



Fundação Edson Queiroz
Universidade de Fortaleza – UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG
Mestrado em Psicologia

TICIANA CHAVES BANHOS

**As relações entre os laços sociais e as práticas
médicas contemporâneas: um estudo freudiano das
identificações**

Fortaleza – Ceará

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

TICIANA CHAVES BANHOS

**As relações entre os laços sociais e as práticas
médicas contemporâneas: um estudo freudiano das
identificações**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Psicologia da Universidade de
Fortaleza – UNIFOR, como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Estudos Psicanalíticos

Orientadora: Prof^a. Clara Virgínia de Q. Pinheiro
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Fortaleza
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

2008

B216r Banhos, Ticiana Chaves.

As relações entre os laços sociais e práticas médicas contemporâneas :
um estudo freudiano das identificações / Ticiana Chaves Banhos. - 2008.
81 f.

Cópia de computador.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2008.
“Orientação : Profa. Dra. Clara Virgínia de Q. Pinheiro.”

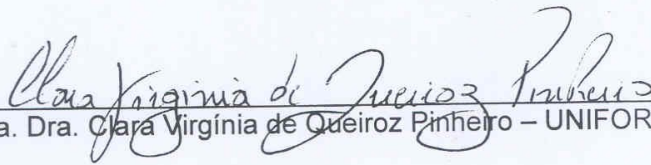
1. Psicanálise. 2. Identificação(Psicologia). 3. Laço social. I. Título.

CDU 159.964.2

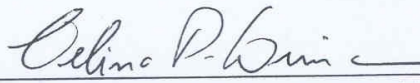


Universidade de Fortaleza – UNIFOR
 Mestrado em Psicologia
 Sujeito, Sofrimento Psíquico e Contemporaneidade

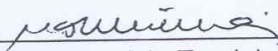
Dissertação intitulada "***As relações entre os laços sociais e as práticas médicas contemporâneas: um estudo freudiano das identificações***", de autoria da mestranda Ticiane Chaves Banhos, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



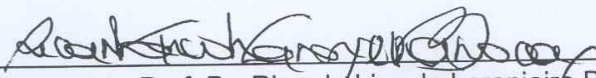
Profa. Dra. Clara Virgínia de Queiroz Pinheiro – UNIFOR – Orientadora



Profa. Dra. Maria Celina Peixoto Lima – UNIFOR



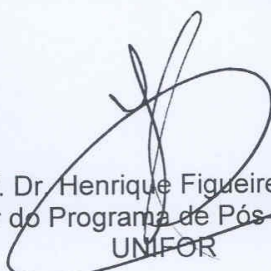
Profa. Dra. Maria Livia Tourinho Moretto – USM



Prof. Dr. Ricardo Lincoln Laranjeira Barrocas – UFC

Fortaleza, 12 de dezembro de 2008

Visto:


 Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro
 Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
 UNIFOR

Dedico este trabalho a Lúcia Maria Chaves e a João Carlos de M. Banhos, meus pais, que me transmitiram os valores primordiais da vida.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP pelo apoio financeiro.

À Prof^ª. Dr^ª. Clara Virgínia, pela disponibilidade, por ter acreditado e ajudado a transformar sementes em conhecimento e experiência.

À Aline Pitombeira Andrade, exemplo de amizade e generosidade.

À Fundação de Seguridade Social – GEAP, por autorizar o acesso às informações utilizadas neste trabalho e por me haver concedido a oportunidade de começar.

Aos professores doutores Maria Celina Peixoto e Ricardo Lincoln pelas indicações bibliográficas mais do que úteis que enriqueceram este trabalho e deram novas perspectivas.

A Mardônio Coelho, exemplo de ética e atitude profissional.

Aos amigos do Mestrado em Psicologia da UNIFOR, especialmente Renata e Milene, pelo compartilhamento de experiências.

À Luana Leão, cúmplice, de longa data, dos interesses intelectuais.

RESUMO

O presente estudo tem origem no questionamento acerca das relações contemporâneas entre os sujeitos e o saber médico. Pressupõe-se que tal relação pode ser analisada à luz da Teoria Freudiana das Identificações por meio da qual Freud explica os laços sociais. Desse modo, privilegia-se a natureza dos laços sociais implicados na experiência subjetiva que caracteriza o domínio médico na atualidade. O trabalho está dividido em três capítulos. O primeiro descreve um dispositivo médico, por excelência, que privilegia o atendimento a idosos e encarna os ideais biomédicos, atendendo aos princípios da qualidade de vida. O segundo trata de autores que investigam uma forma de constituição de si fundada na Biologia como discurso dominante na contemporaneidade. Já o terceiro capítulo examina as relações contemporâneas do sujeito com o saber médico à luz da Teoria Freudiana das Identificações, buscando conhecer em que medida se pode relacioná-las com o modelo freudiano de identificação. Conclui o terceiro capítulo que as relações subjetivas dentro do campo médico são de “servidão” ou “fascinação” tal como se observa no fenômeno de massa.

Palavras-chave: Laço social, Identificação, Saber Médico, Psicanálise, Contemporaneidade.

ABSTRACT

The present study has its source from an issue about the contemporary relations between the subjects and the medical knowledge. We suppose that such relation can be analyzed under the Freudian Theory of Identifications by means of which Freud explains the social ties. In this manner, it highlights the nature of the social ties involved the subjective experience that prevails in the medical field of today. The research is divided in three chapters. The first describes a medical device, par excellence, that highlights the attendance to elderly and represents the biomedical ideals by following the principals of the quality of life. The second deals with authors that study a way of construction of itself based in Biology as dominant speech in the present day. The third chapter examines the contemporary relations of the subject with the medical knowledge under the Freudian Theory of Identifications, searching to know in what measure we can relate them to the Freudian model of identification. The third chapter concludes that the subjective relations within the medical field are of "servitude" or "fascination" in the same way it can be observed in the mass phenomenon.

Key-Words: Social Tie, Identification, Medical Knowledge, Psychoanalysis, Present Day.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. O PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE CASOS-PGC	17
2. AS REPERCUSSÕES DAS PRÁTICAS MÉDICAS NA EXPERIÊNCIA SUBJETIVA E NOS LAÇOS SOCIAIS	30
2.1	A 30
Biomedicina	
2.2 As práticas bioascéticas e a constituição de bioidentidades	33
2.3 A contraposição entre práticas ascéticas e bioascéticas	37
2.4 A biosociabilidade	40
2.5 Os efeitos do discurso científico nos laços sociais	44
3. AS CONCEPÇÕES FREUDIANAS DAS IDENTIFICAÇÕES	46
3.1 A identificação e a escolha do objeto	46
3.2 A identificação com o pai	48
3.3 Outros tipos de identificação	52
3.4 Casos em que o objeto é posto no lugar do ideal do ego	56
3.5 O saber médico situado no lugar do ideal do ego	65
3.6 Dominação e civilização	67

CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	77
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	78
Declaração de Revisão Gramatical	79

INTRODUÇÃO

O presente estudo origina-se de um questionamento acerca da natureza das relações contemporâneas entre os sujeitos e o saber médico. Pressupõe-se que tal relação pode ser analisada à luz da Teoria Freudiana das Identificações, por meio da qual Freud explica as relações intrínsecas entre a formação do eu e a constituição dos laços sociais. Desse modo, privilegia-se a natureza dos laços implicados na experiência subjetiva, que caracteriza o domínio médico na atualidade.

Tal questionamento surgiu da dificuldade em se demarcar um lugar diferenciado como psicóloga/psicanalista num dispositivo médico, por excelência, que encarna os ideais biomédicos, atendendo aos princípios da qualidade de vida e privilegiando o atendimento a idosos.

Por meio dos atendimentos psicológicos a esses sujeitos, foram verificadas falas que se esgotavam na corporeidade, ao ponto de suas experiências de si estarem dominadas pelos valores médicos; demandas reduzidas à busca de se viver os ideais da longevidade e da qualidade, seguindo-se, daí, uma escalada nos exames e o recurso a um arsenal terapêutico cada vez mais pesado e tanto mais inevitável pelo fato de que tais modos de respostas satisfaziam essa demanda e o encorajamento da ordem médica para que os sujeitos se tornassem objetos de autocontrole e autovigilância e a pregnância dos discursos aos ideais biomédicos.

Por fim, constatou-se que os sujeitos aprendiam o vocabulário médico, tentando raciocinar seus problemas em termos médicos. Era essencialmente do profissional da Medicina que esses sujeitos esperavam a cura dos seus males e uma vida melhor.

Tal vínculo com o saber médico tornou difícil instaurar a ligação analítica, mesmo diante da oferta de uma escuta sobre o saber inconsciente e do cumprimento das condições necessárias para o desenrolar de uma análise, segundo o procedimento freudiano.

Ante tais dificuldades, que obstaculizaram a escuta sobre o saber inconsciente, pergunta-se:

Em que medida a relação sujeito – saber médico é a responsável por tais dificuldades ?

Em que medida se pode pensar numa reorganização subjetiva tecida pelas relações contemporâneas entre os sujeitos e o saber médico ?

Que tipo de relação é estabelecida entre os sujeitos e o saber médico na contemporaneidade segundo a perspectiva freudiana dos laços sociais ?

Em que medida se pode relacioná-la ao modelo freudiano de identificação ?

Tais questões se sustentam em Kehl (2004), que designa um novo modelo de sujeito contemporâneo, o “Homem-Corpo”. Trata-se de um indivíduo que estabelece a experiência de si alheia ao domínio subjetivo do eu. É como se, ao sujeito introspectivo, conflituado e autovigilante da Psicanálise, se sucedesse outro liberto das vicissitudes de qualquer subjetividade. Isto é enganoso, salienta a autora, pois o corpo é a primeira representação imaginária do eu e, ao concentrar sobre ele toda a subjetividade, pensando que se está livre para traçar o próprio destino, ele não se dá conta de que está mesmo é condenado a viver, mais do que nunca, encarcerado em si mesmo. Ainda, acrescenta ela, é como se ao sujeito do inconsciente se sucedesse um sujeito que escolheu não precisar saber mais nada sobre o inconsciente. Parece que o corpo lhe basta. O exercício subjetivo se faz no corpo-imagem, o qual foi para o bebê a

primeira sede narcísica do eu, e que continua dando conta para esses novos sujeitos de todas as questões a respeito do ser e do sentido da vida.

O corpo-imagem que o sujeito apresenta ao médico vai determinar sua felicidade por constituir o objeto privilegiado do seu amor próprio, a tão propalada auto-estima, a que se reduziram todas as questões subjetivas na cultura do narcisismo.

O sentido da vida para o “Homem-Corpo” parece se reduzir à produção de um corpo. De acordo com Kehl (2004):

Nesses termos, o corpo é ao mesmo tempo o principal objeto de investimento do amor narcísico e a imagem oferecida aos outros – promovida, nas últimas décadas, ao mais fiel indicador da verdade do sujeito, da qual depende a aceitação e a inclusão social. O corpo é um escravo que devemos submeter à rigorosa disciplina da indústria da forma (enganosamente chamada de indústria da saúde), e um senhor ao qual sacrificamos nosso tempo, nossos prazeres, nossos investimentos e o que sobra de nossas suadas economias. (p. 175).

Essa relação com a imagem parece corresponder à posição da criança, no estágio do espelho, descrita por Lacan (1995), em que ela se identifica a uma imagem de completude, percebida desde o olhar materno, reconhecendo-se toda ali. O olhar do Outro, encarnado imaginariamente na mãe, não apenas devolve à criança a imagem unificada de seu corpo no tempo presente, assim como inaugura sua permanência numa temporalidade futura, projetando-a na direção de um ideal narcísico sempre por alcançar.

A imagem é a forma mais primitiva de identificação que situa o sujeito na dependência absoluta do olhar do Outro.

Quanto a isto, Kehl (2004) destaca o poder de sedução das imagens oferecidas, por exemplo, pelo discurso publicitário. Este não se reduz mais a convencer o consumidor sobre a qualidade de um produto. Nos dias atuais, a publicidade vende sonhos, ideais e valores para a sociedade inteira, e mesmo quem não consome nenhum dos objetos alardeados pela propaganda, como se fossem a chave da felicidade, absorve suas imagens, isto é, o desejo de possuí-las.

Tais observações de Kehl (2004) sobre o discurso publicitário podem se estender para o repertório médico. Este também vende ideais, como os da saúde, da boa forma física e da qualidade de vida, para serem consumidos. Os sujeitos também despendem o desejo de possuí-los, identificando-se com o ideal de vida que eles supostamente representam. E aqueles que ficam de fora são incluídos pela identificação às imagens.

O discurso médico fornece imagens onipotentes, ditando como o sujeito “deve ser”: saudável, longo, ativo e com boa forma física. É estabelecida uma relação em espelho com o médico, mediante a qual os indivíduos passam a se ver, inteiramente, por meio delas. Dessa forma, se fazem de objeto médico, deslocando o eixo da subjetividade para concentrá-la no domínio do corpo.

Exemplo deste fato é a velhice que, na contemporaneidade, passa a ser reconstituída como um estilo de vida mercadológico que conecta os valores da juventude com as técnicas de cuidado corporal. Os idosos da atualidade são apresentados como saudáveis, joviais, longevos, engajados, produtivos, autoconfiantes, em plena forma física etc.

Explana, ainda, Kehl (2004) a noção de que os publicitários descobriram que é possível fazer o inconsciente do consumidor trabalhar a favor do lucro de seus clientes. Sabe-se, acrescenta ela, que o inconsciente funciona de acordo com a

lógica da realização imediata dos desejos que, na verdade, não é tão individual quanto parece. O desejo é social, deseja-se o que os outros desejam ou o que convidam que se deseje. Sobre isto, Kehl (2004) aduz:

Uma imagem publicitária eficaz deve apelar ao desejo inconsciente, ao mesmo tempo em que se oferece como objeto de satisfação. Ela determina os objetos imaginários de satisfação do desejo, e assim faz o inconsciente trabalhar para o capital. Só que o sujeito do inconsciente nunca encontra toda a satisfação prometida no produto que lhe é oferecido – nesta operação quem goza mesmo é o capitalista! (p. 61).

A fundação do imaginário acontece com a constituição da imagem do corpo próprio. Quando a criança se identifica com a imagem refletida no espelho é que começa a constituição do eu. Esta imagem do corpo proporciona uma precária unidade a este sujeito ainda fragmentado, produzindo a ilusão de uma completude, também precária, pois a identificação da criança é com uma imagem unificada e perfeita refletida no espelho.

