



A PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES: CLÍNICA E POLÍTICA*

PSYCHOANALYSIS AT THE INSTITUTIONS: CLINIC AND POLITICS

Eduardo Ely Mendes Ribeiro

Psicanalista. Doutor em Antropologia Social. Consultor do Ministério da Saúde.
Coordenador da Política Nacional de Humanização do SUS na Região Sul.

Correspondência

Associação Psicanalítica de Porto Alegre - APPOA
Rua Faria Santos, 258, Bairro Petrópolis, Porto Alegre - RS
CEP: 90670-150
E-mail: eduardomribeiro@uol.com.br

RESUMO

Neste artigo é apresentada uma análise das relações que se estabelecem entre as dimensões clínica e política da prática psicanalítica. É defendida a ideia de que a indissociabilidade entre o individual e o coletivo no processo de constituição das subjetividades também se manifesta na condução dos tratamentos, onde, em muitos casos, se torna importante o trabalho em equipe, sob uma perspectiva transdisciplinar. Exemplificando os desafios existentes para a ampliação da ação política da psicanálise, é relatada a forma como foi elaborada e está sendo implementada a Política Nacional de Humanização do SUS, promovida pelo Ministério da Saúde. Neste processo, em que o autor deste artigo participa na condição de consultor, fica evidenciada a tensão entre uma concepção de sujeito associada à noção de cidadania, e outra, centrada nas singularidades subjetivas. É defendida a criação de dispositivos, como a "prática entre vários", como estratégia para inclusão de psicanalistas em contextos multiprofissionais.

PALAVRAS-CHAVE

Psicanálise. Ética. Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

This article is an analysis of relations established between the clinical and political dimensions of psychoanalytic practice. It advocates the idea that the inseparability between the individual and the collective in the constitution of subjectivities is also evident in the conduct of treatments, where, in many cases, teamwork is important, under a transdisciplinary perspective. Exemplifying the challenges for the expansion of political action of psychoanalysis, it reports the way the National Policy of Humanization of the SUS, promoted by the Ministry of Health, was developed and is being implemented. In this process, in which the author of this article participates as a consultant, the tension between a conception of subject associated with the concept of citizenship is evidenced, and another, that focuses on subjective singularities. It defends the creation of devices, such as the "practice among others", as a strategy for the inclusion of psychoanalysts in multiprofessional contexts.

KEY WORDS

Psychoanalysis. Ethics. Public health policies.

* Trabalho apresentado na I Jornada do Instituto APPOA, realizada em Porto Alegre em junho de 2009.

A prática da psicanálise em contextos institucionais, quando se propõe a articular clínica, intervenção e pesquisa, nos coloca o desafio de relacionar o plano mais restrito da clínica com o que é da ordem das relações políticas entendidas de forma ampla.

A psicanálise surgiu e construiu seus fundamentos a partir do exercício clínico, mas o que, no início, era apenas mais uma terapia, acabou por produzir uma nova concepção de sujeito e de inconsciente, desdobrando-se também em uma ética e em um discurso. Assim, não há por que supormos que o campo exclusivo da psicanálise seja o da clínica individual de consultório. Afinal, "sujeito", "inconsciente", "ética" e "discurso" se manifestam em qualquer contexto social.

Nossas grandes referências teóricas, Freud e Lacan, não se cansaram de, cada um em seus termos, reafirmar a indissociabilidade do individual e do social, do público e do privado e, portanto, também, do sujeito e do cidadão. Não se trata, neste sentido, de estabelecer as fronteiras entre clínica e política, mas de pensar suas modalidades de relação.

Considerando que a dimensão clínica da psicanálise seja evidente, ainda que assuma diferentes orientações teóricas, cabe investigar sua ação política. Com este propósito, propomos considerar "política", não no sentido em que esta expressão é mais usada atualmente, quando se refere à atividade de governar, ou à busca pelo poder, mas como uma atividade reflexiva que orienta uma ação, no contexto das relações mantidas por uma determinada comunidade. Em um sentido que deriva do que ocorria na antiga Grécia, quando os cidadãos se reuniam no centro da pólis para decidir a forma como se dariam as relações entre eles e o futuro da cidade.

