Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Paula Penatti Maluf

A construção da demanda por ajuda psicológica e o trabalho psicanalítico com as classes populares

Rio de Janeiro
2007

Paula Penatti Maluf

A construção da demanda por ajuda psicológica e o trabalho psicanalítico com as classes populares

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Joel Birman.

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

M261 Maluf, Paula Penatti.
A construção da demanda por ajuda psicológica e o trabalho psicanalítico com as classes populares / Paula Penatti Maluf. – 2007.
146f.

Orientador: Joel Birman.
Dissertação (mestrado) — Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Psicanálise – Teses. 2. Hospitais – Serviços de ambulatórios – Teses. 3. Necessidades e demandas de serviços de saúde – Teses. 4. Assistência à saúde – Teses. I. Birman, Joel. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada da fonte.

_____ _____
Assinatura Data

Paula Penatti Maluf

A construção da demanda por ajuda psicológica e o trabalho psicanalítico com as classes populares

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 23 de março de 2007.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Joel Birman (orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.ª Dra. Fabíola Rhoden
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – UFRGS

Prof.ª Dra. Sílvia Nunes
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Fábio André Moraes Azeredo
Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância

Rio de Janeiro

2007

DEDICATÓRIA

A meu pai, por ter me transmitido o amor pelo ensino e pela universidade pública, e por continuar a me ensinar, a cada dia, a fazer minha parte por sua sobrevivência.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que se envolveram de alguma forma, no difícil e prazeroso processo de construção deste trabalho.

A Joel Birman pelos ensinamentos contidos em seus livros, palestras, aulas e seminários, bem como suas orientações, ao mesmo tempo incisivas e desestabilizadoras.

À Márcia Arán, por sua presença acolhedora, delicada e precisa, que muito contribuiu para acalmar meus anseios e nortear os rumos deste trabalho.

A Fábio Azeredo, pela disponibilidade em debater minhas ideias e corrigir minuciosamente meu projeto de pesquisa.

À minha família, por sempre incentivar meus estudos e acreditar no meu potencial.

A Bernardo, pelo companheirismo, apoio e revisão criteriosa deste trabalho. Por ter conseguido, com sua presença amorosa, tolerar pacientemente minhas ausências ao longo destes dois anos.

Aos professores do IMS, que, com suas aulas inspiradoras, são os verdadeiros responsáveis pela riqueza deste projeto, expandindo meus horizontes teóricos e pessoais.

Aos colegas do mestrado, por tudo que passamos juntos, pela amizade, angústias, risadas, preocupações, incertezas e alegrias.

RESUMO

MALUF, Paula Penatti. *A construção da demanda por ajuda psicológica e o trabalho psicanalítico com as classes populares.* 2007. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2007.

Esta dissertação tem como objeto de exame a psicanálise exercida nas instituições públicas de saúde, com o público das classes populares, a partir do atual cenário da seguridade social brasileira e das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Visando encontrar o que a psicanálise tem de mais fundamental, no consultório privado ou fora dele, analisa-se a obra de Freud e de autores contemporâneos, em busca de subsídios ao presente debate. Além de revisão bibliográfica, extratos de casos clínicos são também incluídos, sejam estes a partir de literatura ou de experiência própria. As classes populares, em sua condição de principais usuários dos ambulatórios públicos, são examinadas a partir de sua relação com seu sofrimento, seja este corporal ou psíquico, expressa em seu discurso dirigido ao profissional que as recebe. Ao longo deste percurso foram encontrados alguns elementos e/ou figuras essenciais de análise como o corpo, o campo do trabalho e a "doença dos nervos". Ambos os debates acima convergem para um terceiro, de natureza prática, no qual psicanálise e classes populares unem-se no cotidiano destes serviços. Busca-se encontrar o significado de se trabalhar com psicanálise nestes espaços, e, consequentemente, o que faz este psicanalista manter a marca de sua atuação, ao mesmo tempo em que abre espaço para a reinvenção da mesma, sempre que assim se fizer necessário. Este estudo é finalizado pela análise desta prática, frente a alguns de seus obstáculos. Conclui-se que a mesma só é possível se os profissionais se afastarem de uma postura que, além de limitar o potencial da clínica psicanalítica, encara os pacientes como não propensos à autorreflexão, ou então, como limitados em sua capacidade de comunicação.

Palavras-chave: Psicanálise. Classes populares. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Assistência à saúde.

ABSTRACT

MALUF, Paula Penatti. *The construction of the demand for psychological help and psychoanalytic work with the working classes.* 2007. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2007.

This dissertation aims at examing the practice of psychoanalysis at public health institutions, with the working classes, inserted in the present context of Brazil's social security system and the public health policies of SUS. In search of fundamental pillars of psychoanalysis, inside or outside private practice, Freud's writings are analyzed, as well as the ones of other contemporary authors. Clinical extracts are also included, whether they come from literature or the author's personal clinical experience. The main users of the public health system – the working classes – are examined through the content of their speech, whenever they look for help regarding their psychological or bodily suffering. Some fundamental elements of analysis were found through the process, such as the body, the field of labor and the "doença dos nervos". Both debates above merge into a third, of a more practical nature, in which psychoanalysis and working classes meet at the daily routine of these institutions. The search now is not only for the meaning of practicing psychoanalysis at these places, but also for the portrait of these psychoanalysts that are capable of remaining creative and reinventing themselves whenever necessary This study also examines some of the obstacles that are present at this specific practice. Some conclusions were found. The first one is that this practice is only viable if professional are able to keep away from a narrow view of psychoanalysis, which limits their experience. Following the first is the belief that psychoanalysts also need to depart from regarding the patients as not only limites in their communicational skills, but also incapable of self-reflection.

Keywords: Psychoanalysis. Working classes. Health services needs and demand. Delivery of health car.

...um outro doutor, doutor rapaz, discorreu-me dizendo que a vida da gente encarna e reencarna, por progresso próprio, mas que Deus não há. Estremeço. Como não ter Deus ?!

Com Deus existindo, tudo dá esperança: sempre um milagre é possível, o mundo se resolve. Mas, se não tem Deus, há-de a gente perdidos nos vai-vem, e a vida é burra. É o aberto perigo das grandes e pequenas horas não se podendo facilitar – é todos contra os acasos.

João Guimarães Rosa – Grande sertã: veredas

Mas ele, galinho de briga que era, arrepiou-se todo com a pergunta tola e que não sabia responder.

Disse aborrecido: - Eu sei mas não quero dizer !

Não faz mal, não faz mal, não faz mal... a gente não precisa entender o nome.

Ela sabia o que era o desejo – embora não soubesse que sabia.

Era assim: ficava faminta mas não de comida.

Clarisse Lispector – A hora da estrela

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	2
1	**AS CLASSES POPULARES E O ADOECER: CORPO, IDENTIDADE, REPRESENTAÇÕES DE SOFRIMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA**	13
1.1	**O corpo, a "doença dos nervos" e o trabalho: os três protagonistas**	15
1.2	**Saúde e doença: objetivação de sofrimento e sua relação com a vivência dos sujeitos**	18
1.3	**O histórico da "doença dos nervos" e o momento atual**	24
1.4	**Elementos representacionais que compõem o discurso do nervoso: a queixa**	32
1.5	**Linguagem e construção da demanda no processo psicanalítico**	41
2	**A PROBLEMÁTICA DA CLÍNICA E SUA RELAÇÃO COM OS PUILARES DO PROCESSO PSICANALÍTICO**	48
2.1	**Como e porquê pensar em técnica? A polêmica do psicanalista no público**	48
2.2	**Freud e o método analítico**	53
2.3	**Duas vertentes em questão**	54
2.3.1	O "retorno" a Freud	55
2.3.2	A experiência analítica originária	69
2.4	**Percalços rumo ao cerne da teoria. A experiência e a ética analíticas**	82
3	**O COTIDIANO DOS AMBULATÓRIOS: ALGUMAS PECULIARIDADES DO TRABALHO PSICANALÍTICO EM INSTITUTIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE**	92
3.1	**A psicanálise como política – a atuação em instituições públicas**	92
3.2	**A chegada do paciente: trabalhando a demanda**	99
3.2.1	Interfaces "multiprofissionais"	99
3.2.2	A polêmica do código linguístico	104
3.3	**O desenrolar do tratamento: alternativas para a continuidade do processo**	114
3.3.1	O setting	114

3.3.2 Uso de grupos: alternativa ou massificação do atendimento ? 121

CONSIDERAÇÕES FINAIS 129

REFERÊNCIAS 138

INTRODUÇÃO

A proposta deste estudo nasceu a partir de minha inserção, ao longo de doze meses, como psicóloga numa organização não-governamental denominada Núcleo de Atenção à Violência (NAV). Essa entidade realiza atendimentos clínicos psicanalíticos a um público pertencente, majoritariamente, às classes populares. O projeto, cuja equipe integrei, foi desenvolvido nas instalações do Ambulatório Infanto-Juvenil do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sendo, portanto, extremamente pertinente para ilustrar as discussões em questão. Cabe a ressalva de que o projeto não recebia demanda espontânea, lidando com pacientes, em sua maioria, encaminhados por Varas de Família e Conselhos Tutelares, fato que, em determinados momentos, nos impede de fazer uso de alguns exemplos.

A pesquisa em que se baseia o estudo pode ser enquadrada no campo da clínica institucional, o que possibilita a construção de um solo fértil para a discussão acerca do exercício da psicanálise nas instituições públicas. Arán, Moriconi e Alcides (2004) definem dois eixos para esta discussão que enquadram perfeitamente os rumos percorridos pela pesquisa. De acordo com as autoras, pensar a psicanálise nestes espaços e torná-la presente no campo da saúde coletiva requer levar em conta a diversidade cultural das classes populares, bem como exige estar permanentemente relacionando-se com as políticas públicas assistenciais do Brasil. É a esta função que a presente introdução se presta, buscando definir, no contexto brasileiro, a especificidade deste público, da psicanálise que aqui se implantou e também das políticas públicas de saúde. Define-se assim uma premissa teórica que acompanha o desenvolvimento da dissertação, a saber, que uma dada discussão tem a marca da formação social e da tradição que a constituíram, portanto, tem uma singularidade que decorre da sua história.

A questão da política no campo da saúde coletiva se destaca como uma problemática

importante não só por sua importância na conjuntura atual brasileira, como coloca Birman (2005), mas também pelos impasses teóricos que marcam as políticas sociais contemporâneas. O autor, em outro texto, almejando debater a situação atual das práticas de saúde no Brasil, empreende uma descrição histórica e situacional não só destas práticas, como também do próprio mal-estar (Birman, 2002), que nos parece relevante. É preciso inserir a discussão no contexto maior da modernidade ocidental, afirma Birman, no qual a origem do mal-estar pode ser pensada como ligada à perda do legislador absoluto, centrado na figura do *um,* do Estado. O autor elege o "desamparo" como o grande produto desta perda da lei absoluta. Na falta de algo que regule as relações entre as subjetividades, e regule também os limites entre o próprio gozo e o gozo do outro, o supereu forja-se como herdeiro desta lei perdida, produzindo devastações na subjetividade, tomando forma nos registros do corpo e do espírito. A angústia de ter seu livre arbítrio como o único determinante de suas ações - seja no âmbito do pensamento ou da ação propriamente dita - é o afeto primordial da modernidade. Não há fronteiras reconhecidas por todos como seguras, legítimas e inequívocas, completa o autor, fronteiras estas que determinariam o que é o próprio gozo, e onde começa o gozo do outro. Birman (ibid.) transita, em seu percurso histórico, pelo Iluminismo, pelos ideais da Revolução Francesa e também pelos Estados totalitários modernos. Contudo, cabe-nos retirar desta rica descrição as marcas deste processo no contexto brasileiro; as conseqüências desta incapacidade das subjetividades em lidar não só com o desamparo, como também com esta "liberdade".

Se pensarmos que o Estado do bem-estar social sempre foi precário no Brasil, característica agravada pela recente inserção do país no modelo do neoliberalismo, podemos afirmar que a marca da sociedade brasileira está na "desigualdade da distribuição do gozo" e na "ausência correlata de um Estado que possa regular minimamente sua repartição justa" (ibid., p.57). Neste contexto, parcelas importantes da população encontram-se abandonadas, e, como

afirma o autor, impossibilitadas de inserção social devido ao precário estatuto da cidadania assim constituído. A conseqüência disso seria que a realidade brasileira, dentro do contexto descrito acima, apresenta-se infinitamente mais catastrófica do que a de países que ainda possuem este Estado do bem-estar social. Sendo assim, em se tratando de um país "secularmente miserável" (ibid., p.58), com instituições frágeis e autoridades políticas igualmente enfraquecidas, as classes populares, bem como as médias, deparam-se com a desorganização das instituições públicas, sejam estas no campo da saúde ou da educação.

O desamparo, afirma Birman, apresenta-se sob as mais diversas formas em todas as camadas sociais, convertido, por um lado, em destrutividade, criminalidade e delinqüência, e, por outro, em religiosidade, messianismo e devoção. As primeiras simbolizam esta busca frenética pelo gozo próprio a todo custo, ao longo da qual retira-se qualquer entrave a sua expansão. Se a distribuição justa deste gozo não se realiza efetivamente, ela acontecerá, custe o que custar, a partir das formas acima. A devoção religiosa, por sua vez, é o reflexo de uma busca por proteção; diante da "falência escandalosa das instâncias terrenas" (ibid., p.60), busca-se algo "superior" que a ofereça. Birman define, assim, a particularidade do mal-estar brasileiro a partir da dimensão histórica e situacional tanto das práticas, como da própria subjetividade. As dimensões política e social na economia deste mal-estar lhe imprimem a marca de sua singularidade, conferida pela "brasilidade" (ibid., p.43).

É neste contexto que pretendemos introduzir este estudo, analisando a inscrição das classes populares enquanto sujeitos em um mundo que lhe abre novas possibilidades, mas também lhe aponta outras impossibilidades existenciais (Birman, 1998). São estas classes que compõem o universo da pesquisa, as mesmas que, conforme pontua Birman (2002), vêm sofrendo um "verdadeiro genocídio perpetrado pelo Estado" (ibid., p.58). Neste universo interessa-nos, especificamente, os usuários de serviços de atendimento psicológico ambulatoriais, de hospitais públicos. Dentro do tema mais abrangente da saúde coletiva nas classes populares,

nosso objeto central diz respeito à investigação da questão da saúde mental destes sujeitos no que se refere à vivência dos processos de saúde e doença; a maneira como encaram o que se passa em seu corpo e o que os leva a procurar ajuda. Tais referenciais aparecem na forma de representações a serem analisadas a partir do discurso destes sujeitos na clínica, do pedido de ajuda endereçado ao profissional. Considerando a dinâmica interna das instituições públicas de saúde e o trabalho assistencial realizado nos ambulatórios das mesmas, o recorte da questão encontra-se em como identificar as particularidades da formação de demanda psicológica das classes populares, e como atua o psicanalista neste processo. Nesses termos, os psicanalistas que atuam nesses serviços também integram o universo da investigação, na medida em que nos interessa examinar o trabalho de assistência psicológica, de cunho psicanalítico, realizado nestes espaços. Examinaremos a possibilidade de exercer-se psicanálise a partir desse tipo de demanda, analisando-a tanto a partir das peculiaridades do público oriundo das classes populares, quanto das condições oferecidas pelas instituições de saúde para que a mesma seja realizada. Portanto, pode-se dizer que as discussões empreendidas no presente trabalho oscilam, permanentemente, entre os dois pólos que compõem a assistência de saúde, a saber, o usuário e o profissional[1].

Além do interesse mais geral por trabalhos de cunho social realizados com as classes populares, o critério de escolha tanto deste grupo social específico, quanto do espaço dos ambulatórios públicos, deve-se ao fato de que ambos os elementos colocam desafios importantes ao trabalho analítico tradicionalmente ambientado em consultórios particulares. Assim, o presente estudo propõe-se a considerar a prática psicanalítica face às premissas freudianas, com vistas a refletir se a limitação da prática aos consultórios privados se deu por

[1] Cabe a ressalva de que os termos "psicanalista" e "psicólogo" não são aqui utilizados como sinônimos. Há este duplo uso por conta do fato de que, geralmente, o vínculo do psicanalista em sua prática pública dentro dos serviços de atendimento psicológico é feito, primeiramente, pelo cargo de psicólogo. A psicanálise seria uma espécie de designação secundária, utilizada para denotar a linha teórica seguida pelo profissional.

conta desta ser condição para o trabalho analítico conforme estabelecido por Freud, ou então, se esta restrição deveu-se, apenas, a uma circunstância histórica.

É oportuno, neste ponto, realizar uma retrospectiva histórica sobre a própria psicanálise e sua instalação na cultura brasileira. Para isto, faz-se uso de duas outras descrições de Birman (1997b, 1998), nas quais nos mostra como a psicanálise acompanhou o processo de modernização da sociedade brasileira nas décadas de 1950 e 1960, sendo convocada a "redesenhar as novas silhuetas da subjetividade no mundo modernizado" (1998, p.162). Sua entrada deu-se por dois eixos bem distintos, por um lado ligada à psiquiatria e, por outro, ao movimento modernista, ainda nas décadas de 1920 e 1930. Já na década de 1970, com a urbanização crescente da sociedade, a psicanálise viu-se diante do desafio da reinserção das pessoas numa sociedade em constante e profunda transformação. Porém, como nos lembra o autor (1997b), naquele momento o país vivia sob uma ditadura militar, instalada em 1964. Estabeleceu-se então, a identificação da psicanálise com ideais libertários; ela seria o equivalente, nos planos íntimo e do cotidiano, da grande revolução que não se conseguia fazer nacionalmente. Nos anos 70 e 80 ocorre o "boom" psicanalítico, que coloca seu discurso como referência para a medicina, a psiquiatria, a saúde pública e a pedagogia, conforme nos expõe Birman (1998). Neste momento, completa o autor, a cultura psicanalítica já era um *ethos* para a subjetividade, com sólidas e poderosas instituições psicanalíticas ultrapassando o eixo Rio-São Paulo. Nos anos 90, a crise da demanda clínica psicanalítica, que já havia acometido países como os EUA e a França algumas décadas antes, atinge o Brasil. Birman (ibid.) afirma que, ainda que fazendo parte da crise, esta dissonância entre a psicanálise e a ordem social vigente seria de certa forma parte também do dispositivo psicanalítico, já que este causa mal-estar para o sujeito e para esta ordem social também. Porém, há dissonâncias de outra ordem. O sujeito pós-moderno exposto, no passado, pela psicanálise e pelo marxismo às potencialidades transformadoras de seu desejo nos campos individual e social, já não

acredita mais nelas. O desejo não é mais condição de reinvenção do sujeito. O que marca este sujeito é a "cultura do narcisismo" inserida na "sociedade do espetáculo" (ibid., p.166); na qual as individualidades seriam sempre auto-referentes, buscando, como finalidade de sua existência, a "estetização de si próprio" (idem).

Caminha-se então, na direção oposta à da experiência psicanalítica, na qual a desconstrução do eu é possibilidade para a exigência do desejo, lançando o sujeito nos pólos do inconsciente e das pulsões. Como a psicanálise reagiu a isso? Para Birman, (ibid.) os herdeiros de Freud a transformaram numa modalidade de pensamento apoiada, não no registro do desejo, mas na exaltação da individualidade. Ao contrário do que se poderia imediatamente pensar, completa o autor, a psicanálise contribuiu para a constituição da cultura do narcisismo, retomando a cultura do eu no eixo do pensamento individualista. Pode-se precipitadamente circunscrever esta postura à tradição norte-americana da "psicologia do eu", porém, como mostra o autor, até em seus críticos, como o movimento lacaniano, por exemplo, este resultado se faz presente. Além desta, outra marca da brasilidade é importar discursos como se tudo que é de fora fosse melhor (Birman, 1997b), sem considerar as especificidades culturais brasileiras. Isso marca a relação entre o conservador e o emancipatório no imaginário social brasileiro. Os analistas se valem destes discursos em sua formação, e o fazem numa repetição infrutífera, o que afeta a experiência clínica e provoca, sua "esterilização" (ibid., p.31). Quais as implicações dessa discussão para o estudo que nos propusemos desenvolver? Mais além das pequenas provocações a determinadas linhas teóricas dentro da psicanálise, o autor nos mostra que há questões específicas devidas ao tipo de demanda colocada ao analista, seja ele kleiniano ou lacaniano, e ao tipo de acolhimento que o analisando recebe. Exemplifica seu ponto de vista afirmando que podemos encontrar analisandos que buscam se emancipar e aqueles que são conservadores, não obstante suas filiações políticas. Seja este paciente o que for na sua vida fora do espaço analítico, nada

determina que o projeto emancipatório se dará, efetivamente. Ou seja, estamos falando que o engajamento do sujeito no processo psicanalítico não passa por sistemas de filiação, sejam eles do próprio sujeito, ou do analista que o recebe.

É nesse contexto que o presente estudo pretende debater, sobretudo, a postura dos psicanalistas em sua prática. Apesar de ter sido escolhido um referencial freudiano para orientar esse debate, buscou-se sempre retirar, da própria experiência psicanalítica os elementos que solidificam as argumentações. Essa perspectiva norteou nossa reflexão sobre as particularidades da abordagem clínica da psicanálise nos dispositivos de saúde que compõem o objeto deste estudo, e, principalmente, como esta abordagem se dá face às peculiaridades do público neles atendido. No tocante ao exame da técnica analítica há uma primeira questão bastante controversa sobre ser ou não possível identificar seus "pilares fundamentais", a partir da definição do que é o conceito de verdade para a psicanálise. Por conseqüência, coloca-se uma segunda questão, igualmente controversa, sobre a possibilidade de manter uma identidade analítica que a diferencie das demais práticas psicoterápicas dentro das instituições públicas de saúde. Ainda nesse sentido, cabe avaliar as formas pelas quais o profissional consegue ser flexível nos muitos momentos em que se faz necessário adaptar-se, com vistas a manter um equilíbrio entre ser acessível aos pacientes e, ao mesmo tempo, preservar as bases da clínica analítica em seu trabalho.

De fato, o debate acerca da inserção da psicanálise no ambiente dos hospitais não é recente, existe desde que tal movimento se iniciou, há algumas décadas. Contudo, além do referencial bibliográfico no tocante a relatos práticos ser ainda bastante limitado, permanecem diversas controvérsias a respeito da validade do dispositivo analítico neste contexto, por conta dos limites da flexibilidade do mesmo e do modo como é utilizado. Todas estas polêmicas se devem, em parte, à abertura que este dispositivo fornece à atuação do analista. Há muito que avançar na direção de torná-lo um recurso verdadeiramente aplicável ao sistema de saúde

público, no âmbito dos tratamentos psicoterápicos. Nosso estudo se insere nessas discussões com a perspectiva de contribuir para que este trabalho clínico seja uma alternativa real e válida, um recurso a ser permanentemente investido e explorado. Além das justificativas apresentadas acima, tratar de assuntos relativos ao sistema público de saúde no Brasil é bastante oportuno pelo estado ainda precário em que se encontra a assistência pública no país, num contexto no qual um número cada vez maior de pessoas utilizam-na como principal recurso de obtenção de cuidados para sua saúde.

A pesquisa norteou-se por duas hipóteses básicas. A primeira é que a forma como as classes populares são encaradas pelos teóricos e profissionais de saúde, bem como a orientação da assistência psicológica que lhes é prestada, são influenciadas pelo fato de serem consideradas por muitos como não propensas à auto-reflexão e possuidoras de um código lingüístico restrito para sua comunicação. A segunda hipótese é que a atuação dos analistas nas instituições públicas de saúde vem sendo limitada por um uso restritivo das possibilidades da clínica psicanalítica, agravado pelo apego de teóricos e profissionais a certos pressupostos do que constituiria a "verdadeira" psicanálise. Esta dissertação foi inicialmente concebida de modo a aliar pesquisa bibliográfica e trabalho de campo, sob a forma de extratos de casos clínicos e entrevistas com profissionais da área. Porém, o rico material bibliográfico encontrado levou-nos a optar por realizar, basicamente, uma revisão bibliográfica, com eventual inclusão de exemplos clínicos retirados tanto de experiência própria quanto da literatura.

O presente estudo não apenas reflete sobre questões sociais, como também ultrapassa o campo psicanalítico dito original, o dos consultórios, podendo assim questionar certos lugares conceituais estabelecidos. Não se trata de pregar que "a psicanálise é para todos", nem de acreditar, como bem coloca Figueiredo (1997), que o suposto modelo universalizante da

psicanálise infere que esta "cura tudo" e é a resposta para os males humanos. Significa sustentar que há abertura para uma maior aplicação do dispositivo psicanalítico para além dos consultórios e dos clientes familiarizados com a "cultura psicológica", fenômeno que até hoje não se deu de modo efetivo nas instituições de saúde. Pode parecer, como coloca a autora, pretensão fútil insistir na defesa de um aparato sofisticado como a psicanálise, que envolve longos períodos de tratamento, especificidade e igualmente longa formação daqueles que a exercem, principalmente ao levarmos em conta o momento de crise pelo qual passam as instituições públicas de saúde. Porém, a psicanálise não foi suficientemente posta à prova para que seja descartada ou considerada imprópria nestes espaços ou com este público específico. Além disso, como a própria autora marca, é preciso acabar com a dicotomia entre indivíduo psicológico e realidade social, a última sendo o pacote de determinações que se interpõem ao tratamento, e, no caso dos pacientes em questão, inviabilizariam o mesmo porque são intransponíveis. Afirma que, quando os profissionais relatam "Não podemos tratar essas pessoas fora do social" (ibid., p.93) revelam uma separação entre as condições de vida e os problemas pessoais do paciente, como se houvesse a possibilidade de tratar algo fora do social. Como se a psicanálise nos espaços públicos fosse uma questão à parte, somente para aqueles que "se preocupam com o social". Na verdade, talvez possamos raciocinar em outra direção, tratando o mal-estar particular do Brasil como conseqüência de um nível de desigualdade social tão grande, que acaba tornando excessiva esta "preocupação" com os trabalhos sociais, esta invasão "extra-consultório". Deparamo-nos, aqui, com a função primordial de toda pesquisa aplicada, qual seja, contribuir para que o problema associado ao objeto de investigação seja atenuado. Os resultados de um trabalho teórico bem fundamentado podem servir de base para futuras ações que atinjam, de forma significativa, aqueles que se encontram privados de determinados recursos. Segue-se a aposta lançada por Birman (2002), de que o destino da

civilidade brasileira encontra-se atrelado às soluções que seremos capazes de formular. Essa é, talvez, a maior relevância da investigação realizada.

Por fim, apresenta-se o plano de trabalho da presente dissertação. O primeiro capítulo busca examinar as classes populares e sua relação com o corpo. No âmbito maior da análise das especificidades da demanda por tratamento psicológico destas populações, inicia-se pelo exame do discurso destes pacientes ao procurarem ajuda, tendo em vista a importância do tema da linguagem e da própria dimensão corporal, que atravessam grande parte das discussões neste campo. Trata-se de verificar como estes pacientes representam e relatam o sofrimento que lhes acomete e o que lhes faz procurar ajuda, levando em conta o impacto que a presença do outro tem no conteúdo deste relato, atravessado pela transferência.

No segundo capítulo, são discutidos os limites do dispositivo psicanalítico, a partir da especificidade dos conceitos de "verdade" e "ética" para a psicanálise. Para tanto, destacam-se as características fundamentais da psicanálise que a tornam um campo específico de saber, a partir do trabalho de busca da verdade singular de cada paciente. Expõe-se de que forma a heterogeneidade da psicanálise a partir de suas inúmeras incorporações, e a não linearidade do percurso do próprio Freud, dificultam a busca por uma definição mais precisa do que seria a sua prática. Para abordar essa questão analisa-se brevemente, ao longo da história, as implicações do movimento analítico e do processo de institucionalização da psicanálise na disseminação - ou, muitas vezes, "engessamento" - do processo psicanalítico. Tendo em vista o cuidado em evitar dogmatizações e o fechamento do debate, privilegia-se a clínica como espaço que fornece substratos para debater as questões acima, dado o seu lugar primordial de experimentação e constituição da própria teoria.

No terceiro capítulo, são analisados os principais entraves à psicanálise no ambulatório público, procurando definir a especificidade da primeira neste espaço. Situa-se esta expansão

dos horizontes da psicanálise como uma função política que a mesma assumiria. Neste contexto, coloca-se em cheque a clínica psicanalítica e seus conceitos fundamentais, expostos no segundo capítulo, investigando de que maneira os mesmos orientam o trabalho do psicanalista neste espaço e como o mesmo consegue mantê-los consigo, frente aos inúmeros desafios impostos pelo público-alvo e pela instituição. Este debate perpassa alguns entraves ao trabalho clínico como, por exemplo, a precária situação do serviço público de saúde, o complicado trânsito dentro da realidade interdisciplinar dos ambulatórios e a especificidade do trabalho com estes sujeitos. Outra discussão fundamental é a que gira em torno da posição assumida por profissionais - inspirados por alguns teóricos - ao afirmarem que estes sujeitos não possuem o instrumental lingüístico adequado, seja no que diz respeito à riqueza introspectiva que lhes permitiria exercer a auto-reflexão, ou então no que se refere à complexidade e detalhamento do vocabulário exigido para se expressar satisfatoriamente ao médico. Por estas razões seriam alijados de qualquer tipo de ajuda psicológica. O objetivo aqui é analisar a influência destas crenças na prática destes profissionais, e o que a psicanálise teria a oferecer neste âmbito de atuação. A partir dos obstáculos, pensar na psicanálise possível, como, por exemplo, através da utilização do recurso do trabalho com grupos.

A título de conclusões da dissertação, são feitas algumas indicações no sentido de afirmar que a viabilidade da psicanálise com as classes populares no ambiente institucional depende, não só de uma reinvenção da prática, como também de um reposicionamento dos psicanalistas. Ainda que diante de dificuldades nítidas, o psicanalista pode contar com sólidos postulados da clínica que o acompanham onde quer que ele atue.

CAPÍTULO I - AS CLASSES POPULARES E O ADOECER: CORPO, IDENTIDADE, REPRESENTAÇÕES DE SOFRIMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA

O universo desta pesquisa compreende as chamadas classes populares, mais especificamente, os usuários de serviços de atendimento psicológico ambulatoriais de hospitais públicos, pertencentes, em sua maioria, a estas classes. Não é tarefa fácil encontrar as origens da escolha de tomar como base deste estudo o recorte em classes sociais; talvez tal justificativa nem mesmo exista. Isto porque, este tipo de separação entre os sujeitos de determinada sociedade é usual em trabalhos científicos, artigos de jornal, pesquisas de estudiosos e, até mesmo, em conversas corriqueiras. Este hábito classificatório tornou-se lugar comum, em certa medida, tal o impacto da teoria de Karl Marx sobre a formação dos sistemas de pensamentos da modernidade. Certamente, as discussões aqui empreendidas não podem ser generalizadas para todas as sociedades, nem são exclusivamente determinadas por fatores econômicos. Porém, como bem colocou Costa, referindo-se ao universo aqui em questão;

> "A ilustração 'economicista' aplica-se particularmente bem aos casos estudados, em que os indivíduos, pela posição social que ocupam, corporificam exemplarmente, a situação psicológica do assalariado urbano, numa sociedade capitalista semi-industrial e semi-moderna" (1987, p.43).

A partir da perspectiva de uma sociedade dividida em classes, há uma infinidade de termos utilizados para definir esta camada específica de sujeitos aqui em questão; aqueles privados de condições econômicas e sociais consideradas essenciais ou básicas à existência. Alguns deles são "classes trabalhadoras", "menos favorecidas", "necessitados", "pessoas que passam dificuldade", "desprivilegiados economicamente", "desfavorecidos", "população pobre", "camadas populares". Seja qual for a expressão escolhida, o uso de qualquer uma

delas representa um misto de cuidado em não expressar julgamento moral, e esforço em retratar, ainda assim, a magnitude das privações presentes na vida destes sujeitos. Dentre os autores de maior relevância para análise aqui em questão, três optam pelo emprego do termo "classes trabalhadoras" em seus correspondentes estudos. Bernstein (1980, p.230) as define como contendo os "indivíduos empregados em ocupações manuais inferiores". Já Duarte (1986, p.10) utiliza esta expressão em referência aos que, no contexto urbano, "não só dependem exclusivamente de seu próprio trabalho para a reprodução social como expressam nesta condição (a de trabalhadores) sua marca precípua de auto-identificação positiva". Aponta que, seja no uso do termo classes populares, trabalhadoras ou operárias, todas são denominações que procuram designar grupos em posição "subordinada" ou "inferior" (ibid., p.126), dentro das sociedades modernas. Defende que a expressão classes populares é portadora de uma imprecisão que, no senso comum, abarca tudo que se opõe à "elite", termo muito mais abrangente que classes trabalhadoras. Costa (1989), apesar de inicialmente fazer menção ora as "camadas populares" (ibid., p.3), ora as "camadas da população assistidas nos ambulatórios públicos" (ibid., p.15), acaba utilizando bastante o termo classes trabalhadoras. O "ser trabalhador" seria, como apontado pelo autor, "um elemento identificatório de grande significação" (ibid., p.27), além de ser o elemento mais visível no discurso dos que ele chama de "trabalhadores manuais" (ibid., p.29).

Ainda que o emprego da expressão classes trabalhadoras seja notório e amplamente utilizado, toma-se um aspecto da vida dos sujeitos - o fato dos mesmos possuírem uma ocupação - para discriminar uma camada da sociedade. O trabalho é, certamente, marca identitária destes sujeitos, como veremos mais adiante. Porém, não pode ser pensado como fato que os distinguiria dos demais, já que os mais pobres não são os únicos que efetivamente trabalham. Neste estudo, há a opção pelo emprego da terminologia "classes populares", assim como o fez Boltanski (1979, p.17), por esta ser, talvez, a expressão que carregue o menor número de conotações e/ou possíveis interpretações. Ainda que, conforme nos ressalta Duarte

(1986), tal escolha padeça do vício de derivar seu sentido de um termo tão impreciso quanto o de "povo", certamente, pensamos que nenhuma denominação está isenta de carregar consigo rótulos de alguma espécie.

1.1-O corpo, a *"doença dos nervos"* e o trabalho: os três protagonistas.

