

Artigos

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL SINGULAR? O PSICANALISTA E SEUS (DES)CAMINHOS NA SAÚDE PÚBLICA

Ana Carolina Salvatore Jaen Saad

Psicóloga hospitalar pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Mestre em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Coordenadora técnica do Grupo de Atenção ao Sujeito – Clínica de Psicologia e Psicanálise. Psicóloga no Ambulatório de Psiquiatria e Psicologia do Adulto do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM). Membro da Rede de Pesquisa Psicanálise e Saúde Pública do Fórum do Campo Lacaniano (FCL-SP).
E-mail: anacarolinajaensaad@gmail.com

Jamile Caleiro Abbud

Psicóloga pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp). Psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) III de Guarulhos-SP. Membro da Rede de Pesquisa Psicanálise e Saúde Pública do Fórum do Campo Lacaniano (FCL-SP). Membro das Formações Clínicas do Campo Lacaniano (FCCL-SP).
E-mail: jamileabbud@hotmail.com

Mário de Almeida Toledo

Psicanalista e acompanhante terapêutico. Mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Membro da Rede de Pesquisa Psicanálise e Saúde Pública e da Rede Psicose do Fórum do Campo Lacaniano (FCL-SP). Membro das Formações Clínicas do FCL-SP.
E-mail: mariodealtoledo@hotmail.com

Resumo: Este artigo examina a possibilidade de o psicanalista participar do Projeto Terapêutico Singular (PTS) – ferramenta da saúde pública brasileira – sem perder a essência de sua forma de dar voz ao sujeito, fazendo interlocução e mantendo diálogo com profissionais de outros campos, de modo a contribuir eticamente com o processo de transformação social que se mostra importante no âmbito da saúde no Brasil. Para tanto, recorreremos a uma breve síntese histórica do processo que possibilitou a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas diretrizes atuais, conceitualizamos o PTS e discutimos a inserção e trabalho do psicanalista nas equipes de saúde por meio dessa ferramenta. Nossa hipótese é que o PTS pode oferecer uma oportunidade para a participação ativa do psicanalista junto aos demais profissionais da saúde, visto estar baseada em no mínimo dois princípios: singularidade e projetualidade. Princípios estes passíveis de ser lidos pelo psicanalista sem tanta estranheza, já que é plausível fazer diversas aproximações

conceituais, posto que a Psicanálise pode trazer sua contribuição relativa à concepção fundamental do sujeito. Assim, entendemos que o processo de transformação social, quando atravessado pelo discurso do psicanalista, torna-se uma possibilidade, pois se dá na sementeira do caso a caso, na resistência ao empuxo do capital e na transmissão do inconsciente, ou seja, na singularidade de cada um.

Palavras-chave: saúde pública; psicanálise; projeto terapêutico singular; singularidade; transformação social.

Abstract: This article examines the possibility that a psychoanalyst participates in the Brazilian Unique Therapeutic Project (PTS) – a public health tool in Brazil – without losing the essence of how he gives room to the subject’s voice, establishing conversation and maintaining dialogue with professionals from other areas, in order to ethically contribute to the social transformation process that is significant in the health field in the country. To do this, we resort to a brief historical overview of the process that enabled building the Brazilian National Health System (SUS) and its current guidelines, conceptualizing the PTS and discussing the psychoanalyst’s insertion and work in the health teams through this tool. Our assumption is that the PTS may provide an opportunity for the psychoanalyst’s active participation along with the other health professionals, since it is based on at least two principles: uniqueness and projectuality. Such principles may be read by the psychoanalyst without so much surprise, because several conceptual approaches may be carried out, as Psychoanalysis can provide its contribution regarding the fundamental conception of the subject. Thus, we see that the social transformation process, when addressed by the psychoanalyst’s speech, becomes a possibility, because it occurs at the time each case is sown, the capital’s thrust is resisted, and the unconscious is conveyed, i.e. in the uniqueness of each person.

Keywords: public health; psychoanalysis; unique therapeutic project; uniqueness; social transformation.

Transformação social singular?

O psicanalista e seus (des)caminhos na saúde pública

Qual é a possibilidade de o psicanalista participar do Projeto Terapêutico Singular (PTS), sem perder a essência de sua forma de dar voz ao sujeito, utilizando essa

oportunidade para a interlocução e o diálogo com profissionais de outros campos, de modo a contribuir eticamente para o processo de transformação social que se faz importante no âmbito da saúde no Brasil?

Esta pergunta de pesquisa balizou nosso estudo.

Assim, para constituir um primeiro esboço de resposta, indicamos o que entendemos ser uma trilha para o psicanalista que se aventura em rumos progressistas da atual política de saúde pública. Para tanto, retomamos pontos da história da saúde mental no Brasil, pois já temos um primeiro caminho de mudança; discutimos o conceito de Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma ferramenta de saúde coletiva que pode auxiliar o processo de transformação social; e, por fim, discutimos o analista cidadão, relevante para as transformações em geral.

Um caminho para a saúde mental no Brasil

Para contextualizar o caminho da saúde mental no Brasil por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) – que tem como princípios a descentralização, a integralidade e a equidade – retomamos as políticas de saúde pública desde a Primeira República (1889-1930) até a implantação do SUS.

