

Nem público, nem privado, muito pelo contrário: sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar

Neither private, nor public: psychoalytic clinic at hospitals

Junia de Vilhena^I; Nadja Pinheiro^{II}

^I Doutora em Psicologia. Professora do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica-Rio. Coordenadora do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social - LIPIS da Puc-Rio. Pesquisadora da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Psicanalista do CPRJ

^{II} Doutora em Psicologia Clínica. Professora Adjunta da Universidade Federal do Paraná. Psicanalista. Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Desenvolvimento Humano (NEDHU-UFPR). Pesquisadora Associada do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social – LIPIS da Puc-Rio

[Endereço para correspondência](#)

RESUMO

Objetivando promover uma reflexão acerca de atendimentos psicanalíticos desenvolvidos em ambulatório hospitalar, o presente artigo parte da hipótese que nesses ambientes há a (re)produção da interpenetração das esferas pública e privada característica das sociedades atuais. As autoras tomam, então, como estratégia, o abandono da clínica privada como modelo a ser implantado no contexto ambulatorial para destacar a especificidade do campo clínico emergente no hospital geral entendendo este, a partir da compreensão foucaultiana, como uma instituição disciplinar a qual, impondo o controle sobre o espaço, o tempo e o movimento funda a especificidade da clínica ambulatorial: a visibilidade, a transitoriedade e o campo transferencial complexo. A perspectiva winnicottiana é apresentada como alternativa clínica possível para se trabalhar analiticamente nesse contexto paradoxal, principalmente através de seus conceitos de espaço potencial e de holding.

Palavras-chave: Clínica psicanalítica, Hospital, Público/privado.

ABSTRACT

The primary purpose of the article is to promote a reflection concerning psychoanalytic services developed in general hospitals. According to the authors, such environment reproduces the interpenetration of public and private spheres that is a characteristic of contemporary societies. The authors propose as strategy, the abandonment of the private clinic as a model to be implanted in such contexts in order to detach the specificity of the emerging clinical field in general hospitals. Taking Foucault's work concerning total institutions they point out for the aspects of discipline as means of control of space, time and movement, as well as the specificity of such clinic: the visibility, transitivity and a complex field regarding transference. Winnicott's framework is presented as a possible clinical alternative in such contexts, mainly through his concepts of potential space and holding.

Keywords: Psychoanalytic clinic, General hospital, Public and private spheres.

NEM PÚBLICO, NEM PRIVADO, MUITO PELO CONTRÁRIO: SOBRE A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO AMBULATÓRIO HOSPITALAR

INTRODUÇÃO

O que significa para um paciente ter sua intimidade devassada perante a impessoalidade de um hospital e de seus profissionais? Que formas de agenciamento subjetivos podemos pensar ao analisarmos um atendimento psicanalítico, realizado em um ambulatório hospitalar? Quais as relações que podemos inferir entre o que há de mais íntimo e pessoal no sujeito e a visibilidade que ambos adquirem ao serem esquadrihados pelos diferentes campos do saber médico?

Entendendo o hospital como modelo exemplar de uma instituição disciplinar, observamos nele a marca da disciplina, da hierarquia, do controle, da rigidez, da manipulação, da falta de cerimônias, da falta de pudores ao despir os pacientes de suas defesas físicas e psíquicas, através de exames minuciosos, que desnudam o corpo e desvelam a alma. A dinâmica hospitalar, destituindo o paciente de qualquer privacidade em seus recônditos mais íntimos, torna, com seus atos, a fronteira entre o público e o privado tênue e frágil. Um processo que tem se mostrado constante nas sociedades atuais, nas quais, segundo Freire-Costa (2002) a privacidade como intimidade, ou seja, como a possibilidade de se manter os desejos íntimos ocultos do olhar alheio, se diluiu na publicidade, a qual organiza, induz, manipula e constrói o

próprio desejo. Invasão da privacidade, interpenetração entre os domínios público e privado, configurações específicas do momento histórico contemporâneo.