O tema central deste capítulo é, sobretudo, a questão do corpo. A relação das classes populares com o que se passa em seu corpo é o que está em jogo, em última análise, no conteúdo do discurso das mesmas acerca dos fenômenos de saúde e doença. Segundo Nicacio (1994), o corpo é a estrutura na qual localizam toda ordem de sofrimento, seja este físico ou psíquico; é o substrato necessário para a apreensão da seqüência de eventos prévios à busca por ajuda, antes mesmo de qualquer correspondência entre o fenômeno que lhes acometeu e, digamos, determinada classificação médica. Costa constata que o fato das queixas iniciarem-se sempre a partir de mazelas físicas mostra que "o corpo é um instrumento de comunicação fundamental do conflito psíquico, porque é investido culturalmente como a faceta do ego mais representativa do sujeito" (1989, p.36). Esta é uma realidade comum a todo ser humano, completa o autor, para quem a imagem corpórea é a matriz do ego. Já Duarte afirma que pensar em "corporalidade" (1986, p.144) soluciona problemas de análise deste relato, já que esta é uma noção na qual fronteiras entre o que é ou não intrapessoal não precisam ser tão claras. Seu uso apresenta uma alternativa para a composição do que seria identidade pessoal, algo além da polaridade corpo e espírito e do conceito de individualidade. Fornece o núcleo substancial e espacial ideal para os hábitos representativos das classes populares, como o autor afirma ter sido observado por Boltanski (op. cit.), em suas pesquisas

Há um investimento maciço da prática social em cima da idéia de corpo, afirma Nicacio (op.cit.), seja como instrumento de trabalho, seja a partir da grande influência do

discurso da comunidade científica sobre o mesmo. O autor estabelece, para as classes populares, dois eixos de raciocínio que convergiriam para a questão do corpo; o primeiro articulando saúde-trabalho e o segundo, doença-ciência. Melhor dizendo, o estar saudável seria atestado pela aptidão do corpo para o trabalho, e o estado de doença, torna o corpo alvo do escrutínio científico. Em consonância ao panorama acima, Costa (1989) afirma que o que distingue as camadas populares das demais, seria a valorização do binômio "corpo-trabalho", ao invés da "imagem corpo-prazer" (ibid., p.36). Isto significa que, no primeiro caso, o corpo é usado para manifestar "o que não vai bem na identidade-trabalhadora" (idem); as queixas contém incapacidades, geralmente corporais, de realizar determinadas atividades, sejam estas de responsabilidade masculina ou feminina. Algumas queixas utilizadas para ilustrar este argumento são, nas mulheres, a de não conseguirem mais tomar conta dos filhos, e, nos homens, o fato de não possuírem mais força para trabalhar. O autor nota que, no caso das classes altas, a imagem "corpo-prazer" já era objeto de investimento da burguesia desde os tempos do *nervoso* das histéricas do séc. XIX. Boltanski (op.cit.) segue esta mesma linha que reconhece a valorização do corpo na vida social. Porém, no que diz respeito às classes populares, ressalta que a atribuição dos fenômenos privilegia como referente o universo corporal, enquanto que outros grupos referem-se também ao campo da linguagem, aos afetos e à ação

Qual a razão da escolha em ressaltar o terceiro protagonista, a *doença dos nervos*? Neste momento, é de extrema pertinência render tributos à mestria com que Luiz Fernando Duarte (1986) sistematiza suas pesquisas, etnográfica e bibliográfica, aqui amplamente utilizadas. E, mais ainda, como consegue discernir, dentre as inúmeras representações populares contidas nos depoimentos que obteve, a figura predominante do "nervoso" (ibid.. p.9), emblema do sofrimento físico/psíquico das classes populares. Porque o *doente de nervos* merece tal destaque dentre o amplo universo representacional das classes populares? A categoria

extremamente interessante da "doença dos nervos" foi pinçada por Duarte (idem), em meio a um campo onde, como o próprio afirma, tudo é muito vago em contornos e invisível em sua manifestação. Esses sujeitos utilizam categorias comuns como "nervos", "nervoso" e "nervosismo" (idem), para qualificar sintomatologias de inúmeras origens, a partir das mais diversas manifestações. O discurso do *nervoso* parece ser o aglutinador destas diversas manifestações lingüísticas das classes populares, uma espécie de "identidade social" (ibid., p.11) que fornece significação ao vivido, assim como os une como grupo. Utilizando como base seu pioneiro trabalho, a intenção inicial de nossa pesquisa seria buscar outros recursos para atualizar, se preciso fosse, as categorias enumeradas pelo autor ao demonstrar como estes sujeitos qualificam seu sofrimento. Porém, após pesquisa bibliográfica, observa-se que o trabalho do autor é fonte básica dos que transitam por este campo, o que nos aponta para a atualidade da presente obra

A partir deste relato que deixa à mostra um corpo investido de significações, se o *nervoso* apresenta-se como a figura representativa mais utilizada pelos sujeitos das classes populares no relato de sofrimento, o campo do trabalho é, certamente, prerrogativa para que esta figura tenha sido invocada. Ainda que o termo "trabalho" seja de grande amplitude e pareça, de inicio, ultrapassar algo tão especifico quanto a dita *doença dos nervos*, pretende-se demonstrar, ao longo desse capítulo, que corpo, trabalho e nervoso encontram-se profundamente intrincados. Está relação pode ser observada pelas passagens acima, nas quais nenhum dos autores consegue escapar da menção ao trabalho, sempre que tentam definir o valor do corpo para as classes populares. O trabalho pode ser transformado em questão sob os mais diversos prismas nos quais ele habita a vida dos sujeitos. As más condições de trabalho, o trabalho árduo e causador de estresse fisico e psíquico, ou então o pólo inverso, a falta do mesmo e seus efeitos sobre o sujeito Duarte (1986) descreve diferentes vivências dos sujeitos com os quais teve contato; para uns problemas no campo do trabalho tornam-se causa da

busca por ajuda psicológica, para outros retomar a habilidade para o trabalho é o motivo alegado para a necessidade de cura. A rotina do trabalhar, dentro ou fora de casa, está tão entranhada no conteúdo do relato que, se torna um desafio ao profissional fazer com que o sujeito se desloque da mesma. A *doença dos nervos*, ainda que comporte uma gama de significações além do campo do trabalho, se organiza a partir e em torno deste campo, conforme nos mostra Nicacio (op.cit.), ao afirmar que é de extrema importância para a identidade do sujeito o fato do mesmo estar ou não apto para trabalhar. Acrescenta que o sistema nervoso "atacado" é constantemente apontado como causa da impossibilidade de trabalhar, ou então, como conseqüência de se ter perdido o emprego.

1.2– Saúde e doença: objetivação de sofrimento e sua relação com a vivência dos sujeitos.

Ao pensarmos nas noções de saúde e doença das classes populares, é necessário ter em mente que tais noções são sempre reflexo da realidade dos sujeitos em questão. Conforme sintetiza Nicacio (op.cit. p.21). "se a ordem simbólica é constitutiva do real, pode-se pensar a enfermidade não como um fato biológico, mas como uma realidade produzida pela mediação da linguagem e da cultura". Costa (1989) aponta, nesta mesma linha de raciocínio, que os distúrbios mentais são derivados de conflitos subjetivos, onde está em jogo o contexto sócio-cultural dos sujeitos. Portanto, podemos inferir que, enquanto uns valorizam o estar saudável como sinônimo de aptidão para o trabalho - relação freqüentemente estabelecida por membros das classes populares, como observado acima - para outros, saúde pode ser algo completamente diferente, equivalente à sensação de bem-estar, felicidade, ou até prazer, conforme nos mostra também Nicacio (op.cit.). Esta distinção é de grande importância para este estudo, no que tange a análise da demanda por ajuda psicológica, e o que leva os sujeitos em questão a

procurarem ajuda. Costa, em obra anterior, dedicou-se a refletir especificamente sobre este tema da influência do sócio-cultural na idéia de doença, quando denomina "consciência da doença" (1987, p.5) o modo particular como sujeitos objetivam seu sofrimento mental. Não se trata do sentido psicanalítico de consciência, como algo que se opõe ao inconsciente, mas sim do "espaço" onde o sujeito representa o que se passa consigo e com o mundo, sem preocupações acerca da relação deste material com o conteúdo inconsciente. O autor reserva-se o direito de tratar a consciência da doença enquanto sintoma, na medida em que é sobre o conteúdo do discurso que seu estudo se volta, sobre o que é doença para estes sujeitos. A consciência da doença é algo além da narrativa concreta do sintoma, porém, esta restrição do autor torna-se extremamente útil a nossa pesquisa, na medida em que realiza o corte necessário ao amplo material sobre o qual centra-se esta análise.

Uma vez delimitado o foco deste presente estudo, qual seja, o discurso destes sujeitos, podemos refletir sobre o que antecede a queixa propriamente dita, ou melhor, o que participa do processo de objetivação do mal estar. Costa (ibid.) cita alguns fatores que influem na formação do discurso acerca do sofrimento mental, como, por exemplo, a concepção da própria individualidade, noções de causalidade, relevância dada a determinados eventos da história pessoal e a subseqüente rememoração dos mesmos, e até o próprio desejo de cura. Sendo assim, não é possível conceber a consciência da doença como espontânea, nem como universal. Há uma distância enorme entre o registro de um estímulo doloroso, por exemplo, e a significação deste como sofrimento. A própria divulgação maciça pela comunidade médica, seja das classificações das doenças ou dos medicamentos disponíveis, afeta todos os fatores acima citados. A gradação deste efeito é regulada conforme o acesso que se tem a estas informações, através dos profissionais de saúde, da família, dos meios de comunicação e até do eficiente boca-a-boca. Ao longo da vida, acumulamos todas essas informações advindas das diversas fontes mencionadas acima, sentindo-nos capazes de nos auto-rotular e,

conseqüentemente, nos diagnosticar. As pessoas têm um amplo leque de opções para converter o que sentem em categorias nosológicas. Ainda assim, não são "vítimas" do processo, como coloca o autor; certamente participam do mesmo a partir de sua "competência psicológica" (1987, p.8), que, além de ser conseqüência dos fatores acima, permite ao sujeito "autorotular-se de doente" (idem). Todas estas ocorrências culminam na formação do discurso de qualquer sujeito, importantes para a compreensão da dimensão deste processo. O autor inspira-se no termo "competência médica" de Boltanski (op.cit., p.131), este representando a capacidade de identificar sensações mórbidas como função direta não só da memorização de taxonomias médicas, como também de um vocabulário rico e preciso. Para ele, a linguagem não só expressa a aprendizagem cultural do que é desagradável ou impróprio, como também constitui esta experiência. Contudo, há algo que separa Costa de Boltanski, quando o último declara que, no caso francês, a medicina popular seria apenas uma reintegração ilegítima da medicina erudita. O autor não fornece, ao contrário de Costa, considerável liberdade ao processo representacional das classes populares. O que denomina como medicina familiar, categorizando não só o discurso como também as práticas populares, seria um exercício de caráter puramente imitativo. Uma vez apreendida a relação entre sinais, doenças e remédios do vocabulário médico, esta seria reproduzida nas próximas ocorrências de caráter semelhante. Ainda que o discurso destes pacientes seja considerado como próprio, Boltanski tende a valorizar como predominante a parcela do mesmo que consiste em repetir o que conseguem memorizar do discurso médico.

Não podemos ignorar o fato de que o campo da medicina popular, em muitos aspectos, constitui-se como autônomo quanto à tradição da ciência e da medicina dita "erudita". Sendo assim, o ponto de vista de Duarte (op.cit.) nos parece mais apropriado quando afirma que o discurso das classes trabalhadoras acerca da doença é um misto de imaginário próprio, somado à incorporação de expressões e/ou categorias médicas. Tendo como objetivo focar o

discurso dos pacientes acerca de seu sofrimento, deixaremos de lado o exame das particularidades das práticas da medicina popular. Esta medicina talvez nos seja aqui relevante, somente como forma de ressaltar o crescente uso da mesma como recurso alternativo no enfrentamento de eventos de sofrimento, seja à medicina tradicional ou as psicoterapias.

Mas o que diferencia o sofrimento daquilo que é visto como anormalidade, como doença? Costa (1987) acredita ser indispensável esta diferenciação, principalmente por tratar-se de sofrimento psíquico, algo não imediatamente pensado como doença ou sofrimento, frente aos demais padrões de conflito que conhecemos. A "doença do espírito" (ibid., p.24) origina-se em um conflito identificatório, ou seja, na raiz de sofrimentos subjetivos estão experiências afetivas contraditórias. A identidade não é um conceito uniforme, sendo formada por uma série de sistemas de representações - cita o étnico, religioso, racial, de classe, político, profissional -, tudo aquilo que, em sua experiência de vida, o sujeito entende como fazendo parte do seu eu, ponte para sua relação com o universo sócio-cultural. Segundo o autor, é em função da identidade que o sujeito localiza se está ou não atendendo às normas e requisitos pertencentes ao próprio sistema identitário, parâmetros estes que organizam seu desempenho nos diferentes setores de sua vida como, por exemplo, na família e no trabalho. O que traz esta sensação de estar "abaixo" ou "fora" do normal não são somente contradições internas a um sistema identitário ou entre diferentes sistemas; relaciona-se, sobretudo, ao conteúdo que o sujeito considera como "sendo comum a todos os eu" (ibid., p.26).

O conflito psicológico seria então advindo do sentir-se fora da identidade que ele acredita partilhar com os outros, imagens e idéias tomadas como universais e genéricas. Como bem sinaliza o autor, a definição histórico-cultural do que se imagina ser o "eu universal" (ibid., p 29) é variável, formada por diversas identidades além da psicológica, que são, todavia, internalizadas pelo sujeito como sendo universais. É por esta naturalidade assumida como tal,

que o desvio da norma causa tanto sofrimento, principalmente no caso das normas psicológicas, estas dificilmente relativizadas e facilmente tomadas como comuns a todos. É por estas razões que torna-se insuportável permanecer fora delas, levando os sujeitos a procurarem ajuda. O autor aponta que este mecanismo é algo comum, não variando conforme a classe social, nem qualquer outro parâmetro. Seria possível descrever este fascinante processo de relação entre o eu universal e a identidade psíquica dos sujeitos, atualmente atravessado e dominado, como coloca o autor, pelas "pedagogias da alma e do corpo", e seus efeitos (ibid., p.34). Porém, faz-se necessário, mais uma vez, voltarmo-nos para as classes populares. Costa observa que, a medida em que atravessamos as fronteiras deste universo cultural seus contornos diluem-se, dando lugar a uma dispersão de suportes identificatórios, na qual diversos elementos entram em cena. Primeiramente verifica a grande importância da identidade social na formação da identidade psicológica, o que nos permite compreender as causalidades sociais da *doença dos nervos*, como, por exemplo, as condições de trabalho, melhor examinadas adiante. Apesar de ser fácil conceber, no caso brasileiro, fatores como insegurança no trabalho, superexploração econômica, baixos salários como geradores de desequilíbrio psíquico, não é fácil encontrarmos, nas classes populares, tal associação entre trabalho e psíquico. A relação causal mais comum é a que se estabelece entre condições de trabalho e estresse físico, principalmente entre os trabalhadores ditos manuais. Estresse psíquico seria privilégio das "profissões intelectuais" (ibid., p.36), e não causado pelos fatores acima, nem mesmo fazendo parte do sistema de opressão social. Costa arquiteta com mestria um cenário que aparenta ser o reflexo no mundo "psi" desta realidade social; o "sujeito oprimido" tornando-se "sujeito nervoso" (ibid., p.37). Ainda assim, o autor reitera que não se pode deduzir automaticamente as causas da conversão de uma situação de insatisfação social em doença. Talvez seja auto-acusação, questiona-se. Aponta que há uma forte corrente que acredita nisso, que a falta de consciência política os levaria a não acusar a sociedade. Sua

própria visão vai um pouco mais além, ao afirmar que o sujeito acusa a si mesmo porque não percebe que sua identidade de trabalhador é fruto de uma sociedade dividida em classes, que, para ele, identidade social e pessoal não se confundem. O "ser trabalhador" é tão naturalizado que fabricou uma representação normativa acerca do valor humano, sobretudo, o masculino, a partir da qual necessidade social torna-se necessidade vital. Nas classes populares, esta afirmação é atestada diariamente pelo retrato da vida cotidiana, já que, efetivamente, quem não trabalha não come. Não é, certamente, de maneira simplista que buscamos aqui, tratar dos diversos valores associados ao trabalho. Além dos óbvios, que seriam o de garantir a sobrevivência e o status - comum às diversas classes - temos, o que podemos talvez visualizar como um valor "poético"; o de se constituir como realização do potencial criativo do homem. O que é peculiar às classes populares, atesta o autor, é o nível no qual encontram-se emaranhados o ser "trabalhador-pai-homem-marido" (ibid., p.40). Para ilustrar este complexo identitário masculino, segue um extrato de caso clínico trazido pelo Costa (idem), no qual o paciente se afasta do trabalho pelo *nervoso*:

> **Médico:** E o que o senhor pensa em fazer de sua vida daqui pra frente?
> **Cliente:** Eu penso em ficar bom e ir trabalhar.
> **Médico:** Em trabalhar?
> **Cliente:** E... Não quero dar desgosto. Meus três filhos, dei trabalho para eles. Eu não posso nem trabalhar pros meus filhos.
> **Médico:** Me diga uma coisa, esse tipo de trabalho, o senhor não acha que ele prejudica? O senhor gosta do seu trabalho?
> **Cliente:** Gosto.
> **Médico:** Gosta? Mas não acha que é muito pesado? Não lhe pressionam muito no trabalho?
> **Cliente:** Agora depois do nervoso, estão pressionando.
> **Médico:** Me diga uma coisa, fora do trabalho, o senhor gosta de alguma coisa fora do trabalho?
> **Cliente:** Não. Meu pensamento é só criar meus filhos e meu trabalho.
> **Médico:** O senhor não tem interesse em se divertir?
> **Cliente:** Não, não sou desses assim. Só trabalhar e dar comida aos meus filhos. Agora não estou nem podendo.

Diante deste cenário, esclarece-se a forma pela qual trabalho e bem estar psíquico estão tão intrinsecamente relacionados, bem como a maneira como ocorre a comunicação entre social e psicológico, sempre que a identidade psicológica é posta em questão. E esta

configuração se dá, nestas classes, muito mais em torno do eixo "trabalho" do que em outros, como o religioso ou político, nos quais o autor aponta que podem existir contradições sem maiores questionamentos. Completa seu ponto de vista afirmando que "Não poder trabalhar, conseqüentemente é não poder ser" (ibid, p.42).

1.3- O histórico da *"doença dos nervos"* e o momento atual.

Vale recorrer ao histórico da doença dos nervos, antes da exposição do aparecimento da mesma no discurso destes sujeitos. Mais uma vez utiliza-se como recurso a obra de Duarte (op cit.), que dedica boa parte da mesma a esta indagação histórica. A configuração do nervoso é datada, tendo início por volta do século XVIII, quando o sistema de classificação das doenças passa a enfatizar mais o caráter fisiológico das patologias. Antes, tratava-se de um saber que unia físico e moral de forma ampla, articulando humores, órgãos e qualidades como o que havia por trás de temperamentos, bem como de doenças. Estas configurações ocupavam o espaço de uma teoria médica, cada uma à sua época, movimento que se iniciou com Hipócrates (337-460 a.C.) e depois Galeno (130-220 d.C.), na chamada configuração da melancolia. A passagem para o *nervoso* se deu quando perturbações do corpo e da alma não mais teriam como pano de fundo humores fisiológicos e sim, idéias e/ou erros. Este deslocamento ideológico acompanhou as ciências comprometidas com o Iluminismo como a fisiologia, o evolucionismo, o higienismo e as teorias da hereditariedade. Segundo esta representação, nervos seriam estruturas localizadas fora do cérebro que, quando atingidas por doenças, poderiam comprometer funções maiores do organismo. Estabelecia-se uma relação direta entre os comportamentos e o sistema nervoso, já que este era uma espécie de núcleo da pessoa humana, por estar ligado às atividades psíquicas. Apesar de extremamente fisiológico, este modelo apresentava aspectos extremamente interessantes, como, por exemplo, ao

constatar que nem tudo era físico, haveria um fundo moral por trás destas doenças. Além disso, completa Duarte (op.cit.), representava uma tentativa de totalizar a pessoa humana, reordenando-a em um centro articulador único, o sistema nervoso. A civilização era a grande contribuinte para tais estados nos quais se encontravam os doentes. Os chamados "males da civilização" (ibid., p.68) - distúrbios universalmente presentes, relativos às condições desfavoráveis da vida nos grandes centros urbanos que começavam a se formar - passaram a ser o grande inimigo da modernidade. O sistema nervoso seria o receptor e fixador destes "estímulos" da sociedade moderna. Atingiam a saúde dos homens restringindo sua liberdade, a partir, entre outros, da imposição de regras e condições para o convívio em sociedade. Além deste, mais dois nódulos desencadeadores do *nervoso* são apontados por Duarte. Especulava-se, na época, sobre o perigoso efeito perturbador das "paixões" e das "idéias acumuladas" (idem), além de ser considerada também a possibilidade de fingimento por parte de muitos dos sujeitos que sofriam dos nervos.

Esta mudança que os novos tempos anunciavam torna-se extremamente interessante, sob um prisma atual, na medida em que revela os primórdios de uma interiorização da relação sujeito-mundo, que faria com que esta relação nunca mais fosse a mesma. A partir de então, as transformações médico-filosóficas continuaram acontecendo, ocasionadas por diversos fatores, incluindo aí o advento da anatomia patológica e da psicanálise como sistema de pensamento, no séc. XIX. Cada vez mais, diz Duarte, centrava-se em particularidades íntimas dos sujeitos, e não na totalidade orgânica deles. Caminhava-se, junto com a ideologia individualista moderna, da estrutura do nervoso para a configuração do psicológico. Em outras palavras, analisando um domínio mais amplo, esta passagem facilitou a transição do nervoso como produção de um saber fisiológico, para a apropriação dele pelo saber psicológico, a partir da modernidade. Somado a isso, tanto o fator moral quanto o tema da terapêutica ganham força, após estudos de anatomia sustentarem a hipótese de que os danos

causados pela doença dos nervos eram funcionais e não permanentes, abrindo espaço para intervenções médicas agirem sobre eles. O autor reitera que a diferença entre a configuração do nervoso e a do psicológico não se dá tanto pelo "organicismo" da primeira, mas sim pela exacerbação da lógica universalista pela segunda, que torna todos, sem exceção, expostos aos males. Aponta que não há uma linearidade genealógica na passagem entre a configuração do nervoso para a psicológica, dada homogeneamente pela interiorização implicada na última. Estabelece também um paralelo que separa os discursos, o das classes trabalhadoras como próximo da primeira configuração, e o das classes médias se assimilando à segunda.

O destino dos doentes dos nervos nunca era a psicoterapia; eram considerados incapazes de se submeter a um trabalho que se dizia direcionado aos que se expressam plenamente, através de uma linguagem verbal. Os sintomas das afecções nervosas eram praticamente equivalentes aos sintomas físicos, tais como, cansaço, fadiga, falta de concentração. Pensava-se a atividade psíquica como ligada à atividade do sistema nervoso, não o contrário. Como bem colocou Costa (1989), os tratamentos indicados pertenciam à categoria das "distrações" como relaxamento, trabalho, ou quaisquer atividades que proporcionassem diversão. Tais recomendações poderiam, muitas vezes, estar associadas à receita de psicotrópicos. As doenças eram tomadas como possuindo uma só essência, dificilmente relacionada ao contexto cultural do paciente. Como se o psiquismo pudesse se mostrar por inteiro na superfície, não havendo necessidade de investigar uma causa talvez não tão aparente, um conteúdo não circunscrito ao material que a consciência nos oferece. Além disso, ainda que o aspecto psicológico tenha sido aos poucos incorporado ao domínio do nervoso, não se estabelecia relação entre sujeito e fenômenos comportamentais; o primeiro era acometido pela doença, não participando diretamente do processo, nem mesmo do trabalho de cura. É o reflexo direto de um modelo de tratamento muito mais voltado para as manifestações da doença do que, propriamente, para a investigação de sua essência. Este é

se vai dormir. Além da dificuldade do profissional em implicá-lo no relato, há uma dificuldade do próprio sujeito em como fazê-lo, já que, muitas vezes, acredita que o importante é contar tudo o que se passa em sua vida, e sua vida é trabalho e família. Falar de si é, necessariamente, trazer à tona estes itens. Há outros que, muitas vezes, sentem embaraço ou recusa em precisar o que entendem por doença, demonstrando dificuldade em separar os diferentes domínios pelos quais transitam em suas vidas. Costa (ibid.) comenta que os *nervos* são o substrato ideal, para aqueles que não conseguem precisar sua noção de doença, os que muitas vezes nem mesmo apontam alguma dor localizável no corpo, conforme ilustrado a partir do seguinte depoimento:

> **Médico:** O senhor chegou a conclusão de que estava doente por si mesmo ou foram outras pessoas que lhe mostraram isso?
> **Cliente:** Não, ninguém me mostrou nada, nem eu acredito em nada também, só acredito na natureza. Não adianta dizer que é caso de espírito que eu não acredito. Meu caso é sistema nervoso [2].

As queixas sintomatológicas difusas são a expressão direta deste contexto, deste universo de limites, contornos e manifestações imprecisas, conforme notado por Duarte (1986), e mencionado na abertura deste capítulo. Costa (1987) cita algumas destas queixas, como; tonteiras, palpitações, vista escura, desmaios, esquecimentos, insônias, medo de sair sozinho, de cair, perna bamba, dormência nas pernas, cansaço, falta de apetite, buraco no estômago, tremores no corpo, fisgadas na cabeça, dores, ardor e frio na cabeça, irritabilidade, crises de choro, impaciência, vontade de morrer, agonia no peito, entre outras (ibid, p.15). Outros dois exemplos confirmam esta difusão de sensações, assim como também nos revelam a relação pouco usual entre ações e locais nos quais elas ocorrem. Primeiramente, no relato de "leseira na cabeça", comum em pacientes das classes populares, conforme observado por Nicacio (1994, p.33) em seu rico trabalho de campo, amplamente utilizado neste presente estudo. Boltanski (op.cit.) também acrescenta exemplos de fenômenos ocorrendo em locais

[2] Costa, 1987, p.12.

inesperados como "úlcera nas pernas" (op.cit., p.79), esta indicada pelo paciente como tendo saído do estômago e percorrido o corpo pelo sangue e pelos nervos. Afirma que, muitas vezes, os doentes das classes populares queixam-se apenas de "dores não localizadas" ou de "fraqueza geral" (op.cit., p.129).

Costa (1987) aponta que o sujeito sabe que algo vai mal, seja pelas manifestações físicas acima, seja pela desorientação que o sofrimento proporciona. Aposta na hipótese de que há consciência do físico e do psicológico, ainda que ambas estejam inclusas neste quebra-cabeça de fenômenos que lhes assusta, e assusta também o profissional que se depara com ele em sua clínica. O autor acrescenta ainda outro significado possível para o uso do dispositivo do *nervoso*. Seria tomado como um estado desencadeador de outros sintomas, como se o doente dos nervos estivesse vulnerável para contrair diversas doenças, extremamente fragilizado por este estado. Passa a ser causa, e não conseqüência, de determinados estados.

Vale esclarecer a opção por destacar, nesta seção específica, a visão de Duarte (1986) acerca da representação do nervoso, incluindo os demais autores apenas de forma ilustrativa. Tal atitude justifica-se por ser sua a única obra que se ocupou de examinar e listar, em detalhes, os elementos pertencentes ao discurso do *nervoso*, trazidos ao debate nesta seção e na seguinte. Uma vez rendidos os devidos tributos a esta rica fonte de pesquisa, além de enumerados os significados do uso do discurso do *nervoso* para os sujeitos, neste momento basta-nos detalhar as duas qualidades que o autor atribui à esta representação. A primeira seria a de demarcar fenômenos "físico-morais" (ibid., p.61), e a segunda, a de se relacionar com os saberes médico-psicológicos. A referência ao físico-moral refere-se à aura de totalidade da qual tais fenômenos se revestem, por sua característica de atravessar diferentes dimensões da vida dos sujeitos. Além disso, detém, numa só terminologia, toda sorte de queixas, nem sempre passíveis de serem identificadas como físicas ou psíquicas, seja por eles ou pelos médicos. Para entender melhor esta dimensão, presente nas categorias que veremos adiante,

vale citar o autor: "perpassa a representação geral de uma certa qualidade física do sistema nervoso que é ao mesmo tempo uma qualidade moral dos sujeitos através dele articulados" (ibid., p.76). Um bom exemplo desta união de qualidades seria o raciocínio de que um "excesso" de idéias causaria "obstrução", ou então que, de maneira inversa, um sangramento "desobstrui".

Certamente o *nervoso* não é a única referência - seja nas classes populares ou nas demais-, usada concomitante ou alternativamente a outros sistemas médicos e/ou religiosos. Porém, pela dimensão de significações que abarca, foi escolhido como conceito central no desenvolvimento das argumentações deste capítulo. Outra justificativa para o destaque recebido por esta figura representacional pode ser pinçada a partir do argumento de Costa (1987), quando acrescenta que a *doença dos nervos* seria uma espécie de etiqueta, modelo do adoecer. Isto porque estaria em sintonia com as experiências de vida dos sujeitos, e não uma categoria médica pura e simplesmente imposta de fora. É o resultado da articulação entre os indivíduos e o social, a busca de um meio termo que lhes pareça plausível e coerente com seu sofrimento. É por isso, diz o autor, que expressões como esta resistem ao tempo; apesar de serem "anacronismos médicos" (p.15) estão apoiadas em situações culturais que as tornam plausíveis. Costa vai ainda mais além, e encontra no trabalho de Maria Cristina Souza[3] adendos a esta definição, ao pensar na *doença dos nervos* como o deslocamento, para o plano individual, de fatos sociais como a miséria e o desemprego. Além de abordar este deslocamento de um conflito de classe para um conflito individual, a mais interessante contribuição da autora seria a de pensar em como a doença cristaliza a possibilidade de crítica a estes eventos. Em outras palavras, ao invés de indignar-se contra a situação de privação na qual vivem, relacionando a doença aos males causados por esta situação, atribuem sua causa à *doença dos nervos*. Este raciocínio coaduna-se perfeitamente à determinada particularidade do fenômeno da *doença dos nervos* mencionada anteriormente, qual seja, a de estabelecer-se, ao

[3] Souza, M. C. G. "Doença dos nervos": uma estratégia de sobrevivência, In: *A saúde no Brasil*, Centro de documentação do Ministério da Saúde, vol.1, n.3, julho/setembro, 1983, p.131-139.

mesmo tempo, como causa e conseqüência do mal estar. Costa (1987) considera válidos todos estes argumentos da autora, porém, como vimos, aposta que as camadas populares localizam o fator psicológico do seu sofrimento, assim como o físico. Isto não quer dizer que sempre identifiquem uma origem psicológica do que lhes acomete, mas sim, que admitem uma dimensão psicológica em um distúrbio orgânico. Outro de seus relatos clínicos é emblemático a este respeito:

> **Cliente:** Me surge uma dor na nuca, todo dia eu tenho essa dor. E para aliviar tenho que estar tomando Melhoral. Aí volta novamente. Então já tirei a conclusão que não posso ficar alimentando esta dor com Melhoral. As vezes aparece uma série de problemazinhos aí, a dor de cabeça, essa dor na nuca. Então eu falei pro doutor que eu tenho a impressão que talvez essas dores sejam de aborrecimento mesmo lá dentro... (ibid, p.41)

Os profissionais confundem, muitas vezes, dificuldade de se expressar com incapacidade em discriminar causas. Os sujeitos não verbalizam com tal clareza que há uma natureza psicológica para seu sofrimento, nem o que seria tal manifestação. Porém, é disso que se trata quando abordam temas como família, trabalho e social. A natureza psicológica do mal estar seria aquilo que imprime o contorno da doença que é próprio do sujeito, reflexo das particularidades que cada um atribui ao seu sofrimento, muito além das regras estabelecidas pelo saber médico ou pelas práticas sociais. Para o autor, a crença de que estes sujeitos reconhecem o domínio do psicológico, é o que torna possível pensar numa ajuda psicoterápica, bem como na viabilidade da mesma ser bem sucedida.

Uma observação necessita ser feita sobre as duas obras de Costa aqui debatidas, dentre as dos demais autores examinados. É em seu pensamento que se observa o maior distanciamento da idéia de que as classes populares utilizam o termo *doença dos nervos* para designar uma doença essencialmente orgânica. Como Costa (1987) sinaliza, diante de nós encontra-se um raciocinio que relaciona semelhanças e diferenças entre sintomas e queixas, de uma forma que pode, a princípio, parecer incoerente. A *doença dos nervos* estende-se por todos estes vértices acima, reunindo-os num mesmo conjunto, não da maneira sistemática que

os saberes médicos reconhecem, mas obedecendo a regras próprias de hierarquização de sintomas. Temos, então, a peculiaridade do universo representacional destes sujeitos e, sobretudo da figura do *nervoso*, que atravessa todos os elementos apresentados a seguir.

1.4- Elementos representacionais que compõem o discurso do *nervoso*: a queixa.

No que concerne o exame do conteúdo do discurso das classes populares acerca de seu sofrimento, temos uma tarefa aparentemente impossível. Isto porque é extensa a quantidade de expressões utilizadas para adjetivar as mais diversas ocorrências, somáticas e/ou psíquicas. Porém, para aproximarmos o debate da dimensão real do que seja o sistema nervoso refletida no discurso destes sujeitos, temos que nos afastar da concepção científica do mesmo. Como o físico não se separa do moral, conforme observado acima, a noção de sistema nervoso não é equivalente à concebida pela ciência. Duarte (op.cit.) observa que o termo é utilizado para fazer alusão a perturbações em um sistema que estaria próximo à idéia de sistema psíquico, geralmente utilizado para designar a fonte de enfermidades que não seriam facilmente localizáveis corporalmente. Podemos resumir o que o autor aponta como dificuldades de análise, que consistiriam, a nosso ver, nas grandes peculiaridades deste relato. A qualidade "físico-moral" dos fenômenos, ao mesmo tempo em que pressupõe os pólos do "corpo" e do "espírito", imbrica-os de forma específica, distante do modo relacional e situacional substantivista dominante na racionalidade individualista. Sob as categorias que veremos adiante, perpassa, conforme destaca Duarte, "a representação geral de uma certa qualidade física do sistema nervoso que é ao mesmo tempo uma qualidade moral dos sujeitos através dele articulados" (ibid., p.76). Afirma, de antemão, que a "corporalidade" (ibid., p.144) é o ângulo predominante para quem, como ele, pretende observar as articulações entre o *nervoso* e a pessoa, na medida em que se passa dentro dos limites desta, articulando "corpo" e "espírito".

Neste momento, faz-se pertinente examinar extratos concretos da configuração do nervoso, estes mais próximos dos sistemas de representação das classes populares e, digamos, menos conceituais e mais instrumentais que os anteriores. Apresentam-se no discurso como conceitos que se situam entre os domínios popular e científico, sendo o resultado da apreensão do vocabulário médico pelas classes populares, e também do modo como as últimas incorporam-no, formando suas próprias categorias. Costa (1987) aponta que o contato com a medicina moderna fez com que três elementos importantes permeassem o relato das classes populares; "traumatismo físico, doenças de infância e herança genética" (ibid., p.16). Isto se deve a um certo "aprendizado" do cliente a partir do interesse do técnico, completa o autor, dentro da rotina das anamneses médicas. Ainda assim, ressalta, esta suposta ênfase nos aspectos orgânicos dos distúrbios psíquicos, não aparece isolada. A doença aparece como originária de uma mistura formada por conflitos no trabalho, família, questões religiosas como "encostos" espirituais; no mesmo padrão embaralhado no qual aparecem as queixas, conforme observado acima. É por estas e outras razões que insiste em afirmar que não há uma supremacia da causalidade orgânica, dentre as razões alegadas por este sujeito para seu adoecer.

Duarte (1986) realiza uma análise minuciosa acerca das diversas possibilidades semânticas das expressões utilizadas por este público, agrupando-as em categorias. Constrói grandes núcleos de análise, que separa em intra ou interpessoais, reconhecendo, ainda assim, que o intrapessoal não poderia ser concebido sem tematizar as relações interpessoais. Aborda-os também num nível mais externo, que ele denomina de "construção diferencial da pessoa" (ibid., p. 173), que seria a análise da relação desta classe específica com as demais, considerando, inclusive, as estratégias de mediação físico-moral destes sujeitos com o mundo. Como o próprio autor admite, analisar em separado cada um deles é impossível, já que não aparecem desta forma nos extratos de campo, nem na vida cotidiana. Portanto, não há necessidade de delimitar todas estas categorias aqui. É tamanha a riqueza de sua pesquisa, que

nos permitiria extrair não só os papéis sociais destes sujeitos, como também um panorama geral de sua relação com o mundo, o nos que seria de grande valor empírico. Porém, como tal tarefa encontra-se muito além das possibilidades e intenções deste estudo, são as representações de interesse direto que obterão destaque.

A partir dos diversos "acidentes ligados às substâncias corporais" (ibid., p.145), trazidos à tona pelo autor através dos relatos, neste estudo opta-se por utilizar aqueles que se encontram na condição de queixas, ou seja, no momento em que os sujeitos qualificam o sofrimento, e na forma como são utilizados quando procuram ajuda de alguma espécie. Sendo assim, aqui serão destacados elementos corporais ditos concretos, como, por exemplo, o sangue, e além de queixas que se expressam na forma de idéias não tão materializáveis, como nos pares força/fraqueza, sanidade/insanidade. Há ainda relatos que reúnem os dois, como a menção a um "sangue fraco", por exemplo. Já tivemos a delimitação do conceito de *nervo*, que, por razões óbvias, recebeu destaque no início desta seção. Ele aparecerá, sempre que pertinente, de forma ilustrativa em cada um dos eixos de análise.