O primeiro período, de 1889 a 1930, foi marcado pelo predomínio das oligarquias, sobretudo o coronelismo no Nordeste e a cafeeicultura no Sudeste, que se caracterizavam como a elite político-econômica da época. Os primeiros movimentos sanitaristas possibilitaram, por meio da mobilização política, elevar a saúde ao *status* de problema e, ao mesmo tempo, solução nacional.

Foi esse período que deu início às mobilizações que colocam em destaque a saúde como objeto de movimentos intelectuais e políticos. Assim, “as políticas de saúde implementadas a partir de fins da década de 1910 tiveram um papel importante no aumento da penetração do Estado na sociedade e no território do país” (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005, p. 29).

Deve-se acentuar que os estudos históricos voltados à temática da saúde vêm contribuindo para revisão desse período, enfatizando o papel da saúde na construção da autoridade estatal sobre o território e na conformação de uma ideologia de nacionalidade, capaz de superar a imagem negativa referida às teses de inferioridade climática do país e racial da população brasileira. (Ibid., p. 30)

Parte desse processo deu-se por uma crescente mobilização em busca de uma identidade nacional, uma organização nacional, a partir do Estado em todo o seu território. Era necessário construir um país forte. Portanto, a saúde, em seu marco epidemiológico, traçou seu lugar estratégico dentro da nação. Assim, a implementação de uma política pública de saúde no Brasil serviu a um projeto político civilizatório marcado pela construção de uma identidade nacional.

Na Constituição brasileira de 1891, o Estado assumiu o papel de responsável pelas ações de saúde e educação. Diante das diversas resistências políticas foi a partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, que a saúde assumiu destaque como campo de assistência médica: “até então, muitas categorias de trabalhadores organizavam associações de auxílio mútuo para lidar com problemas de invalidez, doença e morte” (ibid., p. 32).

A compreensão sobre a gênese do movimento sanitário da Primeira República é favorecida quando se identificam as afinidades que foram se estabelecendo entre uma comunidade de cientistas em formação, projetos intelectuais e políticos de cunho nacionalista e propostas políticas de expansão da autoridade estatal no território e de redefinição do pacto federativo. (Ibid., p. 33)

Nesse processo histórico, as ações do poder público estavam relacionadas ao saneamento e às medidas de combate às doenças endêmicas, comuns no processo de urbanização, e seu marco foi a implantação de instituições de ensino e pesquisa, como o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) e o Instituto Butantan.

Inicialmente, destinavam-se ao desenvolvimento de trabalhos profiláticos, sobretudo de combate à malária, que acompanharam ações relacionadas às atividades exportadoras, base da economia do país: construção de ferrovias, saneamento dos portos e estudos voltados ao desenvolvimento da extração da borracha na Amazônia. (Ibid., p. 34)

Os efeitos do projeto civilizatório relacionavam o atraso da nação aos problemas da população, apontando as doenças endêmicas e a raça como as grandes questões a ser transpostas para a ascensão do país, o que fortaleceu as propostas de higiene social. Devemos destacar a expansão do poder estatal como outra contribuição.

Durante a Primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação e verticalização das ações no governo central. O período que se inicia em 1930, visto como marco inicial desse processo de expansão da autoridade estatal por meio da adoção de políticas e ações de

saúde orientadas por princípios e estratégias comuns, é resultado das interfaces das ideias defendidas pelo movimento sanitário da época e do complexo processo de negociações que envolveu estados e governo. (Ibid., p. 38)

Já o período de 1930 a 1964 constituiu um marco na configuração das políticas sociais no campo da saúde do país: “o universo temático do debate político ideológico esteve direcionado para o papel de Estado diante dos problemas sociais, enfatizando a construção da Nação como princípio norteador das políticas adotadas” (ibid., p. 40).

No plano econômico, houve um deslocamento da produção do setor exportador para a expansão do mercado interno e uma crescente industrialização. Já, no campo político, não existia uma hegemonia quanto às políticas econômicas a ser adotadas, coexistindo medidas favoráveis à industrialização e outras que visavam a amparar os interesses agrários tradicionais.

Esse período foi marcado por uma distinção quanto à assistência em saúde: por um lado, aqueles inseridos no mercado formal de saúde eram protegidos por cooperativas de assistência médica, desse modo, eram reconhecidos como cidadãos. Por outro lado, a saúde pública ficava a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), ou seja, “tudo que disse[sse] respeito à saúde da população e que não se encontrava na área de abrangência da medicina previdenciária” (ibid., p. 41), marcando uma cisão na institucionalização do sistema de proteção social, definindo, então, os rumos das ações de saúde no Brasil daquela época.

Essa definição a respeito do reconhecimento de direitos sociais implicou, ao mesmo tempo, a associação entre assistência médica previdenciária e trabalhadores urbanos e a ênfase das ações de saúde pública como políticas e modelos de serviços predominantemente para a população rural. (Ibid., p. 42)

A política de saúde desdobrava-se em uma centralização normativa, sendo acompanhada por uma descentralização executiva, o que fortaleceu a presença do ente federal nos estados e exerceu pressão sobre os interesses regionais, integrando, assim, as três esferas administrativas. “A política social do governo Vargas fortaleceu o processo de construção do Estado Nacional, evidenciando as inter-relações das dimensões política, ideológica e institucional” (ibid., p. 43).

