

Entre o público e o privado: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar

Between public and private: psychoanalytic clinic at hospital context

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

^I Universidade Federal do Paraná (UFPR)

^{II} Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio)

RESUMO

Abordando a questão do desenvolvimento de processos analíticos no âmbito hospitalar, o presente estudo utiliza como estratégia a operacionalização dos contextos ambulatório hospitalar versus consultório particular, identificando-os, respectivamente, às esferas pública e privada. O termo "público" refere-se, aqui, especificamente, à idéia de visibilidade que penetra a clínica ambulatorial, expondo tanto o trabalho do psicanalista quanto a intimidade do paciente aos múltiplos olhares institucionais. Optando por abandonar a clínica privada como modelo idealizado, uma pesquisa com profissionais da área psi subsidiou a especificação do contexto clínico do ambulatório hospitalar no que nele há de singular: a visibilidade, a transitoriedade e a complexidade do campo transferencial. Se aqui ingressamos no campo do desconhecido, nossa proposta de trabalho a partir do referencial winnicottiano mostra-se como uma tentativa de levarmos adiante o legado freudiano na superação dos novos desafios que a clínica, generosamente, nos apresenta.

Palavras-chave: Psicanálise; Hospital; Privado; Público.

ABSTRACT

Approaching the subject of the development of analytical processes in hospital environments, the present study uses as major concepts public and private spheres relating both to the contexts of hospital ambulatories versus private clinics. The word public refers, specifically, to the visibility idea that penetrates the ambulatorial clinic in the hospitals exposing as much the psychoanalyst's work as the intimacy of the patient to the multiples institutional glances. Opting to abandon the private clinic as an idealized model, a research with professionals of the health field was conducted in order to narrow down the singularity of each practice. Visibility, the transitoriness and the complexity of the transferential field were the major aspects found on the hospital context. In order to deal with what might be seen as an unknown territory the authors propose a return to Winnicott's theory as an efficient and creative approach to deal with the specifics and singularity of such practice.

Keywords: Psychoanalysis; Hospital; Private; Public.

INTRODUÇÃO

Em um congresso realizado em Budapeste, ao tratar das questões relacionadas ao futuro da psicanálise, Freud (1919-1986) aponta, como um caminho possível, o estabelecimento da clínica psicanalítica em ambientes institucionais.

É possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quanto o tem agora, à ajuda oferecida pela cirurgia [...] quando esse dia chegar, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados. [...] no entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa. (FREUD, 1919-1986, p. 210-211).

O autor parece acenar para o fato de que, independentemente das possíveis exigências de mudanças na técnica e nos elementos que compõem o campo clínico, algo que é da essência da psicanálise permanece, algo que se relaciona à linguagem, à palavra, à subjetividade, ao desejo, ao sofrimento psíquico. De pobres ou ricos, em consultórios particulares ou em instituições. Este foi o olhar que embasou a construção do nosso questionamento em relação ao desenvolvimento de atendimentos psicanalíticos no âmbito hospitalar e a conseqüente tentativa de delimitar a sua especificidade e singularidade, a partir da experiência em um hospital geral da cidade do Rio de Janeiro.

Se já sabíamos que trabalhar no contexto ambulatorial, tendo como referencial o consultório particular era um caminho equivocados, em virtude, inclusive, dos inúmeros *entraves clínicos* que se apresentavam, tornava-se necessário discriminar, também, quais as especificidades que observávamos na instituição onde desenvolvíamos nosso trabalho. Contudo, nosso olhar buscava distanciar-se daquilo considerado como "setting ideal", ou seja, o consultório privado. Neste sentido, em nossa investigação, tal qual o antropólogo que, ao estudar uma cultura, busca o que de singular há nela, olhamos a instituição como um novo campo a ser desvendado no que de particular e específico há nele. Entendendo o hospital como modelo exemplar de uma instituição disciplinar, observamos nele a marca 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, por meio de exames minuciosos, que desnudam o corpo e desvelam a alma, destituindo o paciente de qualquer privacidade em seus recônditos mais íntimos. Paralelamente, percebemos nosso trabalho controlado, observado e descortinado, por intermédio de inúmeros mecanismos burocráticos que se infiltravam na clínica, organizando, avaliando, mensurando e, muitas vezes, procurando determinar os caminhos a serem seguidos. Ou seja, no primado da visibilidade e transparência hospitalar, o campo clínico torna-se devassado, abrindo, ao olhar alheio, a intimidade do paciente em análise, impondo-nos a nítida sensação de que estávamos inserindo nosso trabalho em *uma casa com paredes de cristal*: delicada, valiosa e completamente translúcida. Invasão da privacidade (?), mescla de público e privado (?), aqui, a dinâmica clínica tornava-se singular, convocando-nos a investigar como ela estaria se organizando.

O presente artigo traz as considerações teóricas e clínicas que pudemos tecer a partir dessa nossa experiência. Iniciaremos com uma apresentação das principais contribuições teóricas acerca das relações estabelecidas entre psicanálise e instituição com o objetivo de inscrever, nesse âmbito, nossa perspectiva de trabalho. Em seguida, traremos à baila a configuração do cenário clínico psicanalítico ambulatorial e seus respectivos elementos organizadores. Como subsídio e como forma de ilustrar o trabalho, apresentaremos, de forma bastante resumida, algumas falas representativas de profissionais da área *psí*, objetivando captar as múltiplas visões por eles apresentadas. Tal qual um caleidoscópio, o campo apresenta-se refratado e nele buscamos apontar as diferentes visões que nos foram oferecidas. A descrição de nossa proposta de trabalho teórico/clínico finaliza nossas considerações¹

Hospital e visibilidade: cenário público, porém privado

Nossa intenção em entender a especificidade do cenário em que nosso trabalho se desenrolava encontrou na perspectiva foucaultiana, sobre a constituição dos hospitais na modernidade, um terreno bastante fértil. Tal perspectiva nos permitiu entender como, engendrando e sendo engendrado pelos mecanismos disciplinares, os hospitais transformaram-se no *locus* privilegiado da visibilidade na medida em que, em seu interior, as técnicas de controle fazem-se presentes de forma a nada passar despercebido à organização institucional. Infiltrando-se e iluminando cada atendimento clínico em particular, a vigilância institucional invade a privacidade do paciente ao tornar seu atendimento um fato compartilhado. Dessa forma, torna imperceptíveis e intercambiáveis as barreiras entre aquilo que deveria permanecer oculto e aquilo que transparece ao olhar alheio, determinando que, no contexto

ambulatorial, o cenário analítico estrutura-se, simultaneamente, privado e público, sem demarcações definidas, sem limites observáveis. Assim, pensar nas relações público/privado, na atualidade, naquilo em que elas se conectam com o exercício da psicanálise, acabou revelando-se um caminho bastante frutífero na compreensão da especificidade da clínica ambulatorial (PINHEIRO, 2001; 2005). Nesse sentido, como nos informa Costa (1994), encontramos, hoje, uma configuração entre público e privado na qual suas fronteiras se esvaecem a ponto de se confundirem e se interpenetrarem.