Dando início a esta exposição, temos o elemento *sangue* [4], que, segundo o autor, seria portador de uma forte conotação moral. Essa moralidade estaria presente na carga hereditária; tudo que é "de nascença" e, por isso, algo do qual não se pode fugir. O "ser nervoso" viria daí, dessa herança de um "temperamento" ou "gênio" que tornam determinados sujeitos suscetíveis a um estado de nervoso mais permanente que aquele referenciado por uma "crise de nervos", ou pelo simples "estar nervoso". A herança carregada pelo sangue, associada ao temperamento e também a determinações cosmológicas do tipo "dom", "destino", "sorte", formam o domínio que o autor chama de "determinações do sujeito pela nascença" (Duarte, 1986, p.206). A idéia de "sangue ruim" é também outra forma de expressar o peso da hereditariedade, portando a conotação de origem a partir de uma família ruim. Ou, mais ainda,

[4] Toma-se a liberdade de destacar, em itálico, as figuras de representação aqui em foco

pode ser empregada sempre que se pensa em contaminação por doenças - sífilis e tuberculose como figuras centrais durante décadas – ou por ingestão de substâncias que possam "contaminar". Em ambas verifica-se a presença de uma conotação moral, como a da herança, acima. Outra perspectiva, esta mais situacional do que originária, seria a associação de sangue à polaridade força/fraqueza. A idéia de que o sangue pode ser fraco ou forte é alimentada, conforme aponta o autor, pelo uso corriqueiro do exame de sangue como primeiro recurso médico, quando se quer verificar se há algo errado no corpo. Fraqueza atestada pela ausência de vitaminas e também pela imagem mental de um sangue "ralo". Perigo para as mulheres, quando a retenção de sangue pela amenorréia é representada como prejudicial, por conta da não eliminação ou não circulação do fluxo menstrual. A circulação indevida também permeia as representações sobre o *nervoso*, exemplificada na queixa de que o sangue "subiria à cabeça" (ibid., p.148), ou seja, o estar *nervoso* associado a um excesso de fluxo em um só lugar, a cabeça.

A própria idéia de *cabeça*, já não mais na categoria sangue, é usada com reincidência. Local de difícil acesso e de grande importância, por ser o centro da mente, controle do corpo, do juízo. Geralmente trazida à tona no discurso a partir da idéia de descanso; uma cabeça "descansada", seja pelo sono ou por alguma distração, os manteriam longe do *nervoso*. Aqui é clara a presença da polaridade *quente/frio*, que toma corpo na idéia de "cabeça quente" (idem), outra manifestação do nervoso, tratada por banhos frios. No que diz respeito à ligação entre desrazão e cabeça, temos, assim como no caso do sangue, o excesso tido como prejudicial. A loucura seria considerada bem mais grave que a doença dos nervos, o louco pode ter passado pelos mesmos "excessos" que o *nervoso*, porém, os ataques, crises e manifestações públicas causam esta impressão. A escala crescente de gravidade seria "estar nervoso/ ser nervoso/ estar doente dos nervos/ ser maluco/ ser louco" (ibid., p.261). Há uma separação bastante drástica entre o *nervoso* e o louco, porém, diz Duarte, determinada crise nervosa pode desencadear o pólo

da loucura. A diferença estaria no fato das crises de loucura incluirem demonstrações públicas da perturbação, que aparecem no discurso sob a forma de "ataque" ou "acesso" (idem), termos que conjugam, geralmente, "espetáculo" e agressividade. Outra particularidade fundamental do louco seria, diz Duarte, a inconsciência dos atos praticados, embora considerem que alguns ataques são de responsabilidade da pessoa, nos casos dos que o fingem. É fascinante notar a maneira como, mais uma vez, representações médicas encontram-se imbricadas nas apropriações das classes populares. Da mesma forma que tivemos o exame de sangue, temos agora a idéia de "tirar chapa da cabeça" (ibid, p.155) como recurso para se ter acesso a essa obscura parte do corpo. A capacidade mental, materializada no "ter boa cabeça" (ibid., p.156), seja para o estudo ou para enfrentar as situações da vida, é resultado de uma mistura entre hereditário e situacional. Sendo assim, pode-se herdar, ser "naturalmente" propenso, ou então, estar imerso em circunstâncias familiares que facilitem o desenvolvimento de uma cabeça forte e sã.

A noção de *força* e, conseqüentemente, de *fraqueza*, merecem destaque especial. Isto porque, materializadas na idéia de força muscular, são correntemente mencionadas em situações nas quais o valor do *trabalho* se vê envolvido. Estar fraco é não estar apto ao trabalho, aponta Duarte, o que conseqüentemente afeta o grande valor pessoal e familiar - sobretudo masculino - do ser "trabalhador" (ibid., p.176). Vale incluir o já mencionado paradoxo contido nos relatos que concernem o estar apto para o trabalho. Se, por um lado, alguns procuram ajuda médica porque o desemprego e a falta de ocupação estariam causando o *nervoso*, por outro, há os que relatam que o tipo de trabalho exercido os teria levado à completa exaustão física e emocional, tornando-os *doentes dos nervos*. Ou seja, é *nervoso* porque trabalha em condições impróprias, ou então, porque não trabalha. Muitas vezes, como aponta o autor, as diferentes "fraquezas" aparecem associadas a esta. A fraqueza moral pode levá-los ao abuso de bebida, assim como a fraqueza física é conseqüência das bebedeiras e do

vício. Mais uma vez aparece aqui a circularidade entre causa e conseqüência, assim com a indistinção entre físico e moral. Já no caso das mulheres, apesar de muitas hoje em dia serem as responsáveis por manter financeiramente suas famílias, este valor não está presente da mesma forma. O que as valoriza frente aos pares, ao marido ou à própria família é o cuidado com a casa, com os filhos.

Complementar ao ponto de vista de Duarte, ainda que com quinze anos de diferença, está o de Lima (2001), ao apontar que, a solidão como sintoma cultural contemporâneo aparece, nas classes trabalhadoras, diretamente ligada à esfera do trabalho. Após uma interessante descrição de como a sociedade passou de uma valorização da "identidade-nós" da organização holista, para a da "identidade-eu" [5] da organização individualista, passa a enumerar as mudanças ocorridas nas relações de trabalho, que culminaram na situação de insegurança geradora de mal-estar, na qual encontram-se estas classes. Antes o patrão era reconhecido, tinha rosto e nome; dizia-se "trabalho para dr. Fulano". Os sindicatos tinham vez e voz nas mobilizações coletivas, havia um estado que regulava e negociava contratos duradouros de trabalho. O desaparecimento destes itens levou à conseqüente extinção da solidariedade de classe, criando uma das muitas vias para o individualismo. A fortaleza representada pelo espaço público, ao ruir, leva consigo a confiança de uma identidade sólida alicerçada pelo valor do trabalho, agora não mais tão segura, calcada nos contratos temporários, de tempo parcial, ou nos subempregos do mercado informal. Na verdade, vale lembrar que, cada vez mais, problemas associados ao desemprego e à precarização do trabalho deixam de ser exclusivos de determinadas classes sociais ou nações. Resta-nos, em outro momento, pensar nas conseqüências da falta deste ancoradouro para sujeitos que o tem como valor identitário.

---

[5] Lima, 2001, p.53

De volta a Duarte (1986), este aponta que um órgão do corpo humano bastante valorizado em suas funções é o *fígado*. São pequenas referências agrupadas pelo autor que nos mostram a quantidade de fenômenos a ele associados. O discurso demonstra que este órgão é colocado na mesma categoria de mediador na qual se encaixam os nervos. Participa da digestão, da circulação e da filtragem de impurezas. É o primeiro a ser afetado quando algo não vai bem, já que elimina elementos indesejáveis, presentes no corpo. Pode ser saturado por partículas diversas, seja pelo mau uso de algum remédio que o "atacou", ou pelo abuso de substâncias como o álcool, acarretando sintomas próximos ao do *nervoso*, como dor de cabeça ou "sangue ruim" (ibid., p.153).

Além destes elementos pinçados do extenso relato do autor, é de extrema importância fazer menção às suas três subáreas de análise, chamadas de "nódulos" (ibid., p.159) do discurso, por não se referirem a substâncias corporais, como as anteriores, mas a movimentos ou, digamos, fenômenos. Primeiramente o nódulo da *comunicação* - do qual os dois posteriores também fazem parte - indiretamente comentado em cada passagem acima, quando das referências a fluxo, condução, entrar, sair, subir, descer. A própria figura do sangue, assim como a dos nervos, cabeça e fígado, são marcadas por esta função de comunicação e ligação, por onde circula, sobretudo, força. Já o nódulo da *irritação* seria associado à sensibilidade nervosa e aos reflexos motores desta irritação como tremores, formigamento e arrepios; queixas freqüentemente presentes no *nervoso*. A resistência seria o sinal de que o organismo está se defendendo, faz parte da dinâmica que ele denomina de "lógica do atacar" (ibid., p.165). Por último, aponta o nódulo da *obstrução*, este causado por perturbações no equilíbrio da circulação dos fluxos. Mais uma vez, o físico convive lado a lado ao ideativo, quando os sujeitos fazem menção tanto à obstrução do fluxo sanguíneo quanto à do fluxo de idéias, como no caso da loucura. O "excesso" de sangue no corpo pode subir à cabeça, assim como idéias em excesso na cabeça causam perturbação. Traz, inclusive, registros etnográficos nos

quais os sujeitos fazem menção ao prejuízos causados pela obstrução da ejaculação, no caso de abstinência sexual masculina, e do impedimento da concepção, para as mulheres que fazem uso de pílulas anticoncepcionais; ambos vistos como contribuintes do *nervoso*.

Ao caracterizar as classes populares e seu processo representacional, vale destacar alguns valores importantes ao entendimento deste público, de forma complementar ao exposto acima. O primeiro valor é certamente a *família*, a partir da qual, enfatiza Duarte (op.cit.), são pensadas questões como *gênero* e *idade*. Enquanto o "nome de família" é relevante nas classes média e alta, a família abrangente e aglutinada é valor nas classes populares. Há uma forte associação entre relações familiares e proximidade geográfica entre parentes. Os diferentes papéis sociais do homem, da mulher, do filho mais velho, do caçula, dos idosos, todos compõem e marcam os relatos destes sujeitos, entranhados numa relação onde fato e valor emergem quase que de mãos dadas, estabelecendo as regras que são reproduzidas e o serão através das diferentes gerações.

Diretamente ligado à dinâmica familiar está, novamente, o valor *trabalho*, cuja maior ou menor importância é objeto de controvérsias entre os autores aqui examinados. Neste estudo, diversas referências foram feitas a esta esfera da vida humana, merecendo destaque especial em muitas das passagens anteriores. O que une todas elas é a noção de trabalho como o papel que caberia ao homem na organização familiar, por onde passam valores como respeito e responsabilidade, freqüentemente mencionados por estes sujeitos através de figuras como o ser "batalhador", "chefe de família", "bom marido", aquele que "bota comida dentro de casa" (ibid., p.176). No enorme número de famílias que sobrevivem do trabalho das mulheres enquanto chefes do núcleo familiar, como observa Duarte, este ideal de obrigação passaria para elas Esta inversão nos valores conhecidos, que obriga a mulher a ir para o universo do público e restringe o homem ao privado, seria também fator causador do *nervoso*. Para as demais, o cuidado da casa e dos filhos constitui sua obrigação direta; sempre englobadas pelo

"elemento homem/marido" (ibid., p.174). A contrapartida direta da qualidade "força", atribuída aos homens, seria, nas mulheres, a maior propensão ao *nervoso*, dada pela predominância da "sensibilidade" (ibid., p.180), e por sua proximidade da função de reprodutora moral da casa. A elas é autorizado o descontrole emocional, proibido aos homens.

O *nervoso* infantil, quando mencionado, é associado às verminoses comuns à infância, sempre que estes vermes "subirem à cabeça" (ibid., p.184). O físico-moral está incrustado nos depoimentos quando faz-se alusão a este fervilhar de vermes como análogo aos irriquietos infantes. Por outro lado, os vermes podem roubar a força da criança, tornando-a fraca e, portanto, *nervosa*. Outras fontes, menos freqüentemente mencionadas, seriam associadas ao observar brigas e maus exemplos dos pais, ou até a morte de algum deles. Remontam o *nervoso* até mesmo a períodos turbulentos sofridos pela mãe durante a gravidez. Duarte, ainda na mesma obra, defende a existência de uma hierarquia entre os filhos que diferencia as classes populares das médias, onde, nas últimas, prega-se igualdade entre os herdeiros. Nas primeiras, os filhos são preparados para serem substitutos dos pais em caso de necessidade, ou na ausência dos mesmos. Cada novo filho que nasce, passa a ser o alvo dos cuidados, enquanto que o anterior já não mais ocupa esta posição, preparado para auxiliar os pais, seja tomando conta da casa, dos irmãos, ou até no trabalho. O autor acrescenta ainda que, uma das razões para que tenham muitos filhos seria a de formar o que chama de "poupança física e moral" (ibid. p.191), um "exército" com o qual se pode contar para as mais diversas tarefas.

O *nervoso* nos idosos seria visto como crônico, podendo ser aliviado pelo bem adquirido que é a aposentadoria. Um certo *nervoso*, diz Duarte, é quase que intrínseco à condição de ser velho, o que deixa pouco espaço para pensá-los como propensos à "crises" esporádicas. O autor marca que a aposentadoria teria um sentido mais pejorativo no caso das classes médias, onde não se verbalizaria tanto o "gosto em não fazer nada" (ibid., p.194), o que nos parece, talvez, questionável. A estratégia de recurso ao "encosto" (idem) no sistema de

previdência social é desejada e almejada pelos idosos como um descanso merecido, que, a nosso ver, independe das classes. Há muito a terceira idade transformou-se numa potencial fatia do mercado de consumos, para a qual os meios de comunicação veiculam produtos, atividades, estilos de vida. O que talvez seja um diferencial das classes média e alta é a busca por uma aposentadoria produtiva, não necessariamente associada ao trabalho. O ideal seria engajar-se em diversas atividades, de maneira a não sofrer pela falta repentina de uma ocupação, depois de tantos anos. De certa forma, este panorama encaixa-se perfeitamente ao raciocínio de Costa (1989) acima mencionado; observamos o binômio *corpo-prazer* das classes média e alta retornar sob a forma de descanso merecido, após uma vida inteira de trabalho.

1.5- Linguagem e construção da demanda no processo psicanalítico.

Realizou-se acima uma detalhada exposição do universo representacional das classes populares, incluindo as figuras presentes no seu complexo relato sobre os fenômenos corporais, psíquicos, e a relação destes com a vida familiar e profissional. Porém, o que fazer com esse imenso leque de possibilidades discursivas e representativas? É então que se vai de encontro à diferença que separa queixa e demanda, fundamental para os propósitos aqui em questão. Primeiramente, há de se ter em mente que, ainda que o profissional tenha acesso ao percurso representacional destes sujeitos e seus elementos constituintes, esse pedido de ajuda que o leva a procurar o ambulatório não assegura a existência de uma demanda por ajuda psicológica, ou, muito menos, psicanalítica. Tendo como norteador a reflexão acerca da construção da demanda por atendimentos psicanalíticos, em pacientes das classes populares, algumas observações tem que aqui ser feitas. Ainda que o sujeito apresente uma queixa bem elaborada e diretamente exposta ao profissional, tal fato não delimita a possibilidade de realização de um processo psicoterapêutico. A partir deste momento, divide-se a análise desta

demanda em duas etapas; a primeira do ponto de vista do que demandam estes pacientes, e a segunda, partindo do prisma da construção dessa demanda a partir de um ponto de vista psicanalítico. A terceira e última parte, que concerne os possíveis obstáculos que se interpõem ao processo, fará parte do terceiro capítulo desta dissertação.

Qual a idéia de cura que acompanha o imaginário das classes populares? Com que objetivo procuram os ambulatórios? Querem ser tratados, obter medicamentos ou, simplesmente, ser acolhidos por alguém que lhes escute? Certamente, qualquer profissional de saúde, no conjunto dos casos que atende, pode observar um pouco de cada. Como bem pontuou Figueiredo (op.cit.) os sujeitos falam para um outro que, num primeiro momento, é aquele que atende. A fala chega como desabafo, queixa e/ou pedido de alívio, entre outros. Só depois, pode passar por um deslocamento que a leva a um plano que, segundo a autora, pode ser denominado de reflexivo ou indagativo. Em algum momento, completa, é preciso querer saber sobre o que se diz. Este movimento pode ser mais espontâneo para uns, ou então, para outros, depende de um empurrão do psicanalista. Este precisa manter a oferta e esclarecer seu propósito, ainda que, como a autora sustenta, não se possa prever nem garantir que todos embarcarão nesta empreitada. Na verdade, faz-se necessário refletir sobre esta garantia, se ela é mesmo desejável. Tomemos aqueles sujeitos descritos logo no início do capítulo, quando verbalizam que o que necessitam é ter saúde para voltar ao trabalho. Será que há algo mais além deste pedido? Os psicanalistas precisam vislumbrar outro caminho que não o de assumir que existe algo que o paciente não revela; que há, necessariamente, algo por trás do discurso manifesto. Não é sempre que se apresenta uma possibilidade - ou necessidade - de se tratar psicanaliticamente a todos. É preciso, como bem aponta Figueiredo (1997), decantar estas demandas, e, muitas vezes, esvaziá-las, desfazendo possíveis equívocos. Ressalta que o hospital geral recebe uma clientela que sofre do corpo e deposita todas as esperanças no saber

médico, ainda que não se possa contar que façam distinção entre as especialidades dos profissionais que lá atuam.

Para Nicacio (op.cit.), a idéia de cura que geralmente acompanha o *doente dos nervos* é a da condição na qual todo e qualquer sintoma seria eliminado, fazendo com que ele retorne à condição de normalidade que antecedia à doença; este "normal" sendo o estado de saúde compartilhado pela maioria das pessoas. Podemos acrescentar a este ideal de cura o imperativo da sociedade moderna, que prega o gozo a todo custo, cobrando do sujeito uma postura incompatível com qualquer adiamento da possibilidade de satisfação[6]. Muitas vezes, é preciso atenção ao discernir entre os pacientes que têm demanda para tratamentos psicoterápicos - sejam estes psicanalíticos ou não - e aqueles para os quais basta serem tratados pela medicina. Soma-se a este o vício de carregar consigo critérios de analisabilidade, provoca Figueiredo (op.cit.), o fato do analista pautar seu trabalho sobre a demanda por ideais de cura próprios, e pelo que acredita ser sofrimento.

Neste contexto no qual pacientes demandam soluções imediatas para seus problemas, como é possível sustentar os desdobramentos do processo analítico e o nível de tolerância ao sofrimento necessário ao longo do mesmo? Este é certamente, um dos grandes desafios deste tipo de trabalho. A exposição acima realizada nos permite, neste momento, articular demanda e assistência, estabelecendo uma relação entre as expectativas destes pacientes com relação ao tratamento, expressas através de seu discurso, e o que a psicanálise teria a oferecer. A contribuição de Figueiredo nos auxilia a refletir sobre o que enfrentaria então o psicanalista, partindo dos casos clínicos nos quais se aposta no desenrolar de uma análise;

> "No hospital psiquiátrico, o psicanalista convive com situações agudas de emergência, que não são as mais favoráveis para o trabalho analítico. Para elaborar é preciso um tempo que não é o da crise. Seu trabalho, portanto, é de oferta e

[6] Para mais detalhes sobre o assunto vale consultar a obra magistral de Jurandir Freire Costa, *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. Nela o autor disserta sobre este modelo atual de identidade psicológica, não restrito a uma só classe, a partir do qual não se admite qualquer possibilidade de conflito psíquico, sofrimento é sinal de anormalidade.

> convívio, tanto com a equipe quanto com o sujeito, num tempo de espera até que a transferência lhe possa ser endereçada mais particularmente" (1997, p.171).

Ainda que em referência ao hospital psiquiátrico, a observação da autora foi aqui incluída porque chama atenção para o que, de certa forma, seria parte relevante da atuação de qualquer psicanalista. Seguindo sua linha de pensamento somos levados ao igualmente importante conceito de realidade psíquica de Freud, a partir do qual o analista sai da posição de verificar se o conteúdo do relato é verdade ou fantasia, já que o que importa é a realidade a partir da qual o sujeito vê o mundo, pensa, trabalha, sofre e, até, se desconhece. E como ele teria acesso a esse material? Através da linguagem, da fala. Já observamos que há algo que vai além do discurso, entranhado no corporal. Porém, neste momento, a análise centra-se sobre a linguagem e sua importância dentro do processo psicanalítico. É de extrema relevância refletirmos brevemente sobre porque percorrer o campo da linguagem, num estudo como este. Independente das articulações fundamentais entre linguagem e processo psicanalítico, Birman nos alerta para sua função de intercâmbio entre os homens;

> "a linguagem emerge na história como sendo a mediação fundamental, que teria permitido ao homem se relacionar consigo mesmo e com o outro de uma forma diversa, rompendo assim com a pressão que lhe impulsionava para a ação precipitada. Enfim, mediante a linguagem o sujeito passa a existir no plano simbólico" (1989, p.143).

Enfocando o campo da linguagem e sua relação com a psicanálise, Ferrari (2004) nota a importância da palavra desde a época dos estudos de Freud com Charcot, passando pela psicoterapia catártica, até chegar enfim na psicanálise. Ainda que seja lugar comum pensar na importância da linguagem como herança da vertente lacaniana da psicanálise, Birman (1991b) nos mostra que a mesma já era tema para Freud desde seus estudos sobre a afasia. Observamos que, em 1905, Freud já tentava demarcar o território específico do método que, aos poucos, desenvolvia, ressaltando que um tratamento psíquico vai além do tratar perturbações patológicas, é o tratar a alma e, sobretudo, tratar pela palavra. Aponta que todos

estes recursos de influência anímicos são incertos, podendo não contribuir em alguns casos. É a magia da palavra como "mediador mais importante da influência que um homem pretende exercer sobre o outro" (Freud, 1905, p.279). Mais de uma década depois, ainda sustentava a idéia de que "As palavras, originalmente, eram mágicas e até os dias atuais conservaram muito do seu antigo poder mágico" [7]. Completa que palavras suscitam afetos e são instrumento de influência entre os homens, podendo tornar pessoas felizes ou desesperadas; um professor passa conhecimento aos alunos, um orador influencia o julgamento de outros. Para Freud era importante ressaltar que a palavra em análise é outra, ocorre dentro de uma relação especial. É uma palavra que não admite ouvinte algum, não pode ser demonstrada e, além disso, há uma ligação especial entre paciente e analista, a qual não pode ser testemunhada por ninguém. É neste ponto que se pretende aqui chegar; na peculiaridade da fala no trabalho analítico. Falar por si só pode ser terapêutico, porém, como bem nos lembra Figueiredo (op.cit.), não é só do desabafo que se trata aqui, ainda que este funcione como uma ab-reação. O binômio fala-escuta está inscrito na transferência, e a psicanálise como "clínica da fala" (ibid., p.124) está atravessada pelos afetos, intenções e contradições do que se diz, todos sendo, digamos, variações da transferência. A condição da escuta do analista é o fazer falar; esta fala, por sua vez, se constitui pela escuta e pelo movimento de remeter o paciente à regra fundamental, a associação livre. Podemos acrescentar que a fala como endereçada a um outro - o analista - por estar inserida numa relação com base na transferência faz com que este outro não seja um o outro qualquer, e torna esta fala incomparável a qualquer outro tipo de discurso estabelecido numa relação dual cotidiana. A demanda seria, então, resultado direto deste encontro único entre o sujeito e seu terapeuta, dentro do espaço analítico. A linguagem está aí diretamente inserida, na medida em que o processo analítico possibilita ao sujeito utilizar uma dimensão alternativa de ação, na qual a palavra media o permanente exercício de elaboração que a angústia, causada pela pressão pulsional, exige. Ainda assim, acrescenta Ferrari (op.cit.), há

[7] Freud, 1916-17[1915-17], conferência I, p.27.

algo que escapa à transposição em palavras, o que já demonstramos em diversos momentos acima. Freud já percebia isso, ao demarcar que gestos são também linguagem, o que também o são outros meios pelos quais a atividade mental pode ser expressa[8]. Ensina-nos, ainda, que nem tudo pode ser dito, e que a cura deve nortear-se, principalmente, pelo que não se pode dizer.

Retomemos brevemente as referências freudianas ao poder mágico da palavra, citadas acima, introduzindo em seguida uma provocação: será que a psicanálise se relaciona com a linguagem através do domínio da magia que ronda as virtudes da última? Este é mais um prisma do mesmo debate. Lévi-Strauss (1975a, 1975b) coloca a psicanálise no rol das práticas mágicas, e o psicanalista no mesmo patamar do feiticeiro, do xamã. Assim como na psicanálise, o doente curado pelo xamã está apto a, futuramente, tornar-se um. Sem entrar no mérito de julgar a eficácia psicanalítica como real ou simbólica, podemos mencionar as três crenças fundamentais sobre as quais ela se apóia, segundo o autor: a do feiticeiro no resultado de suas ações, a que o doente nele deposita, e, por último, porém não menos importante, a da opinião coletiva. Esta última, ao testemunhar episódios de cura, marca o início da adesão da comunidade às práticas do xamã. O cerne da analogia está na afirmação de que o xamã cura os doentes primeiramente porque tornou-se feiticeiro, e não o inverso. Ou seja, assim que perder credibilidade e apoio do meio social, ele perderá seu poder de cura. Tais colocações fornecem rico material para a auto-reflexão dos membros da comunidade analítica, acerca das dimensões de poder e status alcançadas ao longo das décadas, e o que é feito em nome delas. Porém tal discussão não será empreendida aqui. Se recorrermos a Freud (1926a), podemos notar um esforço por parte do mesmo em ressaltar que psicanálise não poderia se assemelhar à magia por não apresentar rapidez de resultados. Nesta mesma direção, Birman (1989) afirma que somente a sugestão e a persuasão agiriam pela magia. Isto porque, a psicanálise poderia

---

[8] c.f. Freud, 1913, "*O interesse da psicanálise para as ciências não psicológicas*", in ESB, vol. XIII.

ser classificada como prática mágica se ela se voltasse exclusivamente para a cura e não para um trabalho de modificação das representações dos sujeitos, tendo um efeito transformador e revelador da constituição dos mesmos. Talvez, possamos pensar no efeito de magia provocado pela idealização de saber imputada ao psicanalista pelo paciente, esta sim permeada pela suposição de que o primeiro contém a verdade do sintoma e a chave para cessar o sofrimento. Poderíamos dizer que, ao longo do trabalho de análise, o paciente vai de encontro a esta ilusão o tempo todo, já que, pensar em processo psicanalítico não deveria estar ligado exclusivamente a noções como alívio e bem-estar, mais próximas do modelo médico de cura. Na verdade, a angústia que acompanha o processo do lado do paciente, é peça-chave para o curso do mesmo, assim como o é, por outro lado, uma certa neutralidade do analista quanto à demonstração da importância que teria, para ele, a cura do paciente. No contexto dos pacientes em questão, podemos pensar que esta neutralidade teria que dar lugar a, talvez, um maior "didatismo" do profissional, no sentido de explicar a dinâmica daquele espaço, e acolher a crença que o paciente deposita no seu saber, ao qual o mesmo atribui o possível sucesso do trabalho. Ainda que ilusória, tal crença é um dos estímulos necessários para contrabalancear a carga de sofrimento psíquico que o paciente suporta ao longo do processo. Esta é, talvez, a porção de magia que acompanha o processo psicanalítico.

Não é pertinente, neste momento, abordá-la em minúcias, uma vez ilustrada a relação psicanálise-linguagem. Ainda que psicanálise e práticas mágicas não possam ser, em teoria, sobrepostas, talvez as ressalvas de Lévi-Strauss não estejam tão distantes de se concretizarem, como observa Birman (1989). É preciso refletir sobre o uso que os psicanalistas têm feito do potencial que a linguagem oferece. Lança-se aqui uma provocação, cujos frutos serão colhidos mais adiante: será que as potencialidades da linguagem podem estar sendo usadas como instrumento de sugestão e persuasão, obedecendo à demanda médica de ajustamento e enquadramento dos sujeitos na categoria de normalidade?

CAPÍTULO II - A PROBLEMÁTICA DA CLÍNICA E SUA RELAÇÃO COM OS PILARES DO PROCESSO PSICANALÍTICO

2.1 – Como e porque pensar em técnica? A polêmica do psicanalista no público.

Trata-se de uma tarefa delicada associar os conceitos fundamentais do processo psicanalítico a qualquer forma de objetivação. A intenção não é ter como produto deste capítulo um manual de atendimento clínico para as classes populares, ou para qualquer outro tipo de público. Porém, isto não impede uma reflexão acerca do que é realmente fundamental em um processo psicanalítico, o que o sustenta. Qual seria a função de mapear os fundamentos da psicanálise? Primeiramente, temos a importância da orientação teórica escolhida pelo profissional de saúde, peça-chave no processo de atendimento dos pacientes. Não se trata de estabelecer quais orientações teóricas são melhores do que outras, nem reeditar a velha querela da determinação de quem faz jus aos títulos de psicanalista/ psicólogo/ psicoterapeuta[9]. O que se pretende aqui enfatizar é o fato de que a orientação teórica é uma escolha do profissional, estando, portanto, ligada à qualidade com que o mesmo irá exercer seu trabalho, na medida em que norteia sua atuação onde quer que esta se realize. Parte-se então da premissa de que o analista é guiado por certos princípios fundamentais que são parte desta atuação, ainda que, como nos mostra Birman (1984), não seja concebível a idéia de analista como funcionário de um dispositivo estabelecido. O autor completa que tal pensamento não é unanimidade e sim uma grande controvérsia entre analistas.

---

[9] Dois excelentes debates sobre a questão encontram-se em Costa, 1989, capt. 1, e Figueiredo. A. C. Psiquiatras. psicanalistas e psicólogos: o jogo profissional no campo "psi", In: Duzentos anos de psiquiatria: trabalhos apresentados na Jornada de psiquiatria do estado do Rio de Janeiro. RJ, Relume Dumará-Ed. UFRJ. 1992.

No caso específico da psicanálise, tal questão se faz ainda mais premente na medida em que esta vai muito além de um simples modo de terapia. Como o próprio Freud pontuou - ao fazer uma análise retrospectiva das inúmeras aplicações da psicanálise - esta pode ter começado como método de tratamento, porém, se firmou por causa das verdades acerca da natureza dos seres humanos que ela contém. E, mais ainda;

> "A atividade psicanalítica é árdua e exigente; não pode ser manejada como um par de óculos que se põe para ler e se e tira para sair e caminhar. Via de regra, a psicanálise possui um médico inteiramente, ou não o possui em absoluto" [10].

Ainda que a psicanálise possua especificidades quando exercida em diferentes contextos, o objetivo deste estudo é introduzir no debate o exame dos postulados analíticos. Busca-se encontrar quais deles são essenciais à prática clínica, fundamentais à psicanálise, para então levá-los ao exercício da mesma nos ambulatórios públicos. A pertinência desta investigação está no fato da psicanálise não ser automaticamente pensada como pertencente a estes espaços, nem como adequada para o uso com este público específico. A discussão gira em torno da origem e caráter burgueses da psicanálise, por muitos concebida como indissociável do próprio dispositivo, conforme detalhado no próximo capítulo, quando sua prática política entra em questão. Em síntese, a hipótese seria a de que Freud teria desenvolvido o instrumento terapêutico da psicanálise voltado para um público específico, circunscrito às classes média e alta vienenses. Utilizar seu instrumental no trabalho com as classes populares seria desvirtuar demais seus ensinamentos, descaracterizando o que a psicanálise teria de diferencial em relação aos outros tipos de psicoterapias. Além disso, a estrutura de funcionamento e/ou as instalações dos serviços nos quais são realizados os atendimentos seriam inadequadas, a tal ponto que inviabilizariam um trabalho como o psicanalítico.

---

[10] Freud, 1933[1932], conferência XXXIV, p.150.

Passemos então à empreitada de encontrar tais elementos, complicada desde o início. Isto porque, antes de identificar quais deles constituem-se como pilares de sustentação, tanto da teoria quanto da prática clínica, é preciso refletir até mesmo acerca de sua existência. Este é um fator que precede esta busca, já que não há nada que nos autorize, explicitamente, a afirmar com precisão que os mesmos existam, seja qual for o contexto de atuação do profissional. A partir do exame da vasta obra de Freud, podemos afirmar que, em nenhum momento este procura delinear objetivamente um método clínico analítico, preferindo tratar de "recomendações para a prática" [11]. Tais recomendações às quais Freud faz alusão, visam, especificamente, ressaltar alguns dos fundamentos que regem a clínica, orientando a atuação do profissional. Norteado pelos postulados freudianos, este estudo recorre ainda, a contribuições mais atuais a esta discussão, que também tratam da questão da existência ou não do suposto "método". Portanto, a investigação da existência de tais conceitos fundamentais, em Freud e em autores contemporâneos, precede a discussão acerca do tratamento psicanalítico no ambulatório público, tema do terceiro capítulo. Pretende-se assim, posteriormente, unir classes populares e tratamento psicanalítico, articulando os dois principais eixos deste presente estudo.

Será que existe uma só psicanálise, esta rica e poderosa o suficiente para manter-se como recurso sólido, quando utilizada em diferentes contextos e/ou casos? Birman (1984) já lançava a questão da prática psicanalítica obedecer a um só modelo, ou então, ser pluralista. Podemos nos questionar sobre quem determina e regula esta prática. A teoria freudiana, pelo mérito de Freud como criador da psicanálise? As instituições, por terem assumido esta função dentro do contexto peculiar da formação psicanalítica? Os próprios analistas, que fazem de sua prática o verdadeiro exercício de confirmação daquilo em que acreditam?

---

[11] Freud, 1904[1903], 1905[1904], 1905, 1910a, 1912a, 1912b, 1913, 1915[1914], 1919[1918]a, 1923[1922], 1926b, 1937a, 1937b. Certamente estas não compõem a totalidade das obras de Freud sobre a clínica psicanalítica. Todavia, contém referências explícitas ao método, ou esboçam recomendações clínicas aos analistas.

A psicanálise possui alguns pontos de partida, que não são propriamente pressupostos fundamentais do trabalho clínico, mas que Freud denomina, em diferentes momentos[12], de pedras angulares, crenças sem as quais a psicanálise não poderia nem mesmo ser pensada. Os "eleitos" oscilam entre diversos conceitos, dependendo do contexto dos mesmos nas obras em questão e, sobretudo, do momento atravessado pela teoria psicanalítica. Processos inconscientes, importância da sexualidade, da pulsão e do conceito de libido, Édipo, recalque e resistência - os dois últimos ora vistos como descobertas, ora como premissas - são os principais. Constam deste estudo apenas a título de menção, já que não estão diretamente relacionados à clínica, mas sim, digamos, à concepção de sujeito para psicanálise, ou melhor, aos processos que esta concebe como estando em ação na vida deste sujeito.

Porque os analistas fogem tanto desta reflexão sobre o que é a psicanálise? Enunciar o que se faz, como se faz, e no que se sustenta, não pode ser visto com um olhar pejorativo de quem não consegue separar objetividade de engessamento do discurso Ainda que estejamos aqui em busca da identidade analítica, é preciso esclarecer que tal iniciativa não se confunde com a postura de dogmatizar qualquer um de seus enunciados, transformando-os em verdades universais e definitivas. Toda a presente narrativa é sustentada pela postura de abertura e manutenção de um debate aberto e instigante, para que não se corra o risco de imobilizar o discurso. É uma idéia verdadeiramente sedutora, a de que uma disciplina como a psicanálise, pelo fato de investigar a fundo os meandros da alma humana, venha finalmente a nos libertar do obscuro universo do psiquismo. Todavia, com sua precisa e magistral provocação, Mezan (1995) alerta para os poderes vingativos da Esfinge, que está sempre pronta a assombrar aqueles que dormem tranqüilos, amparados e respaldados pelo encontro do que acreditam ser a "verdadeira verdade".

> "A disciplina freudiana representa um golpe na crença ingênua de que a decifração do enigma basta para acabar com as forças obscuras que nele se haviam

[12] Freud, 1913[1911], 1914 b, 1915, 1923[1922], 1926b.

> materializado. Ao dar a palavra à Esfinge, que deliciosa vingança ela oferece àquela que todos acreditavam sepultada em seu abismo"

Ainda que estejam aqui em jogo dois domínios atravessados pela historicidade - o do psíquico e o da teoria psicanalítica - não é impossível pensar numa epistemologia da psicanálise, conceitos-guia que orientem os psicanalistas em sua atuação. Não podemos concluir que as peculiaridades da teoria psicanalítica são imperfeições em sua própria estruturação, como precipitadamente o fazem alguns críticos. A especificidade do postulado metodológico que a sustenta, segundo Birman (1989), faz com que a idéia de clínica se confunda com o empreendimento freudiano em sua totalidade. Interessante notar que este incessante movimento da experiência analítica já era parte do posicionamento do próprio Freud, enquanto ainda construía o arcabouço teórico da psicanálise. O singular, a ruptura, a descontinuidade - atributos que, futuramente, veremos como parte desejável da postura dos próprios analistas - são termos cujo uso não é por acaso, realmente fazem jus ao seu significado, estando presentes em Freud antes mesmo de marcar definitivamente o caráter de seu pensamento. Não se pretende dizer, com isso, que a prática seria a única responsável pela construção da teoria. Implica sim, dizer que as questões acima são circulares, na medida em que, a cada impasse da prática, Freud mostrava-se pronto a refazer a teoria, como observa Birman (ibid.) a partir do exemplo da teoria da pulsão e a das neuroses, e, conforme podemos constatar através de menções nas obras do primeiro[13]. Este tortuoso, porém magistral, caminho empreendido pelo próprio Freud torna nossa busca pelos fundamentos da psicanálise ainda mais árdua, dificultada também pela peculiaridade da própria teoria, que, conforme visto acima, tem sua base na experiência psicanalítica. Esta linha tênue entre teoria e clínica é

[13] Freud, 1905[1904], 1910a, 1919[1918]b, 1933[1932]. Diferentes momentos nos quais escreve estar disposto a rever a clínica e/ou mexer na técnica. Justifica tal postura por estar diante de impasses, como no tratamento de quadros clínicos como psicoses. Ou então, quando valoriza as novas apropriações da teoria por parte dos dissidentes. Ou, por fim, simplesmente por acreditar na incompletude de uma teoria baseada na experiência.

um dos vários paradoxos que cercam a psicanálise; marca tanto o caráter inovador deste sistema de pensamento, quanto a singularidade da busca aqui em questão.