O período apresentou algumas dificuldades na implementação das ações programadas, tais como: falta de orientação dos dirigentes, ausência de técnicos especializados, carência de recursos e a dimensão continental do país.

A solução encontrada foi a implementação de normas gerais que ditariam as regras e regulamentos e a burocratização do Estado. Como efeito, observou-se a “verticalização das ações em saúde, a centralização e a ampliação da base territorial da ação do governo federal” (ibid., p. 44).

A saúde, ainda marcada pelo estatuto ideológico de desenvolvimento nacional, continuava a relacionar as doenças aos problemas de desenvolvimento, à pobreza e miséria da população brasileira. As ações se dirigiram, principalmente, à erradicação das doenças tropicais. As rupturas se deram no campo das relações causais e das estratégias políticas e institucionais a ser adotadas.

Era bem mais complexa e multifacetada a tensão entre aqueles que acreditavam que a doença era um obstáculo ao desenvolvimento e a saúde constituía um pré-requisito essencial para os avanços sociais e econômicos no mundo em desenvolvimento, e os “desenvolvimentistas”, que compreendiam não ser suficiente o combate às doenças para superação da pobreza. (Ibid., p. 49)

A partir de 1953, com a criação do Ministério da Saúde (MS), a realidade das políticas de saúde pouco mudou em relação às suas estruturas, “a inovação nesse período foi a incorporação irreversível da dimensão político-partidária à definição de políticas para o setor” (ibid., p. 51). O MS centralizou as ações em saúde que até então estavam isoladas, mas ainda assim mantinha seu foco nas doenças endêmicas de modo verticalizado e centralizado.

Na década de 1950 e no início da de 1960, ações e campanhas de combate às endemias rurais mobilizaram recursos humanos e financeiros e estiveram associadas aos projetos e às ideologias de desenvolvimento. Recuperação da força de trabalho no campo, modernização rural, ocupação territorial e incorporação de espaços saneados à lógica da produção capitalista corresponderam à associação entre saúde e desenvolvimento, a primeira ajudando a promover o segundo. (Ibid., p. 53)

Entretanto, dá-se início a uma inversão importante no campo da saúde, que agora passa a ser vista como consequência de desenvolvimento econômico e social: “deste modo, a saúde dependeria da infraestrutura econômica de cada sociedade” (ibid., p. 54), com uma luta político-ideológica entre dois projetos sanitários distintos. “Esse movimento na direção da descentralização, da horizontalidade, da integração das

ações de saúde, da ampliação dos serviços e da articulação da saúde com as reformas sociais foi abortado três meses depois pelo golpe militar de 31 de março de 1964” (ibid., p. 55).

Entre 1979 e 1989, ainda sob o efeito da ditadura militar, o cenário político apontava um processo de desgaste no que diz respeito ao regime hegemônico e sua forma de governança. Assim, emergiu uma série de movimentos e de lutas sociais que buscava melhores condições de vida, de trabalho e de saúde e a redemocratização do país.

É interessante observar as controvérsias sobre o fim da ditadura no Brasil; 1979? 1985? 1988? Evidenciaram o caráter “transicional” do processo. Iniciado no governo ditatorial de Geisel (1974-1979), com a “abertura lenta, segura e gradual”, ganhou dinâmica própria com a intervenção de atores imprevistos, fugiu do controle dos governantes até configurar-se a Constituição de 1988, depois de uma “transição democrática” quando se sucederam dois governos: o do general João Figueiredo, de 1979 a 1985, já sem instrumento de exceção; e o de José Sarney, entre 1985 a 1988, quando foi aprovada a nova Constituição e o país passou a viver uma democracia reconhecida. (REIS e SCHWARCZ, 2014, p. 104)

Portanto, foi esse o contexto político que possibilitou a Reforma Sanitária no Brasil, como vimos, resultado da mobilização e da unificação gradual de diversos movimentos de setores distintos da sociedade no campo da saúde. Esse processo tomou como bandeira as reivindicações para a melhoria das condições de vida e de habitação, vinculadas à questão central da falta de acesso universal à saúde ao longo da história brasileira.

Foi somente a partir da Constituição Federal de 1988 que a saúde passou a ser um direito de toda a população, por meio do Estado de bem-estar social, visto que, anteriormente, tínhamos um modelo de seguro social, marcado pelo acesso à saúde a partir da condição do sujeito como trabalhador formal, delegando o cuidado do restante da população a instituições filantrópicas.

O marco histórico desse processo se deu um pouco antes, em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde¹, quando foram propostos princípios de organização da saúde, com destaque para: a descentralização; a integralização das

1 A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco significativo por alterar a composição dos delegados, incorporando a participação da sociedade civil organizada e configurando uma “nova institucionalidade” das conferências ao se caracterizar como um fórum – o qual, mesmo sendo convocado pelo Poder Executivo federal e destinado a proporcionar respostas a essa instância governamental, passou a ter “vida própria”, tentando tornar-se um “ente” à parte, autônomo e independente (SCOREL e BLOCH, 2005, p. 83).

ações, superando a dicotomia preventivo/curativo; a unidade na condução das políticas setoriais; a regionalização das unidades; a participação da população; e o fortalecimento do papel do município.

O movimento da Reforma Sanitária continha em seus ideais a busca de uma sociedade mais justa e igualitária, onde todos tivessem acesso às condições mínimas de saúde, agora entendida em toda a sua complexidade, e não apenas como ausência de doença.

