

Os protocolos de atendimento na psicologia hospitalar: uma perspectiva psicanalítica

Treatment protocols in hospital psychology: a psychoanalytic perspective

Cristina Moreira Marcos*

Iara Wanderley Biondi**

Resumo: Neste artigo, buscamos interrogar os processos avaliativos de gestão, principalmente no que se refere ao uso dos protocolos de psicologia no âmbito hospitalar. Num primeiro momento, abordaremos os processos avaliativos a partir das contribuições de Foucault e Canguilhem. Posteriormente, discutiremos o efeito dessa sociedade avaliativa pela perspectiva da psicanálise, no que diz respeito ao sujeito do inconsciente e seus modos de gozo. Para finalizar retomamos algo da posição do psicanalista nos dias de hoje, fazendo uma reflexão teórica sobre sua atuação na área hospitalar.

Palavras-chave: Protocolo, psicologia hospitalar, psicanálise.

Abstract: In this paper, our aim is to question managerial evaluative processes, especially in regard to the use of psychology protocols in hospitals. First, we discuss evaluation processes as far as the contributions of Foucault and Canguilhem are concerned. Later, we discuss the effect of this evaluative society from the perspective of psychoanalysis, in regard to the subject of the unconscious and its jouissance modes. Finally, something of the current analyst's position is resumed, by providing a theoretical reflection on his performance in the hospital area.

Keywords: Protocol, hospital psychology, psychoanalysis.

* Psicanalista, doutora Psicanálise/Universidade Paris 7 (Paris-França), profa. Programa de Pós-graduação em Psicologia/PUC-MG. (Belo Horizonte-MG-Brasil).

** Psicanalista, servidora pública do Estado de Minas Gerais, mestre Psicologia/Programa Pós-graduação Psicologia/PUC-MG, especialista Clínica Psicanalítica em Instituições de Saúde/Puc-MG/Betim (Belo Horizonte-MG-Brasil).

Introdução

Mediante o aumento significativo da produção de conhecimento sobre os processos de gestão e de sua aplicação no contexto hospitalar, buscamos interrogar o uso dos protocolos para o atendimento psicológico neste contexto. Tanto Foucault quanto Canguilhem discutem a genealogia dos processos avaliativos, seus objetivos e suas consequências para os indivíduos, a biopolítica e o lugar da psicologia na área da saúde. Estas são contribuições importantes para que possamos pensar os protocolos clínicos hospitalares como uma resposta às questões que envolvem o poder, o Estado e o sistema capitalista. A partir daí, discutimos o lugar do psicanalista frente à demanda dos serviços hospitalares.

Os efeitos disciplinares e reguladores nas práticas da avaliação

Atualmente, identificamos um cenário no qual a previsibilidade tem sido algo fundamental para a sociedade. Neste contexto, a psicologia tem sido chamada como mantenedora desta ordem, através de suas técnicas, juntamente com outras disciplinas (CANGUILHEM, 2001). Foucault e Canguilhem nos auxiliam na compreensão desta realidade social, discutindo o surgimento dos processos avaliativos em nossa sociedade, suas causas e consequências.

Em seus textos *Em defesa da sociedade* (1975-1976) e em *História da sexualidade I: a vontade de saber*, Foucault (1999; 2003) assinala que a estigmatização do biológico significa um poder soberano sobre a vida e a morte das coletividades. Para que haja uma efetivação de tal poder é preciso ter uma técnica que inspeciona, além de ter um menor custo financeiro possível, criando-se então uma tecnologia disciplinar do trabalho. Na primeira metade do século XVIII, tínhamos o poder disciplinar dos corpos, a primeira tomada de poder que torna os corpos consoantes com seu modo de individualização. Isso significa que cada um é analisado separadamente, segundo os parâmetros disciplinares. Posteriormente, a partir da segunda metade do século XVIII, temos novos instrumentos, que vão ao encontro da ideologia da primeira metade do século, porém abrangem não só os corpos em sua individualidade, mas também no coletivo. Aqui não temos mais o poder dirigido a um corpo individualizante e sim um corpo massificado dentro da categoria da espécie. Essa passagem do poder no indivíduo para o poder nas coletividades é o que Foucault vai conceituar como sendo a biopolítica, uma vez que o elo entre o sujeito e a norma social será o campo bioló-

gico. Nesta perspectiva, o homem é tomado dentro da categoria espécie, inserido na norma biológica desta.

A biopolítica se dirige, não mais ao homem-corpo, e sim ao homem-espécie. É com esse viés que se controlam as massas via bioestatísticas – a natalidade, a mortalidade, a morbidade etc. As doenças (pandemias, epidemias) não são mais fenômenos do indivíduo, são de uma população. A saúde passa a ser uma questão de higiene pública. A medicina funciona como um recurso para aplicação do poder sobre as massas via medicação, técnicas e normatização do saber médico (FOUCAULT, 1975-1976, 1999).