A identificação a uma imagem é, na verdade, uma forma de alienação. Apesar do imaginário ser o registro que dá consistência à experiência subjetiva, esta ancoragem, contudo, é apenas no domínio do corpo e no que se é para o olhar do outro.

Kehl (2004) deduz das premissas lacanianas que o Outro é uma instância simbólica, apesar de a mãe ser a primeira encarnação imaginária dele para o sujeito, uma vez que ela introduz o recém-nascido no campo da linguagem. O pai, como figura de autoridade e poder, vem a seguir substituir a autoridade materna, pois ele

instaura a terceira dimensão no vínculo especular estabelecido, entre a mãe e a criança, uma espécie de ponto de fuga da dualidade primordial.

Ao longo da vida, outras figuras da sociedade, que portam poder e/ou saber, oferecem suporte para a encarnação imaginária. São presenças mediadoras entre a pequenez do sujeito e a imensidão do espaço público onde se tecem os acordos e as linhas de força que sustentam a referida sociedade.

Algumas delas se destacam como portadoras dos discursos capazes de oferecer, pelo menos provisoriamente, sustentação para o laço social. Dentre, elas, estão os professores, os médicos, que encarnam o Outro para o sujeito. Diante dele, o indivíduo é tentado a exibir “o brilho fálico da imagem”, que atesta: eu existo porque o Outro me vê (Kehl, 2004).

Ainda sobre a identificação imaginária, Calligaris (1994) assevera que, na cultura contemporânea, prevalece a identificação às imagens onipotentes que fascinam pelo fato de reatualizar uma condição narcísica perdida. Por esta via, o sujeito se constitui se esforçando para coincidir com as imagens que poderiam satisfazer aos outros (primeiro aos pais).

O idoso, por exemplo, se constitui seguindo a sedução das imagens propostas pelo discurso biomédico e com as quais ele tenta – na falta de identificações simbólicas – arrumar uma identidade.

Esse cenário pôde ser observado, ao longo de quatro anos, ao se exercer a clínica com os participantes do PGC¹ da GEAP². Este programa promove os ideais biomédicos e tenta realizá-los como sua finalidade essencial por intermédio da prevenção e da promoção da saúde.

¹ Programa de Gerenciamento de Casos, voltado para o atendimento domiciliar de idosos que, em sua maioria, são portadores de doenças crônico-degenerativas e, por esse motivo, estão temporariamente impossibilitados fisicamente de se dirigir à rede credenciada da GEAP.

² A Fundação de Seguridade Social-GEAP é uma entidade fechada, sem fins lucrativos, que oferece aos servidores públicos federais planos e programas de saúde, assistência social e previdência complementar.

Antes de se abordar as relações entre os sujeitos e o saber médico sob o ponto de vista freudiano, privilegiar-se-à a leitura de autores, tais como Costa (2004), Lebrun (2004), Ortega (2008) e Pinheiro (2006), acerca das repercussões das práticas médicas na experiência subjetiva. Esses autores seguem uma linha de investigação sobre a elaboração de si, fundada na Biologia como discurso dominante na contemporaneidade.

Diante do exposto, este ensaio consiste em estudo teórico que se divide em três capítulos.

O primeiro capítulo – logo após esta introdução, descreve um dispositivo médico, por excelência, que encarna e privilegia os ideais biomédicos, atendendo aos princípios da qualidade de vida e privilegiando o atendimento a idosos.

O segundo concede destaque ao pensamento de autores que investigam uma forma de formulação de si fundada na Biologia como discurso dominante na contemporaneidade.

Já o terceiro segmento examina as relações contemporâneas do sujeito com o saber médico à luz da Teoria Freudiana das Identificações, buscando conhecer em que medida se pode relacioná-las com o modelo freudiano de identificação, seguindo-se as conclusões. Para isto, tomam-se como materiais principais das análises empreendidas os seguintes ensaios freudianos: “Totem e Tabu” (1912[1913]/1969a), “Além do Princípio do Prazer” (1920/1969b), “Psicologia de Grupo e a Análise do Ego” (1921/1969c), “O Ego e o Id” (1923/1969d) e “Mal estar na civilização” (1930/1969e).

Assim, restaram estabelecidos os seguintes objetivos:

Geral

- Examinar uma forma de laço social dominante na contemporaneidade segundo a teoria freudiana da identificação.

Específicos

- Pesquisar sobre as concepções freudianas da identificação;
- Identificar que tipo de laço se encontra na hipnose, na paixão amorosa e na formação grupal;
- Comparar entre si a hipnose, o estado amoroso, a formação grupal e as relações contemporâneas entre os sujeitos e práticas médicas; e
- Pesquisar sobre os ideais dominantes na contemporaneidade.

A pesquisa está submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza – COÉTICA, cujas deliberações estão fundamentadas na Resolução CNS no 196/96, que incorpora, sob a óptica do indivíduo e das coletividades, os referenciais básicos da Bioética – autonomia, não maleficência e justiça.

1. O PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE CASOS-PGC

Existem pessoas que se privam inteiramente de tudo o que se pode comer, beber ou fumar. Assim, a qualidade é questionada de qualquer maneira. É o preço que pagam pela saúde. E a saúde é tudo o que ganham. Como isso é estranho. É como gastar toda a sua fortuna em uma vaca que não dá leite.

(Mark Twain)

De julho de 2003 a abril de 2007, esta autora iniciou o trabalho como psicóloga no Programa de Gerenciamento de Casos – PGC da GEAP – Fundação de Seguridade Social.

Criada em 1945, a GEAP é uma entidade fechada, sem fins lucrativos, que oferece aos servidores públicos federais e aos seus dependentes planos e programas de saúde, assistência social e previdência complementar. Possui hoje cerca de 760 mil vidas sob sua responsabilidade em todo o País, sendo 231 mil com 60 anos ou mais, o que representa mais de 31% da população de assistidos.

A Fundação atua na prevenção, promoção e Educação em Saúde para os assistidos idosos, por meio de vários grupos da terceira idade e de programas, tais como o PGC.

O PGC beneficia mais de 59 mil assistidos nos 27 estados da Federação e, atualmente, atende 137 pacientes no Estado do Ceará.

O PGC foi instituído na GEAP-CE, em abril de 2002, com a proposta inicial de prestar atendimento domiciliar a idosos portadores de doenças crônico-degenerativas,

impedidos fisicamente de se dirigirem a um consultório médico, por meio de equipes multidisciplinares, a fim de promover a qualidade de vida.

Os primeiros participantes do PGC foram escolhidos por meio de um índice de utilização dos serviços assistenciais oferecidos pelo plano, como consultas, exames e internações hospitalares. O gerente de serviços da GEAP-CE identifica, por intermédio de boletins gerenciais, os beneficiários que mais gastam com os serviços de saúde e lhes oferta o programa.

A GEAP, ultimamente, propaga seus programas por meio dos boletins informativos, enviados, mensalmente aos domicílios dos beneficiários do plano, provocando uma procura maior do que a oferta.

Além dos boletins informativos, os beneficiários e/ou componentes familiares também tomam conhecimento do PGC por meio dos médicos dos hospitais conveniados que informam sobre a existência do serviço e orientam o paciente a procurá-lo para continuar a receber os cuidados médicos após a alta hospitalar. Assim como os hospitais, os patrocinadores da GEAP, que são os órgãos públicos federais – INSS e INAMPS – igualmente, encaminham beneficiários ao Programa.

Salienta-se que o PGC acolhe outras demandas que não a necessidade de cuidar de uma doença crônico-degenerativa.

Conseqüentemente, o perfil do usuário do PGC vem mudando, consideravelmente, desde a sua concepção até os dias de hoje, apesar de a maioria dos assistidos ainda ser de pessoas que sofrem de doenças crônico-degenerativas.

Por conseguinte, o Programa visa a monitorar no domicílio os beneficiários da GEAP, portadores de doenças específicas ou não, por intermédio das equipes multidisciplinares que atuam como reabilitadoras, educadoras e orientadoras de cuidados, articulando ações de caráter assistencial e preventivo na exploração das

diversas possibilidades de vida e agindo sobre os aspectos físicos do cuidado, com a finalidade de proporcionar melhor adaptação ao meio social e familiar.

Por motivos de ordem econômica, os pacientes são abordados pela Medicina preventiva para que não precisem dos serviços médicos assistenciais oferecidos pelo plano de saúde.

O PGC da GEAP conta com uma equipe técnica composta por assistente social, médico gerenciador de casos, enfermeira gerenciadora de casos, enfermeira assistencial, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e fonoaudióloga.

O participante do PGC, além de receber visitas periódicas da equipe técnica, também possui assistência médica direcionada para especialistas da rede credenciada da GEAP-CE nos casos de intercorrências clínicas mais complexas.

Ressalta-se que todas as equipes multidisciplinares do PGC (três na GEAP-CE) são coordenadas por um gerente de serviços. Este tem uma equipe de apoio que o auxilia e deve ter uma formação de nível superior na área de saúde, ou pós-graduação nesse campo.

Ao ser aceito no PGC, o participante, no primeiro momento, recebe as orientações da assistente social da GEAP. Esta realiza visita domiciliar, que visa a sensibilizar os membros familiares e/ou beneficiários sobre a importância da frequência nos treinamentos organizados pela GEAP para adquirir maior conhecimento sobre o autocuidado. Nessa visita, a profissional preenche um formulário de avaliação socioeconômica que mensura o grau de adesão do assistido, cuidador e familiar ao Programa, os aspectos externos da moradia (se dispõe de água, luz, esgoto, coleta de lixo, a proximidade da casa com instituições de saúde e farmácias) a higiene do local, a adequação do ambiente quanto à iluminação e piso. Durante esse encontro, o paciente assina um termo de adesão e

um de designação dos cuidados, em que nomeia um cuidador para auxiliar no cuidado de si.

O paciente também recebe a visita do médico gerenciador de casos (MGC) e da enfermeira gerenciadora de casos (EGC).

O médico gerenciador de casos (MGC) é o responsável pela assistência médica, avaliação e acompanhamento da saúde do beneficiário de forma integral. Cada MGC (são três) é responsável por até 45 beneficiários. Uma vez por mês, ele e a EGC realizam as visitas domiciliares que podem ser ampliadas para duas ou três vezes no mês, de acordo com a necessidade do paciente.

O MGC tem como atribuições: examinar e avaliar o beneficiário de forma integral, articulando ações de caráter assistencial e preventivo; promover ações que previnam as internações; solicitar exames regulares e complementares; e participar de reuniões mensais com a equipe do PGC, promovidas pelo gerente de serviços, para discutir questões internas e administrativas relacionadas ao Programa bem como com o intuito de monitorar o estado de saúde geral do paciente para averiguar a possibilidade de alta.

Nessas ocasiões, debatem-se as intercorrências clínicas mais graves, as condutas adotadas com o paciente, família e cuidador, indicações e motivos de alta do Programa e se recebe o encaminhamento dos pacientes novatos.

O MGC deve preencher o prontuário médico a cada visita realizada. Trata-se de um documento que deve conter informações a respeito da saúde do beneficiário, tais como: queixas, história clínica, antecedentes pessoais patológicos, antecedentes familiares, usos de medicamentos, solicitação de exames regulares (raio X, sangue) e complementares, condutas adotadas, diagnóstico médico, prescrição de medicamentos, registro de alta e os motivos que levaram a ela, hábitos de vida

(higiene pessoal, sedentarismo, lazer, vícios como tabagismo, ingestão de álcool), aspectos funcionais de deambulação, continência, comunicação, audição, visão, nível de consciência, grau de independência para realizar atividades diárias como banho, vestuário e alimentação.

Além disso, o prontuário médico possui uma ficha de evolução do acompanhamento do beneficiário em que os outros profissionais da equipe registram suas evoluções. Este chama-se Formulário de Evolução Clínica do Beneficiário. Ele deve ser preenchido e assinado por parte de cada profissional no ato da visita domiciliar.

O PGC adota alguns indicadores de alta: a indisciplina, o não- cumprimento das condições exigidas e registradas no termo de adesão ou a não- aderência do paciente a qualquer tratamento indicado; a evasão, no caso do paciente se ausentar três vezes consecutivas nos horários marcados, sem justificativa; o óbito; a internação; melhora clínica e, por último, a alta a pedido do paciente.

No Formulário de Evolução Clínica do Beneficiário, os profissionais registram as informações de acordo com sua área de atuação: estado geral do paciente (orientação, nível de consciência, grau de independência nas atividades diárias, comunicação), exame físico (medição da pressão arterial), condutas, diagnóstico, evolução, intercorrências, orientações sobre autocuidado, prescrição de medicações, solicitação de exames, alta e os motivos que levaram a ela. No caso da Psicologia, não se registra o relato ou conteúdo das sessões, informa-se, de forma geral, a temática trabalhada em cada sessão.

A GEAP sugere que esses documentos sejam guardados em uma pasta no domicílio do beneficiário, em local acessível, para que a equipe do PGC e a família possam acompanhar a melhoria da sua saúde. A assistente social aconselha que o

beneficiário tenha em sua residência uma agenda de visitas que contenha os dias, horários e profissionais que irão atendê-lo, para que o cuidador e/ou familiar acompanhe as visitas.

A visita da enfermeira gerenciadora de casos (EGC) traduz-se em acompanhar e orientar, juntamente com o médico, todos os cuidados de saúde necessários para a melhoria da qualidade de vida do beneficiário do PGC. Ela tem as seguintes atribuições: desenvolve, conforme o Plano de Cuidados, ações para a capacitação dos enfermeiros assistenciais com vistas ao desempenho de suas funções, promove medidas educativas ao beneficiário e ao membro familiar, executa a assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária no nível da sua competência, orienta sobre higiene corporal, prevenção de quedas e como adaptar o ambiente domiciliar às necessidades dos assistidos.

Pode-se dizer que o MGC e a EGC são os responsáveis pelo acompanhamento geral da saúde do beneficiário. Esses dois profissionais coordenam a equipe multiprofissional e são os primeiros a realizar a visita técnica. Nesta, elaboram e aplicam o Plano de Cuidados.

O Plano de Cuidados é o planejamento da assistência a ser prestada ao beneficiário do PGC. Nele constam-se: descrição do quadro clínico, justificativa da permanência no programa, o estado geral de saúde do paciente (comunicação, nível de consciência, doenças associadas, intercorrências, grau de independência do paciente na realização das atividades da vida diária), laudo médico sobre a situação de saúde do beneficiário, todos os cuidados que a equipe profissional deverá ter, a identificação do cuidador formal, os profissionais indicados pelo MGC e EGC, os serviços que deverão ser prestados, a programação da assistência e o tempo previsto para ela.