Assim, o SUS surgiu junto com a Constituição Federal de 1988: a saúde passou a ser um direito do cidadão garantido pelo Estado e baseado nos princípios de integridade, equidade e universalidade.

Além de garantir o acesso à saúde para toda a população, vale notar que os próprios valores da democracia e da cidadania estão presentes na organização dos serviços e dos processos de trabalho, por exemplo, o favorecimento da multiplicidade de atores, como usuários, familiares, entidades civis, gestores; a quebra da hegemonia do saber médico, seja pela pluralidade de outros saberes científicos ou pela valorização dos saberes dos diversos envolvidos.

A história da política de saúde pública no Brasil deixou sua marca no processo civilizatório nacional, possibilitando a constituição de um Estado forte, centralizador e burocrático. Em seu contexto de reforma, a partir da mobilização de entidades de classe e da sociedade civil, teve seu papel crucial no período de redemocratização do país, após o afrouxamento da ditadura militar, reivindicando melhores condições de saúde e de vida para toda a população e propondo um modelo de atenção descentralizado, com maior poder decisório dos municípios, que teriam mais conhecimento acerca das necessidades de saúde da população local, superando a dimensão continental do país.

Vale destacar nesse cenário que, entre 1970 e 1980, foram construídos diversos hospitais financiados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ou seja, com recursos federais. Muitos tinham caráter filantrópico, outros tinham cunho federal e estadual. Portanto, a assistência em saúde mental era voltada à centralidade dos hospitais psiquiátricos.

Para adentrar o campo específico da saúde mental no Brasil, mas ainda do ponto de vista mundial, é necessário pontuar que, anos antes, com o término da Segunda Guerra Mundial, o cenário internacional questionava as atrocidades da guerra, principalmente aquelas dos campos de concentração.

Estabelecendo um paralelo entre as atrocidades da guerra e o modo de cuidado proposto pelos hospitais psiquiátricos, com uma terapêutica moral e práticas de tutela, disciplina, vigilância e controle, surgiu o movimento da Reforma Psiquiátrica, que questionava o tratamento proporcionado aos chamados “loucos”, submetidos a internações de longa permanência, segregados da sociedade, desprovidos de direitos civis e de direitos humanos. Além do tratamento em condições desumanas, questionava-se o lugar atribuído a essas pessoas que se encontravam em “desajuste social”.

Nesse entremeio, dois movimentos internacionais balizaram a Reforma Psiquiátrica brasileira, a saber: a Reforma Democrática italiana e a Psicoterapia Institucional francesa. Tais modelos punham em questão o valor iatrogênico e socialmente excludente das instituições totais e propunham a reorganização do sistema de assistência.

O primeiro movimento apontava o caminho da desinstitucionalização dos pacientes denominados “psiquiátricos”, com a extinção total das instituições psiquiátricas, promovendo outros locais sociais para os sujeitos em sofrimento psíquico e não mais o de doentes e incapazes para a vida. A extinção total dos hospitais psiquiátricos foi um marco dessa política: promoveu uma completa reestruturação dos equipamentos de saúde e possibilitou o estabelecimento de novos locais de vida, tais como cooperativas de trabalho, residências assistidas, equipamentos de saúde 24 horas, entre outros aspectos.

Franco Rotelli redefiniu a desinstitucionalização como “múltiplas formas de tratar os sujeitos em sua experiência e em relação com as condições concretas de vida” (AMARANTE, 2003, p. 5). Franco Basaglia foi o grande expoente dessa experiência: propunha a superação dos conceitos de alienação mental, do isolamento e do tratamento moral.

Basaglia considerava que, para poder estudar as doenças mentais, a psiquiatria havia posto o homem entre parênteses. Assim, a psiquiatria acabou estudando doenças abstratas, pois elas não existem por si sós. As doenças, expressão muito inadequada para o campo psíquico, somente existem quando são experiências de sujeitos concretos. Da mesma forma, a psiquiatria afastou-se dos doentes, ou seja, dos sujeitos concretos das experiências de sofrimento, e passou a tratar das doenças como algo que envolvia as pessoas, como uma infecção ou um traumatismo. Em contrapartida, Basaglia propunha que era preciso *colocar a doença entre parênteses para que se pudesse tratar e lidar com os sujeitos concretos que sofrem e experimentam o sofrimento*. (LANCETTI e AMARANTE, 2009, p. 623)

Uma característica importante do processo italiano, que certamente favoreceu o avanço da desinstitucionalização, é que o embate se dava no âmbito praticamente único da psiquiatria pública entendida como ação e responsabilidade sanitária do Estado. Muito ao contrário do Brasil, onde se criou uma verdadeira indústria privada da loucura, com financiamento público de inúmeros hospitais privados (PASSOS, 2009, p. 127), principalmente nos anos da ditadura militar, quando houve um financiamento maciço do setor privado da saúde e, mesmo após a Constituição Federal de 1988, as parcerias com o setor público foram mantidas.

