



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO



ANA FLAVIA DE SOUZA SANTANA

**A NOÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL:
UMA LEITURA APOIADA NA TEORIZAÇÃO LACANIANA DOS
DISCURSOS**

Salvador
2018

ANA FLAVIA DE SOUZA SANTANA

**A NOÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL:
UMA LEITURA APOIADA NA TEORIZAÇÃO LACANIANA DOS
DISCURSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Profa. Denise Maria Barreto Coutinho

Salvador
2018

S232n Santana, Ana Flavia de Souza.

A noção de saúde suplementar no Brasil: uma leitura apoiada na teorização lacaniana dos discursos / Ana Flavia de Souza Santana. – Salvador, 2018.
123f.

(Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, sob orientação da Profa. Dra. Denise Maria Barreto Coutinho)

I. Saúde suplementar. 2. Teoria lacaniana dos discursos. 3. Discurso capitalista. 4. Objetos-suplência. 5. Psicanálise. I. Universidade Federal da Bahia. II. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD – 368.38200981

ANA FLAVIA DE SOUZA SANTANA

**A NOÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL:
UMA LEITURA APOIADA NA TEORIZAÇÃO LACANIANA DOS
DISCURSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

20 de fevereiro de 2018.

Denise Maria Barreto Coutinho – Orientadora
Doutora pela Universidade Federal da Bahia/ Princeton University/USA
Universidade Federal da Bahia

Ana Cristina Costa de Figueiredo
Doutora pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho
Doutora pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva
Doutor pela University of Texas/USA
Universidade Federal da Bahia

Marcelo Frederico Augusto dos Santos Veras
Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Dedico este trabalho aos amores, Victor e Sofia.

AGRADECIMENTOS

O primeiro agradecimento vai à minha orientadora, Denise Coutinho. Apesar do encontro tardio, foi com ela que pude caminhar na produção destes escritos de forma tranquila e produtiva. Minha gratidão sincera pelo cuidado, apoio e confiança, pela paciência da espera por cada texto. Por acreditar em mim. Sem palavras para dizer o quanto eu a admiro por isso.

Ao meu companheiro de vida e amor, André, pela grande parceria, pelas conversas sem fim sobre nossos temas de trabalho. Conversas que muitas vezes rendiam *insights* que faziam a tese andar.

Agradeço a meus pais e irmãos, Marco, Mylle e Joe, pois sempre estiveram ao meu lado.

À querida amiga Marisa Marques, pela alegria e companheirismo, pelo interesse em saber de mim, do meu trabalho. Por ouvir minhas angústias e me encorajar a continuar.

Ao querido amigo James, companheiro de trabalho, fonte de afeto e parceria.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, por acolher a situação inicial da orientação.

À Universidade Federal da Bahia, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, por ter sido a via por onde um sonho começa a tornar-se realidade e, principalmente, por acolher a expressão de novas idéias, o aperfeiçoamento profissional e o desenvolvimento da Psicologia.

Agradeço à CAPES pelo apoio financeiro, sob a forma de bolsa.

SAÚDE

Rita Lee

Me cansei de lero-lero
Dá licença, mas eu vou sair do sério
Quero mais saúde
Me cansei de escutar opiniões
De como ter um mundo melhor

Mas ninguém sai de cima, nesse chove-não-molha
Eu sei que agora eu vou é cuidar mais de mim

Como vai? Tudo bem
Apesar, contudo, todavia, mas, porém
As águas vão rolar, não vou chorar [...]

SANTANA, A. F. S. **A noção de saúde suplementar no Brasil: uma leitura apoiada na teorização lacaniana dos discursos.** 120 f. 2018. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

RESUMO

A chamada saúde suplementar no Brasil tem tido crescimento significativo e constitui hoje uma política de saúde oficial, naturalizada e considerada necessária à assistência à saúde no país. Este trabalho propõe, a partir de uma leitura psicanalítica, problematizar essa naturalização, bem como explorar os efeitos da incidência da atenção privada na saúde pública sobre o sujeito contemporâneo. A história das transformações nos modelos do Estado brasileiro e das mudanças nas políticas de saúde indicam complexas relações entre público e privado, sendo a “saúde suplementar” um exemplo privilegiado de objeto-suplência, produto da coabitação do discurso capitalista neoliberal e do discurso da ciência. Ademais, a chamada saúde suplementar se configura como um dispositivo biopolítico, que reproduz o modelo biomédico. Apresentada sob a forma de artigos interdependentes, a tese tem como objetivo analisar, sob a ótica da teorização dos discursos proposta por Jacques Lacan, as lógicas discursivas que fundamentam a ideia de uma “saúde suplementar”, quais sejam: o discurso capitalista neoliberal e o da ciência, relacionando-as à questão da responsabilidade do sujeito para com seu gozo. Para tanto, alguns objetivos específicos foram traçados: propor variantes dos matemas de Lacan, no que concerne ao objeto saúde suplementar; examinar mudanças nos modelos do Estado brasileiro e consequentes transformações nas políticas de saúde no Brasil; identificar elementos de reprodução do discurso científico e do biopoder que colocam o sujeito em posição de objeto; e, finalmente, discutir como o objeto de mercado “saúde suplementar” é sustentado por uma política que desresponsabiliza o sujeito na sua singular relação com o gozo. Um dos principais achados desta investigação aponta para um paradoxo. No Brasil, a chamada saúde suplementar se constitui oficialmente como complementar ao SUS. Um deslizamento significativo leva o setor privado, proposto como complementar à política pública de saúde, tornar-se suplementar. Assim, fabricam objetos-falsos por adquirirem condição de suplência ao imaginariamente prometer tamponar a falta fundamental, e de suplemento quando oferecem possibilidades também imaginárias de satisfação, e que, por isso mesmo não dão conta de responder ao gozo, sempre fracassado. Assim, se por um lado o SUS traz uma concepção de universalização, prometendo-se capaz de garantir acesso a bens e serviços que assegurem a saúde da população de forma equitativa e integral, por outro, promove grande expansão de serviços privados de saúde, mais especificamente, uma expansão de objetos-suplência, com a comercialização de planos de saúde privados em larga escala.

Palavras-chave: saúde suplementar; teoria lacaniana dos discursos; discurso capitalista; objetos-suplência; psicanálise.

SANTANA, A. F. S. **La notion de santé supplémentaire au Brésil: une lecture fondée sur la théorie lacanienne des discours.** 121 f. Thèse (Doctorat en Psychologie). Institut de Psychologie. Université Fédérale de Bahia, Salvador, 2018.

RÉSUMÉ

Ce que l'on appelle santé supplémentaire au Brésil a connu un essor significatif et constitue aujourd'hui une politique de santé officielle, naturalisée et considérée nécessaire à l'assistance santé dans le pays. Ce travail se propose, à partir d'une lecture psychanalytique, de problématiser cette naturalisation, tout en explorant les effets de l'insidence de l'attention privée sur la santé publique et son impact sur le sujet contemporain. L'histoire des transformations dans les modèles de l'État brésilien et des changements dans les politiques de santé pointent vers de complexes relations entre le public et le privé. Dans ce contexte, la « santé supplémentaire » est un exemple privilégié d'objet-suppléance, produit de la cohabitation du discours capitaliste néolibéral et du discours de la science. De plus, la dite santé supplémentaire se configure comme un dispositif biopolitique qui reproduit le modèle biomédical. Présentée sous la forme d'articles indépendants, cette thèse a pour objectif d'analyser, à partir de la théorisation des discours proposée par Jacques Lacan, les logiques discursives qui fondent l'idée d'une « santé supplémentaire », à savoir : le discours capitaliste néolibéral et celui de la science, mis en relation avec la question de la responsabilité du sujet sur sa jouissance. Pour ce faire, quelques objectifs spécifiques ont été établis : proposer des variantes aux mathèmes de Lacan en ce qui concerne l'objet santé supplémentaire ; examiner les changements dans les modèles de l'État brésilien et les conséquentes transformations dans les politiques de santé au Brésil ; identifier des éléments de reproduction du discours scientifique et du biopouvoir qui mettent le sujet en position d'objet ; et, pour en finir, discuter comment le produit de marché « santé supplémentaire » est soutenu par une politique qui déresponsabilise le sujet dans sa singulière relation avec la jouissance. Une des principales trouvailles de cette investigation pointe vers un paradoxe. Au Brésil, la dite santé supplémentaire se constitue officiellement comme complémentaire au SUS. Un glissement de sens mène le secteur privé, proposé comme complémentaire à la politique publique de santé, à devenir supplémentaire. Ainsi, on fabrique de faux-objets en ce qu'ils acquièrent condition de suppléance lorsqu'ils promettent imaginairement de combler le manque fondamental, et de supplément lorsqu'ils offrent des possibilités tout aussi imaginaires de satisfaction, et qui, pour cette raison même, ne parviennent pas à répondre à la jouissance, toujours échouée. De cette façon, si d'un côté le SUS porte une conception d'universalisation, se voulant capable de garantir l'accès aux biens et services qui assurent la santé de la population de manière équitable et intégrale, d'un autre côté, il promeut une grande expansion de services privés de santé, plus spécifiquement, une expansion d'objet-suppléance, avec la commercialisation de plans de santé privés à grande échelle.

Mots-clés: santé supplémentaire; théorie lacanienne des discours; discours capitaliste; objets-suppléance; psychanalyse.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 PARA SITUAR O CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO	16
1.2 ESTRUTURA DA TESE	24
1.3 REFERÊNCIAS	26
2. SAÚDE SUPLEMENTAR: OBJETO-SUPLÊNCIA NO CAPITALISMO	29
2.1 INTRODUÇÃO	29
2.2 A DITA SAÚDE SUPLEMENTAR E O DISCURSO DO MESTRE	33
2.3 SUBJETIVIDADE DO NOSSO TEMPO: HÁ ESCOLHA?	39
2.4 UMA POSSÍVEL SAÍDA DO DISCURSO CAPITALISTA	47
2.5 PALAVRAS FINAIS	50
2.6 REFERÊNCIAS	52
3. A IMPOSSÍVEL RELAÇÃO ENTRE ESTADO, POLÍTICAS DE SAÚDE E O SUJEITO: A SAÚDE SUPLEMENTAR EM QUESTÃO	56
3.1 INTRODUÇÃO	56
3.2 O ESTADO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: INTERFACE ENTRE PÚBLICO E PRIVADO	59
3.3 O SUPLEMENTAR EM QUESTÃO	68
3.4 SUJEITO DE DIREITOS: (A)PAGAMENTO DO SUJEITO DO INCONSCIENTE	74
3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
3.6 REFERÊNCIAS	81
4. SAÚDE SUPLEMENTAR: APROXIMAÇÕES ENTRE PSICANÁLISE E BIOPOLÍTICA	86
4.1 INTRODUÇÃO	86
4.2 SAÚDE SUPLEMENTAR COMO ESTRATÉGIA BIOPOLÍTICA	89
4.3 COMO O DISCURSO CAPITALISTA SE IMPÕE AO ESTADO E AO SUJEITO	98

4.4 MODELO BIOMÉDICO: UM SABER SEM SUJEITO	101
4.5 MAIS UM QUARTO DE VOLTA	108
4.6 REFERÊNCIAS	111
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
5.1 REFERÊNCIAS	122

INTRODUÇÃO

A chamada saúde suplementar no Brasil tem tido crescimento significativo e constitui hoje uma política de saúde oficial, naturalizada e considerada necessária à assistência à saúde no país. Este trabalho propõe, a partir de uma leitura psicanalítica, problematizar essa naturalização, bem como explorar os efeitos da incidência da atenção privada na saúde pública sobre o sujeito contemporâneo. Em consequência, pretendemos analisar, a partir da psicanálise, os discursos que fundamentam a ideia de uma “saúde suplementar”, quais sejam: o discurso capitalista neoliberal e o da ciência, relacionando-os à questão da responsabilidade do sujeito para com seu gozo. Para tanto, alguns objetivos específicos foram traçados: propor variantes dos matemas de Lacan, no que concerne ao objeto saúde suplementar; examinar mudanças nos modelos do Estado brasileiro e consequentes transformações nas políticas de saúde no Brasil que culminam com um sistema de saúde público e privado, com predomínio da ideia de “saúde suplementar”; identificar elementos de reprodução do discurso científico e do biopoder que colocam o sujeito em posição de objeto; e, finalmente, discutir como o objeto de mercado “saúde suplementar” é sustentado por uma política que desresponsabiliza o sujeito na sua singular relação com o gozo.

O uso do termo discurso, ao longo do trabalho, será recorrente. A teoria dos discursos de Lacan é o eixo a partir do qual toda a discussão se tece, o que implica uma compreensão específica da leitura lacaniana acerca do discurso (apresentada com mais detalhe no artigo 1). O termo também está em consonância com Foucault (1970/2011) quando ele descreve o discurso como aquilo que atravessa a experiência, materializando-se em todo um conjunto de formas que podem comunicar um conteúdo. Assim, a acepção aqui utilizada é a de discurso como um conjunto de ideias e concepções organizadas que demarcam um campo de saber ou mesmo um domínio que sustenta e é sustentado por uma ideologia.

Outro termo que merece ser ressaltado é o de sujeito. Freud não utiliza esta palavra especialmente. Lacan, pelo contrário, privilegia o termo para situá-lo na via aberta por Freud: não se trata do indivíduo empírico, aquele que tem consciência. Mesmo esse é evanescente, o sujeito cartesiano do “Penso, logo sou”. É aí que temos a clara distinção entre Psicologia e Psicanálise para Freud. Enquanto aquela insiste no sujeito da

consciência, esta se concentra no sujeito do Inconsciente. Em “Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano (1960/1998), Lacan inicia o texto afirmando o lugar do sujeito de que se trata na psicanálise: aquele que tem relação não com o conhecimento, mas com o saber (inconsciente). Entretanto, não deixa de referir-se ambigualmente, como ele mesmo reconhece, ao sujeito cartesiano: “O douto que faz ciência é também um sujeito, ele próprio, e até particularmente qualificado em sua constituição [...]”, para, em seguida, concluir com ironia: “Isso, por si só, justifica que se fale de um sujeito da ciência. Afirmção à qual pretende igualar-se uma epistemologia da qual se pode dizer que, nesse aspecto, ela mostra mais pretensão do que sucesso” (ibid, p. 808). Na medida em que não podemos sanear o mal-entendido próprio da estrutura de linguagem na qual nos inserimos, vamos nos referir a sujeito como aquele marcado pela castração, isto é, como ser fal(t)ante, reconhecendo, como diz Lacan, que “a psicanálise implica, é claro, o real do corpo e o imaginário de seu esquema mental” (ibid, p. 818). Trata-se aqui do sujeito definido por sua articulação e “subordinação ao significante” (ibid, p. 830). Contudo, estaremos também operando no deslizamento significativo ao considerar também como sujeito aquele agente do discurso, da fala, com intencionalidade faltosa.

A preocupação com o tema da chamada saúde suplementar se constituiu no exercício da minha prática clínica que, durante muito tempo, sustentou-se com o recebimento de pacientes que pagavam suas consultas por meio de planos privados de saúde. Embora os efeitos dessa intermediação possam trazer implicações ao fazer clínico e ponham em cheque algumas ideias fundamentais da psicanálise, no que diz respeito à minha experiência, o que mais me mobilizava eram as exigências burocráticas e administrativas¹, como auditorias técnicas, com o objetivo de avaliar, por exemplo, se o paciente “realmente” precisava continuar os atendimentos; obrigatoriedade de preencher formulários para atender a demandas psiquiátricas; dependência de relatório final do médico psiquiatra para autorização de sessões; normas e regras externas quanto à quantidade de sessões; atribuição diagnóstica baseada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID); solicitação de autorizações regulares etc.

Tais exigências de saída colocam em questão a autonomia profissional, pois submetem-na a procedimentos administrativos-padrão que nada têm a ver, no caso de uma psicanálise, com a relação baseada na transferência, ao tratar a dimensão psíquica como parte acessória

¹ Tais exigências variam de acordo com o contrato de cada plano de saúde.

do trabalho, mantendo a medicina como paradigma do saber, portanto, dominante em qualquer atendimento da área da saúde. Frente a tais inquietações, muitas vezes me perguntei a quem o psicólogo ou o psicanalista estaria servindo, a que estaria respondendo. Essas exigências respondem a que tipo de lógica e reproduzem que tipo de relação? Para as operadoras dos planos de saúde, o psicoterapeuta ou o psicanalista, seja ele ou ela psicólogo ou médico, é colocado em posição de operador técnico que deve obedecer a uma lógica normativa biomédica, sem levar em consideração especificidades e singularidades da clínica psicológica ou da clínica psicanalítica².

Com a oferta cada vez maior de planos de saúde, o setor vai se organizando e crescendo, na medida em que as políticas de saúde no Brasil vão se consolidando, e hoje constitui parte integrante, naturalizada e legalizada, da assistência à saúde no país, sem causar espanto, uma vez que a proposta de uma “saúde suplementar” não se encontra explicitamente prevista nem na Constituição Federal de 1988 nem na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como a lei do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição usa o significante “suplementar” algumas vezes, mas prioritariamente para referir-se a recursos, precatórios ou créditos. As únicas alusões ao termo ‘suplementar’ no âmbito dos direitos fundamentais encontram-se no Capítulo III, dedicado não à Saúde, mas a Educação, Cultura e Desporto. A primeira alusão está no artigo 208: “O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de: [... no inciso] VII: “atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde”. Aqui, depreendemos que o estudante da educação básica terá assegurada assistência suplementar ao que concerne à educação em sentido restrito, ou seja: material didático, transporte escolar, merenda escolar e atendimentos básicos de saúde. Trata-se de programas específicos do sistema público, financiados com recursos públicos. Para explicitar ainda mais tal propósito, a segunda menção, que se encontra no parágrafo 3º do artigo 212, ainda referente a Educação, afirma: “Os programas suplementares de alimentação e assistência à saúde previstos no art. 208, VII, serão financiados com recursos provenientes de contribuições sociais e outros recursos orçamentários”. Fica evidente que qualquer programa suplementar à Educação será implementado e mantido com recursos públicos.