Ao elaborar o Plano de Cuidados, o MGC e a EGC classificam o paciente em um dos níveis assistenciais que organizam o Programa, que vão do I até o III, além do especial, segundo o princípio da hierarquização das atenções.

Por exemplo, no nível I, estão os pacientes de alto risco, com histórico de repetidas internações, portadores de doenças crônico-degenerativas que, ao receberem alta hospitalar, são encaminhados pelos médicos dos hospitais conveniados para o PGC, desde que recebam os cuidados necessários. Eles podem receber a equipe completa em seu domicílio, que deverá ser indicada pelo MGC e a EGC de acordo com o quadro clínico do paciente e suas necessidades. Este nível é chamado monitoramento contínuo, podendo o paciente nele permanecer por três meses com possibilidades de ser prorrogado por mais esse período, no caso de a equipe decidir pela não-indicação da alta, uma vez que não foi tempo suficiente para estabilizar o paciente ou conseguir melhora da sua condição clínica. A prorrogação do prazo para a continuação da assistência deverá ser autorizada pela GEAP de Brasília. Em caso de alta concedida por algum profissional por motivo de melhoria, o paciente migrará para outro nível adequado à estabilização do quadro clínico conquistada até esse momento.

Destaca-se o fato de que o paciente somente poderá permanecer sendo atendido pelos outros profissionais enquanto estiver sob os cuidados do médico e da enfermeira. Na medida em que ele evolui, irá migrando para os outros níveis até receber alta do Programa.

No nível II, os pacientes recebem os cuidados do médico, da enfermeira e mais duas terapias complementares que deverão ser escolhidas pelo MGC de acordo com o quadro clínico e as necessidades dos pacientes. São pacientes que conquistaram algum grau de estabilização do quadro clínico, certa autonomia, apesar de ainda

apresentar risco moderado no que diz respeito às intercorrências clínicas. Nesse nível, os pacientes podem permanecer também três meses prorrogáveis.

No nível III, o assistido recebe em seu domicílio somente o médico e a enfermeira, já que é considerado um paciente estável. Pode permanecer nesse nível por um mês prorrogável.

No nível especial, é requerida uma assistência de maior complexidade por período prolongado, pois estão os pacientes acometidos por neoplasias, traumas do aparelho locomotor, crônicos, que necessitam de um atendimento contínuo, os egressos de internações.

O PGC tem uma metodologia de tratamento que permite a permanência do beneficiário no Programa de até, no máximo, sete meses de assistência domiciliar. Pacientes que necessitam de um atendimento contínuo migram para outros programas da Instituição.

Caso não seja possível o restabelecimento da condição anterior de saúde, a proposta de alta do PGC traduz-se na melhoria da qualidade de vida e na promoção de estilos de vida mais saudáveis por meio das intervenções realizadas pela equipe com a família, paciente e cuidador. Com relação ao paciente, a equipe objetiva que ele tenha maior conhecimento do seu problema de saúde e esteja ciente dos cuidados que se deve ter com a saúde e o corpo, dessa forma, tentando comprometê-lo na busca de autonomia no âmbito corporal.

Quanto aos cuidadores, estes são capacitados pela equipe a administrar os cuidados necessários ao paciente por meio de palestras, treinamentos e orientações dadas no ato da visita domiciliar. A família é também orientada e instruída a participar e colaborar na melhoria da qualidade de vida, bem como seus membros; aqueles diretamente cuidadores tem direito ao atendimento psicológico quando solicitado.

Com base no Plano de Cuidados, os profissionais do PGC, indicados pelo MGC ou EGC, planejarão e iniciarão a assistência à saúde do beneficiário em seu domicílio.

Após o encaminhamento dos pacientes para os profissionais incluídos no Plano de Cuidados, o passo seguinte é a marcação das visitas domiciliares de acordo com a disponibilidade dos pacientes.

A primeira abordagem ao paciente é feita por meio de contato telefônico quando se agenda a visita inicial.

Na visita inicial, comunicam-se ao paciente as condições para a realização do atendimento, tais como: quantas vezes por semana se darão os encontros, horário, dia da semana, a permanência do serviço e a duração das sessões. A GEAP fixa a duração da sessão em 40 minutos. Quanto à permanência dos serviços, o paciente é informado de que o tempo máximo de permanência da equipe em seu domicílio é de sete meses e que ele poderá contar com eles enquanto estiver sob os cuidados do MGC.

O Serviço de Nutrição, uma vez por mês, avalia, conforme o Plano de Cuidados, o estado nutricional do paciente, utilizando os indicadores nutricionais de forma a identificar o risco nutricional ou deficiência; discute e avalia a história nutricional do beneficiário, sugerindo as modificações alimentares necessárias; elabora a prescrição dietética de acordo com a evolução nutricional e a tolerância digestiva; elabora prescrição dietética, estabelecendo a sua composição qualitativa e quantitativa e seu fracionamento por horários; indica condutas dietéticas pós-alta; avalia os hábitos e as condições alimentares da família com vistas ao apoio dietoterápico em função da disponibilidade de alimentos, condições, procedimentos e comportamentos em relação ao preparo, conservação, armazenamento, higiene e administração da dieta.

As sessões de fisioterapia, dependendo do caso, podem se estender até três vezes na semana ou quinze vezes no mês, com o objetivo de treinar a marcha e o equilíbrio. A fisioterapeuta, conforme o Plano de Cuidados, planeja, controla e executa ações de saúde por meio da sua área de atuação; executa assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária no nível de sua competência, realiza anamnese e exame físico; elabora o diagnóstico cinesiológico funcional, prescreve e orienta o autocuidado; realiza a supervisão em terapia física, que objetiva preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade do órgão, sistema ou função do corpo humano; utiliza exercícios respiratório, cárdiorrespiratório, cardiovascular, de educação ou reeducação neuromuscular, reabilitação muscular, relaxamento muscular, locomoção, reabilitação osteoarticular, adaptação ao uso de próteses substitutivas em casos de perda de membros para melhorar o desempenho físico do paciente.

O fonoaudiólogo dirige a reabilitação vocal por meio de exercícios semanais de voz, motricidade oral e respiração, segundo o Plano de Cuidados. Também realiza a reabilitação da deglutição, que envolve exercícios de sensibilidade, estimulação e motricidade oral, além de outras manobras; faz ausculta cervical, observando acúmulo ou não da secreção laríngea e possível aspiração; busca inserir o beneficiário no meio social, dando-lhe condições de interação.

O Serviço de Psicologia é disponibilizado uma vez por semana ou cinco vezes no mês. O lugar dado ao psicólogo, nessa entidade promotora de saúde, é junto à equipe, isto é, como membro dela. Então ele deve realizar avaliação psicológica, com vistas ao tratamento de problemas psicológicos, tomando como base o Plano de Cuidados. Somado a isto, ele deve fazer atendimento psicoterapêutico individual/familiar, tendo como referência o tempo e os objetivos estabelecidos pelo

Plano de Cuidados, bem como trabalhar em situações de agravamento físico e emocional, inclusive, no período terminal, participando das decisões com relação às condutas a serem adotadas na equipe: internações, intervenções cirúrgicas, exames e altas.

O chamado para o atendimento psicológico surge, geralmente, das seguintes fontes: da equipe técnica, quando se identificam estados “depressivos”, conflitos familiares ou dificuldades apresentadas pelos componentes familiares e/ou cuidadores no trato com os pacientes; dos membros familiares, pois são eles que mais acionam esse serviço, tanto pela preocupação com o estado de saúde do paciente quanto pelo desejo de ter com quem dividir as responsabilidades nos cuidados administrados aos entes queridos; e, raramente, dos pacientes.

Ao ocupar o lugar de psicóloga, de uma das equipes do PGC, procurou-se não direcionar o trabalho do psicólogo pela ordem médica, como de fato acontecia com as outras práticas discursivas.

Os profissionais não-médicos que trabalham nessa instituição de saúde estão ali para desempenhar suas atividades em função de obedecer às ordens médicas. Os recursos de que esses profissionais dispõem para obedecê-las são claros e passíveis de utilizar para que se atinjam os objetivos médicos. Não há, portanto, polêmica acerca do trabalho da Enfermagem e Fisioterapia. Todos estes profissionais estão ali para fazer cumprir a ordem médica, e eles estão bem instrumentalizados para isso (Moretto, 2001).

Acrescenta Moretto (2001) que, quando se trata de um analista na equipe, o que direciona seu trabalho não é a ordem médica, ainda que ele tenha sido contratado para se pôr, também, a serviço dela.

Como profissional que atua segundo a orientação psicanalítica, pretendeu-se ofertar uma escuta que fizesse surgir uma demanda de saber sobre o inconsciente, uma fala que não estivesse restrita ao discurso da qualidade de vida, isto é, que conduzisse a uma retificação subjetiva. Quanto a esta, Moretto (2001) assinala: “[...] a retificação subjetiva [...] é fazer o sujeito se dar conta que o problema dele não está nas relações do Eu com o mundo, e sim nas relações do sujeito com o seu objeto” (p. 48).

A aceitação da oferta de escuta, por parte do paciente, em geral, pautava-se nos pedidos do médico ou da família que orientavam o cliente a realizar o tratamento psicológico/psicanalítico como mais um serviço que poderia auxiliá-lo no alcance do que estava proposto no Plano de Cuidados.

Alguns participantes aceitavam o serviço, inicialmente, porque, previamente, já sabiam da existência de um psicólogo ali e raciocinavam como mais um produto oferecido pela GEAP a que tinham direito do qual queriam usufruir, mas, quando chegavam a esse profissional, sem demanda de análise, pois a saúde era tudo o que queriam, e percebiam que não iam ser encorajados a serem objetos médicos, tal como acontecia com as outras práticas discursivas, era constante o abandono das sessões por parte dos pacientes.

Também eram comuns os pedidos de alta, por parte dos pacientes, na medida em que eles percebiam que não iam receber daquele profissional, exatamente, o que pediam, usufruir, somente, de mais um produto-GEAP para se alcançar a tão sonhada saúde e qualidade de vida. Muitos deles não desejavam mais nada além do que realizar o ideal da qualidade de vida e da longevidade.

O corpo como realidade biológica, parecia se constituir como objeto privilegiado dos investimentos narcísicos. Este era, constantemente, submetido,

como um escravo, a uma rigorosa disciplina de exercícios físicos, dietas e aos mais diversos sacrifícios exigidos para alcançar a almejada qualidade de vida, a boa forma física e a saúde.

Dessa maneira, o corpo resumia, praticamente, tudo o que restava do ser, era a primeira condição para que o indivíduo alcançasse a felicidade.

Diante disso, o beneficiário do Programa não se apresentava ao psicólogo/psicanalista como um sujeito conflitivo em busca de um saber inconsciente, mas como um indivíduo que se esforçava para viver os ideais da longevidade e da qualidade de vida, ou seja, tornar-se objeto de autovigilância e autocontrole, o que era encorajado pela ordem médica, predominante nessa instituição. Sobre isto, Costa (2004) declara: “O cuidado de si, antes voltado para o desenvolvimento da alma, dos sentimentos ou das qualidades morais, dirige-se agora para a longevidade, a saúde, a beleza e a boa forma” (p. 190).

Para Moretto (2001), os fatores que impossibilitam o início de uma análise são a falta de um analista e a ausência de demanda por parte do paciente. Com relação a este, a autora ressalta que, se o pedido do paciente se resume a um alívio de dor unicamente dirigido ao médico, não se tem mesmo muito o que fazer com alguém que, diante de uma oferta, não faz uma demanda de saber sobre o inconsciente. Complementa a autora, dizendo que a falta de demanda de saber sobre o desejo independe do fato de o paciente ter algo orgânico ou não.

2. AS REPERCUSSÕES DAS PRÁTICAS MÉDICAS NA EXPERIÊNCIA SUBJETIVA E NOS LAÇOS SOCIAIS

Quando apenas são, somos decididamente pobres.

(D. W. Winnicott)

Antes de abordar as relações entre os sujeitos e o saber médico sob o prisma da Psicanálise Freudiana, privilegiar-se-à a leitura de Costa (2004), Lebrun (2004), Ortega (2008), Pinheiro (2006) sobre as repercussões das práticas médicas na experiência subjetiva e nos laços sociais.

Esses autores seguem uma linha de investigação sobre a elaboração de si fundada na Biologia como discurso dominante na contemporaneidade.

Parece haver concordância entre eles quanto à experiência subjetiva ser constituída pela intervenção do discurso científico na cultura.

2.1 A Biomedicina

Costa (2004) ressalta que o exercício subjetivo se faz no corpo e que isto decorre da ciência, em especial, das ciências biomédicas, que estão ocupando, hodiernamente, o lugar do universal e do incontestável. Dessa forma, ela substitui os ideais morais pelos biomédicos, que são o corpo, a saúde e a qualidade de vida.

Na opinião dele, o corpo se torna um referente privilegiado para a elaboração subjetiva, deixa de ser um meio de agir no mundo para se tornar um bem ou valor que define o lugar social a ser ocupado na contemporaneidade. O valor que se encontra no alto da hierarquia é o cuidado de si, centrado na forma corpórea e dirigido para a longevidade e a saúde.

Acerca disto, Costa (2004) assinala:

A virtude moral deixou de ser o único padrão da vida reta e justa. Agora, o bom ou o bem também são definidos pela distância ou proximidade da “qualidade de vida”, que tem como referentes privilegiados o corpo e a espécie. [...] O cuidado de si, antes voltado para o desenvolvimento da alma, dos sentimentos ou das qualidades morais, dirige-se agora para a longevidade, a saúde, a beleza e a boa forma. Inventou-se um novo modelo de identidade, a bioidentidade, e uma nova forma de preocupação consigo, a *biascese*, nos quais a *fitness* é a suprema virtude. Ser jovem, saudável, longo e atento à forma física tornou-se a regra científica que aprova ou condena outras aspirações à felicidade. Crenças religiosas, políticas, psicológicas, sociais e outras são admitidas desde que se afinem com os cânones da qualidade de vida. A boa religião é aquela conforme o ideal da boa saúde. [...] O justo é o saudável; o reto é o que se adapta ao programa da vida bem-sucedida, do ponto de vista biológico (pp. 190-191).

Pode-se dizer, então, que o discurso biomédico adquire maior importância na atualidade, já que ele é “mais do que um domínio estritamente técnico-científico”, pois se estende para a sociedade como um todo, vai além do campo da saúde, das instituições hospitalares, e amplia-se para as relações sociais, estabelecendo normas e regras para a sociabilidade e definição de si.