Já a França, inspirada na proposta das Comunidades Terapêuticas de Maxwell Jones na Inglaterra², reformulou sua assistência estabelecendo os setores de saúde, onde uma equipe de saúde, sob uma única direção, fica responsável por um sistema completo que reúne serviços hospitalares e extra-hospitalares. Portanto, a Psicoterapia Institucional Francesa propunha a “(...) transformação do hospital em instrumento terapêutico de ressocialização, mediante um funcionamento nos moldes da comunidade terapêutica” (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005, p. 63), experimentando, assim, a possibilidade de retirar os pacientes da inércia institucional, transformando a instituição em um local de convivência e reaprendizagem da vida coletiva.

Essas propostas foram muito importantes, pois possibilitaram, pela primeira vez, que a voz do paciente fosse ouvida, e que ele fosse visto como uma pessoa com potencial de participar de seu próprio tratamento. Contudo, suas limitações ficaram claras pelo fato de que eram propostas que atinham à possibilidade de transformar o hospital psiquiátrico em uma instituição de cura. Introduziram muitas inovações, mas ficaram restritas ao modelo hospitalocêntrico que, em última instância, afasta os sujeitos de suas famílias, de seus territórios. (LANCETTI e AMARANTE, 2009, p. 621)

Como já apontado, a Reforma Psiquiátrica brasileira foi influenciada, principalmente, por essas duas experiências. Nesse contexto, em 1989, surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps), embora as experiências iniciais da Reforma Psiquiátrica municipalizada tenham sido os Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), destacando a experiência de Santos-SP.

2 A Reforma Inglesa foi pioneira ao revolucionar a assistência em psiquiatria, buscando tornar os hospitais psiquiátricos locais terapêuticos. Maxwell Jones, seu principal líder, propôs a reorganização dos hospitais em um projeto terapêutico comum, com a presença de todos os profissionais nesse processo, e dispunha dos dispositivos da assembleia, reuniões e grupos terapêuticos.

Lancetti e Amarante (2009, p. 626) estabelecem “a diferença de tudo o que se tinha tentado até então – começou-se a construção de um sistema de saúde mental pela desconstrução do hospital psiquiátrico”. Iniciou-se a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, com o apoio de uma rede de equipamentos substitutivos, e a inovação desse processo se deu pelo fechamento total dos hospitais psiquiátricos.

Os NAPS de Santos nasceram substitutivos ao Hospício. Lamentavelmente, nem todos os CAPS, como o Ministério da Saúde preferiu chamá-los, têm essa missão. Os NAPS, além de estarem encravados no território, estavam também articulados num complexo que fez de Santos a primeira cidade brasileira sem manicômio. (Ibid. p. 627)

Desse modo, os Caps e os Naps têm a mesma missão, ao ofertar: cuidado extra-hospitalar; novas possibilidades de vida; e corresponsabilização no cuidado de base territorial. Hoje, os Caps e os Naps direcionam a política oficial do MS para a saúde mental e muitos foram os avanços e os retrocessos ao longo de mais de 25 anos.

Projeto Terapêutico Singular: sua perspectiva de transformação das relações sociais

Com a Reforma Psiquiátrica brasileira, como vimos, foi necessário constituir uma linha de cuidado em saúde mental que funcionasse de forma distinta do modelo anterior. O Caps e o Naps tornaram-se os articuladores da saúde mental no território e proporcionaram o tom dos demais equipamentos de saúde acerca de como e com quais ferramentas o processo de trabalho em saúde mental deve ser conduzido.

Nesse sentido, muitas práticas adotadas principalmente em equipamentos de saúde mental foram implementadas em outras instituições.

Desse modo, o PTS coube bem para o novo modo de operação da saúde mental, porque conceitualmente envolve paciente e equipe na construção de arranjos de saúde que levam em consideração os diversos saberes e, sobretudo, a singularidade dos sujeitos em questão.

Abrindo parênteses, vale ressaltar a falta de pretensão de esgotar, aqui, a conceitualização e a discussão do PTS: sabe-se que esse tema é amplo e fértil para diversos debates sob inúmeros pontos de vista.

Assim, à guisa de sintético apontamento da questão que almejamos responder, ressaltamos que o PTS é compreendido como uma aposta de que o sujeito pode cuidar de sua saúde mental em seu território, por meio de ações construídas por ele em

parceria com a equipe que o assiste, ações estas que façam sentido para o usuário e que sejam, de fato, exequíveis para ele. Desse modo, o PTS contribui com o atual modelo de assistência em saúde mental visando a possibilitar o cuidado do paciente em um território que não é apenas o espaço físico que o “sujeito” habita, mas seu “território existencial”.

Em consonância com Oliveira (2010), devemos destacar que a “singularidade” é o cerne do PTS, que visa a propiciar que os sujeitos ou coletivos particulares possam produzir saúde. Singularidade esta que resiste à reprodutibilidade, pois remete à diferença e ao contexto singular de cada um.

O PTS é um instrumento que, em seu princípio, tem como característica a construção do projeto de vida dos usuários dos serviços de saúde mental, tomando como norte o fato de que muitos pacientes eram – e ainda são – pessoas vindas de internações de longa permanência que, por meio do processo de institucionalização, foram destituídas de sua história de vida, sua autonomia e seus laços de existência.

Portanto, o PTS também dá visível destaque à ideia de projetualidade que, segundo Oliveira (2010), é a capacidade de construir novos arranjos de vida a partir da coprodução e cogestão do processo terapêutico que considere a singularidade de cada sujeito para planejar e organizar ações e responsabilidades dos envolvidos e tecer esse novo espaço existencial.

