

A PSICOLOGIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: QUAIS INTERFACES? ¹

Regina Benevides

Universidade Federal Fluminense

RESUMO: Discute-se a relação da Psicologia com o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tomando-se como ponto de partida uma crítica à separação entre clínica e política fortemente presente na formação e na prática profissional dos Psicólogos. Indicam-se três princípios para a construção de políticas públicas em saúde: o da inseparabilidade, o da autonomia e co-responsabilidade e o da transversalidade, estando a contribuição da Psicologia no entrecruzamento do exercício destes três princípios. O artigo destaca, ainda, a importância dos modos de fazer acontecer as políticas públicas, indicando a urgência na criação de dispositivos que dêem suporte à experimentação das políticas no jogo de conflitos de interesses, desejos e necessidades dos diferentes atores que compõem a rede de saúde.

Palavras-chave: Políticas públicas; psicologia; Sistema Único de Saúde.

PSYCHOLOGY AND PUBLIC HEALTH SYSTEM: WHAT ARE THE INTERFACES?

ABSTRACT: The Psychology and Public Health System relation is discussed having as a starting point a criticism to the gap between the clinic and politics strongly present in the formation and in the professional practice of the psychologists. Three principles are suggested to the construction of public politics in the health system, which are the inseparability, the autonomy and co-responsibility and the transverseness, being the contribution of Psychology the interchange of these three principles. This paper also emphasizes the importance of the ways to make happen the public politics, pointing out the urge to create some devices which will give support to these politics in the game of conflicts and interests, desires and needs of the different actors who are part of the public health network.

Key-words: Public Politics; Psychology; Public Health System.

O título do artigo já indica um ponto de partida lamentavelmente pouco encontrado no campo da Psicologia: a preocupação com a saúde pública, com a inserção do trabalho do Psicólogo no debate sobre modos de intervenção que se façam para além dos enquadres clássicos de uma clínica individual e privada, ou mesmo de uma psicologia social que mantém a separação entre os registros do individual e do social, tal como a ainda predominante em nossos cursos de formação. Digo isso para que fique logo claro que não acredito numa crítica à Psicologia e às suas diversas áreas pela identificação de uma face conservadora, porque cuidando do indivíduo, e uma face emancipadora, porque voltada para o social, para a comunidade, para os processos educacionais ou de trabalho. Como pretendo aqui sustentar, trata-se de não se iludir com esta solução de compromisso da Psicologia.

Especialmente quando queremos pensar as interfaces da Psicologia com o Sistema Único de Saúde (SUS) urge que problematizemos o que podemos, o que queremos e, principalmente, como fazemos para contribuir na construção de um outro mundo possí-

vel², de uma outra saúde possível e, digo logo, de uma saúde pública possível.

Convocada ao debate e em sintonia com o movimento de resistência que instituiu o Fórum Social Mundial desde sua primeira versão em 2001, fiquei me perguntando por onde nele entrar. Poderia retomar a história da Psicologia indicando suas alianças com as ciências positivistas ou com as filosofias subjetivistas. Poderia apontar para a tradição humanista que amarra a Psicologia ao campo das Ciências Humanas, tornando-se separada das ciências da saúde. Poderia, ainda, rastrear as inúmeras cisões entre correntes da Psicologia ou entre estas e a Psicanálise, cada uma delas marcando e se apropriando do sujeito como seu objeto de investigação.

Não é preciso ir muito longe para percebermos que o discurso sobre o sujeito tem vindo acompanhado, no campo das práticas psi, de um processo de despolitização destas mesmas práticas. No mesmo movimento em que o sujeito é tomado como centro (ou mesmo eventualmente descentrado) opera-se uma dicotomização com o social que se acredita circundá-lo.

Duas realidades (interna/externa) em constante articulação, mas sempre duas realidades dadas a serem olhadas com seus específicos instrumentos de análise. Esta operação não se faz sem conseqüências e uma delas tem sido, justamente, a de manter em dois registros separados: o sujeito/indivíduo (Benevides, R, 2002) e o social, o desejo e a política (Guattari & Rolnik, 1986).

Assim é que não causa espanto, entre muitos, a afirmação de que Psicologia e Política não se misturam, ou, de que, quando somos psicólogos não somos militantes e se somos militantes não devemos sê-lo enquanto psicólogos.