Nos mecanismos implantados pela biopolítica, vai se tratar sobretudo, é claro, de previsões, de estimativas, estatísticas, de medições globais, vai se tratar, igualmente, não de modificar tal fenômeno em especial, mas essencialmente, de intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais, desses fenômenos no que eles têm de global (FOUCAULT, 1975-1976, 1999, p. 293).

Desse modo, o saber médico será o elo entre o organismo e a população, na medida em que, com suas técnicas aliadas ao progresso científico, poderá influir no biológico e no orgânico e interferir em ambos os processos: no indivíduo e nas massas. A norma é o que viabiliza a junção do corpo disciplinado com a população. A partir de então, o corpo equivale à vida. Isso explica uma gama de preocupações da saúde higienista, que se atém ao corpo enquanto um corpo normatizado, um corpo que serve para se ajustar ao que é dito como uma norma a ser seguida. Nas palavras de Foucault:

E vocês compreendem então, nessas condições, por que e como um saber técnico como a medicina, ou melhor, o conjunto constituído por medicina e higiene, vai ser no século XIX um elemento, não o mais importante, mas aquele cuja importância será considerável dado o veículo que estabelece entre as influências científicas sobre os processos e orgânicos (isto é, sobre a população e sobre o corpo e ao mesmo tempo, na medida em que a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre organismos e sobre os processos biológicos e que vai, portanto ter efeitos disciplinares e efeitos reguladores (FOUCAULT, 1975-1976, 1999, p. 302).

Se, até então, antes da emergência do poder disciplinar dos corpos, tinha-se um poder soberano que regulava a morte dos indivíduos, agora se tem um

poder soberano que, ao contrário, controla quem vive. Essa inversão, segundo Foucault (1975-1976, 1999), faz com que o indivíduo esteja constantemente submetido ao poder do Estado, sendo que o único momento no qual ele sai do biopoder é na morte. Neste ponto, a biopolítica não pode interferir.

Enquanto, no direito de soberania, a morte era o ponto em que mais brilhava, da forma mais manifesta, o absoluto poder do soberano, agora a morte vai ser, ao contrário, o momento em que o indivíduo escapa a qualquer poder, volta a si mesmo e se ensimesma, de certo modo, em sua parte mais privada. O poder já não conhece a morte. No sentido estrito, o poder deixa a morte de lado (FOUCAULT, 1975-1976, 1999, p. 297).

À medida que o corpo foi sendo dominado pelo biopoder, ele foi perdendo sua identidade enquanto ser vivente e se tornando um corpo-massa, com normas e regulamentações a serem seguidas. Como assinala Foucault, o momento em que o indivíduo consegue escapar a todo esse poder é o momento da morte. É interessante notar que, para a área da saúde, o insuportável é exatamente o morrer, pois é o que, de alguma maneira, se sobrepõe às técnicas normativas e comprova a falibilidade técnico-científica quanto ao poder sobre vida.

Através da noção da biopolítica, podemos pensar no modo como o poder foi se configurando, na área da saúde, fazendo do profissional e da técnica instrumentos de normatização, com a finalidade de controlar as massas. Segundo Rocha (2007), o conceito de biopolítica é um operador conceitual, servindo para demonstrar como ocorre a desvinculação de um poder do Estado, que se ramifica até os técnicos na ponta do sistema. A lógica da gestão é derivada da biopolítica. Rocha nomeia a medicina a serviço da gestão como medicina protocolar, na medida em que ela se serve “de técnicas diversas e numerosas para obter a sujeição dos corpos” (ROCHA, 2007, p. 109 *apud* FOUCAULT, 1997, p. 131).

O biopoder, exercido principalmente pela medicina, deve-se ao advento da ciência biológica como enunciadora de uma suposta verdade. Foucault, ao fazer uma análise da obra de Canguilhem, afirma que a ciência em geral está intimamente ligada a processos descontínuos, ou seja, a verdades/falsidades que ao longo de sua história não fazem um traçado linear mas, pelo contrário, estão ligados a um modo circunscrito no tempo e no espaço de produção da verdade (FOUCAULT, 1990, 2009).

Para explicitar melhor a questão: a ciência da saúde se localiza numa área que tem parte de seu conteúdo vinculado à ordem científica e outra parte vinculada ao que é da ordem da moral. Isto a fez ficar cada vez mais imbricada

com a moral. As produções científicas, em virtude disso, acabam sendo produzidas tendo como pano de fundo a moral de sua época. Não se pode afirmar, então, que o campo da saúde é neutro, sendo que sua essência está vinculada a uma ordem moral. Associar as ciências da saúde com neutralidade traz como consequência uma moral disfarçada de ciência, em que na realidade se trata de uma construção momentânea de saber sobre o que é verdade e sobre o que é mentira. Assim, a ciência da saúde é um campo que requer constantemente reflexões éticas e morais, para não se infringir num abuso de poder.