Nesse mesmo sentido, para Baudrillard (1981) a subjetividade, organizada em torno da lógica de consumo, constitui-se a partir de determinações e manipulações externas perpetradas pela engrenagem publicitária, que vai impondo modelos a serem adotados por cada um de nós, indicando que expor a intimidade ao olhar público se tornou a estratégia subjetiva atual para a ratificação da existência. A onipresença da mídia, tão bem descrita por Debord (1977) em *A sociedade do espetáculo*, por meio da exposição excessiva da imagem, falsificaria a experimentação real do mundo posicionando os indivíduos como espectadores, consumidores passivos de imagens. Um bom exemplo seria o aumento de programas televisivos que expõem o cotidiano de seus personagens ao olhar do público 24 horas por dia (VILHENA; MEDEIROS, 2002). Em uma sociedade em que observamos cada vez mais telas do que páginas, a espetacularização da imagem e do privado aponta para uma nova dimensão deste interjogo. Como aponta Debord (1977, p. 24):

[...] quanto mais ele [o indivíduo] contempla, menos vive; quanto mais aceita reconhecer-se nas imagens dominantes da necessidade, menos compreende sua própria existência e seu próprio desejo [...]. É por isso que o espectador não se sente em casa em lugar algum, pois o espetáculo está em toda parte.

É nesse sentido que podemos entender a transferência da clínica psicanalítica dos consultórios privados para os ambulatorios hospitalares como representativa desse mesmo movimento histórico e das configurações assumidas pelas esferas pública e privada na atualidade, já que, nos hospitais, o primado da visibilidade faz-se evidente, infiltrando-se e descortinando cada vez mais intensamente o cenário analítico, expondo-o, fragmentando-o, tornando-o público. Assim, ao percebermos que nos ambulatorios, local em que cada um se torna objeto e instrumento do poder disciplinar exercido, sobretudo pelo ato de olhar, os atendimentos analíticos transcorrem em um ambiente totalmente devassado, complexo, multifacetado e transparente, nosso próximo passo foi questionar como um instrumental teórico-clínico constituído objetivando trabalhar com as categorias da intimidade (e para tal produzindo um ambiente artesanalmente preparado para preservá-la do olhar externo) estaria se organizando em um contexto que prima pela visibilidade. Com isso, procurávamos não apenas assegurar a viabilidade dessa modalidade clínica, como também propor algumas alternativas possíveis na superação de seus impasses cotidianos.

Psicanálise nas instituições: conjunções e disjunções

Embora trabalhar com o método psicanalítico no interior de diferentes instituições já seja algo bastante familiar hoje em dia, ainda existem algumas dificuldades e impasses. Historicamente, os impasses teóricos e clínicos suscitados pela clínica institucional foram, inicialmente, compreendidos como sendo indicativos de uma inadequação fundamental das teorias psicológicas, em geral, e da psicanálise, em particular, no atendimento da população de baixa renda, que, usualmente, recorre ao trabalho institucional em busca de um auxílio para o seu sofrimento psíquico. Tais estudos se basearam, a princípio, nas considerações desenvolvidas por Boltansky (1979), que apontava a relação médico/paciente como dependente dos sistemas de classe e das habilidades lingüísticas dos pacientes para compreenderem, experienciarem e expressarem as sensações orgânicas. Tal percepção fez com que a relação psicoterapêutica começasse a ser problematizada, como nos trabalhos de Bernstein (1980), pelo viés das estruturas lingüísticas, que capacitariam (ou não) os pacientes a se submeterem a uma terapia. Uma vez que as práticas *psi* se fundamentam em teorias geradas no interior do código lingüístico elaborado, os pacientes que dele compartilham (classe média e alta) demonstrariam uma maior adequação para se submeterem a um processo terapêutico. Paralelamente, os impasses encontrados no desenvolvimento das psicoterapias, nas instituições, foram entendidos como dificuldades e inadequação dos pacientes de baixa renda a esse tipo de atendimento, posto que esses pacientes possuiriam um código lingüístico muito restrito que não os permitiria usar algumas habilidades lingüísticas necessárias a um processo terapêutico (BERNSTEIN, 1980). A noção bernsteiniana – segundo a qual diferentes classes sociais possuem diferentes processos de socialização que, por sua vez, engendram diferentes estruturas subjetivas, tornando os indivíduos mais ou menos adequados às práticas psicológicas – acabou produzindo uma série de questionamentos acerca da possibilidade de se trabalhar psicoterapeuticamente para além dos grupos sociais estruturados a partir de um universo simbólico individualista, disciplinar e intimista. Tais reflexões ora afirmavam a inadequação desse

trabalho (DUARTE; ROPA, 1985; BORGES, 1987), ora propunham mudanças na técnica, como a utilização da psicoterapia breve focal proposta por Fiorini (1978), ou a psicoterapia breve integrada, desenvolvida por Lemgruber (1987), ou ainda mudanças na dinâmica clínica por meio da presença de um terapeuta mais diretivo ou mais ativo, como propõem Figueiredo e Schvinger (1982). Por outro lado, autores como Costa (1987; 1989) começaram a refletir sobre a mesma questão, porém visando assegurar a possibilidade de se trabalhar com o dispositivo analítico nos ambientes institucionais com pacientes provenientes de diferentes classes sociais, sem entender essas diferenças como obstáculos intransponíveis. Para tal, Costa (1987) aponta a necessidade de se levar em conta as inúmeras formas por meio das quais a diversidade cultural marca as individualidades, permitindo que os sujeitos se constituam como sujeitos do desejo e do inconsciente. Partindo de uma perspectiva semelhante, alguns estudos (VILHENA, 1988; 1993; 2006; 2007a; SANTOS, 2000; VILHENA; SANTOS, 2000a; 2000b) promovem uma crítica à noção sociogenética da subjetividade para demarcar que a questão da clínica psicológica institucional deve se voltar para o campo clínico, de forma a promover uma re-descrição do cenário analítico diante da multiplicidade de contextos no interior dos quais a psicanálise se desenvolve na atualidade. A clínica, de acordo com as autoras, não pode ser esvaziada de sua dimensão política, uma vez que um verdadeiro processo de *apartação clínica* pode ser observado a partir da noção de população carente e/ou desfavorecida (VILHENA, 1993). Tal posicionamento nos parece importante. Em primeiro lugar, porque afasta a possibilidade de, no trabalho institucional, ignorar-se a presença da instituição e os reflexos que esta impõe ao desenvolvimento do processo analítico. Em segundo lugar, porque inscreve o trabalho psicanalítico em uma vertente ética que indica que a questão da analisabilidade deve ser definida a partir de cada caso em particular e não em termos apriorísticos, quer sejam estes baseados em referenciais lingüísticos ou de classes sociais.