O discurso psicanalítico possui uma ação política em vários âmbitos: em primeiro lugar, pode-se dizer que muitos conceitos e teorias

psicanalíticas foram sendo apropriadas pelo senso comum de nossa época, muitas vezes sem manter fidelidade e compromisso com seu contexto de produção. "Recalcado", "narcisista", "neurótico" são termos extraídos da psicanálise de forma imprecisa, e que se encontram incorporados em nossa linguagem ordinária. Mas, por outro lado, também passaram a ser aceitas as teorias relativas à sexualidade infantil, à existência de um processo operatório inconsciente que, ao menos em parte, nos determina, entre outras.

Outra forma de intervenção política, esta institucional, é quando uma associação psicanalítica, através de seus representantes, promove ou participa de eventos sociais, onde são discutidos diferentes temas de interesse público, cujo interesse é compartilhado por diferentes campos sociais, como a educação, o direito, a saúde coletiva, a assistência social, entre outros.

Muitos psicanalistas também trabalham em instituições destes mesmos campos/setores sociais. Estes frequentemente encontram dificuldades para fazer com que as funções para as quais foram contratados, geralmente psicólogos e psiquiatras, possam ser exercidas a partir do referencial psicanalítico. Na maior parte das vezes, este propósito não estava presente quando de sua contratação.

Muito mais raras são as instituições, psicanalíticas ou não, que promovem intervenções sociais orientadas explicitamente pela psicanálise.

E, somente em casos excepcionais, temos notícia de que as concepções psicanalíticas acerca do sujeito, do inconsciente e da natureza de nosso laço social, tenham orientado uma política pública.

Percebemos, portanto, uma progressiva diminuição das competências "sociais" da psicanálise, na medida em que ela se afasta do terreno estrito da clínica. É como se a natureza de nossa atuação exigisse uma posição de

reserva, de abstinência, em relação a qualquer projeto político, afinal não pretendemos saber o que seria o bem dos outros. Desta forma, tenderíamos a não acreditar, nem em psicanálise aplicada, nem em psicanalistas implicados politicamente.

Esta parecia ser a posição assumida por Lacan, no texto "a direção do tratamento e os princípios de seu poder", quando afirmava que o psicanalista

é menos livre em suas estratégias do que em sua tática... e ainda menos livre naquilo que determina a estratégia e a tática, ou seja, em sua política, onde ele faria melhor situando-se em sua falta-a-ser do que em seu ser (LACAN, 1958, p. 595).

Nesta reflexão, podemos entender "estratégia" como o uso que se faz da relação transferencial, e "tática" como a produção de atos analíticos a partir da transferência. E a "política"? Para Lacan (1958), ela seria despossuída de qualquer intencionalidade; afinal, na prática analítica, não há nada que se possa saber, a priori, sobre a direção do tratamento.

Esta citação tem sido utilizada com frequência, geralmente descontextualizada, para fundamentar o entendimento de que a psicanálise pouco tem a contribuir para a formulação de políticas públicas. Mas, talvez seja interessante problematizar esta interpretação. Retornando à citação de Lacan (1958), é importante que se observe que ele se referia à condução de um tratamento, e que, como já foi dito, a atuação política da psicanálise não se reduz, necessariamente, ao contexto da clínica individual. Também é possível problematizar a noção de "política" que está sendo utilizada. Será que a ação "política" se refere exclusivamente a projetos definidos aprioristicamente? Não seria possível pensar "política" como uma modalidade de ação orientada por uma ética, e não por um telos,

por um fim pré-determinado?

Assim, coloca-se a seguinte questão: como seria o exercício da ética psicanalítica em contextos institucionais, onde se tensionam diferentes concepções de sujeito que, por sua vez, fundamentam diferentes éticas?

Não se trata aqui de propor uma resposta para esta questão, mas, sim, de contribuir para sua definição, pois este questionamento atravessa a maior parte das intervenções sociais da psicanálise. É neste contexto que se estabelecem as tensões entre as concepções de "sujeito" e "cidadão", ou de "subjetividade" e "cidadania".