Em nossa perspectiva acreditamos que tal configuração se mostra presente, também, no desenvolvimento dos atendimentos psicanalíticos transcorridos nos ambulatorios hospitalares. Nos hospitais, a dinâmica institucional, constituída por uma rede complexa na qual múltiplos saberes e, portanto, múltiplos poderes se enfrentam, confrontam e interagem, invade cada seção ambulatorial em geral produzindo, em conseqüência, efeitos em cada atendimento clínico, em particular. Em termos práticos isso significa dizer que, desde o momento no qual o paciente chega à instituição procurando por atendimento na seção de psicologia, ele é identificado, protocolado, ficando registrado em seu prontuário o início, o progresso do tratamento, assim como seu término ou interrupção. Significa que o psicanalista, neste ambiente, se torna obrigado a prestar contas de seu ofício, durante as sessões clínicas ou de supervisão, dividindo com outros profissionais o desenvolvimento de seu trabalho. Significa, ainda, dizer que o próprio paciente compartilha suas intimidades com funcionários, atendentes, médicos e, ainda, amigos, na sala de espera.

É nesse sentido que verificamos a distância entre a clínica psicanalítica particular e a ambulatorial. Nesta última, público e privado se interpenetram, se comunicam, se misturam, estabelecendo relações específicas que demandam o abandono de paradigmas clínicos pré-estabelecidos, ao mesmo tempo em que impõem a necessidade de criação de novos. Assim, acreditamos ser impropriedade tanto uma comparação com os atendimentos psicanalíticos desenvolvidos nos consultórios particulares quanto uma tentativa de adaptação do dispositivo clínico do consultório para o ambulatório hospitalar. Refletir, então, sobre os pilares organizadores da clínica psicanalítica em um contexto constituído por um cenário no qual inúmeros atores participam, a partir de uma lógica econômica que incita à modelagem, favorecida pela visibilidade institucional, configura aqui, a nossa proposta. Para desenvolvê-la, inicialmente, apresentaremos a perspectiva foucaultiana sobre a constituição dos hospitais, para entendermos como estes se tornaram, na atualidade, o lócus privilegiado da visibilidade e da transparência que circula entre seus ambientes, suas clínicas, seus atendimentos psicanalíticos, expondo-os, fragmentando-os, tornando-os públicos. Em seguida, as marcas que tais tecnologias disciplinares impõem sobre o exercício da clínica psicanalítica ambulatorial serão assinaladas tendo como ponto de ancoragem uma pesquisa que pudemos desenvolver com analistas que trabalham nas dependências ambulatoriais de cinco hospitais gerais da cidade do Rio de Janeiro ¹. Finalizando, a perspectiva winnicottiana será apresentada como uma proposta de trabalho viável na construção de um caminho possível para a condução do trabalho ambulatorial.

ONDE O PRIVADO SE TORNA PÚBLICO: HOSPITAL E VISIBILIDADE

Segundo Foucault (2002), no transcorrer dos séculos XVII/XVIII, uma nova modalidade de controle político/social começou a ser construída e a ser exercida sobre os indivíduos, objetivando o adestramento dos corpos e das almas. Através de uma gama variada e complexa de técnicas, os dispositivos disciplinares se inseriram e se distribuíram nos mais diversos ambientes institucionais, entendidos como redes

de relações sociais que configuram um modo de olhar, de conceber e de organizar objetos. Assim, nesses espaços, os dispositivos disciplinares se impuseram através das técnicas do controle regular, das burocracias, dos regulamentos a serem seguidos, das tarefas repetitivas a serem cumpridas, das inspeções a serem perpetradas.

Para atingir sua excelência, o controle disciplinar se pauta, fundamentalmente, em duas vertentes: a vigilância contínua e a sanção normalizadora. Implantada em um sistema complexo, a vigilância, nos hospitais, se setorializou, se especificou, se decompôs em infinitas instâncias tornando-se parte da engrenagem produtiva dos espaços em que se estabeleceu. Sendo exercida de forma piramidal, o ponto de emanação do controle torna-se anônimo, etéreo, difuso, dissipa-se no ar para se fazer infiltrar em todos os espaços possíveis. Diluído no ar nada e ninguém escapa de suas redes tornando-se, simultaneamente, observado e observador, fiscalizado e fiscal, objeto e instrumento da circulação de um poder que se exerce, principalmente, pelo ato de olhar. Através da visibilidade, a vigilância se estabelece sobre todos, observando comportamentos, vigiando ações e reações, prescrutando movimentos. Ao descrever os meandros do poder/saber e as formas através das quais esses se relacionam no interior dos ambientes institucionais, o autor nos permite observar como o hospital se caracteriza, na atualidade, por ser um espaço aberto à visibilidade. Uma visibilidade que ilumina, expõe e controla, não apenas os pacientes, mas também toda a equipe de funcionários que lá trabalha e que possui suas ações cotidianas milimetricamente observadas. Sendo nesse contexto multifacetado, complexo e transparente, no qual cada profissional pode se tornar observado e observador, onde as paredes têm ouvidos e a privacidade quase não encontra lugar para se afirmar que os atendimentos psicanalíticos devem transcorrer.