Em sua leitura da obra de Canguilhem, Foucault (1990, 2009) demonstra que, inicialmente, as ciências da vida derivaram-se do campo das ciências exatas, no que tange a aspectos físico-químicos e biológicos. Porém, a virada de paradigma se dá quando as ciências da vida começaram a se ocupar das doenças enquanto problemas e, nesse momento, elas ganham um lugar de destaque na sociedade. Isso pode ser percebido através de dois indicadores: 1) indicador teórico de resolver problemas e 2) indicador crítico de quais problemas evitar. Resumindo, as ciências da vida só passam a ter visibilidade na medida em que se ocupam das doenças como problemas a serem sanados e prevenidos; é quando ela se apresenta como um mecanismo de controle social que consegue seu status. Foucault afirma que, na realidade, esse modo de fazer ciência se configura como “um imperativo mais que um método, uma moral mais que uma teoria” (FOUCAULT, 1990, 2009, p. 54). O que o autor transmite com essa ideia é que esses indicadores, marcados com uma consistência autêntica, na realidade, ultrapassam o campo de conhecer propriamente dito e adentram o campo da moral e da decisão. Esses pontos não fazem parte da produção de fatos e sim de uma postura moralista no que se refere à intervenção na vida (bios).

As ciências da vida exigem determinados modos de fazer sua história. De uma maneira singular, pleiteiam também a questão filosófica do conhecimento.

A vida e a morte nunca são em si problemas médicos. Inclui quando um médico, em seu trabalho, arrisca sua própria vida ou a dos outros, se trata de uma questão moral ou de política, não de uma questão científica (FOUCAULT, 1990, 2009, p. 54).

Na vinheta clínica, que apresentaremos abaixo, fica patente o quanto a médica responsável pelo caso tenta, de alguma forma, prevenir problemas, desconsiderando um saber que o indivíduo tem sobre seu próprio corpo e o poder de decisão.

Rui foi internado no Pronto Socorro por dificuldade de deglutição significativa, com grande perda de peso, dores intensas na cavidade oral e esôfago.

Ele tinha um câncer de esôfago avançado, fazendo tratamento paliativo (sem possibilidade de cura). Os médicos o avaliaram e concluíram que Rui estava muito fraco por não estar alimentando devido às dores constantes. Medicamentos para controle da dor estavam sendo ministrados, bem como anestésico tópico para diminuir as dores na cavidade oral.

Foi acionada a equipe da Nutrição e Fonoaudiologia para que pudessem aumentar a ingestão de alimentos de forma qualitativa e quantitativa. Porém, na avaliação dos médicos, o paciente apresentaria mais estreitamento do esôfago e, numa próxima internação, não daria conta mais de se alimentar. Assim, os médicos recorreram aos especialistas da Gastroenterologia para que avaliassem a viabilidade de se fazer um procedimento cirúrgico, no qual se coloca uma sonda que injeta diretamente a dieta alimentar no estômago do paciente – este procedimento é chamado de gastrostomia. Após a confirmação da equipe da Gastro quanto à cirurgia, os médicos responsáveis foram conversar com o paciente, explicaram-lhe o que aconteceria e que marcariam a cirurgia em dois dias. Nesse ponto do tratamento, a psicologia foi contatada pelos médicos que requisitaram conversar com o paciente, pois ele tinha sido contra o procedimento cirúrgico, não queria fazer a gastrostomia e iria confirmar essa posição daí a quatro dias. A demanda médica para com o serviço de psicologia era de que entendesse por que ele teve tal posição e de convencê-lo a mudar de opinião. Questionamos os médicos quanto a quais eram as prerrogativas para se fazer esse procedimento invasivo, bem como qual era o incômodo que o paciente causou por não aceitar a tal conduta. Na resposta, eles alegaram que esse procedimento evitaria complicações futuras e que na visão deles o paciente estava indo contra um procedimento benéfico para ele mesmo.

Após esse primeiro entendimento da situação e das posições de quem demandou o atendimento, fui conversar com o paciente. Questionamos, primeiramente, o que ele entendia da situação que estava passando, como estava se sentindo com os sintomas desagradáveis da doença e com a impossibilidade de reverter o quadro clínico. O paciente relatou todo o processo, seus sentimentos, mas, apesar de tudo, não se mostrava aflito com a doença. Acreditara que isso era consequência da vida desregrada com álcool e fumo que teve durante vinte anos e que agora tinha que cuidar da melhor forma, já que, em sua opinião, Deus deu a ele uma segunda chance, quando não permitiu que ele morresse e sim tivesse que conviver com a doença. Quando abordamos a questão da gastrostomia, e sua posição diante disso ele responde: “Estou alimentando bem com o uso do anestésico bucal antes das refeições, não consigo mais comer coisas sólidas, mas pastosas está tranquilo. Tenho que falar devagar, mas

isso não me incomoda”, diz. “E você sabe de uma coisa? Esses médicos são tão engraçados, porque eles fazem decisões no corpo dos outros! Tem muita gente sofrendo no meu lugar, sentindo dores que eu mesmo não estou sentindo. Falei com a médica que não acho que preciso dessa cirurgia, mas ela insistiu e falei então que irei pensar e falo com ela na sexta”. Questionei a ele se o fato de ele saber que futuramente não dará mais conta de se alimentar pela boca, se não o preocuparia, ao que ele respondeu: “Mas se eu estou dando conta agora, porque tenho que já fazer uma cirurgia agora? Quando eu não tiver mais aguentando, façam!” Coloco que há a necessidade de se ter uma condição física boa, que ele está apresentando neste momento. Mesmo assim, ele se posiciona e diz: “Então não dá para fazer a cirurgia!” Depois do atendimento e após perceber que o paciente tinha um saber próprio sobre o destino do seu corpo e doença, que isso não era questão para ele (que inclusive era outra, em relação à família), discutimos com a equipe médica e sustentamos não fazer a cirurgia, ainda que isso lhe causasse transtornos futuros, pois para o paciente era mais importante fazer o que ele dava conta agora do que tentar prevenir o que se quer era uma realidade ainda.