A norma que predomina, hoje, é a adoção de um estilo de vida saudável pautado na qualidade de vida, que consiste numa disciplina de exercícios físicos constantes, reeducação de hábitos insalubres, dieta e vida social ativa, independente e autônoma no âmbito corporal.

Corroborando o pensamento de Costa (2004), Pinheiro (2006) aponta que no interior dos discursos e práticas médicas hodiernas surge a Biomedicina, que reduz o conceito de corpo ao biológico. A experiência da corporeidade passa a ser uma realidade concreta respeitante ao bom ou mau funcionamento dos órgãos.

Pinheiro (2006) complementa, exprimindo que o papel das práticas médicas no processo civilizador diz respeito aos cuidados corporais e às boas maneiras que passam a regular as relações entre os homens nas sociedades ocidentais modernas.

Sobre isto, a autora ressalta que

Os comportamentos civilizados com os quais estamos acostumados, tais como os hábitos de usar o banheiro para funções corporais e os cuidados higiênicos, como escarrar, limpar o nariz, como também a disciplina à mesa de não comer com as mãos, resultaram de um longo processo de constituição do autocontrole corporal. Hoje, esses comportamentos são justificados mais pelos cuidados com a saúde do que pelas boas maneiras necessárias à convivência social à qual foram associadas originariamente na sociedade de corte (p. 51).

Ela, ainda, acrescenta que tal prática de cuidado de si implica um reconhecimento de si como sujeito autônomo e também responsável, que pode, com base em hábitos saudáveis, definir o curso do seu destino.

Esse cuidado de si, que passa a ser o cuidado médico, obriga o sujeito a uma preocupação permanente com a própria saúde, passando sua vida a depender disso.

Estabelece, com efeito, uma prática de auto-regulação, de autodomínio, que implica o conhecimento de sua situação orgânica. Daí o indivíduo se submeter, incessantemente, a uma disciplina constante de alimentação, higiene, exercícios físicos, entre outros cuidados.

2.2 As práticas bioascéticas e a constituição de bioidentidades

Para Ortega (2008), a ênfase nos procedimentos corporais, higiênicos, médicos e estéticos, denominada de bioascese e possibilitada pelas biotecnologias e a Medicina, constrói “bioidentidades”. Esta trata de um eu que se pericia, autocontrola, autovigia, autogoverna e tem no ato de se periciar a fonte básica de sua identidade. Segundo ele, o eu, na “cultura somática”, torna-se um projeto reflexivo.

A reflexividade é o processo de taxação contínua de informação e “peritagem” sobre si, mediante recursos reflexivos e práticas bioascéticas, tais como dietas, exercícios, terapias, manuais etc.

Já a bioascese implica enorme disciplina dirigida para a reeducação de hábitos insalubres, e essa obediência à nova disciplina do corpo sempre traz o adestramento do sujeito à norma. Esse assujeitamento do indivíduo ao ideal da saúde e qualidade de vida está ao redor da busca da felicidade prometida que, hoje, é reduzida às sensações agradáveis e prazerosas obtidas pelo cuidado de si no âmbito corporal e orgânico.

Acrescenta Ortega (2008) que o auto-aperfeiçoamento individual tornou-se um signo privilegiado por meio do qual os indivíduos exprimem sua autonomia e se

constituem em um mundo competitivo. Mediante as numerosas práticas ascéticas disponíveis no mercado, o indivíduo demonstra sua competência para cuidar de si e conquistar identidade.

Ortega (2008) dá dois exemplos de bioidentidades constituídas na contemporaneidade – a mulher na pós-menopausa e a velhice.

No caso da mulher na pós-menopausa, o discurso médico, ao propor a terapia de reposição hormonal, e as críticas feministas a esse discurso, que promovem estilos de vida mais saudáveis como alternativa à reposição hormonal, visam a encorajar as mulheres a se tornarem objetos de autovigilância e autocontrole.

A mulher na pós-menopausa é classificada como “boa” ou “má” segundo a obediência ao discurso da saúde e da qualidade de vida. Este, ao ser interiorizado, formula uma identidade almejada, isto é, aquela que gostaria de ser útil e não onerar os outros, e, portanto, deseja as terapias e as intervenções passíveis de lhe conferir um maior valor pessoal diante do outro. Dessa forma, ela se protege e poupa os outros de suas necessidades de assistência.

O discurso médico e feminista sobre a saúde, com sua ênfase no risco e na responsabilidade pessoal, estabelece os critérios de avaliação moral e da distinção entre a mulher “boa” e a mulher “má”. A primeira é responsável e vigilante.

Encabeçando a lista dos novos estultos, encontra-se a mulher “má”, que é irresponsável e não se vigia, sendo uma carga para os demais, em uma cultura como a atual, que trata a dependência como uma condição vergonhosa. Para a mulher na pós-menopausa, o preço da aceitação social implica submeter-se ao expediente do autogoverno e autocontrole.

A mulher que não se vigia nem se controla faz parte dos novos desviantes, inábeis no cuidado de si. São feitas, assim, as bioidentidades dos indivíduos responsáveis e, simultaneamente, dos desviantes, por oposição e reprovação.

A “medicalização” da velhice representa um processo semelhante de formação de bioidentidade. As sociedades contemporâneas têm uma visão negativa da velhice, associando-a com a dependência, e, esta, por sua vez, com o sentimento de humilhação. Foi o ideal de autonomia e auto-suficiência que moldou a percepção contemporânea da velhice.

A aversão à dependência é característica das sociedades como as contemporâneas e está ligada à desmontagem do estado de assistência que trata dos indivíduos dependentes com desconfiança, como “parasitas sociais”. A valorização da autonomia devolve ao indivíduo a responsabilidade por sua saúde e essa condição de autonomia se resume num melhor estado de saúde e no desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis. O idoso se constitui como um indivíduo responsável e autônomo capaz de cuidar de si. Aparece assim a figura do idoso “bom” e do “mau”, este último sem competência para cuidar de si.

Segundo ele, a valorização da autonomia devolve ao indivíduo a responsabilidade por sua saúde e essa condição de autonomia se resume em um melhor estado de saúde e no desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis. O idoso se constitui como um indivíduo responsável e autônomo, quando é capaz de cuidar de si. Aparece, então, a figura do idoso “bom” em oposição àquele que não tem competência para se cuidar.

Assim, a velhice é reconstituída como um estilo de vida mercadológico que conecta os valores mercadológicos da juventude com as técnicas de cuidado corporal para mascarar a aparência da idade.

Encabeçando a lista dos novos desviantes, encontram-se os idosos dependentes, irresponsáveis, pois não se vigiam, sendo uma carga para os demais.

O preço da aceitação social implica submeter-se ao procedimento do autogoverno e do autocontrole, pois o valor de uma pessoa é cada vez mais medido por suas capacidades, que incluem, cada vez mais, a performance de determinadas tarefas físicas e mesmo a capacidade de resistir às doenças específicas. Força, rigidez, juventude, longevidade, saúde, beleza são os novos critérios que avaliam o valor de uma pessoa na sociedade contemporânea.

A ideologias da saúde e do corpo perfeito levam a que se fuja das doenças que retorcem a figura humana como sendo sinônimos de fracasso humano.

Historicamente, as deficiências estavam ligadas ao crime, ao mal, às aberrações. Os estereótipos atuais contra os gordos, os idosos e outras figuras que fogem do padrão, do corpo ideal, têm o mesmo efeito estigmatizador e excludente.

O imperativo do cuidado, da vigilância e da bioascese, necessários para atingir os ideais biomédicos, exige uma disciplina enorme. Ao narcisismo próprio de uma sociedade hedonista e do consumo desenfreado, foi acrescentado o imperativo da disciplina e do controle corporal. A compulsão consumista foi canalizada para os produtos de saúde e beleza.

Na atualidade, os apelos para o autocontrole e à disciplina visam exclusivamente ao controle do corpo. A obsessão com o domínio do corpo, das suas performances, movimentos e taxas substitui a tentativa de restaurar a ordem moral. O corpo torna-se o lugar da moral, seu fundamento último e base da subjetividade.

2.3 A contraposição entre práticas ascéticas e bioascéticas

O asceta, por meio do cuidado de si, oscila entre uma subjetividade recusada e outra a ser alcançada. A ascese, portanto, implica uma subjetivação que varia segundo o momento histórico das práticas de si (Ortega, 2008).

Por exemplo, na Antigüidade greco-latina, as ascèses visavam à constituição de si como sujeito moral; no Cristianismo, a auto-renúncia, a pureza, a interioridade cristã e burguesa; e, nas bioascèses contemporâneas, o corpo possui a “autoperitagem” que correspondia outrora à alma (Ortega, 2008).

De acordo com Ortega (2008), a ascese é um fenômeno político e social, pois implica a reestruturação das relações sociais, desenvolvendo um conjunto alternativo de vínculos sociais e constituindo um universo simbólico alternativo. Acrescenta ele que os ascetas dependiam de um suporte comunitário e tinham uma função política como mediadores em uma época quando a estrutura legal e governamental não satisfazia as necessidades da comunidade, apesar de serem apresentados como eremitas e solitários. Eles serviam de modelos bem como eram objetos de respeito e amor para muitos.

Já nas modernas bioascèses, são encorajadas as relações sociais, visando ao narcisismo conformista e ao abandono do mundo (Ortega, 2008).

Nas ascèses da Antigüidade, o eu almejado representava um desafio aos modos de existência preestabelecidos, uma forma de resistência cultural, uma vontade de demarcação, de singularização e alteridade. Na maioria das hodiernas bioascèses, encontra-se, pelo contrário, uma vontade de uniformidade, de adaptação à norma e de

constituição de modos de existência conformistas e egoístas, visando à procura da saúde e do corpo perfeito. (Ortega, 2008)

Complementa Ortega (2008), exprimindo a noção de que a vontade na ascese está a serviço da liberdade. Para os estóicos, o estulto é o indivíduo que não cuida de si, que não possui constância da vontade, desatento, disperso, que relaxa a vigilância. Nas bioasceses, a vontade é serva da ciência, da necessidade, que constrange a liberdade de criação e elimina a espontaneidade.

Dessa forma, Ortega (2008) contrapõe as práticas ascéticas da Antigüidade, como práticas de liberdade, às bioasceses contemporâneas, que constituem práticas de “assujeitamento” e disciplinamento.

Enfatizando a diferença entre elas, o autor acentua que, nas asceses da Antigüidade, o corpo era submetido a uma dietética que tinha por objetivo a sua superação e transcendência como prova de habilitação para a vida pública, de intimidade com a divindade ou da derrota da condição mortal de cada um.

Nelas, o corpo possuía sempre um valor simbólico, estava na base da constituição de um eu, dono de si, que, mediante as práticas de ascese corporal e espiritual se legitimava para a vida política, atingia um conhecimento de si, ou se anulava na procura de Deus; visavam a atingir a sabedoria, coragem, prudência, bondade, conhecimento de si e superação.

Enquanto isso, nas hodiernas bioasceses, o corpo obtém um novo valor. Na sua materialidade é objeto de um desinvestimento simbólico, pois já não é a base do cuidado de si; agora o eu existe só para cuidar do corpo, estando ao seu serviço.

Conseqüentemente, a interioridade do indivíduo é deslocada para o corpo e os sentimentos são substituídos por sensações. Sentir-se bem fisicamente, maximizar os

ganhos de prazer, força ou potência física são atos que se tornam os equivalentes das ascetes clássicas.

A vontade na bioascese se define mediante critérios reducionistas, fiscalistas, materiais, corporais e biológicos. Os novos estultos se referem exclusivamente à inconstância, à irresponsabilidade na observação de uma dieta, na superação dos limites biológico-corporais, na manutenção de uma existência livre de riscos. O fracasso em atingir e manter os ideais de saúde e perfeição corporal é visto como expressão de uma vontade fraca.

Tanto o pensamento antigo quanto o cristão compartilham a idéia de que a ascese do corpo implica a da alma. A idéia de uma ascese exclusivamente corporal está vinculada ao pensamento contemporâneo com as chamadas bioascetes. (Ortega, 2008).

Em razão desses fatos, Ortega (2008) ressalta três características principais das ascetes gregas clássicas: primeiro, a ascese corporal implica e/ou se desdobra numa ascese da alma; segundo, a ascese é uma prática de liberdade; finalmente, a ascese possui dimensão moral e política.

O cuidado de si, para os gregos, estava vinculado à vida na pólis, ao desempenho político, ao exercício da virtude, da justiça e da liberdade, que visava sempre ao outro e à cidade. O cuidado de si contribuía para a prosperidade e ventura da cidade e dos outros cidadãos. É toda uma maneira de se constituir como um sujeito que tem o cuidado justo, necessário e suficiente de seu corpo.

Pode-se dizer que é bem diferente de um conjunto de precauções destinadas a evitar as doenças ou acabar por curá-las.

Nas ascetes cristãs, a dimensão social e política também está presente. Os bispos, ao encarnarem forças divinas, encontravam-se numa relação de alçada

intimidade com o divino, o que constitui uma forma de poder e *status* privilegiado na comunidade, na medida em que se testemunha a possibilidade de acesso à divindade, representando as esperanças de toda uma comunidade. Esta circunstância exige uma ascese rigorosa, um trabalho duro sobre si mesmo, um estilo de vida singular, claramente definido e reconhecível pela comunidade, ou seja, deve-se ser visto nessa tarefa árdua, uma vez que o carisma dos “homens santificados” se manifesta no labor ascético (Ortega, 2008).

2.4 A biossociabilidade

Os discursos e práticas médicas, associados ao impacto das biotecnologias, foram determinantes na constituição das “bioidentidades” e das práticas bioascéticas, que inauguraram outra forma de sociabilidade, pautada em critérios como a saúde e o desempenho corporais.

Essa nova forma de sociabilidade é constituída por grupos de interesses privados que se reúnem segundo critérios de saúde, performances corporais, doenças específicas, longevidade, entre outros (Ortega, 2008).

Os novos critérios biomédicos substituem progressivamente os tradicionais, como raça, classe, religião e orientação política. Os ideais sociais mais abrangentes se dissolvem em interesses particulares que aspiram compensar as “deficiências” de um grupo determinado, como, por exemplo, o da mulher em relação ao homem, o do negro ante o branco, o do homossexual perante o heterossexual, o do deficiente físico em relação ao indivíduo fisicamente normal, o dos velhos diante dos jovens, etc (Ortega, 2008).

