

A PSICANÁLISE NA SAÚDE PÚBLICA: HÁ ALIANÇAS POSSÍVEIS?

Raul Albino Pacheco Filho



A possibilidade de que a psicanálise viesse a fazer seu ingresso no campo da Saúde Pública foi prevista desde seus primórdios. No 5º Congresso Psicanalítico Internacional, realizado em Budapeste em 28 e 29 de setembro de 1918, pouco antes do fim da Primeira Guerra Mundial, Freud abordou o assunto:

Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. (...) Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados (...). Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. (...) Mais cedo ou mais tarde, contudo, chegaremos a isso. Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições. (1919 [1918]/2006, p. 104)

Como se vê, Freud já assinalava que a entrada dos psicanalistas no âmbito das instituições estatais de saúde iria implicar novos desafios. Em primeiro lugar, porque o contexto institucional requer a interlocução e o diálogo constante com outros campos de saber e áreas profissionais distintas. Além disso, porque esse diálogo estará sempre perpassado pelas relações com o Estado. Ou seja, trata-se de uma atuação em que o psicanalista se vê às voltas diretamente com o “impossível freudiano” de governar: ou, em termos lacanianos, com o discurso do amo. Quais são as chances de contribuição do discurso do analista, nesse contexto? Como atuam e podem atuar os psicanalistas e os que se inspiram pela psicanálise, na saúde pública?

É claro que quando me refiro a Estado estou falando do Estado capitalista, já que é nesta estrutura social e de relações de produção que nos encontramos: o que não é desmentido, mas sim confirmado, pela dicotomia existente entre saúde pública e saúde privada. E é claro que precisamos acrescentar também, tanto a consideração das

formas de ordenação/aparelhamento de gozo do discurso universitário (digamos, de um “certo tipo” de ciência), com quem o Estado capitalista estabeleceu fortes alianças, quanto as formatações de gozo que Lacan caracterizou como discurso capitalista.

E conhecemos o alerta de Lacan para o fato de que o discurso capitalista é o único discurso que faz laço associal, porque seu laço ignora a barreira de gozo em sua função de barrar a passagem da produção do discurso à verdade. Sabemos como essa quebra da barreira de gozo no discurso capitalista tem a ver com o que se costuma denominar “imperativo de gozo” por meio dos objetos-mercadorias, na sociedade capitalista, que a tecnologia da ciência permite fabricar. Como diz Zizek, retornando ao texto de Marx, o recuo do senhor no capitalismo foi apenas um *deslocamento*; e a desfeticização das “relações entre os homens” foi paga com a emergência do fetichismo nas “relações entre as coisas” (fetichismo da mercadoria), com um velamento das relações de dominação e servidão (1994/1996, p. 310). Daí que a própria saúde tenha se tornado também uma mercadoria, a ser comprada diretamente pelos consumidores (no caso da saúde privada), ou a ser custeada pelo Estado (no caso da saúde pública). E isso, com todos os problemas que daí se derivam.

O que mais chama a atenção no trajeto que a ciência veio cada vez mais assumindo, à medida que o capitalismo veio avançando, é que ela tem negligenciado a busca de um saber melhor e mais amplo do mundo e de nós próprios. Seu principal empreendimento tem sido fazer surgir no mundo coisas/objetos/mercadorias que não existiam anteriormente e que nos sideram e nos alienam, desviando nossa atenção do que é, de fato, importante para nos conduzirmos eticamente em nossas vidas (e aqui eu me refiro, obviamente, à ética da psicanálise) e para cuidarmos de nós mesmos e do nosso mundo.

E isso não é diferente na medicina e no campo da saúde, o que conduziu Campos a falar de uma “clínica degradada”, em seu texto “A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada” (2002 [1996/1997]). O conceito de “clínica degradada” “procura reconhecer que contextos socioeconômicos específicos podem exercer uma determinação tão absoluta sobre a prática clínica, que esta teria sua potencialidade para resolver problemas de saúde diminuída” (p. 6). O fato é que a medicina vinha operando com objetos de estudo e de trabalho reduzidos, que limitavam seu campo de saber, seus métodos e técnicas de intervenção, levando-a a se “desresponsabilizar pela integralidade dos sujeitos”, preocupando-se exclusivamente pela enfermidade e nunca pela pessoa do enfermo (p. 7).

O Movimento pela Reforma Sanitária da década de 1970 politizou de maneira exitosa as discussões, “denunciando a necessidade de articular mudanças políticas, econômicas e sociais aos cuidados de promoção, prevenção e assistência à saúde”, como nos lembra Fernandes (2013, p. 143) em seu texto “Contribuições da ética da psicanálise para a política pública de saúde”, incluído neste número de *A Peste*. E isso conduziu ao Sistema Único de Saúde (SUS), como nos lembra Pacheco em seu texto “SUS: princípios do poder”, que também integra este número da revista:

Instituído pela Constituição Federal de 1988 e fazendo parte de um movimento maior pela luta para a (re)democratização do país, o Sistema Único de Saúde foi construído coletivamente com o objetivo de assegurar a integração das ações que garantam a saúde como um bem de direito de todos. Partindo de discussões e ações advindas da base da sociedade e integrando as reivindicações que nortearam o movimento conhecido como Reforma Sanitária, logo se tratou de discutir os princípios que norteariam o SUS, consolidados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. (PACHECO, 2013, p. 119)

Uma das diretrizes importantes do SUS, e em particular do Programa de Saúde da Família, é a interdisciplinaridade, a atuação em equipe multiprofissional e a incorporação de outros agentes e categorias profissionais, além do médico, assistente e auxiliar de enfermagem: aí se incluem os agentes comunitários de saúde, dentistas e outros profissionais de nível médio da odontologia, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos e outros. Outra diretriz importante é a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido pela Lei nº 8.142/90 (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990).