² Esta tese não tratará das questões que diferenciam a psicanálise da psicologia; entretanto, o que será discutido aqui incide tanto sobre a prática do psicólogo quanto a do psicanalista que atendem por meio de planos privados de saúde.

Já na seção que trata especificamente da Saúde, não há qualquer menção a serviços suplementares. Pelo contrário, o que aparece explicitamente é “previdência complementar”. Nessa seção dedicada a Saúde, temos no Artigo 199: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, sendo que o parágrafo 1º introduz o significante “complementar: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Até aqui, depreende-se que não será vedada a participação de empresas com fins lucrativos, apenas não serão priorizadas na oferta. No entanto, o parágrafo 2º curiosamente diz: “É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos”. Aqui, a proibição de contratos visando ao lucro é clara, mas permanece a contradição entre os enunciados. Porém, o que nos parece mais intrigante é: como compreender o deslocamento do significante ‘complementar’ ao significante ‘suplementar’, sendo que a Constituição veda o emprego de recursos a empresas privadas com fins lucrativos? Por que as leis posteriores não fazem menção à oferta complementar, mas antes instituem a oferta suplementar e indicam o Ministério da Saúde como gerente de negócios ou como administrador de contratos no âmbito da saúde?

Dez anos depois da publicação da Constituição de 1988, uma nova Lei 9.656 de 3 de junho de 1998 é promulgada visando dispor “sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Essa Lei é atualizada por portaria em 2001 de modo a adequar-se a uma Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que surge sob a tutela do Ministério da Saúde visando regular o sistema, com a Lei 9.961 do ano 2000 cuja missão será normatizar, controlar e fiscalizar “segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público”³. Para completar o confuso estabelecimento de regras sobre o SUS, a Lei 13.003 de 24 de junho 2014 que altera a Lei 9.656, acima descrita, é estabelecida com vistas a “tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços”. Podemos concluir que até há pouco tempo não havia contratos que garantissem o mínimo de dignidade aos negócios privados em saúde geridos pelo setor público? De qualquer forma, é de se notar que, nesse texto, não há mais qualquer ocorrência do termo ‘complementar’, justamente porque se trata aí de elevar o papel da ANS.

³ Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>>. Acesso em: 1 jun. 2017.

O que nos parece claro é que a política de saúde brasileira vem seguindo uma trajetória bastante paradoxal. Se por um lado o SUS traz em si uma concepção de universalização, prometendo-se capaz de garantir acesso a bens e serviços que assegurem a saúde da população de forma equitativa e integral, por outro, promove grande expansão de serviços privados de saúde, mais especificamente, uma expansão da comercialização de planos de saúde.

Mesmo sendo uma reforma social incompleta e com implantação lenta e heterogênea (CAMPOS, 2007), Paim (2012) adverte que é preciso haver reflexão acerca da sustentabilidade econômica, política e institucional do SUS, uma vez que “não há política irreversível” (p. 612). Embora assentado na Constituição e em lei federal específica, o SUS está sujeito a retrocessos. Em 2012, por exemplo, Paim indicava uma ameaça à sustentabilidade econômica do SUS, apontando que “não há sinais de políticas que incrementem recursos federais nos próximos anos, contemplando investimentos para ampliação da infraestrutura e o custeio da rede de serviços” (p. 612). Em 2016 o quadro se agrava, com a aprovação da polêmica Proposta de Emenda Constitucional, a PEC241/2016 que tem como objetivo limitar o crescimento dos gastos públicos em áreas sociais como educação e saúde, fixando-os por até 20 anos. A lei orçamentária de 2017 tomou como certos os cortes previstos pela PEC. Tais instrumentos colocam, de fato, em questão a sustentabilidade institucional do SUS, mas, especialmente, sua sustentabilidade política, haja vista que forças políticas e sociais se aproveitam das fragilidades e contradições dos princípios e diretrizes legais para ampliar a mercantilização e a privatização das políticas de saúde (PAIM, 2012).

Ratificando a tendência ao enfraquecimento do sistema em sua dimensão pública e universal, o Ministério da Saúde do atual governo interino brasileiro instituiu um grupo de trabalho para elaborar a proposta de criação de planos de saúde populares, com a justificativa de “desafogar o SUS” (TORRES, 2016). As sugestões apresentadas pela Federação Nacional da Saúde Suplementar (FenaSaúde) correspondem a um novo modelo de assistência que prevê mudanças tanto de ampliação da coparticipação quanto de modelo de atenção e formas de remuneração dos prestadores, para vender um “produto

acessível, com menor preço, para que mais pessoas tenham acesso à saúde”⁴. Desde 2012, Paim advertia que o futuro do SUS dependeria do que se faz com ele no presente:

O subfinanciamento público e os estímulos aos planos privados de saúde, inclusive ampliando o seu mercado mediante a inclusão de funcionários públicos e da chamada classe C, apontam para a reprodução de um SUS pobre para os pobres e complementar para o setor privado (p. 612).

É curioso notar que o autor utiliza o termo ‘complementar’ para referir-se aos serviços prestados por empresas privadas ao SUS. Parece-nos que tal utilização está adequada, na medida em que é direito do cidadão, pobre ou rico, recorrer, complementarmente, a serviços conveniados ou, ao invés, tendo um serviço privado, recorrer ao SUS, quando apenas a rede pública possibilita a garantia de atendimento. Entretanto, quando se trata do cidadão pobre que não encontra o mínimo de acolhimento no atendimento público e arca com despesas com um plano privado de saúde, o que temos é a substituição do serviço público pelo privado. É logicamente impensável que alguém que sacrifica parte considerável de seu salário com um plano de saúde privado vá optar pelo atendimento SUS, que implica longas filas presenciais ou demora de meses na rede de marcação de consultas e exames on line, atendimento precarizado etc.

De antemão, é possível afirmar, segundo Carvalho, Fortes e Garrafa (2013) que a assistência prestada por planos e seguros privados não favoreceu uma melhor distribuição da rede de serviços, merecendo ser reanalisada quanto à lógica de participação no sistema de saúde, pois “a forma duplicativa de assistência [...] tem levado a uma relação concorrencial com o setor público, disputando rede de serviços, elevando preços [...] fato que vem contribuindo para o aumento de iniquidades na área da atenção coletiva” (p. 604).

Nesse sentido, a expansão da política denominada saúde suplementar é um fato no Brasil hoje. Não necessariamente em relação ao número de segurados, haja vista o decréscimo na taxa de crescimento anual entre os anos de 2006 e 2016⁵ – estima-se que aproximadamente 48 milhões de brasileiros hoje têm cobertura de pelo menos um plano de saúde, o que corresponde aproximadamente a 24,9% da população do país. Mais gritante e forte é a importância que o setor vem adquirindo nos últimos anos, quanto a seu nível de

⁴ Segundo Cechin, diretor executivo da FenaSaúde, em entrevista para o Diário de Pernambuco. Disponível em: <www.diariodeperambuco.com.br/app/noticia/economia/2016/12/04/internas_economia,678357/ans-avalia-modelo-para-plano-de-saude-popular.shtml>. Acesso em: 13 dez. 2016.

⁵ Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), disponível em: <www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 13 dez. 2016.

organização através de entidades – como Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrange) e a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) – que o representam, defendem e buscam estratégias para seu desenvolvimento; a crescente intermediação do setor com a população através das administradoras dos planos de saúde, como Qualicorp e Aliança que estão entre as maiores do país; a ampliação do seu escopo político que, pelo financiamento de campanhas para eleger seus representantes no Congresso Nacional, por exemplo, obtém como recompensa a desregulamentação⁶ do setor.

Ratificam-se indícios de que a política de saúde pública no Brasil vem sendo precarizada, ao caminhar para uma progressiva diminuição do papel do Estado na promoção de políticas públicas de saúde e, conseqüentemente, abrindo espaço cada vez maior para o setor privado. Ademais, mesmo com sérios problemas em relação a padrões de qualidade do setor, fragmentação e descontinuidade da prestação de muitos serviços, há um progressivo deslocamento da atenção pública para a privada e estratégias de mercado que colocam o plano de saúde sob a mesma ordem de qualquer produto a ser consumido, portanto desejado.

PARA SITUAR O CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

A contemporaneidade vem sendo caracterizada por fenômenos como globalização, alto nível de desenvolvimento tecnológico e de informatização, comunicação de massas, sociedade de consumo (ROLNIK, 1996), entre outros. Além disso, vivemos um momento histórico fortemente marcado pelo ideário capitalista neoliberal, caracterizado pela ideologia individualista e de concorrência, comprometida com critérios de eficiência, competência e disponibilidade para o consumo (DARDOT & LAVAL, 2016). Associado a isso, a indústria de bens de consumo e serviços – aliada à razão científica e à tecnologia

⁶ Há limite regulatório para algumas práticas que estão no fundamento dos planos de cobertura restrita ou planos populares que o setor da saúde suplementar tem buscado lançar no mercado. Segundo Navarrete (2017), os termos da proposta entram em conflito não apenas com o quadro normativo estabelecido pela ANS, mas com a legislação sobre o tema, que, ainda assim, entram na pauta da ANS. Nesse sentido, o que está em discussão não é se os planos populares irão desafogar o SUS ou manter a sustentabilidade da saúde suplementar, mas “até que ponto a política regulatória da saúde suplementar poderá resistir às influências de operadoras, administradoras, grandes grupos hospitalares, indústria farmacêutica multinacional, entre outros, nesse momento particular da conjuntura brasileira” (NAVARRETE, 2017, s/p).

(BIRMAN, 2006) – vai ganhando proporções cada vez maiores, lançando no mercado diferentes produtos que, sob a sedução publicitária, tornam-se valorizados objetos de desejo.

Acompanhando essas mudanças culturais e econômicas, repercussões de ordem subjetiva modificam a forma de os sujeitos estabelecerem laço social. Ou seja, novas configurações simbólicas forjadas pelo discurso social hegemônico, o capitalista, atravessam os sujeitos produzindo formas de subjetivação características: pessoas assumem relações mercantis como padrão dominante de inserção no mundo. A lógica do mercado apresenta-se como estruturadora das relações sociais e políticas, comportando um viés de interpretação marcadamente utilitarista, convertendo quase tudo em mercadoria de consumo. Dardot e Laval (2016, p.351) acrescentam que, atualmente, vê-se um processo de “subjetivação contábil” que consiste na administração da vida e dos laços sociais a partir de uma lógica econômica e gerencial, naturalizando o que é politicamente construído.

Ademais, novos modos de subjetivação, associados às mais variadas incitações ao consumo, introduzem transformações importantes nas relações interpessoais, em função de novos dispositivos produzidos pela tecnociência e pelo capitalismo pós-industrial. Solitariamente pessoas buscam prazer, construindo relações com objetos materiais, caracterizando novos modos de alienação, orientados para o gozo e para o consumo (KEHL, 2002). Segundo Safatle (2004), a sociedade contemporânea vive sob o paradigma da “política do gozo. Trata-se de uma política marcada não mais pelos imperativos de adequação entre Lei e satisfação subjetiva, mas pela possibilidade de uma relação de imanência com um gozo que se conjuga no particular” (s/p). Isso ratifica o que o autor chama de “ética do direito ao gozo” (SAFATLE, 2004, s/p), uma vez que o discurso capitalista precisa da procura ao gozo “que impulsiona a plasticidade infinita da produção das possibilidades de escolha no universo do consumo. Ele precisa da regulação do gozo no interior de um universo mercantil estruturado” (s/p). Isto é, não haveria repressão, mas, ao invés, imperativo ao gozo. Assim, entrelaçam-se a expansão da oferta de produtos de todo tipo e um sujeito pronto a consumir e consumir-se.

Sabemos, de acordo com Lacan, que é a oferta que produz e condiciona a demanda, e não apenas no âmbito da psicanálise, mas em todos os aspectos da cultura humana. O mercado capitalista tem produzido ampla oferta de chamados planos de saúde que prometem acesso fácil e rápido a serviços que, em tese, estariam disponíveis ao cidadão sem custos além

daqueles provenientes dos impostos. Por parte do Estado, argumenta-se que o governo não pode dar conta, sozinho, da demanda de assistência à saúde de uma população tão numerosa. Pelo lado do marketing de venda, e seguindo a mesma lógica de qualquer outro objeto de consumo, o argumento inside sobre os sujeitos naquilo que lhes causa desejo: buscar e obter um produto que supostamente os satisfará. Promete-se felicidade, bem-estar, qualidade de vida, atendimento rápido. Sem contar que parte dos gastos com saúde e educação privadas retornam na chamada devolução do Imposto de Renda. Ou seja, um bem que o sujeito não pode se furtar de querer, pois nele estaria a garantia do acesso aos melhores serviços, à proteção, à completude e ainda um retorno monetário a cada ano.

Sob a ótica da psicanálise, a disseminação de objetos de consumo vem acompanhada de um mascaramento do que seria da ordem do desejo, recobrando-o nominalmente com a ideia de necessidade e, assim, obliterando a falta constitutiva do humano. Objetos assumem o caráter ilusório de solução, uma vez que lhes é associada a ideia de realização plena, de encontro com a felicidade, referência absoluta, como afirmou Baudrillard (1970), da sociedade de consumo. Nesse sentido, “a sociedade regida pelo discurso capitalista se nutre pela fabricação da falta de gozo, produz sujeitos insaciáveis em sua demanda de consumo” (QUINET, 2006. p. 39). Insaciáveis, pois estão submersos em um ciclo promovido pelo gozo prometido, mas inalcançável por estrutura. Freud (1930/1996, p. 84) já advertira: “a intenção de que o homem seja feliz não se acha incluída no plano da Criação”.

Desse modo, os discursos que dominam a contemporaneidade nas grandes cidades ocidentais têm produzido um modo de existência que aponta, como afirma Poian (2011), para a negação do específico do humano,

daquilo que faz do indivíduo um sujeito de desejo, de representação e, sobretudo, de sustentação do laço social. A impossibilidade de suportar a ausência e a necessidade de viver o excesso abre caminho para o aniquilamento de si. Resistimos a pagar o preço de sermos sujeitos da condição humana e nos deixamos cada vez mais ser levados pela ‘tirania do imediato’ e da urgência (p. 32).

Diante dessa problemática, é possível notar que planos de saúde tocam aspectos que transcendem a condição imediata de sua utilização nos consultórios de psicologia ou de psicanálise ou à sua regulamentação. Assim, esta tese parte do pressuposto de que o setor da “saúde suplementar” é sustentado pelo entrelaçamento do discurso capitalista, da razão neoliberal e da “política do gozo” (SAFATLE, 2004). Tais sustentáculos, se não impedem, dificultam a problematização do imperativo de gozo colocado pela sociedade

contemporânea. Bourdieu sintetiza essa conformação: “o economicismo desresponsabiliza e desmobiliza, anulando o político” (1998, p. 68).

A noção de responsabilidade trazida aqui é aquela asseverada por Lacan em “A ciência e a verdade” (1966/1998, p. 873): “por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis”. Diferentemente dos domínios da responsabilidade civil e da responsabilidade jurídica, e sem negligenciá-los, aqui a referência central é a da responsabilidade que invoca e convoca o sujeito do inconsciente. Quando Freud (1905) pergunta a Dora “qual a sua responsabilidade na desordem da qual você se queixa?” (LACAN, 1941/1998, p. 218)⁷ ele a convida a implicar-se na queixa, a reconhecer sua participação subjetiva no gozo experimentado na experiência de uma relação da qual se supunha objeto. Tal implicação desloca o sujeito para a posição de agente, deixando falar o inconsciente e permitindo ao sujeito responsabilizar-se por seus atos e suas escolhas. Responsabilidade que permite a cada sujeito assumir aquilo que produz, aquilo que o determina e, principalmente, aquilo que depende de suas escolhas. Em suma, permite que o sujeito descubra e afirme sua singularidade (SOLER, 2001). Destarte, responsabilidade pelo próprio desejo que ultrapassa o desejo do Outro e possibilita uma resposta singular. Essa é a diferença entre o sujeito do inconsciente e o sujeito de direito. Sobre este, destaca-se, na ciência jurídica,

a qualidade do sujeito de ser consciente que, por ser dono de suas ações, pode adentrar no jogo jurídico e responder pelos seus atos. A relação aqui é entre sujeito e lei, no sentido de ordenamento jurídico, ou seja, o quantum de garantias e obrigações que o sujeito recepciona tendo em vista os direcionamentos prescritivos estabelecidos pelo Estado ou de forma a priori em vista de sua natureza humana (OLIVEIRA, 2012, p. 208).

O sujeito de direito é, assim, tomado a partir de uma relação de causa e efeito prevista nos discursos jurídico e científico, nos quais, paradoxalmente, ele é desresponsabilizado. Paradoxalmente, uma vez que não ele não é constituído por uma singularidade, mas responde ao discurso da igualdade e universalidade dos dispositivos civis, políticos e jurídicos. O que está em jogo é “a construção discursiva que serve a quem institui práticas políticas que necessitam de certa homogeneidade dos indivíduos, a fim de dissolvê-lo numa ficção totalitária de igualdade formal que nega [...] o valor de particularidade intrínseca que cada subjetividade possui” (OLIVEIRA, 2012, p.208), em nome da cidadania e da soberania política. Ou ainda, conforme Rosa (2015), há sempre algo que o determina – legal, social, moral, genético – dado *a priori* como uma verdade que se sobrepõe ao sujeito.