2.2 - Freud e o método analítico.

Como Freud concebeu a clínica psicanalítica? Através de uma extensa busca em seus escritos, pode-se observar que, em diversos momentos, este procura diferenciar a clínica analítica dos demais métodos de tratamento psíquico. O interessante deste movimento de Freud está no fato de que, ao fazê-lo, destaca o que a psicanálise tem de fundamental. Observa-se então, a partir destes escritos, as mais ricas definições de Freud sobre a clínica psicanalítica. Entretanto, ao lidar com a extensa obra de Freud, é preciso manter-se atento às diferenças entre suas formulações, nos diversos momentos de seu pensamento, para não se incorrer no erro de isolar conceitos de uma determinada época. O permanente movimento de construir e destruir formulações torna algumas delas bastante contextuais e circunscritas.

Reitera-se, uma vez mais, que não se trata de questionar as chamadas pedras angulares da teoria psicanalítica, citadas acima, e sim focar nos pressupostos que sustentam a clínica propriamente dita. Faz-se aqui referência ao que Freud (1914b) chamou de descobertas da psicanálise, procurando diferenciá-las das premissas, sem as quais a psicanálise não poderia nem ser pensada. Apesar de tê-los separado desta forma, muitas vezes coloca os mesmos conceitos em ambas as classificações, ou seja, o que antes era premissa passa a ser descoberta, e vice-versa. Ainda em 1914, afirma que a teoria nada mais é do que a tentativa de explicar dois fenômenos: a transferência e a resistência. Todos os que evitam estes dois aspectos/hipóteses, dificilmente podem chamar-se de psicanalistas. Acrescenta ainda que, retirou tais descobertas de inferências teóricas, legitimamente extraídas de observações. Quase uma década mais tarde, de forma precisa e objetiva, define a psicanálise como:

> "(1) procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nesta investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica." [14].

Podemos notar que a investigação encontra-se anterior a tudo, tendo como conseqüência a formação do método de tratamento, e, só então, a disciplina propriamente dita. É dentro desta abertura estabelecida pelo próprio Freud que pretendemos examinar cada uma das vertentes a seguir, não fixando o texto freudiano como balisador do trabalho dos autores aqui em questão, porém, fornecendo-lhe os devidos créditos e os direitos adquiridos por ser aquele que inaugurou este sistema de pensamento que conhecemos como psicanálise. Sendo assim, o debate será norteado pelos elementos destacados por cada uma das respectivas vertentes, referenciando-os permanentemente aos textos de Freud, nos quais os mesmos puderem ser localizados. Temos então, os postulados freudianos atravessando a seção seguinte, de forma a complementar, enriquecer ou simplesmente referenciar o debate.

2.3 – Duas vertentes em questão

Ao longo desta busca pelos pilares fundamentais que sustentam a prática analítica, este estudo vale-se da contribuição de autores contemporâneos, além das anteriormente mencionadas "recomendações para a prática" do próprio Freud. Tais autores foram deliberadamente agrupados em duas vertentes, de acordo com semelhanças em suas linhas de pensamento. Visando reunir o que cada um de seus elementos possui de relevante, serão expostas as razões pelas quais são valorizados por seus respectivos autores, de forma a construir um pano de fundo para o debate acerca da viabilidade dos mesmos nos ambulatórios públicos.

[14] Freud. 1923[1922]. Parte A – Psicanálise. p.253.

2.3.1 - O "retorno" a Freud

Para a primeira vertente em questão, contamos basicamente com a obra de Antônio Quinet, *As 4+1 condições da análise*, além de pequenas contribuições de autores como Moscovitz e Grancher (1988), e Martin (1997), que analisam a clínica através de elementos, por assim dizer, concretos, cuja presença é considerada importante e, muitas vezes, até indispensável. Tratam de determinados detalhes mais operacionais da clínica, de caráter não tão geral e, na sua maioria, ligados ao *setting* psicanalítico. Os elementos que ganham maior destaque, sobretudo no trabalho de Quinet, são: as entrevistas preliminares, o divã, o dinheiro e as implicações clínicas da questão do tempo na análise. Discutem a obrigatoriedade da presença de alguns destes elementos para que o trabalho se realize; entre eles, a presença necessária do divã como instrumento de trabalho, a necessidade do pagamento em dinheiro pelo paciente aos serviços prestados pelo analista e a dinâmica em torno do tempo em análise; este último analisado sob um prisma objetivo, relacionado à freqüência dos atendimentos, à duração das sessões e do próprio tratamento. Primeiramente, a partir da obra de Quinet (op cit.), realiza-se a discussão - bastante influenciada por sua particular incorporação da teoria lacaniana - do que ele chama de quatro condições para o tratamento, citadas acima, tal qual o autor afirma terem sido enumeradas por Freud, no artigo *Sobre o início do tratamento*, de 1913. Aponta ainda uma quinta, a passagem do analisante à analista, esta mais referenciada à formação do último e ao modo como ele trabalha, por assim dizer, com os procedimentos clínicos denominados de "condições". Diferencia-as da associação livre, pois esta seria realmente a única regra da psicanálise, a "regra de ouro" (ibid., p.10), a partir da qual o analisando marca que seu processo analítico realmente começou. É interessante observar que o autor, logo na introdução, propõe-se a questionar o *setting* analítico, tal qual o mesmo foi

fixado em um conjunto de normas. Acreditamos que, como resultado de seus escritos, o leitor obtém determinações igualmente normativas, e isto é o que se pretende aqui expor.

As entrevistas preliminares, as quais Quinet (op.cit.) aponta terem sido chamadas por Freud de tratamento de ensaio, possuem diversas funções. De início, funcionam como o espaço no qual o paciente elabora sua demanda por tratamento, que, a princípio mostra-se somente como queixa, ou como sintoma objetivo. Neste período, elabora o autor, o analista questiona esta queixa e observa se o paciente tem estrutura para passar desta situação inicial - na qual o sintoma é a resposta - para outra, onde este se torna questão a ser decifrada. A partir de então, o momento das entrevistas passa a ter função diagnóstica, a partir da qual se procura saber a estrutura clínica na qual se encaixa o paciente, visto pelo autor como orientação necessária ao trabalho do analista. Por fim, a função transferencial, que não mereceu tanto destaque, apesar de nos parecer extremamente relevante. Quinet a toma, estritamente, em seu viés de marcação do lugar do analista como detentor do saber que o paciente lhe imputa, lugar este que o primeiro não deve reforçar, ainda que seja fundamental que o paciente lá o coloque. Desta representação - o analista deter a verdade sobre o que lhe acometeu - nasce a possibilidade do amor de transferência, momento no qual a demanda já estaria direcionada àquele analista específico.

Para Freud (1913), o momento inicial do tratamento é onde se deve, de imediato, apresentar ao paciente a regra fundamental, qual seja, associar livremente, relatar o que lhe vem à cabeça sem se preocupar com a coerência do discurso, ou mesmo com a seqüência temporal dos eventos. Podemos dizer que associação livre está presente desde o princípio, desde os primeiros relatos do analisando ao entrar no consultório. Como bem pontuou Miller (1997), o primeiro pedido, na experiência analítica, é o de ser admitido como paciente. É o paciente quem primeiro avalia seu sintoma.

O segundo elemento de destaque é o divã. Quinet (op.cit.) aponta que seu principal papel seria o de evitar que expressões do analista venham a interferir na fala do analisando, impedir que as características da relação transferencial se misturem às associações do paciente. Essa "mistura" poderia acabar transformando em resistência o que deveria atuar como um facilitador. A postura frente-a-frente reforça a discriminação da pessoa real do terapeuta, e do seu papel específico dentro da sessão. Isto porque, ao ser observado pelo paciente, o analista não atua como uma tela silenciosa, sobre a qual refletem os dizeres do analisando. O paciente pode se apegar a qualquer gesto ou expressão do analista, e, mesmo que não haja nenhuma, o imaginário da transferência se encarrega de criá-la, carregando consigo o julgamento que o paciente acredita estar sofrendo. O objetivo do uso do divã seria única e exclusivamente privilegiar a fala, a linguagem, em detrimento do visual, facilitando ao analisando o cumprimento da regra fundamental, a associação livre. Pensando nas peculiaridades de cada paciente, Quinet (ibid.) cita os casos em que o divã torna-se o artifício dos envergonhados, que não suportam observar os efeitos de seu relato na expressão do analista. Estes, muitas vezes, insistem para deitar desde o início do tratamento, fugindo da possibilidade de enfrentar uma possível crítica por parte do analista. Imaginam que, após seu relato, uma conseqüência natural do processo seria o analista julgar moralmente aquilo que lhe foi exposto. Na verdade, temem não a existência deste julgamento ou desta crítica, e sim a possibilidade de vê-la estampada na feição do analista. Podemos pensar tanto a censura quanto, em alguns casos, a aprovação de seus atos e/ou pensamentos, como sendo da ordem do insuportável para o paciente. A vergonha é um indício da transferência, como coloca Quinet (ibid.). Não pretende, com esta indagação, apontar contra-indicações ao uso do divã com tais pacientes. Ao contrário do que se pensa, utilizar este instrumento pode auxiliá-lo a vencer a timidez e então trabalhar dentro da regra fundamental; associar livremente,

abandonar as representações conscientes dando lugar às inconscientes. Tudo depende de uma segunda questão; o momento no qual a análise deve se encontrar para que seja sugerida ao paciente a possibilidade de deitar. Isto porque, muitos pacientes - diferentemente dos "envergonhados" descritos acima - resistem à idéia de deitar, não se sentem confortáveis em fazê-lo. É por isso que a passagem da poltrona para o divã não depende só de uma indicação do analista, é uma decisão tomada em conjunto com o analisando, a respeito do momento certo de fazê-lo. Alguns pedem para deitar muito precocemente, outros precisam de um empurrão maior, de uma sugestão. Sendo assim, o analista deve ter cautela em como e quando introduzir a questão, atento a possibilidade do acirramento da resistência e de um futuro abandono do tratamento pelo paciente. Moscovitz e Grancher (op.cit.) afirmam que não é necessário apressar que se deite, ainda que o uso do divã seja indispensável, por fazer com que o ator principal seja o analisando e não o analista, além de afastar o excesso de sociabilidade e educação.

Freud faz poucas referências às funções do divã em análise, a mais incisiva delas encontra-se em 1913, texto no qual aponta que este seria herança do método hipnótico. Teria duas funções; a primeira seria preservar o próprio médico de ter que encarar pacientes o dia todo. A outra seria afastar a influência de qualquer expressão do médico no processo associativo do paciente, de algo que lhe possa ser objeto de interpretação. É o instrumento que separa a transferência das associações do paciente, permitindo que a primeira apareça, a seu tempo, definida como resistência. Termina dizendo que muitos pacientes não gostam de fazer uso do divã. Em nenhum dos textos de Freud aqui examinados foram encontradas alusões à indispensabilidade do uso do mesmo, e nem mesmo podemos derivar tal conclusão do escasso número de vezes em que traz o assunto à tona.

O próximo elemento a ser examinado está inserido no debate acerca das funções do dinheiro na análise. Poderíamos começar pela mais óbvia, que seria a de propiciar o sustento e sobrevivência do analista que vive de seu trabalho. Quinet (op.cit.) destaca quatro funções primordiais para o capital em análise, quais sejam, poder, demanda, gozo e desejo. O poder está presente na relação entre analista e analisando estabelecida pela presença do dinheiro. Já a demanda seria um pedido que adquire valor amoroso, ou seja, aquele que dá está correspondendo a uma demanda de amor daquele que lhe pede; é um sinal de amor. Considerando então o amor de transferência, a existência do pagamento é fundamental para demarcar que ali não há espaço para a reciprocidade do amar e ser amado. No domínio da transferência, a demanda é um pedido que adquire valor amoroso, e o dinheiro acaba com a sensação do paciente de que é correspondido em seu amor. O pagamento marca que o analista não está ali nem por caridade, nem porque sente prazer em escutar as mais diversas histórias que seus pacientes têm para lhe contar. Moscovitz e Grancher (op.cit.) pontuam que se os analistas trabalhassem porque estão interessados no psiquismo de seus pacientes, ambos iriam à loucura. Além do mais, dizem os autores, o ato do pagamento é parte do trabalho produzido pelo paciente, que passa para o bolso do analista, este pago por uma tarefa que é escutar. De volta à análise de Quinet (op.cit.) - agora direcionada para o ponto de vista do analisando - paga-se para que o desejo do outro não possa emergir, neste caso, o desejo do analista. Seria como qualquer outra relação na qual há um serviço prestado, o dinheiro serve para marcar o distanciamento entre ambas as partes, e até para ressaltar que aquele é um serviço profissional, um serviço prestado por alguém cuja competência está sendo reconhecida através do pagamento. Na verdade, o pagamento em uma troca de serviços marca a garantia de que o amor não fará parte de tal relação. Seria uma espécie de condição para que aquele que recebe o pagamento possa realizar o serviço a que se propôs, sem manifestar-se na posição de sujeito desejante. Já a função do dinheiro como desejo tem a marca da falta; o

capital entra como substituto do objeto que a representa, a castração. Esta falta pode ser entendida a partir da noção do desejo como sendo sempre desejo de outra coisa, seja na vida psíquica ou nos aspectos materiais da vida real. O desejo rapidamente desloca-se de um objeto para outro, na medida em o sujeito supõe que o outro guarda as respostas, detém o objeto que lhe escapa

Freud, ainda em 1913, marca como ponto primordial a ser discutido no início do tratamento, a questão dos honorários do médico. O analista deve ser franco quando tratar de dinheiro - da mesma forma que o é com as demais questões - não devendo ter vergonha em determinar o preço que avalia seu tempo. Para ele, o dinheiro é sem dúvida "meio de autopreservação e obtenção de poder": acrescenta ainda que "poderosos fatores sexuais acham-se envolvidos no valor que lhe é atribuído" (ibid, p.146). Em termos do gozo do sintoma, o próprio Freud estabelece uma relação entre o preço da análise e o quanto custa para a pessoa manter-se doente, o alto valor do sintoma. Sendo assim, o pagar seria a representação simbólica deste desapego ao sintoma. A dificuldade em pagar seria, então, comparável à dificuldade em se livrar do sintoma, abandonar os benefícios primário e secundário da doença, ou seja, a economia de esforço psíquico e a satisfação pulsional que o sintoma proporciona. Apesar de pouco se referir ao tema do pagamento, Freud chega até mesmo a argumentar contra tratamentos gratuitos, apontando as conseqüências que os mesmos implicariam para o rendimento mensal do analista. Contudo, ainda no mesmo texto, admite que reserva um dia na semana para atender os que não tem condições de pagar.

Por fim, temos as implicações clínicas do tempo em análise. A questão do tempo em psicanálise é extremamente abrangente e até controversa, girando em torno de dois aspectos fundamentais: o da duração das sessões - englobando freqüência e periodicidade - e o da duração da análise propriamente dita, o final de análise. Desta vez o debate se inicia por

Freud, já que Quinet dedica-se somente ao prisma da duração. Comecemos por 1913, quando Freud trata do tempo em termos de início do tratamento; os desdobramentos deste quando o analista busca definir as sessões em termos de agrupamento, espaçamento e duração. Primeiramente, Freud (1913) afirma fixá-las em sessenta minutos, seis vezes por semana, exceto domingos e feriados. Acredita ser preciso ter hora certa para os encontros acontecerem; ainda que o paciente falte, esta hora lhe pertence e ele é por ela responsável. Em casos mais brandos, três dias por semana seriam suficientes. Na verdade, ressaltava muito mais a importância de um contato diário, do que a duração específica dos encontros. Havia a idéia de que o inconsciente se apagaria sem essa "estimulação" diária. Aponta, no caso de sessões espaçadas, "o risco de não se poder manter o passo com a vida real do paciente e de o tratamento perder contato com o presente e ser forçado a utilizar atalhos" (ibid., p.143). Moscovitz e Grancher (op.cit.) mostram-se de acordo com a passagem de Freud acima, ao afirmarem que duas horas em um dia não são iguais a uma hora em dias separados. O discurso analítico, afirmam eles, necessita de um espaço para que se produza a repetição no tempo do encontro com o inconsciente Ressaltam a importância e necessidade de se estabelecer dias e horários fixos, mesmo que a regra fundamental não tenha hora para acontecer. São muito rígidos no que diz respeito a mudanças no dia e horário das sessões. De acordo com eles, a justificativa do paciente para eventuais mudanças ou possíveis ausências é dificilmente válida. Mesmo que o empecilho seja real, é bastante improvável que a existência deste seja o verdadeiro motivo de sua ausência. A natureza da mesma estaria necessariamente relacionada ao sintoma, ou à inibição de alguma espécie para com o analista.

Podemos refletir sobre a inviabilidade do trabalho clínico, tanto para o analista quanto para o analisando, sem um mínimo de objetividade na marcação de horário e na duração das sessões. A vida em sociedade e os compromissos da rotina diária nos impõem certa organização do nosso tempo. Ter controle de horários e compromissos é extremamente

necessário para a organização das pessoas, e a análise não irá escapar dessa dimensão temporal. Porém, apesar de termos que marcar o tempo objetivamente, há uma certa flexibilidade nos eventos que se passam dentro de uma sessão, o analista tem liberdade para estender ou abreviar a duração desta de acordo com seu julgamento. Para Quinet "o tempo em psicanálise deve corresponder à estrutura do campo freudiano" (op.cit., p.49), esta, por sua vez, equivalente à estrutura da linguagem. Não aprofunda sua linha de pensamento acerca da freqüência dos atendimentos, concentrando-se no que ele chama de denúncia de Lacan a esta obsessão das instituições com o tempo cronológico, feita através da introdução da prática de sessões com tempo reduzido, conhecida no Brasil como uso do "tempo lógico" [15]. Seguindo a linha de pensamento lacaniana, diz o autor, tal prática seria de sessões sem tempo determinado, onde o corte da sessão é realizado de acordo com o momento que o analista acha que a mesma deve ser interrompida. Obedece-se assim à lógica do inconsciente e à ética da psicanálise, e não à burocracia do tempo cronológico. A função do corte da sessão, diz o autor, seria apontar sempre para a falta, falta esta que faz o analisando agir e é fundamental para a continuidade e movimentação da análise. É o desejo como "sendo sempre desejo de outra coisa" (ibid., p.69), que impulsiona a cadeia de significantes, permitindo a constante resignificação das experiências a partir dos cortes e pontuações do analista. A última expressão ou frase emitida antes do corte permanece insistindo fora da sessão, o analisando associa o tempo todo. O deslizamento de significantes funcionaria também fora do momento de análise. O encurtamento da sessão, tal como Lacan teorizou, completa o autor, visa exclusivamente colocar o sujeito contra a parede, para que este se depare com o momento de concluir, para que ele se declare, tornando cada sessão um final de análise em si mesma. Desta forma, Quinet afirma que "com o conceito de final de análise proposto por Lacan, a duração da sessão é uma função da análise na medida em que ela é terminável" (ibid., p.50). Imediatamente

[15] O termo foi cunhado por Lacan no texto de 1945. O tempo lógico e a asserção de uma certeza antecipada, in *Escritos*, São Paulo: Jorge Zahar editor, 1988.

evoca Freud, e o texto de 1913 comentado acima, apontando que apesar do mesmo tratar de regras que convinham a Freud, a IPA viria a padronizá-las, através de convenientes correções - nunca justificadas - nas normas para a freqüência e duração das sessões, que passaram a ser de, no mínimo, três vezes semanais, por cinqüenta minutos cada, respectivamente. A partir de seu ponto de vista, o ensino de Lacan viria a, em 1953, apaziguar esta "obsessionalização" (ibid., p.51) orientando os analistas a seguirem a palavra do analisante, o que na época não era óbvio dentro de uma técnica dominada pela análise das resistências. Exalta o que chama de "primeira novidade trazida por Lacan" (idem), a idéia de que a linguagem estrutura o inconsciente. Torna-se necessário, neste momento, marcar que esta seria uma idéia fabulosa, não fosse o mau uso do tempo lógico por muitos analistas em sua prática cotidiana de consultório. Cabe aqui observar que, empregado de forma sistemática, o tempo lógico torna-se tão ortodoxo quanto as determinações que um dia a IPA estabeleceu para a prática analítica. Sessões interrompidas antecipadamente são parte de um procedimento padrão, de uso corrente, diga-se de passagem. O tempo antes flutuante tornou-se, então, tão determinado quanto o de cinqüenta minutos.

Conclui-se com o aspecto da duração da análise, no qual estão inseridas questões igualmente polêmicas como o final de análise e a idéia de cura. Novamente nos vemos diante de uma questão a qual Freud dedicou-se bastante, elaborando-a em diferentes momentos de sua obra, conforme se observa em seguida. Veremos também, logo após, a mesma questão tal qual analisada por Quinet (op.cit), entretanto, de maneira bastante diversa. Em busca de definir o método psicanalítico e diferenciá-lo da hipnose e da catarse, Freud (1904[1903]) estabelece que um tratamento eficaz deve durar de seis meses a três anos. Um ano mais tarde (1905[1904]), complementa que deveríamos insistir na psicanalise, mesmo que os métodos que ele denomina breves e fáceis mostrem-se tentadores, ou então, ainda que a demora nos

resultados, a demanda por total sinceridade, e os transtornos causados pela menção da resistência exijam muito do doente. Mais tarde (1913), alguns anos de experiência lhe dão abertura para afirmar que perguntas quanto à duração do tratamento são freqüentes e quase irrespondíveis. Apesar disso, sustenta que a psicanálise é questão de longos períodos, anos até, ainda que o ideal fosse ser breve como querem os pacientes, ao afirmarem que estão ali para tratar os sintomas "x" e "y", e nada mais. Porém, isto é inviável na medida em que a análise segue curso próprio; o analista pode, no máximo, afastar alguns obstáculos, por deter certo comando. Permite que cada um interrompa o tratamento quando quiser, apesar de dar a entender que isto não seja freqüente, já que, como ele mesmo afirma, se um dia foi difícil convencer os pacientes a continuarem, agora, o difícil é fazê-los parar. Mais de vinte anos depois, Freud (1937a), preocupado em encurtar o longo tempo de análise, relata um caso clínico no qual procurou alternativas para realizá-lo, determinando prazos para seu fim. Após um ano de tratamento, revelou a determinado paciente que só lhe restava mais um ano de análise. Por mais estranho que tal atitude nos pareça, frente ao que se conhece da psicanálise, Freud afirma que deu certo, mudanças passaram a ocorrer. Porém, afirma ter reescrito o caso dez anos depois de sua ocorrência, reconhecendo-se errado. Por diversas vezes a doença acometeu novamente tal paciente, e Freud considera que o fato está relacionado não só à doença original, como também a partes residuais da transferência, e a algum material da infância que não veio à tona na época. Conclui que o caminho não é encurtar a análise; só é útil fixar o tempo quando se acerta o tempo correto para o processo, cabe ao tato do analista decidi-lo. Decisão cuidadosa esta, já que, uma vez fixado o tempo, é impossível voltar atrás sem perder a fé do paciente.

Passemos para a questão da cura, aqui incluída para que se estabeleça relação com o ponto de vista de Quinet (op.cit.), que finaliza esta seção. Até seus últimos textos, Freud não só mudava constantemente a definição do que seria a cura em psicanálise, como também

alternava estados de grande otimismo e mais completo pessimismo acerca dos verdadeiros alcances terapêuticos e curativos da terapia. Ainda que reformulasse estes e outros preceitos permaneceu, de certa forma, fiel ao seu pensamento de que a psicanálise jamais pretendeu oferecer uma teoria completa da atividade mental humana (Cf. 1914b). São diversos os componentes embutidos na idéia de eficácia, talvez um termo mais apropriado aos propósitos freudianos que o de cura, já que a psicanálise não trabalha segundo a visão de que tem que livrar o paciente de uma doença. Desde cedo, Freud (1904[1903]) sinaliza que a psicanálise possuía restrições e contra-indicações, sendo mais indicada para "casos crônicos de psiconeuroses com poucos sintomas violentos ou perigosos" (ibid., p.240), estas sendo as neuroses obsessivas e histerias na qual a fobia tem papel principal, ou então expressões somáticas desta. Além desta ressalvas, afirma que a terapia seria mais indicada para pessoas com "certo grau de inteligência natural e desenvolvimento ético" (idem), ou então, doentes fora de períodos de "confusão ou depressão melancólica" (idem), apresentando estados psíquicos ditos normais. Outros obstáculos naquela época ainda considerados por Freud como resistências insuperáveis eram os casos de "malformações de caráter" (idem), além de pacientes em idade próxima dos cinqüenta anos. No ano seguinte (Freud, 1905), acrescenta que a ânsia de cura do paciente e crença deste nas artes médicas e na própria figura do médico, também estão embutidos na idéia de eficácia. Em outro texto do mesmo ano (1905[1904]), acrescenta as psicoses e as depressões tóxicas ou profundamente arraigadas à lista de estados dificilmente tratados pela psicanálise. A noção de cura, uma vez relacionada à idéia de que, acabada a análise, o paciente podia seguir por si próprio por toda a vida[16], é modificada por Freud, ainda no mesmo grupo de conferências. Mantém o mesmo princípio, porém, amplia-o na idéia de que se organizava o ego na análise, visando fortalecê-lo se apropriando de partes do ID (ibid., conferência 31).

[16] Freud, 1916-17[1915-17], conferência 27.

Além de pequenas observações isoladas como as acima, é somente no fim de sua vida que Freud trata realmente dos desdobramentos do fim de análise. É fácil, afirma Freud (1937a), descrever no que consiste o final de uma análise. Este pode ser decretado se o paciente não mais sofrer de seus sintomas e angústias, e também pelo fato do analista não mais considerar a possibilidade de haver alguma recaída, já que todas as resistências foram trabalhadas. Outro significado muito mais ambicioso para o "término", seria pensá-lo como próximo a um nível quase utópico de normalidade psíquica, no qual o paciente, em final de análise, já teria esgotado toda sua capacidade de mudança, o analista exerceu toda a influência possível neste paciente, não havendo mais material para continuar. Continua a afirmar, como em 1913, que se trata de um processo custoso e lento, mostrando-se, todavia, particularmente pessimista com relação à eficácia da psicanálise como terapia, além de demonstrar descrença de que a mesma possa evitar novas doenças, ou até mesmo impedir que as antigas retornem. Ressalta que não podemos nos designar o objetivo de "dissipar todas as peculiaridades do caráter humano em benefício de uma normalidade esquemática" (1937a, p.265-6), nem exigir do analisando que este não sinta mais paixões ou desenvolva conflitos internos. Na verdade, fácil é fornecer a definição de cura, difícil é o que fazer com o que se interpõe a ela. Grande parte deste pessimismo, naquele momento, seria conseqüência da descoberta da pulsão de morte, já pensada como causa suprema de conflito na mente, associada também à resistência. A multiplicidade dos fenômenos da vida pode ser explicada pela ação mutuamente oposta das pulsões de vida e de morte, escreve Freud (ibid.), admitindo que estas forças são superiores aos esforços terapêuticos. É por conta delas que o tratamento assume diferentes rumos; não só a atividade libidinal, como também as características distintivas do ego variam nos diferentes tipos de pessoas. Outra interferência seria a força constitucional da pulsão, que, para contribuir com o processo terapêutico, precisa ter suas exigências colocadas em harmonia com o ego, num contexto no qual este pode exercer influência sobre a pulsão, que já não

segue desenfreada, rumo à satisfação. Afirma que os analistas, tomados pela preocupação com a cura, esquecem-se do fator quantitativo dos processos psíquicos, responsáveis pelo fracasso de defesa do ego e também por possíveis recaídas. Já questiona suas próprias proposições, ao refletir sobre a real possibilidade de um fim de análise, assim como a de proteger o paciente de futuros conflitos, desacreditando a cura estável. Embora volte atrás mais uma vez um ano depois (1940[1938]a), afirmando que as alterações egóicas mantém-se firmes ao longo da vida, talvez a melhor tradução de seu pensamento acerca do fim de análise esteja mesmo em 1937. Procura equacionar os extremos de positividade e negatividade de seu pensamento, afirmando que a análise não é um assunto sem fim, porém, o analista não pode exigir que "a pessoa que foi *completamente analisada* (grifo do autor) não sinta paixões nem desenvolva conflitos internos" (1937a, p.267). A missão da análise, diz Freud, seria "garantir as melhores condições psicológicas possíveis para as funções do ego; com isso, ela se desincumbiu de sua tarefa" (idem).

Podemos concluir que o analista deve poder trabalhar com o paciente a possibilidade de novos conflitos, e, mais ainda, abrir a porta para que este compreenda que o conflito sempre existirá, a tensão entre vida e morte não é erradicável. Dentro da dinâmica do espaço analítico, os próprios analistas têm que aprender a sustentar este conflito. Conflito de não ter todas as respostas, e também de não ser possível (e nem desejável) ter como objetivo esta noção de cura que mais se aproxima de modelagem e normalização do sujeito.

Quinet (op.cit) afirma seguir Lacan quando encara a totalidade das análises como didáticas, ou seja, todas as análises produzem um novo analista. Esse é o ato psicanalítico por excelência, onde o sujeito pode então destituir-se da posição de analisante para instituir-se como analista. Freud limitava-se a encarar todas as análises como terapêuticas - como o próprio Quinet ressalta - seja quando realizada com aqueles que querem curar-se de algo, ou com os candidatos à analista. Neste momento, o analisante pode dar-se conta de que nenhum significante irá dizer o que é o sujeito, ou seja, o que ele mesmo é. De certa forma, segue a linha de pensamento de Freud, ao afirmar, como visto acima, que é ilusória a idéia de que o

fim de análise corresponde ao fim dos conflitos e ao cessar das paixões. Utiliza-se, porém, de terminologia própria ao fazê-lo, definindo que neste momento da análise "o sujeito se experimenta como faltante" (ibid., p.97), termo este, segundo o autor, correlato ao encontro com o "rochedo da castração" descrito por Freud. Os significantes identificatórios do sujeito precisam ser abalados durante o processo de análise, de forma a perderem sua função de definir o analisando, embora o mesmo esteja a eles assujeitado. É a travessia da fantasia, o liberar-se das amarras que lhe davam certeza sobre o que fazer, como ser. Sendo assim, não há cura, já que, decifrar o inconsciente e saber tudo sobre o recalque primário é um processo interminável. Ainda que alguns aspectos de sua linha de pensamento não nos pareçam completamente divergentes da seguida por Freud, pensar em todos os analisantes como tornando-se analistas ao final do processo, é ir mais além do que o próprio Freud jamais foi. Além até mesmo dos interesses teóricos das argumentações de nosso estudo, o que nos permite não atribuir tamanha relevância ao "dispositivo do passe", tal qual o fez o autor. Expõe detalhadamente o funcionamento do mesmo - criado por Lacan para atrelar instituição e formação de analistas – tornando-o centro de sua respectiva seção sobre o fim de análise. Temos, novamente, uma questão abrangente tomada em apenas um de seus aspectos particulares, que, por sua vez, é analisado do ponto de vista da leitura de uma escola analítica específica, a lacaniana. O autor afirma que este dispositivo foi criado com a intenção de articular o ideal lacaniano de que o analista se autoriza por si mesmo, com a formação institucional do próprio, de forma a autenticar esta formação. Porém, como o foco de nosso estudo é pensar a psicanálise inserida nas minúcias da relação analista-paciente e o que se mostra essencial a esta, examinar tal dispositivo específico não nos parece questão central.

2.3.2 - A experiência analítica originária

A segunda vertente a ser apresentada concebe a clínica como apoiada, não em elementos concretos, mas em alguns princípios/práticas fundamentais ao processo analítico. Para isso contamos com ricas contribuições de Joel Birman estabelecendo que, em última instância, o que caracterizaria este processo seria o estabelecimento da transferência, a manutenção da regra fundamental, o uso da interpretação e a presença da resistência. Por conta da peculiar circularidade teórico-prática da psicanálise, pode se tornar confuso detectar quem deu origem a quê. Esta indeterminação, embora seja uma particularidade metodológica da psicanálise, foi de certa forma apaziguada pelo conceito de "experiência psicanalítica originária" (p.17), cujo primeiro aparecimento se deu em sua obra *Freud e a experiência psicanalítica*, de 1989. Birman reúne o que acredita serem todos os elementos-chave do processo psicanalítico neste conceito, tal qual compõem a clínica inaugurada por Freud, distribuídos de forma dispersa ao longo de toda sua obra[17]. A experiência psicanalítica originária representa o que a experiência psicanalítica tem de mais fundamental, inovador e peculiar, identificando-se com esta e com a própria clínica. Esta experiência faz com que os demais elementos presentes na clínica não possam, efetivamente, ser classificados como primários ou secundários. Isto porque, a partir do que se faz fundamental, tudo mais é de igual importância para a clínica. Referindo-se permanentemente à originalidade do pensamento freudiano, Birman (ibid.) afirma que este conceito certamente reúne tudo aquilo que constitui a marca da ruptura teórica inaugurada pelo empreendimento freudiano, o que o distingue dos demais. Aponta que tal experiência permaneceu como o invariante, dentre todas as transformações pelas quais passou o dispositivo criado por Freud, possuindo, portanto, lugar fundante da ética psicanalítica. Não há possibilidade de associá-la a uma imposição de regras

---

[17] Não há uma definição específica e fixa dos elementos que compõem a experiência psicanalítica originária. Foram reunidas, a partir de referências ao longo da obra, as que se mostraram mais fundamentais. A partir destas, foram incluídas as demais referências aos mesmos elementos, contidas em outras obras do autor.

absolutas ao processo analítico. O próprio autor demarca seu espaço ao afirmar que "o processo analítico não é um lugar minuciosamente controlado por normas rígidas, mas um *espaço aberto de estratégias*, que admite uma infinidade de lances num campo sustentado por coordenadas básicas" (1984, p.41).

O primeiro elemento de destaque é a transferência, a marca maior deste encontro de subjetividades que se dá na clínica, atravessando todos os três demais componentes da experiência psicanalítica originária. Birman estabelece que a transferência regula a experiência psicanalítica, esta pensada como experiência de libertação pela fala, pela palavra (1989, p.68-9), acrescentando, num segundo momento, que a transferência seria o "a priori" do processo (ibid., p.109). Em outro artigo contemporâneo a este, Birman afirma que "a psicanálise é uma clínica que funciona apenas sob o impacto da transferência" e "é bascada no diapasão desta experiência que a psicanálise realiza a leitura das estruturas psicopatológicas" (1988, p.238). Desta forma, a transferência não só ordena as linhas de força que perpassam o espaço analítico, definindo critérios de analisabilidade, como também estabelece as fronteiras do campo psicanalítico. Revela que o que permite a constituição do campo da transferência é a permanência do objeto de investimento pulsional no registro psíquico, ainda que este objeto tenha sido perdido do registro da satisfação pulsional. É a contraposição de uma presença e outra ausência que permitem esta substituição de figuras, imagens, e objetos no aparelho psíquico, dentro da dinâmica de uma busca interminável pelo sujeito da plenitude perdida. Birman (1989) marca que há três momentos distintos em Freud, no que diz respeito à sua análise da transferência, que acompanham as mudanças no processo psicanalítico e na teoria que o enuncia; nos *Estudos sobre a histeria* de 1895, no caso Dora de 1905 e em *Recordar, repetir e elaborar* de 1914.