Por essa razão, a construção do PTS parte da demanda trazida pelo usuário que chega ao serviço de saúde, por meio das atividades terapêuticas de que dispõe o equipamento, considerando as necessidades que o usuário apresenta. Seu objetivo é que o paciente participe da construção desse instrumento e pactue as atividades e os objetivos que possibilitem seu projeto de vida.

O psicanalista e seus (des)caminhos

Diante do exposto, cabe-nos retomar o que nos inquieta: afinal, *qual a possibilidade de o psicanalista participar do PTS, sem perder o essencial de sua forma de dar voz ao sujeito, utilizando essa oportunidade para a interlocução e o diálogo com profissionais de outros campos, de modo a contribuir eticamente para o processo de transformação social que se faz importante no âmbito da saúde no Brasil?*

De pronto, temos dois impasses que dificultam pensar um caminho possível, a saber, em primeiro lugar, o empuxo do capital, caracterizado pelo discurso do capitalista,

presente em nossa época histórica, que transforma os cuidados de saúde em produto a ser consumido, e, em segundo lugar, mas não menos importante, o risco de nos perdermos na busca das transformações sociais em uma espécie de “ideal psicanalítico da saúde mental”, afastando-nos daquilo que caracteriza nosso trabalho, qual seja, o caso a caso, a ênfase na singularidade do sujeito, algo oposto ao movimento de massa.

Desse modo, como contribuir com o processo de transformação social sem nos perdermos nos descaminhos da massificação dos movimentos de grupo ou das demandas do capital, como apontaram Freud e Lacan?

Iniciemos pelas demandas do capital. Ao mesmo tempo que a perspectiva sobre a saúde mental no Brasil sofria diversas modificações influenciadas pelo grande acúmulo de saber produzido na Reforma Psiquiátrica, como comentamos, a indústria farmacêutica multinacional, desde meados dos anos 1950, vem desenvolvendo novas medicações que visam a eliminar ou minimizar os sintomas que os sujeitos possam apresentar ao longo de sua existência.

Embora reconhecendo o valor que o desenvolvimento de novas drogas pode representar, há que se considerar a tendência que concorre ao modelo da Reforma Psiquiátrica, privilegiando uma abordagem da doença mental como mercadoria.

Assim, o sujeito que se torna paciente/consumidor não está implicado no “projeto terapêutico científico” – mesmo que afetado pelos inevitáveis efeitos colaterais da medicação –, dado o modelo “medicalocêntrico”, baseado em protocolos de tratamento desenvolvidos pelos centros de pesquisa e desenvolvimento (P&D) da grande indústria farmacêutica.

Portanto, quando usada a favor do capital e não do sujeito, a medicação funcionaria como promessa de eliminação de todo e qualquer mal-estar, desajuste e adoecimento, ainda que atue como contenção química da singularidade de cada um e promova uma tentativa de “esterilização” dos ambientes sociais que nada querem saber sobre o mal-estar da existência.

Em um primeiro momento, o sujeito nos demandará nada saber sobre seu sintoma, visto como uma formação de compromisso entre as instâncias psíquicas “consciente” e “inconsciente”, visando a alguma satisfação pulsional possível, como ensinou Freud. Satisfação esta da qual o sujeito não abre mão, ainda que esteja em sofrimento. É nesse sentido que o remédio pode ser agente dificultador da retificação subjetiva, por

exemplo, em um processo de tratamento de saúde mental, pois produz um velamento do mal-estar de existir, recusando o sintoma sem considerá-lo representante do sujeito em sua dimensão inconsciente, inclusive como meio de gozo.

Vale ressaltar não ser nossa intenção advogar contra as medicações psicotrópicas, mas apontar o uso nefasto que o capital faz dos diversos avanços da ciência, manipulando os sujeitos a partir da própria estrutura do funcionamento psíquico.

O uso do remédio nesses moldes seria emblemático no que tange a exemplificar como ações de saúde, sejam quais forem, quando alienadas ao discurso do capitalista, podem servir como transformação do sujeito em indivíduo consumidor da mercadoria saúde e não em sujeito de seu processo de saúde, ou seja, o ideal de que o produto-mercadoria seria suficiente para aliviar todo o mal-estar.

Vejamos como isso se dá: segundo Pacheco Filho (2015), pode-se pensar que o discurso do capital funciona sem perda e sem entropia, pois promete ao sujeito o acesso direto ao objeto, sem a barreira de gozo entre o lugar da verdade, ocupado por *S1*, e *a*, no lugar da produção, como observamos nos demais discursos com Lacan (1969-1970/1992). Paradoxalmente, sabe-se que, por estrutura, todo objeto é parcial, gerando, portanto, um permanente falta-a-gozar.

Assim, apoiados no próprio *modus operandi* do psiquismo, o discurso do capital “vende” seus objetos prometendo a satisfação total, gera insatisfação, e com isso “curto-circuita” o sujeito ao objeto consumível, que será adquirido infinitamente de preferência, ou seja, eis o imperativo do gozo na sociedade de consumo. A mercadoria passa a se apresentar de maneira siderante, como aponta Pacheco Filho (2015), funcionando como tapeação, simulação e fingimento diante do mal-estar.