O desfecho desse caso foi a alta de Rui dias depois. Internou meses depois com tuberculose associada a um quadro soropositivo de HIV, alimentando-se à sua maneira. Curou-se do quadro agudo e retornou ao hospital apenas para dar continuidade com o Serviço Social no que se referia à sua demanda inicial – como sustentar sua família sem emprego, sem ajuda dos irmãos e com a possibilidade de sua morte.

Como fica aparente, no caso acima descrito, é a noção de doença como erro que rege as intervenções no campo da saúde. Segundo Foucault (1990, 2009), esse tipo de concepção da doença como problema faz com que “(...) o homem termine sendo um ser vivo que nunca se encontra em seu lugar, um ser vivo condenado a errar e a se equivocar”¹ (FOUCAULT, 1990, 2009, p. 56, *tradução nossa*). É essa noção da vida como erro que viabiliza a norma, como aquilo que vem consertar ou prevenir erros passíveis de ocorrer. Isso permite à biopolítica se instalar, oferecendo à população técnicas pertinentes no combate a erros, sejam eles implícitos ou não à vida. Trata-se do que Rocha (2007) chamou de medicina protocolar.

Canguilhem (2001) aponta ainda a pretensão do saber da ciência com relação ao progresso humano, bem como a pretensão da industrialização ao pro-

¹ “(...) *el hombre termine siendo un ser vivo que nunca se encuentra en su lugar, un ser vivo condenado a errar y a equivocarse*”.

gresso social. Para ele, há o pensamento na sociedade de que, na medida em que evoluímos cientificamente, estaríamos evoluindo também como seres humanos, ligando a evolução à questão científica – até mesmo porque ela pleiteia a verdade dos fatos; assim aconteceria também com o desenvolvimento industrial que traria uma evolução para a sociedade. Isso porque, segundo Canguilhem (2001), há uma redução da condição humana à produção capitalista de bens de consumo e ao saber científico como sinônimo de progresso, de forma que fosse possível, ao saber ser abarcado pela ciência, e isso trouxesse necessariamente evolução para o ser humano. Nesse ponto, o autor é enfático quando se refere à psicologia, uma vez que, para ele, era a própria psicologia que deveria fazer frente contra esse tipo de ideologia. Ainda, de acordo com Canguilhem, ao contrário do esperado o saber psicológico tem se colocado a favor dessa ideologia quando admite o homem pela ótica objetiva, submetendo-o a um método puramente quantitativo através de testes psicométricos (CANGUILHEM, 2001). Como mencionamos no início do texto, as ciências têm chamado os psicólogos para compartilhar da biopolítica, que tende a normatizar o homem, enquadrá-lo dentro de regras e regulamentos para impedir os “erros da vida” de acontecerem e assim manter o controle do homem-espécie.

A definição dada pela *American Psychological Association* (APA), em 1976, do conceito de Psicologia da Saúde reflete a crítica feita por Canguilhem e a biopolítica descrita por Foucault. Segundo a APA, a Psicologia da Saúde se define por estudar as influências da psicologia na saúde, fatores responsáveis pelo processo de adoecimento, mudanças de comportamento das pessoas ao adoecer, com o objetivo de promover, proteger, prevenir e tratar as enfermidades, identificar as etiologias e o diagnóstico e aperfeiçoar as políticas de saúde, as disfunções associadas, analisar e melhorar o sistema de saúde. Aqui a mortalidade e a morbidade das doenças têm, agora, sua etiologia no comportamento humano. Nesse sentido, a avaliação psicológica é utilizada para verificar o quanto o paciente está desadaptado ao ambiente hospitalar, bem como identificar os comportamentos de risco que inserem o paciente no grupo de doentes (BAPSTISTA; CAPITÃO, 2010).

Neste sentido, o comportamento humano é considerado como produtor de doenças e, principalmente, como fator etiológico delas. Não se trata mais de um micro-organismo ou de questões sanitárias, a doença é o comportamento do indivíduo que coloca em risco seu corpo, sua saúde e, portanto, a sociedade. Consequentemente, o sujeito é tomado, nessa concepção, como culpado de sua enfermidade por se comportar de forma arriscada, ou seja, fora da norma imposta. Quem não está dentro da norma é taxado como inadaptado, com

distúrbios ou transtornos. A psicologia da saúde entra aí como um dispositivo médico para adequar o comportamento humano a uma ideologia (CANGUILHEM, 2001).