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

Os trabalhos no ambulatório e no consultório são iguais... só que diferentes. O campo revisitado

Existe uma famosa e mal compreendida frase de Geertz (1983, p. 87) em que este afirma: “os antropólogos não estudam as aldeias [...] eles estudam *nas* aldeias”. 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 desenvolveu. Por esta razão, todo nosso trabalho na busca da inserção de psicólogos e/ou psicanalistas em instituições, comunidades ou outros espaços não tradicionalmente designados à psicanálise enfatiza o conhecimento da dimensão sociopolítica dos lugares onde o trabalho se desenvolve.

A vida nas instituições passa-se em espaços controlados por diferentes agentes, representantes não apenas de interesses como de códigos extremamente diversos. Tais espaços são muitas vezes altamente conflituados, em estado de tensão permanente, pois neles se sobrepõem malhas heterogêneas de poder, e, muitas vezes, não constituem uma morada receptiva para o pesquisador. Mas mesmo assim prosseguimos. (VILHENA; SANTOS, 2000b, p. 20).

Para configurarmos o campo de trabalho relativo ao âmbito hospitalar, entrevistamos cinco psicanalistas que trabalham em ambulatório de diferentes hospitais gerais da cidade do Rio de Janeiro. Utilizamos para tal, como metodologia, a análise do discurso proposta por Nicolacci-da-Costa (1989; 1994; 1998). Tal perspectiva enfatiza a pertinência dos estudos que utilizam a análise de discurso como instrumento de investigação de discursos cotidianos que não visam, como objetivo, um maior conhecimento do fenômeno lingüístico *per se*. Segundo Nicolacci-da-Costa (1989), quase todos os estudos realizados nas ciências sociais e humanas, por meio de questionários, entrevistas e observações, podem ser incluídos nessa categoria, posto que recorrem à análise do discurso por intermédio do conhecimento prático que todos nós temos de nossa língua materna. Nessas pesquisas, busca-se destacar as categorias gerais que estruturam os fenômenos pesquisados. O importante nessa perspectiva é que partamos da noção sobre a centralidade da linguagem na construção das ciências humanas para, a partir daí, procedermos uma

análise explícita do discurso envolvido na situação pesquisada, objetivando uma melhor compreensão do contexto no interior do qual tal discurso se estrutura.

O fato de delimitarmos nosso objeto de estudo como sendo os elementos ordenadores da clínica psicanalítica ambulatorial em hospitais gerais determinou que tomássemos como fundamental, na escolha dos sujeitos entrevistados, dois fatores: que tivessem como formação acadêmica o curso de graduação em psicologia e que adotassem a psicanálise como sistema teórico que fundamenta a prática clínica desenvolvida no âmbito ambulatorial, independente das diferentes linhas teóricas presentes no *corpus* psicanalítico. As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelos próprios entrevistados, visando facilitar a comunicação e o bem-estar dos sujeitos. Procedeu-se a gravação das entrevistas e sua posterior transcrição de forma a fundamentar sua análise. O desenvolvimento das entrevistas baseou-se em um roteiro pré-concebido, que foi elaborado a partir de quatro entrevistas-piloto. Composto por seis tópicos (sendo que cada tópico se desdobra em múltiplas direções), o roteiro perpassa o trabalho no hospital, a inserção profissional do entrevistado, suas considerações acerca do trabalho e da dinâmica institucional, assim como a dinâmica dos atendimentos analíticos lá desenvolvidos (regras institucionais em relação à triagem e encaminhamento, possibilidades de manejo clínico, horário, honorários, frequência e prazo para os atendimentos). A análise dos dados coletados processou-se a partir das respostas dadas pelos sujeitos seguindo duas direções distintas.

a) Em um primeiro momento, faz-se uma análise intra-sujeito, na qual o discurso de cada um dos sujeitos entrevistados é analisado em sua extensão, observando as contradições, pausas, hesitações, congruências e incongruências, presentes no discurso aparente, de forma a se poder destacar as categorias organizadoras do objeto de estudo em questão.

b) Em um segundo momento, procede-se uma análise inter-sujeitos, na qual cada pergunta é analisada em correspondência às respostas dadas por todos os sujeitos a essa mesma pergunta. Tal procedimento permite um afastamento das questões individuais e um encaminhamento, complementar e correspondente, para os aspectos gerais que perpassam e fundamentam o objeto de estudo em questão.

Na apresentação que faremos a seguir, as passagens no texto em *itálico* correspondem às transcrições literais das palavras dos entrevistados. Das suas considerações, sensações, percepções, hesitações e afirmações, foi possível destacar alguns elementos específicos dessa modalidade clínica: a visibilidade, a transitoriedade e a complexidade do campo transferencial. É interessante observar como, nas entrevistas realizadas, o primeiro movimento efetuado pelos entrevistados foi o de tentar marcar a identidade e a similaridade entre os trabalhos desenvolvidos no consultório e no ambulatório, demonstrando uma nítida tendência a tomar o modelo privado como parâmetro. Não sendo à toa, portanto, que, todos os entrevistados, ao discorrerem sobre sua prática no âmbito do ambulatório, tenham passado, invariavelmente, pelos mesmos elementos organizadores do espaço terapêutico privado, apontados por Freud, em 1913 (1913-1986): as entrevistas preliminares, a questão do tempo, do dinheiro e do uso do divã. Porém, no desenrolar das entrevistas, percebe-se nitidamente que esses mesmos elementos ganham uma configuração específica a partir de sua inserção no cenário hospitalar, de tal forma que, ao aparecerem no discurso dos entrevistados objetivando demarcar a semelhança e a identidade entre essas duas modalidades clínicas, surpreendentemente, eles acabaram por delimitar uma nítida diferença.