PARA UMA CONFIGURAÇÃO DA CLÍNICA AMBULATORIAL: VISIBILIDADE, TRANSITORIEDADE E COMPLEXIDADE TRANSFERENCIAL

Em nossa proposta de configurar o cenário clínico ambulatorial pudemos perceber, em nossa pesquisa, através da fala de nossos entrevistados que eles entenderam a passagem da clínica privada para o ambulatório hospitalar como um movimento linear e espontâneo. Tal fato, nos parece, permitiu que o modelo privado fosse concebido como um ideal a ser alcançado, justificando a tentativa de adaptação da clínica privada no ambiente ambulatorial. Exatamente por isso, todos, ao discorrerem sobre seu trabalho cotidiano, no hospital, tomaram como referência os mesmos elementos organizadores do espaço terapêutico propostos por Freud (1986), em 1913: as entrevistas preliminares, o tempo, o dinheiro e o uso do divã.

Porém, aos poucos, percebemos que esses elementos assumem, no ambulatório, novas e específicas configurações. As entrevistas preliminares transbordam a questão diagnóstica, o divã não existe, o dinheiro, quando aparece, o faz de uma forma enviesada, e o tempo assume uma brevidade inesperada e inquietante. Com isso, nossa proposta foi a de abandonarmos a clínica privada como modelo, para lançarmos nosso olhar ao que há de específico no ambulatório. Em nosso ponto de vista, tal proposta se inicia pela decisão de levarmos em conta a presença da

instituição na produção de atravessamentos importantes na condução dos processos analíticos. Presença que se estabelece através de diversos matizes, aspectos e interferências, principalmente quando se trata de uma instituição hospitalar que se caracteriza por ser, fundamentalmente, disciplinar. Nesse contexto, a clínica analítica ganha visibilidade, se torna transitória e constrói um campo transferencial complexo. Vejamos como.

VISIBILIDADE E EXPOSIÇÃO: O CONTROLE SOBRE O ESPAÇO/MOVIMENTO

De uma forma bastante interessante e peculiar, podemos observar que, nos hospitais, as técnicas disciplinares utilizadas no controle do espaço e do movimento se configuram na constituição da primeira situação característica e específica dos atendimentos analíticos transcorridos no âmbito hospitalar: a visibilidade extrema.

Exposição que se apresenta por diversas razões: a disposição das salas ambulatoriais que permitem que o discurso dos pacientes seja ouvido por outras pessoas. Ou ainda, pelo fato dos pacientes compartilharem a mesma sala de espera e as outras clínicas do hospital, muitas vezes tornando-se amigos entre si e entre os atendentes, secretárias e enfermeiras. Além disso, extrapolando as paredes ambulatoriais, através do controle burocrático, o analista se vê compelido a dar contas de seu trabalho através das sessões clínicas, do preenchimento das planilhas, formulários e prontuários. Assim, inserir os atendimentos psicanalíticos na dinâmica institucional de um hospital geral, portanto, indica que a clínica psicanalítica acaba por se configurar, tal como o hospital, a partir do primado da visibilidade, de forma a abrir ao olhar público, a intimidade do paciente.

TRANSITORIEDADE: O CONTROLE SOBRE O TEMPO

Partindo da visibilidade e exposição como o elemento organizador fundamental da clínica psicanalítica ambulatorial, podemos perceber que esse aspecto permeia a emergência das duas outras situações constituintes da especificidade dessa modalidade clínica. Uma delas, dizendo respeito ao controle exercido sobre o tempo, introduz a transitoriedade como marca dos processos analíticos transcorridos no ambulatório hospitalar. Um controle rígido que se faz presente de diversas formas: ao se estipular o número de sessões semanais, ao se demarcar o tempo de duração das mesmas, ou, ainda, no estabelecimento de um prazo para o encerramento dos atendimentos.