Segundo Baptista e Capitão (2010) a avaliação psicológica em ambientes médicos se define como:

(...) uma adequação da ferramenta na tomada de decisões sobre o diagnóstico diferencial, tipo de tratamento necessário e prognóstico. A constatação precoce de problemas de comportamentos e/ou distúrbios psicológicos/psiquiátricos em pacientes imersos em ambientes médicos pode significar um grande diferencial no que concerne ao tipo e qualidade da atenção oferecida ao paciente, assim como à diminuição do sofrimento e dos custos operacionais das instituições, sabendo que a avaliação psicológica não necessariamente deve estar vinculada a pacientes hospitalizados, mas também a vários espaços e especialidades na saúde, tais como clínicas particulares ou centros de saúde.

A avaliação psicológica em ambientes médicos deve ter como base um corpo de conhecimentos acumulados por intermédio do binômio prática/pesquisa, podendo-se destacar um trabalho contínuo e constante dos pesquisadores para a criação de protocolos específicos de avaliação psicológica em diferentes nichos e ambientes de saúde (BAPTISTA; CAPITÃO, 2010, p. 9).

Tomando como base esse conceito e linha de raciocínio, o protocolo é a ferramenta da avaliação psicológica, avaliação esta que identificará o quanto o sujeito está desviado da norma, desadaptado do contexto. Percebemos, nesse tipo de discurso, que tanto o poder está exclusivamente do lado do avaliador, que detém o saber e julga o que está errado, como também que o sofrimento não está do lado do paciente e sim do sistema, uma vez que visa à antecipação de possíveis distúrbios e assim gastar menos recursos.

Esse tipo de ciência, diz Canguilhem (2001), mostra que a ciência não é neutra, uma vez que foi englobada por um ideal capitalista de total produtividade. Ele aponta que o adoecimento corporal é uma saída para não adoecer psiquicamente, já que a subjetividade não se enquadra nessa equação do homem reduzido ao mecanicismo. A ciência toma esse processo como uma doença de estresse e desliga a relação de produção capitalista e seu efeito na subjetividade. Nesse sentido, concordamos com Canguilhem, quando tomamos o adoecimento como uma saída do sujeito contemporâneo para tentar incluir sua subjetividade numa sociedade em que tudo é programável ou é um distúrbio/ síndrome.

O empecilho, mais uma vez, se mostra no nível da subjetividade, esse entrave ao progresso científico, esse calcanhar de Aquiles da ciência. Como bem retrata a citação de Rocha:

O compromisso com o corpo-máquina e seu bom funcionamento é o que se deve ter em mira [para o exercício protocolar da biopolítica]. A tecnologização dos procedimentos, aliada ao apagamento progressivo da figura do clínico, se torna hegemônica. O resto dessa operação denuncia, contudo, a impossibilidade de que o programa se cumpra integralmente. A esse resto, pode-se chamar Sujeito (ROCHA, 2007, p. 110).

Toda essa conjuntura da contemporaneidade conduz o sujeito a responder como ele pode – não sem sofrimento – à conjuntura de uma sociedade biopolitizada, em que tudo o que sai da programação é abordado pela via do estresse ou do desvio. No entanto, como assinala Rocha (2007), o sujeito é irredutível a essa equação, uma vez que ele sempre deixa um resto por onde passa. Por esse motivo, o nosso entendimento da avaliação psicológica e do protocolo se diferencia do conceito que a APA propõe, uma vez que partimos de outro referencial teórico – a psicanálise. Interessa à psicanálise aquilo que é da ordem pulsional, a relação do sujeito com o gozo e com a contingência. Podemos nos interrogar se as avaliações protocolares, ao contrário de tentar prever ou resolver os problemas, poderiam funcionar como um instrumento norteador da escuta do psicanalista, buscando reintroduzir o sujeito e sua palavra ali onde eles foram banidos.

Protocolo: um saber a serviço da lógica de mercado?

Em seu texto *Uma fantasia*, Miller (2005) discute a posição do sujeito contemporâneo na sociedade atual. O autor afirma que se tem a impressão, nos dias de hoje, que os sujeitos estão perdidos ou “desbussolados”. Esta impressão ocorre porque aquilo que Freud chamou de moral civilizada foi abalada em seus pilares. Os pilares que sustentavam essa moral tinham suas forças na inibição que ela provocava, porém as novas formas de lidar com os sintomas dessa inibição trouxeram também uma abertura para a satisfação. Hoje, o que vivemos é fruto da liberdade de satisfação que está em seu ponto máximo, isso quer dizer, a satisfação que antes era dada como proibida é hoje o que orienta os sujeitos. O sujeito, então, é convocado a avaliar o objeto de gozo, o quanto isso goza. Além disto, as capacidades dos indivíduos são avaliadas de forma homogênea, o singular do sujeito se perde dentro de um objeto universal, que o lança no campo, não do desejo (como opera o discurso do analista) e sim no campo da angústia. Se antes tínhamos o significante paterno (Significante

Mestre – S1) que conseguia de alguma forma regular o sujeito em suas satisfações, atualmente o S1 cai por terra em sua função: as identificações, situadas no campo do ideal já não conseguem exercer sua função de orientação.