Entrevistas preliminares: a metaforização dos sintomas

Se, no texto freudiano, as entrevistas preliminares possuem um caráter diagnóstico, nos hospitais, a essa função (fundamental para a condução do processo terapêutico) se acrescentam outras. Nos hospitais, o paciente chega à seção de psicologia por um encaminhamento médico, trazendo, para o analista, nas entrevistas preliminares, a necessidade de promover a construção de uma demanda de trabalho psicoterapêutico. Tal encaminhamento, atravessado pelas inúmeras clínicas hospitalares, transparece por meio das queixas apresentadas pelos pacientes, as quais, no ambulatório, mantêm-se circunscritas às doenças somáticas e a um pedido feito pelos pacientes para receberem uma intervenção do analista, também prescritiva e diretiva. Como aponta uma de nossas entrevistadas:

«Quando eu vim trabalhar no hospital, eu senti essa diferença, que no consultório os pacientes vêm por suas próprias pernas, aqui eles vêm porque estão doentes, porque o médico mandou. E aí eu pergunto, mas você já fez psicoterapia antes? O que você achou desse encaminhamento? E ele responde: olha, eu por mim não vinha não, mas o doutor disse que é bom pra mim então eu vim. Aí ele cruza os braços e fica esperando que eu o ensine, que eu resolva as coisas pra ele.»²

Ocorre, assim, a necessidade de abrir possibilidades para a construção conjunta entre paciente e analista de uma demanda de análise, de forma a permitir que os sintomas apresentados deixem de se referir exclusivamente ao corpo biológico e possam se inserir na dinâmica dos investimentos libidinais, e, a partir daí, um trabalho analítico se estabeleça. Contudo, nem sempre isso ocorre e aí nos indagamos: terá sido em vão? Quantas vezes ouvimos de nossos pacientes, após duas ou três sessões, que este já se sente bem – e nos dão “baixa”. Certamente não poderemos falar de processo analítico, mas seria ousado falar de uma escuta que algo promove de mudança e que algum efeito terapêutico produz?

Tempo: breve, fugaz e transitório

Em relação à questão do tempo, podemos assinalar que este se desdobra em três vertentes distintas: a frequência às sessões, o tempo de duração de cada sessão e a duração do tratamento como um todo. Geralmente, nos hospitais, o número de sessões semanais é estabelecido pela instituição e resume-se, na maioria dos casos, a uma vez por semana. Além disso, algumas instituições delimitam o tratamento em torno de 25 a 30 sessões para sua conclusão, alegando a existência de uma grande fila de espera que necessita ser atendida. Em outros casos, nos quais tal delimitação não é explícita, ocorre uma exigência velada, por parte da instituição, para que os atendimentos não se prolonguem por muito tempo, posto que eles devem se atrelar à produtividade hospitalar.

«Nós não trabalhamos com tempo pré-determinado, não. Mas tem aquela coisa, não dá pra ficar com o paciente muito tempo, quatro cinco anos, se não a direção do hospital vem querer saber o que está acontecendo, por que aquele atendimento tá se prolongando tanto.»³

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

«Resumindo, no consultório eu posso fazer parto normal. Aqui no hospital tem que ser cesária. Lá eu teria tempo de acompanhar todo o trabalho de parto, dar a possibilidade de tempo da pessoa, aqui é assim: menino, menina, menino, próximo!»⁴

Mas há uma contrapartida sobre a qual raramente nos indagamos por estarmos atentos apenas às limitações impostas pela instituição. Há um desejo do paciente por uma terapia de quatro ou cinco anos? Certamente não estamos afirmando que por se tratar de pacientes de instituições tal desejo não estaria presente – nossos trabalhos anteriores afirmam o contrário (JULIVALDO; PINHEIRO, 1993; PINHEIRO, 2001; 2002; 2006a; PINHEIRO; VILHENA, 2005; 2007; VILHENA, 2002a; 2006; 2007a; VILHENA; SANTOS, 2000a; 2000b; VILHENA; AMARAL, 2002). O que indagamos é o quanto do desejo do paciente fica recoberto pelas *impossibilidades institucionais*. Se saber é poder, como nos ensinou Foucault, também sabemos que onde há poder há resistência e a nós incomoda o fato de pacientes nos serem apresentados apenas como *vítimas passivas* de um destino sobre o qual não possuem nenhuma ingerência.

Dinheiro: valor e desvalor

Aspecto extremamente importante para o manejo clínico, uma vez que a relação estabelecida pelo paciente com o dinheiro representa a sua forma singular de organizar e distribuir seus investimentos libidinais (FREUD, 1913-1986), nos hospitais, ou não existe alguma forma de pagamento, ou o contrato é estabelecido entre paciente e instituição. Com isso, a possibilidade de manejo clínico, por parte do analista sofre uma intervenção da instituição na medida em que esta não somente controla o pagamento efetuado pelo paciente, como é ela também quem paga o analista pelo trabalho desenvolvido.

«Lá (na instituição) tem um valor estipulado de pagamento, são R\$ 25,00 por sessão. Mas tem gente que não podia pagar esse valor e, às vezes, era permitido que os pacientes fossem atendidos por menos, mas como manejar isso? Porque no consultório a negociação fica com você, mas lá não, se o paciente falta ou se não paga, tudo ficava muito no controle da secretária, então era muito difícil da gente manejar.»⁵

Por outro lado, o fato de o analista ser pago pela instituição para desenvolver seu trabalho acaba por marcá-lo de uma forma específica. A maioria dos entrevistados referiu-se a uma sensação de desvalorização de seu trabalho.

«Quando vem alguém aqui no ambulatório que eu sei que poderia pagar por uma terapia, eu fico pensando o que estaria acontecendo àquela família para vir ao hospital? Será que essa criança está sendo tão desvalorizada assim? Será que é porque aqui o pai não vai precisar gastar nenhum dinheiro com o filho? E isso acaba atrapalhando o atendimento que já não é bom! Nesses casos, eu acho que o que existe é uma grande desvalorização e uma desqualificação do nosso trabalho, porque, se a família pode pagar (e a gente sabe como o pagamento é importante em uma análise) e o pai opta por vir ao hospital, o tratamento fica muito difícil. Eles não vão ter ônus, mas também não terão bônus! É muita desvalorização!»⁵

Porém, saber que o pagamento é importante para o desenvolvimento de processos analíticos é um saber do analista e não do paciente. Ou seja, não seria esta uma forma de apontar para a confiança que o paciente deposita no hospital como lugar de referência que o acolhe nos momentos em que necessita de atendimento? Nesse sentido, tal afirmação do analista não estaria apontando para a desvalorização que o próprio analista produz sobre o seu trabalho no hospital? Ao contrário de vários centros em outros países, as instituições, como tudo aquilo que é público, são vistas no Brasil não como algo de todos, mas sim como não sendo de ninguém. Nenhum de nossos entrevistados parece perceber que tais atendimentos estão longe de ser gratuitos, uma vez que os impostos pagos pela população subsidiam não apenas os hospitais como os SPAs de universidades, na medida em que estas são isentas de impostos e encargos trabalhistas. O que em realidade observamos não é a desvalorização por parte do paciente, mas a desqualificação que o profissional vivencia ao perceber o seu trabalho em uma instituição como algo menor. Voltamos aqui ao *setting* ideal, e a um superego que parece dizer: *ai não é possível se fazer psicanálise*, donde minha desqualificação.