Mas isso não significa que os problemas tenham sido resolvidos, ainda que tenham sido melhor delimitados e recebido um enquadre institucional mais favorável. Como diz Teixeira em seu texto “Humanização e Atenção Primária à Saúde” (2005, p. 586), “minha pergunta principal não é se haveria espaço para mudanças estruturais e para a implementação de novos conceitos e práticas, voltados para a humanização da assistência [em saúde], mas *como* promover tais mudanças”. De outro ponto de vista, o da economia política, Mendes e Marques, no artigo que integra este número da revista, propõem-se a “analisar os limites da implantação do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo e sua crise, dando particular destaque à problemática de seu financiamento” (2013, p. 21).

Muitos dos autores mais progressistas no campo da Saúde Pública têm dado destaque especial para a necessidade de se considerar a singularidade dos usuários do

sistema de saúde. O já citado Campos, por exemplo, alerta contra “um grau cada vez maior de alienação de seus agentes [da Medicina] em relação aos sujeitos concretos dependentes de seus cuidados” (2002 [1996/1997], p. 8). Suely Deslandes, em seu texto “Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar”, menciona como uma das demandas antigas em saúde pública “o reconhecimento das expectativas dos pacientes, como sujeitos do processo terapêutico” (2004, p. 8). E o já citado Teixeira nos remete a outro autor para falar da importância, nos cuidados primários de saúde, de “uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo” (2005, p. 586)

Ora, é bastante conhecida a crítica de Lacan à forclusão do sujeito pela ciência. Partindo disso, Quinet (2006/2009) assinala a importância de se incluir o sujeito no tratamento:

A inclusão do sujeito no tratamento tem duas vertentes que devem caminhar juntas: por um lado a inclusão do sujeito do inconsciente, com sua fala, sua história e seus sintomas, manifestações de sua singularidade. Isso significa incluir o sujeito no saber sobre sua patologia, seu *pathos*, seu padecimento. Por outro lado, incluir o sujeito no tratamento é fazê-lo corresponsável por ele, solicitando do sujeito seu comprometimento, a começar pelo reconhecimento da “escolha” de sua patologia. Essa inclusão se opõe a paternalizá-lo ou prestar-lhe cuidados de maternagem. (p. 49)

Como se vê claramente, o conceito de sujeito com que a psicanálise opera não se confunde com o dos demais campos de saber. Afinal, a psicanálise, em seus fundamentos epistemológicos, teóricos, metodológicos, clínicos e éticos, e em sua oferta de tratamento para o “mal-estar de existir” do sujeito que chega à sua clínica, é uma abordagem inédita e original. Mas o que eu quero deixar como pergunta é se, apesar de suas diferenças (e divergências), não haveria a possibilidade de alianças estratégicas (ou táticas) entre a psicanálise e algumas dessas outras abordagens e campos progressistas da área da saúde. E isso, no interesse da sustentação da relevância do sujeito e da construção de um lugar para a sua escuta e a do seu desejo, nas instituições de saúde, que seja o avesso das instrumentalizações sociais totalitárias do seu gozo.

Referências

- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (1996/1997). A clínica do sujeito por uma clínica reformulada e ampliada. *Saúde Paidéia*. São Paulo, Editora Hucitec, 2002.
- DESLANDES, Suely. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1): 7-14, 2004.
- FERNANDES, Verônica Alves (2013). Contribuições da ética da psicanálise para a política pública de saúde. *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, v. 5, nºs 1 e 2, jan./jun., p. 141-153.
- FREUD, Sigmund (1919 [1918]). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Disponível em <<http://soebooks.blogspot.com.br/2007/03/sigmund-freud-obras-completas-23.html>>. Acesso em 3 jun. 2015.
- MENDES, Áquilas e MARQUES, Rosa Maria. Os limites da implantação do SUS no quadro da crise do capitalismo contemporâneo. *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, v. 5, nºs 1 e 2, jan./jun. 2013, p. 21-40.
- PACHECO, Rodrigo Pinto. SUS: princípios do poder. *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, v. 5, nºs 1 e 2, jan./jun. 2013, p. 117-127.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (1990). Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em 3 jun. 2015.
- QUINET, Antonio (2006). *Psicose e laço social*. 2. ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2009.
- TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.
- ZIZEK, Slavoj (1994). Como Marx inventou o sintoma? In: _____ (org.) *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro, Contraponto, 1996.