No capitalismo, a insatisfação, que é estruturalmente constitutiva do sujeito humano, é posta a serviço do consumo de mercadorias, de modo a manter em funcionamento a totalidade do sistema econômico, político e social. O capitalismo realiza por meio da mercantilização e da *forma de valor* das mercadorias, da qual a *forma equivalente geral* e a *forma dinheiro* constituem o mais alto grau de complexidade e desenvolvimento – a virtualização de todo objeto e também de todo vivente (ibid., p. 30).

Sobre a manipulação da indústria farmacêutica, seguindo a lógica do discurso capitalista, Laurent (1999, p. 12) também comenta:

(...) os médicos precisam despertar e se dar conta de que são prisioneiros da ideologia das multinacionais farmacêuticas, uma indústria que luta com milhões de dólares a seu favor para convencer os sistemas de saúde mental, por exemplo, de que o Prozac é ideal.

Aceitando isso, os médicos se convertem em simples servos dessas multinacionais. Como disse em tom divertido Zarifian, (psiquiatra francês) faz-se crer que muitos psicofármacos têm um efeito superior ao placebo, mas muitas vezes isso é só uma suposição não verificada.

Desse modo, ainda que se possa pensar que o sujeito no capitalismo está livre para escolher os objetos que preferir, visto que tem disponível uma variedade imensa de mercadorias, na verdade, o que se observa é o contrário disso, de modo que qualquer possibilidade de expressão de singularidade é anulada porque a escolha é falsa: sua pulsão e seu desejo são cooptados nos limites regulados pelo discurso capitalista, na medida em que é aí o lugar da decisão sobre o que toda uma população deve ou não consumir, ademais, as variedades de produtos seguem a mesma lógica em que as trocas sociais são orientadas pelo equivalente geral – no caso, o dinheiro, escamoteando as relações sociais necessárias para a produção do produto. Vemos, com isso, a produção de modos de pensar, agir e sentir pasteurizados, muito distantes de um modo de expressão singular (PACHECO FILHO, 2015).

O sujeito encapsulado pelos objetos-mercadorias é aquele para quem não existe “real” tampouco “inconsciente”. Como dissemos, nada quer saber sobre isso, trata-se de um apaixonado por sua ignorância (ibid.).

Ainda que tenhamos muito a dizer sobre o discurso do capitalista e sua influência nos sujeitos, resta-nos a tentativa de circunscrever algo sobre o risco de nos perdermos nos movimentos de massa ao buscarmos as transformações sociais, segundo tópico que apontamos como um impasse a ser superado.

Sobre esse desafio, Laurent (1999) relata que, durante algum tempo, no meio psicanalítico, coube ao analista manter-se em um lugar que denominou “crítico”. O analista crítico seria uma espécie de especialista da desidentificação, preocupado com as identifições maciças dos movimentos de grupo tão fortemente descritas por Freud (1921/1980), por exemplo, em “Psicologia dos Grupos” e “Análise do Eu”.

Assim, para operar esse discurso, o psicanalista precisaria ser ele mesmo avesso a qualquer empuxo identificatório, ou seja, responsável por apontar tais ficções, não se deixando envolver ou entrelaçar por tais meandros. O risco dessa postura, entretanto, era um analista completamente desengajado com as questões de seu tempo histórico e uma postura cínica de que, sendo o sentido algo da ordem da ficção, nada restava a fazer.

Entretanto, reconhecemos a dificuldade de nos mantermos apoiados no discurso analítico, sem nos rendermos indiscriminadamente ao campo das identifições, uma

vez que sabemos que as necessidades de saúde são reais e que, na saúde pública, somos convocados a lidar com complexidades pouco encontradas no dia a dia de nossos consultórios. Ou seja, não há como não reconhecer, cidadãos que somos, a real situação da oferta de saúde no Brasil, os diversos contextos de vulnerabilidade social aos quais os sujeitos são expostos, entre tantas outras mazelas da sociedade que comumente desembocam nos atendimentos de saúde mental.

Assim, como não transformar a Psicanálise no ideal de “superciência” que além de escutar o sujeito em sua singularidade também se ponha a defendê-lo de sua condição no mundo, isso que denominamos necessidade real e legítima de saúde? Ou, ainda pior, como não transformar a Psicanálise no avesso disso: o “ideal” da desidentificação total? Não deixa de ser outra via de agrupamento submetido aos mesmos efeitos imaginários questionáveis.

Trilha para uma possível in(ter)venção do psicanalista?

Afinal, qual analista convém na saúde pública e em uma transformação social? Laurent (1999) certamente responderia: o “analista cidadão”. Vejamos: queremos saber se e como podemos nos valer do PTS para participar, como analistas, do processo de transformação social, sem sermos tragados pelo discurso do capital ou pelos movimentos de massa tão comuns na saúde.

Nossa hipótese é que o PTS pode oferecer uma oportunidade para essa participação ativa do psicanalista junto aos demais profissionais da saúde, visto estar baseado em no mínimo dois princípios que nos interessam: singularidade e projetualidade. Princípios estes passíveis de ser lidos pelo psicanalista sem tanta estranheza, já que é possível fazer diversas aproximações conceituais, posto que a Psicanálise pode trazer sua contribuição relativa à sua concepção fundamental sobre o sujeito.