O paradigma que está nordeando tais afirmações é o de que ciência e política são duas esferas separadas e de que as práticas psi ao se encarregarem do sujeito não devem tratar de questões políticas.

Tal ascese, pretendida por muitos e, afirmada por tantos outros como alcançada, tem sistematicamente colocado o desejo como algo da ordem do individual, ou como questão do sujeito e a política como da ordem do social, ou como questão do coletivo. O efeito-despolitização neste tipo de análise é notório, posto que as práticas psi passam a se ocupar de sujeitos abstratos, abstraídos/alienados de seus contextos e tomam suas expressões existenciais como produtos/dados a serem reconhecidos em universais apriorísticos. Digo despolitização para marcar o lugar exterior, separado, em que a política, em suas mais variadas formas, é lançada quando se trata da análise das questões subjetivas. Entretanto, o mais correto seria dizer que aí também há a produção de uma certa política: aquela que coloca de um lado a macropolítica e, de outro, a micropolítica; de um lado, o Sistema Único de Saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos, como conquista garantida pela lei, pela Constituição e, de outro, os processos de produção de subjetividade. Aqui, me parece, há uma pista importante para seguirmos, pois é a partir da fundação da Psicologia nestas dicotomias que o individual se separou do social, que a clínica se separou da política, que o cuidado com a saúde das pessoas se separou do cuidado com a saúde das populações, que a clínica se separou da saúde coletiva, que a Psicologia se colocou à margem de um debate sobre o SUS.

A pergunta, então, insiste: quais as interfaces da Psicologia como campo de saber e, mais precisamente, dos psicólogos enquanto trabalhadores, com o Sistema Único de Saúde? Mais do que fazer uma discussão de conteúdos curriculares, ou mesmo indicar disciplinas a serem incluídas e/ou excluídas dos

cursos de formação devemos nos perguntar sobre quais práticas tais psicólogos têm efetuado, quais compromissos ético-políticos têm tomado como prioritários em suas ações. É claro que isto não se separa dos referenciais teórico-conceituais que dão suporte a estas práticas e, é claro também, que se trata de uma tomada de posição, de atitude, quanto ao que se define como objeto e campo de intervenção da Psicologia. Trata-se, então, de uma discussão ética, melhor dizendo, ético-política. Se não aceitamos as posições abstratas, transcendentais, descoladas de onde a vida se passa, precisamos, imediatamente, trazer ao debate questões sobre o contemporâneo, tanto em sua dimensão transnacional, mundial, quanto local, brasileira.

Para seguir neste caminho não podemos nos furtar, portanto, de outras perguntas: O que será que os novos tempos do Capital reservam ao Psicólogo quanto à sua tarefa profissional? Será possível e/ou desejável continuarmos na busca de uma identidade para o Psicólogo, definida a partir de uma formação assentada na dicotomia entre o subjetivo e o político? Como romper com a tradição de uma Psicologia cuja história, datada do final do século XIX, atrela-se ora a uma perspectiva objetivo-positivista, ora a uma perspectiva interno-subjetivista, mantendo, de todo modo, a separação em registros excludentes, das esferas individual, grupal, social? Como pensar nas práticas dos psicólogos ainda classificadas em áreas de atuação que se definem pela separação e, muitas vezes, pela desqualificação umas das outras: escolar, comunitária, clínica, do trabalho, judiciária? Como pensar a formação do Psicólogo em tempos de banalização da injustiça social? (Dejours, 1999)⁴ O que propor como diretrizes para sustentar uma posição ética que não se abstraia de seus compromissos políticos? Como pensar na atuação dos psicólogos ou nas contribuições da Psicologia se não incluirmos o mundo em que vivemos o país em que habitamos? Como pensar numa Psicologia que não tome como seu objeto, sujeitos abstratos? Como fortalecer práticas profissionais que se co-responsabilizem com a saúde de cada um e com a saúde de todos sem separá-las?

Cabe-nos, portanto, a pergunta sobre quais relações há entre o capitalismo contemporâneo, o exercício da clínica e a produção de subjetividade. Isto nos obriga a discutir o plano da clínica na sua inseparabilidade da filosofia, da arte, da ciência, e, em especial, da política. E por que esse destaque da interface clínica-política? Porque aí nos encontramos com modos de produção, modos de subjetivação e não mais sujeitos, modos de experimentação/construção e não mais interpretação da realidade, modos de criação de si e do mundo que não podem se realizar em sua função autopoietica⁵, sem o risco constante da

experiência de crise. O que queremos dizer é que definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente.