Divã: a presença pela ausência

Ao se ter o consultório particular como referência para o trabalho ambulatorial, torna-se freqüente a preocupação com o espaço físico em que os atendimentos acontecem. Salas bem arrumadas, ambientes aconchegantes, silenciosos e calmos fazem parte do ideário psicanalítico e estão muito longe de serem encontrados nos hospitais. Nestes, a ambientação segue o modelo médico, com mesas, cadeiras e macas. Além disso, em algumas salas não existe uma boa vedação acústica, o que permite que o discurso do paciente seja ouvido por pessoas que estejam nas outras salas da seção de psicologia ou na sala de espera. Outrossim, a dinâmica hospitalar, algumas vezes, faz com que haja uma rotatividade no uso das salas, sendo freqüente ao analista atender em ambientes bastante incomuns: nos jardins, nas varandas, nos corredores etc. Embora todas essas especificidades do ambulatório tornem explícita a ruptura com o *setting* analítico tradicional, todos os entrevistados se referiram ao divã, ou melhor, à falta dele, ou ao estranhamento que sua presença, quando existe, causa, demarcando, assim, que a clínica privada é tomada como modelo ideal a ser seguido.

«Lá, no hospital, as salas têm mesa e cadeira. Mas tem uma sala que tem um sofá que eu fiz de divã e aí eu sempre atendo lá. Mas, assim, eu só consegui deitar um paciente, os outros ainda não é hora, embora estejam em análise, mas... não sei... aquele divã é uma coisa muito estranha, causa um estranhamento, de repente fica fora do lugar, não sei...»²

Visibilidade, transitoriedade e campo transferencial complexo

A possibilidade de entendermos o hospital como uma instituição disciplinar, tal como nos informa Foucault (1998, 2002), permite-nos perceber a complexidade do espaço clínico ambulatorial no interior do qual ocorre a instrumentalização de inúmeras técnicas que visam o controle e a submissão, a partir de um olhar hierárquico capaz de tudo observar, mensurar, avaliar, analisar. Nos hospitais, o paciente quase não encontra possibilidades de garantir alguma privacidade na exposição de sua intimidade, já que sua vida é esmiuçada, seu corpo físico examinado, sua conduta observada, sua psique analisada, não havendo espaço para o refúgio, o isolamento e o descanso. Em termos práticos, isso significa dizer que, desde o momento em que o paciente chega à seção de psicologia, ele é identificado, protocolado, ficando registrado em seu prontuário o início, o progresso do tratamento, assim como seu término ou interrupção.

«Aqui [no hospital], nós temos que registrar todos os pacientes, quem o está atendendo, o dia em que o atendimento se iniciou, quando terminou, se o paciente concluiu ou desistiu, qual a queixa principal, o andamento das sessões, enfim, fica tudo registrado.»⁸

Significa, ainda, dizer que o próprio paciente compartilha suas intimidades com funcionários, atendentes, médicos e, ainda, amigos, na sala de espera, havendo um intercâmbio de informações entre os pacientes, funcionários, secretárias etc.

«No hospital, tem muita gente, então é uma fofocada danada, a mãe de um conhece a mãe do outro, fazem amizade com a secretária, umas coisas que complicam às vezes, um disse-me-disse difícil de trabalhar na análise.»⁹

Em contra-partida, pelo lado do analista, seu trabalho é questionado, avaliado pela equipe de saúde, pela coordenação do hospital da seção de psicologia, além de ser regido por todo um aparato de regras institucionais às quais tem que se submeter e que penetram o campo clínico revelando, ao olhar alheio, o transcorrer da análise.

«Aqui, no hospital, é muito estranho, o seu trabalho fica muito visível, as pessoas sempre querem ficar sabendo o que você está fazendo com determinado paciente, ou até, o que é pior, querem dizer o que você tem que fazer com ele! E aí você tem que dar explicações, porque indicou pra outra clínica, ou porque não o está atendendo mais, enfim, seu trabalho fica muito exposto.»¹⁰

Dessa forma, inserido neste contexto, o espaço clínico psicanalítico perde sua proteção intimista (encontrada nos consultórios particulares) ao se tornar exposto e permeado por uma série incontável de atravessamentos institucionais. Técnicas de controle que, segundo Foucault (2002), incidem sobre o espaço, o movimento e o tempo, instaurando, nos hospitais, o primado da visibilidade. Ou seja, constrói-se todo um campo de visibilidade no qual o movimento, o desenvolvimento, o desenrolar dos atendimentos e a atuação dos analistas ficam expostos a diversos e múltiplos olhares. 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: a transitoriedade e a complexidade do campo transferencial. Ao se exercer o controle sobre o tempo (estipulando o número de sessões semanais, a duração das mesmas, o prazo para o seu encerramento e o número de pacientes que cada analista deve atender para que não lhe sobre nenhum momento ocioso), o hospital introduz a transitoriedade como marca dos processos analíticos ambulatoriais, na medida em que impõe uma indicação para a brevidade e a rapidez. Importação de uma lógica referente ao modelo médico da modernidade, que privilegia a produtividade, a dicotomia saúde/doença e a homogeneidade, os hospitais configuram-se como locais da pressa, da produção, das soluções rápidas, da devolução do paciente à sociedade o mais breve possível. Assim, o contexto de um ambulatório hospitalar caracteriza-se por ser, tanto para os usuários quanto para os profissionais que lá trabalham, o local da transitoriedade.

«A instituição é sempre uma passagem, um tempo que se fica lá, mesmo porque não há muito o que crescer lá dentro, tanto profissionalmente quanto financeiramente. Não é como no consultório, que é meu espaço, meu lugar, onde eu quero ficar, crescer, trabalhar.»¹¹

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

«Quando o paciente chega pra gente, ele já passou por outras clínicas do hospital. E aí a gente pergunta: – Mas quem te encaminhou pra psicologia, como é o nome do médico? E, geralmente, eles dizem: – Não, sei, ... não sei. E sabe por que isso acontece? Porque são cinco médicos cuidando dele e ele não grava o nome de ninguém, olha o impessoal aí... totalmente impessoal.»¹²

A visibilidade e a transitoriedade marcam o campo transferencial paciente/analista de forma que também, em sua constituição, a instituição mostra-se presente e atuante. Construir seus vínculos com a instituição pelo viés da transitoriedade e impessoalidade facilita a construção de uma transferência fugaz, fugidia, volúvel, já que perpassada pelas engrenagens institucionais. Por essa razão, torna-se comum encontrar, nos hospitais, pacientes que interrompem o atendimento e, quando desejam retornar para reiniciar o tratamento, fazem-no com um outro psicólogo sem se importar com essa mudança.