Dentre todos os conceitos mencionados neste estudo, pertencentes às duas vertentes em destaque, a transferência é o mais bem descrito por Freud, retomado em diversos textos ao

longo de sua obra. Chega a afirmar que "a transferência tem importância central no tratamento" [18], convicção não encontrada em afirmações com relação a nenhum outro elemento da psicanálise, dentre os aqui destacados. Afirma que a mesma é uma peculiaridade na relação do paciente com o médico, já que a compreensão interna do paciente não é nem suficientemente forte nem livre para lutar contra as resistências, o que é feito pela transferência. É a partir dela que o paciente dá ouvidos aos argumentos do médico. Porém, inicialmente, Freud (1895) pensava a transferência como sendo uma falsa conexão; um desejo erótico surge no consciente do paciente, e, sem lembranças das circunstâncias passadas a ele associadas, é deslocado por engano para a pessoa do médico. Birman (1984) ressalta que, nesta época, a transferência ainda é um conceito periférico da prática psicanalítica, pensada muito mais como obstáculo à cura catártica. Foi a partir do fracasso terapêutico com Dora[19] que esta concepção torna-se impossível, ainda que, como nos mostra o autor, Freud tenha optado por não lidar com este material naquele momento.

Em 1905, ainda inebriado pelos poderes da hipnose porém já citando as ilusões que este método cria, Freud prega que os médicos devem distanciar-se de sentimentos de ternura para com o paciente, já que o que ele chama de "tratamento anímico deliberadamente intensificado" (1905, p.280) seria tão ineficaz quanto tudo que viera antes. Por outro lado, quando Freud apresentava o argumento sobre a grande utilidade, desde a medicina antiga, da indução nos doentes daquilo que chamava de "expectativa crédula" (1905[1904], p.245), já falava, de certa forma, do conceito de transferência. Neste texto, diga-se de passagem, seu discurso apresenta uma tonalidade bastante diferente do citado acima, Freud já passa a chamar o novo método de psicoterapia. Enfatiza que esta disposição psíquica do doente é de muita utilidade para o médico, na medida em que se apresenta como a influência deste sobre o primeiro, ao mesmo tempo em que é também um poder do doente, devendo ser dominada para

[18] Freud, 1916-17[1915-17], Conferência XXVII, p.446.
[19] Freud, 1905[1901], *Fragmento da análise de um caso histeria*, ESB, vol. VII.

uso no tratamento. Birman (1984) marca que, apesar da transferência ainda ser pensada como substituta de uma representação que não passa ao discurso, a diferença deste conceito em 1895 e 1905, estaria no lugar estratégico que a mesma assumiu. Freud a define, em 1910, como o fenômeno no qual "o doente consagra ao médico uma série de sentimentos afetuosos, mesclados muitas vezes de hostilidade, não justificados em relações reais e que, pelas suas particularidades, devem provir de antigas fantasias tornadas inconscientes" (1910[1909], p.61). Aponta que a transferência está presente em todas as relações humanas, não tendo sido criada pela psicanálise, nem sendo exclusiva do processo psicanalítico. A psicanálise se apossa dela, visando encaminhá-la ao termo desejado. Engrandece ainda mais a importância da transferência, ao ressaltar que esta não é somente um fenômeno decisivo para o convencimento do doente, mas também o é para o médico, na medida em que é responsável pelos mesmos se tornarem adeptos, tanto pela observação do fenômeno como também pela experiência própria em sua auto-análise. No mesmo ano (1910a), elabora o conceito da contratransferência, que seria o resultado da influência do paciente sobre os sentimentos inconscientes do médico, parte importante do complexo fenômeno da transferência. De certa forma, regula os limites de intervenção do médico, na medida em que "nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas" (ibid. p.150). Torna-se pertinente incluir a contribuição de Birman (1991a), ao lembrar que o papel do analista não está restrito à contratransferência. Ele e sua estrutura mental estão inseridos na própria transferência, esta sendo um conceito operacional que não se instaura sem a implicação da figura do analista.

Freud (1912a) finalmente dedica um artigo inteiro à transferência, no qual elabora verdadeiramente o conceito, remetendo sua argumentação aos primórdios do desenvolvimento psíquico e da participação da libido na formação da atitude de uma pessoa. Afirma que o médico é incluído numa série psíquica já formada pelo paciente, na qual, sempre que suas

necessidades não são satisfeitas pela realidade, ele tende a se aproximar de alguém novo com idéias antecipadas, provenientes tanto do consciente quanto do inconsciente. Ainda não compreende porque ela é uma poderosa resistência ao trabalho analítico. Ela é tão poderosa, afirma Freud, que mesmo na falta de associações é ela quem segura a continuidade da análise. Podemos entender melhor este argumento quando, um ano mais tarde, Freud (1913) o elabora ao afirmar que tudo faz parte da relação transferencial; do "nada" que o paciente afirma ter em mente até o ato de examinar. Birman (1984) marca que Freud, na época que coincide com a elaboração de *A dinâmica de transferência*, desarticula de vez a transferência do espaço analítico, colocando-a como expressão da estrutura libidinal do sujeito. Ainda em 1912, Freud a coloca como o domínio no qual ocorre esta batalha entre o intelecto e a vida pulsional, onde, aos impulsos atemporais sentidos como contemporâneos, são atribuidos nexo e lugar na história do sujeito. Quando algo do complexo é transferido para o médico, este movimento produz a associação seguinte e se anuncia por sinais de resistências. A idéia transferencial passa a frente de outras associações porque satisfaz a resistência, portanto, o material que apareceu primeiramente para ser transferido não o fez por acaso, ele é exatamente o que seria mais passível de transferência, este não menos importante que aquele que foi objeto de resistência transferencial. Ao longo do tratamento, cada vez mais a deformação faz uso do momento da transferência para ocorrer, o que torna este o âmbito para serem combatidos os conflitos. Aponta que, uma vez que esta resistência for vencida, o resto do material do complexo é relativamente fácil de ser superado. É preciso ter em mente as dificuldades envolvidas em se fazer uma confissão, afirma Freud, o que torna desejável uma relação de dependência afetuosa como a que ocorre na transferência, além de bastante compreensíveis os motivos pelos quais a resistência se faz presente. É então que magistralmente nomeia o paradoxo no qual; "a intensidade e a persistência da transferência constituem efeito e expressão da

resistência" (1912a, p.116). Ou seja, o que possibilita o tratamento, é, ao mesmo tempo, uma de suas grandes resistências.

Aproveitando esta referência à resistência, pode-se distinguir transferência positiva e negativa. A primeira apresenta-se como sendo de dois tipos; de sentimentos afetuosos admissíveis à consciência, ou de prolongamentos destes sentimentos no inconsciente, estes de origem/fontes eróticas. A negativa seria a de sentimentos hostis, que serve à resistência. Não se dedica a detalhá-la, afirmando, contudo, que, na dominância desta, elimina-se qualquer possibilidade de cura. O manejo da transferência é o que evita que o sintoma seja repetido, ao mesmo tempo em que o transforma numa nova doença que chama de "artificial" - a neurose de transferência - a partir da qual o mesmo pode ser trabalhado (1914a). Em outro texto que se segue a este (1915[1914]), referindo-se ao "amor transferencial", afirma que, ainda que sirva-se dele para trabalhar, é preciso que o médico esclareça que não se interessa pelos encantos pessoais do paciente, senão perde a sua autoridade deixando que este o rebaixe a amante. Esta é outra manifestação da transferência como resistência, na medida em que o amor contamina as sessões Freud reconhece ser extremamente difícil controlar os fenômenos da transferência; ao mesmo que tempo em que trabalha com os anseios da paciente usando-os como forças que a incitem a trabalhar e a mudar, deve procurar substitutos para apaziguar estas forças, satisfazendo-as parcialmente. Tratar este amor sempre como irreal, como uma situação que se deve atravessar para ajudar a trazer tudo que está oculto, caso contrário, o paciente obtém o que quer e o médico não. Finaliza afirmando que a importância de lembrar que este amor não é genuíno, visto que é pura repetição do material infantil ou de relações anteriores, faltando-lhe certos dados de realidade. É um amor especial; provocado pela análise e intensificado pela resistência.

Alguns anos mais tarde, acrescenta que o amor é motivação para seguir em frente; seja na análise, seja em eventos da vida[20]. Certamente o analista se depara com momentos nos quais há falta de associações do paciente, um certo desinteresse deste pelo trabalho. Neles pesa a resistência, somada à não correspondência do médico pelos intensos sentimentos que a ele foram transferidos. O analista deve mostrar a origem de tais sentimentos e como eles são repetições de eventos passados; repetição esta que vira lembrança. Vale incluir a complementar observação de Pellegrino (1991), de que Freud, após 1920, postula o fenômeno transferencial como tendo raízes numa tendência mais original que a do prazer, e não mais considera que o conflito recalcado perdure devido ao seu estado de incompletude. Marca a mudança frente a 1912, quando a transferência ainda era concebida como pura repetição de padrões afetivos, nos quais se buscava recuperar uma satisfação perdida ou não vivida nas experiências infantis. Escolhe-se finalizar esta sessão com uma última observação incisiva de Freud (1923[1922]) acerca da transferência, quando comenta que esta é a prova de que o sexual ronda a vida humana, visto que uma relação desta natureza se estabelece entre médico e paciente.

Não menos importante que a transferência é, certamente, a chamada regra fundamental, a associação livre. Birman (1989) ressalta o papel da associação livre, do registro da fala como experiência de libertação, condição de possibilidade do saber e da ética psicanalíticas. A utilização da associação livre como regra fundamental da clínica, conforme nos mostra Freud (1904[1903]), é a orientação do analista para que o paciente fale tudo que lhe vier à cabeça, sem censuras de espécie alguma. Freud (1910[1909]) descreve o modo como decidiu trabalhar a partir dela, após abandonar a hipnose por considerá-la enfadonha e, como o próprio refere-se, um tanto mística Além disso, toma esta decisão pelo fato de alguns

[20] Freud, 1916-17[1915-17].

pacientes não serem facilmente hipnotizados. Neste momento, sua preocupação era buscar um procedimento substituto, que fizesse os pacientes "contar o que nem mesmo eles sabiam" (ibid., p.38). Podemos localizar o "embrião" da associação livre no momento em que Freud afirma que, durante o tratamento, quando os pacientes dizem não saber mais de nada, não ter mais nada a dizer, ele os incita a falar mais. Aposta que, uma vez exposto um número suficiente de associações, pode-se chegar ao complexo reprimido. Ainda que se utilize do termo somente no texto acima, anos antes já tratava as associações dos pacientes como substitutas para a capacidade da hipnose de "ampliação da consciência", que dava acesso ao "material psíquico de lembranças e representações com a ajuda do qual se podia realizar a transformação dos sintomas e a liberação dos afetos" (1904[1903], p.237). Anos mais tarde, estabelece a correspondência entre a atenção flutuante do médico como equivalente à associação livre do paciente, já que, a primeira faz com que o médico não priorize nenhum detalhe específico do relato, em detrimento de outras informações igualmente relevantes[21]. Do mesmo modo que o paciente expõe tudo que lhe vem à mente, sem preocupar-se com censura, ordenação ou seqüência lógica dos eventos, o médico deve guardar em sua memória itens que podem só fazer sentido mais tarde, na associação de algo novo a esse material antigo. De que forma o uso deste novo recurso marcou a psicanálise, fazendo-a se diferenciar definitivamente do método catártico? Freud (1914a) aponta que, se antes tratava-se de recordar e ab-reagir, agora a psicanálise se ocupa de descobrir o que o paciente deixa de recordar, utilizando, para isso, as associações livres. Fazendo uma retrospectiva do nascimento da psicanálise, já em 1923, Freud afirma que as mudanças foram tantas, que a técnica ganhou um novo nome, ainda que carregasse as heranças das descobertas de Breuer, de que os sintomas são substitutos de outros atos mentais. Modificou grandemente o quadro do tratamento, situou o médico em uma nova relação com o paciente e produziu resultados surpreendentes.

---

[21] Freud. 1912a.

O terceiro elemento a ser destacado seria a interpretação, a qual Birman (1989, p.15-6) aponta como instrumento fundamental do fazer psicanalítico, cujo postulado metodológico está assentado na postura de escuta. A definição de interpretação mudou ao longo do pensamento freudiano. Birman (1984, p.32) nos mostra que, contemporâneo à idéia de transferência como obstáculo ao tratamento, ainda nos *Estudos sobre a histeria*, de 1895, está o pensamento de que "o terapeuta era portador de um código absoluto, dotado de uma concepção racional do processo interpretativo, que lhe cabia aplicar para o desvendamento do sentido estruturado nos sintomas". Isto porque, esperava-se que a cura ocorresse no plano da "representação coerente" (idem). A partir deste modelo, completa o autor, a interpretação é semelhante a uma prática de tradução; o analista estaria próximo da perfeição psíquica, advinda de sua análise pessoal. Freud, em 1904, pensava-a como a arte à qual compete a tarefa de "extrair do minerio bruto das associações inintencionais o metal puro dos pensamentos recalcados" (1904[1903], p.238). Afirma que podem ser objetos de interpretações as idéias dos pacientes, seus sonhos, atos sintomáticos, lapsos da fala e equívocos na ação. Na mesma página acrescenta;

> "trata-se de uma série de regras empiricamente adquiridas para construir o material inconsciente a partir das ocorrências de idéias, de instituições sobre como é preciso entender a situação em que deixam de ocorrer idéias ao paciente, e de experiências sobre as resistências típicas mais importantes que surgem no decorrer desses tratamentos."

Em 1913, ainda referia-se à interpretação em termos de revelação do significado oculto das idéias do paciente. Afirmava que só se deve falar ao paciente claramente sobre sua doença quando a transferência e o *rapport* tivessem se estabelecido, ou seja, quando o paciente já estivesse ligado a ele mesmo e ao médico. A transferência é que vai induzir o paciente a fazer uso desta instrução, sendo impensável lançá-lo soluções de imediato, ou então associar psicanálise e tradução de sintomas. Afirmava que, ainda que seja fácil para o analista decifrar rapidamente, interpretações prematuras podem despertar oposição no paciente.

CB/C REDE SIRIUS / UERJ

Décadas mais tarde, Freud (1937b) trabalha a partir do conceito de construção, bem menos elaborado por ele que o de interpretação. A última se dá sobre algo isolado, enquanto que a primeira, diz Freud, já seria uma cena, quando se comunica ao paciente a totalidade de um pensamento, um fragmento de sua história, e não só um sonho ou uma associação particular. Indo um pouco além do que Freud efetivamente afirmou, nos parece que construção diferencia-se da interpretação na medida em que o autor, referindo-se ao primeiro processo, considera muito mais o papel do analisando do que o fazia antes. O uso da palavra "construir" afasta o trabalho do analista de um sentido de revelação do significado oculto dos sintomas, e também da idéia de que este material permanece intocado no processo. Aponta que a análise foi acusada de manipular o processo interpretativo, para que este fosse sempre o que o analista inicialmente pensou, de forma que as interpretações nunca estivessem erradas; se o paciente discorda é única e exclusivamente porque a resistência impera. Afirma que os analistas não se prestam a isso. O analista deve fazer uso de todo o tipo de material apresentado pelo paciente, o importante é extraí-lo da transferência. Como o analista não viveu as experiências do paciente, coloca Freud, o mesmo tem que ser induzido a recordar algo recalcado por ele Afirma, de imediato, que resta ao analista completar o que foi esquecido, rapidamente refraseando para "construí-lo" (1937b, p 276), termo bem mais apropriado Acrescenta que, como se trata de material vivo e não de algo destruído simplesmente, compara o trabalho do analista como o do arqueólogo. A diferença é que este não tem como recuperar o "perdido" e o analista sim; basta encontrar os elementos essenciais que foram preservados. Outra diferença seria a de que, diferentemente do arqueólogo, a construção é só o início do trabalho do analista. Trata da dificuldade do analista em saber-se certo ou não. Se a construção está errada, não causa mudanças, se está certa, agrava os sintomas. Ressalta ser impressionante como, após uma construção, os pacientes se recordam claramente de coisas que de outra forma não o poderiam. Chama isso de conciliação; após

uma construção, a resistência empurra esse ímpeto de recordações para itens sem muita importância, o que explica tamanha convicção. Ainda assim, não descarta o valor dessas experiências. Deve-se reconhecer seu núcleo de verdade e não convencer o paciente de seu "erro" delirante, liberando o fragmento de verdade e reconectando-o. De fato, só o curso da análise pode mostrar quando devemos corrigir as construções a partir de seu significado. Finaliza com a afirmação - duvidosa em termos da prática analítica atual - de que não se reivindica autoridade com relação às construções, elas nada mais são que conjecturas que aguardam exame posterior. Tanto os delírios dos pacientes quanto as construções são tentativas de explicação e cura, nos diz Freud. Reedita sua afirmação de 1893 de que sofre-se de reminiscências; dessa vez a mesma não vale só para os histéricos mas também para os delirantes. Cavalcanti (2003), numa retrospectiva do discurso freudiano, aponta que Freud passa a indagar as impossibilidades de interpretação quando se depara com a premência da dimensão quantitativa da pulsão, que não é absorvida pelas representações, sejam estas conscientes ou inconscientes. Além disso, completa a autora, junto com a transferência, surge a inesgotabilidade da análise, a tarefa infinita de interpretação imposta pela inexistência de um começo, começo este que Freud um dia já acreditou ser passível de recuperação.

Finalizamos a partir da provocação de Birman (1984), que, ao analisar a "impostura" dos analistas na atualidade, descreve o modelo de atuação destes, que se aproxima bastante da concepção inicial de Freud acerca do processo interpretativo. Infelizmente, afirma o autor, o modelo de psicanalista como um Deus do desejo, um oráculo formado a partir da instituição e de sua análise pessoal, não é uma caricatura da prática, e sim, extremamente difundido. Este ignora que o campo psicanalítico o coloca, permanentemente, diante de sua própria análise, para que possa questioná-la, e, de certa forma continuá-la, com cada analisando. Interpretar não é dominar um código, é preciso questionar o lugar soberano do analista originário e da instituição que lhe deu suporte em sua formação.

Por fim a resistência, que não é apontada por Birman como um instrumento do processo analítico, como os três fenômenos destacados acima, porém, o autor a coloca como regulador dos mesmos (1989, p.68-9). O mesmo pode ser observado em Freud que, embora a destaque dentre os conceitos fundamentais da técnica - o que a torna relevante para este estudo - ora a inclui entre as pedras angulares da psicanálise, ora ressalta que a mesma não é premissa, e sim descoberta da psicanálise. Recorrendo a Laplanche e Pontalis (1988, p.595-6), podemos obter uma excelente definição para o fenômeno da resistência; esta seria "tudo o que, nos atos e palavras dos analisandos, se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente". Afirmam que a noção já aparece nos *Estudos Sobre a Histeria*, e, desde então, nota-se uma ambigüidade que permanece nos escritos de Freud. Se por um lado, a resistência seria um movimento do ego contra as representações penosas, despertado durante a rememoração exigida pelo tratamento, por outro, Freud a coloca como repulsa que provém do recalcado enquanto tal, em sua dificuldade para se tornar consciente. Esta ambigüidade se suaviza com a segunda tópica, quando Freud tende mais para a versão da resistência como função defensiva do ego, já que o recalcado, por si só, tende a fazer pressão para emergir na consciência, para a descarga pela ação real. A resistência estaria então associada aos mesmos sistemas da vida psíquica que um dia provocaram o recalcamento, afirmação que podemos encontrar em Freud (c.f.1910[1909]).

Desde cedo, Freud (1904[1903]) já tinha clareza que o inconsciente só se tornaria acessível à consciência pela eliminação das resistências, ainda que esta seja uma meta que raramente se alcança. Neste momento, afirma que o que importa é devolver ao doente sua capacidade de gozo, seja ela qual for. Pouco depois Freud (1905[1904]) ainda elaborava a questão, afirmando ser preciso combater as resistências, e não ilusoriamente achar que o paciente deve ser informado do conteúdo inconsciente, o que intensificaria o conflito e o distúrbio. Se tratar fosse informar o paciente do que ele sofre, afirma Freud, bastava-lhe ler livros ou assistir conferências. Este momento do saber só deve vir mais tarde, no decorrer do

tratamento, quando a transferência já estiver estabelecida e quando o paciente estiver mais próximo do material recalcado. Aos poucos, Freud vai acrescentando detalhes à explicação do fenômeno. Afirma que a deformação do conteúdo é proporcional à resistência (1910[1909]), e logo em seguida acrescenta que a maioria das resistências está ligada ao complexo paterno; medo, desobediência e desavença com o pai (1910a). Ao tratar da transferência (1912a), afirma que a resistência vem do contexto no qual um impulso proscrito de desejo tem que ser revelado. Em *Sobre o início do tratamento* (1913), aponta que se enganam os que pensam que os pacientes que mostram-se confiantes terão melhor análise que os desconfiados. As mais intensas resistências podem se manifestar, não importando as expectativas do paciente. Tal fato reforça mais ainda o argumento acima, de que o conhecimento não livra o paciente da repetição dos comportamentos, nem mesmo facilita a cura, diz Freud. Trata-se de fazer com que o conhecimento consciente se vincule à lembrança recalcada, superem-se as resistências e o próprio recalque. Permanece com a argumentação de que, ao longo da análise, a força do sofrimento e do desejo de cura que motivou de início o paciente diminui, por diversos fatores, um deles sendo o lucro secundário da doença. O que irá contrabalancear esse processo é o poder da transferência, que soma energias para superar as resistências. Em 1914, comenta sobre o poder do trabalho de interpretação em contornar as resistências; o médico revela as resistências, o paciente relaciona as situações atuais a vinculações esquecidas. O objetivo seria preencher lacunas na memória, que seriam, num modo mais dinâmico de entendimento, as superações das resistências[22]. Uma década mais tarde, Freud (1924[1923]) registra que a resistência atravessa a associação livre. Afirma que esta não é tão livre quanto seu nome afirma, já que, como as idéias a emergir são advindas do material inconsciente, a comunicação do paciente, é, portanto, atravessada pela resistência. Em *Inibição, Sintoma e Angústia*[23], segundo Laplanche e Pontalis (op.cit.), Freud define cinco tipos de resistência,

---

[22] Freud. 1914a.
[23] Freud, 1926[1925], in *ESB*, vol.XX, p.79-171, sob o título de Inibições, sintomas e ansiedade.

mostrando-se muito mais dominante da trama conceitual que envolve a totalidade do fenômeno. Três delas estariam ligadas ao ego; o recalcamento, a resistência da transferência e o benefício secundário da doença, este baseado na integração do sintoma ao ego. Acrescenta ainda a resistência do inconsciente ou do ID - calcada na força da compulsão à repetição - e a do superego - derivada da culpabilidade inconsciente e da necessidade de castigo.

2.4 – Percalços rumo ao cerne da teoria. A experiência e a ética analíticas.

A partir da exposição acima, como lidar com as vertentes da clínica aqui em exame? Em outras palavras, de que forma podemos justificar que uma das duas visões representa, de maneira mais fundamental, o cerne do processo psicanalítico? Para isso retoma-se a questão inicialmente proposta, e seus três desdobramentos. Quem determina e regula esta prática? Freud, por seu mérito como criador da psicanálise? As instituições, por terem assumido esta função dentro do contexto peculiar da formação psicanalítica? Os próprios analistas, que fazem de sua prática o verdadeiro exercício de confirmação daquilo em que acreditam? É o que pretendemos discutir adiante.

Primeiramente, passemos ao exame da teoria analítica, uma vez já atravessado o desafio de agrupar as referências aos conceitos fundamentais da clínica encontradas em Freud. O argumento de que esta é uma teoria que se constitui e se renova na prática, nos impede, portanto, de pensar numa psicanálise "pura", que seria a teoria, em contraposição a uma outra "impura" ou "aplicada", derivada da experiência clínica, como bem coloca Birman (1994, p.14). Sendo assim, qualquer análise da teoria psicanalítica tem que passar pelo exame da clínica, ou melhor, a experiência psicanalítica tem que ser colocada em cena. O autor reformula a polaridade "puro x impuro", concebendo a clínica como estado "puro" da psicanálise, e a

teoria como subsidiária dessa clínica, porém, não hierarquicamente inferior. Insiste, então, na peculiaridade da pesquisa psicanalítica, afirmando que;

> "a psicanálise não é uma psicologia das faculdades e do eu, baseada na introspecção, mas pretende ser uma *analítica do sujeito* (grifo do autor), centrada na palavra e na escuta, baseando-se para isso na interlocução psicanalítica (...) Enfim, no discurso freudiano, a psicanálise é inseparável de uma prática de transformação do sujeito, de um *ato* que tenha uma incidência radical em sua economia pulsional" (ibid. p.19)

Conforme reitera o autor em mais de uma ocasião (Birman, 1989 e 1994), ainda que Freud tenha flertado com a racionalidade científica por muito tempo tentando adequar-se a seu discurso, as "operações de interpretação" (1994, p.19) realizadas pelo discurso freudiano, baseadas na escuta dos analisandos, estavam bem distantes dos cânones de cientificidade estabelecidos pelas ciências naturais. Não nos é pertinente analisar este percurso histórico da psicanálise, ao longo do qual a mesma oscila entre a proximidade da ciência ou da filosofia, da empiria ou da especulação. O importante para a análise das duas vertentes da seção anterior - sem fazer uso de um julgamento que as classifica como sendo ou não equivocadas - seria concentrarmo-nos, primeiramente, no conceito de experiência. Poderíamos nos apoiar no número infinitamente maior de referências de Freud aos elementos da segunda vertente em destaque. Contudo, é preciso analisar ambas as incorporações através de argumentos retirados da lógica interna da própria psicanálise, levando em conta a suposição inicial deste estudo, qual seja, a de que não podemos tecer argumentações a partir de uma teoria já elaborada, norteada pela figura mítica de Freud. Certamente o discurso freudiano, como bem marca Birman (1989), é o eixo que funda o campo psicanalítico e estabelece seu paradigma epistemológico. Porém, o que se propõe aqui é pensar a partir dos critérios de verdade que este define, e também do espaço estabelecido por este para a fundação e transformações dos conceitos psicanalíticos. Portanto, a partir das rupturas introduzidas pela psicanálise, tais como os conceitos de verdade, de ética e de experiência - todos embutidos, a nosso ver, na

idéia de movimento analítico - temos os instrumentos necessários para esta empreitada, o paradigma teórico que regula a presente leitura da psicanálise.

Primeiramente, é preciso esclarecer que a ética aqui em questão é a que se funda no discurso e na experiência psicanalíticos, e não a ética em seu sentido filosófico e antropológico universal. A psicanálise se constitui como uma ética, afirma Birman (1994), sendo enunciada como um discurso inserido no campo da ética e não da ciência, "na medida em que indica os impasses para a inscrição da pulsão no campo da simbolização" (ibid. p.51). Sobra sempre um resto quando a pulsão passa do registro da força para o do símbolo. Enuncia que esta ética se funda no "reconhecimento do sujeito como desejo" (ibid., p.145); e completa que este fundamento epistemológico faz deste sujeito um ser singular, reconhecido em sua alteridade e na sua diferença face aos demais sujeitos. De que forma isto se faz possível? Retornemos ao conceito de experiência analítica originária, e ao signo de ruptura que a acompanha. Birman (1989) aponta que tal experiência permitiu que a psicanálise se aproximasse do que Foucault denominou de "experiência trágica da loucura" [24]. Encarar a loucura a partir de um ponto de vista trágico significa opor-se ao conceito de experiência crítica da loucura, em referência à postura adotada pela psiquiatria, a partir de seu advento no séc. XIX, na qual a loucura foi colocada no registro da enfermidade, da doença mental, e do universo da desrazão. O que permitiu essa virada? Birman afirma que foi o espaço no qual essa experiência pode se realizar, onde uma pessoa fala e a outra escuta. A utilização da associação livre como regra fundamental, inscreveu a loucura no registro da palavra, retirando-a do universo da desrazão; nisto consiste o trágico. Podemos concluir então, que o discurso freudiano inaugura um espaço no qual a experiência da loucura se afirma como verdade, o que a retira da notória polarização entre normal e patológico. Neste registro da fala, há o encontro entre duas

[24] Foucault, *Histoire de la folie a l'âge classique*, 1972, apud Birman, 1989, p.18. O autor aponta que Foucault já havia inicialmente utilizado o conceito de experiência da loucura, em *Nietzsche, Freud e Marx*, 1967.

subjetividades mediado pela linguagem. Assim nasce e se constitui o saber psicanalítico, dinâmica também responsável por sua renovação permanente.

A verdade é a questão filosófica por excelência. Contudo, vale a ressalva de que é a especificidade da verdade analítica que está aqui em debate. De que verdade se trata? Tendo em vista a terapêutica psicanalítica, que realiza operações de interpretação, a partir da escuta de um sujeito, temos aí o primeiro fator que nos afasta de uma possível análise da verdade como pré-existente. O uso da interpretação, associado à presença da transferência, faz com que o trabalho não seja a análise do discurso de um sujeito, ao qual seria transferido um saber, por outro sujeito, detentor de uma verdade última. Não é dessa transferência que se trata aqui. A verdade é produzida nesta relação transferencial, que dá o contorno à experiência analítica, à qual o analista, por sua vez, não se mostra impassível. Como bem pontua Cavalcanti (2003), não é a verdade de uma analista que se põe como porta-voz da mesma, tomada por ele como única. É preciso compreender a influência mútua, dele e do doente, em jogo no processo, para então entender seu papel no que vai se configurar como verdadeiro no espaço analítico. Uma leitura cuidadosa do próprio Freud (1912b) revela o aparecimento de ressalvas desta natureza, quando este alerta para a tentação de transformar seu exercício numa atividade educativa, na medida em que o médico se vê diante da tarefa de apontar novos objetivos para as inclinações do paciente. Seu guia não deve ser seu desejo e sim, as capacidades do paciente reveladas na relação transferencial. Foi a partir da descoberta dos poderes da transferência que a psicanálise afirmou a originalidade do empreendimento freudiano, o qual Freud sempre procurou dissociar da sugestão dos tempos de Breuer e Charcot. Freud afirma mais tarde que, não é porque o paciente encontra-se influenciável pela transferência que o médico detém em suas mãos, que se trata de sugestão[25]. O que o analista diz só tem efeito se estabelecer algum

[25] Freud, 1916-17[1915-17]. Conferência XXVIII.

elo com o que no paciente é real. E, mais ainda, a situação transferencial é tida como algo provisório, que seria resolvido ao fim do tratamento.

Cavalcanti (op.cit.) levanta a bandeira da possibilidade de uma psicanálise pensada como prática de liberdade, um dizer verdadeiro que surge da idéia de verdade-experiência. Será que é possível? Se pensarmos que o discurso do analisando se dirige *àquele* analista em questão, este sai da posição de intermediário da verdade. A palavra de ambos torna-se verdade dentro da realidade *daquele* espaço analítico particular. É inevitável, não nos remetermos, novamente, ao conceito de experiência analítica originária (Birman, 1989), a partir do qual esta aposta na possibilidade de liberdade no espaço analítico se faz muito mais grandiosa, principalmente, frente a questões como a presença do divã, a necessidade do pagamento e a discussão se o paciente deve comparecer duas, três ou cinco vezes ao tratamento. Cavalcanti (op.cit.) destaca dois elementos da experiência acima como fundamentais: a transferência e a interpretação, que dariam contorno e esta verdade específica do campo psicanalítico. O ato de interpretar, como bem ressalta, envolve não só o intérprete como o interpretado; "A matéria interpretada retorna sobre o intérprete, interpretando-o, por sua vez", argumenta a autora (ibid., p.122) Além disso, o próprio material interpretado já é, em si, uma interpretação fornecida pelo sujeito. O interpretar, completa, trazendo à tona Foucault[26], é uma suspeita de que há um outro sentido por detrás da linguagem. Aí está o quesito "verdade" presente neste material, contido no ato do intérprete de desfazer das verdades enunciadas pelo sujeito, possibilitando o surgimento de outras. Temos então uma tarefa infinita de interpretação que, ainda que tenha sido pensada por Freud como um retorno a um começo, a uma verdade inicial, após a introdução da prática da transferência, assumiu de vez seu caráter aberto e inesgotável. Mais apropriado seria então, pensar em termos de "jogos de verdade" (idem), onde o dizer verdadeiro seria o interpretar sempre além e mais além. Uma hermenêutica sem ponto de parada que

[26] Foucault. *Nietzsche, Freud e Marx*, 1964, apud Cavalcanti, 2003.

penetrasse no território entre linguagem e loucura. Encontramos neste pensamento uma correspondência perfeita para o Freud de 1937[27], que pensava o sujeito como aberto ao deciframento de seus enigmas, para o qual o poder de uma verdade encoberta na cura dos sintomas já não era mais possível.

Como conclusão preliminar para a tríade verdade-linguagem-psicanálise cabe aqui o incisivo pensamento de Cavalcanti, que resume o norteador desta seção; a idéia de que se algo traz sofrimento ao paciente, é na experiência afetiva que se encontra a verdade de que se necessitamos;

> "No espaço analítico a experiência da loucura surge sob a forma de paixão transferencial. A instalação da neurose de transferência é um momento de parada, de estabilização de efeitos, é uma 'configuração de verdade'. Dependerá do analista interpretá-la de modo a favorecer o relançamento do jogo ou interpretá-la de modo a favorecer sua cristalização" (op.cit., p.124).

Contudo, faz-se oportuno refletir sobre uma última questão; como a especificidade desta noção de verdade psicanalítica se insere na formação dos analistas? A falta de unidade na prática psicanalítica a partir das diferentes interpretações possíveis, juntamente ao fato da mesma não ser formalmente regulamentada, influem diretamente não só na noção de verdade analítica, como também na definição do que é a clínica. Não cabe aqui descrever como Freud imaginou o processo de manutenção e reprodução do conhecimento por ele inaugurado, nem as razões pelas quais, ao longo das décadas, as instituições tornaram-se responsáveis por este processo de formação de analistas[28]. Faz-se relevante pensar nas conseqüências disto, criticar os aspectos negativos da institucionalização da psicanálise, ainda que se reconheça que o mesmo foi o grande responsável pela difusão da mesma, conforme nos aponta Birman (1989). Este mostra-se bastante crítico ao processo, quando indica que a lógica das instituições

---

[27] Freud, 1937a.

[28] Para reconstruir este momento histórico, incluindo aí as dificuldades vinculadas ao ensino da psicanálise, sua exclusão do meio universitário, as desconfianças dos críticos, bem como as modificações no processo advindas da diáspora mundial do movimento psicanalítico, vale consultar as descrições de Birman, 1989, e do próprio Freud, encontradas em 1910[1909], 1910b, 1913[1911], 1914b, 1916-17[1915-17], 1919[1918]b, 1937a.

psicanalíticas se associa ao saber psiquiátrico e não ao psicanalítico. Para o autor, as diversas reinterpretações da teoria impostas por este processo, custaram à psicanálise sua incorporação institucional à psiquiatria[29]. No entanto, ainda que sejam feitas tais ressalvas, não se pretende aqui crucificar as instituições, ao contrário do que fazem muitos autores. Filiações teóricas e institucionais são, muitas vezes, necessárias e até desejáveis, tal fato não está em discussão aqui. A troca entre a comunidade analítica é saudável para os profissionais, sendo parte do desenvolvimento do campo. É preciso ter a sabedoria de distinguir os momentos nos quais a instituição permite a transmissão da psicanálise, de outros nos quais ela se faz obstáculo. Em outras palavras, a instituição deve ser um viabilizador de trocas, veículo aberto à produção de conhecimento, e não um "nome", carregando uma identidade prévia oferecida como atrativo aos que a ela se associarem. Como enfatiza Mezan (1985), pensar em dinamismo das instituições é pensá-las para além das associações de analistas; elas são compostas pelo consultório, serviço público, supervisão, pesquisas clínicas e teóricas, circulação de idéias novas. Tudo isso, coloca o autor, depende de fatores como democracia interna, impedida por efeitos de transferência entre os analistas, como, por exemplo, o respeito à lei estabelecida pela maioria. Depende também, acrescenta Birman (1994, p.146), das instituições serem "lugar simbólico para a gestão social da psicanálise", e não um campo de batalha entre os diferentes sistemas de simbolização, lutando por prestígio e pelo título de representante da "verdadeira" psicanálise.