Ortega (2008) questiona se, nos dias atuais, a dietética ainda é um elemento da distinção de classes, como era hábito dos estratos médios do século XIX, visto que a preocupação com as taxas de colesterol e alimentos “*light*” atravessam as diferentes camadas sociais. O estigma moral que se abate sobre o gordo é comum a ricos e a pobres.

Além de agrupar sujeitos de variadas classes sociais numa mesma representação, a Biomedicina inclui também em seu discurso indivíduos de faixas etárias diferentes. Um público cada vez mais jovem se submete, de forma contínua, para não dizer preventiva, a procedimentos corporais, médicos, higiênicos e estéticos. Cabe aqui destaque para a terceira idade, que, como modelo da qualidade de vida se transforma numa “bioidentidade”. Pode-se observar os comentários de Costa (2004) a respeito disto:

Tudo que resta é correr atrás, sempre em atraso e de forma angustiante, do corpo da moda. Até, é claro, chegar a velhice e sermos convencidos a assumir uma outra bioidentidade, a da terceira idade, última tentativa bioascética de permanecer jovem, vital, por dentro da moda (p. 197).

Daí o surgimento e a proliferação de espaços, programas voltados para os idosos (que têm tempo livre, disponibilidade, têm saúde e independência financeira), tais como as “escolas abertas”, as “universidades para a terceira idade” e os “grupos de convivência de idosos”, que oferecem serviços para que os estádios mais avançados da vida sejam transformados em momentos privilegiados para a realização pessoal, com o objetivo de demonstrar que é possível ser jovem em qualquer idade.

A juventude deixa de se referir a uma determinada faixa etária e se transforma num valor ou bem a ser conquistado em qualquer idade mediante a adoção de um

estilo de vida saudável, esforço e trabalho corporal disciplinado, autovigilância corporal, dieta, entre outros cuidados com a saúde.

Nesse contexto, os grupos de idosos buscam viver os ideais de longevidade nos quais os critérios de agrupamento social estão vinculados à autonomia. É, contudo, uma autonomia para o autocontrole, o autogoverno e a “autoperitagem”, o que seria se adaptar à ideologia da saúde, da vitalidade e da juventude. Esses grupos estimulam a formação de bioidentidades sociais, constituídas por intermédio das práticas bioascéticas.

Em concordância com Ortega (2008), ressalta-se aqui que não se deve esquecer os ganhos reais da “cultura somática” das bioidentidades. Os grupos de idosos, embora tentem viver os ideais de longevidade e se adaptar à ideologia da saúde, constituem-se para reaver e propor exercícios de solidariedade e formas de sociabilidade alternativas. Muitos indivíduos que sofrem de isolamento, falta de uma rede de sociabilidade, encontram nos grupos, formados para praticar uma determinada atividade física, uma maneira de restabelecer o elo social perdido, recuperando um conforto emocional.

Por outro lado, a cultura somática produz indivíduos desconfiados e melindrosos, inseguros de si e insensíveis para o outro e para o mundo. Sem a confiança em si e no outro não pode haver ação, somente indivíduos reativos, adaptativos, obedientes e submissos. O corpo, a comida, o açúcar, as gorduras e a taxa de colesterol ocupam o lugar do tabu antes atribuído à sexualidade (Ortega, 2008).

Para Ortega (2008), a obsessão pelo corpo bronzeado, malhado e siliconado faz aumentar o preconceito e dificulta o confronto com o fracasso de não atingir esse ideal.

O fracasso em atingir e manter os ideais de saúde e perfeição corporal é visto como expressão de uma vontade fraca; a ideologia da saúde e da perfeição corporal com que se acredite que uma saúde pobre deriva exclusivamente de uma falha de caráter, um defeito de personalidade e uma fraqueza individual. Os novos estultos, os fracos de vontade, são alvos legítimos da repulsa moral e da exclusão social (Ortega, 2008).

Desde o século XVIII, a Biologia e a saúde se revestiram de um poder sobre a vida. A saúde deixou de ser a “vida no silêncio dos órgãos”. Ela exige autoconsciência de ser saudável, deve ser exibida, afirmada continuamente e de forma ostentatória, constituindo um princípio fundamental da identidade subjetiva. A saúde perfeita se tornou a nova utopia das sociedades. Ela é tanto meio como finalidade das ações das pessoas; viver para estar em boa saúde.

A condição de autonomia se traduz num melhor estado de saúde e no desenvolvimento de hábitos de vida e escolhas comportamentais saudáveis.

Na contemporaneidade, a proliferação de apelos ao consumo e ao sucesso, às imagens inatingíveis de corpos belos, jovens e magros, é o modelo identificatório oferecido: “ser como se deve”. A pulsão sexual encontra alvos sublimados e se satisfaz de maneira indireta por meio dos produtos que a sociedade e a tecnologia oferecem.

Ortega (2008), então, fornece um panorama geral dessa tendência massiva em torno da saúde. Esta não só se tornou uma preocupação, mas também um valor absoluto para julgar um número crescente de condutas e fenômenos sociais. Ela deixou de ser um meio de atingir novos valores para assumir a qualidade de um fim em si.

De acordo com o autor, a boa vida reduz-se a um problema de saúde, da mesma maneira como a saúde se expande para incluir tudo o que é bom na vida. Diz Ortega (2008):

Todo um vocabulário médico-fiscalista baseado em constantes biológicas, taxas de colesterol, tono muscular, desempenho físico, capacidade aeróbica populariza-se e adquire uma conotação “quase moral” [...] ao mesmo tempo todas as atividades sociais, lúdicas, religiosas, esportivas, sexuais são ressignificadas como práticas de saúde (p. 30).

2.5 Os efeitos do discurso científico nos laços sociais

Um trabalho de Lebrun (2004) evidencia o fato de que o discurso científico, em sua realização atual, promove o apagamento do sujeito na medida em que sua estrutura engendra a substituição do lugar da enunciação por um conjunto de enunciados e “ditos acéfalos”.

Para o autor, a ciência é um discurso sem mestre, isto é, que não fala em nome de terceiros, pois a verdade não está no enunciador, mas no conjunto de enunciados autônomo que pode ser demonstrado e no qual não se percebe mais nenhum vestígio de enunciação. Diante disso, a ciência produz nova modalidade de laço social que substitui a relação sujeito-mestre pela vinculação sujeito-saber, organizando uma sociedade de forma pluricêntrica e horizontal. Isto explica o motivo pelo qual o discurso científico, nos dias atuais, está em todo lugar com a pretensão de ser útil para todos.

O sujeito se submete e aproveita-se dos enunciados para não ter que assumir as conseqüências do que o ato de falar implica. É um discurso objetivo, que despoja locutor e o interlocutor do que os constituem como sujeitos.

O autor destaca uma série de conseqüências que marcam o mundo contemporâneo, por estar sob o domínio do discurso científico, em sua versão tecnocientífica.

Dentre elas, estão a perda das referências simbólicas, a extrapolação dos achados científicos, ultrapassando o campo biomédico, a crença de sua serventia para todas as pessoas, o ato de falar para não dizer, a ausência da dialetização possível dos contraditórios, a expulsão do lugar do impossível e a prevalência da servidão com relação aos enunciados.

Com relação à penúltima conseqüência, Lebrun (2004) acentua:

Não nos devemos surpreender, num tal contexto, que nosso limite, de todos – a própria morte -, se tenha tornado incôngruo: é apenas o acidente que deveria haver meios de evitar, a “surpresa desagradável” de que deveríamos nos poder poupar; não é mais parte integrante de nosso fatum [...] (p. 107).

O autor conclui que todos esses traços evidenciam um conjunto de enunciados que embaralha as coordenadas simbólicas dos sujeitos e se infiltra nos laços sociais. Acresce dizer que isso não esgota as possibilidades do sujeito, as estreita, pelo menos, no primeiro momento, consoante remata Lebrun (2004).

3. AS CONCEPÇÕES FREUDIANAS DAS IDENTIFICAÇÕES

Este capítulo examina as relações sujeitos-saber médico por meio das concepções freudianas da identificação. Nesta parte do trabalho, pretende-se investigar em que medida se pode relacioná-las ao modelo freudiano de identificação.

Para isto, utilizam-se como materiais principais das análises empreendidas os seguintes ensaios freudianos: “Totem e Tabu” (1912[1913]/1969a), “Além do princípio do prazer” (1920/1969b), “Psicologia de Grupo e a Análise do Ego” (1921/1969c), “O Ego e o Id” (1923/1969d) e “Mal estar na civilização” (1930/1969e).

3.1 A identificação e a escolha de objeto

No capítulo VII de “Psicologia de Grupo e a Análise do Ego”, Freud (1921/1969c) descreve duas formas de laço, tomar o outro como modelo ou objeto de satisfação sexual.

O primeiro diz respeito aos impulsos amorosos desviados de seus objetivos sexuais. Trata-se de impulsos inibidos que formam vínculos dessexualizados, de natureza afetuosa, não capazes de satisfação completa, daí criarem relações mais permanentes.

É exatamente a inibição ou a dessexualização dos impulsos sexuais que torna efetivos os laços entre as pessoas. São aptos, todavia, a realizar qualquer

grau de mescla com os desinibidos, já que podem ser novamente transformados em desinibidos, exatamente como deles se originaram.

São bem conhecidas as situações com que se desenvolvem desejos eróticos de relações amistosas baseadas na admiração e na apreciação. Este tipo de laço é chamado de identificação por Freud. Assinala Freud (1921/1969c) que:

Nosso interesse nos conduz agora à premente questão de saber qual possa ser a natureza desses laços que existem nos grupos. No estudo psicanalítico das neuroses, ocupamo-nos, até aqui, quase exclusivamente com os laços com objetos feitos pelos instintos amorosos que ainda perseguem objetivos diretamente sexuais. Nos grupos, evidentemente, não se pode falar de objetivos sexuais dessa espécie. Preocupamo-nos aqui com instintos amorosos que foram desviados de seus objetivos originais, embora não atuem com menor energia devido a isso. Ora, no âmbito das habituais catexias sexuais de objeto, já observamos fenômenos que representam um desvio do instinto de seu objetivo sexual [...] Na verdade, aprendemos da psicanálise que existem realmente outros mecanismos para os laços emocionais, as chamadas identificações [...] (p. 131).

Na identificação, o outro é o que se gostaria de ser e um vínculo deste tipo já é possível antes que qualquer escolha sexual de objeto tenha sido feita.

No segundo laço, o outro é o que se desejaria ter. Neste caso, uma catexia de objeto, por parte dos impulsos sexuais com vistas a uma satisfação diretamente sexual, expira quando se alcança esse objetivo, pois os impulsos instintuais incorrem numa perda de energia, tendo de esperar serem renovados por um novo acúmulo de libido sexual. Não é incomum, contudo, que os impulsos diretamente sexuais se transformem em um laço permanente e puramente afetivo.

Apesar de Freud (1921/1969c) fazer a distinção entre esses dois tipos de laço, ele complementa, dizendo que existe a possibilidade de uma regressão da escolha de objeto até a identificação.

Sobre isto, Kaufmann (1996) comenta: “Em 1921 [...] Freud ainda permanece numa abordagem que não permite diferenciar o campo dos investimentos dos registros da identificação [...]” (p. 258).

Segundo o autor, a permuta da identificação entre dois mecanismos, a mais precoce manifestação de uma ligação de sentimentos com o outro e investimento de uma outra pessoa, permanecerá até a conclusão de sua Teoria da Identificação pela saída do Édipo.

É ainda no capítulo VII de “Psicologia de Grupo e a Análise do ego” que Freud (1921/1969c) aprimora o conceito de identificação, lançando mão de três casos referentes a esse processo.

Cabe aqui também demarcar a diferença entre identificação e identidade, uma vez que se trata de um trabalho que adota o referencial psicanalítico. Sabe-se que a psicanálise freudiana não se utiliza do segundo termo.

Souza (1994) contrapõe os dois termos, afirmando que o primeiro se refere a uma marca simbólica a partir da qual cada sujeito adquire não sua unidade, mas sua singularidade.

Para ele, a identificação enfatiza a referência ao dizer, ou seja, todas as respostas que o sujeito vier a dar à questão “quem sou eu?” são marcadas pelo caráter não predicativo e serial do significante, o que faz com que uma resposta exija outra, ou seja, é a ênfase no dizer que está em jogo. Acrescenta o autor que a identificação a um significante é, em seu todo ou em sua maior parte, inconsciente e produz um sujeito barrado como efeito da cisão entre o ser e o significante.

3.2 A identificação com o pai

O primeiro tipo de identificação constitui o modo mais primitivo e original de laço emocional e é descrito por meio do vínculo do menino com o pai. Acerca disto, Freud (1921/1969c) declara: “Um menino mostrará interesse especial pelo pai; gostaria de crescer como ele, ser como ele e tomar seu lugar em tudo. Podemos simplesmente dizer que toma o pai como seu ideal” (p. 133).

Nessa identificação ao pai, o laço se liga ao sujeito e não ao objeto do ego, por conseguinte, já é possível antes que qualquer escolha sexual de objeto tenha sido feita. A identificação se esforça por moldar o próprio ego, segundo o aspecto daquele que foi tomado como modelo ou ideal.

A primeira forma de identificação, na perspectiva do autor, refere-se à identificação primária que desempenha uma função na pré-história do Complexo de Édipo. A atitude de tomar o pai como modelo é tipicamente masculina e ajuda a preparar o menino para o Complexo de Édipo.

Pode-se dizer, então, que a identificação com o pai tomado como modelo instaura o lugar do ideal. Assim Freud (1923/1969d) declara:

Isso nos conduz de volta à origem do ideal do ego; por trás dele jaz oculta a primeira e mais importante identificação de um indivíduo, a sua identificação com o pai em sua própria pré-história pessoal. Isso aparentemente não é, em primeira instância, a consequência ou resultado de uma catexia do objeto; trata-se de uma identificação direta e imediata, e se efetua mais primitivamente do que qualquer catexia do objeto (p. 44).

Com relação ao pai, ele nos remete ao pai da pré-história do sujeito, aquele que estabeleceu o primeiro “não” aos filhos e os impediu de ter relações com suas mulheres. Este pai mítico é tido como o primeiro representante do princípio da realidade, sendo a interdição transmitida, a partir dele, no campo da linguagem.