Em primeiro lugar, é preciso que se diga que a psicanálise só faz sentido, ou seja, só se constitui em um campo de prática (e também de saber), como produto do tipo de relação social que se estabelece em uma sociedade individualista. Em outras palavras: a psicanálise surgiu como uma das estratégias possíveis para lidar com os efeitos resultantes das tensões presentes nas relações entre os sujeitos singulares e seu universo social. Isto não quer dizer que estas tensões não existissem em outras sociedades, simples e/ou tradicionais, mas, simplesmente, que o método psicanalítico não faria sentido para estas sociedades. Para os integrantes destas sociedades, seu sofrimento, seja ele qual fosse, só poderia ser entendido, e "curado", através de ações que envolviam o conjunto de crenças compartilhadas por sua comunidade. Nestes casos não seria demasiado afirmar que, nestas sociedades, a clínica era política. Lévi-Strauss (1985) nos dá muitos exemplos destas relações.

O divórcio entre "clínica" e "política" é um dos efeitos do individualismo moderno, na medida em que consolidou de forma hegemônica o entendimento de que a clínica, de uma forma geral, e não apenas a clínica em saúde mental, é uma ação voltada à atenção ao sofrimento individual, enquanto a ação política visa à garantia de que todos possam exercer direitos e deveres universais.

Neste cenário, se estabelece o confronto entre concepções de sujeito, que fundamentam ações orientadas por éticas distintas, como a ética de valorização e preservação da vida, a ética dos direitos humanos e da cidadania, e a ética do desejo. Como vemos, a articulação dos campos bio, psico e social exige também um acordo no campo ético.

Esta tensão é vivenciada, por exemplo, nas relações que se estabelecem em equipes multiprofissionais nos serviços de saúde. Quais as possibilidades e limites de atuação dos profissionais orientados pela psicanálise no cotidiano destes serviços?

Uma primeira alternativa, e certamente a mais comum, é a de que se estabeleçam relações de respeito à especificidade das competências de cada profissional, e se desenvolvam, de forma mais ou menos articulada, estratégias e ações supostamente complementares. É claro que os limites e as formas como as diferentes competências se articulam costumam ser objeto de todo tipo de tensionamentos.

É interessante notar que esta forma de atuação, que se poderia chamar de interdisciplinar, apesar de ser um avanço no processo de superação da autonomia dos especialismos, tende a preservar certo fracionamento do sujeito, pois cada profissional atua a partir de suas competências específicas. Mas, por outro lado, uma equipe precisa ter algo em comum, e não pode ser qualquer coisa.

Não se trata de propor que as equipes façam Um, se constituindo em uma totalidade, mas, ao contrário, que cada integrante desta equipe decida tomar como direcionamento de sua ação a escuta e o respeito às demandas dos sujeitos que se dirigem ao seu serviço. Escutas e relações singulares, estabelecidas a partir da posição assumida por cada um, mas que se deixem atravessar também pelas perspectivas e entendimentos mantidos pelos demais integrantes da equipe.

Esta proposta está presente em um dispositivo desenvolvido por Di Ciaccia (2005), e que tem sido citado como referência em vários trabalhos (FIGUEIREDO, 2004; PALOMBINI, 2007; RINALDI, 2003). Trata-se de uma experiência realizada na Bélgica e que foi chamada de "prática entre vários", e consiste em um esforço para estabelecer transferências de trabalho em uma equipe, em que todos partam de uma posição de não-saber. Este seria o "em comum" da equipe. É claro que cada um só pode falar a partir de sua trajetória pessoal/profissional, mas nesta experiência ninguém fala de sua especialidade e, menos ainda, autorizado por ela. Há um deslocamento da suposição de saber, da equipe para o sujeito que procura ajuda, e é a singularidade de cada caso que orientará a ação da equipe.

Esta experiência se dá em um centro de atendimento a crianças autistas e psicóticas, mas parece interessante pensar neste dispositivo, ou nesta posição, em outros contextos de intervenção social da psicanálise. Tratando-se de uma prática política, ou uma "prática entre (e com) vários", ela produziria um tensionamento da ética que nos orienta com outras éticas, como a da cidadania, sendo que a posição política a ser assumida na relação a estes outros, seria a de não-reconhecimento de saberes e ações direcionadas a qualquer sujeito, que não sejam desenvolvidas a partir do reconhecimento de sua singularidade subjetiva, que envolve suas demandas, desejos, carências, saberes, etc. Ou seja, uma posição de recusa em tomar os sujeitos como objetos das ações dos especialistas.

Uma proposta como esta parte do princípio de que uma intervenção social e política pode tomar como referência uma ética, e não um saber. E, sendo uma ação "entre vários", esta ética deveria ser orientada não só pelo desejo, como também pela solidariedade.