Talvez nunca cheguemos a saber se este é um efeito inevitável da difusão da teoria. O importante seria, todavia, evitar a sobreposição das noções de instituição e movimento psicanalíticos. Certamente estamos diante de um paradoxo, que, a nosso ver está fadado a acompanhar a psicanálise ao longo de sua existência; como formar analistas em uma disciplina que se baseia na experiência? É de fato tarefa complicada determinar o que deve ser

[29] Vide a descrição, na mesma obra, sobre o processo de difusão da psicanálise no EUA, e as profundas marcas deixadas nesta pela forma como o mesmo se deu.

transmitido e o que faz parte da própria experiência do analista. E, mais ainda, é difícil conceber algo que passe ao largo de um mínimo de objetivação, em se tratando de sistematização de escolas de formação psicanalíticas. Temos então os eixos da formação, do movimento e da institucionalização da psicanálise. A última, com vistas a sistematizar a transmissão do legado freudiano, conforme aponta Birman (1989), não pode ser confundida com o movimento psicanalítico em si. O movimento psicanalítico, incluindo a dispersão da psicanálise no cenário mundial, é muito mais do que acontece nos interiores das instituições. Acrescenta ainda que o movimento analítico deveria ser regulado pela lógica do processo psicanalítico, não aceitando comprometer-se ou transformar-se em busca de novos adeptos ou de aceitação. Além disso, como bem ressalta o autor, é preciso manter um "espaço outro" (ibid., p.43) desejável e necessário, como circuito alternativo onde também se transmite a psicanálise[30].

Com efeito, todos podem alegar ter retirado de Freud as justificativas para os seus rumos teóricos, o que não é muito difícil de ser realizado, já que, como bem nos lembra Birman (ibid.), Freud dá margem a muitas leituras possíveis. Faz-se qualquer coisa em seu nome, elegem-se monumentos conceituais e os louvam como símbolos da psicanálise. Há, portanto, uma diferença cabal entre mostrar-se de acordo a uma das duas vertentes expostas anteriormente, na medida em que irá determinar a maneira como lidar com os escritos de Freud, e mais ainda, vai definir o que é a psicanálise para este praticante. Birman (ibid.) ressalta que há duas maneiras de validar, através dos escritos de Freud, uma determinada incorporação da psicanálise; ou se realizam escolhas localizadas, pinçando conceitos dentre as

[30] Vale lembrar que, se quiséssemos enriquecer a questão, poderíamos incluir um prisma oposto, a partir da obra de Castel (1978). Notório crítico da psicanálise, polarizaria a discussão acima, já que aponta para o fato da psicanálise ter se instalado como ideologia, processo que ele denomina de "psicanalismo". Seu raciocínio indica a inviabilidade da alternativa sustentada por Birman, já que o "psicanalismo" encontra-se de tal forma generalizado que não há espaço para a psicanálise institucionalizar-se mantendo sua ética. A psicanálise se sustenta, na verdade, a partir de um certo afastamento do âmbito sócio-cultural, que não seria uma desvirtuação de sua prática pelo uso "indevido" por certos analistas. Para colocar em cena o psiquismo e o inconsciente, ela precisaria abstrair-se da realidade do paciente e de sua própria finalidade sócio-política.

várias possibilidades abertas pelo texto de Freud, ou se empreende um trabalho interpretativo dos textos freudianos para destacar suas exigências básicas. No primeiro caso, esquece-se da historicidade da psicanálise, de examiná-la através do conceito de corte epistemológico, o qual valoriza a idéia de erro. Segue-se uma epistemologia positivista, na qual a perspectiva de erro é afastada por ser um distanciamento da verdade. No caso da psicanálise, são analistas que se gabam de seguir à risca a palavra de Freud, silenciando, contudo, as rupturas de tempo e de linguagem do próprio pensamento freudiano.

Em ambas as vertentes examinadas, a investigação dos respectivos autores teria que lidar com os conceitos a partir de seu processo de transformação, demonstrada pelos rearranjos discursivos constantes de Freud. Porém, pretende-se concluir este capítulo demonstrando que, do prisma da tríade "verdade-ética-experiência" analíticas, a primeira vertente representa o continuísmo e a mitificação de uma figura identificatória – não necessariamente a de Freud - além de eleger, em nome do próprio, pilares para a psicanálise a partir de uma lógica outra que não a psicanalítica. De fato, os elementos destacados por ambas são parte do processo psicanalítico. Não pretende-se aqui afirmar que o fato da primeira vertente destacar elementos do *setting* e do contrato terapêutico, significa com isso que se opõe à segunda, ou então que releva processos como a associação livre e a transferência, por exemplo, instrumentos fundamentais do fazer psicanalítico. Porém, quando pensamos em termos de experiência psicanalítica, temos em mente que a mesma "admite diversas possibilidades de clínica, desde que nesta diversidade sejam reconhecidas as condições epistemológicas e éticas para a construção do espaço psicanalítico, isto é, uma experiência centrada na fala, na escuta e regulada pelo impacto da transferência" (Birman, 1994, p.27).

Ainda que este capítulo tenha buscado enfocar o exercício da psicanálise de uma forma geral, tomemos neste momento seu exercício no serviço público com classes populares. Se conjugarmos esta clínica às idéias de experiência psicanalítica e verdade singular do

sujeito, são processos como transferência, interpretação e associação livre que completam esta cena analítica. Encaixam-se neste cenário não porque nos convém fazê-lo, mas sim porque, ao longo da demonstração da hipótese aqui sustentada, mostraram-se grandiosos o bastante para acompanhar a psicanálise aonde quer que esta se proponha a atuar. E, mais ainda, por que encaixam-se muito mais à idéia de postura psicanalítica; de que somos guiados por postulados e não portadores de três ou quatro itens de um manual que se carrega aonde se vai. Figueira (1985) resume bem esta diferença ao separar os analistas em dois grupos; os que usam a psicanálise como valor, convertendo pacientes, e os que a usam como meio ou instrumento, para a qual apenas o sujeito em si existiria, o saber estaria deslocado para o papel de mediação simbólica. Santos, seguindo a mesma linha, reflete sobre o pertencimento ao segundo grupo;

> "Somente desfeito deste lugar de "ser" e imbuído de um certo "fazer", tem-se a genuinidade de um ofício, ou postura que o valha. Acho que todas as vezes que perguntarem o que "somos" devemos responder que tentamos "fazer" psicanálise. "Ser" psicanalista é estar em elaboração permanente" (1997, p.38).

Só conseguiremos visualizar este tipo de atuação - aqui em foco - se optarmos por este caminho.

CAPÍTULO III - O COTIDIANO DOS AMBULATÓRIOS: ALGUMAS PECULIARIDADES DO TRABALHO PSICANALÍTICO EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE

3.1 – A psicanálise como política – a atuação em instituições públicas.

Se procurássemos destacar a principal motivação para a associar psicanálise, classes populares e ambulatório público, esta seria, certamente, a função política da primeira. Não é, de fato, raciocínio imediato este de tomar a psicanálise como política. Na verdade, o pensamento sempre foi o inverso, como bem ressalta Birman (1994), ao relembrar os acalorados debates ao longo da história da psicanálise, e as acusações de ser neutra e burguesa, sofridas pela mesma. Acrescenta ainda que, diferentes apropriações, por diferentes micro-poderes, a fizeram política e apolítica em determinados momentos. O autor lança a questão do que a faria elitista, lembrando que uma particular tradição marxista, conhecida como stalinista, um dia lhe acusou de encobrir o verdadeiro movimento das massas e de ser pequeno-burguesa, por só se preocupar com a problemática do indivíduo. Seus partidários afirmavam que a própria neutralidade da psicanálise frente aos movimentos sociais caracterizaria uma tomada de posição como qualquer outra, e, portanto, uma postura política. Esta visão toma as categorias de "indivíduo" e "meio social" como opostas, não havendo interpenetração. Sendo assim, não se considerava que a *démarche* freudiana concebia a idéia de sujeito como constituído através e a partir do outro, diz Birman, e que a ordem da cultura está presente na construção de qualquer subjetividade. Será que a acusação de elitismo é feita aos psicanalistas enquanto agentes sociais, à instituição psicanalítica ou à própria teoria

enquanto campo de saber? Não nos cabe examinar todo o processo que levou à mudança na compreensão do que seria a política, detalhadamente descrito pelo autor[31]. Nos cabe refletir como o mesmo afetou a psicanálise. É a partir deste momento, completa Birman, e, principalmente com Althusser – que retoma a crítica inaugurada por Politzer - que a particularidade epistêmica da psicanálise começa a ser reconhecida, não se cobrando mais da mesma o que ela não pretendia ser, nem considerando-a obstáculo a uma prática revolucionária. A questão do sujeito foi reformulada, de forma que, no que diz respeito à psicanálise, a mesma foi retirada deste maniqueísmo classificatório; a individualidade já era vista a partir da ordem simbólica que lhe confere a base de sua organização subjetiva, sendo assim, não se podia mais separar psicanálise e social. O autor ressalta que assim se deu o reencontro com uma outra vertente marxista, a tradição freudo-marxista alemã, que, ainda que diferente, mostrou-se tão totalizante quanto a primeira. Representa o outro pólo extremo, ao reconhecer como política somente a função da psicanálise de "desmistificação da falsa consciência" (ibid., p.103). Esta função seria utilizada como instrumento sinalizador dos mecanismos de enraizamento das ideologias nas subjetividades. O conceito de "caráter" (ibid., p.104) seria o aglutinador do processo, representando o lugar e o modo como o mesmo ocorreria. Onde está, então, sua função política? Neste primeiro momento esta se deu pela via da ideologia, ou melhor, no contexto em que se questionava a dominação de uma classe pela outra, a psicanálise explicaria as bases intrapsiquicas e os mecanismos subjetivos deste processo de dominação, aos quais determinadas classes aceitavam se sujeitar. O autor ressalta que, ao colocar a psicanálise nesta função de interpretar a sociedade como um todo, confere a ela um estatuto de saber sobre a sexualidade, voltada para a liberação das massas oprimidas.

---

[31] Para mais detalhes vide a descrição sobre a concepção do que era ser político que, até os anos 60, definia-se por atos grandiosos, de engajamento político totalizante. A partir de movimentos sociais menores, a concepção de "ato político" (ibid., p.98) mudou, os diferentes grupos não buscavam a tomada do estado, mas sim o reconhecimento de suas diferenças, fossem elas sexuais, sociais ou étnicas. A partir de então revelou-se a multiplicidade de lugares onde o encontro com o poder poderia se dar, criando a possibilidade para movimentos sociais num nível institucional, que não existiam antes. Incluem-se nestes movimentos as críticas às práticas médicas, psiquátricas e pedagógicas entre outras

Para além desta introdução ao debate da psicanálise na política, podemos dela retirar a constatação de que esta configuração histórica viria a gerar uma série de preconceitos que acompanham a psicanálise até o presente. Seja por ter sido considerada instrumento de uma classe específica, a burguesia; seja por ter sido esperado dela a grande verdade sobre a sexualidade, sobre o "caráter", ou, sobre seu herdeiro posterior, a "personalidade", esta contendo as configurações intrapsíquicas explicativas do comportamento dos sujeitos. Birman (1994) marca que Freud não concebeu a psicanálise para ser nenhuma das duas, nem mesmo a inscreveu num projeto de "salvação da humanidade" (ibid., p.107) - seja pela via da subjetividade, salvando o sujeito, seja pela via da regeneração social, libertação completa das amarras do poder. Isto a torna, então, apolítica? Não, afirma o autor, apenas precisamos redefinir sua função política, dentro do conflito fundamental do ser humano contra as imposições da ordem cultural. É no momento em que o sujeito é recolocado dentro do espaço de conflito, questionando as ideologias fundamentais da modernidade, que a psicanálise apresenta efeitos políticos. Isto porque não promete cura, mas procura dar mais liberdade para o trânsito dos sujeitos frente aos impasses que enfrentam, as permanentes batalhas que travam frente às imposições de ordem cultural, que o constituem como tal. É política também quando rompe com o saber psiquiátrico, restaurando a "experiência da loucura" [32], silenciada pela normatividade do discurso psiquiátrico do séc. XIX. Esta experiência condensa as pretensões da psicanálise freudiana, que seriam, segundo o autor, "delinear a singularidade do sujeito e a verdade de sua história" (ibid, p.108). A conclusão do autor que se faz aqui pertinente é a de que este contexto exposto acima impede qualquer discurso normativo sobre a clínica, a cura ou a subjetividade. Principalmente pelo fato do analista estar submetido ao mesmo conflito entre desejo e normas que enfrenta o analisante, reencontrando, no trabalho com o último, este conflito. Alerta que a psicanálise atual está longe de funcionar nesta dinâmica, os analistas

[32] Ibid. p.107. Esta experiência já foi mencionada anteriormente, na seção 2.4 do segundo capítulo desta pesquisa

talvez estejam se protegendo do impacto desta experiência por trás de um "discurso pedagógico" (ibid, p.109). Completa que, se antes o efeito político da psicanálise centrava-se na crítica ao discurso normalizador, hoje se volta para a crítica da própria prática analítica dominante na modernidade, para o deslocamento do analista deste lugar de detentor de um saber sobre os destinos do prazer e da dor. Essa é a verdadeira "neutralidade" da psicanálise, mostrando que agora ela materializa a crítica que um dia lhe foi feita no passado, através de analistas que evitam o contato com experiências originais.

Podemos então, a partir deste argumento final, partir para a função política do trabalho psicanalítico aqui em questão. A psicanálise penetrou no ambiente institucional décadas atrás, e o debate classes trabalhadoras X tratamento psicológico, dentro ou fora do campo psicanalítico, ocorre há tempos. Ainda assim, estamos longe não só de dissolver as polêmicas quanto a este exercício, como também de nos fazer verdadeiramente atuantes neste campo específico. Como bem nos lembra Silva (2001b), o *ethos* do cuidado já é uma política; o corpo clínico é *ethos*, lugar, polis. A micropolítica do cuidado é debruçar-se sobre este corpo, é uma "revolução molecular" - afirma o autor, utilizando um termo de Guatarri - na qual agenciamentos micropolíticos exercem esta função, não mais preenchida por grandes lutas políticas e sociais, atuando localmente. Ainda assim, como nos lembra Costa (1989), o ser político, pensar no bem comum, é diferente de pregar que psicanálise é para todos. O autor segue o interessante caminho de pensar que a psicanálise tem que ser útil, servir alguém, e não ser servida por nós. Admite a possibilidade de ser questionado pelos que se preocupam com o avanço do conhecimento, e admite também as conseqüências desta perspectiva para os destinos da psicanálise como "ciência". Seu compromisso, contudo, é com a equidade de acesso, com a justiça e o bem comum, e não com a "verdade" ou a "ciência", uma vez movido pelas "razões do coração" (ibid., p.8).

São também nossas "razões do coração" que nos guiam por um raciocínio baseado na crença de que, o que o ambulatório tem de "político", caminha lado a lado à sua dimensão pública. Para desenvolver a presente analogia tomemos de empréstimo de Figueiredo (1997) os diferentes significados que o termo público assume na experiência psicanalítica ambulatorial. É publico quando oferece atendimento gratuito à população, através da rede estatal de serviços de saúde. O é também quando pensamos nesta assistência como facultada a qualquer pessoa sem distinção. Por fim, o terceiro aspecto, o "tornar público" (ibid., p.11) associado à visibilidade e transparência acrescida às ações, simplesmente por estas não serem privadas, privativas de alguém. É a partir dos mesmos que podemos pensar na função política da psicanálise; na circulação entre os profissionais dos impasses e êxitos desta clínica, bem como na produção de estudos que contribuem para redimensionar o alcance deste recurso. Nosso trabalho deve ter tais considerações como norte, buscando torná-lo ainda mais público.

Dentro deste universo em questão, a discussão assume duas perspectivas distintas. Primeiramente, temos a especificidade de uma clínica psicanalítica nestes espaços. O contato com as classes populares nos remete não somente a um universo distinto daquele dos sujeitos que geralmente procuram os consultórios, como também a um novo ambiente de trabalho, se considerarmos que eles dificilmente têm a oportunidade de acesso a tratamentos particulares, recorrendo ao sistema público de saúde. Temos então nosso segundo foco de atenção, necessariamente atrelado ao primeiro; observar como se comporta a psicanálise fora do ambiente no qual ela é tradicionalmente exercida, qual seja, o consultório particular. Trata-se de uma abordagem que inclui as especificidades desta clínica, bem como possíveis alternativas aos principais problemas apontados.

Duarte e Ropa (1985) apontam que resultados terapêuticos desanimadores, seja pela grande quantidade de reincidências ou então pelo constante abandono do tratamento, são alguns dos problemas detectados nos ambulatórios e nos projetos sociais direcionados a estas

populações. Tais indícios levaram muitos profissionais a questionar este trabalho em particular; alguns acreditam que o problema está na impossibilidade do uso de psicanálise no ambiente público, outros questionam sua aplicação às classes populares. Para os que preferem não recorrer, de imediato, a culpabilização do ambiente e/ou do público pelas dificuldades, trazemos a potencial colocação de Figueiredo (1997, p.10), quando, ao contrário do que se poderia imediatamente assumir, define o ambulatório como;

> "local privilegiado para a prática da psicanálise porque faculta o ir-e-vir, mantém uma certa regularidade no atendimento pela marcação das consultas, preserva um certo sigilo e propicia uma certa autonomia de trabalho para o profissional".

A autora mostra-se um pouco mais autocrítica - assim como outros teóricos examinados nesta investigação - apostando na inadequação do instrumental terapêutico de diversos profissionais, não só psicanalistas. Acrescenta-se às causas, conforme nos aponta Boltanski (op.cit) e Duarte e Ropa (op.cit.), a distância sócio-cultural entre profissionais e pacientes, além das inúmeras dificuldades e burocracias do sistema institucional público, ilustradas por Figueiredo (1997). Na verdade, são inúmeros os empecilhos a este tipo de trabalho, que ultrapassam o eixo terapeuta-paciente, um deles sendo a crise enfrentada não só pelo serviço público de saúde, com também pela maioria dos serviços públicos no Brasil. Compõem seu cotidiano as péssimas condições de infra-estrutura, a falta de verbas para se manter o mínimo do que é oferecido funcionando, funcionários desmotivados trabalhando conforme a dita "lei do menor esforço", ou como prefere Nicacio, a "lógica do mínimo" (1994, p.101).

Independente da crença acerca da origem dos problemas, o fato é que eles são aparentes. Por outro lado, este amplo debate teórico pode ser enriquecido por relatos de experiências clínicas que nos mostram que o trabalho tem sido realizado. Duarte e Ropa (op.cit.), Costa (1989), Figueiredo (op.cit.) e Arán, Moriconi e Alcides (op.cit.), assim como a

própria experiência da ONG que deu origem a este estudo[33], estimulam a presente pesquisa, apostando nesta direção. Em todas estas descrições, podemos observar que os profissionais encontraram diversas barreiras, situações para as quais não há recomendação alguma, em nenhum dos escritos de Freud. São nestas lacunas que se pode atestar, na prática, a riqueza deste arcabouço teórico que chamamos de psicanálise. A própria existência de tais iniciativas nos mostra um movimento de produção bastante fértil, que corre na direção certa, ou seja, a da clínica como fundamental laboratório de experimentação para o desenvolvimento da teoria. Não nos cabe aqui julgar a validade das mesmas, talvez, mais interessante seja observá-las em busca do que as torna psicanalíticas, ou, melhor ainda, do que faz com que a experiência psicanalítica seja efetivamente um veículo nestes espaços. Estabelecer um diálogo construtivo com os críticos, de forma a nos mantermos de acordo com a postura da ética psicanalítica; abertos a construir e reconstruir permanentemente nossas representações.

Figueiredo aponta que o debate levantado pela comunidade psicanalítica acerca do trabalho do analista no serviço público pode ser resumido nos seguintes tópicos;

> "a questão do dinheiro, onde é proibido cobrar; a questão do divã, onde este praticamente não existe; e a questão do tempo, onde a burocracia dos serviços e a peculiaridade da clientela podem gerar obstáculos" (op.cit., p.12).

Há alguns itens a serem acrescidos a essa lista, como, por exemplo, o notório debate sobre as peculiaridades do código lingüístico dos membros das classes populares, os desdobramentos do atuar no ambiente multiprofissional característico dos ambulatórios, as implicações do profissional estar inserido na estrutura institucional, entre outros

[33] Parte dela encontra-se debatida em Gryner, Ribeiro e Oliveira, 2003.

3.2 – A chegada do paciente: trabalhando a demanda.

Retornamos à discussão sobre a demanda, iniciada ao final do primeiro capítulo, então sob a perspectiva do conteúdo dos relatos. Neste momento o foco centra-se sobre o que se interpõe ao processo de construção da mesma, itens apontados como obstáculos ou, até mesmo, para alguns autores, como inviabilizadores de um trabalho psicoterápico com as classes populares. Podemos citar os mais comuns[34]; o fato do psicanalista receber pacientes geralmente encaminhados por terceiros, na sua maioria médicos, as dificuldades de se trabalhar com a palavra diante do vocabulário - peculiar para uns, restrito para outros - das classes populares, problemas na infra-estrutura e organização das instituições. O debate se dará a partir da alternância entre a exposição dos problemas, e a viabilidade das alternativas. Vale lembrar que os temas desta seção encontram-se, na verdade, presentes ao longo de todo o percurso do tratamento, como o que cerca o código lingüístico, por exemplo. Porém, visando organizar a análise, opta-se por debatê-los nesta seção, por seu caráter mais imediato na seqüência dos eventos.

3.2.1 - Interfaces "multiprofissionais"

De início, propõe-se o debate que cerca a lógica interna de funcionamento das instituições públicas de saúde. Primeiramente, faz-se necessário delimitar os diferentes serviços nos quais podemos encontrar atendimento psicológico ambulatorial sistematizado. Figueiredo (op.cit.) cita os hospitais gerais, universitários, psiquiátricos e os centros e postos de saúde, todos ligados à rede do SUS. Talvez, com exceção dos últimos, em todos os demais

[34] Reunidos a partir das diversas fontes consultadas nesta pesquisa, não sendo referências de um autor específico.

os psicanalistas recebam pacientes encaminhados por outros profissionais do serviço, ou dos demais setores do próprio hospital.

Nicacio (1994), ainda que tenha realizado sua pesquisa de campo no hospital dos servidores do Rio de Janeiro (IASERJ), aponta que há uma herança que permanece comum aos hospitais; o atendimento seletivo da clientela. Fala-se muito em reduzir as práticas asilares e ampliar a assistência, diz o autor, porém, é preciso rever as lógicas internas a partir das quais se orienta o processo de triagem dos novos pacientes. Nicacio (ibid.) afirma que, desde o momento da triagem, feita geralmente por um médico - comumente um psiquiatra, no caso de serviços de saúde mental - os sujeitos são enquadrados em uma das seguintes categorias: "doente dos nervos" (ibid., p.68), "psicótico" (idem) ou "sujeito psicológico" (ibid., p.69). Trata-se de uma dupla classificação que o autor denomina de "divisão psicopatológica do trabalho" (idem), já que não só define a demanda, como também o serviço correspondente que irá tratá-la. Os "doentes dos nervos" e os "psicóticos" são geralmente tratados via medicamentos, excluídos de uma possível psicoterapia, esta exclusiva dos "sujeitos psicológicos". Como se dá essa seleção? Nicacio (ibid.) aponta que a delimitação das três categorias se deu pela união de características recorrentes nos relatos dos pacientes. Quanto à seleção do tipo de tratamento para cada um deles, há alguns critérios declarados nos serviços, encontrados durante as pesquisas do autor. O primeiro seria a "motivação do paciente" (ibid, p.70), ou melhor, o desejo manifesto de fazer psicoterapia ou então ser tratado por medicamentos. Em seguida a "filosofia de trabalho do médico" (ibid., p.71), a crença do profissional responsável por triar o paciente, que podemos entender como referindo-se a uma certa "simpatia" do mesmo por determinado tipo de tratamento. O último critério seria o fator diagnóstico citado anteriormente, aquele a partir do qual os únicos indicados para psicoterapia são os "sujeitos psicológicos", compostos por pacientes que se expressam através de uma linguagem de intimidade, em geral de classe

média. Complementa ainda que pacientes vindos de internação ou de atendimento psiquiátrico prévio não vão para psicoterapia, por serem considerados mais resistentes à mesma.

Como pode o psicanalista trabalhar sobre uma suposta demanda, identificada sob estas circunstâncias? Nicacio (ibid.) coloca que realizar uma intervenção terapêutica desta forma, é reduzi-la ao trabalho de um técnico neutro sobre um ser abstrato; o paciente. Complementando o ponto de vista do autor, podemos pensar que, ainda que haja um diagnóstico, este está apoiado sobre categorias determinadas arbitrariamente, a partir não só de preconceitos dos profissionais, como também do que os mesmos consideram como tratamento-padrão para cada um dos três enquadres. O autor denuncia que os profissionais percebem a diferença entre as classes média e baixa a partir do repertório lingüístico e cultural que as mesmas apresentam, ao descrever sintomas e expressar sofrimento. Esta discussão se articula diretamente com a que se dará em seguida, acerca dos códigos de linguagem elaborado e restrito. Portanto, evitando redundâncias, basta-nos incluir a observação do autor sobre o que caracterizaria as classes médias, na visão daqueles que ele denomina de técnicos. Tais classes, de posse da língua culta e de uma certa "competência *psi*", seriam aquelas que aplicam corretamente as categorias na descrição do sofrimento, não requerendo tantas intervenções esclarecedoras do médico.

Mas porque a figura do *nervoso*, cuja riqueza nos chamou tanta atenção neste estudo, acaba na terapia medicamentosa? O autor aponta que são as queixas corpóreas que geram esta demanda generalizada por medicamentos, acrescida também de uma preferência dos pacientes em geral por este tipo de solução para seus problemas. Os doentes dos nervos, assim como os psicóticos, não seriam vistos como passíveis de se submeterem a tratamentos psicológicos porque sua doença é orgânica, ou então - no caso dos tidos como "incuráveis" - porque desperdiçariam um serviço já superlotado. Os técnicos também diferenciam a natureza dos problemas apresentados, que, no caso das classes mais baixas, seriam mais imediatos e

objetivos. Inclui-se aí a invasão temática que o campo "trabalho" representa na totalidade das queixas. Este "tema" seria considerado encobridor de problemas mais profundos, ou então relativamente simples, para o qual um remédio e um bom conselho bastariam. Nas classes altas, no entanto, a freqüente demanda por conhecer-se, diz o autor, acompanharia questões mais densas e subjetivas.

Estamos aqui diante de uma das evidências de que há, por parte dos profissionais, diversos equívocos quanto a sua postura diante do paciente. Esta realidade descrita acima, na qual o autor enquadrou o trabalho dos profissionais médicos, não nos parece estar tão distanciada da que norteia os próprios psicanalistas no contato com os pacientes. Podemos observar que as diferenças sociais entre os pacientes tendem a ser neutralizadas, seja porque o profissional não se afasta daquilo que pré-concebeu como parte de uma classe social, seja por insegurança em trabalhar com o que desconhece[35]. Rumos inesperados. como coloca o próprio Nicacio (op.cit.), escapam da sua técnica mais imediata; ele não se reconhece a partir do discurso do paciente, conforto oferecido somente pelos do tipo "psicológico".

Certamente que modificar a organização dos sistemas de triagem, fazendo com que este passe necessariamente pelo psicólogo/psicanalista, é uma medida bastante complicada, talvez até equivocada. Não podemos ignorar a inviabilidade de fazer o paciente, no contexto do serviço público, passar pelas diversas especialidades, visando esgotar suas diferentes demandas. O papel do médico como o que intercepta e, digamos, "atravessa" as demandas, pode tornar-se um obstáculo considerável, com inegáveis conseqüências. Porém, como bem ressaltado acima, se a postura do profissional psi se assemelha a esta que descrevemos, de nada adianta pensar nos entraves da tão batalhada multiprofissionalidade do SUS brasileiro. Como bem nos colocou Nicacio (op.cit.), em busca da eficiência dentro do ambulatório público, o profissional se deixa levar pela alternativa da utilização de uma linguagem técnica

[35] Para mais detalhes sobre este processo de neutralização, inserido no contexto maior do fechamento das instituições e do caráter total das mesmas, vide Goffman, E. (1961) "Manicômios, prisões e conventos", 1987.

para a apreensão dos sofrimentos do paciente. Pode-se concluir disso que o "intervir" seria fornecer uma assistência já definida para uma demanda naturalizada pelas exigências dos sintomas corporais, pronta desde a chegada do paciente. O autor propõe o interessante desafio ético e político, que seria o de se pensar em produção de sentido e de formas diversas de sociabilidade, ao invés de focar-se na polêmica ideal de cura. Como fazê-lo, diante desta realidade fragmentada, na qual a separação entre as três categorias psicopatológicas não prevê mobilidade nenhuma entre elas?

Principalmente, ao invocarmos a riqueza da descrição do *nervoso*, esta jamais caberia dentro deste *nervoso* da presente visão. Deixemo-nos guiar por um exemplo de queixa articulada e elaborada, conforme nos traz Nicacio, de um paciente do tipo "psicológico". Ao queixar-se de "sentir vontade de vomitar quando estava no meio de um grupo de amigos" (ibid., p.47) ou, como coloca o autor, "em situações de flerte" (ibid., p.50), o paciente certamente mostra que há uma relação estabelecida por ele entre o que sente e sua respectiva causa. Outro exemplo de queixa incluída no mesmo grupo seria "quero evitar que os meus pensamentos e sentimentos continuem andando separados" (ibid., p.53). Porém, o que faz com que nosso *nervoso* não seja passível de um trabalho rumo a tais associações? Dependemos de uma disposição anterior, ou, o próprio processo psicanalítico caminharia nesta direção? Ainda que a demanda de cura seja diversa - a de alguns calcada em compreender o mal-estar, falar de si, e a de outros em suprimir os sintomas e receber receita de medicamentos - não há nada, em princípio, que nos impeça de se desenvolver um trabalho psicanalítico. Uma vez que um fio de demanda aponte neste mar de representações diversas, e o profissional saiba servir-se delas provocando questionamentos, tem-se o bastante para começar. Esta postura não deixa de ser uma pequena contribuição para também combater o "especialismo instituído" (ibid., p.60), esta divisão de tarefas que é o retrato, muitas vezes, do que deveria ser a multiprofissionalidade destes espaços.

3.2.2 - A polêmica do código lingüístico

Passemos então para a discussão em torno das peculiaridades do código lingüístico destes sujeitos, da relação deste com sua respectiva capacidade reflexiva, e de suas interfaces com a viabilidade de um processo psicanalítico.

Primeiramente, apresenta-se a polêmica que cerca a classificação de determinados códigos como "elaborados" ou "ricos", em contraposição a outros considerados mais "simples" ou "pobres" na quantidade de expressões utilizadas. Existe um campo fértil e polêmico de discussão que se ramifica em algumas linhas de pensamento, que, em geral, tem na obra de Basil Bernstein (1964) um solo comum ao debate. Marco de referência neste campo específico, o autor afirma que os membros das classes populares dispõem de um reduzido número de expressões e adjetivos em seu vocabulário, o que faz com que a fala seja organizada de forma simples, quando comparada a das classes mais altas. Há um predomínio no uso de pronomes pessoais, juntamente a uma diminuição no pronome de auto-referência "eu". Ressalta, em diversos momentos, que estas diferenças apontam para "uma forma particular de comunicação" (ibid., p.233) dependente de um tipo de estrutura social, não sendo útil considerá-la como inferior ao que ele denomina de padrão. Este código lingüístico das classes em questão não ajudaria o usuário a elaborar, em palavras, suas intenções, seus propósitos e crenças. Por outro lado, o mesmo código sensibiliza o usuário para uma relação social não ambígua, que o une ao seu grupo e o guia para a ação e não para a verbalização. O autor utiliza-se de uma extensa descrição sobre os tipos de relação que geram sistemas de fala denominados de "código restrito" (ibid., p.235), a qual não nos é inteiramente relevante aqui. Basta incluir sua importante observação sobre como, para a criança, sua estrutura social específica é reforçada cada vez que ela fala. Isto porque, venham elas de qualquer classe social, a estrutura social torna-se sua realidade psicológica através da modelagem de seus atos

de fala. No caso de um código restrito, Bernstein aponta que a estrutura específica lhe reduz a necessidade de elaborar sua intenção, seja porque a fala contém suposições comuns aos falantes, ou porque partilham identificações. O código restrito funciona sinalizando a identidade social e não a pessoa. Ressalta que este fenômeno não é regulado exclusivamente pela estrutura de classes sociais, ocorrendo em "comunidades fechadas" (ibid., p.236), como prisões ou grupos de adolescentes, sempre que extensas identificações forem partilhadas.

Aponta que, numa relação terapêutica, este paciente mostrará dificuldade não só em verbalizar sua experiência pessoal, como também em receber o que ele chama de "comunicações que se refiram às fontes de suas motivações" (ibid., p.232). Isto porque, trata-se de uma forma de relação social que pressiona o paciente a estruturar e reestruturar, verbalmente, sua experiência. Vale citar o próprio;

> "a sensibilidade para a relação terapêutica e para a forma de comunicação considerada apropriada a este tipo de relação é menos comum nos membros dos extratos inferiores da classe trabalhadora, não em razão de deficiências inatas da inteligência, mas devido a um sistema de fala culturalmente induzido, cujas dimensões de relevância e significação não orientam o paciente da classe trabalhadora inferior na relação terapêutica. Inversamente, o sistema de fala do terapeuta cria para ele conjuntos de expectativas que não são preenchidas pelo paciente de classe trabalhadora inferior." (ibid., p.230).

Na relação terapêutica, acrescenta o autor, o referente da comunicação é o paciente, seus processos motivacionais e as relações sociais que os mesmos engendram. Outro obstáculo apontado por ele é a falta de clareza na forma de autoridade que atua dentro desta mesma relação; o terapeuta não explicita o que espera ou não do paciente. Fora deste espaço, nas relações sociais normais do cotidiano, estes sujeitos retiram da diferença de status social uma indicação de como se comportar. Tal orientação está suspensa no espaço terapêutico, assim como o estão as identificações a seu "grupo natural" (ibid., p.231) que ele normalmente utiliza como identidade, ambas pelo fato de serem questionadas pelo terapeuta. Para o último, afirma Bernstein, a comunicação destes pacientes poderá parecer inadequada; o mesmo pode ver-se forçado a assumir uma postura mais dominante com pacientes que se mostram passivos

ou relutantes em transformar seu sentimentos em significados verbais que lhes sejam próprios. Terá ainda que lidar com possíveis intolerâncias dos pacientes a situações de ambigüidade ou ambivalência, causadas por seus questionamentos ou pelos efeitos destes ao balançar a estrutura do paciente, orientada para o "status" (ibid., p.238), ou seja, por prescrições claras como hierarquia, idade, sexo e relações etárias. Ana Maria Nicolaci-da-Costa, notória estudiosa da obra de Bernstein, elabora a relação dos escritos deste autor com a psicanálise, visando definir quem seria este "sujeito da modernidade" (Nicolaci-da-Costa, 1988, p.29), com o qual torna-se possível o exercício de uma relação terapêutica bem sucedida. Após retomar as características da relação psicoterápica definidas pelo autor - e enumeradas acima - a autora nos confirma a hipótese de que, para Bernstein, as camadas médias estariam mais próximas do que requer uma terapia calcada numa subjetividade que pressupõe diferença e identidade pessoal. A potencial "analisabilidade" (ibid., p.24), coloca autora, não se dá somente por seu código "elaborado", mas também pelo fato de tratar-se de sujeitos criados dentro de um modelo de autoridade familiar "orientado para a pessoa". Este modelo enfatiza a identidade diferenciada entre os membros do grupo social; seus sentimentos e motivações. Podemos observar que Bernstein tenta suavizar suas afirmações, ou ao menos deslocar-se da posição etnocêntrica na qual havia se colocado ao definir que os portadores do "código restrito" são incapazes de se diferenciar. O faz através da noção de "pedagogia visível" [36] que seria a tendência a homogeneizar as crianças, através de um sistema de ensino que exerce controle via supressão das diferenças individuais. Nicolaci-da-Costa aponta que podemos observar a proximidade da psicanálise com a postura oposta, da "pedagogia invisível" (ibid., p.28), a partir da qual o sujeito deve expressar-se com liberdade e espontaneidade. Para autora, estas observações mostram a grande influência da psicanálise sobre o autor.

[36] Bernstein, *Class and pedagogies: visible and invisible*, 1977, apud Nicolai-da-Costa, 1988

Como trabalhar com sujeitos que, de acordo com Bernstein (op.cit.), possuem fala rápida, fluente, de significados condensados e com reduzidas pistas articulatórias? De importância crucial para os que pretendem trabalhar com eles, diz o autor, seria considerar o fato de que, ao relatar determinado evento, tais sujeitos privilegiam o "como", em detrimento ao "o quê", além de tenderem a manter implícito o significado singular e único daquilo que narram, não elaborando-o verbalmente.