O PTS, a partir dos princípios citados, pode favorecer que a equipe de saúde mental atribua lugar central ao sujeito na construção de seu arranjo de saúde, não sustentando a posição de prestadores de serviços técnicos nem de possuidores da pílula mágica, tal qual demanda o discurso do capital, e o paciente, não raro na posição de consumidor das tecnologias de saúde. Além disso, o PTS também contribui para as invenções particulares de cada um, membros da equipe e sujeito paciente, não facilitando, embora sem garantias, a taylorização dos processos de saúde (OLIVEIRA, 2010), como as identificações em massa podem promover.

Quanto ao analista, como ser participativo por meio do PTS nas equipes de saúde mental? Com Laurent (1999) e Figueiredo (1997): o analista cidadão, aquele que nos convém, não é o inconveniente nem o que convence, mas aquele que convive, ou seja, vive junto

(...) e o faz através do jogo nada fácil da política institucional da qual está livre em seu consultório. (...) dessa forma, atravessa o jogo em que faz sua diferença uma especificidade e não uma especialidade. O psicanalista não é especial, é específico. Só assim ele convém. (FIGUEIREDO, 1997, p. 168)

Os analistas têm que passar da posição de analista como especialista da desidentificação à de analista cidadão. Um analista cidadão no sentido que tem esse termo na teoria moderna da democracia. Os analistas precisam entender que há uma comunidade de interesses entre o discurso analítico e a democracia, mas entendê-lo de verdade! Há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora. (LAURENT, 1999, p. 7)

Desse modo, o analista crítico, aquele especialista da desidentificação, tem sua faceta a ser examinada, mas há um resgate a ser feito quando essa posição nos interessa, na medida em que contribui para nos mantermos alinhados ao discurso analítico: podemos aproveitar parte da posição crítica que significaria um analista interventivo por meio de seu dizer silencioso e que, na instituição e na saúde mental, isso pode apontar uma postura participativa, pois implica um silêncio ativo na tomada de partido, um silêncio capaz de esvaziar a dinâmica de grupo, as identificações e o narcisismo das pequenas diferenças que permeiam as instituições. Silêncio este capaz de combater as paixões imaginárias (ibid.).

Outro aspecto importante da posição do analista, nesses moldes, é contribuir para que a equipe de saúde mental que sustenta o PTS possa se ocupar de suas verdadeiras tarefas, e talvez a principal seja articular as normas à singularidade de cada um.

O analista, mais além das paixões narcísicas das diferenças, tem que ajudar, mas com os outros, sem pensar que é o único que está nessa posição. Assim, com os outros, há de ajudar a impedir que, em nome da universalidade ou de qualquer universal, seja humanista ou anti-humanista, esqueça-se a particularidade de cada um. (...) É preciso recordar que não há que se tirar de alguém sua particularidade para misturá-lo com todos no universal, por algum humanitarismo ou por qualquer outro motivo. (Ibid., p. 7)

Novamente, o analista que convém convive (FIGUEIREDO, 1997). Convive e escuta. Escuta e precisa transmitir a particularidade do que está em jogo na saúde mental.

Transmitir o que tem de humanidade, o interesse que tem para todos a particularidade de cada um (...) transformando-a em algo útil, em um instrumento para todos. (LAURENT, 1999, p. 7)

Portanto, o analista cidadão é aquele que, além do silêncio, também é capaz de opinar com suas palavras. Cabe-lhe dizer sobre o sintoma como uma produção singular: barrar o *furor sanandis* da equipe e lembrar que o sintoma é “a ‘proteção’ singular do sujeito; onde ele ‘põe algo de si’: é o que mostra que algo do sujeito se rebela contra a completa dominação” (PACHECO FILHO, 2015, p. 40).

O analista cidadão, aquele que convém, não se queixa irresponsavelmente. Toma o partido do inconsciente nas discussões e é “perfeitamente compatível com as novas formas de assistência em saúde mental, formas democráticas, antinormativas e irreduzíveis a uma causalidade ideal” (LAURENT, 1999, p. 12), facilitando nosso pensamento sobre a ferramenta PTS.

Para concluir, o processo de transformação social, quando atravessado pelo discurso do analista, particularmente do analista cidadão, aquele que convém, torna-se uma possibilidade, pois se dá na semeadura do caso a caso, na resistência ao empuxo do capital e na transmissão do inconsciente, ou seja, na singularidade de cada um.

Referências

- AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo et al. *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 45-65.
- ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p. 83-119.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
- FREUD, Sigmund (1921). Psicologia dos grupos e análise do eu. In: ————. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 18, p. 79-145.
- LACAN, Jacques (1969-1970). *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

- LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2009.
- LAURENT, Éric. O analista cidadão. *Curinga*, Belo Horizonte, n. 13, p. 12-19, 1999.
- LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado nacional do Brasil: a reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.
- OLIVEIRA, Gustavo Nunes. O Projeto Terapêutico Singular. In: BRASIL. *Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- PACHECO FILHO, Raul Albino. Compra um Mercedes Benz prá mim? *Psicologia Revista*, São Paulo, n. 24, v. 1, p. 15-44, 2015.
- PASSOS, Isabel Christina Friche. *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
- REIS, Daniel Aarão; SCHWARCZ, Lilia Moritz. *Modernização, ditadura e democracia: 1964-2010*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2014.

Recebido em 3/11/2015; Aprovado em 10/12/2015.