E, mais, o hospital controla o número de pacientes que cada analista deve ter para que se mantenha ocupado a maior parte do tempo possível e que não lhe sobre nenhum momento ocioso. Controle que acaba impondo aos atendimentos uma indicação para brevidade e a rapidez, ainda quando não se estipula um prazo para seu encerramento. Importação de uma lógica referente ao modelo médico da modernidade, predominante nos hospitais o qual privilegia a produtividade, a dicotomia saúde/doença, a alta, a homogeneidade. Locais da pressa, das soluções

rápidas, da devolução do paciente à sociedade o mais breve possível, o contexto ambulatorial se caracteriza por ser o local da transitoriedade.

PSICANÁLISE NO AMBULATÓRIO: A TRANSFERÊNCIA COMO UM CAMPO COMPLEXO EM ATIVIDADE

A visibilidade e a transitoriedade fundamentam a constituição de um campo transferencial complexo, no interior do qual elementos institucionais se mostram presentes e atuantes. No sentido de trabalharmos tal especificidade, trazemos como proposta a concepção winnicottiana sobre espaço potencial, posto que, tal concepção introduz uma dimensão específica ao campo transferencial. Para Winnicott (1975), a própria transferência cria uma região intermediária que reproduz a área de ilusão estabelecida, em tempos primevos, entre a mãe e o bebê, possuindo o mesmo caráter ilusório agora criado pelo par analista/analizando. O importante nessa perspectiva é que ao tomarmos o campo transferencial como um campo complexo, podemos incluir, aí, a presença da instituição e de seus elementos primordiais. Tal inserção nos permite, então, desfazer a dicotomia entre transferência com o analista / transferência com a instituição, bastante comum entre os teóricos da psicanálise institucional. Em nossa opinião, tal concepção dualista impede que alguns elementos institucionais sejam inseridos no campo transferencial e recebam, a partir daí, uma possibilidade de elaboração, transformando-os, assim, em obstáculos intransponíveis ao progresso da análise.

Acreditamos que deixar que alguns elementos institucionais fiquem sem inscrição no campo transferencial, mantém pacientes e analistas emudecidos, assujeitados à lógica hospitalar, meros objetos de manipulação dos mecanismos disciplinares de controle. Ao passo que a inclusão desses elementos no campo transferencial permite a abertura de um inter-jogo através do qual o par analista/analizando pode (re)criar a realidade compartilhada. Possibilidade que se torna presente a partir de um movimento paradoxal introduzido pela própria instituição. Pontuamos, anteriormente, como o controle do tempo se faz presente no âmbito hospitalar, impondo a brevidade e a rapidez. Interessa observar, nesse sentido, que contraditoriamente, a permanência da instituição, para além das referências pessoais, insere, na contra mão da transitoriedade, a permanência e a estabilidade. De forma que, a instituição, como lugar de referência que acolhe o paciente em todos os momentos em que ele necessita, promove o holding necessário para a instauração do campo transferencial e o desenvolvimento do trabalho analítico. Espaço da segurança e do conforto, o hospital se apresenta como lugar que propõe a confiança e a fidedignidade, uma vez que sua presença se projeta prospectivamente.

Observa-se, nesses momentos, que o fato da instituição permanecer como lugar para o qual o paciente possa retornar caso necessário, facilita que o encerramento dos atendimentos seja percebido como um processo de separação e não de abandono. Segundo Winnicott (1983), a separação, necessária para o desenvolvimento emocional, permite ao ego a sensação de continuidade no viver como sujeito singular. Por outro lado, o abandono obstaculiza o crescimento e impele o sujeito ao retorno a estágios mais precoces do desenvolvimento emocional. A importância de um ambiente acolhedor e seguro apresenta-se por permitir que o paciente aja criativamente sobre o mundo e se sinta vivo a partir disso.

O hospital, ao se apresentar como um ambiente seguro e confiável, acolhe o paciente em seu processo de desenvolvimento emocional, posto que, ao unindo e ao separando, há um espaço no qual há a criação de um vínculo entre passado, presente e futuro, proporcionando a sensação de continuidade na existência. Com isso ele pode experimentar a sensação de viver no mundo e não a de estar submetido aos desígnios da exterioridade.