A forma subjetiva, o sujeito, é produto resultante de um funcionamento que é de produção inconclusa, é heterogênico, nunca havendo esgotamento total da energia potencial de criação das formas. É por isso que dizemos que a subjetividade é plural, polifônica sem nenhuma instância dominante de determinação.

O que mais interessa aqui destacar é este aspecto de produção do sujeito, de um sujeito autônomo (Eirado & Passos, 2004) e, mais ainda, o que historicamente vem se dando como efeito das modulações do capitalismo, a saber, a separação entre produção e produto, portanto, entre processo de subjetivação e sujeito. Esta separação tem como conseqüência a captura da realidade em uma forma dada, tida como natural, mas que deve ser entendida como forma-sintoma⁶ a ser posta em análise. O sintoma se apresenta em duas dimensões: forma e força. Sua face instituída, face-forma, é aquela que se vê aprisionada no circuito de repetição fechada sobre si. O trabalho da análise deverá incidir neste circuito, de modo a nele produzir desvios que forcem a repetição a diferir. A operação analítica freqüente nas intervenções clínicas não é outra coisa senão a desestabilização destas formas, permitindo o aparecimento do plano de forças de produção a partir do qual tal realidade se constituiu.

E aqui já podemos enunciar que entendemos a experiência clínica como a devolução do sujeito ao plano da subjetivação, ao plano da produção que é plano do coletivo. O coletivo, aqui, bem entendido, não pode ser reduzido a uma soma de indivíduos ou ao resultado de um contrato que os indivíduos fazem entre si. Coletivo diz respeito a este plano de produção, composto de elementos heteróclitos e que experimenta, todo o tempo, a diferenciação. Coletivo é multidão, composição potencialmente ilimitada de seres tomados na proliferação das forças. No coletivo não há, portanto, propriedade particular, pessoalidades, nada que seja privado, já que todas as forças estão disponíveis para serem experimentadas. É aí que entendemos se dar a experiência da clínica: experimentação no plano coletivo, experimentação pública.

A pista que segui, a que indicava a fundação da Psicologia assentada na separação entre a macro e a micropolítica, abre-se, então, em alguns desvios que tomarei como princípios éticos que, acredito, possam contribuir para o debate sobre as interfaces

da Psicologia com o SUS:

- Princípio da inseparabilidade: se tomamos a Psicologia como campo de saber voltado para os estudos da subjetividade e se esta é entendida como processo coletivo de produção resultando em formas sempre inacabadas e heterogênicas, é impossível separar, ainda que distinções haja, a clínica da política, o individual do social, o singular do coletivo; os modos de cuidar dos modos de gerir; a macro e a micropolítica. Fazer política pública – e o SUS é fundamentalmente política pública, porque de qualquer um -, é tomar esta dimensão da experiência coletiva como aquela geradora dos processos singulares. Neste sentido, pensar a interface da Psicologia com o SUS se dará exatamente por este ponto conector: os processos de subjetivação se dão num plano coletivo, plano de multiplicidades, plano público. O SUS, enquanto conquista do povo brasileiro, da humanidade, se faz como política pública de saúde.
- Princípio da autonomia e da co-responsabilidade: assim sendo, também é impossível se pensar em práticas dos psicólogos que não estejam imediatamente comprometidas com o mundo, com o país que vivemos, com as condições de vida da população brasileira, com o engajamento na produção de saúde (Campos, 2000). que implique a produção de sujeitos autônomos, protagonistas, co-partícipes e co-responsáveis por suas vidas. Aqui, a interface da Psicologia com o SUS se dá pela certeza de que o processo de inventar-se é imediatamente invenção de mundo e vice-versa.
- Princípio da transversalidade: a Psicologia, tal como qualquer outro campo de saber/poder não explica nada. É ela mesma que deve ser explicada e isto só se dá numa relação de intercessão com outros saberes/poderes/disciplinas. É no entre os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível.

A contribuição da Psicologia no SUS pode estar justamente no entrecruzamento do exercício destes três princípios.