⁷ Frase sintetizada por Lacan ao discutir o caso Dora em Intervenção sobre a transferência.

O sujeito de direito também implica a lógica do usufruto: no caso dos planos de saúde, gozar da saúde que lhe seria garantida, mediante pagamento. Nas palavras de Pires (2014, p 129): “os responsáveis antecipadamente pela manutenção da saúde são representados agora por uma pessoa jurídica mantenedora da fantasia de saúde assegurada”. Delega-se ao outro, porque se tem o direito, direito de consumir, de gozar. Além disso, segundo Mascaro (2015, p. 20), “sujeito de direito e cidadão não são categorias acidentais da sociedade capitalista; são, acima disso, as formas privilegiadas e necessárias da constituição da subjetividade que lhe corresponde”, dando os contornos necessários ao estabelecimento de uma política do gozo.

Ao contrário do discurso do mestre – ao qual o cidadão em geral se assujeita – que disciplina a realidade mundana, a realidade psíquica se impõe como pura diferença, não sendo “coletivizável”, porque comporta a “*dit-mension*”⁸ do real (SOLER, 1990), do inapreensível. Se a lei é algo diante do qual todos devem inclinar-se e que faz funcionar o ‘para todos’, se o discurso do mestre opera no sentido de universalizar o sujeito, ele – o discurso – o faz mediante uma exclusão; exclusão daquilo que é impossível de ordenar. Justamente a exclusão desse real impossível de universalizar que se apresenta nas inconsistências, incompatibilidades e oposições, componentes inerentes à vida em sociedade. Isso conduz e permite relacionar ao que Freud (1937/1996) afirma acerca das profissões impossíveis – a psicanálise, a educação e o governo: “ou seja, há em sua concepção de sociedade e de sujeito uma dimensão de incompletude que limita a possibilidade de dominar, de escravizar ou de normatizar e adaptar plenamente a ideais ou a modelos sociais” (ROSA, 2017, p. 24).

Mas o que não tem governo é insuportável à política (SOLER, 1990), ao discurso do mestre. Política, tomada em sua acepção de poder e domínio sobre o sujeito, que encobre o campo do simbólico alienando os sujeitos aos discursos sociais, “limitando seu campo de resistência” (ROSA, 2017, p. 22). Os planos de saúde vão nessa direção, sendo tomados como benefício, privilégio mediante o qual se goza: um tipo de suplemento (suplementar é o significante que os nomeia) que o discurso contemporâneo instaura imaginariamente no lugar do vazio, da falta inexorável à condição de sujeito. Nessa perspectiva, pensar o objeto “saúde suplementar” como sustentado por discursos que anulam o sujeito e favorecem

⁸ Fazendo a escansão da palavra dimensão (dimension em francês) usando a palavra dit (do verbo dire – que além de enunciar, pronunciar, significa também exprimir pela palavra), Soler faz alusão à assertiva de Lacan de que a realidade é apenas discurso.

uma política do gozo (deslocado) é, portanto, compreendê-lo como descomprometido com o sujeito, posto que ratifica a condição de rejeição da castração – como aponta Lacan (1972/2011) – a da ausência de limite ao gozo, característica do laço social contemporâneo.

Frente à expansão do setor, e sua fácil disposição no mercado, com ampliação do rol de procedimentos cobertos pelas operadoras – como no caso do atendimento psicológico, tornado obrigatório e que, desde janeiro de 2016, teve ampliação de 12 para 18 consultas anuais – há uma busca crescente por atendimentos psicológicos mediados por planos de saúde, bem como ampliação do credenciamento de psicólogos junto às operadoras. Se, por um lado, tal crescimento torna possível a abertura do mercado de trabalho para esses profissionais e possibilita atendimento para um número maior de pessoas, por outro lado, requer medidas tanto no sentido de fiscalizar e controlar a legislação da chamada saúde suplementar, quanto de construir mecanismos de controle e fiscalização dos serviços prestados por psicólogos, com protocolos de referência.

Em 2008, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), juntamente com o Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA), publicou uma pesquisa sobre a inserção da psicologia no campo da automeada saúde suplementar⁹, considerando questionamentos de ordem técnica, ética e condições de trabalho estabelecidas pelas operadoras. Em 2013, o CFP publicou um livro acerca da regulamentação da saúde mental no Brasil¹⁰, apresentando os aspectos legais do SUS e esclarecendo como estão previstos tratamento, prevenção e cobertura do campo por parte da chamada saúde suplementar, isto é, planos privados de saúde comercializados por empresas que visam sobretudo ao lucro financeiro.

Do mesmo modo, o Conselho Regional de Psicologia (CRP), região São Paulo, elaborou um Documento de Orientação para Atuação Profissional¹¹, com última atualização em 2015, com orientações que abordam temas como contrato com as operadoras e sua normatização pela ANS, princípios da atenção à saúde na dita saúde suplementar, acordos de prestação de serviço com beneficiários, uso de prontuários e publicidade. Além disso, constam os questionamentos mais frequentes sobre a cobertura de serviços psicológicos e seus critérios, avaliações psicológicas para cirurgias, liberação e distribuição das consultas/sessões, duração das consultas/sessões, ações possíveis quando a quantidade de

⁹ Disponível em: <www.newpsi.bvs-psi.org.br/ebook2010/en/Acervo_files/CEPEDISA.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2016.

¹⁰ Disponível em: <www.site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Saude_mental.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2016.

¹¹ Disponível em: <<http://www.crp.org.br/site/legislacao-interna.php?legislacao=139>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

consultas autorizadas for insuficiente para a pessoa atendida, exigência de encaminhamento pelo médico assistente, uso da CID-10¹².

Também em 2015, o CRP/Rio Grande do Sul publicou uma pesquisa sobre a atuação de psicólogos de sua região junto a planos de saúde, com objetivo de conhecer e qualificar a realidade do exercício profissional nos atendimentos prestados por meio da “saúde suplementar”, levantando, ao final do documento, encaminhamentos que demandavam material de referência para o trabalho da psicologia e divulgação de leis para normatizar o trabalho do psicólogo. Mais recentemente, em fevereiro de 2016, também o CRP/SP realizou um evento que discutiu a relação da psicologia com a chamada saúde suplementar através dos eixos “Psicoterapia e saúde suplementar: avanços e desafios” e “O papel do psicólogo na saúde suplementar”. Foram abordadas questões legais e o avanço do setor, a partir de uma análise histórica do acesso à saúde no Brasil, bem como sobre os aspectos legais que incorporaram a psicologia ao rol de procedimentos de referência dos planos de saúde.

Além dos aspectos destacados acima, e que dizem respeito a tratamentos psicológicos em geral, a ampliação do atendimento psicológico através de planos de saúde também vem mobilizando psicanalistas. Outro tipo de inquietação atravessa a experiência vivenciada pelo psicanalista com a dita saúde suplementar: o modo como tal dispositivo incide sobre essa práxis, isto é, seus efeitos na relação transferencial, base do manejo clínico em psicanálise. Várias questões estão relacionadas, no limite, à própria condição de possibilidade de se fazer ou não clínica psicanalítica, respeitando sua política e sua ética. Como vimos, iniciativas do CFP e de conselhos regionais vão na direção da garantia dos direitos e deveres dos psicólogos, buscando com isso proteger o profissional e assegurar parâmetros e procedimentos que qualifiquem a oferta dos atendimentos.

No caso da psicanálise, alguns poucos autores discutem a necessária manutenção dos princípios ético-políticos dessa clínica, num sentido outro daqueles regulamentados pela “saúde suplementar”. Tais proposições são legítimas e necessárias, uma vez que as atuações do psicólogo e do psicanalista comportam especificidades que precisam ser reconhecidas e respeitadas pelos planos de saúde. As pouquíssimas publicações sobre o tema têm apresentado e discutido os principais impasses suscitados e enfrentados pelos psicanalistas

¹² CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 19 dez.2016.

que atendem intermediados por um plano de saúde. Autores como Raphael (2005), Garcez (2009), Pires (2014) e Dias e Marçola (2016) levantam questões e destacam alguns pontos referentes à sustentação dos fundamentos e da especificidade da clínica psicanalítica, todas elas baseadas nas elaborações da psicanálise freudo-laciana.

Nenhum dos trabalhos publicados nas bases indexadas no Brasil, relativos à presença dos planos de saúde, no campo da psicologia ou da psicanálise, apresenta questionamento acerca dos discursos que fundamentam e sustentam essa complexa questão. A preocupação central para a psicologia, conforme vimos acima, é minimizar prejuízos decorrentes das diversas normas, regras e regulamentações, regulamentando. Para psicanalistas, é fazer frente aos fundamentos da psicanálise no sentido de não descaracterizar a clínica, sem problematizar, ou fazendo-o superficialmente, a demanda “de um novo tempo”, da “contemporaneidade”, “das novas urgências sociais”. De que falam as urgências sociais desse novo tempo chamado contemporaneidade?

Esta investigação vem em defesa do SUS e se justifica ao problematizar a expansão do setor da denominada saúde suplementar, haja vista não estar prevista na lei máxima do país nem na lei que rege a política de saúde, levando-nos à reflexão do que está na base da criação de uma lei que institui um setor independente, mas com força tal que vai tornando opacas as diferenças discursivas e conceituais entre o que seria suplementar e complementar quanto às políticas públicas de saúde. Justifica-se ademais pelo impacto gerado pela comercialização e pelo consumo de planos de saúde que, embora abram a possibilidade de os sujeitos tocarem em questões de ordem subjetiva e poderem refletir sobre elas, enlaça-os mais ainda no excesso de gozo, já que, mediante sua submissão à lógica neoliberal, capitalista e médico-científica, reproduzem o argumento de que todos os problemas (de saúde) são passíveis de solução, mediante a compra de um serviço. Aqui, a partir das contribuições da psicanálise no esclarecimento da dimensão inconsciente das práticas sociais, daremos visibilidade aos modos pelos quais os discursos contemporâneos controlam e tentam apagar a singularidade do sujeito, escamoteando conflitos de ordem econômica, social, mais especialmente aquilo que há de limite e que constitui o mal-estar humano.

ESTRUTURA DA TESE

A tese está estruturada em três artigos que discutem, a partir de diferentes e convergentes pontos, o mesmo objeto, qual seja, a presença da noção “saúde suplementar” no sistema de saúde brasileiro e seus efeitos nas formas de subjetivação contemporânea. O objetivo principal é entender como a ideia de “saúde suplementar”, sustentada pelo discurso capitalista pós-industrial, neoliberal, cientifizante pode, ao mesmo tempo, silenciar o sujeito, desresponsabilizando-o por seu gozo, e propiciar um tratamento psicanalítico. Em outras palavras, interessa-nos discutir, a partir da psicanálise, como os planos de saúde podem servir de instrumento de alienação do sujeito, uma vez que o mantêm preso ao discurso e gozo do Outro. No caso brasileiro, a complexidade torna-se gigantesca, porque a estrutura legal introduz uma plêiade de portarias, normas e leis, contraditórias e cheias de nuances convidativas ao logro e ao sucesso de uma elite que nem precisa de tanto esforço para conservar e perenizar regalias às custas do trabalho penoso da maior parte da nossa população.

Os artigos que compõem este trabalho tomam como marco teórico a psicanálise, notadamente a teorização dos discursos de Jacques Lacan, por meio de matemas específicos. Tal esforço propõe entender o estabelecimento do laço social entre sujeitos, como articulação entre o campo da linguagem e o campo do gozo. Ou seja, “o discurso é uma organização coletiva de gestão do gozo para nele instaurar um limite, para canalizá-lo” (VANIER, 2002, p. 210).

No primeiro artigo, temos como objetivo apresentar a teoria lacaniana dos discursos, utilizando-a como crivo de leitura no questionamento acerca da saúde suplementar no Brasil. Buscamos a compreensão da condição de “apalavramento”, fundante do sujeito, da qual derivou a teorização lacaniana dos discursos, e de como discursos contemporâneos produzem sujeitos que se organizam pela lógica de mercado e estabelecem relação com objetos de consumo, fragilizando os laços sociais. Este artigo será o pano de fundo para discussões que terão como chave de análise tanto os discursos lacanianos quanto a racionalidade neoliberal e capitalista.

O segundo artigo faz uma breve historicização das mudanças nos modelos do Estado que marcaram a organização política do Brasil e as transformações nas políticas de saúde, visando mostrar que tais políticas atualmente se caracterizam pela relação entre público e privado, sendo expressiva a força do discurso capitalista, representado, por exemplo, pelo

objeto “saúde suplementar”. Em nome da proteção e controle social, o Estado passou a se ocupar de questões antes apenas restritas à vida privada. O objetivo do artigo, portanto, é, ao mesmo tempo, historicizar as transformações nos modelos do Estado brasileiro e as mudanças nas políticas de saúde, caracterizando o sintagma “saúde suplementar”, e discutir como os discursos do mestre e do capitalismo se articulam na constituição do Estado e das políticas de saúde.

Quanto ao terceiro artigo, este focaliza o modelo biomédico reproduzido pelos planos de saúde através da organização dos procedimentos exigidos aos profissionais, sejam eles médicos ou não. Tal modelo se pauta em uma lógica específica de racionalizar o campo da vida humana, como a saúde, que Foucault (1978-1979/2008) denominou de biopolítica e que Safatle (2015) resume: “a maneira pela qual os mecanismos disciplinares constituem o que é biológico enquanto campo naturalizado de normatividades e valores que expressarão processos sociais de gestão da vida e dos corpos” (p. 336).

Por fim, as Considerações Finais buscam fazer uma síntese do trabalho, concatenando as ideias discutidas ao longo da tese e buscando articular especialmente como cada artigo, com sua especificidade, leva à sustentação do objeto e do objetivo central. A partir do aforisma lacaniano “não há relação sexual”, refletimos acerca da insistência que os discursos contemporâneos têm em fazer existir o todo, oferecendo possibilidades incontáveis para estabelecer a relação, a proporção das metades de uma fissura que o real, recalcitrante, continuamente abre. Os planos de saúde, desejados e consumidos como mais um *gadget* que se aprecia numa vitrine e que se pode comprar, são um exemplo dessa oferta. Os anúncios publicitários com pessoas e famílias felizes, arrematados por frases como “ser feliz não custa caro” ou “o melhor plano de saúde é viver, o segundo melhor, você já decidiu”, não deixam dúvida sobre isso. Assim, o lugar ocupado pelo objeto “saúde suplementar” no sistema de saúde brasileiro tem repercussões importantes no âmbito das políticas de saúde, mas especialmente na esfera do sujeito. Ele lança o sujeito em uma busca contínua de satisfação, de segurança, que paradoxalmente, constitui uma falta-a-gozar que alimenta a política do gozo: anula o desejo, apaga o sujeito e incita o gozo. Gozo impossível, contudo, de ser alcançado pela condição mesma do sujeito (\$).

Com isso, entretanto, não pretendemos um esgotamento do assunto nem mesmo tomar as discussões levantadas aqui como única leitura do fenômeno. Antes, nossa pretensão é contribuir para uma reflexão crítica que possa sensibilizar psicólogos e psicanalistas que

atendem por intermédio de planos de saúde quanto ao que tal dispositivo desvela sobre a sociedade contemporânea e aos efeitos que pode produzir nos sujeitos.

REFERÊNCIAS

BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. Lisboa: Edições 70, 1970.

BIRMAN, J. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

BOURDIEU, P. **Contrafogos**. Táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Rio de Janeiro: Zahar editor, 1998.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007, p. 301-306.

CARVALHO, R. R. P., FORTES, P. A. C. & GARRAFA, V. A saúde suplementar em perspectiva bioética. **Revista Associação Medicina**, São Paulo, v. 59, n 6, 2013, p. 600-606.

DARDOT, P. e LAVAL, C. **Nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DIAS, A. A. S. & MARÇOLA, M. A. Psicanálise e planos de saúde: a que preço? A expansão da psicanálise a usuários dos planos de saúde. **Revista Vórtice de Psicanálise**, jun 2016. Disponível em: <http://www.revistavortice.com.br/2016/06/psicanalise-e-planos-de-saude-que-preco.html>. Acesso em: 22 ago. 2016.

DUNKER, C. I. L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica**. Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume, 2011.

ELIA, L. **O sujeito, o real e o social**. II SEAD – Seminário de Estudos em Análise do Discurso. O Campo da AD no Brasil: Mapeando conceitos, confrontando limites. UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREUD, S. Análise terminável e interminável. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Vol. VII. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1937/1996.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Vol. XXI. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1930/1996.

GARCEZ, M. M. Novas urgências sociais: a psicanálise e os planos de saúde. **Psicologia em foco**, Aracaju, v. 3, n 2, 2009.

KEHL, M. R. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das letras, 2002.

LACAN, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1960/1998.

LACAN, J. A ciência e a verdade. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1966/1998.

LACAN, J. **Estou falando com as paredes**: conversas na Capela de Sainte Anne. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1972/2011.

LACAN, J. Intervenção sobre a transferência. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1941/1998.

MASCARO, A. L. A política da subjetividade jurídica. In: BARROS, R. M. M e DARRIBA, V. A. **Psicanálise e saúde**: entre o Estado e o sujeito. Rio de Janeiro/Faperj: Companhia de Freud, 2015.

