.

SENNETT, R. **O declínio do homem público:as tiranias da intimidade**, São Paulo: Companhia das letras, 2000.

TUROWSKI, J. The dichotomy of private and public as a theoritecal framework for the analysis of social reality. In Leon Dyczewski (org) **Private and Public social inventions in modern societies**, Washington: Paidea Publishers, 1994.

VERNANT, J.P. **As origins do pensamento grego**,São Paulo: Difel, 1984.

VILHENA,J. Atendimento psicológico a populações carentes :mitos e lendas, **Gradiva**, SPAG/RJ, 1988.

VILHENA,J Apartheid clínico : uma visão violenta e autoritária da prática clínica. **Cadernos do serviço de psicologia aplicada:uma prática em debate**, Rio de Janeiro: PUC-RIO,n.5,1995.

VILHENA,J. ; ZAMORRA, M. & DIMENSTEIN, M. O trabalho do psicólogo com comunidades: cultura e formação profissional. **Psicologia clínica**, PUC-RIO,2000.

VILHENA,J. & SANTOS,A. Quem cala... consente! – a cultura da violência e a ética da psicanálise. **Psychê**, ano 4, n.5, São Paulo, 2000.

WINNICOTT,D.W. **O brincar e a realidade**, Rio de Janeiro: Imago,1975.

WINNICOTT,D.W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre:Artes Médicas, 1983.

Anexo

Roteiro da entrevista

Procurei formular o roteiro final da entrevista de forma a perpassar e contemplar as categorias anteriormente destacadas nas entrevistas preliminares. O fato de não haver perguntas diretamente comparativas entre o trabalho analítico no consultório e no ambulatório deve-se ao fato das entrevistas preliminares terem me informado não haver a necessidade de perguntas diretas sobre o tema, pois a comparação aparece naturalmente uma vez que a clínica privada constitui-se como o modelo paradigmático a partir do qual os analistas procuram estruturar e desenvolver o trabalho ambulatorial.

1) Dados de identificação [graduação /há quanto tempo é formado /há quanto tempo trabalha com a psicanálise /qual a linha teórica que segue]

2) Como você veio trabalhar nessa instituição?

[como foi feita a escolha por esse espaço /há quanto tempo trabalha nesse lugar /quanto tempo pretende ficar /qual a carga horária semanal /se exerce outras atividades além do ambulatório /se pode ser transferido pra outro lugar, à revelia /é o único analista na instituição /como é trabalhar nessa instituição /há outros psicanalistas na instituição?].

3) Como os pacientes chegam até o ambulatório?

[como é feito o encaminhamento /quais as patologias atendidas /pode haver re-encaminhamento? /quantos pacientes costuma atender, em média? /há queixas mais recorrentes? /eles freqüentam outras clínicas da instituição? há intercâmbio entre as clínicas?]

4) Como é feito o contrato com os pacientes? Quais as informações básicas que você fornece?

[quais são as regras institucionais? número de sessões semanais /duração das sessões /se há pagamento /se há um número máximo de faltas /atende sempre na mesma sala? /como são

as instalações? /costuma explicar para os pacientes como é o trabalho psicanalítico?
/fornece algum tipo de indicação sobre a livre-associação, sonhos, sexualidade, infância?]

5) Como os pacientes recebem o atendimento?

[eles gostam? /se sentem à vontade? /eles são assíduos? /faltam muito? /é freqüente o abandono? /quanto tempo costuma durar um atendimento? /como costuma se processar o encerramento do atendimento? /quais são os parâmetros de alta?]

6) Pra finalizar, na sua opinião, o que você acha da psicanálise no ambulatório?