Mas, é, sobretudo num certo método, num certo modo de operar que acreditamos poder estar nossa maior contribuição e também nosso maior desafio. De nada adiantam tais princípios se eles não

forem imediatamente ação política, ação sobre a polis, ação sobre os processos de constituição da cidade e dos sujeitos. O que queremos ressaltar é que os eixos da universalidade, equidade e integralidade, constitutivos do SUS só se efetivam quando conseguimos inventar modos de fazer acontecer tais eixos. Interessa perguntar o como fazer e, aqui, nossa experiência indica que a construção das redes, das grupalidades, de dispositivos de co-gestão, de aumento do índice de transversalidade, de investimento em projetos que aumentem o grau de democracia e participação institucional, são alguns dos caminhos a serem percorridos.

Em nossa recente, e já finda, experiência na Secretaria Executiva (SE) do Ministério da Saúde (MS) (www.saude.gov.br)⁷, coordenando a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Promoção à Saúde, nos vimos frente ao desafio de construção de políticas públicas que estivessem comprometidas com os princípios que acima enunciámos. Estar na máquina do Estado num cenário contemporâneo que naturaliza o capitalismo neoliberal impôs, o tempo todo, movimentos de resistência àquilo que se apresentava como inexorável: programas, projetos, secretarias e processos de trabalho fragmentados, separação dos regimes de atenção e de gestão da saúde.

Mais ainda, o desafio se colocava em exercitar com os trabalhadores e gestores do próprio MS um outro modo de construir políticas públicas. Não queríamos, de fato, apenas uma outra política de governo. Queríamos avançar numa outra direção de nosso modo de fazer e, para isso, não nos bastava apenas concordar com os eixos do SUS: universalidade, integralidade, equidade. Precisávamos ousar estabelecer na máquina do Estado, políticas de produção de autonomia e emancipação social. Precisávamos redimensionar as políticas de saúde de tal forma a criar espaços de gestação, difusão e contaminação de novas alternativas societárias e civilizatórias (cf. Eixo 1 do V FSM em www.forumsocial.org). Pensávamos dar outros rumos para a própria Secretaria Executiva do MS que até então apenas executava políticas formuladas por outras Secretarias. Precisávamos efetivar a co-gestão com a qual dizíamos concordar, co-formulando políticas e não simplesmente reproduzindo tolos espaços de disputa de territórios de saber/poder. Apostamos em políticas transversais e que não separassem atenção/gestão/formação e participação social. Apostamos, enfim, num outro modo de pensar e de fazer política.

Pensar-fazer políticas de saúde exige, então, criação de dispositivos, exige criação de espaços de contratualização entre os diversos atores que compõem

as redes de saúde, exige um estar com o outro: usuário, trabalhador, gestor. Aqui certamente a Psicologia pode estar, aqui ela pode fazer intercessão. Insistimos, não basta à distância formular, regular, controlar políticas, é preciso criar modos, criar dispositivos (Benevides, R, 1997) dispositivos⁸, que dêem suporte à experimentação das políticas no jogo de conflitos de interesses, desejos e necessidades de todos estes atores.

Os rumos tomados desde o final de 2004 nos inquietam na medida em que o MS decide, dentre outras medidas, mudar o perfil da SE deslocando tais políticas transversais para outras Secretarias.

A experiência na coordenação destas políticas no MS nos impôs, então, uma modulação daquilo que já afirmávamos anteriormente. Se antes falávamos da inseparabilidade entre a clínica e a política (ver Passos & Benevides, 2004), agora podemos dizer da inseparabilidade entre modos de atender, de cuidar e modos de gerir, inseparabilidade entre atenção e gestão, portanto. Aí está um caminho a ser traçado, percorrido, inventado, se queremos, também nós, psicólogos, nos aliar aos movimentos de resistência que apostam na construção de um outro mundo possível.

Por último vale lembrar que o SUS nasce como movimento, conhecido como Reforma Sanitária, aliado a outros movimentos sociais, na luta contra a ditadura militar e em prol da democracia, da garantia dos direitos do homem. Estávamos nos anos 1970/80, onde também se organizava em nível internacional a grande onda neoliberal. O SUS foi, sem dúvida, durante estes anos, o movimento que se firmou como resistência à privatização da saúde. Resistir à privatização, da saúde, da vida é tarefa para muitos, é tarefa para todos nós. Cabe a nós, psicólogos, decidir com que movimento nos aliamos, quais movimentos inventamos, quais intercessões fazemos entre a Psicologia e o SUS, entre a Psicologia e as políticas públicas.