Ainda que Bernstein não associe tais dificuldades a uma inteligência inferior, nem a deficiências inatas destes sujeitos, recebeu ferrenhas críticas de alguns autores brasileiros. Podemos demarcar, desde já, que Bernstein estabelece algumas observações importantes, ainda que feitas ressalvas quanto às conseqüências de seu pensamento ser, de certa forma, datado e/ou circunscrito ao proletariado inglês. Um exemplo do último caso seria sua afirmação de que a fala não é, para estes sujeitos, um meio importante de comunicação explícita da experiência de ser separado e diferente, onde mostra levar seu ponto de vista ao extremo. Ainda que a fala reflita os símbolos concretos de seu grupo, como o próprio autor estabelece, aposta-se aqui na possibilidade de diferenciação do sujeito frente aos demais, ao contrário do que mostrava crer o autor. Outro exemplo seria a convicção do autor de que uma terapia bem sucedida deverá levar a uma mudança no código do paciente, pretensão esta que nos parece muito além até do que se poderia esperar de uma terapia. A observação imediatamente anterior a esta, de que a relação terapêutica levaria a uma mudança nos meios pelos quais o paciente se orienta em seu mundo natural, nos parece muito mais plausível, e até, diríamos, mais coerente com uma clínica de cunho psicanalítico.

O crítico mais contundente de Bernstein encontrado na literatura foi, certamente, Gilberto Velho (1980). Aponta diversos problemas na obra do autor, o principal deles sendo o risco de seu pensamento tender para um "fatalismo sociológico" (ibid., p.33), no qual o fato do sujeito nascer dentro de uma determinada classe, marcaria definitivamente seu

desenvolvimento emocional e intelectual. Para Velho, as fronteiras entre o que seria uma sociedade complexa e outra não-complexa são sempre problemáticas e arbitrárias, não podendo ser igualadas aos critérios que definem as diferenças de classe. Acrescenta à capacidade de expressão da emoção diversos outros determinantes que não o peso da origem de classe, tais como, a capacidade desenvolvida e valorizada de dizer o que sente, e o grau de universalização da linguagem utilizada. Um exemplo disso, complementa, seria a condição de "estar deprimido" (ibid., p.35). Se alguns sujeitos das classes populares não se utilizam desta expressão, não quer dizer, com isso, que não sintam-se deprimidos, mas sim que a mesma não tenha sentido em seus universos simbólicos. Afirma que, para eles, o estar deprimido pode estar dentro da enorme variedade de estados emocionais contida na expressão *doença de nervos*. Uma de suas conclusões que nos parece relevante é a de que os temas valorizados por alguém que, como Bernstein, analisa os usos de linguagem supostamente universalizantes, pode levar os pesquisadores a ignorar os diferentes códigos de uma sociedade complexa. A valorização temática, diz o autor, impede quem analisa de observar que não há limitação verbal em diversos outros assuntos como, por exemplo, trabalho, esporte ou samba. Velho ainda reflete sobre esta questão em artigo posterior, acrescentando que a tendência é, a partir de uma vertente psicologizante das ideologias individualistas, tomar o "sujeito psicológico" (1985, p.171) como medida de todas as coisas. Porém, há conseqüências em seguir à risca o pensamento de Velho, como a de assumir uma perspectiva na qual um individualismo exagerado inviabiliza qualquer análise.

Buscando neutralizar este debate, temos novamente as contribuições de Nicolaci-da-Costa, cuja obra anterior à mencionada acima, a nosso ver, retirou o que Bernstein concebeu de mais importante, sem perder, contudo, seu olhar crítico. Primeiramente, esclarece a autora, muitas das críticas a esse autor apóiam-se sobre apropriações indevidas de seus textos; ele não

pode ser culpado por inflamar os idealizadores do conceito de privação lingüística[37]. Traça um histórico do ideal de privação cultural, presente nos EUA desde os anos 60, quando a mesma era associada à inferioridade da raça negra. Ser negro não era somente sinal de limitação cognitiva, como também significava ser preguiçoso e ignorante. Ou seja, havia uma crença no caráter fixo da inteligência, esta pré-determinada biologicamente. Mais tarde, pelas mãos dos pesquisadores de orientação ambientalista, passou-se a considerar o papel da família, da escola e do meio na estruturação do sujeito. Nas famílias numerosas dos mais pobres, conviver com adultos frustrados e cercados por problemas cria uma atmosfera restrita, na qual não são oferecidos aos bebês estímulos suficientes para se desenvolverem, nem respostas adequadas. Talvez esta linha da autora - ainda que radical - seja uma alternativa para pensarmos o ambiente que cerca estes sujeitos, e não só a lógica das classes. Para Nicolaci-da-Costa (ibid.) a idéia de privação lingüística nasceu da união entre o conceito de privação cultural e a obra de Bernstein na qual este define os códigos elaborado e restrito [38]. A autora não ignora o fato de que tais definições iniciais de Bernstein davam realmente margem para tais incorporações, e também que o autor, em suas pesquisas, limitou-se ao uso de testes padronizados que analisavam as pausas nos discursos, e não o conteúdo dos mesmos. Porém, acrescenta que os comentadores ignoram o fato do próprio autor, posteriormente, usar tais termos de forma mais cautelosa, atento para os abusos interpretativos que recebeu. Para concluir, aponta o perigo de igualar Inglaterra – local das pesquisas de Bernstein - aos EUA, ou principalmente, ao Brasil. Lidar com a pobreza como algo a ser tratado, naturalmente associado à privação, é um erro no qual, segundo ela, incorrem muitos autores brasileiros. E, mais ainda, o perigo que representa colocar a família como única responsável pelos sujeitos estarem nesta condição, e ali se manterem. Parte-se do princípio de que, em contrapartida, as famílias de classe média teriam os atributos que faltam às famílias pobres, o que torna a

[37] Nicolaci-da-Costa. 1981.
[38] A obra em questão é *Linguistic codes, hesitation phenomena and intelligence*. 1962.

"privação cultural" o estado de não possuir os ingredientes que formam a primeira. Bernstein teria sido realmente etnocêntrico ao afirmar a superioridade do código elaborado. Porém, assim age o ambiente escolar, coloca a autora, reprodutor das classes dominantes. Acrescenta ainda uma provocação; as intervenções sobre as classes populares agem aculturando-as, diminuindo as diferenças que as separam das mais altas, e não melhorando sua qualidade de vida.

Por fim, pretende-se aqui articular, a partir das diversas contribuições acima, código lingüístico e a dita "capacidade reflexiva", de forma a perceber em que medida estas participam do cotidiano do trabalho clínico. Examina-se a influência do código específico das classes populares no trabalho psicanalítico; seja ele mais simplificado, ou simplesmente diferente daquele utilizado pelas classes mais altas. Avaliam-se então as conseqüências das mesmas para o espaço analítico, ou melhor, de que maneira tais crenças podem vir a tolir as possibilidades de intervenção dos profissionais. Tal análise não visa discutir a importância da linguagem na clínica psicanalítica, já que a mesma foi reiterada em diversos momentos anteriores. O intuito aqui é discutir se este código específico - ou talvez o modo como o profissional encara a representatividade deste - apresenta-se ou não como inviabilizador do processo, seja no início, ou ao longo do mesmo. De certa forma, cada um dos fenômenos acima pode ser pensado como causa e conseqüência do outro. Como analisar a qualidade do vocabulário e da capacidade de auto-reflexão sem pensá-los como derivados da postura crítica do sujeito com relação ao mundo? Ou então, como supor a existência de tal espírito crítico que seria anterior a uma certa "lapidação" deste vinda de fora, estimulada por situações de vida que cobram do sujeito um posicionamento permanente? Ou mais ainda, de que forma essa necessidade constante de simbolização que os eventos cotidianos nos impõem, não enriquece os recursos lingüísticos do sujeito?

Primeiramente, centra-se o comentário no debate de Boltanski (op.cit.) sobre os usos do corpo. O autor afirma que o grau de reflexividade dos sujeitos, que inclui a capacidade de observar o próprio corpo e discriminar sensações corporais, seria influenciado pela classe social à qual eles pertencem. Todavia, ao contrário do que se poderia antecipadamente concluir, não se trata de uma relação determinista entre pobreza e falta de percepção corporal. O autor estabelece uma relação entre o uso intenso do corpo e uma possível incompatibilidade de uma relação reflexiva com o mesmo. Conforme já observado, o pensamento de Boltanski tem que ser inserido em seu contexto e época específicos. Se muitas vezes se expressa de forma bastante explícita e taxativa - como quando afirma que "os membros das classes populares, inábeis em transmitir o que se imaginaria ser sua 'experiência vivida' da doença" (ibid., p 128) - isto não nos impede de extrair a riqueza de seu pensamento, que aparenta ultrapassar tempo e espaço. Sendo assim, é preciso avaliar a contribuição do autor quando expõe que, de certa forma, estas classes tendem a se poupar para o trabalho, evitando a exaustão mental e corporal que a reflexão provoca. Ou então, quando alerta para o fato de que esquece-se de pensar no interesse pelo corpo e suas sensações; em como há diferentes limites entre o que é normal e anormal, e nem sempre o sujeito considera conveniente comunicar o que sente aos outros. O autor fornece exemplos de mulheres das classes populares, quando questionadas sobre o porquê de não aderirem a cuidados corporais e estéticos como usar maquiagem, passar cremes, ou mesmo freqüentar médicos regularmente. Ao contrário da justificativa mais óbvia que se poderia esperar - a falta de renda - alguns depoimentos exibem razões diversas. Há as que dizem não ter dinheiro para isso, outras afirmam que mulheres com este tipo de preocupação "não têm grande coisa para fazer" ou têm "tempo para escutar a si próprias" (ibid., p.152). Mostra, desta forma, que há também variações dentro de uma mesma classe. Costa inspira uma reflexão acerca da origem deste potencial reflexivo que ultrapassa, a nosso ver, a polarização entre classes, partindo do prisma do sujeito. Afirma, brilhantemente, que;

> "O homem só pode aparecer em liberdade quando é retirado da situação em que nada mais pode ser que homem de necessidade. Para que o homem possa pensar livremente e agir imprevisivelmente, em todo seu potencial criador, ele precisa liberar-se das urgências impostas exclusivamente pelas necessidades de sobrevivência" (1989, p.5).

Essa singularidade exigida dos sujeitos para que ocorra um processo terapêutico não é parte da natureza ou de alguma estrutura prévia. Há uma certa circularidade nos processos envolvidos com o campo da linguagem e da reflexão, mencionados acima, fato que nos dá liberdade para transpor para o espaço terapêutico as presentes reflexões. Podemos pensar no processo psicanalítico como um permanente exercício de simbolização que, porque não, permitiria aos sujeitos incrementar seu arsenal lingüístico da forma que lhes for possível. Nesta perspectiva, há também espaço para valorarmos esta diversificação do vocabulário simplesmente pelo fato da mesma ter ocorrido, ou seja, sem necessidade de estabelecer como parâmetro o código lingüístico das classes altas.

Dentro do eixo norteador desta seção, que articula; especialidades profissionais ↔ código lingüístico ↔ construção da demanda, o raciocínio proposto por Bezerra (1987), fornece o panorama ideal para uma possível conclusão. Aponta que, todos os raciocínios que cercam a origem da demanda podem resumir-se em dois. O primeiro seria aquele que a naturaliza, assumindo que há sempre um aumento das necessidades de saúde da população, demandando ampliação na rede de serviços. O homem é tomado como sujeito psicológico universal, todos os humanos têm em comum as mesmas noções do que causa sofrimento e do que seria bem-estar. Seus partidários estão prontos a buscar causas psicológicas nos conflitos, quando pode lhe aparecer, por exemplo, um paciente umbandista, convicto de que adoeceu por desequilíbrios em sua rede espiritual. Lo Bianco (1981) narra uma passagem ocorrida numa intervenção psicanalítica em um grupo de gestantes, que se encaixa perfeitamente nesta postura. Duas mães questionam-se sobre a existência de boas creches em determinada região e, imediatamente, perguntam para o profissional se ele conhece alguma. Este logo as

questiona sobre o verdadeiro significado deste pedido, se por trás do mesmo não há o desejo de discutir o que seria para elas ser mãe, ou como criar seu bebê. Uma delas imediatamente responde "Não, o que ela quer mesmo é uma indicação!" (ibid., p.175-6).

Voltamos a Bezerra (1987) e ao segundo raciocínio sobre a questão da demanda. Este seria aquele que, conforme o autor, trata a demanda como produto social. O adoecimento seria conseqüência automática da condição de miséria da população, do esvaziamento de sua condição de sujeito. A doença do indivíduo seria, então, nada mais do que a doença da própria sociedade, fatos sociais têm efeitos dos quais não se pode escapar. Podemos pensar na facilidade de transpor este universo de pensamento para o caso das classes populares, ignorando que psiquismos não se encontram atrelados às classes de forma tão radical a ponto de criar um modelo burguês e o outro proletário, diz o autor. Propõe pensar em demanda como social e pessoal, de forma que o profissional possa buscar no código específico do paciente um terreno de trabalho fértil; ao invés de decepcionar-se, poder ouvir atentamente o que quer que este tenha para dizer.

Lembramos que há uma terceira postura quanto à demanda, para além dos momentos em que o profissional intervém "demais" - como nos casos acima - ou então de menos, quando opta por manter-se excessivamente neutro, incapaz de acolher o paciente nem mesmo quando este procura entender o que está fazendo ali. Lo Bianco (op.cit.) sinaliza que muitos profissionais - analistas ou não – supõem que o que é notório para ele o é também para o paciente. Em outros de seus exemplos clínicos, determinado profissional assume como óbvia a lógica de que ferver a água mata micróbios, enquanto que, para seu respectivo paciente, torcer a fralda do bebê causa cólicas. Porque não pensar que, para o segundo, talvez seja tão distante a relação entre pureza e água fervida quanto o é, para o primeiro, a associação entre torções e cólicas. Estes três equívocos são suficientes para a ilustração do, digamos, "outro" lado da questão do código lingüístico; o que cerca o profissional.

3.3 – O desenrolar do tratamento: alternativas para a continuidade do processo.

A linha que norteia este capítulo, qual seja, analisar os conhecidos entraves do trabalho psicanalítico no serviço público, nos permite discernir entre o que se apresenta como real obstáculo e o que seria puro preconceito dos profissionais. Figueiredo (op.cit.), ao expor os últimos, nos remete a algo muito mais anterior, que seria o enraizamento destes numa concepção de clínica como técnica terapêutica, de estatuto definido. Este tipo de profissional sente-se autorizado a trabalhar no modelo específico do consultório particular, desta forma burocratizando não só o trabalho clínico, como também a formação profissional. No caso dos psicanalistas, Figueiredo os classifica como os que trabalham de acordo com uma concepção pedagógica de psicanálise, "corroborada pela idéia de que um tratamento exige uma adequação do paciente ao que lhe é oferecido de modo objetivo e claro, sem arestas ou desvios que possam comprometer seu bom andamento" (ibid., p.87). A autora completa que, é preciso acreditar que o que se entende por "boa clínica" (ibid., p.86) não deixa de sê-lo nestes espaços; esta é um ponto de partida fundamental. E, mais ainda, visões estereotipadas de clínica só funcionam como pretexto para inviabilizar quaisquer tentativas de trabalho psicanalítico ou psicoterapêutico.

Vale retomar então, de forma bastante objetiva, alguns dos elementos da clínica, já debatidos no capítulo anterior. Traz-se para reflexão importantes "máximas" sobre as classes populares, como, por exemplo, afirmar que não investem no tratamento porque não pagam, não sabem do que se trata, não querem, vivem em condições precárias, etc.

3.3.1 - O setting

Retoma-se, em primeiro lugar, um elemento do *setting* notoriamente psicanalítico, o divã. É talvez um dos emblemas máximos da psicanálise, símbolo necessariamente presente em qualquer caricatura de Freud, ou, como bem colocou Figueiredo (ibid., p.108), "o divã,

metonímia preciosa, chegou à mídia e está na boca do povo". Nos ambulatórios públicos, como é do conhecimento de todos, as instalações são, na maioria das vezes, precárias. Falar em divã, diz a autora, é invocar um signo de conforto burguês e de ortodoxia da prática analítica de consultório particular. Como já visto, Freud dedicou poucas passagens a justificar este instrumento que encontra-se envolvido, assim como o dinheiro, nos poderosos fatores sexuais do movimento pulsional. O psicanalista do serviço público acaba dividindo sua sala com outros profissionais, o que acaba afetando a disposição do espaço, este geralmente composto por um mobiliário mais neutro e/ou restrito. A autora descreve que paciente e analista têm à sua volta armários de remédios, balanças, aparelhos de exame médicos, ambiente pobres em cores e luz, quando não outros profissionais trabalhando ao mesmo tempo. É preciso que se esteja preparado para fazer concessões. Cabe-nos investigar aqui se o divã é o único instrumento capaz de impedir os efeitos nocivos que o olhar exerce dentro da análise. Muitos analistas lançam mão do recurso de posicionar a mobília disponível de maneira diferente, buscando desviar o olhar do paciente. É uma tentativa de contornar o problema, usando os artifícios que se tem. Figueiredo (ibid.) apresenta alguns relatos de profissionais que indicam que o próprio paciente realiza o movimento de sair do característico "frente-a-frente", alegando o desconforto da posição, ou então, quando o mesmo utiliza-se de outros artifícios, como olhar para o lado, para cima, para o próprio corpo, ocupar as mãos. Na verdade, o divã pode ser muito relevante quanto dispensável, não há regras para isso. Da mesma forma que se argumenta que a ausência de divã intensifica as resistências do paciente, é preciso que o profissional saiba identificar suas próprias resistências em trabalhar com o que se tem disponível, e realizar um bom trabalho apesar das dificuldades. Tentar "criar" até o limite que, como afirma a autora, "a burocracia das especialidades e dos serviços nos permitirem" (ibid., p.115).

No que diz respeito ao dinheiro, podemos refletir sobre os sujeitos em questão, que possuem dificuldades financeiras reais. Sem perder de vista os poderosos fatores sexuais que se vêem envolvidos com o dinheiro e o pagamento em análise, quais as conseqüências de um tratamento que não se pode pagar? Nem todos os autores associam à resistência o fato dos pacientes relutarem em aumentar o número das sessões, ou pagar mais pela análise. Dentre os que o fazem, há os que admitem que as dificuldades financeiras dos freqüentadores dos ambulatórios são reais, porém, são imediatamente compelidos a crer que o analisando sente-se inseguro ao abandonar o sintoma nas mãos de um outro que não lhe oferece garantia nenhuma. São autores como Quinet (op.cit.) que, referindo-se ao consultório, chegam ao ponto no qual defendem que o analista tenha um preço diferente para cada analisando, não de acordo com o que este tem condição de pagar e sim, conforme seu apego ao sintoma. Esta é uma perspectiva polêmica, na medida em que não estabelece nenhum parâmetro do quanto pode cobrar um analista, não há limites. O próprio autor, todavia, ainda que forneça extremo valor à presença do dinheiro em análise, consegue marcar a impossibilidade de delimitar certos procedimentos para "regular" a relação entre estes dois elementos, afirmando claramente que:

> "na análise, só há um recibo: é a forma com que cada analista significa ao analisante que o que foi dito está dito, sem poder ser desdito: o sujeito é responsável pelo seu dito... o recibo do analista é o próprio corte da sessão, por intermédio deste ele significa ter recebido aquilo que o analisante lhe depositou"[39].

Dentro da questão do dinheiro, podemos pensar na posição do analista diante argumento de que, se os pacientes não querem investir (dinheiro) na análise, significa que ainda há alguma espécie de gozo com o sintoma. Será que podemos, neste caso, associar à resistência o fato dos pacientes relutarem em aumentar o número das sessões, ou pagar mais pela análise? E as dificuldades financeiras reais dos usuários do serviço público? Será que entre pagar o aluguel, alimentar e vestir sua família, ele vai ter como pagar uma análise?

[39] Quinet, ibid., p 94

Nestes casos, podemos pensar que o ter que pagar constitui um impedimento muito maior para se realizar um tratamento do que a situação inversa. Não podemos esperar que o analisando invista tudo o quem - e que não tem - como condição para fazer análise. Já nos parece claro que libido e dinheiro estão, de certa forma, ligados. Contudo, o próprio Quinet, numa observação bastante sucinta ao abordar a temática do capital, afirma que; "Dizer que pobre não pode fazer análise é tratá-lo como um animal, situando sua questão de dinheiro apenas no registro da necessidade" (ibid., p.84). Sem sombra de dúvidas, observam-se algumas nuances na questão no cotidiano do trabalho com estes pacientes. Não encontramos no trabalho de Moscovitz e Grancher (op.cit.), Quinet (op.cit.) e Martin (1997) a possibilidade da remuneração do analista vir de um terceiro ao invés do paciente. O terceiro em questão seria a instituição representada pelo analista. Este fato é relevante porque os pacientes sabem que o profissional que trabalha naquela instituição é remunerado pelo seu trabalho. Na verdade, o salário do profissional é, indiretamente, fornecido pelo próprio paciente, já que este paga impostos para usufruir dos benefícios sociais que o governo lhe oferece. Ainda assim, existem outras formas de remuneração simbólica, como um presente, por exemplo.

Desta vez as ilustrações vêm, não da literatura, mas de casos atendidos dentro do projeto da ong NAV[40]. Primeiramente, temos o exemplo do pai de uma criança atendida no serviço, este sempre transpirando muito, sentindo-se mal devido ao forte calor do ambulatório. Comentava com todos, não só com a profissional que os atendia, que era bem tratado ali, nunca tendo desembolsado um tostão por isso. Resolveu então doar ventiladores para as salas de atendimento e para a recepção, "pagando" à sua maneira. Em seguida temos o caso de outro adulto, desta vez paciente, atendido há muitos anos no projeto, praticamente desde o seu início. A cada sessão manifestava indignação por ver a profissional que o atendia esperando pelo ônibus, no ponto em frente à universidade. Fazia associações, permanentemente, entre a "falta" de dinheiro da psicóloga e o fato dele não pagar pelo

[40] Extraídos de relatório pessoal não publicado (2002)

tratamento. Insistia, já que era motorista de táxi, que o mínimo que podia fazer era levá-la em casa, após seus atendimentos. Não queremos dizer que a profissional devesse aceitar tais investidas, somente pretende-se marcar a iniciativa e o movimento de retribuição. Por último temos um paciente de dez anos, atendido no projeto, ao deparar-se com o fato de que passaria a ser atendido por outro profissional. Esta questão foi trabalhada durante um bom tempo, no qual o mesmo fazia questão de mostrar-se indiferente à mudança. Até que, na última sessão ele, que jamais havia trazido nenhum objeto ou brinquedo sequer, espalha pela mesa tudo que parece ter conseguido juntar em casa. Fotos 3 x 4 da família, pequenos brinquedos, sua coleção de figurinhas. Enfim, tudo que ele tinha da mais valioso e que representava uma forma de retribuir o que havia recebido ali. Explica o significado de cada um dos objetos e me pede, ao fim, que escolha um para levar comigo.

Qualquer que seja a forma de retribuição, o importante é que signifique algo para o paciente, que tenha lhe "custado" o esforço para obtê-lo, ou até mesmo a iniciativa de desfazer-se dele, no caso de objetos que lhe pertencem. Na verdade, ao retribuir da maneira que lhes é adequada, os pacientes sentem-se realmente quites com o analista, e podem seguir o tratamento com a sensação de que algo não foi embora com eles depois da sessão. Sendo assim, dizer que pobres não podem fazer análise é um equívoco, já que, do ponto de vista da falta associada à ausência de dinheiro, conforme postula Quinet (op.cit.), os ricos seriam muito mais impossibilitados de fazer análise, circulando num ambiente no qual "faltas" desta dimensão não existiriam. Finaliza-se então com a colocação de Figueiredo, ao afirmar que "cabe ao analista saber cobrar o que custe caro ao analisando" (op.cit., p.99).

Por fim a dimensão do tempo, que se ramifica em algumas sub-questões, conforme já visto. Tendo em mente a velocidade com que os eventos sucedem-se nas instituições públicas, temos a lentidão convivendo lado a lado com a rapidez. Demora para conseguir passar pela

triagem do serviço, depois os meses de fila de espera, muitas vezes sem resposta. Ter uma primeira consulta, seja com qual profissional for, é quase uma conquista. Ainda temos a burocracia, conforme ressalta Figueiredo (op.cit.), misturada à falta de incentivo à produtividade dos funcionários, seja sob a forma de baixos salários ou então de condições indignas de trabalho. Por outro lado, no que diz respeito à dinâmica interna à clínica, a pressão para que todos sejam atendidos faz com que as consultas sejam rápidas e/ou com longos intervalos entre elas. O volume de pacientes que chega, previamente agendados ou não, é outro fator indutor da pressa. Há exceções, como felizmente nos aponta a autora, seja em serviços específicos ou simplesmente na atuação pontual de alguns profissionais que se preocupam com a qualidade de seus atendimentos. Porém, temos que levar em conta o caos de muitos ambulatórios, que faz com que o trabalho seja realizado quando e aonde der, com profissionais comprometidos ou nem tanto. Dentro deste contexto, quanto tempo pode durar uma análise? Os pacientes muitas vezes moram longe, e não tem dinheiro nem para a passagem de ônibus de volta. Qual a freqüência que se pode esperar que eles compareçam? Como pensar em final de análise, com tantas interrupções e atendimentos intermitentes? O próprio serviço limita o tempo para a duração de um tratamento, quando não é o próprio paciente que desiste antes disso. Figueiredo (op.cit.) relata ter entrevistado muitos analistas que, tentando garantir a sobrevivência do trabalho, recomendam que os pacientes venham sempre que puderem. Outros acham importante assumir uma postura mais ativa, enfatizando para o mesmo que sua presença é necessária, no mesmo dia e horário na semana que vem. Ilustro a questão através do caso de um paciente de oito anos, cuja mãe reclamava semanalmente do fato de ter que trazê-lo, repetindo que não podia pagar quatro passagens de ônibus toda semana, que saía escondida do marido. Ressalto que é indispensável que ela venha, para falar de todas estas questões, além de também manter o espaço de fala de seu filho. Vale observar que o tratamento, até então, era muito mais dela do que do menino, o que

gerou uma demanda para que ela tivesse seu próprio espaço de atendimento. Nunca verbalizava, no entanto, o fato de ser atendida; segundo ela havia uma profissional com quem conversava por conta da situação familiar, "aproveitando" os momentos nos quais o filho era atendido. Ambos os atendimentos eram realizados no mesmo horário, de forma a diminuir as chances que ela faltasse, deixando de trazer também o menino. Toda a semana dizia que era a última vez que viria, e, na semana seguinte estava lá, ainda que compulsivamente atrasada.

Tratar da questão temporal de um tratamento nos leva necessariamente a abordar a notória querela entre psicanálise e psicoterapia breve. Primeiramente, temos à frente um duplo preconceito. Do lado dos psicanalistas, encontra-se a crença de que no grupo das psicoterapias encontram-se todos as práticas que seriam, de certa forma, inferiores ou restritas em relação à psicanálise, conforme nos aponta Costa (1989) e Mezan (1995). O primeiro afirma que são, talvez, interesses econômicos e de prestígio social que levam os psicanalistas a fabricarem uma imagem de sua prática cercada de um ar nobre e superior às demais. De fato, ambas não são equivalentes, porém, cada uma deve ter seu espaço. Mezan postula que não se deve compará-las por não serem uniformes, nem mesmo se deve pensar que a psicanálise é uma forma de psicoterapia pouco engajada, distante das questões "sociais" dos pacientes. O autor ocupa-se de distinguir ambas, descrição da qual aproveitaremos a conclusão, onde afirma que não há nada na psicanálise que permita, objetivamente, atrelar a imagem do analista a esta figura alienada, que só trabalha com as camadas privilegiadas a preços exorbitantes. Afirma que é preciso sim refletir sobre questões como o tempo e o número pequeno de pacientes que o analista pode atender nas condições de um *setting* tradicional, sem, para isso, abandonar a psicanálise como método de trabalho. O segundo preconceito pode ser introduzido a partir deste ponto, pois esta atrelado à crença de que em hospitais só é possível realizar psicoterapia breve, endossada por Penna (1992). A autora chama atenção para os perigos da "transposição (desastrosa) do modelo psicanalítico para dentro do hospital geral" (ibid, p. 364), o que nos parece

válido. Enumera importantes características que o profissional de saúde tem que ter para atuar nestes espaços, tais como uma maior atividade do terapeuta, além de uma maior flexibilidade de ação, seja frente a aspectos transferencias ou à realidade externa do paciente. Porém, afirma, em seguida, que é impossível fazer psicanálise nestes espaços.

O argumento de Figueiredo (op.cit.) pode vir a equilibrar as polêmicas acima. Na verdade, como bem frisa, o trabalho em equipe, para psicanalistas ou não, facilitaria um equilíbrio no que ela chama de "equação atendimento-evasão-permanência" (ibid., p.116), privilegiando a clínica como acontecimento, como o que provoca trabalho. Sendo assim, completa a autora, toda clínica é de emergência se pensarmos na urgência do trabalho para o sujeito. Isto nos ajuda a pensar que, mesmo a partir de poucas intervenções, muitas vezes surte-se mais efeito do que em muitas das longas análises nos consultórios. Discordamos da autora, no entanto, quando esta coloca que não é tão absurdo pensar na longa duração de um tratamento psicanalítico, frente a pacientes que permanecem freqüentando os ambulatórios por longos períodos, em busca de receitas de psicotrópicos. Esta questão dos longos períodos de duração de uma psicanálise, a nosso ver, é mesmo um obstáculo considerável. E, afinal, pensar em psicanálise "terminável" ou "interminável" é uma das grandes questões da psicanálise, dentro ou fora do ambulatório. Diante deste cenário é preciso utilizar o que é possível, visando fazer do trabalho uma intervenção psicanalítica, ainda que breve. Utilizar alguns recursos bastante ricos, como o trabalho com grupos, para maximizar o potencial das intervenções, no tempo que se tem disponível.

3.3.2 - Uso de grupos: alternativa ou massificação do atendimento?

Podemos inserir no debate a questão do uso de grupos, que, neste momento da pesquisa, representa uma das alternativas de trabalho nos ambulatórios. É possível trabalhar psicanaliticamente a partir da experiência de grupos? Associar o individual ao grupal já fazia

parte do pensamento freudiano de forma tão enraizada, que permitia a Freud - em *Psicologia de grupo e a análise do ego*, 1921 - derivar a constituição do sujeito da relação com outro, ainda que a psicanálise tenha nascido e se difundido em meio ao individualismo. Como bem pontuou Costa (1989), Freud não concebeu uma teoria de grupo, muito menos nos moldes clínicos que nos seriam mais diretamente pertinentes. Afirma que a obra acima referida seja talvez o momento no qual, dentre todos os demais notórios textos sociológicos de Freud[41], este procura definir o funcionamento do social, muito mais do que conceber seu nascimento, sua origem. Talvez seja por isso que, presume o autor, este seja o texto mais citado na literatura sobre grupos. Além disso, completa, há uma mudança no pensamento de Freud, antes calcado na idéia de que o social se mantém pela ameaça de morte e pela culpabilidade pelo assassinato do pai. Agora a figura paterna não é só violenta e ameaçadora, ela é símbolo de proteção e amor; não vivemos em sociedade somente por temor à morte, mas também pela identificação ao líder e por sua promessa de amor. Ainda que Costa (ibid.) mostre-se bastante crítico quanto à aceitabilidade completa da teoria social de Freud, podemos retirar de sua análise observações como a de que, no grupo, o narcisismo individual seria "convertido em narcisismo coletivo pela identificação com um ideal comum, que reverte em identificação recíproca dos membros da massa" (ibid, p.70). Talvez este seja o subsídio necessário para as argumentações que virão a seguir; pensar que o maior elogio de Freud ao social, conforme conclui o autor, seria ter colocado este social como origem do psiquismo individual, descrevendo assim um imaginário onde indivíduos e grupos são concebidos de uma certa maneira.

Tendo em vista a assunção de que, no processo psicanalítico, a demanda é sempre trabalhada e não pré-existente ao mesmo, vale pensarmos no uso desta alternativa com os pacientes das classes populares. Antes de nos estendermos na questão, algumas ressalvas

[41] Costa inclui neste grupo *Totem e tabu, O futuro de uma ilusão, O mal-estar na cultura, Moises e o monoteísmo*. Vale notar que o autor refere-se ao texto de 1921 como *Psicologia das massas e análise do eu*, diferentemente do que consta em nossa bibliografia, que respeita a tradução da edição inglesa utilizada.

serão feitas. A escolha do uso de grupos com os referidos pacientes neste espaço do público, não é proveniente da lógica do sucateamento da procura, como se pode automaticamente concluir. Ainda que, como nos mostra Figueiredo (op.cit.), grupos sejam usados não só para a recepção e triagem, como também para pacientes encaminhados de outros setores da instituição, para aqueles que retornam após interrupções, ou, simplesmente, para os que se julga que este seja o recurso mais adequado. Esta estratégia é erroneamente utilizada, tanto por conta da necessidade de acelerar o andamento das longas filas de espera que assolam os serviços públicos, quanto pela crença de que estes sujeitos não são dignos do privilégio de um atendimento individual. A possibilidade de estender o benefício do atendimento ao maior número de pessoas possível é, certamente, alternativa tentadora, e até desejável. Porém, não pretendemos lançar mão da mesma às custas da qualidade do serviço prestado, ou então, em substituição aos atendimentos individuais, como veremos mais adiante.

Uma vez desfeitos os mal entendidos que podem estar associados ao uso desta estratégia, nos ateremos a expor as razões para o uso da mesma, explorando seu potencial. O interessante no funcionamento do grupo é a possibilidade de, conforme Arán, Moriconi e Alcides (2004, p.132), "criar um dispositivo analítico que promova, através da transferência – produto da constituição de um espaço em comum –, remanejamentos subjetivos". As autoras mencionam que, o fato dos membros do grupo partilharem do desconhecimento acerca da causa do que lhes acometeu, somado à identificação com o relato dos demais integrantes do grupo, criam este espaço propício a singularização, no qual sentem-se à vontade para se manifestar. Apostam que, com o acolhimento das mais diversas manifestações, as narrativas desenvolvidas nos encontros permitam encurtar a distância que separa corpo e psiquismo. Vão mais além, quando refletem sobre a idéia de comunidade ou de contágio, de experiência em comum e de vizinhança, afirmando que "a experiência da comunidade seria uma forma de declínio, ou mesmo de dissolução do indivíduo" (2004, p.142), onde "um corpo, uma morte, uma escritura não

é indivisível, mas sim singular" [42]. Temos, então, um espaço no qual sujeitos singulares se formam; esta singularidade não é parte da natureza ou da estrutura de uma individualidade.

Podemos pensar que a observação do relato dos pares venha a ser também uma ótima ferramenta de estimulação, tanto do potencial de auto-reflexão, quanto da capacidade de incluir categorias introspectivas no conteúdo do seu próprio discurso. O profissional tem que observar, a partir das trocas realizadas entre os membros do grupo, detalhes do relato que revelem exatamente de que forma o sujeito se vê implicado na presente situação. Esta pode ser uma busca árdua, pinçando pequenos traços de subjetividade em discursos que começam, muitas vezes, dispersos. Através deles, os sujeitos compartilham desde experiências alheias e episódios familiares, até receitas de medicamentos, problemas financeiros, semelhanças sintomatológicas e artigos de jornais e revistas sobre a doença. A alternativa que pretendemos explorar aqui é a do uso dos grupos terapêuticos como recurso de elaboração da demanda, através da reunião, no mesmo espaço, de pacientes com queixas semelhantes. Cabe a ressalva de que, em muitos casos, este artifício torna-se útil não só neste momento inicial; muitos dos pacientes jamais irão para um possível tratamento individual. Para muitos, o recurso dos grupos acaba se tornando a única forma pela qual aceitam retornar, semana após semana, para dar continuidade a este momento de falar sobre si.