NAVARRETE, A. C. Desregulamentação da saúde suplementar. **Diário do Grande ABC**, em 21 abril 2017. Disponível em: <<http://www.dgabc.com.br/Noticia/2628157/desregulamentacao-da-saude-suplementar>>. acesso em: 22 nov. 2017.

OLIVEIRA, A. C. Estado, direito e sujeito: contribuições da psicanálise freudo-lacaniana. **REDUnb**, Brasília, v. 10, 2012, p. 205-234.

PAIM, J. O futuro do SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, abr 2012, p. 612-613.

PIRES, S. **Psicanálise planos de saúde**. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2014.

POIAN, C. O mal-estar contemporâneo: buscando saídas. **Caderno de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 24, 2011, p. 30-39.

QUINET, A. **Psicose e laço social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

RAPHAEL, J. K. D. Psicanálise e convênio: uma parceria possível? In: FERNANDES, A. H. & SANTOS, A. S. C. (Orgs.). **Questões cruciais para a psicanálise**. Salvador: EDUFBA, 2005.

ROLNIK, S. (1996). Toxicômanos de identidade subjetividade em tempo de globalização. **Caderno "Mais!" Folha de São Paulo**, em 5 maio 1996. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Toxicoidentid.pdf>>. Acesso em: 1 mar 2017.

ROSA, M. D. **Psicanálise, política e cultura**: a clínica em face da dimensão sócio-política do sofrimento. Livre Docente (Psicologia) – Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

ROSA, M. D. A psicanálise lacaniana e a dimensão sociopolítica do sofrimento. **Revista Cult**. São Paulo, Edição especial, n. 8, ano 20, 2017.

SAFATLE, V. **Pós modernidade**: utopia do capitalismo. Encontro Trópico na Pinacoteca – Pós-modernidade ou hipermodernidade?, agosto, 2004. Disponível em: <http://www.revistatropico.com.br/tropico/html/textos/2446,2.shl>. Acesso em: 28 fev. 2017.

SAFATLE, V. **Uma certa latitude**: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errância. *Scientiæ Zúdia*, São Paulo, v. 13, n. 2, 2015, p. 335-67.

SAURET, M. J. **Psychanalyse et politique**. Huit questions de la psychanalyse au politique. Toulouse, France: Press Université du Mirail, 2000.

SESTELO, J. A. F. SOUZA, L. E. P. F. & BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, 2013, p. 851-866.

SOLER, C. **Dans la subjectivité de son époque**. Incidence politique du psychanalyste. Journées de l'ECF à Lyon en avril 1990. Disponível em: http://lacanian.memory.online.fr/CSolerIncidence_politique_1990.htm. Acessado em: 04 abr 2015.

SOLER, C. O monopólio da enunciação. Entrevista a Vladimir Safatle. **Caderno “Mais!” Folha de São Paulo**, 2001. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fsi410200113.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.

TORRES, R. **A quem interessam os planos de saúde ‘populares’?** ABRASCO, 20016. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/a-quem-interessam-os-planos-de-saude-populares/20484/>. Acesso em: 5 dez. 2016.

VANIER, A. O sintoma social. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, jul/dez 2002, p. 205-217.

ARTIGO 1

SAÚDE SUPLEMENTAR: OBJETO-SUPLÊNCIA NO CAPITALISMO

INTRODUÇÃO

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a institucionalização da saúde como direito universal não limitaram as relações comerciais na prestação de serviços relativos à saúde. Ao contrário, o sistema brasileiro de saúde caracteriza-se como um sistema no qual os setores público e privado coexistem no provimento e no financiamento dos serviços de saúde, evidenciando-se a vigência de uma política de estímulos à expansão dos planos, em detrimento do caráter público e universal do sistema de saúde (SESTELO, SOUZA & BAHIA, 2013).

Considerando-se que o setor da chamada saúde suplementar no país compõe um conjunto de atividades e serviços com fins lucrativos, e cuja entrada no sistema se dá mediante uma ação individual no sentido de aquisição de um “plano”; considerando-se ainda que a saúde é um dos direitos básicos constitucionais e, para garanti-la, existe o SUS, perguntamos: por que há um número tão expressivo de brasileiros se dispondo a pagar por um serviço que, pela Constituição Federação, já lhes é assegurado?

Zirolto, Gimenes e Castelo Júnior (2013) apontam que a qualidade do serviço público, a dificuldade de acesso e o número insuficiente de serviços seriam os motivos. Não se pode negligenciar, porém, que a lógica do consumo, na perspectiva neoliberal, incide sobre os processos de subjetivação humanos, produzindo sujeitos marcados por essa lógica: um recobrimento nominal da figura de cidadão pela de consumidor.

Se discursos são práticas concernentes ao estabelecimento e manutenção de laços sociais que regem os diferentes modos de viver as diversas realidades humanas, os fenômenos sociais e subjetivos, bem como seus dispositivos, não podem ser vistos como entidades naturalizadas. O sujeito está inscrito na estrutura significativa da linguagem e, no laço social, pela via do discurso, ele é desnaturalizado por sua condição de ser falante, de onde

advém o sujeito desejante e faltante, em sua realidade dividida entre seu ser de falta e seu ser de gozo (TEIXEIRA, 2017).

Desde seu início, com Sigmund Freud, a psicanálise não esteve alheia às questões sociais, culturais e políticas. Ela se constitui a partir da experiência clínica, mas Freud articula suas teorizações aos campos social e político, ampliando o escopo de suas reflexões a questões relativas à cultura. Um de seus livros mais lidos e mais comentados em diferentes áreas, **O Mal-estar na civilização** (1930) demonstra exemplarmente a empreitada. No Brasil, o livro **Freud, pensador da cultura** (1985), de Renato Mezan, faz uma extensa e importante demonstração de tal entendimento, sobretudo no capítulo 2, intitulado “As três fontes da psicanálise”, a saber: a clínica, a análise pessoal e a cultura.

Lacan atualiza essa articulação tomando de modo privilegiado a linguagem lógico-matemática, uma vez que toda a sua construção teórica se pauta na compreensão de que “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” (1955-56/1997, p. 191) ou insistindo que “o inconsciente é o discurso do Outro” (1964/1996, p. 126). Ele aborda a clínica psicanalítica como uma experiência cujo efeito pode ser definido como político, quando situa o psicanalista implicado em uma política relacionada à finalidade de sua ação (CHECCHIA, 2012).

Para buscar elucidar a relação entre a ideia de saúde suplementar e seu objeto mais concreto, o chamado plano de saúde, recorreremos à teorização dos discursos de Jacques Lacan, também chamada Teoria dos matemas. Ela se inscreve no registro que situa o sujeito localizado socioculturalmente, efeito de uma anterioridade lógica discursiva, linguageira, que o determina. O desenvolvimento dessa teorização por Lacan favoreceu o interesse e a interlocução com outras áreas, e, conseqüentemente, abriu possibilidades de leituras psicanalíticas acerca de fenômenos sociais e políticos. Permitiu também um avanço quanto à forma de designar o que Lacan (1969-1970/1992) chama de “funções da psicanálise no registro político” (p. 387-388), “seja no nível de uma análise psicanalítica de determinados fenômenos políticos, seja no de uma análise política de fenômenos clínicos” (CHECCHIA, 2012, p. 272).

Tanto Foucault (2002) quanto Althusser (1964/1996) problematizam o lugar da psicanálise considerando-o distinto do campo das ciências humanas, pois consideram que tanto Freud como Lacan têm uma dupla preocupação: a de “separar radicalmente a psicanálise da disciplina que se considera como mais próxima dela, (a psicologia), e ao contrário tentar

ligá-la às disciplinas que, aparentemente, afastam-se dela (a sociologia, a antropologia ou a etnologia)”¹³ (Althusser (1964/1996, p. 77). O que significa dizer, segundo Althusser, que desde o início da psicanálise, Freud

[...] supunha que nossa cultura, enquanto tal, era neurótica, ou seja, que um sujeito histórico – não mais um indivíduo, mas uma cultura histórica – podia ser o objeto, ou melhor, o lugar de uma afecção patológica como a neurose. Desse modo, ele colocava um problema que não era mais um problema psicanalítico, mas um problema histórico (ALTHUSSER, 1964/1996, p. 24)¹⁴.

Tais considerações ratificam o que Safatle (2007) marca quanto à ampliação do diálogo entre a psicanálise e outras áreas do conhecimento, que vem sendo estabelecido nas últimas décadas. O autor sublinha que Lacan se tornou um interlocutor privilegiado em reflexões contemporâneas sobre filosofia, teoria literária, crítica de arte, política e teoria social. E completa:

Neste sentido, ele [Lacan] talvez tenha sido o único psicanalista, juntamente com Sigmund Freud (1856-1939), capaz de transformar sua obra em passagem obrigatória para aqueles cujas preocupações não se restringem apenas à clínica, mas dizem respeito a um campo amplo de produções socioculturais vinculadas aos modos de autocompreensão do presente com suas expectativas e impasses (ibid, p. 8-9).

Quando Lacan inicia seu **Seminário, livro 16** afirmando que a “a essência da teoria psicanalítica é um discurso sem fala” (1968-1969/2008, p. 11), ou seja, que o discurso é aquilo que subsiste independentemente dos enunciados, da palavra dita, estruturando e ordenando as relações sociais, ele aponta para a relação entre o singular e o coletivo, dois operadores que situam as diferentes posições de alteridade, tanto na perspectiva das narrativas individuais como no âmbito das práticas sociais e da posição de sujeito do discurso no laço social.

O discurso, de acordo com a teorização psicanalítica, é um arranjo social que determina os sujeitos e os precede, marcando a antecedência do Outro que transmite a linguagem, através da qual a subjetividade se constitui. É a partir de tal entendimento que Lacan

¹³ “[...] séparer radicalement la psychanalyse de la discipline qui se donne comme la plus proche d’elle la psychologie), et au contraire tenter de la rattacher à des disciplines que, apparemment, sont loin d’elle (la sociologie, l’anthropologie ou l’ethnologie)”. Esta e todas as demais traduções não referenciadas em português são de nossa responsabilidade.

¹⁴ “[...] suposait que notre culture, en tant que telle, était névrosée, c’est-à-dire qu’un sujet historique – non plus un individu, mais une culture historique – pouvait être l’objet, ou plutôt le siège d’une affection pathologique du type de la neurose. Ce faisant, il posait un problème qui n’était plus un problème psychanalytique, mais un problème historique”.

desenvolverá sua hipótese sobre o laço social (LACAN, 1969-1970/1992) e elucidará que o inconsciente não pode ser pensado fora das inter-relações, afinal, ele é o discurso do Outro. Ainda conforme Lacan (1964/1996, p. 126), “o discurso do Outro, que se trata de realizar, o do inconsciente, ele não está do lado de lá do fechamento, ele está do lado de fora”. O que significa dizer que depende de uma alteridade para constituir-se como “extimidade” (LACAN, 1959-60/2008, p. 169), o que há de mais íntimo para o sujeito, embora, ao mesmo tempo, lhe seja exterior. Em outros termos, “o inconsciente é a política” (LACAN, 1966-1967/2008, p. 350).

A reflexão sobre o desenvolvimento da chamada saúde suplementar a partir da teoria dos discursos possibilita a articulação entre diferentes campos, indicando que a esfera das políticas sociais é fundamentada em discursos que de algum modo engendram experiências subjetivas muito próprias do nosso tempo. Na contemporaneidade, os discursos hegemônicos, como o capitalista neoliberal, entretanto, não têm garantido a adesão do sujeito ao laço social. Segundo Veras (2009, p. 56): “encontra-se na clínica uma quantidade cada vez maior de sujeitos capturados por duas novas formas de discurso, o discurso da ciência e [...] o discurso capitalista, falso precisamente pelo fato de não fazer laço social”. Tais discursos capturam os sujeitos com suas promessas de gozo pleno e autorrealização, e penetram, inclusive, no âmbito dos direitos sociais. O setor da saúde é um exemplo, pois assistimos, no Brasil atual, à assunção da saúde suplementar entre os objetos-suplência produzidos pelo capitalismo. A fragilidade dos laços se apresenta tanto pela divisão subjetiva por meio da ilusão da completude do objeto (de consumo, como os planos de saúde), como pela constituição de uma subjetividade financeira, marcada pelo individualismo, base da racionalidade neoliberal.

Como “a função social do psicanalista é inerente à sociedade na qual ele se insere” (DUNKER, 2015, p. 384), a problematização acerca do desenvolvimento da saúde suplementar, através da análise de determinantes político-discursivos, faz-nos tocar naquilo que concerne aos efeitos desses discursos e no que eles produzem de novos sujeitos, novas formas de laço social, deixando-nos vislumbrar o horizonte dos processos de subjetivação de nossa época.

Diante do exposto, este artigo tem como objetivo apresentar a teoria lacaniana dos discursos como chave de leitura para problematizar a ideia de saúde suplementar no Brasil. Sustentaremos a hipótese de que a capitalização do setor da saúde é produzida e mantida

por dois discursos hegemônicos na contemporaneidade, o capitalista neoliberal, amparado pelo discurso da ciência. Tais discursos imprimem indelévels marcas subjetivas, haja vista o estabelecimento de um modo peculiar de laço, qual seja, aquele que se dá pela submissão do sujeito a objetos, relançando-o no excesso de gozo e produzindo, assim, mais mal-estar.

A DITA SAÚDE SUPLEMENTAR E O DISCURSO DO MESTRE

Em relação ao que se pode entender por discurso em psicanálise, podemos dizer que não há realidade anterior à realidade discursiva no que concerne ao sujeito falante, pois o discurso funda a realidade psíquica de cada ser humano. Em outros termos, “o sujeito falante se inscreve em uma realidade discursiva preexistente, a partir dos significantes do campo do Outro” (JORGE, 2002, p. 25). Há uma antecedência do discurso, uma relação simbólica já inscrita na realidade, através da qual, segundo Lacan (1969-1970/1992), os sujeitos são “apalavrados” (p. 48), isto é, os sujeitos se conectam ao discurso pela palavra.

Lacan (1969-1970/1992) afirma que o discurso é uma estrutura necessária que pode subsistir sem a fala, em certas relações fundamentais. Estas precisam da linguagem para se instaurar, mas no interior delas inscreve-se algo que em muito transcende os enunciados. Assim, conforme o autor explicita, “não há necessidade destas para que nossa conduta, nossos atos, eventualmente, se inscrevam no âmbito de certos enunciados primordiais” (ibid, p. 11). Por isso, no limite, Lacan propõe um “discurso sem palavras” (ibid). Assim, para Lacan (1972, s/p) “o mundo é construído com linguagem¹⁵”, sendo os discursos “nada mais do que a articulação significante, o aparelho, cuja mera presença, o status existente, domina e governa tudo o que eventualmente pode surgir de palavras” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 158-159).

O significante “apalavrar” é um jogo de palavras que Lacan faz ao condensar *s'appareiller* e *parole*, criando *s'apparoler*, que pode ser lido como preparar-se pela palavra, aparelhar-se de palavra, apalavrar-se. Segundo o autor:

Isto pouco tem a ver com sua fala [do sujeito], com sua palavra. Isto tem a ver com a estrutura, que se aparelha. O ser humano, que sem dúvida é

¹⁵ “Le monde, c’est bâti avec du langage”.

assim chamado porque nada mais é que o húmus da linguagem, só tem que se emparelhar, digo, se apalavrar com esse aparelho (LACAN, 1969-1970/1992, p. 48).

Portanto, discursos possibilitam a instauração de relações relativamente estáveis nas trocas sociais. Nessa perspectiva, seriam formas de as pessoas se relacionarem, constituindo laços sociais estruturados pela linguagem. Todavia, conforme descrito por Freud (1930/1996), viver em sociedade implica perder em liberdade para ganhar em segurança, uma vez que grupos sociais são construídos graças às restrições impostas à satisfação pulsional, sexual e agressiva. As políticas de Estado viriam nesse sentido. Através das leis, há uma imposição de limite ao sujeito, em prol da ordem e do desenvolvimento social. “Todo laço social é, portanto, um enquadramento da pulsão” (QUINET, 2006, p. 17), um modo de lidar com o gozo. O enquadramento promove um esvaziamento de gozo, pois limita e ordena a relação entre pessoas. O discurso estaria, assim, no campo do gozo (LACAN, 1969-1970/1992).

O enquadramento e a conseqüente perda de gozo impostos pelos discursos é feita por Lacan por meio da análise da dialética do senhor e do escravo, anteriormente proposta por Hegel. O senhor depende do escravo na medida em que só pode ser reconhecido enquanto tal por este. O escravo, por seu turno, detém um saber sobre os objetos com os quais trabalha; saber que o senhor não possui, mas do qual depende: o senhor usufrui dos objetos, mas não sabe como produzi-los. Conseqüentemente, é pelo trabalho que o escravo não só produz um saber sobre a produção, mas, especialmente, sobre a natureza mesma da dominação. E assim se efetua a dialética: o escravo se torna senhor e o senhor se torna escravo; “o trabalho do escravo fornece a verdade do senhor” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 49), qual seja, sua renúncia ao gozo:

De fato, ele [Hegel] faz a dialética partir, como se costuma dizer, das relações entre o senhor e o escravo e da luta de morte, de puro prestígio, insiste. Que quer dizer isso senão que o senhor renunciou ao gozo? Como não é por outro motivo senão a salvação de seu corpo que o escravo aceita ser dominado, não vemos por que, nessa perspectiva explicativa, o gozo não ficaria em suas mãos. Afinal, não se pode ao mesmo tempo comer o doce e guardá-lo. Se, logo de saída, o senhor envereda para o risco, é porque deixou o gozo para o outro (LACAN, 1968-1969/2008, p. 113).