NOTAS

¹ Versão revisada do trabalho apresentado no V Fórum Social Mundial, Porto Alegre, janeiro de 2005 na mesa redonda A Psicologia no Sistema Único de Saúde, organizada pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP-07), pelo Sindicato dos Psicólogos do Rio Grande do Sul e pela Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, como parte da Atividade: Psicologia e saúde nas políticas públicas: estratégias e esferas de ação/ Eixo: Defendendo as diversidades, pluralidade e identidades.

² A alusão se refere à convocação que instituiu o Fórum Social Mundial desde sua primeira versão em 2001 quando, num movimento de resistência à globalização e ao Capitalismo Mundial, organizações não-gover-

namentais e redes sociais de toda ordem propuseram o encontro em Porto Alegre/Brasil em contraposição ao Fórum Econômico Mundial realizado na mesma época em Davos/Suíça.

³ Sabemos que os termos aqui referidos têm diferenças a depender do enfoque teórico aos quais estão filiados. Não é preocupação do presente artigo se deter nestas diferenças. O que queremos sobretudo problematizar é a separação entre os registros subjetivo e objetivo da experiência. A esse respeito ver Benevides (2002).

⁴ Título de um livro de Christophe Dejours, inspirado em termo utilizado por H. Arendt – banalidade do mal. Dejours (1999) procura investigar as motivações subjetivas da dominação, tomando o trabalho e o chamado novo capitalismo na sociedade contemporânea, como eixo condutor de suas análises.

⁵ Uma importante contribuição sobre o tema da autopoiese pode ser encontrado em Kastrup (1999). E, sobre a questão da autonomia, ver Eirado e Passos (2004).

⁶ Trabalhamos aqui com a idéia de que o sintoma se apresenta em duas dimensões: forma e força. Sua face instituída, face-forma, é aquela que se vê aprisionada no circuito de repetição fechada sobre si. O trabalho da análise deverá incidir neste circuito, de modo a nele produzir desvios que forcem a repetição a diferir.

⁷ Sugiro o site www.saude.gov.br para melhor entendimento da estrutura, atribuições e responsabilidades das instâncias do MS.

⁸ Em artigo publicado anteriormente discutimos o dispositivo grupal como um importante mecanismo de resistência às políticas individualizantes presentes no contemporâneo. Neste mesmo artigo trabalhamos a noção de dispositivo a partir das contribuições de G. Deleuze como emaranhado de linhas, enfatizando o plano de constituição do dispositivo (Benevides de Barros, 1997).

REFERÊNCIAS

Benevides de Barros, R. (1997). Dispositivos em ação: o grupo. Em A Silva & cols. (Orgs.), *Cadernos de Subjetividade* (pp. 183-191). São Paulo: Hucitec.

Benevides, R. (2002). Clínica e Social: polaridades que se opõem/complementam ou falsa dicotomia? Em C. Rauter, E. Passos & R. Benevides (Org.), *Clínica e Política: subjetividade e violação dos Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: Te Cora.

Campos, G. W. S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec.

Dejours, C. (1999). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: FGV.

Eirado, A. & Passos, E. (2004). A noção de autonomia e a dimensão do virtual. *Psicologia em Estudos*, 9, 77-85.

Guattari, F. & Rolnik, S (1986). *Micropolítica; cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ:Vozes.

Kastrup, V. (1999). *A invenção de si e do mundo*. Campinas, SP: Papirus.

Passos, E. & Benevides de Barros, R. (2004). Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Lugar Comum*, 19/20, 159 -171.

Regina Benevides
Psicóloga; Professora do Dep de Psicologia da UFF;
Doutora em Psicologia Clínica; Pós-Doutorado em
Saúde Coletiva. Entre janeiro de 2003 e janeiro de
2005 foi Diretora de Programas da Secretaria Execu-
tiva do Ministério da Saúde, coordenando a Política
Nacional de Humanização e a
Política Nacional de Promoção à Saúde.
End. para correspondência: Mestrado em Psicologia.
Universidade Federal Fluminense. Campus do
Gragoatá, s/n, bloco O, sala 214 - Gragoatá -
Niterói - RJ . E-mail: rebenevi@terra.com.br

Regina Benevides
A psicologia e o
sistema único de saúde:
quais interfaces?
Recebido: 01/03/2005
1ª Revisão: 03/10/2005
Aceite Final: 11/10/2005