Isto me ocorreu a partir da experiência

que desenvolvo enquanto consultor do Ministério da Saúde, atuando na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde. Esta iniciativa do Ministério da Saúde foi desencadeada por manifestações populares, coletadas por pesquisas que investigavam as principais fontes de insatisfação da população relativamente à forma como são, ou não, atendidas suas demandas de cuidado/tratamento. O resultado desta investigação fez com que o Ministério da Saúde entendesse que a população demandava um atendimento mais "humanizado", mesmo que não estivesse claro naquele momento o que isto significava.

Esta é uma longa história, já com nove anos, mas que apresenta alguns elementos interessantes para pensar possíveis contribuições da psicanálise: considerando a especificidade dos laços sociais contemporâneos, como entender esta demanda de "humanização"? A demanda de "humanização" estaria relacionada a um sentimento de desamparo, ao desejo de ser cuidado, à convocação de um pai protetor e cuidador? É provável que sim.

E certamente não foi por acaso que a primeira iniciativa do Ministério da Saúde para responder a esta demanda de "humanização", foi a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Como é possível notar o foco estava na "assistência", que facilmente pode ser associada a "tratar bem" "cuidar", ou algo semelhante.

Na condução deste programa estávamos vários psicanalistas, mas isto não impediu que muitos dos projetos desenvolvidos no contexto deste projeto fossem voltados à melhoria das relações interpessoais (mais cortesia e respeito), ou ao oferecimento de uma melhor orientação aos usuários acerca de questões relacionadas aos cuidados com a saúde. Ou seja, algo muito distante, tanto da garantia dos direitos de cidadania, quanto da escuta às sin-

gularidades subjetivas. Hoje, passados sete anos desta experiência, avalio que assumíamos uma estratégia "clínica" em um contexto que exigia uma atuação mais "política", o que nos levava a não fazer nem uma coisa nem outra.

A implementação de uma política pública não pode depender da existência de relações transferenciais, necessitando criar dispositivos capazes de possibilitar o estabelecimento destas relações e de facilitar a manifestação do sujeito do desejo; deve também propiciar o questionamento das formas instituídas de relação que alienam e assujeitam estes sujeitos.

Em 2003, este Programa foi substituído pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH), orientada pelas teorias e práticas da Análise Institucional e da Esquizoanálise. Ocorre, então, uma mudança radical: de uma política que operava a partir da falta-a-ser de seus agentes, para uma política militante.

Os "esquizoanalistas" apresentam-se como militantes revolucionários, combatentes do todas as formas de engessamento das subjetividades, defensores do livre fluxo das forças desejantes, etc. Ou seja, portam bandeiras e assumem valores com os quais a maior parte dos psicanalistas poderia se identificar. Mas, é sabido que algumas formas de militância política correm o risco de produzir o oposto do que pretendem: em vez de inclusão, segregação, pois, como pode ser revelado na metáfora bélica, "quem não é dos nossos está contra nós"; em vez de autonomia e protagonismo, a submissão ao dispositivo, pois é neles que são depositadas as expectativas de acionamento dos processos de mudança.

Na condução desta Política, o risco de ocorrer um excesso de militância que inviabilize a escuta das singularidades está sempre presente e se manifesta em sucessivos tensionamentos entre os sujeitos envolvidos. Mas, por outro lado, tratando-se de uma poli-

tica de saúde, não há como não assumir um compromisso com a consolidação do Sistema Único de Saúde; e, sendo mais específico, tratando-se de uma política de saúde mental, não há como deixar de assumir um compromisso com o avanço do que é chamado de "reforma psiquiátrica". De fato, se não houver uma identificação com os objetivos destas políticas, não há razão para participar da elaboração e implementação de suas estratégias.

Mas também não há, a princípio, qualquer razão para os psicanalistas sentirem-se desconfortáveis em partilhar destas orientações políticas. A questão que se coloca é a da possível contribuição da psicanálise.

A PNH propõe uma série de dispositivos, como "acolhimento", "clínica ampliada", "equipe multiprofissional com apoio matricial", que, ao serem implementados, podem colocar os sujeitos em um lugar de fala, ampliando seu grau de protagonismo. Estes e outros dispositivos são implantados através de diversas modalidades de "rodas de conversa": oficinas, reuniões de equipe, rounds, discussões de casos, pactuações com gestores ou intergestores, etc. Se aposta em processos que produzam co-gestão e co-responsabilidade, a partir do respeito às diferenças e de processos de construção coletivos.