Como pode, contudo, haver uma relação de dominação entre senhor e escravo, sendo este o dominado, se o senhor renuncia a uma parcela de gozo? Como o gozo volta a ficar ao alcance do senhor?, é o que se pergunta Lacan. Marx lhe dera a resposta com o conceito de mais-valia, tratado de forma homóloga por Lacan no que ele denomina de função “mais-de-gozar”, essencial ao objeto *a*, elaborado antes mesmo da formalização dos “quatro

discursos radicais” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 18). A mais-valia constitui, no capitalismo, o lucro obtido pelas horas de trabalho não pagas, ou seja, a diferença entre o valor da mercadoria produzida pelo trabalhador e o valor de sua força de trabalho, vendida como mercadoria – que, como tal, adquire um valor, que lhe é atribuído. Entretanto, essa é uma mercadoria que produz outras mercadorias, tendo cada uma delas, por sua vez, também um valor atribuído. Assim, há um excesso de receita em detrimento da despesa que é dispensada à força do trabalho, indicando uma relação de exploração.

É justamente a função da mais-valia que recupera e mantém a posição do senhor, explicando o fato de que o gozo volta a estar ao seu alcance, mantendo a relação dominador-dominado. Ele abre mão de um gozo, sustenta-se nessa perda de gozo, para recuperá-lo por meio do excedente que acumula da espoliação do seu escravizado.

O conceito de “mais-de-gozar”, identificado ao objeto *a*, não pode ser compreendido fora da referência ao discurso, entendido como laço social, pois sua função decorre do discurso, ou seja, o mais-de-gozar é um efeito do próprio discurso (LACAN, 1968-1969/2008). Se os discursos são laços sociais, modos do sujeito fazer laço com o Outro da linguagem, são também formas particulares de dar destinação ao gozo. É no campo do Outro que “existe o mercado, que totaliza os méritos, os valores, que garante a organização das escolhas, das preferências” (ibid, p. 18) e por isso os discursos suspendem, limitam, detêm os meios de gozo na medida em que implicam o sujeito. Isso equivale a dizer que se a instalação do discurso é concomitante à constituição do sujeito e que esse discurso propicia ao sujeito fazer laço com o Outro é porque o significante serve de barreira ao gozo e o advento do significante implica a perda do objeto.

Nesse sentido, a noção mais-de-gozar está implicada na função que tem de nomear o efeito, para o sujeito, dessa perda de gozo. O vazio que instaura a causa de um desejo – portanto, inacessível ao sujeito –, é um efeito do discurso, que surge como tentativa de recuperação dessa perda: “o sujeito cria a estrutura do gozo, mas tudo que podemos esperar disso, até nova ordem, são práticas de recuperação. Isso quer dizer que aquilo que o sujeito recupera nada tem a ver com o gozo, mas com sua perda” (LACAN, 1968-1969/2008, p 113).

Como “a estrutura do sujeito de fala se confunde com o laço social no qual ele se inscreve”¹⁶ (SAURET, 2009, p. 52), Lacan inicia a matemização dos discursos justamente a partir da

¹⁶ “La structure du sujet de la parole se confond avec le lien social dans lequel il s’inscrit”.

fórmula $S_1 - S_2$: um significante representa um sujeito para outro significante. Nela, será articulado o discurso do mestre, o discurso primário que se refere à relação de dominação entre o senhor e o escravo, de Hegel. Assim, “ S_1 é [...] o significante, a função de significante sobre a qual se apoia a essência do senhor. Por um outro lado [...], o campo próprio do escravo é o do saber, S_2 ” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 18).

A formalização e descrição dos discursos é iniciada por Lacan pelo discurso do mestre, não por acaso. Essa matriz discursiva remonta socialmente à figura do mestre antigo e da sua relação com o escravo, onde a este cabe o *savoir-faire* que extrai do trabalho e do qual depende a satisfação do desejo do senhor. Desse modo, configura-se como primário por razões históricas, mas também pelo que incorpora da função alienadora do significante Um à qual todos estamos assujeitados. Assim, há uma equivalência entre a estrutura fundamental discursiva, relacionada ao advento do sujeito, e a estrutura do discurso do mestre:

$$\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a}$$

Esses são os dois primeiros elementos da estrutura do discurso: S_1 é o traço unário, a identificação simbólica que tem propriedade de comando (QUINET, 2006) e o S_2 é a “bateria de significantes” que “integra a rede do que se chama saber” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 11). O terceiro elemento é o sujeito ($\$$). O $\$$ [sujeito barrado] é o sujeito do inconsciente. O que se passa em virtude das relações fundamentais, definidas como sendo a de um significante com outro significante ($S_1 - S_2$), propicia a emergência do sujeito. Emergência no sentido de um traço que pode irromper na cadeia significativa. Sujeito, portanto, distinto do “indivíduo vivo” (ibid, p. 11), não apenas como um ser que fala, mas um ser que está na linguagem, a partir da qual surge e através da qual é determinado. Sauret (2009, p. 50) esclarece um pouco mais:

O significante não se articula sozinho no ato de palavra. É necessário um sujeito. De tal forma que o significante representa antes de mais nada este sujeito que o articula; exatamente, o sujeito é o efeito do significante mestre uma vez que ele é articulado, antes mesmo que qualquer outra significação seja produzida¹⁷.

¹⁷ “[...] le signifiant ne s’articule pas tout seul dans l’acte de parole. Il y faut un sujet. De sorte que le signifiant représente avant tout ce sujet qui l’articule; exactement, le sujet est l’effet du signifiant maître dès lors qu’il est articulé, avant même que soit produite toute autre signification”.

A partir da noção de que “o significante é o que representa um sujeito para outro significante” (LACAN, 1971/2009, p. 10), Lacan, afirma, entretanto, que “ali onde é representado, o sujeito está ausente” (ibid, p. 10). Ausente na medida em que ele é um efeito da articulação do S_1 ao S_2 , sendo que o primeiro significante apenas o representa. O sujeito é um meio-dizer [*mi-dit*], que só se verifica por uma articulação significativa. Mas é justamente por isso que, “ainda assim representado, ele se acha dividido” (ibid).

Segundo Sauret (2009, p. 50-1), “É também a razão pela qual o sujeito espera da cadeia significativa que ela produza, além da significação eventual, algo de seu ser de sujeito suscetível de positivar o que ele é enquanto inexistência”¹⁸. Ou seja, da intervenção de S_1 sobre S_2 , na retroação da cadeia discursiva, algo é produzido como uma perda, algo escapa à representação significativa. O sujeito é assim “falta a ser” [*il manque d'être*], como afirma Sauret (2009). O sujeito aparece na escansão entre o saber e a verdade e se constitui como objeto *a*: aquilo que causa o desejo, mas que também busca recuperar um gozo, para sempre perdido: “justamente por ser apreendido na dimensão da perda – alguma coisa é necessária para compensar, por assim dizer, aquilo que de início é número negativo – que não-sei-que, que veio bater, ressoar nas paredes do sino, fez gozo, e gozo a repetir” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 48).

Os discursos radicais, tal como Lacan os nomeou, constroem-se com quatro elementos: S_1 , S_2 , $\$$ e *a*, constituindo a estrutura de linguagem e seus efeitos. Contudo, para ser um discurso não bastam os termos; necessita-se de algo mais: lugares. Como o discurso é compreendido como laço social, esse laço é sempre estruturado por um par composto de um agente e de um outro, numa relação não simétrica, mas de dominante e de dominado (QUINET, 2012): um agente (dominante), sustentado por uma verdade escamoteada, incide sobre o outro (dominado) para que este produza algo.

$$\frac{\text{agente}}{\text{verdade}} \rightarrow \frac{\text{Outro}}{\text{produção}}$$

Os lugares fazem referência ao fato de que “[...] todo e qualquer discurso apresenta uma verdade que o move, sua mola propulsora, sobre a qual está assentado um agente, o qual se dirige a um outro, produtor, a fim de obter deste uma produção” (JORGE, 1997, p. 158).

¹⁸ “C’est aussi pourquoi le sujet attend de la chaîne significative qu’elle produise à côté de la signification éventuelle, quelque chose de son être de sujet susceptible de positiver ce qu’il est comme inexistence”.

Além disso, há ainda as setas que indicam as relações entre cada lugar, como a que liga o agente com o Outro, e a barreira entre produção e verdade. Quanto a isso, Lacan (1970/2003, p. 445) afirma: “Ora, a estrutura de cada discurso exige aí uma impotência, definida pela barreira do gozo, para se diferenciar dele como disjunção, sempre a mesma, entre sua produção e sua verdade”.

Tais lugares, a sucessão que os elementos (letras algébricas) ocupam, é invariável, mas a cada quarto de giro, a rotação dos elementos leva a uma apresentação de quatro diferentes e inter-relacionados discursos: do mestre, universitário, da histérica e do analista. Lacan apresenta ainda o discurso capitalista, como uma mutação do discurso do mestre, quando este assume um caráter associado ao capital.

O discurso do mestre, portanto, é o detentor da verdade e o agente (S_1) – enquanto posição que determina, que produz diretamente os outros elementos – é a lei, o poder, a ordem. É o laço social que normatiza e delimita a existência, retirando a possibilidade de cada sujeito organizar sua vida de acordo com seu desejo. O escravizado está submetido a um discurso que o comanda, que o governa. Mas o que está dissimulado é que quem sustenta o comando do significante-mestre são sujeitos que, imbuídos de um poder de governo, fazem o outro obedecer. Consequentemente, o que se produz é uma perda, na medida em que a lei, o mandamento, provoca um assujeitamento ao outro.

O lugar que o sujeito barrado [$\$$] ocupa no discurso do mestre também deve ser demonstrado. Embora esteja situado no lugar da verdade, trata-se de uma verdade velada, mascarada, uma vez que, independentemente dos significantes-mestres que se inscrevem no lugar de agente, a produção do discurso (a) não guarda relação com a verdade (LACAN, 1969-1970/1992). E ainda, se o objeto a é uma produção do discurso e está disjunto do sujeito ($\$$), ele não aparece como causa de desejo para o mestre. Por isso,

[...] esta fórmula, como definidora do discurso do mestre, tem seu interesse por mostrar que ele e o único a tomar impossível essa articulação que apontamos em outro lugar como a fantasia, na medida em que é a relação do a com a divisão do sujeito ($\$ \leftrightarrow a$). Em seu ponto de partida fundamental, o discurso do mestre exclui a fantasia (ibid, p. 101).

Como a ideia de saúde suplementar pode ser pensada a partir do discurso do mestre? A existência de uma política de saúde só pode ser compreendida em sua relação direta com o poder e as funções do Estado. Este, representante do discurso do mestre por excelência, regula a vida em sociedade e implementa políticas que visam à garantia dos chamados

direitos fundamentais, como a saúde. O discurso da lei se orienta no sentido do *para todos*, estabelecendo bases legais que normatizam e homogeneízam os sujeitos. Ele é imperativo e sem negociação, impõe as regras do jogo da linguagem, os códigos, a língua, colocando o sujeito na condição de alienação ao Outro, razão pela qual o discurso do mestre instaura o mal-estar na cultura (TEIXEIRA, 2007).

Como o Estado só é concebível como forma concreta de um determinado modo de produção (GRAMSCI, 1999), sua constituição na contemporaneidade ocidental é marcada pela hegemonia do discurso capitalista e conseqüentemente, o atendimento das demandas da sociedade não está dissociado dos interesses do capital. Não à toa, a lei que regulamenta a política pública de saúde do Brasil é permissiva ou, antes, convidativa à participação da iniciativa privada. É nesse contexto que a ideia de saúde suplementar surge como um produto da articulação entre o Estado brasileiro e nosso capitalismo neoliberal, ofertado como objeto-suplência à política pública de saúde. Em perspectiva psicanalítica: a política pública de saúde, o SUS, oferece, imaginariamente, como suplemento planos privados que viriam tamponar o desamparo do sujeito, privado na realidade de um atendimento digno.

No âmbito dos laços sociais construídos a partir do discurso do mestre, encontramos formas de sujeição ao campo do Outro produzidas de acordo com ditames do capitalismo pós-industrial e neoliberal, ao seu modo peculiar de racionalidade que, por meio do consumo, promete saúde e felicidade sob forma de mercadoria, marcando um modo de existência social e subjetiva. O plano de saúde, então, pode ser tomado como mais uma dessas mercadorias. Nele, o cidadão vive a ilusão de que estará a salvo dos imprevistos ligados a sua saúde, mas também terá sanado algo do mal-estar, que diz respeito à sua condição mesma de sujeito dividido. Trata-se, pois, de uma montagem que faz o mal-estar constitutivo subsumir-se à promessa de bem-estar ou felicidade pela compra de uma mercadoria, no estímulo constante ao excesso incitado permanentemente pela mídia.

SUBJETIVIDADE DO NOSSO TEMPO: HÁ ESCOLHA?

A quais ideais o sujeito contemporâneo responde? Situá-lo aqui tendo como referência o ideário neoliberal pode nos ajudar a compreender outra lógica (inconsciente) que faz com o sujeito entre no circuito capitalista desejando consumir “saúde suplementar”. Significa

dizer que nos referimos não ao sujeito da consciência, ilusão que Lacan procura demonstrar especialmente em “Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano” (1960/1998), mas ao sujeito subordinado à cadeia significativa que o precede e o ultrapassa, isto é, o sujeito do inconsciente, marcado pela cultura e pelos significantes que esta cultura lhe impõem, para além, por exemplo, do argumento da insuficiência de assistência do setor público. A variedade das formas de existência social e subjetiva, assim como das maneiras de os sujeitos se posicionarem frente às ofertas de produtos a serem consumidos, permite-nos localizar algumas das consequências subjetivas da economia atual, que produz efeitos de normalização inerentes ao capitalismo neoliberal.

Não é mais novidade afirmar que o modo de produção capitalista é hegemônico, com impactos extraordinários na esfera econômica, sendo também produtor de transformações políticas, sociais e subjetivas. O mercado se transformou em uma força importante para produzir e regular a sociedade, porque o capitalismo se expandiu e se serviu da evolução das novas tecnologias da informação e da comunicação, tanto nos processos produtivos quanto nas relações sociais. Assim, o regime de acumulação capitalista contribui para o engendramento da dinâmica dos processos laborais, das formas de regulação, da composição política dos trabalhadores e do tipo de organização da produção (COSTA & GODOY, 2008).

Somado a isso, o capitalismo modificou padrões de consumo, produzindo necessidades culturais que passaram a ser mantidas pela lógica da produção de mercadorias, transformando-se no eixo que liga sujeito, cultura e economia. Desse modo, o consumo torna-se a expressão máxima do modo de vida capitalista pós-industrial e passa a ser não apenas o resultado do desenvolvimento econômico, adquirindo papel central na organização social, cultural e subjetiva da sociedade contemporânea ocidental.

Outro elemento importante e também ligado à centralidade que o consumo assume na produção de subjetividades e na reorganização dos modos de vida é a atribuição de um caráter simbólico à mercadoria. Através da massificação das práticas de consumo, passa-se a vender mercadorias que transcendem sua condição material, para assumir um atributo simbólico valorado e desejado socialmente. O desejo transforma-se em algo que pode ser produzido e manipulado pelo sistema capitalista:

Obedecer ao próprio desejo ou ao Outro que fala em voz baixa dentro de nós dá no mesmo. Nesse sentido, a gestão moderna é um governo

‘lacaniano’: o desejo do sujeito é o desejo do Outro. Desde que o poder moderno seja o Outro do sujeito (DARDOT & LAVAL, 2016a, p. 327).

O sistema produtivo cria um ciclo mediante o qual se satisfaz uma “necessidade” de consumo, mas ao mesmo tempo fornece, cria novas necessidades, massificando e produzindo sujeitos desejosos de consumir. Foucault (1978-1979/2008, p. 154) arremata: “a sociedade capitalista também sujeitou os indivíduos a um tipo de consumo maciço que tem funções de uniformização e de normalização. Enfim, essa economia burguesa e capitalista fadou os indivíduos a, no fundo, só se comunicar entre si pelo jogo dos signos e dos espetáculos”.

Falar do consumo não significa considerar somente a proliferação e aquisição de produtos, objetos criados pela ciência, pela tecnologia, pela moda, distribuídos pelas vitrines e que enchem os olhos e o desejo de consumidores incitados pelo imperativo de gozo. Diz respeito também à apropriação, por parte do sujeito, de um discurso que o aprisiona em um ciclo que alimenta a “necessidade” de satisfação, de autorrealização que cada um produz de alguma maneira. O capitalismo institui um modelo de reprodução do mundo que valoriza sobremaneira o indivíduo, produzindo subjetividades, necessidades, corpos e mentes (COSTA & GODOY, 2008). Consiste então, na “criação não só de um modelo de consumo, mas principalmente na produção do mundo do consumidor” (ibid, s/p).

Isso posto, podemos afirmar que o capitalismo cresce não apenas com a conquista de novos territórios, com a submissão de populações cada vez maiores e pela transformação em mercadoria de todos os frutos da atividade humana, modo clássico da acumulação capitalista (DARDOT & LAVAL, 2016, s/p), “mas o capitalismo cresce também de outra maneira, a qual, mesmo sendo quase sempre esquecida, não é menos poderosa: a da difusão social de um sistema de regras de ação”. Ou seja, a lógica do mercado se estende para fora da esfera mercantil, mas como não é possível exportar diretamente a estrutura do campo econômico, o capitalismo se arma de um sistema de normas – a racionalidade neoliberal – que opera em termos de práticas e comportamentos, fazendo com que a lógica mercantil de concorrência seja internalizada como norma de subjetividade.