Segundo Braunschtein (2010) *apud* Lacan (1969-1970, 1991), em seu seminário *O avesso da psicanálise*, afirma que algo mudou no discurso do mestre, a partir de um certo momento da história. É quando Lacan fala da impotência de aproximar o mais de gozar com a verdade do mestre. Ele afirma que a impotência da junção entre verdade e mais de gozar, a barra dupla, é, de repente esvaziada. Efetivamente, isto nos leva a perguntar o que pode ter mudado. Embora Lacan indique várias vezes essa modificação, será na *Conferência de Milão* que Lacan (1972) fornecerá a escrita do discurso capitalista, como está demonstrado na figura 1.

Este discurso, apesar de não fazer laço social, aliado à ciência, cria um novo modo de funcionamento. O discurso capitalista é um substituto do discurso do mestre ou, se quisermos, uma mutação deste (figura 2).

A dupla barra entre S barrado e a indica uma disjunção de estrutura. O acesso direto ao objeto está excluído para o sujeito. O que organiza o discurso do mestre, seja na realidade psíquica, seja na realidade social, é a castração. Isto significa dizer que para os sujeitos constituídos pelo discurso do mestre, há objetos que não podem ser consumidos, não entram no circuito da troca. O objeto se define enquanto objeto perdido. Podemos dizer que o discurso do mestre não dá conta das formas contemporâneas do capitalismo e talvez também não esclareça inteiramente as formas que determinam o que é o sujeito hoje.

No discurso capitalista, no lugar do agente, o S1 torna-se S barrado. Isso esvazia a impotência da junção, à qual Lacan (1969-1970, 1991) se refere em *O avesso da psicanálise*, entre o mais de gozar e a verdade do mestre. Nesta nova forma do discurso, a mais-valia se acrescenta ao capital. Não há disjunção entre S barrado e a. O sujeito barrado cola-se ao objeto e é diretamente comandado por ele. Lacan explica que essa alteração se dá pelo encontro do sistema capitalista com a ciência, que cria cada vez mais e novos objetos para serem consumidos pelos sujeitos. O que fica evidente é que o sujeito fica apartado do saber, que antes era dirigido ao campo do Outro e que aqui se apresenta colado com o objeto a. Esse modo de funcionar dá ao sujeito uma falsa ilusão de mestria, porém, na realidade, o S1 do capitalismo é quem dá as cartas para a ciência produzir o conhecimento, que redunde em um objeto a ser rapidamente consumido pelo sujeito. Então, nesse funcionamento, o que está em jogo é a relação do gozo com os objetos e não o saber sobre esse gozo.

Nesse discurso, o sujeito não mais se orienta pelo desejo de saber, ou não endereça mais um saber sobre seu modo de satisfação. O que está colocado de antemão é a satisfação. Isso não faz laço social. Assim, o discurso capitalista transforma tudo e todos em objetos de consumo, o sujeito é orientado pelo objeto.

Em *Uma fantasia*, Miller (2005) afirma que o discurso do mestre se modifica e propõe um novo matema para pensarmos o discurso da civilização contemporânea (figura 3).

O primeiro discurso é o do mestre; o segundo é a estrutura do discurso hipermoderno da civilização, que tem a estrutura do discurso do analista, mas não funciona como tal. A hipótese de Miller que é o objeto impõe-se ao sujeito desbussolado convidando-o a ultrapassar suas inibições. O S1 aparece no lugar da produção, ao qual Miller dá a significação do “um contável da avaliação”. O sujeito é convidado a produzir avaliação. O S2, colocado no quarto lugar, situa-se no lugar da verdade/mentir: “a noção de que o saber não passa de semblante fez muitos adeptos e nos pressiona” (MILLER, 2005). Miller resume isso da seguinte forma:

Hoje, se isso for verdade, se minha fantasia conduz a algum lugar – o que ainda está para ser visto –, o discurso da civilização não é mais o avesso da psicanálise. É seu sucesso. Bravo! Bela jogada! Mas, de saída, isso põe em questão tanto o meio da psicanálise, isto é, a interpretação, quanto seu fim até o começo. Poderíamos dizer – se partimos do fato de que a relação é, antes, da ordem da convergência. Quer dizer que cada um dos seus quatro termos permanece disjunto dos outros na civilização. De um lado, o mais de gozar comanda, o sujeito trabalha, as identificações caem substituídas pela avaliação homogênea das capacidades, enquanto o saber se ativa em mentir assim como em progredir, sem dúvida. Poderíamos dizer que esses diferentes elementos estão dispersos na civilização e que só na psicanálise, na psicanálise pura, esses elementos se ordenam em discurso (MILLER, 2005, p. 10).