«Aqui é engraçado. Tem uns pacientes que retornam sempre. Os da casa gerontológica principalmente. Então, eles já são conhecidos, todas nós já os atendemos, já conhecemos a história deles.»¹³

A partir dessas considerações, podemos perceber, então, que inserir os atendimentos psicanalíticos na dinâmica institucional de um hospital geral indica que a clínica psicanalítica acaba por se configurar, tal como o hospital, a partir do primado da visibilidade, da transitoriedade e da complexidade. Por essas razões, o trabalho do psicanalista ganha, no ambulatório, uma configuração própria ao se tornar devassado, aberto à visibilidade que penetra nas quatro paredes ambulatoriais, tornando-o multifacetado, compartilhado e transparente. Esta visibilidade penetra o espaço clínico e expõe a intimidade dos pacientes ao olhar alheio e anônimo. Mescla de público e privado que se insere na clínica psicanalítica assim como já o havia feito na clínica médica, tornando suas fronteiras, por meio da instrumentalização dos dispositivos de controle disciplinar, intercambiáveis, flexíveis, algumas vezes imperceptíveis. Configura-se, assim, uma dinâmica clínica singular, que necessita de uma proposta de trabalho que, abandonando o consultório privado como modelo, configure-se como específica.

Nem melhor, nem pior, apenas diferente: no horizonte do possível

Nossa longa experiência em projetos comunitários nos mostra como muitos deles fracassam em função da crença de que o nosso saber científico, aliado às nossas boas intenções, é suficiente para definir para uma determinada comunidade quais as suas necessidades (GULA; PINHEIRO, 2007; VILHENA, 2002b; 2003a; 2003b; 2004; 2005; 2007b; 2007c; VILHENA; DIMENSTEIN; ZAMORA, 2005b, VILHENA; VERGNE, 2001; VILHENA; ZAMORA, 2000; 2001; 2002; VILHENA; ZAMORA; DIMENSTEIN, 2003). O mesmo poderíamos dizer de nosso trabalho em instituições – sobretudo instituições multidisciplinares (PINHEIRO, 2006b; 2006c; VILHENA; AMARAL, 2002). Escutar é assim fundamental – ouvir o que esperam de nós, analisar se somos capazes de atender parte das demandas e, sobretudo, reconhecer a legitimidade de uma prática que já vem sendo desenvolvida bem antes de nossa chegada. Neste sentido, se esperamos ser ouvidos em nossas contribuições e sugestões, é também fundamental que possamos escutar para aprender. Aprender, no sentido aqui empregado, possui uma estreita relação com o processo de apreensão de códigos, normas, *ethos* e práticas vigentes. A característica fundamental de qualquer território é a constituição de pontos nodais de interação, em que uma rede altamente complexa de diversos tipos de relações atua como agenciadora de subjetividades (VILHENA, 2002b).

Para trabalhar nesse contexto, a referência a Winnicott tornou-se interessante e adequada, principalmente porque o autor parte da dialética sujeito/ambiente como fundamental no desenvolvimento emocional do ser humano. Pela sua perspectiva, podemos trabalhar as situações contraditórias, complexas e paradoxais que dinamizam a clínica ambulatorial sem a necessidade de resolvê-las de uma forma excludente ou reducionista. Assim, torna-se possível conceber as ações terapêuticas que aí acontecem como transformadoras tanto da realidade subjetiva quanto institucional, em um campo transferencial que comporta vínculos simultâneos estabelecidos entre paciente, analista e instituição, em constante movimento. Superando a dicotomia entre realidade externa e realidade interna, Winnicott (1975) introduz a noção de uma área intermediária da experiência humana para a qual contribui, em sua constituição, tanto uma quanto outra, simultaneamente. Nessa área intermediária, constituída em tempos primevos entre mãe e bebê, o sujeito encontra possibilidades de agir criativamente na construção de seu mundo interno/externo. Área de ilusão, espaço do paradoxo, em seu interior as realidades interna e externa estão, ao mesmo tempo, ligadas e separadas. Espaço potencial, no interior do qual se situa o campo da cultura e da experiência analítica, é essa noção que nos permite entender a transferência nas instituições, como um campo complexo criado pelo par analista/analizando, incluindo a presença da dinâmica institucional. Desconstruindo a dicotomia entre transferência com o analista *versus* transferência com a instituição, propomos a noção de campo transferencial no qual analista e paciente, como uma unidade que comporta o múltiplo, estão presentes como sujeitos participantes do jogo transferencial. Tal proposta se situa no sentido de superar a dificuldade encontrada em se trabalhar analiticamente, negando a presença da instituição, posto que esta noção impede que as questões institucionais sejam trabalhadas. Ao se pensar as interferências institucionais como estando fora do campo transferencial, analista e paciente permanecem emudecidos e assujeitados à lógica hospitalar, ou seja, aparecem como objetos de manipulação dos mecanismos de controle institucional. Sem perceberem suas participações na construção dessa dinâmica, permitem que os elementos institucionais se tornem obstáculos intransponíveis que submetem o par analista/analizando aos jogos do saber/poder disciplinar. Dessa forma, ao excluir do campo transferencial o ambiente institucional, o analista acaba por excluir a si e ao paciente como sujeitos potenciais de suas ações, deixando escapar a possibilidade de um agir criativo, inserindo-se na cadeia da superficialidade, do passageiro, do transitório, tão característica dos ambientes hospitalares.

«É muito difícil trabalhar no ambulatório. Lá, você tem sempre que estar contando com as pessoas se intrometendo no seu trabalho. Tem muita interferência no seu trabalho. No hospital acontecem coisas do arco da velha, coisas incríveis. E manter um trabalho de análise nesses lugares é muito difícil.»¹⁴

De forma distinta, ao propormos pensar a transferência como um campo complexo, uma área intermediária, no interior da qual analista e paciente constroem, com o ambiente, a realidade compartilhada, trazemos para a dinâmica analítica a possibilidade de transformação, na medida em que ambos possam ser sujeitos potenciais de suas ações. Tem-se, assim, um movimento clínico que se torna possível no momento em que entendemos que a instituição, paradoxal e simultaneamente, impõe a transitoriedade e a permanência, já que o hospital se apresenta como o lugar estável e seguro onde os pacientes são acolhidos quando e sempre que precisarem. Espaço da segurança e do acolhimento, o hospital apresenta-se como o lugar que oferece a confiança necessária para a instalação do campo transferencial. Dessa forma, pode-se entender a transitoriedade e a brevidade impostas aos atendimentos analíticos como um processo de separação, e não de abandono. Segundo Winnicott (1983), a separação, necessária para o desenvolvimento emocional da criança, permite ao ego experimentar a sensação de continuidade no viver como sujeito singular. Por seu turno, o abandono obstaculiza o desenvolvimento e impele o sujeito ao retorno a estágios mais precoces do desenvolvimento emocional. Daí a importância de um ambiente acolhedor e seguro que permita ao sujeito agir criativamente sobre o mundo, podendo, a partir daí, sentir-se vivo. Acreditamos que o hospital, ao se apresentar como um ambiente seguro e confiável, sustenta o paciente em seu processo de desenvolvimento emocional, posto que, para além das referências individuais, proporciona a sensação de continuidade. A partir da confiança estabelecida no ambiente, que nos ambulatorios oscila entre ambiente/analista e ambiente/instituição, o paciente encontra possibilidades de se desenvolver emocionalmente e experimentar a sensação de agir sobre o mundo e não de estar submetido aos desígnios da exterioridade. Assim, a instituição, ao fazer uma oferta permanente de ajuda, possibilita a construção de uma sensação de segurança e confiabilidade que sustenta a construção de uma área de trabalho analítico a partir da qual a transformação subjetiva pode operar no sentido de devolver ao paciente a possibilidade de transformar tanto a realidade interna quanto a externa.