É nessa perspectiva que ainda faz sentido falar sobre o avanço do capitalismo – hoje mais especificamente do capitalismo neoliberal pós-industrial. O neoliberalismo dispõe de uma “tecnologia política” (AVELINO, 2014, s/p.), na qual “o essencial do mercado é a concorrência” (FOUCAULT, 1978-1979/2008, p. 161), “um jogo formal entre desigualdades” (ibid, p. 163), que é a base da regulação do exercício global do poder político e da sociedade

com base nos princípios de uma economia de mercado. O próprio Foucault (1978-1979/2008, p. 200) simultaneamente, se interroga e se responde:

Mas o que isso quer dizer: introduzir a regulação do mercado como princípio regulador da sociedade? Querera dizer a instauração de uma sociedade mercantil, isto é, de uma sociedade de mercadorias, de consumo, na qual o valor de troca constituiria, ao mesmo tempo, a medida e o critério geral dos elementos, o princípio de comunicação dos indivíduos entre si, o princípio de circulação das coisas? Em outras palavras, tratar-se-ia, nessa arte neoliberal de governo, de normalizar e disciplinar a sociedade a partir do valor e da forma mercantis?

Dardot & Laval (2016) acrescentam que, embora o Estado tenha transformado sua política de governo para se tornar parceiro da economia global, o que está em jogo na racionalidade do neoliberalismo é a gestão de pessoas, porque ela tem como alvo os indivíduos e seus modos de vida. Foucault (1978-1979/2008) já afirmava que o que se procura em uma sociedade submetida à dinâmica concorrencial, não é uma sociedade de supermercado, mas uma sociedade empresarial, na qual o *homo oeconomicus* não é simplesmente o homem da troca, o consumidor, mas o homem da empresa e da produção.

Nesse sentido, para além de estratégias de acúmulo de capital e da regulação das atividades de mercado e não-mercado, o neoliberalismo incide sobre o comportamento econômico e sobre a relação do indivíduo consigo mesmo, uma autorregulação incorporada, por meio da imposição de um padrão de relações sociais baseado na concorrência em todos os níveis da existência individual e coletiva. Nesse empreendimento de mercantilização radical da política e da sociedade, o indivíduo assume, portanto, papel central. O célebre protagonismo, termo que, não raro, vem acompanhado de empreendedorismo. A concretização da racionalidade neoliberal passa pela fabricação de um novo indivíduo, uma nova subjetividade que responda aos propósitos da expansão dos mercados, posto que internaliza o discurso e a “cultura de empresa” (DARDOT & LAVAL, 2016a, p. 328), reproduzindo um “governo de si empresarial” (ibid, p. 328). Isto é,

Ele deve cuidar constantemente para ser o mais eficaz possível, mostrar-se inteiramente envolvido no trabalho, aperfeiçoar-se por uma aprendizagem contínua, aceitar a grande flexibilidade exigida pelas mudanças incessantes impostas pelo mercado. Especialista em si mesmo, inventor de si mesmo, empreendedor de si mesmo: a racionalidade neoliberal impele o eu a agir sobre si mesmo para fortalecer-se e, assim, sobreviver na competição. Todas as suas atividades devem assemelhar-se a uma produção, a um investimento, a um cálculo de custo (ibid, p. 331).

Os autores falam, portanto, da constituição de uma subjetivação financeira, na medida em que pessoas se imaginam e atuam como empresas, gerenciando seus ganhos e esforços, buscando ser mais ativas, autônomos e mais responsáveis pelos seus resultados – seja no trabalho, no sexo, no esporte, nas relações sociais, enfim, na vida –, devem estar alinhados às exigências de desempenho e auto-superação. A subjetivação financeira define, assim, uma “subjetivação pelo excesso de si em si” ou ainda pela “superação indefinida de si”, ou seja, trata-se uma “ultra-subjetivação”, cujo objetivo não é um estado último de si, mas sempre um além de si (ibid, p. 357).

Como a norma social discursiva mudou, o desempenho – a performance – e o excesso entram na pauta do sujeito, aqui entendido como o indivíduo cindido e alienado a esse modelo imaginário de empresário de si, como necessidades a serem cumpridas, retirando-o da condição de passividade que atendia ao pressuposto básico de um capitalismo já superado: o da produção que possibilitava ao trabalhador algum ganho para que assim pudesse desfrutar do ócio e consumir. O discurso capitalista neoliberal contemporâneo, além de conduzir o sujeito a querer fazer, conecta-o ao “dispositivo desempenho/gozo” (DARDOT & LAVAL, 2016a, p. 353). Não se trata mais de fazer o que se sabe fazer e consumir aquilo que seria necessário ou apenas bom. “[...] exige-se do novo sujeito que produza ‘sempre mais’ e goze ‘sempre mais’ e, desse modo, conecte-se diretamente com um ‘mais-de-gozar’ que se tornou sistêmico” (ibid, p. 355).

O discurso capitalista, tal como descrito por Lacan nos ajuda a avançar sobre essa ideia. Não obstante os discursos se refiram a laços sociais, o do capitalista é aquele que desfaz esses laços. Essa assertiva um tanto paradoxal provoca algumas controvérsias quanto a especificar se pode ser de fato considerado um discurso, mas o próprio Lacan (1969-1970/1992) fala de uma variante do discurso do mestre que, ao adquirir o estilo capitalista, constitui-se como o senhor contemporâneo. Por se tratar de uma variante do Discurso do Mestre, e antes de adentrarmos nessa complexa variante, examinemos mais vagarosamente a formalização que Lacan propõe em sua teorização dos discursos no início dos anos 1970.

Lacan aborda o discurso como uma estrutura que subsiste em relações fundamentais, definindo e sustentando laços sociais. Embora se instale por meio da linguagem, o discurso é sem palavras, pois transcende os enunciados (LACAN, 1969-1970/1992). Nesse exercício de teorização, os discursos são formulados e transmitidos mediante estruturas algébricas, os matemas, a partir de quatro elementos (\$, S₁, S₂ e a), cada um com uma função lógica

distribuída em quatro lugares (agente, Outro, produção e verdade), articulados e formando os quatro discursos – do mestre, universitário, da histórica e do analista –, assim como um quinto discurso, o do capitalista. Quanto aos elementos, o \$ é o sujeito barrado; S1, o significante-mestre; S2, a bateria de significantes, o saber; e a é o objeto, o mais-de-gozar. Os lugares são invariáveis e os elementos giram.

Na condição de laços sociais, os discursos estão estruturados pelo par agente - outro, pelo que domina e pelo dominado, sustentado pelo produto dessa relação e por sua verdade. O Discurso do Mestre é o primordial e tem como fórmula:

$$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a}$$

Trata-se do discurso da ordem, da normatização, da lei que submete e escraviza o outro, mas que produz giros e permite nossa existência discursiva.

Vejamos então o Discurso do Capitalista:

$$\begin{array}{ccc} \downarrow & \begin{array}{c} \$ \\ \hline S1 \end{array} & \begin{array}{c} \leftarrow \\ \hline S2 \\ \hline a \end{array} \\ & & \downarrow \end{array}$$

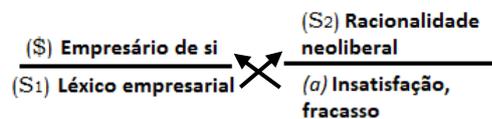
Tal matema apresenta uma torção na primeira fração no discurso do mestre, atribuindo ao sujeito a posição de agente. Entretanto, este não seria mais tomado com o sujeito do inconsciente que interpela o outro para a elaboração de um saber, mas assume o lugar de consumidor, sustentado pela verdade do capital, ou seja, não há relação entre o agente e o outro a quem se dirigir. Ao contrário da premissa de laço social intrínseca aos outros discursos, aqui o sujeito só se relaciona com objetos-mercadoria, com “coisas inteiramente forjadas pela ciência [...] *gadgets*” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 140).

Com base na homologia entre mais-valia e mais-de-gozar, podemos dizer que o sujeito contemporâneo estabelece uma relação específica com o objeto perdido: causa do desejo, objeto a ser recuperado – motor do capitalismo. “Produzir para consumir, e consumir para que a produção faça sentido”, afirma Soler (2011, p. 60). O consumo desenfreado dos ideais de desempenho e auto-realização propostos pelo neoliberalismo reitera esse circuito, assim como a ideia de saúde suplementar que, como o próprio nome sugere, transforma-se em objeto-suplência, algo da ordem da produção de modos de tamponar a falta inerente ao existir humano. Porém, quando o discurso capitalista coloca no horizonte o gozo pleno, por

meio do consumo de suplentes do objeto *a*, ele produz contrária e extensivamente a falta de gozar, ou seja, relança a insatisfação.

Ao contrário dos outros discursos que impõem uma barreira, uma descontinuidade que designa que “entre o gozo que um discurso torna possível e a verdade daquilo que é esperado como gozo, há sempre um hiato” (ibid, p. 61), o discurso capitalista não permite fenda, lacuna. Nenhuma interrupção é suportada. Deste modo, é estabelecida uma circularidade moebiana na qual não há limite ao impossível, onde a castração não funciona. Ora, se a verdade no discurso do mestre é a castração, no discurso capitalista o mestre implementa a verdade a seu gosto, imaginariamente vencendo a castração. O sujeito que comanda o discurso é comandado pelo que esse discurso lança como produto. Ele “escreve somente a relação de cada sujeito com certo objeto mais-valia. [...] ele realiza uma forma de fantasia, o laço direto do sujeito com um objeto *a*, sem se levar em conta que este objeto é coletivamente condicionado por toda a economia” (SOLER, 2011, p. 61).

Em uma tentativa de matemização dos elementos discursivos neoliberais baseada na fórmula do discurso capitalista, podemos propor aqui uma primeira contribuição:



Um sujeito se transforma em empresário de si mesmo, sustentado pelo léxico, no caso, significantes empresariais. Ele se constitui a partir de uma subjetivação financeira que se funda na lógica da concorrência e do gerenciamento de si, respondendo à racionalidade neoliberal que, com vistas à manutenção do sistema capitalista, produz um resto, uma insatisfação, um fracasso que o conduz à busca de um mais além de si, que a um só tempo o retroalimenta e fortalece sua condição de empresário de si, e o faz deparar-se com aquilo que, pelo excesso, produzirá mais mal-estar. A relação que o sujeito mantém com o SI é, portanto, de alienação.

Como é inerente ao discurso capitalista ignorar barreiras, limites, descontinuidade, também não se pode designar o termo que comanda o discurso nem a ordem do endereçamento de um elemento ao outro. Assim, o sujeito pode até comandar a cadeia significativa que produz sistemicamente o mais-de-gozar, o fetiche do desempenho, da autorrealização, mas esse mesmo produto comanda o sujeito, colocando-o numa posição

instrumental e ameaçando-o (SOLER, 2011). Instrumentaliza-o ao criar condição para aquilo que, na sociedade contemporânea capitalista neoliberal, o sujeito é demandado a responder – tornar-se empresário de si mesmo –, mas ameaça, porque o conduz ao excesso de gozo.

O discurso capitalista consegue manter um circuito fechado entre sujeito e objeto. O gozo, então, passa a ser regulado pela lógica do consumo. Indivíduos produzem para consumir uma ideia, um produto, um serviço; consomem para produzir e produzir-se condizentes a tal ideia; produzidos, consomem-se pela incitação ao gozo, mas alimentados pela falta-de-gozar mantêm-se no circuito. Em função desse funcionamento circular ininterrupto, verdadeira roda-viva, Lacan (1970/2003, p. 434) afirma: “a mais valia é a causa do desejo do qual uma economia faz seu princípio, o da produção extensiva, portanto insaciável, da falta-de-gozar”.

O domínio do discurso capitalista neoliberal não está, contudo, sozinho. Vivemos um momento histórico em que a ciência se dissemina sob diferentes formas na existência cotidiana, desde o simples uso da *internet* e *smartphones*, até a produção de tecnologias de ponta que compõem parques industriais, aeroespaciais, a biotecnologia, a indústria farmacêutica, os equipamentos médico-hospitalares – só para citar alguns – em perfeito diálogo com o capitalismo. Segundo Lacan (1965/1998, p. 869-870), “essa posição da ciência justifica-se por uma radical mudança de estilo no tempo de seu progresso, pela forma galopante de sua imiçãõ em nosso mundo, pelas reações em cadeia que caracterizam o que podemos chamar de expansões de sua energética”. Ou seja, é um discurso que vem inundando o imaginário social, transformando modos de existir socialmente.

Assim, tanto no discurso capitalista quanto no da ciência, a fragilização do laço social se dá pela ilusão da promessa de realização da fantasia, elemento excluído desde o discurso do mestre. Essa ilusão é sustentada, de um lado, pelo Estado, ao favorecer a iniciativa privada no desenvolvimento das políticas de saúde, mediante o pagamento do atendimento a demandas de saúde. Do outro lado, pela ciência com promessas de desvelamento do real pelo avanço tecnológico que instrumentaliza os serviços de saúde a esquadriñar o corpo humano. Assim, esses discursos procuram fazer valer a ilusão, como se existisse o objeto que viria ocupar o lugar do vazio, possibilitando o pleno prazer, a felicidade. “A fantasia é aí confundida com a realidade do fato mesmo de prometer sua realização concreta ao nível

dessa última. Não se trata mais de ‘tomar seus desejos pela realidade’, o desejo é realidade!”¹⁹ (SAURET, 2000, p. 87).

UMA POSSÍVEL SAÍDA DO DISCURSO CAPITALISTA

As diferentes formas de ser e de estar no mundo, de estabelecer laço social e de gozar, permitem-nos situar algumas das consequências subjetivas do apalavramento pelos discursos contemporâneos, no que tange às características do capitalismo neoliberal. Submeter-se aos preceitos do consumo hoje talvez seja o preço a pagar pela condição necessária de alienação ao Outro para a humanização, mesmo que os discursos dominantes na contemporaneidade pareçam conduzir justamente à fragmentação dos laços sociais.

Embora a noção de apalavrar designe uma determinação do sujeito pelo discurso, é preciso também marcar que o jogo de palavras proposto por Lacan admite a forma reflexiva: *apalavrar-se*. Ao invés de apenas ser apalavrado, apalavrar-se traz a conotação fundamental de responsabilidade. Conforme o próprio Lacan (1955/1998, p. 47) indica: “O programa que se traça para nós é, portanto, saber como uma linguagem formal determina o sujeito. Mas o interesse de tal programa não é simples, já que supõe que um sujeito só o cumprirá colocando algo de si”.

Nesse sentido, ainda que haja uma determinação por parte dos discursos em relação aos sujeitos, o apalavramento supõe uma margem, um espaço de opção possível para o sujeito. Ao se perguntar qual seria o fator que permite a possível mudança de discurso, apesar do assujeitamento do sujeito, Soler (2015, s/p) responde: “Me parece que podemos dizer que apalavrado pelo discurso, é não todo apalavrado, apalavrado, mas não todo”. Ou seja, a relação de determinação entre o discurso e os sujeitos subsiste nos fatores que levam aos processos de diferenciação entre os indivíduos, sem os quais haveria apenas massas indiferenciadas e amorfas.

Para cada sujeito há uma divisão interna e singular entre o gozo produzido pelo discurso e o que se subtrai do gozo produzido pelo discurso. O apalavramento pelo discurso, a parte coletivizada de cada discurso, em cada época, sustenta o gozo regulado para todos. Por

¹⁹ [...] le fantasme y est confondu avec la réalité du fait même de promettre sa réalisation concrète au niveau de cette dernière. Il ne s’agit plus de ‘prendre ses désirs pour la réalité’, le désir est réalité !

outro lado, o que se escreve do lado da verdade, a verdade subjetiva, sempre outra em cada sujeito e que o distingue, não se confunde com o gozo padronizado. Podemos dizer, assim, que a verdade singulariza o que o discurso coletiviza. Mas de onde surge essa parte singular do sujeito? “Provém do inconsciente. Este não é apalavrado pelo discurso” (SOLER, 2015, s/p).

Isso nos aponta que há uma saída para o discurso capitalista neoliberal tão fortemente presente na subjetividade de nossa época. Não uma saída que visa à ruína do capitalismo, como lembra Barillot (2016), mas, antes, uma saída no sentido da possibilidade de elucidação do mais-de-gozar, através do discurso analítico, fazendo objeção à proletarianização contemporânea do sujeito e dando prevalência à hipótese do inconsciente. Tendo os discursos o estatuto de enunciado, eles são ditos e incorporados, mas podem dar origem a atos novos de fala (FOUCAULT, 1970/2011), ou seja, eles possibilitam circulação do discurso. Fazer circular demandas que não subtraíam o sujeito mediante sua submissão ao consumo, a quaisquer falsos objetos que têm em vista o suplementar: um ideal de mercantilização, um objeto eletrônico ou mesmo a compra de serviços caracterizados *a priori* como direito social, como a saúde, por exemplo.

O discurso do analista é o avesso do discurso do mestre. Enquanto este é o discurso fundamental, que institui o laço com o Outro, estabelece a cultura, a subjetividade, o discurso do analista “deve se encontrar no polo oposto da vontade, pelo menos confessada, da vontade de dominar” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 65-66), de estabelecer uma norma ou sustentar um governo. Diferentemente da relação de dominação presente nos outros discursos, o discurso do analista é o único que trata o outro como sujeito.