Rocha (2007) afirma que o profissional da saúde mental é chamado a fazer caber o gozo (a) dentro da norma (S1). O instrumento utilizado para isso é a avaliação que “quantifica” o quanto de gozo está dentro da ordem social e o quanto está de fora. Como essa operação nunca é exata, ou seja, o gozo não se reduz a um significante, o que resta são sujeitos excluídos, fora da norma dominante, que serão classificados conforme categorias gerais de distúrbios (ou no inglês disorder – que se traduz como des-ordem) ou transtornos. Os sujei-

tos são taxados como desadaptados diante do contexto e por isso precisariam de um serviço de psicologia, que os trouxesse novamente para o mundo da norma dominante (BROUSSE, 2007).

É nessa conjuntura das avaliações que os protocolos são produzidos, como um instrumento de avaliação técnica que o psicólogo utilizará para atender seus pacientes. Segundo Coutinho (2008), “os saberes acumulados por esses terapeutas são organizados em protocolos (...)” (COUTINHO, 2008, p. 5), ou seja, acumula-se um saber prévio sobre os sujeitos, este saber é organizado em questões protocolares de tal forma que basta ao profissional aplicar o protocolo e determinar se o sujeito tem ou não distúrbios. É claro que, uma vez determinado que aquele indivíduo apresenta-se desadaptado, é preciso intervir para que ele volte a funcionar como o programado. Assim, seguem-se os desfiladeiros dos protocolos, avaliações infundáveis em uma receita de como fazer caber o gozo na norma. Esse trabalho é infundável e é por isso que funciona na lógica capitalista, uma vez que sustenta o mercado da área da saúde, que vem crescendo enormemente, estimulando a economia, pesquisas, técnicas, aparelhos. O preço que se paga por isso é uma sociedade inflada de gozo, numa pulsão de morte desenfreada, com o acirramento das comunidades segregadas e medidas cada vez mais drásticas para dar conta do pulsional. Coutinho (2008) apresenta um esquema, como demonstrado na figura 4, para evidenciar esta lógica:

Em *Em direção a uma nova clínica psicanalítica*, Marie Hélène Brousse analisa cada um dos termos e os lê sob a ótica atual:

- Significante mestre (S1): mercado. Na lógica mercadológica, tudo é intercambiável, é passível de troca, como se houvesse uma medida equivalente para tudo. O que está como pano de fundo da troca é exatamente o lucro, que sustenta o mercado capitalista, por isso o que temos hoje são consumidores em potencial, ou os próprios usuários. Se o S1 é o mercado, com certeza não temos mais um mestre e um escravo, e sim consumidores e usuários.

- Saber (S2): procedimentos/protocolos. É aqui que entra o saber científico, como forma de fazer o S1 valer. O dado encontrado pela ciência é transformado em informação de forma essa que possa ser generalizável. Se antes tínhamos a busca da verdade, como esse ponto imutável sobre o qual repousava as questões filosóficas, hoje a ciência transformou essa busca em uma informação que possa ser generalizável, esse é o absoluto científico: transformar um dado numa informação que seja absoluta.

Ao lado de leis mais probabilistas, os protocolos e os procedimentos são regulamentos válidos para toda a ação humana, obedecendo ao objetivo da gestão de massa num mercado glo-

bal. O saber é hoje totalmente submisso à gestão. (...) O mercado das terapias é regido por esse princípio de gestão e os terapeutas são antes de tudo os gestores da saúde pública, tornando ela mesma um elemento constitutivo da ordem pública (BROUSSE, 2007, p. 2).

- Sujeito (\$): sujeito em rede, horizontalizado e não mais submetido à hierarquia. A informação produzida agora é dispersa de forma aleatória e infinita, sem que se tenha uma organização em sua distribuição. A relação desse sujeito com o simbólico também será modificada a partir dessa nova conjuntura.

- Objeto a: as trocas propiciadas pelo mercado viram objeto. Todo objeto produzido é um objeto de consumo e tudo então passa a entrar nesse tipo de funcionamento e isso já define sua própria utilidade (se é consumível, é útil). O útil perde sua ligação com o que é vital. “O objeto de consumo não interpe-la nossa divisão, estremece-a, e se apresenta como um parceiro silencioso que apagará os traços da castração pela linguagem” (BROUSSE, 2007, p. 5).

Em vista disso, a autora faz um convite aos psicanalistas contemporâneos para repensar seus atos e a aplicação de sua terapêutica a partir dessa nova conjuntura:

Chegamos a extrair os quatro elementos constituintes do discurso do mestre atual: o “mercado comum”, isto é, a universalidade de um imperativo de troca como novo significante-mestre; o procedimento ou o protocolo como modalidade do “saber”; a rede à medida que vem no lugar do “sujeito”; enfim, uma nova modalidade de gozo ligada ao estatuto de dejetivo tal como ele define o objeto contemporâneo. É no interior dessas coordenadas que a psicanálise, a partir do momento que consente em acompanhar o movimento do real a época, deve pensar as condições e as consequências de seu ato e situar sua aplicação à terapêutica (BROUSSE, 2007, p. 1).