CONCLUSÃO

Às vezes, em questões corriqueiras, triviais, certas dificuldades de decodificação, em função da heterogeneidade de contexto dos interlocutores, revelam-se, até pela singeleza do exemplo, extremamente expressivas das dificuldades do diálogo em espaços de relativa heterogeneidade de códigos (VILHENA; ZAMORA, 2002). A prática psicanalítica convoca-nos a valorizar a experiência única de cada sujeito, de cada relação ou processo, mas no dia-a-dia da instituição parece que os desafios são ainda mais radicais.

O que nossa experiência de trabalho no ambulatório nos demonstrou foi que, fazendo parte da dinâmica hospitalar, o espaço analítico apresenta-se multifacetado, posto que nele se trabalha com universos distintos que se mesclam e se permeiam. A continuidade de uma análise, nesse contexto, situa-se nas possibilidades criadas pelo par analista/analizando em encontrar novas formas de lidar com a realidade hospitalar que opera no sentido da imposição e submissão às suas verdades. No cenário do ambulatório, espaço da visibilidade em que o paciente se encontra submetido ao maior escrutínio e controle, importa devolver-lhe a capacidade de criar.

Ao analista, cabe a tarefa de fundar a confiança sobre a qual o espaço potencial possa ser erguido barrando a intromissão, a submissão, a injeção das verdades postuladas pelos profissionais de saúde que podem se configurar como material persecutório ao invadirem o espaço clínico por meio do controle burocrático (PINHEIRO, 2006c). Porém, concebendo-se a transferência como um campo constituído pela tríade analista/analizando/instituição, em constante e dialética interação, concebe-se oportunidades, ao paciente, de mover-se da dependência total à autonomia relativa. Um trabalho que ganha uma especificidade própria quando condições de possibilidade são criadas para que isso aconteça com toda beleza e riqueza que a experiência analítica é capaz de produzir, como nos informa um de nossos entrevistados:

«O trabalho no ambulatório é legal porque as pessoas de lá estão fora de uma cultura psicanalítica. Assim, o encontro delas com a psicanálise, com as formações do inconsciente, quando esse encontro acontece, é extremamente transformador em si mesmo, porque ele não é alguma coisa que está racionalizada. É algo que está totalmente fora da racionalização, mas totalmente presente na experiência analítica. Lá, quando as coisas acontecem, elas são muito intensas e muito transformadoras. É fantástico!!!»¹⁵

Como aponta Khan (1977), Freud enfrentou os fatos clínicos pelo que eles eram, só posteriormente tentando descobrir teorias que pudessem fornecer alguma espécie de base de explanatória. Para o autor, corremos o risco de ficar encapsulados em nossas teorias que fazem sentido, sem permitir que nossa experiência clínica as questione, e muitas vezes paralisamos-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. Todos aqueles que, como nós, tiveram a oportunidade de ter contato com essa modalidade clínica certamente reconhecem essa experiência: um encontro inesperado, surpreendente, que se faz em desafios. Experiência que nos indica que analisar não é uma técnica que se aprende e se executa, mas um trabalho delicado que se produz, sobretudo, com intuição, sensibilidade e criatividade.

REFERÊNCIAS

- BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- BERNSTEIN, B. Classe social, sistemas de fala e psicoterapia. In: FIGUEIRA, S. (Org.). **Psicanálise e ciências sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980. p. 230-245.1.
- BOLTANSKY, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979..
- BORGES, L. A. **Atendimento psicoterápico aos setores populares**: um estudo das representações de terapeutas e pacientes. 101f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1987.
- COSTA, J. A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a doença dos nervos e a identidade psicológica. **Cadernos do I.M.S.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 16-32, 1987.
- _____. **Psicanálise e contexto cultural**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- _____. Bernadet e o declínio do homem privado. **Cadernos de psicanálise**, Rio de Janeiro, v. XVI, n. 8, p. 133-147, 1994.
- DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1977.
- DUARTE, L.; ROPA, D. Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psicológico às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, S. (Org.). **A cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 32-51.
- FIGUEIREDO, M. C.; SCHVINGER, A. Estratégias de atendimento psicológico institucional a uma população carente. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 34-42, 1982.
- FIORINI, H. **Teoria e técnicas de psicoterapia**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- _____. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 2002.
- FREUD, S. 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, 1913-1986. v. XII.
- _____. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1919-1986. v. XVII.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1983.
- GULA, P.; PINHEIRO, N. Entre o limite e a esperança: relato de uma experiência em psicologia institucional. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 358-367, 2007.
- AJULIVALDO, F.; PINHEIRO, N. **Observações sobre a clínica psicanalítica no âmbito institucional e seus reflexos na constituição do campo transferencial**. 65 f. Monografia (Especialização em Psicoterapia) – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.
- KHAN, M. Silêncio como comunicação. In: KHAN, M. (Org.). **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. p. 54-53.
- LEMGRUBER, V. **Psicoterapia breve**: a técnica focal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- NICOLACCI-DA-COSTA, A. M. Questões metodológicas sobre a análise do discurso. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 10, n. 4, p. 103-108, 1989.

_____. A análise do discurso em questão. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 317-331, 1994.

_____. **Na malha da rede**: os impactos íntimos da internet. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

PINHEIRO, N. Palco público de dramas privados: a clínica psicanalítica nos ambulatórios institucionais. **Revista Psicologia**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 49-71, 2001.

_____. Enlaces transferenciais: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v.22, n. 2, p. 22-34, 2002.

_____. **Uma casa com paredes de cristal**: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

_____. Sobre os conceitos de público e privado e suas relações com a psicanálise. **Acheronta**, Buenos Aires, v. 22, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.acheronta.org>>.

_____. Visibilidade, transitoriedade e complexidade: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. **Reverso**, Belo Horizonte, v.53, n. 1, p. 33-42, 2006a.