A experiência analítica demonstra o quanto a palavra recalcada pode paralisar e fazer sofrer um sujeito, o que corrobora a importância da criação de dispositivos institucionais capazes de viabilizar uma escuta daquilo que, muitas vezes, só consegue se expressar através do sintoma.

A questão que se coloca para nós, psicanalistas, é a de como incluir, neste processo participativo de gestão de processos de trabalho e de atenção aos usuários, a escuta destes sujeitos, que não podem ser reduzidos a seres detentores de direitos e deveres. Esta tensão existente entre o sujeito e o cidadão

tem suas raízes nas diferentes concepções do que seja o "psicossocial". Como sabemos, este é o nome dado à principal modalidade de serviço substitutivo à internação em saúde mental: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O processo histórico de criação dos CAPS, no contexto da Reforma Psiquiátrica, nos revela que os embates e as propostas têm se situado muito mais no plano político, do que no clínico. Palavras de ordem como "a liberdade é terapêutica" tendem a fortalecer o entendimento de que a loucura seja produto da segregação, da intolerância e da exclusão, transferindo para o plano político a função clínica.

A proposição de uma "clínica ampliada" constitui, da mesma forma, um tema interessante para cuja discussão os psicanalistas têm muito a contribuir.

O Documento Base da PNH propõe a seguinte definição de Clínica Ampliada:

Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2006, p. 55).

Sabemos que, no exercício da clínica, nossa posição não pode ser confundida, ou estar associada, a saberes sobre a cura, ou a ações assistenciais. Mas, sabemos também que, muitas vezes, a possibilidade de sustentação da relação clínica depende da intervenção de profissionais de outros campos. A questão que se coloca é a de como articular estas intervenções sem reificar um fracionamento do sujeito, enquanto portador de sofrimento psiqui-

co, de patologias orgânicas e de vulnerabilidade e riscos sociais.

Neste sentido, provavelmente seja mais interessante substituir a proposta de elaboração de um "projeto terapêutico singular" que, juntamente com o "prontuário integrado", constitui uma das ferramentas propostas pela PNH para o exercício de uma clínica ampliada, por uma metodologia de construção de caso, como a que é proposta pela "prática entre vários" (DI CIACCIA, 2005; FIGUEIREDO, 2004).

A principal diferença seria substituir a proposta de "integrar" intervenções pela de construir, conjuntamente, um entendimento da forma como se articulam os "conflitos psicossociais" e as patologias orgânicas na trajetória de vida de cada sujeito que esteja sendo atendido.

Estas considerações me fizeram lembrar alguns casos que muito me angustiavam quando eu iniciava minha clínica, em função do sentimento de impotência que eu sentia ao perceber que os possíveis efeitos de minha intervenção clínica esbarravam em circunstâncias de vulnerabilidade social e carência objetiva, frente às quais eu pouco poderia fazer.

Percebendo o mal-estar que eu sentia, meus supervisores costumavam me auxiliar a transformar a impotência em impossibilidade, dizendo que a única alternativa seria eu levar o paciente para morar comigo.

Acredito que uma das formas de ampliar a ação social e política da psicanálise, sem precisar levar os pacientes para nossa casa, seja inventar novas estratégias clínicas que não fiquem restritas ao lócus e a práxis psicanalíticas tradicionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF, 2006.

DI CIACCIA, Antonio. A prática entre vários. In: ALTOÉ, S.; MELLO, M. **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

FIGUEIREDO, Ana Cristina C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 75-86, 2004.

LACAN, Jacques. A direção do tratamento e os princípios de seu poder [1958]. In: **ESCRITOS**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1985.

PALOMBINI, Analice. Psicanálise a céu aberto? In: ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE. **Psicose**: aberturas da clínica. Porto Alegre, Libretos, 2007.

RINALDI, Dóris. **Clínica e política**: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. Intersecção Psicanalítica do Brasil. Disponível em: <www.interseccaopsicanalitica.com.br/art106.htm>. Acesso em: 24 jun. 2009.

Recebido em: 03/08/2009

Approved em: 26/11/2009