Faz-se necessário que o psicanalista tenha uma direção clínica, um manejo para com os novos tipos de sujeitos que chegam para nossos atendimentos. O psicanalista, frente às demandas, deve poder saber-fazer com seu saber em um ambiente no qual os moldes atuais são da gestão da saúde. A questão persiste: como trabalhar com a psicanálise sem excluir o contexto de gestão? Brousse mais uma vez nos convoca ao trabalho quando afirma: “Em face disso, a psicanálise responde pela reintrodução do enigma no discurso e pela transformação do dejetivo em efeito de verdade a respeito do que é o objeto da pulsão” (BROUSSE, 2007, p. 6).

Com essa frase, a autora orienta a trajetória do psicanalista nos contextos hospitalares, quando retoma a importância do psicanalista contemporâneo em reintroduzir algo do enigmático no discurso do sujeito, apostando mais uma vez no inconsciente, bem como em acolher esse resto produzido pela nossa sociedade e trabalhar o pulsional do sujeito. Acreditamos aqui que a escuta do psicanalista, mais do que nunca, é de suma importância já que os sujeitos não são mais os mesmos da psicanálise clássica, e sim sujeitos que tem como patologias o imperativo de gozo ligado ao supereu: “goze disso!” (BROUSSE, 2007).

Os protocolos, por isso, entram na lógica mercadológica como sendo uma modalidade do saber, já que eles fazem parte do modelo de gestão que, conjuntamente com o sistema capitalista e a ciência produzem uma infinidade de receitas que tentam fazer caber o gozo na norma. É a partir desses efeitos sobre o sujeito do inconsciente que o psicanalista é convocado a se posicionar quanto a sua prática e sua terapêutica. O que está em questão para a psicanálise é o sujeito com seus sofrimentos e sua dimensão inconsciente, seus modos de gozo, seu corpo pulsional. Nesse sentido, a posição do psicanalista é de possibilitar a reinserção do discurso ali onde ele foi banido, sustentando o lugar da escuta em relação ao sujeito do inconsciente. Há que se introduzir a narrativa, a palavra do sujeito, para que algo da sua verdade advenha. Sendo assim, o protocolo de atendimento em psicologia não tem um valor em si, trata-se de fazer um bom uso desse dispositivo. Cabe ao psicanalista, dessa forma, tomar o protocolo não como uma modalidade de saber e sim como um convite à palavra singular do sujeito.

Cristina Moreira Marcos
cristinammarcos@gmail.com
Belo Horizonte-MG-Brasil

Iara Wanderley Biondi
iarabiondi@gmail.com
Belo Horizonte-MG-Brasil

Tramitação

Recebido em 29/07/2014

Aprovado em 18/11/2014

Ilustrações

Figura 1 - Braunstein (2010)

$$\begin{array}{ccc} \downarrow & \frac{s}{s1} & \leftarrow \rightarrow & \frac{s2}{a} & \downarrow \\ & & & & \end{array}$$

Figura 2 - Miller (2005)

$$\frac{s1}{s} \rightarrow \frac{s2}{a}$$

Figura 3 - Miller (2005)

$$\frac{a}{s2} \Rightarrow \frac{s}{s1}$$

Figura 4 - Coutinho (2008)

$$\begin{array}{ccc} \text{Mercado} & & \text{Protocolos} \\ (s1) & & (s2) \\ \hline \text{Redes} & \Rightarrow & \text{Comunidades} \\ (s) & & \text{Gozo (a)} \end{array}$$

Referências

- BATISTA, Makilim Nunes; CAPITÃO, Cláudio Garcia. Avaliação psicológica da saúde: um campo em construção. In: _____. *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 1-16.
- BRAUNSTEIN, Néstor A. O discurso capitalista: quinto discurso? O discurso dos mercados (PTS): sexto discurso? *A peste*, São Paulo, v. 2, n. 1, p.143-165, jan-jun, 2010.
- BROUSSE, Marie-Hélène. Em direção a uma nova clínica psicanalítica. *Latusa digital*, ano 4, n. 30, set. 2007.
- CANGUILHEM, Georges. Meios e normas do homem no trabalho. *Pro-posições*, vol.12, n. 2-3 (35-36), p. 109-121, jul-nov, 2001.
- COUTINHO, Fernando. Psicanálise, discurso e cognitivismo. *Latusa digital*, ano 5, n. 34, set. 2008.
- FOUCAULT, Michel. Aula de 17 de março de 1976. In: _____. *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France (1975 – 1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 285-315.
- _____. Direito de morte e poder sobre a vida. In: _____. *História da sexualidade: a vontade de saber*. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003. p. 125-149.
- _____. La vida: la experiencia y la ciencia [1990]. In: _____. *Ensayos sobre biopolítica*. Excesos de vida: Michel Foucault; Guilles Deleuze; Slavoj Zizek. Compilado por Firmín y Gabriel Georgi. Buenos Aires: Paidós, 2009. p. 41-57.
- LACAN, Jacques. *Livro 17: o avesso da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- MILLER, Jacques-Alain. Uma fantasia. *Revista Opção Lacaniana*, n. 42, p. 7-18, 2005.
- ROCHA, Guilherme Massara. Biopolítica e contemporaneidade: ato médico e ato analítico. *Epistemo-Somática*, v. 4, n. 2, p. 109-117, ago./dez. 2007.