_____. Confinamento e visibilidade: reflexões sobre o trabalho de profissionais psi no ambiente hospitalar. In: II CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 2006, Belém, **Anais do II congresso internacional em Psicopatologia Fundamental**, 2006b. Disponível em: <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>.

_____. Transparente, transitória e complexa: sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. In: I CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL; VI ENCONTRO CATARINENSE DE SAÚDE MENTAL, 2006, Florianópolis, **Anais do I Congresso Sul Brasileiro de Saúde Mental**. Florianópolis: UFSC, 2006c.

_____; VILHENA, J. Nem público nem privado, muito pelo contrário: sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE PSICANÁLISE E PSICOTERAPIA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL, 2005, Rio de Janeiro, **Anais do Simpósio Nacional em Psicanálise e Psicoterapia no Campo da Saúde Mental**, Rio de Janeiro: UERJ, 2005.

_____. De paciente a sujeito: a difícil passagem do público para o privado: reflexões sobre o atendimento psicanalítico em ambientes hospitalares. **Vivências**, Natal, v. 31, n. 1, p. 89-99, 2007.

SANTOS, A. **Clínica psicanalítica em comunidades**: um campo complexo de atuação diferenciada. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

VILHENA, J. Atendimento psicológico a populações carentes: mitos e lendas. **Gradiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 5-7, 1988.

_____. Apartheid clínico: uma visão violenta e autoritária da prática clínica. **Cadernos do Serviço de Psicologia Aplicada: Uma Prática em Debate**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 5, p. 1-30, 1993.

_____. Da cidade onde vivemos a uma clínica do território. Lugar e produção de subjetividade. **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. XV, n. 163, p. 48-64, 2002a.

_____. A arquitetura da violência: reflexões acerca da violência e do poder na cultura. **Cadernos de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 21, p. 181-200, 2002b.

_____. Da claustrofobia a agorafobia. Cidade, confinamento e subjetividade. **Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. IX, n. 1, p. 77-90, 2003a.

_____. Tá tudo dominado... Cidade, confinamento e subjetividade. In: _____ (Org.). **A clínica na universidade**: teoria e prática. São Paulo: Loyola; PUC-SP, 2003b. p. 95-111.

_____. Da cultura do medo à fraternidade como laço social. In: VIEIRALVES, R.; VILHENA, J.; Zamora, M. H. (Org.). **As cidades e as formas de viver**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2004. p. 18-36..

_____. A cidade roubada. O Rio por trás das grades. In: BINGEMER, B.; YUNES, S. (Org.). **A bala, a flor e o perdão: violência e reconciliação**. Rio de Janeiro: PUC-Rio; Konrad Adenauer Stifune, 2005. p. 73-85.

_____. Clínica psicológica com populações de baixa renda. Dispositivos clínicos e agenciamentos subjetivos. **Polêmica**, Rio de Janeiro, v. 16, 2006. Disponível em: <http://www.polemica.uerj.br/pol16/oficinas/lipis_4.htm>.

_____. Psychoanalysis and low income populations: territory, uprootment and production of subjectivity. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line**, São Paulo, v. 7, n. 1, 2007a. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/journal/mai7/7-4_art.pdf>.

_____. É proibido sonhar... Sobre a banalização da violência. **Polêmica**, Rio de Janeiro, v. 19, 2007b. Disponível em: <http://www.polemica.uerj.br/pol19/oficinas/lipis_4.htm>.

_____. A violência da cor. Sobre racismo, alteridade e intolerância. **Psicologia Política**, Belo Horizonte, v. 6, n. 12, 2007c. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~psicopol/seer/ojs/viewarticle.php?id=7>>.

_____; AMARAL, M. E. Em busca de uma certa singularidade. Reflexões acerca da psicanálise infantil em uma instituição. **Psychê Revista de Psicanálise**, São Marcos, v. VI, n. 9, p. 197-211, 2002.

VILHENA, J.; DIMENSTEIN, M.; ZAMORA, M. H. Sobre a vida dos jovens nas favelas cariocas. **Revista do Departamento de Psicologia**, Niterói, v. 16, n. 1, p. 24-39, 2005.

VILHENA, J.; MEDEIROS, S. Mídia e perversão. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v.31, n. 183, p. 28-31, 2002.

VILHENA, J.; SANTOS, A. Quem cala... consente! – a cultura da violência e a ética da psicanálise. **Psychê Revista de Psicanálise**, São Marcos, v. 4, n. 5, p. 157-182, 2000a.

_____. Clínica psicanalítica com comunidades. Um desafio contemporâneo. **Cadernos do Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 32, p. 9-35, 2000b.

VILHENA, J.; VERGNE, C. As imagens da exclusão: um estudo sobre as favelas cariocas. In: **Livro de Resumos do VIII Colóquio Internacional de Sociologia Clínica e Psicossociologia**, Belo Horizonte, 2001, p. 37.

VILHENA, J.; ZAMORA, M. H. O trabalho do psicólogo com comunidades. Cultura e formação profissional. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 133-146, 2000.

_____. Na trama da cultura: considerações sobre a violência policial. **Revista do Departamento de Psicologia**, Niterói, v. 11, n. 1, p. 51-63, 2001.

_____. Being a child in a Brazilian slum. **Clio's Psyche Psychohistory Fórum**, New Jersey, v. 9, n. 1, p. 16-18, 2002.

_____; DIMENSTEIN, M. Infâncias roubadas. La vida de los jovenes em lãs favelas de Rio de Janeiro. **Psichos Psicoanalysis y el hospital**, Buenos Aires, v. XII, n. 23, p. 35-40, 2003.

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

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

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

Endereço para correspondência

Nadja Nara Pinheiro
E-mail: nadjanbp@ufpr.br

Junia de Vilhena
E-mail: vilhena@psi.puc-rio.br

Recebido em: 07 /07/2007
Aprovado em: 07/08/2007
Revisado em: 02/09/2007

¹A pesquisa, em sua integralidade, pode ser encontrada em Pinheiro (2003).

²Ver Pinheiro (2003, p. 128).

³Ver Pinheiro (2003, p. 130).

⁴Ver Pinheiro (2003, p. 131).

⁵Ver Pinheiro (2003, p. 132).

⁶Ver Pinheiro (2003, p. 132).

⁷Ver Pinheiro (2003, p. 135).

⁸Ver Pinheiro (2003, p. 137).

⁹Ver Pinheiro (2003, p. 137).

¹⁰Ver Pinheiro (2003, p. 137).

¹¹Ver Pinheiro (2003, p. 140).

¹²Ver Pinheiro (2003, p. 140).

¹³Ver Pinheiro (2003, p. 141).

¹⁴Ver Pinheiro (2003, p. 146).

¹⁵Ver Pinheiro (2003, p. 151).