O mito freudiano da horda primeva exposto em “Totem e Tabu” (1912[1913]/1969a) é baseado em uma hipótese formulada por Darwin sobre o estado social dos homens primitivos. Trata da dominação de um supermacho que impede relações sexuais entre suas esposas e seus filhos. Ele é o único a poder desfrutar de todas as mulheres mediante a ameaça de castração de seus filhos. A hipótese mítica foi assim descrita por Freud:

[...] o homem primevo vivia originalmente em pequenas comunidades, cada um com tantas esposas quantas podia sustentar e obter, as quais zelosamente guardava contra todos os outros homens. Ou pode ter vivido sozinho com diversas esposas, como o gorila, pois todos os antigos “concordam que apenas um macho adulto é visto num grupo; quando o macho novo cresce, há uma disputa pelo domínio, e o mais forte, matando ou expulsando os outros, estabelece-se como chefe da comunidade. Os machos mais novos, sendo assim expulsos e forçados a vagar por outros lugares, quando por fim conseguiam encontrar uma companheira, preveniram também uma endogamia muito estreita dentro dos limites da mesma família (p. 131).

Os filhos, ao serem expulsos e ameaçados de castração, unem-se, retornando, um dia, como irmãos, para matar e devorar o pai, dando fim à horda primitiva.

No intervalo entre a morte do pai e o pacto dos filhos, Freud (1912[1913]/1969a) hipotetiza a idéia de que os irmãos expulsos da horda desenvolvem sentimentos homossexuais, bem como as mulheres fundam o matriarcado.

Ainda sobre o ato parricida, Gabbi Jr. (1992) concebe duas interpretações sobre o motivo do assassinato do pai. Além do desejo pelas mulheres, ele assevera que existe um desejo mais primitivo que pode ter sido o responsável pelo assassinato. O autor explana, expressando a idéia de que o desejo pelas mulheres é consequência de uma identificação ao pai, de desejar ser como ele, ou seja, ter suas mulheres.

Gabbi Jr. (1992), então, salienta que o desejo dos filhos como desejo se forma a partir do desejo do pai, estabelecendo assim a identificação com ele. O autor parece apostar na idéia do pai como fundamento do laço social.

Ressalta o autor que a primeira organização social é uma forma de satisfazer o desejo paterno, isto é, não ter relações com suas mulheres. Portanto, a homossexualidade dos filhos se funda em um desejo do pai, de acordo com Gabbi Jr. (1992):

Contra ele, aparece o desejo de ser como o pai, ou seja, de ter suas mulheres. O que leva ao assassinato do mesmo. A destruição do pai, seu devoramento, é de novo a realização do desejo paterno, pois é enquanto identificados com o pai que realizam com este o que ele queria fazer com os irmãos: castrá-los. O que nos leva a concluir que a luta entre os irmãos e o pai dá-se em torno do phalus, que o medo da morte é o medo à castração. De novo, é enquanto identificados com o pai que temem assumir o lugar do pai, que temem ser mortos pelos próprios filhos (pp. 105-106).

O temor à castração os leva ao contrato: não matar o pai e não tomar suas esposas, pacto este fundante de um ideal, o da humanização, dado que é o começo da organização social, das restrições morais e da religião. Desta maneira, o Complexo de Édipo não é apenas o complexo nuclear das neuroses, tornando-se também a fonte da religião e da moral.

Os destinos da horda deixam traços indestrutíveis na história da descendência humana. O homem primitivo sobrevive potencialmente em cada indivíduo, que, identificado ao pai morto, está impedido de ter relações com a mãe e matar o próprio pai por temor à castração. Como diz Gabbi Jr. (1992), “[...] a relação com a mãe será sempre mediada pela relação com o pai [...]” (p. 106).

Ainda sobre a identificação primária, Souza (1994) a denomina de narcísica, uma vez que ela procede da incorporação do pai da pré-história. Acrescenta ele que a referência à pré-história indica a idéia de que tal identificação é anterior a qualquer investimento objetal, não sendo conseqüência de uma perda de objeto. Complementa o autor, exprimindo que essa identificação não foi bem desenvolvida por Freud, permanecendo seu conceito envolto em uma certa obscuridade, mesmo quando Lacan o retoma em um dos seus últimos seminários, R.S.I., garantindo ser dele que se origina o Nome-do-pai.

3.3 Outros tipos de identificação

Relativamente à segunda identificação, esta, de acordo com Freud (1921/1969c), provém do Complexo de Édipo e poderá reforçar ou não a primeira.

Em “Psicologia de Grupo e a Análise do Ego”, Freud (1921/1969c) assevera que, ao mesmo tempo da identificação ao pai, ou pouco depois, a criança do sexo masculino desenvolve uma catexia de objeto em relação à mãe. Estes dois laços distintos avançam lado a lado até que uma intensificação dos desejos sexuais do menino pela mãe trazem à tona uma hostilidade em relação ao pai, já que este passa a ser percebido como um obstáculo. Daí se origina o Complexo de Édipo: a identificação do menino com o pai assume um colorido hostil e se transforma em um desejo de livrar-se dele, a fim de ocupar seu lugar junto à mãe.

O desfecho do complexo de Édipo implica o abandono das catexias objetais, relacionadas ao pai e à mãe, vindo a ocupar seu lugar as identificações com eles. No caso do menino, este tende a renunciar seus desejos sexuais pela mãe e identifica-se ao pai, introjetando em seu ego traços masculinos. Dessa maneira, a dissolução do complexo de Édipo consolidaria a masculinidade no caráter de um menino (Freud, 1921/1969d, p. 45).

De maneira análoga, o desfecho da atitude edipiana numa menina pode ser uma intensificação da identificação materna ou a instalação de tal identificação pela primeira vez, resultado que fixará o caráter feminino da criança.

Observa-se, nesses casos, que não houve a introjeção do objeto perdido, todavia são possíveis situações de meninas que tiveram de abandonar seus pais como objeto de amor. No lugar de se identificarem com a mãe, identificaram-se ao pai, introjetando traços masculinos e situando sua masculinidade em proeminência. Isto depende da masculinidade, em sua disposição, ser suficientemente forte. Sobre isto, Freud (1921/1969c) diz:

[...] nessas identificações, o ego às vezes copia a pessoa que não é amada (objeto hostil) e, outras a que é. Deve também causar-nos estranheza que em ambos os casos (identificação com o objeto hostil ou com o objeto amado) a identificação seja parcial e extremamente limitada, tomando emprestado apenas um traço isolado da pessoa que é objeto dela (p. 135).

Cabe ressaltar que estudos freudianos revelam, além da ambivalência do menino para com o pai e da escolha de objeto pela mãe, uma atitude afetuosa feminina dele dirigida ao pai e um ciúme de rival perante à mãe. Segundo Freud, “É este elemento complicador introduzido pela bissexualidade que torna tão difícil obter uma visão clara dos fatos em vinculação com as primitivas escolhas de objeto e identificações, e ainda mais difícil descrevê-las inteligivelmente” (Freud, 1923/1969e, p. 46).

Pode-se dizer, então, que a saída do Édipo se traduz em duas possibilidades de satisfação para a criança: a ativa e a passiva. A primeira, no modo masculino, trata do menino se colocar no lugar do pai e, como ele ter relações com a mãe, caso em que o pai se torna um rival. Entrementes, na segunda, quer-se substituir a mãe e se fazer amar pelo pai.

De acordo com Kaufmann (1996), é no final desse processo que o recalçamento do complexo aparece como um desinvestimento deste, permitindo que os investimentos de objeto sejam abandonados e substituídos por uma identificação. Completa Kaufmann (1996):

A saída do complexo de Édipo é portanto um momento em que cessa a equivalência permutativa investimento/identificação, em benefício de um processo identificatório em que a criança desinveste as imagens parentais para se identificar com um x que

é seu futuro; quando eu crescer, não vou mais tomar o lugar de um outro, vou fazer meu próprio lugar (pp. 258-259).

No ensaio freudiano “Além do princípio do prazer” (1920/1969b), Freud descreve a passagem da posição de objeto do desejo do outro para sujeito do desejo em uma criança de um ano e meio, por intermédio de uma brincadeira, realizada por ela quando a mãe se ausentava. Esta consistia na atividade de atirar um carretel para longe e em seguida apanhá-lo.

O jogo, segundo análise do autor, representava a saída e o retorno da mãe, de maneira que a criança podia se posicionar como senhora da situação. Sendo a exigência da renúncia pulsional assentida pela mãe, restava à criança abrir mão da satisfação de possuir a mãe presente a qualquer momento. A criança pretendia com a repetição da brincadeira dominar a experiência desagradável desencadeada pela ausência materna.

Nessa passagem, estava presente a identificação com o pai tomado como modelo que substitui o prazer pulsional. O que está em jogo, então, é a possibilidade de ser como o pai, sujeito desejante em vez de objeto do desejo do outro. Pode-se dizer, então, que é por meio dessa identificação que ocorre a individuação.

A “identificação secundária” pode, ainda, ser explicada por intermédio do penoso distúrbio da melancolia em que um objeto perdido é instalado no ego, isto é, que uma catexia de objeto é substituída por uma identificação. A frequência com que esse fenômeno ocorre faz Freud (1923/1969d) supor que o ego é um precipitado de catexias objetais abandonadas.

Ainda sobre o segundo tipo de identificação, Souza (1994) complementa, dizendo que ela é a formadora do ideal do ego e resulta da perda de objetos libidinais da história edípica do sujeito, sendo seu caráter marcante o de não tomar

emprestado a forma total do objeto copiado, mas apenas um de seus traços – o traço unário a que se refere Lacan.

Acrescenta Souza (1994) que “Esta forma de identificação é privilegiada por Lacan, que a toma como referência primeira para suas considerações sobre os mecanismos da identificação em sua relação fundamental com o significante” (p. ix).

Freud (1921/1969c) chama atenção para o terceiro caso de identificação, na qual se deixa de fora qualquer relação de objeto com a pessoa que está sendo copiada. O mecanismo identificatório, segundo ele, se baseia na possibilidade ou desejo de por-se na mesma situação. Freud (1921/1969c) esclarece: “Um determinado ego percebeu uma analogia significativa com outro sobre certo ponto [...] Uma identificação é logo após construída sobre esse ponto [...]” (p. 136).

Souza (1994), ao descrever a terceira forma de identificação, consegue clarear ainda mais o conceito freudiano. Ele chama o terceiro tipo de identificação de histórica, pois o destacado na pessoa, que é tomada como modelo, não é o fato de ela ser desejável, mas o de ser desejante. Assim, qualquer pessoa pode vir a ocupar o lugar do objeto copiado, sob a única condição de dar mostras da insatisfação do seu desejo. Utilizando as palavras de Freud (1921/1969c),

Suponha-se, por exemplo, que uma das moças de um internato receba de alguém de quem está secretamente enamorada uma carta que lhe desperta ciúmes e que a ela reaja por uma crise de histeria. Então, algumas de suas amigas que são conhecedoras do assunto pegarão a crise, por assim dizer, através de uma infecção mental. O mecanismo é o da identificação baseada na possibilidade ou desejo de colocar-se na mesma situação (p. 135).

3.4 Casos em que o objeto é posto no lugar do ideal do ego

O desfecho do complexo de Édipo implica o abandono das catexias objetivas relacionadas ao pai e à mãe, vindo a ocupar seu lugar as identificações com eles. Estas identificações formam um precipitado no ego que se confronta com os outros conteúdos dele como um ideal do ego ou superego. Com relação ao ideal do ego, Freud (1923/1969d) exprime:

O ideal do ego, portanto, é o herdeiro do complexo de Édipo, e, assim, constitui também a expressão dos mais poderosos impulsos e das mais importantes vicissitudes libidinais do id. Erigindo esse ideal do ego, o ego dominou o complexo de Édipo e, ao mesmo tempo, colocou-se em sujeição ao id. Enquanto que o ego é essencialmente o representante do mundo externo, da realidade, o superego coloca-se, em contraste com ele, como representante do mundo interno, do id. Os conflitos entre o ego e o ideal [...] refletirão o contraste entre o que é real e o que é psíquico, entre o mundo externo e o mundo interno. Devido à maneira pela qual o ideal do ego se forma, ele possui os vínculos mais abundantes com a aquisição filogenética de cada indivíduo – a sua herança arcaica. O que pertencia à parte mais baixa da vida mental de cada um de nós é transformado, mediante a formação do ideal do ego no que é mais elevado na mente humana pela nossa escala de valores. [...] É fácil demonstrar que o ideal do ego responde a tudo o que é esperado da mais alta natureza do homem. Como substituto de um anseio pelo pai, ele contém o germe do qual todas as religiões evoluíram. O autojulgamento que declara que o ego não alcança o seu ideal, produz o sentimento de humildade a que o crente apela em seu anseio (pp. 48-49).

A relação do ideal do ego com o ego não se reduz somente a um “você deveria ser como o seu pai”, mas também consiste numa proibição “você não pode ser como o seu pai”, derivando daí sua missão de reprimir o complexo de Édipo.

Freud (1923/1969d), em “O Ego e o Id”, presume a existência de uma gradação no ego, uma diferenciação dentro dele, que chama de ideal do ego ou superego. Ainda nesse texto, o autor aborda a origem do ideal do ego, acentuando que este é o representante de relações das pessoas com os seus pais. Acrescenta ele: “Quando éramos criancinhas, conhecemos essas naturezas mais elevadas, admiramo-las e tememo-las, e, posteriormente, colocamo-las em nós mesmos” (p. 48).

Em “Psicologia de Grupo e a Análise do Ego”, Freud (1921/1969c) destaca o ideal do ego como instância que se diferencia dentro do ego e comporta vínculos de identificação em muitos sentidos segundo os mais variados modelos.

Dentre as funções do ideal do ego, ressalta-se que cabe a ele a tarefa de verificar a realidade das coisas. Esta função crítica da instância ideal pode ser bem observada na melancolia. Nesta afecção, a sombra do objeto perdido recai sobre o ego, resultando em um ego dividido, separado em duas partes, uma das quais vocifera contra a segunda. A primeira parte é uma instância crítica, que abrange a consciência, e que até em situações normais, embora nunca tão implacável e injustificadamente, adota uma atitude crítica para com a última. A segunda parte é aquela alterada pela introjeção do objeto no ego. Sobre isto, Freud (1921/1969c) acentua:

Em ocasiões anteriores, fomos levado à hipótese de que no ego se desenvolve uma instância assim, capaz de isolar-se do resto daquele ego e entrar em conflito com

ele. A essa instância chamamos de "ideal do ego" e, a título de funções lhe atribuímos-lhe a auto-observação, a consciência moral, a censura dos sonhos e a principal influência na repressão. Dissemos que ele é o herdeiro do narcisismo original em que o ego infantil desfrutava de auto-suficiência; gradualmente reúne, das influências do meio ambiente, as exigências que este impõe ao ego, das quais este não pode sempre estar à altura; de maneira que um homem, quando não pode estar satisfeito com seu próprio ego, tem, no entanto, possibilidade de encontrar satisfação no ideal do ego que se diferenciou do ego (p. 138).