Outro equívoco, conforme nos alerta Baremblitt (1993, p.13), seria pensar em "psicanálise no grupo" ou "pelo grupo", tratando o trabalho em grupos como um conjunto de pequenas psicanálises individuais, ignorando as subjetividades produzidas nos agrupamentos, estas não equivalentes à soma dos sujeitos. De forma complementar à mesma questão, Bezerra (1993) alerta, contudo, que na ausência de teorias consistentes sobre grupos, há os que crêem na derivação de um inconsciente grupal. Tal coisa não existe, continua o autor, ainda que saibamos que as manifestações individuais dos inconscientes nos grupos, implicam

[42] Nancy, J.-L., *La communauté désouvrée*, 1999, apud Arán, Moriconi e Alcides, idem.

pensar em algo que não se reduz à problemática individual. Para ele, o caminho pelo qual os indivíduos agenciam seus conflitos no espaço dos grupos se dá pela demanda provocada tanto pela "cultura psicológica" [43], quanto pela linguagem psicanalítica. Fantasias surgem nos indivíduos quando em situação grupal; resultado da função que o estar no grupo exerce em seus componentes. Outra importante função do grupo, seria atuar como atenuante dos efeitos da dessimetria provocados pelo *setting* tradicional, no qual a distância entre pacientes das classes populares e os respectivos psicanalistas podem acirrar as resistências. Fundamental para o fechamento do presente debate é a magistral contribuição de Costa (1989), que segue a mesma linha de raciocínio dos autores anteriores, qual seja, pensar o uso de grupos como alternativa quando se pretende respeitar as particularidades sócio-culturais destes sujeitos e estimular seu relato a partir da presença de terceiros. Alerta para a inconsistência da maioria das teorias sobre grupos, demonstrando que este é um campo ainda por desenvolver-se, principalmente no que diz respeito à sua relação com a psicanálise. Critica de antemão o trabalho de autores que, além de igualarem indivíduo e grupo, insistem em conceber um "ser grupal", utilizando expressões como "o grupo pensou, sentiu isso ou aquilo" (ibid., p.47). Afirma, retomando o pensamento de Pontalis[44], que do ponto de vista psicanalítico o que importa no grupo é sua dimensão imaginária, enquanto imagem social, coletiva que o grupo apresenta, e enquanto fantasia particular que o próprio sujeito faz do grupo. Sendo assim, este "ser grupal" não existe senão sob a forma de um indivíduo pensando o que seria um grupo, ou então, um grupo pensando o que seria um indivíduo. Admite que existem limites e dificuldades particulares na prática da psicoterapia de grupo. Porém, a atuação diferenciada do terapeuta não impede o decurso da terapia, ainda que as interpretações ditas "de conteúdo" ou "de

---

[43] Para mais detalhes sobre o termo ver Bezerra (1993). Resumidamente, pode-se defini-la como a representante da introdução, no vocabulário do senso comum, do código de emoções e linguajar próprios às disciplinas "psi", bem como de sua lógica de pensamento. Esta cultura é divulgada e alimentada por simples conversas entre amigos, pela mídia e também pelos próprios profissionais. Influencia conceitos já tratados neste estudo como os ideais de sofrimento, de bem-estar e até do que é sentir-se feliz. A psicanálise teria sua própria "cultura psicanalítica" (Figueira, 1985), disseminada bem antes de sua difusão no plano da sociedade.

[44] Pontalis, J.B. *Après Freud*, 1968

sentido" sejam reduzidas, limitando-se a devolver para o grupo o que foi dito, ou questionar o que determinado participante quis dizer, visando o retorno das associações. Pretende dizer, com isso, que os indivíduos conseguem com suas próprias palavras e significados reorganizar suas histórias biográficas e fantasmáticas sem, para isso, serem inundados por um "psicanalitiquês" (Costa, 1989, p.52), que traduz o que falam.

Defender o recurso do grupo como melhor forma de atendimento para determinados tipos de pessoas, diz o autor, é deixar-se guiar pelo bom senso; é o interesse prático acima de querelas ocas de psicanalistas. É também, complementa, valorizar que estas queixas específicas são racionalizações egóicas, assim como o são quaisquer outros conflitos psíquicos estereotipados; é a maneira que o paciente encontra de tecer relação entre o que ele é, o mundo, sua criação familiar. A relevância de sua contribuição para este estudo está justamente no fato do autor defender um pragmatismo saudável, que não se confunde com aceitar qualquer tipo de prática, tendência que se buscou seguir ao longo dos três presentes capítulos.

Seja qual for a abordagem, observamos que, apesar de todas estas dificuldades, muitos dos pacientes que chegam dizendo que está é sua última vez retornam na semana seguinte. Um raciocínio que, certamente, auxilia na compreensão dos fatores envolvidos na noção de "eficácia" de qualquer sistema terapêutico, conforme nos revela Nicacio (op.cit.), ao afirmar que a mesma só ocorre em torno da possibilidade do processo terapêutico em criar sistemas simbólicos. O que está em debate, neste presente estudo, não é a validação de um determinado mecanismo terapêutico detentor da verdade. As interpretações fornecidas aos pacientes nos momentos de crise são próprias de cada sistema de pensamento, sejam eles psicoterápicos, médicos ou religiosos. Sendo assim, todas estas seriam alternativas que buscam reordenar o sistema de crenças que rege determinada experiência, procurando encontrar um outro que não

traga tanto sofrimento para o sujeito, tendo cada uma a sua própria eficácia. Tendo em mente a inserção do sujeito em seu grupo de pares, o sistema simbólico é o que oferece a ele a sensação de que sua vida é coerente à dos outros humanos, que suas experiências, apesar de individuais, não destoam das de seus pares, são parte de um sistema. A eficácia está atrelada a uma espécie de consenso social que não depende só do investimento do sujeito. Isto nos fornece material para refletirmos acerca dos obstáculos ao sucesso do tratamento, explorados anteriormente, considerando a afirmação de Duarte e Ropa (1985, p.184) de que "toda terapia só é possível se o paciente compartilhar da versão que lhe oferece o 'médico'(ou agente de cura)". Este compartilhamento pode tornar-se mais difícil quanto maior a distância sócio-cultural entre analista e analisando. Não é fato de menor importância que os pacientes de classes média e alta, imersos na dita "cultura psicológica", acabam podendo compartilhar com mais facilidade da visão de mundo do terapeuta, fato que os tornaria mais adeptos do tratamento. Porém, no caso da psicanálise, o novo sentido da experiência é construído no processo analítico, não devendo ser uma verdade já pronta, nem aquela que o analista considera mais adequada. É paradoxal, portanto, valorizar a proximidade entre o universo do terapeuta e paciente, já que esta não deveria ser parte do processo. Trata-se então de uma auto-reflexão permanente dos profissionais, e de um cuidado em não se auto-referenciarem. Ambos são processos de suma importância, paralelamente aos questionamentos sobre o público das classes populares ser ou não "passível" de submeter-se a um processo analítico. Independente de considerarmos ou não esta suposta distância entre códigos lingüísticos debatida anteriormente, a possibilidade de cura não deve pautar-se pela capacidade do paciente de transformar em discurso tudo que sente, há um grande valor associado ao silêncio. Sendo assim, temos, diante de nós, duas questões. Será que essa "distância" cultural e discursiva torna inviável o trabalho psicanalítico com as classes populares? Será que não poderíamos aqui lidar com a possibilidade dessa distância ser até mesmo oportuna, a julgar pela desejável postura de "não saber" do analista?

Podemos usar todos estes obstáculos como reflexão da implicação do paciente na análise. Não há pagamento, não há divã, a freqüência e até a continuidade do atendimento são incertas. Mesmo assim o paciente retorna, ao contrário de todas as expectativas. Essa é a única freqüência que nos interessa, a partir da qual o que está em jogo é o manejo da transferência. Podemos então refletir sobre a histórica restrição da prática ao universo dos consultórios privados, que, em geral, contam com a presença de todos estes elementos. Alguns crêem que os consultórios privados são, de fato, o ambiente mais propício para a realização da clínica psicanalítica. Porém, não há nada nos escritos de Freud que nos leve a afirmar que o mesmo é condição para o trabalho analítico, o que nos leva a acreditar que a psicanálise simplesmente não foi confrontada a ultrapassar os limites deste *setting* tradicional. Por outro lado, como Figueiredo (op.cit.) pontualmente provoca, uma vez atravessado este limite, depara-se ainda com a atitude dos profissionais quando dois paralelos se encontram; as resistências de ambos, analista e paciente. A autora pensa em como age o psicanalista, no momento em que se depara com a resistência do analisando, ou com quaisquer outros dos muitos obstáculos aqui trabalhados. Afirma que o analista pode ceder ou resistir. Inspirados pela afirmação da autora de que resiste-se a trabalhar com estes pacientes, fazendo de seus preceitos um "standard" (ibid., p.117), podemos criar um interessante paradoxo. Pensar em resistir de outra forma; a partir do duplo significado da palavra, resistir seria também empregado no sentido de persistir, de acreditar na viabilidade do trabalho, seguindo em frente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta seção representa um fechamento deste estudo, na medida em que inúmeras pequenas "conclusões" acompanharam todo o desenvolvimento das argumentações. Além disso, o caráter, digamos, prático dos debates aqui em questão nos impedem de encontrar respostas definitivas; sendo até mesmo contraditório fazê-lo, diante de nossas propostas.

Como dito de início, esta investigação depara-se com a difícil tarefa de encontrar os principais referenciais que tornam a psicanálise peculiar; sólidas premissas conceituais que atravessariam a história psicanalítica. Porém, podemos concluir até aqui, que não é possível apoiar-se em postulados psicanalíticos como verdades universais e imutáveis. A psicanálise jamais se propôs a ser um manual terapêutico do qual terapeutas lançam mão sempre que necessário. Considera-se, sobretudo, sua condição de teoria constantemente reformulada pela prática, esta última por sua vez, permanentemente reinventada a partir dos desafios impostos pela inserção da mesma em diferentes contextos. O referido debate é a chave da discussão acerca das possibilidades de inserção do analista em diferentes campos de atuação, debatendo assim o uso que a clínica, e conseqüentemente a teoria, possam ter.

Dentro deste universo dc possibilidades teóricas, práticas e institucionais que nos permite o legado freudiano, o que levaria ao cerceamento de tamanha potencialidade? Ainda que as possibilidades sejam muitas, não podemos deixar que a circularidade do postulado metodológico da psicanálise nos leve a críticas antecipadas de que esta é uma imperfeição da teoria. É importante ressaltar que o fato de admitirmos a historicidade do domínio do simbólico, não nos impede de pensar numa epistemologia da psicanálise, numa certa metodologia de trabalho que orienta os psicanalistas. Baseada nesta crença, esta investigação

procurou debater as diferentes correntes acerca do que seria este postulado, e que nos levou a encontrar, no núcleo da psicanálise, este instrumental teórico-clínico

Independentemente da possibilidade de identificar os elementos essenciais ao trabalho psicanalítico - sejam eles recomendações com respeito à postura clínica ou detalhes específicos do *setting* analítico - há algo anterior a este debate, que o atravessa e ultrapassa. Introduzimos anteriormente na discussão a dimensão da ética, tanto da disciplina quanto do analista. O conceito de ética é o ponto comum para onde deveriam convergir as discussões sobre o método psicanalítico, e sobre as condições epistemológicas que delimitaram seu campo. Ao invés de nortearmos nosso pensamento a partir das categorias como "ser" ou não ciência, temos um cenário muito mais adequado para esta discussão ao pensarmos na psicanálise como sendo uma ética. Ética do sujeito reconhecido como singular. Esta ética é o que norteia os analistas, a partir da escuta do novo e do questionamento da pretensa totalidade do eu, inseridos no trabalho com os analisandos e suas representações. Este é o diferencial da psicanálise frente às demais abordagens clínicas, psicoterápicas. Desta forma, e seguindo esta ética, nos afirma Cavalcanti (op.cit.), o analista consegue manter-se junto à tragicidade da experiência, ou seja, longe de verdades textuais e do domínio sobre o outro. O propósito inicial da psicanálise seria, segundo Birman (1989, p.77-8): "conduzir o sujeito às bases fundamentais do seu funcionamento psíquico, de forma a restituir o sentido da subjetividade". Ou seja, o trabalho se nortearia não pela busca de uma possível resposta oculta, bem como da verdade última do psiquismo do paciente. A singularidade do sujeito estaria exatamente na possibilidade do mesmo transitar por diversas representações, ao longo do percurso de um processo de análise, até encontrar aquela que lhe traga menos sofrimento. Muitos dos aspectos desta ética específica do espaço analítico se confundem com os da noção de verdade psicanalítica, amplamente discutida acima. A partir destas semelhanças podemos destacar estes dois conceitos-chave como a tradução mais imediata da especificidade da psicanálise, a

qual nos referimos diversas vezes anteriormente. O esclarecimento de ambos abre espaço para o debate da questão da identidade do analista, sem, para isso, aproximá-lo de qualquer espécie de engessamento equivocado da clínica psicanalítica.

Expostas as duas vertentes que se tornaram o centro do segundo capitulo e, acompanhados pelo cuidado em evitar dogmatizações e o fechamento do debate, podemos apontar que a atitude psicanalítica norteada pela experiência analítica originária atravessa ambas, na medida em que vai além de seus elementos formadores, constituindo-se como uma postura metodológica. Sendo assim, apostar que, a partir desta experiência, possamos retirar o necessário para formar a identidade que acompanha nossa prática, e que faz com que a psicanálise possa ser pensada como uma ética. Que identidade é essa afinal? Ainda que esta investigação não se pretenda conclusiva, algumas pistas mostram-se aparentes. Como sintetiza Birman (1989, p.137) esta identidade compreende uma postura de escuta e não de nosografia, estabelecimento e manejo da transferência, e por fim, articulação dos dois anteriores à prática interpretativa. Além disso, afastando-nos parcialmente das minúcias técnicas, pode-se dizer que o analista precisa carregar consigo, como marca de sua identidade, a lembrança de que a sua formação se dá, essencialmente, na experiência analítica originária, via primordial de articulação entre os postulados teóricos e o movimento psicanalítico.

Torna-se pertinente enriquecer nossas conclusões a partir de uma perspectiva mais atual do mesmo autor, quando este nos aponta ser preciso indagar sobre "o que existe de opacidade nas modalidades instituídas de escuta psicanalítica" (Birman, 1998, p.158-9), estas repletas de códigos e repertórios instituídos. Afirma que os pós-freudianos passaram a valorizar os registros do pensamento e da linguagem, em detrimento da corporeidade, recalcando que o sujeito freudiano é encorpado e incorporado. Cita a expansão das terapias corporais nas últimas décadas e insiste que a psicanálise, por sua vez, platonizou-se, ou melhor, se esqueceu

de que o sujeito se inscreve num corpo, e assim os sujeitos foram buscar outra coisa. Lembra que a descoberta freudiana foi silenciada; Freud procurou romper com a leitura anatômica do corpo, a partir da noção de corpo erógeno, um corpo regulado pelos destinos das pulsões e do desejo. Acreditamos que Birman acrescenta um novo viés à questão, ao colocar elementos na cena analítica que ultrapassam a linguagem e, portanto, estabelece que não é somente de interpretação que se trata o trabalho do analista, já que o mal-estar se expressa de outras formas. Ainda que o autor não trate especificamente do público das classes populares, seus comentários nos parecem bastante pertinentes, principalmente quando afirma que os analisandos, na atualidade, insistem na pergunta "O que devo fazer?". Conforme vimos, tal diretividade no modo como se colocam ao médico/analista, é uma das características das classes populares. Para o autor, este não é um simples *acting-out*, como se poderia assumir. É indício de que a vida não é só afetividade, é *práxis* também, é superação de obstáculos no nível do real. A cultura grega opôs logos e práxis, colocando a ética e a política separadas do campo do pensamento, da linguagem. Descartes continuou esta linha opondo *res extensa* e *res cogitans*, corpo e pensamento. Birman insiste que Freud tentou superar o dualismo cartesiano, pensando o sujeito encorpado e a idéia de pulsão, articulando as filosofias da natureza e do espírito. A teoria dos afetos de Freud fez do sujeito corpo e pensamento marcado pelos destinos das pulsões. Reafirma que não se pode culpar somente a cultura do narcisismo na pós-modernidade, cultura esta brevemente abordada na introdução desta dissertação. Os analistas precisam retomar o registro do corpo, afirma o autor, fato que nos parece ainda mais premente no caso das classes populares, que, conforme visto, tem no corpo seu grande protagonista.

Passemos então, à questão de como trabalhar a partir desta experiência dentro do sistema de saúde público brasileiro. A prática institucional não oferece a liberdade de atuação

que o consultório proporciona, já que o analista está imerso não só no dia-dia não daquela instituição em particular, como também na uniformidade do domínio das políticas de saúde nacionais delineadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O que significa então tratar a singularidade em um espaço que, aparentemente, não oferece muito espaço para ela? É o que veremos a partir da pertinente distinção entre os campos da saúde coletiva e da saúde pública.

Acima de tudo, a abertura do campo da saúde para diferentes leituras como a da psicanálise, possibilitou uma ruptura com concepções universalizantes e discursos biológicos sobre saúde e doença, representantes do biopoder e instituídos sob a forma da "saúde pública", conforme nos mostra Arán, Moriconi e Alcides (op.cit.). Birman (2005) estende-se um pouco mais na questão, afirmando que a saúde pública se funda no discurso naturalizante médico, que "invocando cientificidade, legitimou a crescente medicalização do espaço social" (ibid., p.12). Não descarta, contudo, sua importância na construção do espaço urbano e de estratégias preventivas, combatendo epidemias e endemias. Porém, a concepção universalizante da medicina, legitimada pelas descobertas biológicas, impediu que fossem consideradas as dimensões simbólica e histórica das condições da população para as quais eram desenvolvidas as políticas sanitaristas. A "saúde coletiva", por outro lado, inaugura uma ruptura importante, através de uma tradição que considera o papel das diferentes formas de subjetividade, da "significação diferencial dos corpos" (idem), concedendo à problemática da saúde sua devida complexidade. Constitui-se então como um discurso que critica a universalidade deste modelo médico-naturalista, marcando o espaço de um corpo que é simbólico e, como diz Birman (ibid.), atravessado pelos códigos culturais estabelecidos numa tradição histórica e lingüística, e não uma máquina anátomo-funcional assentada no biológico. O autor afirma que a inserção das Ciências Humanas no campo da saúde deu força ao processo, problematizando noções como "normal" e "patológico". É este ponto que se torna mais pertinente para esta dissertação, por conta desta reestruturação do campo da saúde que permitiu o destaque das

dimensões simbólica, ética e política nas reflexões. As conseqüências deste processo vão além da reformulação do conceito de saúde, tendo reflexos na "gestão política das práticas sanitárias" (ibid., p.14). O que significa dizer que este panorama, aliado ao descentramento do lugar do Estado como regulador da vida e da morte - abordado brevemente na introdução - possibilitaram o reconhecimento do valor instituinte dos diversos planos da vida social.

Outro ponto importante nesse processo de transformação, dessa vez mais voltado para o âmbito das políticas de saúde, é a recente mobilização em torno da humanização das práticas do SUS. Benevides e Passos (2005) destacam que, se a própria criação do SUS representa, em si, uma conquista das lutas democráticas no país, a política nacional de humanização retoma o que estava na base deste movimento. Enfatizando o vínculo com os usuários, pretende-se alterar o padrão da atenção em saúde, que não funcionava de forma a garantir o direito dos mesmos, assim como um dia previu o projeto do SUS. Os autores apostam que há algo no plano coletivo que resiste, que não se dobra as burocracias e padronizações das esferas de governo e que nos mostra que "política pública" é "política dos coletivos". Apostam que sujeitos, quando mobilizados, "são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo" (ibid., p.563).

Neste universo de possibilidades do campo multidisciplinar da saúde coletiva, abre-se espaço para a inclusão de leituras que reconhecem as diferenças, e é aí que se inclui a psicanálise. Esta é somente um dos saberes que vieram para complementar os limites do discurso naturalista, fazendo emergir uma problemática que articula natureza e cultura. Como bem nos lembram Arán, Moriconi e Alcides (op.cit), a presença da psicanálise neste campo teve que acompanhar uma ampliação e uma reinvenção de seu dispositivo, a partir não só das possibilidades clínicas como também das institucionais. Apontam que esta inserção nos serve não só para pensar o social de maneira geral, mas também retornar este debate para a própria

teoria psicanalítica, provocando deslocamentos conceituais. Passemos então aos tais deslocamentos, uma vez que o debate sobre as possibilidades institucionais já foi realizado, de certa forma, no terceiro capítulo.

Voltamos ao nosso ponto de partida sinalizado ainda na introdução; a postura do analista. Neste momento, nos interessa pensar em como este analista será capaz de, frente aos *nervosos* e ao espaço do ambulatório, proporcionar a singularização dos sujeitos acima referida. Tomando de empréstimo o termo "analista 'não-pastor'" (Cavalcanti, op.cit., p.117), podemos assim denominar esta postura que encaminha o processo analítico em direção à verdade singular do sujeito. A metáfora do analista "não-pastor" simboliza todos aqueles que conseguem manter uma conduta profissional que não se adequa à indesejável postura doutrinária de detentor da verdade sobre os sujeitos. Analista que não se autoriza pela concepção de verdade como dada, nem enxerga o trabalho clínico como sendo a aplicação de técnicas extraídas de uma teoria estanque. Indo mais além, podemos dizer que tais analistas não são formados a partir da transmissão de uma doutrina imaculada, na qual o oficio de analista seria conduzir a transferência pelos caminhos que ele - o grande detentor do saber - julga mais adequados. Esta postura tem conseqüências diretas sobre noções do que é ser analista, de como se encaminharia um processo psicanalítico, do que seria "evolução" do paciente e da extensão da possibilidade de reinvenção deste profissional em diferentes espaços e contextos, esta última nos sendo a mais relevante para este estudo.

É possível identificar-se com a teoria sem a necessidade de seguir à risca a palavra do analista formador, mostrando-se crítico àquele que lhe transmitiu o conhecimento. De fato, como descreve Figueira, a possibilidade de uma invariância seduz os psicanalistas pela idéia de "cidadania psicanalítica" (1989, p.51), que representa uma metáfora do que seria a psicanálise. O terreno comum no qual estamos submersos - este marcado pela "dispersão, fragmentação,

pluralização, babelização e idiossincratização" (ibid., p.50) - gera angústia, fazendo com que nos sintamos perdidos. O alívio que a invariância traz viria da sensação de que há um lugar comum, de onde um "olhar superior" (idem) nos dirá que continuamos a ser psicanalistas, apesar das diferenças. Porém, é preciso lembrar que, ainda que nos identifiquemos com os mestres que nos apresentam seu percurso dentro da teoria psicanalítica, toda leitura é uma incorporação particular. Sendo assim, é preciso ter em mente que nosso caminho é único - assim como o deles também o é - sendo o resultado da combinação entre o nosso percurso e os traços de nossas origens formadoras. É uma postura extremamente dificil de ser sustentada, ainda que essencial. Nunca teremos a certeza de estar fazendo a coisa certa, o que nos leva adiante é uma intuição que dá prosseguimento ao trabalho diariamente. O oficio de "psicanalisar" é uma espécie de aposta, assegurada, de início, apenas pela única certeza que temos, a de que agimos de acordo com a clínica analítica.

Quais os impedimentos em iniciar um processo psicanalítico com o *doente de nervos* ou quaisquer outras figuras representativas advindas do universo das classes populares? Costa (1989) nos aponta uma direção, a partir de sua vasta experiência que registra importantes provocações à comunidade analítica - principalmente aos que se fixam na causalidade sexual das neuroses que lhes é familiar. Levanta a questão de que o psicanalista precisa enfrentar as doenças causadas por "desgosto", "inveja", "menstruação irregular" (ibid., p.21), sem ter por trás a certeza de que, um dia, os "verdadeiros" traumas infantis finalmente aparecerão. É neste ponto que se articulam, a nosso ver, as figuras da ética e da política. Como nos lembra Silva (2001b, p.82), "cuidar é mais que um ato; é uma atitude". A ética tem que estar comprometida com a política, ou seja, a ética do profissional está atravessada pela intervenção que este realiza, pelo universo de relações e pela subjetividade dos sujeitos. "É a ética que determina a política, e a política que dá vida à ética" (ibid., p.83), complementa. Podemos então, a partir da contribuição

do autor, enriquecer o conceito de ética descrito acima. A ética não seria somente uma postura que nos leva a encarar o objeto por um outro prisma que não o da ciência tradicional, a variabilidade deste objeto e sua riqueza interna atravessam a própria ética. Queremos dizer com isso que, a partir de tudo que foi exposto, talvez seja possível afirmar que é nestas populações específicas que a psicanálise pode atestar seu valor como prática. Os postulados de Freud não estão de modo algum datados, são reinventados a cada desafio que o trabalho com este e outros tipos de público nos apresentem.

Podemos finalizar nossa pesquisa a partir da reflexão de que, acima de tudo dito anteriormente, a possibilidade de reinvenção da prática psicanalítica está em não se apegar escolasticamente a enunciados provisórios de sua teoria, conforme nos mostra Birman (1994). O autor afirma que "o discurso freudiano pôde ser reinventado continuamente ao longo de cinco décadas de investigação, justamente porque refazia a leitura de seus conceitos fundamentais, conforme os impasses indicados pela experiência psicanalítica" (ibid., p.26). A psicanálise trabalha a partir da noção de um sujeito que fala para outro, e que tem nesse outro sua referência constante, procurando nele - através de uma demanda de ordem terapêutica - o reconhecimento de seus desejos e suas demandas. Se seguirmos esta linha de pensamento, temos o que precisamos para trabalhar com as classes populares nos ambulatórios públicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARÁN, M., MORICONI L., ALCIDES, R. O que pode a pele: breve relato de uma experiência com grupo terapêutico no hospital geral. *Psicologia Clínica,* Rio de Janeiro, vol.16, n.1, 2004, p.131-147.

AZEREDO, F. A. M. *Poder e significante: Foucault e Lacan.* Dissertação de mestrado em teoria psicanalítica, 108 p. Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Departamento de Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro,1999.

BAREMBLITT, G. Apresentação. In: LANCETTI, A. et. al., *Saúde e loucura 4 - Grupos e Coletivos,* Rio de Janeiro: Hucitec, 1993, p.03-19.

BENEVIDES, R., PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, vol.10, n.3, 2005, p.561-571.

BERNSTEIN, B. (1964) Classe Social, sistemas de fala e psicoterapia. In: FIGUEIRA, S. A. (org.) *Psicanálise e Ciências Sociais.* Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980, p.230-245.

BEZERRA JR., B. Considerações sobre terapêuticas ambulatórias em saúde mental. In: TUNDIS, S. A. e COSTA, N. R. (orgs.) *Cidadania e Loucura.* Petrópolis: Vozes, 1987, p.133-169.

_____. Grupos: cultura psicológica e psicanálise. In: LANCETTI, A. et. al., *Saúde e loucura 4 - Grupos e Coletivos,* Rio de Janeiro: Hucitec, 1993, p.129-144.

BIRMAN, J. A razão da impostura. In: BIRMAN, J. e NICÉAS, C. A. (orgs.) *O objeto na teoria e prática psicanalíticas.* Coleção Teoria da prática psicanalítica, vol.3. Rio de Janeiro: Campus, 1984, p. 11-48.

_____. Sujeito, estrutura e arcaico na metapsicologia freudiana. In: BIRMAN, J. (coord.) *Percursos na história da psicanálise*. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1988, p.228-261.

_____. *Freud e a experiência psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1989.

_____. Apresentação. In: BIRMAN, J., DAMIÃO, M. M. (coords.) *Psicanálise, ofício impossível?* Rio de Janeiro: Campus, 1991a.

_____. Freud e os destinos da psicanálise – a crítica freudiana no cinqüentenário de sua morte. In: BIRMAN, J., DAMIÃO, M. M. (coords.) *Psicanálise, ofício impossível?* Rio de Janeiro: Campus, 1991b, p.205-230.

_____. *Psicanálise, ciência e cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

_____. *Estilo e modernidade em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997a.

_____. Nem sempre meu francês é tão gostoso assim. In: SANTOS, L. A. V. (org.) *Psicanálise de brasileiro*. Rio de Janeiro: Taurus, 1997b. p.27-32.

_____. A mais-valia vai acabar, seu Joaquim: sobre o mal-estar da psicanálise. In: LO BIANCO, A. C., et al. *Cultura da ilusão*. Textos apresentados no IV Fórum brasileiro de psicanálise, Set.1997. Rio de Janeiro: Contracapa, 1998, p.157-177.

_____. Sobre o mal-estar na modernidade e na brasilidade. In: FRIDMAN, L. C. (org.) *Política e cultura: século XXI*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ALERJ, 2002.

_____. A *physis* da saúde coletiva. *Physis: Rev. saúde coletiva*, Rio de Janeiro: volume 15 (suplemento), 2005, p.11-16.

BIRMAN, J., NICÉAS, C. A. (coords.) *Psicanálise e psicoterapia*. Coleção Teoria da prática psicanalítica, vol.2. Rio de Janeiro: Campus, 1983.

BIRMAN, J., NICÉAS, C. A.(orgs.). *Análise com ou sem fim?* Rio de Janeiro: Campus, 1988.

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

CASTEL, R. *O psicanalismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CAVALCANTI, M. M. T. *Sobre o dizer verdadeiro no espaço psicanalítico*. Tese de doutorado em saúde coletiva, 208 p. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

COSTA, J. F. A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a "doença dos nervos" e a identidade psicológica. *Cadernos do IMS*, Rio de Janeiro, vol.1, n.1, mar/abr, 1987, pp.4-45.

_____. *Psicanálise e Contexto Cultural*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

DUARTE, L. F. D., ROPA, D. Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psicológico às classes trabalhadoras In: FIGUEIRA S. A. (org.) *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985, p.178-201.

FERRARI, I. F. Psicanálise e Linguagem. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, vol.16, n.1, 2004, p.131-147.

FIGUEIRA, S. A. Psicanalistas e pacientes na cultura psicanalítica. *Religião e Sociedade 12*, Rio de Janeiro, 1985, p.72-90.

_____. Invariância: fascinante metáfora. In: FIGUEIRA, S. A. (org.) *Interpretação: sobre o método da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1989, p.47-55.

_____. *Nos bastidores da psicanálise: sobre política, história, estrutura e dinâmica do campo psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

FIGUEIRA, S. A. (org.) *O contexto social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos - A clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FREUD, S. (1893-95) Estudos sobre a histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.II, p.11-318.

_____ (1904[1903]) O método psicanalítico de Freud. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.VII, p. 233-240.

_____ (1905[1904]) Sobre a psicoterapia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. VII, p.241-254.

_____ (1905) Tratamento psíquico (ou anímico). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.VII, p. 267-288.

_____ (1910[1909]) Cinco lições de psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XI, p.15-65.

_____ (1910a) As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XI, p.143-156.

_____ (1910b) Psicanálise 'silvestre'. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XI, p.229-239.

_____ (1912a) A dinâmica de transferência. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XII, p.107-119.

_____ (1912b) Recomendações aos médicos que exercem Psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XII, p.121-133.

_____ (1913) Sobre o início do tratamento. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XII, p.135-158.

_____ (1913[1911]) Sobre a psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XII, p.221-229.

_____ (1914a) Recordar, repetir e elaborar. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XII, p.159-171.

_____ (1914b) A história do movimento psicanalítico. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XIV, p.13-73.

_____ (1915[1914]) Observações sobre o amor transferencial. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XII, p.173-188.

_____ (1915) O inconsciente. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XIV, p.163-210.

_____ (1916-17[1915-17]) Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XV, p.11-240, Vol. XVII, p.249-463.

_____ (1917) Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XVII, p.143-153.

_____ (1919[1918]a) Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XVII, p.169-181.

_____ (1919[1918]b) Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XVII, p.183-189.

_____ (1921) Psicologia de grupo e a análise do ego. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XVIII, p.77-154.

_____ (1923[1922]) Dois verbetes de enciclopédia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XVIII, p.249-274.

_____ (1924[1923]) Uma breve descrição da psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XIX, p.211-234.

_____ (1925[1924]) As resistências à psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XIX, p.235-247.

_____ (1926a) A questão da análise leiga. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XX, p.173-248.

_____ (1926b) Psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XX, p.249-259.

_____ (1933[1932]) Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XXII, p.11-177. Conferência XXXIV, p.135-154.

_____ (1937a) Análise terminável e interminável. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XXIII, p.223-270.

_____ (1937b) Construções em análise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XXIII, p.271-287.

_____ (1940[1938]a) Esboço de psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol. XXIII, p.157-221.

_____ (1940[1938]b) Algumas lições elementares de psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1969, Vol.XXIII, p.297-306.

GOIDANICH, M. Saúde mental na rede pública: possibilidade de inserção psicanalítica? *Psicologia Ciência e Profissão,* Brasília, vol.21, n.4, 2001, p.26-33.

GRYNER, S., RIBEIRO, P. M. e OLIVEIRA, R. C. *Lugar de palavra.* Rio de Janeiro, Núcleo de Atenção à Violência, 2003.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. (1967) *Vocabulário da Psicanálise.* 10 ed., Lisboa: Martins Fontes, 1988.

LÉVI-STRAUSS, C. (1949) O feiticeiro e sua magia. In: *Antropologia Estrutural.* Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975a, p.193-213.

_____. A eficácia simbólica. In: *Antropologia Estrutural.* Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975b, p.215-236.

LIMA, J. C. C. Solidão e contemporaneidade no contexto das classes trabalhadoras. *Psicologia Ciência e Profissão,* Brasília, vol.21, n.4, 2001, p.52-65.

LO BIANCO, A. C. Concepções de família em atendimentos fora do consultório: um estudo de caso. In: FIGUEIRA, S. A. e VELHO, G. (coords.) *Família, psicologia e sociedade.* Rio de Janeiro: Campus, 1981, p.151-182.

LUDOLFF, C. B. e PILO, C. S. R. *Psicanálise e classes populares.* Monografia para conclusão do curso de formação de psicólogo, 55p. Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

MARTIN, P. *Dinheiro e Psicanálise.* Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

MEZAN, R. *Freud, pensador da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

_____. *A vingança da esfinge: ensaios de psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 2. ed. revisada, 1995.

_____. Os limites da terapia. In: *Freud: a trama dos conceitos*. Rio de Janeiro, Editora Perspectiva, 1998, p.326-332.

MILLER, J-A. *Lacan Elucidado – Palestras no Brasil*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1997.

MOSCOVITZ, J.J. e GRANCHER, P. *Para que serve uma análise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

NICACIO, E. M. *Agenciamentos sociais, subjetividade e sintoma: a seleção hierarquizada da clientela em um ambulatório público de saúde mental*. Dissertação de mestrado em saúde coletiva, 117 p. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro,1994.

NICOLACI-DA-COSTA, A. M. "Privação cultural", "privação lingüística" e família. In: FIGUEIRA, S. A. e VELHO, G. (coords.) *Família, psicologia e sociedade*. Rio de Janeiro: Campus, 1981, p.183-215.

_____. Basil Bernstein e a Psicanálise. In: FIGUEIRA, S. A. (org.) *Efeito Psi: a influência da psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus, 1988, p.21-34.

PELLEGRINO, M. C. O silêncio do analista. In: BIRMAN, J., DAMIÃO, M. M. (coords.) *Psicanálise, ofício impossível?* Rio de Janeiro: Campus, 1991, p.129-156.

PENNA, T. L. M. Psicoterapias breves em hospitais gerais. In: MELLO Fo., Júlio M. e cols. *Psicossomática Hoje*. Parte IV: Tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992, p. 362-370.

QUINET, A. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

ROSENTHAL, R.W. O plantão psicológico no Instituto *Sedes Sapientiae*: uma proposta de atendimento aberto à comunidade. In: MAHFOUD, M. *Plantão psicológico: novos horizontes*. São Paulo, C.I., 1999, p.15-28.

SANTOS, A. A. L. A clínica no século XXI e suas implicações éticas. *Psicologia Ciência e Profissão,* Brasília, vol.21, n.4, 2001, p.88-97.

SANTOS, L. A. V. Psicanálise de Brasileiro. In: SANTOS, L. A. V. (org.) *Psicanálise de brasileiro*. Rio de Janeiro: Taurus, 1997, p.37-39.

SILVA, E. P. Ética, loucura e normalização: Renovação da prática clínica a partir de um diálogo entre a psicanálise e Michel Foucault. *Psicologia Ciência e Profissão,* Brasília, vol.21, n.4, 2001a, p.16-25.

SILVA, E. R. Psicologia clínica, um novo espetáculo: dimensões éticas e políticas. *Psicologia Ciência e Profissão,* Brasília, vol.21, n.4, 2001b, p.78-87.

SOUZA, A. M. P. *Clínica Familiar em Serviço Público e Psicanálise*. Dissertação de Mestrado, 107p. Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Departamento de Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

VELHO, G. Projeto, Emoção e Orientação em sociedades complexas. In: FIGUEIRA, S. A. (org.) *Psicanálise e Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980, p.27-55.

_____. A busca de coerência: coexistência e contradições entre códigos em camadas médias urbanas. In: FIGUEIRA, S. A. (org.) *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985, p. 169-177.