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

A posição do psicanalista aqui é a do objeto *a* e se apresenta ao sujeito como causa de desejo, “na medida em que ele se envereda pelos rastros do desejo de saber” (ibid, p. 99). O discurso do analista produz o que Lacan chama de histerização do discurso, que não é consequência do discurso da histórica, mas efeito do discurso analítico, ao colocar o sujeito, \$, no lugar do Outro a quem ele se dirige. O sujeito assume a posição de agente no discurso da histórica. Nesse sentido, aqui estaria todo o fundamento do discurso do analista, pois, conforme Lacan afirma,

Ela dá ao outro, como sujeito, o lugar dominante no discurso [...] faz dele um sujeito a quem se solicita que abandone qualquer referência que não seja a das quatro paredes que o envolvem, e que produza significantes que constituam a associação livre soberana (ibid, p. 32).

Desse modo, é no discurso do analista que a fantasia pode surgir, uma vez que coloca o sujeito em condição de “experimentar-se como faltante, como aquele a quem falta o complemento que a fantasia preenche” (QUINET, 2009a, p. 103), promove um abalo e uma modificação nas relações do sujeito com a realidade. A partir dessa experiência, “o sujeito poderá esvaziar esse objeto do gozo do Outro que lhe sustenta a fantasia. O objeto se desvela como não apresentando consistência alguma” (ibid, p. 104).

Como efeito do discurso do analista temos, então, o discurso da histérica. É um laço social que, por sua estrutura, tem como produto o desejo de saber. No discurso da histérica o agente é “o sujeito do inconsciente com seu sintoma e sua divisão” (QUINET, 2006, p. 33), sustentado pela falta. O lugar do Outro é ocupado pelo mestre ao qual irá dirigir a demanda de que se produza um saber sobre o sintoma, pois é em torno do sintoma que se situa e se ordena tudo o que é do discurso da histérica.

$$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2}$$

O sintoma tem a função de dizer ao mestre que algo escapa ao seu domínio. Assim, enquanto coloca em questão o saber totalitário (científico, capitalista, por exemplo), esse discurso pode fazer surgir uma nova posição subjetiva movida pelo desejo de saber. Nesse sentido, o valor do discurso da histérica, conforme sustenta Lacan (1969-1970/1992), está justamente na capacidade de manter na instituição discursiva a pergunta sobre o que vem a ser a relação sexual, o que coloca em questão a renúncia da pulsão determinada pela civilização, tendo por isso um cunho libertador e revolucionário. Nas palavras de Quinet (2009, p. 48):

A política do revolucionário está no discurso da histérica, ou seja, aquele que denuncia que houve uma extração de gozo com a sua verdade, uma renúncia pulsional imposta pela civilização. O discurso histórico é um discurso libertário, pois ataca a lei para liberar o desejo.

Esse discurso, tendo como agente o sujeito do inconsciente com seu sintoma, seu padecimento, sustentado pela verdade que é o objeto *a*, justamente o excluído da civilização, situa “a política da falta-a-ser” (QUINET, 2009, p. 35). Como está no caminho

diretamente contrário ao imperativo de gozo do discurso capitalista – que através de suplências, visa escamotear a não existência da relação sexual – o discurso da histérica, é “a condição para o advento da política do analista, pois é ela que aponta a inconsistência do Outro” (ibid), que desbasta o imaginário. Assim, apontando a falha no Outro que ocupa o lugar de mestre, “ela [a histérica] derruba as utopias que tentam restabelecer um Outro sem falta a partir de algum ideal” (ibid, p. 36) e instiga-o a desejar saber.

Apesar da alienação necessária à constituição do sujeito, há algo que não pode ser reconhecido, que não se coletiviza, que escapa ao poder do Outro. A histerização do discurso descortina justamente o interesse do sujeito na sua própria alienação, colocando o sujeito do inconsciente em posição de tomar o *semblante* de objeto *a* como causa de seu desejo. Enquanto o capitalismo engendra falsos objeto *a* através de objetos-suplência que visam à busca por um gozo capitalizável – mais dinheiro, mais objetos, mais autorrealização, mais direito à saúde – o discurso da histérica desloca esse objeto para o lugar da verdade do sujeito, que descobre que nem tudo é capitalizável. Descobre justamente o oposto: que o objeto pleno não existe, que a falta de objeto é estrutural e é o que permite a circulação do desejo. Assim, é daquilo que cai do discurso totalitário, daquilo que fracassa enquanto tentativa de supressão do singular que é possível encontrar uma brecha para fazer emergir o sujeito.

PALAVRAS FINAIS

A teorização lacaniana dos discursos nos ajuda a desnaturalizar a ideia de saúde suplementar, colocando em suspensão o pressuposto de que o setor é necessário ao sistema público de saúde, haja vista a deficiência deste em dar conta das demandas da população no que diz respeito ao objeto saúde, em sua máxima ou mínima abstração. Antes, as políticas discursivas nas quais ele se situa lhe fornecem o caráter de objeto de consumo que atualiza para o sujeito o circuito da busca desenfreada por satisfação, por objetos que lhe suprimam o mal-estar, com a compra de produtos suplementares. Como as práticas que estabelecem os laços sociais mudam de acordo com as conjunturas socioculturais e políticas, transformando, subsequentemente, as manifestações subjetivas, atualmente, o sujeito responde aos ideais do capitalismo neoliberal, afetado naquilo que o

instrumentaliza a dar conta das demandas desse modelo de sociedade – alguém cuja subjetividade é apalavrada pelo repertório de significantes do consumo, da performance, o empresário de si – pronto a consumir.

Assim, o sujeito encontra-se em uma posição subjetiva em que deixa de se colocar frente aos riscos e às responsabilidades relacionadas ao engajamento em seu desejo, para se tornar vítima de um sistema. É o entrelaçamento entre os discursos capitalista e do mestre.

Conforme Koltai (2012, p. 39),

essa posição subjetiva vem se generalizando em nossa contemporaneidade e se caracteriza pelo fato de a vítima viver exclusivamente no registro da demanda, exigindo reparação e ressarcimento pelo objeto perdido, ainda que tal objeto não exista, uma vez que sua demanda é sempre de outra coisa – de amor e reconhecimento – e, portanto, impossível de ser satisfeita. A demanda da vítima é sem limite, ao passo que o desejo encontra seu limite no objeto que o causa.

Isso nos leva à questão da responsabilidade. O sujeito contemporâneo, submetido à racionalidade neoliberal, transforma-se em empresário de si – aquele que por determinação própria responderia às exigências de autorrealização e de superação dos limites. O que antes passava pelo domínio e disciplinamento dos corpos, impondo verticalmente um limite ao gozo, e que fabricava, conforme Foucault, indivíduos úteis, corpos dóceis, hoje produz pessoas certas de que estão encarregadas de sua estruturação e reinvenção, fazendo-as supor que teriam objetos “por sua própria vontade”. Entre aspas porque aspirações individuais e objetivos de excelência empresariais se confundem: “a liberdade tornou-se uma obrigação de desempenho” (DARDOT & LAVAL, 2016a, p. 360). Assim, ao contrário de uma real responsabilidade, o sujeito é levado a se manter ainda mais colado e submetido ao discurso do Outro. O sujeito encontra-se subtraído da condição mesma de sua responsabilidade, na responsabilidade empresarial e de consumidor.

Outro aspecto relevante da teorização lacaniana dos discursos é que ela abre possibilidades de mudanças da posição do sujeito. É possível dizer que o jogo político no sistema capitalista neoliberal visa capturar o eu, instância imaginária, e fixá-lo a determinados significantes-mestres para melhor manipular as pessoas, submetendo-as a ideais alienados. Para Lacan, “É essa imagem que se fixa, eu ideal, desde o ponto em que o sujeito se detém como ideal do eu. O eu, a partir daí, é função de domínio, jogo de imponência, rivalidade constituída” (1960/1998). Mesmo que os discursos dominantes excluam a singularidade do sujeito, na medida em que submetem a maioria a um padrão de assujeitamento e alienação

imaginária, o discurso da histérica indica justamente uma posição outra que pode ser assumida.

Lacan (1969-1970/2002, p. 168) é categórico, entretanto, ao afirmar que “seja qual for a fecundidade que a interrogação histérica tenha mostrado [...], nem por isso a chave de todos os mecanismos está ali. A chave está na indagação sobre o que cabe ao gozo”. O que Lacan vê como “mola mestra da própria subversão que aqui tentamos articular com sua dialética. Pois, propriamente desconhecido até Freud, que o introduz na formação do desejo, o complexo de castração já não pode ser ignorado por nenhum pensamento sobre o sujeito” (1960/1998, p. 835). Desse modo, somente a castração pode fazer face a essa euforia de completude que parece seduzir o sujeito contemporâneo, marcado pelo discurso da ciência. Não podemos esquecer que “o desejo é uma defesa, proibição de ultrapassar um limite no gozo (ibid, p. 839). Eis a responsabilidade do sujeito do inconsciente. Se o inconsciente é a política, numa indicação de que o sujeito se constitui em relação àquilo que o Outro lhe propõe, também o é pelo que coloca o sujeito em uma incessante tensão do quanto e como ele pode se separar do Outro, responsabilizando-se pelo limite ao gozo.

REFERÊNCIAS

- ALTHUSSER, L. **Psychanalyse et sciences humaines**. Deux conférences. Librairie Générale Française/IMEC, 1964/1996.
- AVELINO, N. **Foucault, governamentalidade e neoliberalismo**. 1º Encontro Internacional de Estudos Foucaultianos: Governamentalidade e Segurança. João Pessoa/PB, 2014.
- BARILLOT, P. Sair do discurso capitalista? **Stylus**, Rio de Janeiro, n. 33, 2016, p. 153-161.
- CHECCHIA, **Sobre a política na obra e na clínica de Jacques Lacan**. Doutorado. Instituto Psicologia Universidade de São Paulo, 2012.
- COSTA, P. H. F. & GODOY, P. R. T. **O capitalismo contemporâneo e as mudanças no mundo do consumo**. X Colóquio Internacional de Geocrítica. Universidad de Barcelona, Barcelona, 2008.
- DARDOT, P. & LAVAL, C. Neoliberalismo e subjetivação capitalista. **Revista O olho da história**, n. 22, abril, 2016.
- DARDOT, P. & LAVAL, C. **Nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. Trad. Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016a.

DUNKER, C. I. L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**: uma psicopatologia do Brasil entremuros. São Paulo: Boitempo, 2015.

ELIA, L. **O sujeito, o real e o social**. II SEAD – Seminário de Estudos em Análise do Discurso. O Campo da AD no Brasil: Mapeando conceitos, confrontando limites. UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**. Tradução Salma Tannus Michail. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso** (1970). São Paulo: Loyola, 2011.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Vol. XXI. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1930/1996.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**, vol. 01. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1999.

JORGE, M. A. C. **Sexo e discurso em Freud e Lacan**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

JORGE, M. A. C. Discurso e liame social: apontamento sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: JORGE, M. A. C.; RINALDI, D. (Orgs.) (2002). **Saber, verdade e gozo**: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

KOLTAI, C. O inconsciente seria politicamente incorreto? **Reverso**, ano 34, n. 63, Jun 2012, p. 33 – 44.

LACAN, J. A carta roubada. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1955/1998.

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1958/1998.

LACAN, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1960/1998.

LACAN, J. A ciência e a verdade. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1965/1998.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana**, São Paulo, n. 32, 1966/2001.

LACAN, J. Radiofonia. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1970/2003.

LACAN, J. **Du discours psychanalytique**. Lacan en Italie. Conférence à l'Université de Milan. Édition La Salamandra, 1972.

LACAN, J. **Estou falando com as paredes**: conversas na Capela de Sainte Anne. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1972/2011.

- LACAN, J. **A terceira**. Inédito, 1974. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/83798809/A-Terceira-Jacques-Lacan>. Acesso: 8 jun 2015.
- LACAN, J. **O seminário, livro 2: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- LACAN, J. **O seminário, livro 3: As psicoses (1955-1956)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- LACAN, J. **O seminário, livro 7: A ética da psicanálise (1959-1960)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- LACAN, J. **O seminário, livro 14: A lógica do fantasma (1966-1967)**. Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2008.
- LACAN, J. **O seminário, livro 16: De um Outro ao outro (1968-1969)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- LACAN, J. **O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise (1969-1970)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- LACAN, J. **O seminário, livro 18: De um discurso que não fosse semblante (1971)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.
- LACAN, J. **O saber do psicanalista (1971-1972)**. Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2001.
- QUINET, A. **Psicose e laço social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.
- QUINET, A. **Estranheza da psicanálise**. A escola de Lacan e seus analistas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.
- QUINET, A. **As 4 + 1 condições da análise**. 12 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009a.
- QUINET, A. **Os outros em Lacan**. Psicanálise passo-a-passo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2012.
- SAFATLE, V. **Lacan**. São Paulo: Publifolha, 2007.
- SAURET, J. M. **Malaise dans le capitalisme**. Press Universitaire du Mirail, Toulouse, 2009.
- SESTELO, J. A. F. SOUZA, L. E. P. F. & BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 29, 2013, p. 851-866.
- SOLER, C. O discurso capitalista. **Stylus**, n 22, 2011, p. 55-67.
- SOLER, C. **Apalabrados por el capitalismo**. V Jornada Clínica de adultos. El psicoanálisis em la crisis del lazo social. Facultad Psicología. Universidad Buenos Aires, 2015. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=fBzoWBiDkMw>. Acesso em: 5 dez 2015.

TEIXEIRA, M. A. **A violência no discurso capitalista**: uma leitura psicanalítica. Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

VANIER, A. O sintoma social. **Ágora**, v. V, n. 2, jul/dez, 2002, p. 205-217.

VARELLA, D. & CESCHIN, M. **A saúde dos planos de saúde**. São Paulo: Parelela, 2014

VERAS, M. **A loucura entre nós**: a teoria lacaniana das psicoses e a saúde mental. Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

ZIROLDO, R. R.; GIMENES, R. O.; CASTELO JÚNIOR, C. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 37, 2013, p. 216-221, Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_demanda_prestacao.pdf. Acesso em: 4 maio 2017.

ARTIGO 2

A IMPOSSÍVEL RELAÇÃO ENTRE ESTADO, POLÍTICAS DE SAÚDE E O SUJEITO: A SAÚDE SUPLEMENTAR EM QUESTÃO

INTRODUÇÃO

Após quase 30 anos da instalação do Sistema Único de Saúde (SUS) como a política de saúde mais importante que o país já teve em termos de possibilidade de qualificação e expansão do atendimento às demandas de saúde da população brasileira, poderíamos inferir haver uma implantação mais consolidada, ampla cobertura da assistência, maiores investimentos no setor. Entretanto, embora avanços tenham ocorrido, a realidade da saúde pública no Brasil continua marcada por iniquidades que podem indicar, conforme aponta Paim (2013), que não ocorreu uma real incorporação da Reforma Sanitária brasileira pelo Estado. Ao invés, observa-se a prevalência dos interesses do capital, visível na articulação público-privado, sempre presente nas políticas de saúde. Ainda segundo o autor,

Inovações institucionais, descentralização, participação social, consciência do direito à saúde, formação de trabalhadores e tecnologias [conquistas do SUS] convivem, contraditoriamente, com o crescimento do setor privado, segmentação do mercado e comprometimento da equidade nos serviços e nas condições de saúde (ibid, p. 1933).

Um dos caminhos nos quais o setor privado tem crescido é o da chamada saúde suplementar. Ele se configura dentro do sistema de saúde brasileiro como um segmento que funciona, como vimos em outro artigo nosso, de modo complementar de acordo com a Constituição, e de modo suplementar, por lei própria. Trata-se de um setor representativo no Brasil, em função da abrangência da população atendida, da infraestrutura de serviços instalada e dos recursos financeiros movimentados, inclusive públicos, alcançando aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população, com faturamento anual próximo ao do orçamento federal para toda a saúde pública (SOUZA, 2014). É considerado, inclusive, um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo (ANS, s/d)²⁰.

²⁰ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acesso em: 10 mai 2017.

A expansão da chamada saúde suplementar não se dá, contudo, de forma independente; devendo ser entendida em referência ao Estado. Além de configurar-se por meio da organização política e social do país e buscar garantir aos cidadãos acesso a direitos sociais, atua como regulador do mercado e está diretamente ligada às condições de reprodução econômica. Desse modo, as políticas de saúde devem ser analisadas tanto no aspecto político, pois fazem parte do processo de legitimação do poder do Estado, quanto no aspecto econômico, uma vez que as necessidades de reprodução do capital incidem ou se realizam fortemente por meio da dita saúde suplementar. Aqui, propomos uma terceira dimensão de análise, não independente, mas inter-relacionada ao político e econômico: a dimensão subjetiva.

Quando o próprio Estado acolhe e subsidia um programa de saúde “suplementar”, – sob o argumento do direito amplo à saúde e do direito do consumidor –, temos um *plus*, algo a ser acrescentado ao que já existe e que pretenderia abarcar as responsabilidades sociais com respeito à saúde do povo brasileiro, o SUS, segundo a lei. Do lado do setor privado, não se trata de um programa complementar, mas suplementar; porém do lado do governo, no caso o SUS, a dita saúde suplementar seria um programa complementar. Os efeitos desse arranjo são sociais, políticos, mas também subjetivos, na medida em que o mundo de palavras, a linguagem, como tesouro de significantes (Lacan, 1953/1998), precede e determina sujeitos e fabrica modos de subjetivação. Nessa perspectiva é que a relação entre o Estado e as políticas de saúde pode ser pensada tendo como base o sujeito, tal como a psicanálise o compreende: um sujeito dividido, que não responde inteiramente por seus atos apenas com vontade e cognição, mas a partir da lógica inconsciente.