No cenário do ambulatório, espaço da visibilidade total onde o paciente encontra-se submetido ao maior escrutínio e controle, importa devolver-lhe a capacidade de criar. Movimento proposto pelo analista ao usar as situações paradoxais que fundamentam a clínica ambulatorial, utilizando-as como pano de fundo, como base para as transformações e não como possibilidade de injetar interpretações e formulações que são suas. Um perigo constante, no hospital, na medida em que a visão médica, preponderante nesse ambiente, habitua as pessoas que nele trabalham a tomar a sua opinião como verdade a ser imposta aos pacientes, desconsiderando-os como sujeitos. Contudo, concebendo-se a transferência como um campo constituído pelo par analista/analizando/ambiente em uma constante e dialética interação, concede-se oportunidades, ao paciente, para que ele possa se mover da dependência total para a autonomia.

PARA NÃO CONCLUIR... SOBRE A DIFÍCIL TAREFA DE CRIAR

Existe uma famosa e mal compreendida frase de Geertz (1989) onde este afirma: "os antropólogos não estudam as aldeias [...] eles estudam nas aldeias"(p.32). O que Geertz não diz de forma alguma é que seja possível estudar na aldeia, sem que ao menos se tente conhecer, minimamente, o que seja uma aldeia, ou ao menos, a aldeia onde decorre o estudo. Sabemos não ser este um trabalho antropológico, mas buscamos da mesma forma, fornecer ao leitor um mínimo de informação sobre esta "aldeia/instituição" onde nosso trabalho se desenvolve.

Por esta razão, todo nosso trabalho na busca da inserção de psicólogos e/ou psicanalistas em instituições enfatiza o conhecimento da dimensão sociopolítica dos lugares onde o trabalho se desenvolve. Se conforme afirmamos em trabalhos anteriores (VILHENA, 2002), os lugares produzem uma identidade, é preciso também estar atento aos "pontos nodais de interação" presentes em toda instituição. Junto com o grupo que vem desenvolvendo este trabalho, continuamos o processo de reflexão sobre a prática psicanalítica na Instituição, valorizando a dupla via de inserção, fazendo parte da mesma, para que sob sua legitimidade possamos ajudar aqueles que nos procuram.

Como aponta Khan (1977), Freud enfrentou os fatos clínicos pelo que eles eram, só posteriormente tentando construir teorias que pudessem fornecer alguma espécie de base explanatória. Para o autor, corremos o risco de ficar encapsulados em nossas teorias que fazem sentido, sem permitir que nossa experiência clínica a questione e muitas vezes, paralisamo-nos com receio do desconhecido. Para o autor, é preciso lançar-se em novos caminhos tantos clínicos quanto investigativos, de forma a não permitir que a psicanálise se paralise nos dogmas dos seguidores de Freud.

Mas felizmente, enquanto se sistematiza o saber na escola ou na universidade, os saberes se rebelam pelas ruelas, por becos, pelas realidades virtuais, pelas imagens e, por que não? Pelos hospitais?

Referências Bibliográficas

FREIRE-COSTA, J. **Vai nos sobrar alguma privacidade?** Disponível em: <http://www.no.com.br/revista/>. Acesso em: 22 maio 2002.

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

FREUD, S. (1913). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise: sobre o início do tratamento. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1986. v. XII.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1989.

KHAN, M. Silêncio como comunicação. In: KHAN, M. (Org.). **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. p.54-53.

PINHEIRO, N. **Uma casa com paredes de cristal: a clínica psicanalítica em ambulatório hospitalar**. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2003.

VILHENA, J. Da cidade onde vivemos a uma clínica do território. Lugar e produção de subjetividade. **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo: Ed. Escuta, v.XV; n. 163, p 48-54, 2002.

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

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

[Endereço para correspondência](#)

Junia de Vilhena

E-mail: vilhena@psi.puc-rio.br

Nadja Pinheiro

E-mail: nadjanbp@ufpr.br

Recebido em: 10 de dezembro de 2006

Aceito para publicação em: 13 de novembro de 2007

Acompanhamento do processo editorial: Deise Mancebo e Sonia Alberti

NOTAS:

¹ A pesquisa em sua totalidade pode ser encontrada em : PINHEIRO, Nadja (2003).