O objeto abandonado é erigido dentro do ego mediante identificação e severamente condenado pelo ideal do ego. As censuras e ataques dirigidos ao objeto vem à luz sob a forma de autocensuras melancólicas.

Por conseguinte, o ideal é uma referência conducente do sujeito à elevação da sua natureza, impulsionando-o em um movimento contínuo rumo ao desenvolvimento. Refere-se às bagagens simbólicas e culturais que forçam o indivíduo a renunciar às satisfações pulsionais para se constituir sujeito. São traços simbólicos implicados pela linguagem, pela lei e pela sociedade. Esses traços são internalizados e fazem a mediação na relação dual entre o sujeito e a imagem percebida no espelho. Ele resulta da convergência do narcisismo e das identificações com os pais, com seus substitutos e com os ideais coletivos. Como instância diferenciada, o ideal do ego constitui um modelo a que o sujeito procura se conformar.

O ideal do ego é uma das dimensões do superego responsável pelo processo de idealização. Daí a supervalorização e idealização do outro, na medida em que ele coincide com esse lugar. Diante disso, as funções atribuídas ao ideal do ego deixam de funcionar. A crítica exercida por essa instância silencia. O ideal do ego abrange a soma de todas as limitações a que o ego deve aquiescer. A divisão egóica,

constituente do sujeito, é silenciada e o ego toma algo como verdade conforme seja corroborada pela instância mental que ordinariamente desempenha o dever de testar a realidade das coisas.

Freud (1921/1969c) observa que a supervalorização e a idealização apresentam-se comuns no estar amando. No laço amoroso, o outro desfruta de certa liberdade quanto às críticas. Afora isto, todos os traços do objeto amado são altamente valorizados, em um grau mais elevado, se comparado com as demais pessoas ou com as próprias características dele numa ocasião em que não era adorado. Utilizando as palavras de Freud (1921/1969c),

Vemos que o objeto está sendo “tratado da mesma maneira que nosso próprio ego, de modo que, quando estamos amando, uma quantidade considerável de libido narcisista transborda para o objeto. Em muitas formas de escolha amorosa, é fato evidente que o objeto serve de sucedâneo para algum inatingido ideal do ego de nós mesmos. Nós o amamos por causa das perfeições que nos esforçamos por conseguir para nosso próprio ego e que agora gostaríamos de adquirir, dessa maneira indireta, como meio de satisfazer nosso narcisismo (p. 143).

No amor infeliz, que não pode ser satisfeito, existe uma intensificação desses traços, isto é, a supervalorização do outro e as circunstâncias de estar amando aumentam ainda mais, porque, a despeito de tudo, cada satisfação sexual envolve sempre uma redução da supervalorização sexual.

Assim como o amor infeliz, a paixão amorosa é um laço de devoção para com o outro em que existe a mesma sujeição humilde, debilidade da iniciativa própria do sujeito, traços de humildade e limitação do narcisismo. Quanto a isto Freud (1921/1969c) assinala:

[...] o ego se torna cada vez mais desprezencioso e modesto e o objeto cada vez mais sublime e precioso, até obter finalmente a posse de todo o auto-amor do ego, cujo auto-sacrifício decorre, assim, como consequência natural. O objeto, por assim dizer, consumiu o ego. Traços de humildade, de limitação do narcisismo e de danos causados a si próprio ocorrem em todos os casos de estar amando; no caso extremo, são simplesmente intensificados e, como resultado da retirada das reivindicações sexuais, permanecem em solitária supremacia (p. 143).

O desenvolvimento extremo da situação de estar amando é denominado por Freud (1921/1969c) de “fascinação” ou “servidão”. Nesse estado, Freud (1921/1969c) explica que: “[...] as funções atribuídas ao ideal do ego deixam inteiramente de funcionar. A crítica exercida por essa instância silencia; tudo que o objeto faz e pede é correto e inocente” (p. 143).

Este estado, acrescenta ele, pode ser resumido pela seguinte fórmula: “o objeto foi colocado no lugar do ideal do ego” (p. 144).

A substituição do ideal do ego pelo outro também está na base da hipnose e da formação grupal. Freud percebe nele uma formação nitidamente diferenciada do ego que permite principalmente explicar a fascinação amorosa, a dependência para com o hipnotizador e a submissão ao líder, casos em que uma pessoa estranha é colocada pelo sujeito no lugar do seu ideal do ego.

De acordo com Freud (1921/1969c), da paixão amorosa à hipnose vai apenas um curto passo.

Os aspectos em que os dois concordam são evidentes. Existe a mesma sujeição humilde, que há para com o objeto amado. Há o mesmo debilitamento da iniciativa

própria do sujeito”; colocam o objeto no lugar do ideal do ego, pois ninguém pode duvidar que o hipnotizador coincide com esse lugar, ele se constitui como o único objeto para o hipnotizado, este não presta atenção em mais ninguém que não seja o hipnotizador (p. 145).

A diferença entre relação hipnótica e estar amando consiste na primeira ser a devoção ilimitada de alguém enamorado, excluída a satisfação sexual, ao passo que, no segundo caso, a satisfação é apenas temporariamente refreada e permanece em segundo plano. Freud (1921/1969c) ainda acrescenta outra diferença: “A hipnose ainda contém um elemento adicional de paralisia derivado da relação entre alguém com poderes superiores e alguém que está sem poder e desamparado” (p. 146).

Então, pode-se dizer que, além da fascinação amorosa, na hipnose, encontra-se ainda uma relação de maior dependência para com o hipnotizador.

Com relação ao grupo, Freud (1921/1969c) argumenta que ele multiplica o processo encontrado na hipnose e na paixão amorosa, ou seja, certos indivíduos puseram um só e mesmo objeto no lugar do seu ideal do ego, e, em consequência disso, identificaram-se uns com os outros no seu ego. Este processo está na base da constituição do grupo humano, pois o ideal coletivo retira a sua eficácia de uma convergência dos “ideais do ego” individuais.

A submissão ao líder pode ser explicada pelo fato de que este é situado pelo sujeito no lugar do seu ideal do ego. Daí os membros apresentarem falta de independência e iniciativa, além de reagirem semelhantemente, reduzindo-se ao nível de indivíduos grupais.

Quanto ao líder, ele deve amar todos da mesma maneira, tal como acontece no Exército e na Igreja, considerados pela Psicanálise Freudiana como fenômenos

de massa, pois apresentam a seguinte estrutura: todos devem ser iguais uns aos outros diante de uma pessoa isolada, que é superior.

Ao examinar a Igreja e o Exército como grupos, Freud (1921/1969c) conclui que a relação entre os membros dessas instituições é de natureza identificatória, mediante a escolha de um ideal. Os indivíduos renunciam aos seus ideais para aderir ao ideal do grupo, encarnado na figura do líder tomado como modelo. No grupo, o indivíduo perde a individualidade, a liberdade e a singularidade.

Na Igreja e no Exército, prevalece a ilusão de que há “um cabeça” que ama todos os indivíduos do grupo com um amor igual. Todos são considerados iguais perante Cristo. No exército, o “comandante-em-chefe” é “um pai” que ama e cuida de todos os soldados igualmente e, por essa razão, eles são camaradas entre si.

Esta formação grupal relembra um fenômeno descrito por Freud em “Mal estar na civilização” (1930/1969e): o “narcisismo das pequenas diferenças”, um processo observado nos grupos com intuito de manter a coesão grupal e se refere ao movimento de reprimir o ódio, a diferença, no interior do grupo e encaminhá-lo para aqueles que não pertencem à coletividade.

Pacificação interna e ódio dirigido para o exterior na direção daqueles que representam a diferença subentende uma não-aceitação da diferença e, conseqüentemente, uma intolerância às relações pessoais que ultrapassam o círculo grupal. Assim, a tarefa direciona-se para eliminar as diferenças no interior do grupo, supervalorizando uma identidade coletiva e reconhecendo a diferença somente no que lhe é externo.

Nota-se que a identificação tem o poder de limitar a agressividade contra as pessoas com as quais alguém se identificou, no entanto, há que se lembrar de que o outro – que não pertence ao grupo – continua a ser o escoadouro dessa agressividade.

Freud (1921/1969c), ao discutir sobre o tema dos líderes, garante que um grupo é um rebanho obediente que não pode viver sem um senhor. Além disso, atribui aos líderes um poder misterioso e irresistível, que chama de prestígio. O prestígio é uma espécie de domínio exercido sobre os outros por um indivíduo que paralisa as faculdades críticas dos liderados e os enche de admiração e respeito. Parece que desperta um sentimento como o da “fascinação”.

Freud (1921/1969c) aborda o mito da horda primitiva, anunciando a existência de um macho todo-poderoso, tirânico, opressivo, que submete seus filhos à sua lei. Ele é o único a poder desfrutar sexualmente de todas as mulheres, inclusive de suas descendentes. Caso um dos filhos usufrua de uma das fêmeas, será morto pela figura paterna. O medo da morte provoca a servidão dos filhos, até que, humilhados, decidem se unir para assassinar o pai.

Com o crime, é estabelecido o tabu do incesto, que exige a renúncia de algumas satisfações pulsionais como condição de pertença à coletividade. Os pais reais ou autoridades, desde daí, não são mais do que sujeitos jungidos à lei, transmissores e representantes dela.

De acordo com Freud (1921/1969c), o líder do grupo é o substituto do temido pai primevo. O pai primevo é o ideal do grupo que estabelece um vínculo erótico com seus filhos. Os filhos querem ser governados por uma força irrestrita e que possui uma paixão extrema pela autoridade.

O lugar do pai primitivo era de exceção e de onipotência. Imaginariamente, ele possuía todos os poderes e exercia um domínio, cujo poder se ligava à posição que ocupava para seus fiéis, um *locus* de projeção imaginária de seu eu que interligava todos num além da imagem do outro.

O estado de fascinação em que se encontra o hipnotizado nas mãos do hipnotizador é o mesmo do indivíduo no grupo. O hipnotizado se transforma num autômato que deixou de ser dirigido por sua vontade. O hipnotizador se apresenta para o hipnotizado como detentor de um poder misterioso que despoja o sujeito de sua vontade; pelo menos, é nisso que o sujeito crê.

No caso da paixão amorosa, uma considerável quantidade de libido narcisista transborda para o objeto, o que torna o ego cada vez mais desprezioso e modesto, e conseqüentemente, o objeto mais sublime e precioso. Tudo o que o objeto faz e pede é correto, uma vez que aquele foi posto no lugar do ideal.

Fazendo uma estimativa comparativa desses laços, cita-se Freud (1921/1969c):

Estar amando baseia-se na presença simultânea de impulsos diretamente sexuais e impulsos sexuais inibidos em seus objetivos, enquanto o objeto arrasta uma parte da libido do ego narcisista do sujeito para si próprio. Trata-se de uma condição em que há lugar apenas para o ego e o objeto. A hipnose assemelha-se ao estado de estar amando por limitar-se a essas duas pessoas, mas baseia-se inteiramente em impulsos sexuais inibidos em seus objetivos e coloca o objeto no lugar do ideal do ego. O grupo multiplica esse processo; concorda com a hipnose na natureza dos instintos que o mantém unido e na substituição do ideal do ego pelo objeto, mas acrescenta a identificação com outros indivíduos, o que foi talvez, originalmente, tornado possível por terem eles a mesma relação com o objeto (pp. 178-179).

3.5 O saber médico situado no lugar do ideal do ego

Neste trabalho, acrescenta-se o quarto vínculo aos laços descritos por Freud (1921/1969c), que são as relações entre os sujeitos e o saber médico.

Da paixão amorosa, hipnose e formação grupal ao vínculo entre os sujeitos e o saber médico vai apenas um curto passo.

Na relação dos sujeitos com o saber médico existe a mesma “fascinação”, “servidão”, sujeição humilde, debilitamento da iniciativa própria do sujeito, traços de humildade e devoção encontrados nos laços descritos por Freud (1921/1969c).

Aplicando a fórmula freudiana ao fenômeno em questão, pode-se assinalar que o saber médico foi posto no lugar do ideal do ego.

O laço entre os sujeitos e o saber médico parece ser tão intenso quanto a relação entre hipnotizado e hipnotizador, de maneira que é mais apropriado explicá-lo por meio da hipnose. Esta contém um elemento adicional de paralisia derivado da relação entre alguém com poderes superiores e alguém que está sem poder e desamparado.

Assim como o hipnotizado, o sujeito parece estar sob efeito hipnótico, constituindo o saber médico como único modelo a que o sujeito deve se conformar; não se presta atenção a mais nenhum.

Tudo o que o discurso médico possa afirmar é tomado como verdade, na medida em que esta é corroborada pela instância mental que ordinariamente desempenha o dever de testar a realidade das coisas.

A completa ausência de impulsos desinibidos em seu objetivo sexual contribui ainda mais para a pureza extrema do fenômeno, sendo interessante observar que

precisamente esses impulsos sexuais inibidos em seus objetivos é que conseguem laços tão permanentes entre o sujeito e o outro.

Por outro lado, também se pode dizer que a relação do sujeito com o saber médico se assemelha ao comportamento do indivíduo em relação ao líder. Observam-se os mesmos efeitos do grupo: a submissão, a obediência cega, a falta de independência, a perda da singularidade, o apagamento das diferenças, a tendência ao conformismo, o automatismo, a renúncia ao julgamento individual. Segue-se também, à adesão ao discurso médico, a perda das particularidades, o prejuízo do potencial dialético da palavra, uma vez que o saber médico pretende atingir os diferentes membros como se eles fossem uma só pessoa. Como conseqüências disso, têm-se a alienação ao discurso médico e o desaparecimento como sujeito.

O estado de fascinação em que se encontra o sujeito em relação ao saber médico é o mesmo do indivíduo no grupo. O sujeito se transforma num autômato que deixou de ser dirigido por sua vontade. O saber médico se apresenta para o sujeito como detentor de um poder misterioso que despoja o sujeito de sua vontade. Os sujeitos parecem um rebanho obediente que não pode viver sem um senhor. Eles atribuem ao discurso médico um poder misterioso e irresistível, que Freud (1921/1969c) chama de prestígio.

O prestígio é uma espécie de domínio exercido sobre os outros por um discurso que paralisa as faculdades críticas dos sujeitos e os enche de admiração e respeito. Parece que desperta um sentimento como o da “fascinação”.

3.6 Dominação e civilização

Segundo uma leitura freudiana da natureza humana, os homens se detestam, matam-se, escravizam-se e são pragas uns dos outros. A agressividade para com o outro é a exteriorização de uma tendência destrutiva voltada originalmente para o próprio indivíduo.

Freud (1930/1969e) assevera que o desejo sexual é anti-social. Existe um antagonismo entre comunidade sexual e cultura. Esta implica a renúncia das satisfações pulsionais e a formação de laços sociais.

Os veículos para domar a agressividade são o superego e as identificações aos ideais para que não se destrua o outro.

A civilização tende a reunir indivíduos em grupos cada vez maiores. Para que esse objetivo seja realizado, faz-se inevitável a restrição aos impulsos sexuais, cuja inclinação é a satisfação imediata. A substituição dos impulsos diretamente sexuais por aqueles que são inibidos em seu objetivo promove a união entre os indivíduos e os mantém vinculados.

Um processo observado nos pequenos grupos, todavia, com intuito de manter a coesão grupal, refere-se ao movimento de reprimir o ódio, a diferença, no interior do grupo e encaminhá-lo para aqueles que não pertencem à coletividade.

Sabe-se, por meio da Psicanálise freudiana, que a identificação tem o poder de limitar a agressividade contra as pessoas com as quais alguém se identifica, no entanto, há que se lembrar que o outro – que não pertence ao grupo – continua a ser o escoadouro dessa agressividade.

A obra freudiana “Totem e Tabu” (1912-[1913]/1969a) trata de um modelo que tenta dar conta da “ineducabilidade” do ser humano ou sua prodigiosa capacidade

para o mal. De um lado, têm-se as pulsões sexuais que buscam a satisfação imoral dos desejos e, do outro, a cultura/civilização que coage ou reprime as pulsões sexuais no sentido de fazê-las trabalhar para as relações sociais – erotismo inibido quanto ao fim – mas deve incluir um aspecto sedutor, que, sem dúvida, é em parte satisfatório, no sentido de oferecer coisas que satisfaçam os desejos agressivos e sexuais do ser humano, bem como seus anelos narcísicos.

Por meio dos mitos, aprende-se que a sociedade humana se baseou sobre um pacto e que esse não foi inocente. A aliança entre os irmãos da horda primeva estava fundada sobre um crime – o assassinato do pai primitivo.

O que os uniu foi a renúncia aos desejos sexuais. A cultura é uma extensa cadeia de vínculos sociais formada por meio do compartilhamento do ideal de se tornar humano. Este obriga a formação de laços sociais pela renúncia das satisfações pulsionais.

O surgimento de uma organização social vem com a proibição de um desejo incestuoso em relação a um outro. Existe um impulso natural a favor do incesto e que, se a lei o reprime, assim o faz porque os homens civilizados chegaram à conclusão de que a satisfação desses instintos é prejudicial aos interesses gerais da sociedade.

Os desejos sexuais não unem os homens, mas os dividem. Embora os irmãos se tivessem reunido em grupo para derrotar o pai, todos eram rivais uns dos outros em relação às mulheres. Cada um desejava, como o pai, ter todas as mulheres para si.

A primeira função da sociedade é permitir ao recém-ingressado, ou seja, a criança pequena, defletir sua agressividade para aqueles objetos, que, nessa sociedade, são adequados. A cultura também deve impedir que o indivíduo exerça

sua agressão sobre objetos não permitidos, cometendo, por exemplo, heresias, blasfêmias, pecados, homicídios etc.

A cultura oferece meios lícitos de descarga, por exemplo, no preconceito, no ódio ao inimigo, no temor aos deuses, em criações culturais que permitem a canalização para outros objetos.

A agressividade também pode ser mediatizada pela cultura por um aparato simbólico que permite seu escoamento, a identificação aos vilões, por exemplo, que serve de veículo da agressividade.

Por outro lado, a autoridade deve ser interiorizada; o superego é uma espécie de polícia interna que exerce o controle social. Como herdeiro do Complexo de Édipo, incorpora as proibições maternas e paternas. A voz da consciência tem origem nas identificações com os pais da primeira infância. A constituição dele depende da existência do Complexo de Édipo, de um mecanismo de introjeção. O superego é a polícia interna, o controle social, o resultado de identificações, resquícios de escolhas de objetos abandonados como os pais da primeira infância.

A escolha de objeto se converte numa identificação: amo, renuncio, me identifico com o objeto abandonado e finalmente me moldo à sua imagem e semelhança. O ego se torna objeto das pulsões contra as quais ele deve se defender. A idéia do superego e das instâncias ideais ajudam a entender o jogo da pulsão de vida/agressividade.

A cultura serve para que o indivíduo possa canalizar seus impulsos para algo construtivo, que vá além dele, e no qual esses impulsos encontrem uma satisfação no sentido do bem comum e não apenas do seu bem individual.

A renúncia às pulsões significa um ato custoso, que não se cumpre de bom grado, na medida em que são forças cegas que tendem à realização de fantasias, à

consecução de desejos, à obtenção e usufruto de objetos – isto é, que impelem o indivíduo a comportamentos na cena da realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pretendeu apontar os riscos éticos e psicológicos envolvidos na ênfase conferida à atenção e controle sobre o corpo, transpondo os benefícios clínicos e terapêuticos. Essa relevância extrapola o campo estritamente biomédico e se introduz nas relações sociais, estabelecendo normas e regras de sociabilidade e definição de si, bem como fornecendo modelos de ideais de corpo e de subjetividade.

O papel das práticas médicas no processo civilizador dizia respeito aos cuidados corporais e às boas maneiras que regulavam as relações entre os homens nas sociedades ocidentais modernas. Sobre isto, Pinheiro (2006) anota:

Os comportamentos civilizados com os quais estamos acostumados, tais como os hábitos de usar o banheiro para funções corporais e os cuidados higiênicos, como escarrar, limpar o nariz, como também a disciplina à mesa de não comer com as mãos, resultaram de um longo processo de constituição do autocontrole corporal (p. 51).

Hoje, esses comportamentos são justificados mais pelos cuidados com a saúde do que pelas boas maneiras necessárias à convivência social à qual foram associadas originariamente na sociedade de corte (Pinheiro, 2006).

Pinheiro (2006) indica que essa mudança decorre do surgimento da Biomedicina, no interior dos discursos e práticas médicas, que reduz o conceito de corpo ao biológico. Como consequência, a experiência da corporeidade passa a ser uma realidade concreta que diz respeito à qualidade de vida. Acrescenta a autora que tal prática de cuidado de si implica um reconhecimento de si como sujeito autônomo e

também responsável que pode, com base em hábitos saudáveis, definir o curso do seu destino.

Esse cuidado de si, que passa a ser o cuidado médico, obriga o sujeito a uma preocupação permanente com a própria saúde, passando sua vida a depender disso. Estabelece, com efeito, uma prática de auto-regulação, autodomínio que implica o conhecimento de sua situação orgânica. Daí o indivíduo se submeter, incessantemente, a uma disciplina constante de alimentação, higiene, exercícios físicos, entre outros cuidados.

O saber médico contemporâneo fortificado com todos os seus espetaculares avanços técnicos vem substituindo os ideais morais pelo ideário do corpo, da saúde e da qualidade de vida. O que era medido por critérios morais passou a ser avaliado pela distância ou proximidade da qualidade de vida.

As repercussões desses fatos na experiência subjetiva e nos laços sociais são descritas por autores como Costa (2004), Lebrun (2004), Ortega (2008) e Pinheiro (2006). Dentre elas, estão o deslocamento para a exterioridade do modelo internalista e intimista de elaboração de si, o apagamento do sujeito e a formação de “bioidentidades sociais”.

Vimos também por meio desses autores como a cultura contemporânea se caracteriza pela intervenção e domínio do discurso científico que subverte os valores intimistas para o modelo da exterioridade, fornecendo como referentes identificatórios para o sujeito se constituir subjetivamente o corpo, a saúde e a qualidade de vida.

Com suporte na leitura do fenômeno contemporâneo da elaboração de si fundada na Biologia, buscou-se examiná-la à luz da teoria freudiana das identificações, pois se entende que a constituição do eu ocorre na cultura e na relação com o outro.

No ensaio freudiano “Psicologia de Grupo e a Análise do Ego” (1921/1969c), a identificação é definida como movimento que instala o objeto dentro do ego no esforço de moldá-lo segundo aquele que foi tomado como modelo. Nessa mesma obra, vimos também casos, tais como os da paixão amorosa, da hipnose e da formação grupal, em que o outro é posto no lugar do ideal do ego.

Cabe ressaltar aqui que o outro, para a Psicanálise Freudiana, tanto pode ser o semelhante quanto o próprio contexto da cultura.

Acredita-se, então, que os sujeitos contemporâneos introjetaram os valores médicos e o situaram no lugar do ideal do ego, tal como ocorre na paixão amorosa, na hipnose e na formação grupal. Dessa forma, moldam-se à imagem e semelhança do modelo biomédico.

Conforme Freud ensinou, o ideal do ego é uma instância psíquica que se mantém numa posição especial diante do ego, sendo constituída por vínculos de identificação em muitos sentidos e segundo os mais variados modelos. Como instância diferenciada, o ideal do ego constitui um modelo a que o sujeito procura se conformar.

Freud (1921/1969c) percebe nele uma formação nitidamente diferenciada do ego que permite principalmente explicar a fascinação amorosa, a dependência para com o hipnotizador e a submissão ao líder, casos em que uma pessoa estranha é posta pelo sujeito no lugar do seu ideal do ego.

Na medida em que o objeto coincide com esse lugar, as funções atribuídas ao ideal do ego deixam de funcionar. A crítica exercida por essa instância silencia, apagando a divisão egóica constituinte do sujeito. Por conseguinte, o ego toma algo como verdade conforme seja corroborada pela instância mental que ordinariamente desempenha o dever de testar a realidade das coisas.

A substituição do ideal do ego pelo objeto implica, portanto, atitudes, por parte do indivíduo para com ele, de sujeição humilde, “fascinação”, “servidão”, debilitamento da iniciativa própria do sujeito, traços de humildade, devoção, paralisia das faculdades críticas, como se realmente o indivíduo estivesse sob efeito hipnótico.

Ao aplicar as descobertas psicanalíticas sobre a paixão amorosa, a hipnose e a formação grupal ao vínculo entre sujeitos-saber médico, descobre-se que o último é da mesma natureza do hipnotizado-hipnotizador, grupo-líder e sujeito-objeto amado.

Pode-se garantir que o discurso médico contemporâneo é assemelhado mais a um fenômeno de massa do que fator de civilização, como era nas sociedades modernas, haja vista a sua posição de domínio e a maneira uniforme como trata os sujeitos.

Conclui-se que a sujeição ao saber médico é o laço que parece dominar na atualidade bem como é com base nele que se formam os laços sociais na contemporaneidade.

Diante do exposto, cabe perguntar de que forma o psicanalista pode criar uma demanda de análise nesses sujeitos que colocaram o saber médico no lugar do ideal do ego.

Assim, abrimos espaço para pesquisas futuras acerca do lugar e da função do psicanalista na contemporaneidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Calligaris, C. (1994). *Um narcísico mundo novo*. Retirado em 7 de março de 2008, de <http://contardocalligaris.blogspot.com/1994/08/um-marcsico-mundo-novo.html>
- Costa, J. F. (2004). A personalidade somática de nosso tempo. In *O Vestígio e a Aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. (pp. 185-203). São Paulo: Garamond.
- Freud, S. (1969a). Totem e Tabu. In J. Strachey (Ed. e Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 13, pp. 21-162). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912-[1913])
- Freud, S. (1969b). Além do princípio do prazer. In: J. Strachey (Ed. e Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 17-85). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (1969c). Psicologia de Grupo e a Análise do Ego. In: J. Strachey (Ed. e Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 91-179). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1921)
- Freud, S. (1969d). O Ego e o Id. In: J. Strachey (Ed. e Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 25-80). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho Original publicado em 1923)
- Freud, S. (1969e). Mal estar na civilização. In: J. Strachey (Ed. e Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 81-171). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho Original publicado em 1930)
- Gabbi, O. F., Jr. (1992, maio). Poder. In O. F. Gabbi, Jr. (Org.) *Alice e a Metapsicologia: a psicanálise como teoria do contra-senso*. (pp. 69-108). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – UNICAMP.
- Kaufmann, P. (1996). *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Kehl, M. R. (2004). *Videologias: ensaios sobre televisão*. São Paulo: Boitempo.

Lacan, J. (1995). *O Seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar

Lebrun, J. P. (2004). *Um mundo sem limite: ensaio para uma clínica psicanalítica do social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ortega, F. (2008). *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond.

Pinheiro, C. V. Q. (2006, janeiro/julho). Saberes e práticas médicas e a constituição da identidade pessoal. *Physis: revista de saúde coletiva*, 16(1), 45-58.

Souza, O. (1994). *Fantasia de Brasil: as identificações na busca da identidade nacional*. São Paulo: Editora Escuta.

ANEXOS



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER Nº. 337/2007

Projeto de Pesquisa: O que pode um psicanalista no atendimento a idosos

Pesquisador Responsável: Ticiania Chaves Banhos

Data de apresentação ao COÉTICA: 07/12/07

Registro no COÉTICA: 07-386

CAAE: 4050.0.000.037-07

Parecer: APROVADO na data de 13/12/07

Prof. Dr. Haroldo Rodrigues de Albuquerque Júnior
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA

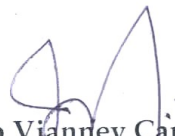
Vianney Mesquita (Reg. Prof. nº CE00489JP)

Revisão Gramatical e Estilística de Textos
 Docente da Universidade Federal do Ceará
 Acad. Titular (Cad nº 37) da Acad. Cearense de Língua Portuguesa

DECLARAÇÃO

Declaro, para constituir prova junto ao (à)
PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA,
 que procedi ao trabalho de revisão estilística e gramatical
 do(a) DSSERTAÇÃO, intitulado(a) "AS REMAÇÕES ENTRE
OS LUGOS SOCIAIS E AS PRÁTICAS MÉDICA CONTEMPORÂNEAS:
ESTUDO FREUDIANO DAS IDENTIFICAÇÕES",
 da autoria de
TICIANA CHAVES BARNOS
 orientado(a) pelo(a) PROF.ª DRA VIRGINIA DE Q. PINHEIRO
 pelo que assino a presente.

Fortaleza, 17 de NOVEMBRO de 2008


Prof. João Vianney Campos de Mesquita
 Universidade Federal do Ceará e Academia Cearense da
 Língua Portuguesa

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)