As mudanças que foram transformando os modelos de Estado ao longo da história – e que o entrelaçaram ao capitalismo – trouxeram a emergência da sociedade civil, articulada às noções de cidadania e direitos sociais. Assim, conforme aponta Santos (2005, p. 240),

[...] o princípio da cidadania universaliza e igualiza as particularidades dos sujeitos de modo a facilitar o controle social das suas actividades e, conseqüentemente, a regulação social. [...] os direitos civis e políticos, que constituem então o conteúdo da cidadania, não são incompatíveis, antes pelo contrário, com o princípio de mercado.

O Estado passa a ser responsável pelos domínios social e econômico, bem como pelas demandas do cidadão que, pela reivindicação dos seus direitos, inscreve-se na ordem estatal e capitalista. Aliás, o surgimento do sujeito de direitos só foi possível por ter um vínculo fundamental com o capitalismo, conforme sublinha Kashiura Jr (2012, p. 165):

Nenhuma sociedade historicamente anterior à sociedade burguesa pôde conhecer a forma sujeito de direito em sua dimensão universal. Nenhum modo de produção historicamente anterior ao capitalista determinou que os homens fossem igualmente alçados à qualidade de proprietários em potencial, núcleos da vontade livre, portadores abstratos de direitos. Nenhuma forma histórica de sociedade [...] pôde exaltar ideologicamente as determinações formais do sujeito de direito, a igualdade e a liberdade jurídicas, voluntarismo e a ‘personalidade’, correspondentes à circulação mercantil universalizada.

O sujeito de direito, fruto da junção do discurso do mestre e do discurso capitalista, tenta recobrir e subsumir o sujeito do inconsciente, “subordinado ao significante” (Lacan, 1960/1998, p. 830) enredado e sitiado pelas conjunturas política, social e mercadológica engendradas pelos discursos hegemônicos, sobre os quais a dita saúde suplementar se sustenta. Assim, parafraseando Veras (2009) quando trata da questão da saúde mental, pode-se dizer que, ao adquirir um plano de saúde, o sujeito tem acesso às atividades da cidadania e aos ideais aspirados pela maioria – pelo discurso dominante – e está enlaçado nessa trama social. Esse laço, entretanto, é guiado por princípios que encontram na plenitude do consumo seu ideal maior. Ou seja, um plano de saúde funciona como suplência – aquilo que vem para tamponar uma falta, nesse caso constitutiva dos sujeitos humanos – mas também suplemento, um a mais, afinal, não basta tentar obliterar um vazio. No capitalismo, há de haver excesso.

Sob a justificativa dos baixos investimentos pelo Estado no sistema de saúde pública, a saúde denominada suplementar tem investido na publicização dos seus serviços e produtos, colocando-se como alternativa eficaz para livrar o sujeito do desamparo, nos momentos de necessidade em relação a atenção à saúde, uma vez que viabiliza acesso a uma rede de assistência que proporcionaria prevenção, promoção de saúde e cuidado, e conseqüentemente qualidade de vida. O que talvez explique a enquete realizada em 2013 pelo Instituto Datafolha (IESS, 2013)²¹, segundo a qual adquirir um plano de saúde é um dos principais itens de desejo entre os brasileiros que não o possuem. Hoje, 24,7% da população tem plano de saúde privado, sendo que em São Paulo, por exemplo, essa proporção sobe para 43,6%²². Ou seja, na balança que mede custo-benefício da aquisição de um plano, parece pesar para o sujeito a equívoca percepção de que problemas de saúde podem ser resolvidos pela compra de um plano, implicando ainda a ilusão de que o sujeito decidirá

²¹ Disponível em: <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/jwfnp1a4g3pcsuj.pdf>. Acesso em: 05 ago 2015.

²² Disponível em: <http://memoria.etc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-11-29/percentual-da-populacao-que-tem-plano-de-saude-aumenta-para-247>. Acesso em: 13 mai 2017.

sobre os destinos de sua própria saúde, porque pode deliberar pela escolha de mais um – entre as variadas ofertas no mercado do gozo – produto-suplência.

Estado, políticas de saúde e sujeito parecem estar em relação de intimidade, se não fosse pelo eclipsamento do sujeito mesmo. Mas se, por um lado, temos a impressão de que a possibilidade do singular de cada um não está em parte alguma, por outro, os efeitos dessa inter-relação estão em todo lugar, no laço social, na subjetividade do nosso tempo, na própria singularidade do sujeito.

Este artigo propõe um breve histórico das transformações do Estado brasileiro e das políticas de saúde, sob o ponto de vista da psicanálise, articulando-as ao discurso do mestre, como proposto por Jacques Lacan em 1970, e ao discurso do capitalista. Ademais, busca discutir como os planos de saúde assumem posição de objeto de desejo a ser consumido, reconhecido pelo sujeito como um direito social legitimado pelo Estado, mas especialmente como um elemento suplementar à falta, inerente à condição humana.

O ESTADO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: INTERFACE ENTRE PÚBLICO E PRIVADO

A noção de Estado está atrelada a um sistema ou organização política de um país, representado por um conjunto de instituições cuja base são prescrições jurídicas e sociais que devem regular a vida em sociedade. Nas palavras de Kelsen (2000, p. 273), “o Estado é uma sociedade politicamente organizada porque é uma comunidade constituída por uma ordem coercitiva [...]”. Ou seja, há uma força exercida pelo Estado para fazer valer os ideários destinados à realização de interesses que vão desde fins relacionados aos planos individual e do bem comum, até interesses de mercado, de uma economia globalizada – do capitalismo.

A evolução dos modelos de Estado no Brasil passou por diferentes versões até a implementação do atual Estado, o Regulador ou Estado Democrático de Direito. As ideias liberais do início do século XIX tiveram maior influência a partir de 1822. Para Costa (1999), os principais adeptos foram pessoas interessadas na economia de exportação e importação, proprietários de grandes extensões de terra e escravos. Buscavam manter as estruturas

tradicionais de produção, mas libertar-se do domínio de Portugal, a fim de ganhar espaço no livre-comércio. Tal filosofia política tentava limitar o poder político do Estado, no caso o reinado português, e defendia direitos individuais. O liberalismo econômico pregava o fim da intervenção do Estado na produção e na distribuição das riquezas e exigia do poder público o exercício de apenas uma função primária: a de proteção da propriedade.

No campo da saúde, algumas modificações podem ser apontadas. Mesmo que a maioria da população fosse rural, a saúde pública brasileira antes da República foi-se desenvolvendo em áreas urbanas, através de medidas de intervenção ambiental. Segundo Silva (2003, p. 44), “a localização dos cemitérios e hospitais, a drenagem dos terrenos e a influência dos ventos e até de pessoas ‘nocivas’, como mendigos, doentes mentais ou ‘leprosos’ sempre constituiu um ponto central de preocupação”. Depois da experiência colonial em que o modelo hegemônico era de base religiosa e as Santas Casas de Misericórdia constituíam a única organização na assistência à saúde, surgem as primeiras e incipientes estratégias de controle sanitário de epidemias, por conta do crescente desenvolvimento da microbiologia. Tais estratégias se deram através da análise das águas dos rios, bem como das campanhas de vacinação contra a febre amarela e varíola (BENCHIMOL, 1999), por exemplo. O controle policialesco da varíola deflagrou o que ficou conhecida como Revolta da Vacina, em 1904.

O Estado Liberal passou por uma longa transformação e crise tendo como resultado a emergência do Estado Social. A crise do liberalismo ocorre quando diferenças sociais ganham grandes proporções. No Brasil, esse foi um processo lento e gradual de transformação do Estado, que tem sua deflagração, segundo Bonavides (2007), com a revolução de 1930 liderada por Getúlio Vargas. Segundo Sparapani (2012), ao defender os interesses da burguesia e do seu status como classe dominante, o liberalismo fez com que as contradições sociais se agravassem e se evidenciassem, especialmente depois do período ditatorial do Estado Novo, época de expansão industrial e abertura para o capital estrangeiro. Como consequência – e a fim de atenuar essa situação – progressivamente abre-se caminho para uma atuação mais presente por parte do Estado em vários setores sociais: da economia à educação, saúde, moradia, dentre outros. Desperta o intervencionismo estatal, que vem a estabelecer o Estado Social, também associado ao modelo burocrático de gestão que ratifica uma atitude centralizadora do Estado.

Ao mesmo tempo, o Estado Social se fortalece e minimiza a postura unicamente de protetor da ordem, da segurança e da propriedade privada para transformar-se em interventor, política e economicamente, mas também em realizador do bem-estar social. Nesse sentido, há uma significativa ampliação dos direitos fundamentais, que ganham aspecto de direitos coletivos e sociais, pois esse modelo de Estado utiliza a noção de cidadania, associada à ideia de que os homens são dotados de direitos sociais. Assim, o modelo de organização estatal concede aos indivíduos bens e serviços públicos, como os relacionados à seguridade social, ao trabalho, à habitação, saúde, educação e lazer, por exemplo. É o *welfare state* substituindo o *laissez-faire* do liberalismo.

As primeiras ações na área da saúde surgem já no âmbito de um Estado de bem-estar social, época em que o país fica submetido à ditadura militar (1964-84) (PAIM et al., 2011). O sistema de proteção social no Brasil começa sua expansão ainda no modelo mais liberal de Estado, durante o governo Vargas (1930-45), mas a consolidação do regime de bem-estar social tem início, pós-1964, sob um governo autoritário (GRIN, 2013). O propósito histórico do Estado do Bem-Estar Social era ressuscitar a economia através de investimentos no campo da cidadania, com vistas ao fortalecimento do público consumidor para o mercado de massa, em ascensão desde a década de 1950. Assim, o Brasil, mesmo sendo uma ditadura militar – que na época, colhia os frutos do milagre econômico, consequência da industrialização da Era Vargas – investe em políticas sociais. Porém, a construção do Estado se dava sem mobilização da sociedade, assim, as políticas sociais “tiveram baixo impacto redistributivo, foram pouco inclusivas, tiveram restritos programas universais, carentes de seletividade e mal focados nas camadas mais necessitadas” (ibid., p. 191).

Ao contrário dos países da Europa em que o *welfare state* se deu de forma integrada à democracia, a ampliação dos direitos sociais no Brasil teria vindo justamente para tentar sanar conflitos e tensões surgidos na classe trabalhadora, que crescia em decorrência da Revolução Industrial, mas que não era assistida em suas necessidades fundamentais. Os sindicatos, embora enfraquecidos pela destituição dos seus líderes e pela repressão violenta, vai às ruas e se manifesta, provocando instabilidade para a classe empresarial necessitada de trabalhadores produtivos. Entretanto, apesar de algum desenvolvimento de políticas sociais, conforme explicitam Paim e colaboradores (2011), inicia-se, contrariamente, uma capitalização do setor da saúde e o consequente predomínio da iniciativa privada na atenção à saúde.

Dessa forma, a política de saúde pôde ser considerada como consequência de uma tentativa de esvaziar a agitação operária, mediante um enfoque reformista da questão social e sob a forma de concessão de direitos, por um lado. E, por outro, essa concessão sugere o atendimento de demandas históricas dos trabalhadores, tendo também o sentido de conquista de direitos sociais (MENICUCCI, 2003). Para atender a tais demandas, o Estado se estende e constitui numerosas autarquias, fundações, sociedades de economia mista e empresas públicas. A Previdência Social é uma delas.

Apontada por Menicucci (2003) como marco básico do sistema de proteção social e à saúde montado no Brasil, por meio do qual se sustentou o Estado Social, a Previdência esteve intimamente atrelada à assistência à saúde enquanto política pública. Foram criadas diferentes instituições (IAPAS, INPS, INAMPS)²³ que, ao longo do século XX, incorporaram os serviços de saúde prestados aos diversos segmentos de trabalhadores. Porém, embora uma política de interesse público, marca ainda a autora que

[...] a assistência médica governamental surge como um benefício vinculado ao contrato de trabalho formal e com as características de seguro, ou seja, uma obrigação contratual de caráter contributivo, não se constituindo como uma prestação pública a que tem direito toda a população (ibid, p. 64).

Assim, a expansão da assistência médica previdenciária cristalizou um padrão na atenção à saúde no país, caracterizada como restrita a uma parcela da população – a de trabalhadores formais – em grande parte, de natureza privada. Ao Ministério da Saúde estariam designadas ações de caráter público, restritas aos serviços médico-hospitalares, de alcance bastante limitado em função de verbas escassas e orçamento precário. Vale lembrar, ainda, que ações de saúde giravam em torno do hospital e de alguns ambulatórios, em uma atenção prioritariamente de cunho terciário, portanto. Nesse sentido, a expansão dos serviços médicos destinados à população é limitada, não se configurando como uma política de atenção à saúde para todos.

O atendimento da demanda por serviços de saúde não foi suprido por uma rede de serviços públicos suficiente, previamente montada, e não se fez acompanhar da criação de uma estrutura pública de prestação de serviços. A escolha política priorizou a compra de serviços a prestadores privados. Assim, instituições privadas prestadoras de serviços de

²³ Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS); Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

saúde, que já se desenvolviam autonomamente em um mercado restrito, veem a possibilidade de expansão pela via da política de assistência à saúde (MENICUCCI, 2003). Ainda segundo Menicucci (2003), outro mecanismo de articulação com o setor privado foi o recurso a convênios com empresas que assumiriam a assistência para seus empregados, sem a prestação dos serviços de forma direta pelas instituições previdenciárias, no caso o INPS. Constituiu-se, então, um acordo triangular entre INPS – empresa empregadora – empresa médica, no qual o INPS reembolsava à empresa cerca de 5% do maior salário mínimo regional por trabalhador coberto na empresa. Paralelamente, surgiram as Caixas de assistência e sistemas patronais, que beneficiavam os empregados de algumas empresas, por meio da utilização de serviços de saúde externos.

A criação da Caixa de Assistência de Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) foi um exemplo desse movimento. Desde a década de 1960, trabalhadores de estatais, bancários, algumas instituições do governo federal, entre outros, já possuíam planos próprios de saúde. Esse período pode ser considerado uma das primeiras referências históricas do desenvolvimento da chamada saúde suplementar no Brasil (BRASIL, 2007). Os convênios legitimaram e expandiram tal prática, e empresas passaram a responsabilizar-se pela assistência à saúde de seus empregados, com terceirização da assistência. Uma das consequências diretas desse sistema foi o surgimento e fortalecimento da medicina em grupo e das cooperativas médicas, em um crescente mercado de desenvolvimento autônomo.

Concomitantemente ao alargamento das iniciativas privadas em saúde, durante os anos 1980, instala-se no país uma recessão econômica que terminou por alimentar aspirações por reformas (PAIM et al., 2011). A proposta brasileira, iniciada em meados da década de 1970, foi gestada durante a luta pela restauração da democracia. Transformou-se em um movimento social generalizado chamado de Reforma Sanitária, mobilização política e social pela reestruturação do sistema de saúde, a partir da compreensão da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, bem como da ampliação da noção de saúde que, do cunho estritamente biológico e individual, passa a ser entendida como questão social e política a ser abordada em público (PAIM et al., 2011). O movimento contou com a adesão de vários atores sociais – desde setores de base até as populações de classe média, sindicatos, trabalhadores da saúde, estudantes.

A criação e o desenvolvimento da Previdência Social, e suas instituições destinadas ao atendimento das demandas de assistência à saúde, são parte de um processo de cobertura e assistência aos direitos fundamentais reivindicado pelos trabalhadores, mas também de reatualização, pelo Estado, de condições necessárias à preservação e expansão da ordem capitalista por meio da reorganização dos fatores básicos de produção: capital e trabalho (DONNANGELO, 1975 *apud* MENICUCCI, 2003), uma vez que todas as medidas desenvolvidas era direcionadas aos trabalhadores formais, com vistas à manutenção da saúde e, conseqüentemente, da produção. O Estado se reforça como financiador do capital, ou seja, as políticas sociais são direcionadas para manter a reprodução da força de trabalho, pressuposto básico para a acumulação do capital.

São muitos os argumentos que tentam explicar a crise que fez com que o Estado Social fosse perdendo força até ser substituído por uma outra lógica de administração e gestão do país. Coutinho e colaboradores (2005) indicam problemas que vão desde a incapacidade do Estado em responder aos novos valores e comportamentos sociais associados ao consumo de massa, emergentes nas sociedades pós-industriais, até a crise fiscal e endividamento internacional do Estado, que reverberam em ineficiência administrativa e política. Além disso, o discurso liberal volta à cena e questiona distorções na economia, enfatizando que a excessiva intervenção estatal impediria a liberdade dos indivíduos em atuar diretamente no âmbito do mercado. Para os liberais, a crise seria resultado da interferência do Estado, mediante regulamentações generalizadas e tributação excessiva, retirando estímulos à oferta de fatores de produção (capital/trabalho) e minando o capitalismo.

Antes do real avanço de um novo discurso liberal, o Brasil vivia a Nova República, uma espécie de transição e reestabelecimento da democracia, após a ditadura militar. Momento histórico importante para o país, teve como marcos a Assembleia Constituinte e, conseqüentemente, a implementação da Constituição Federal em 1988. Dois anos depois, o Sistema Único de Saúde (SUS) é instituído como uma política de saúde que promete universalização da assistência. Antes disso, diversas experiências institucionais que tentaram colocar em prática algumas diretrizes da reforma sanitária – descentralização, participação e organização – conseguiram articular-se em um documento chamado Saúde e Democracia²⁴, base a partir da qual modificações importantes se concretizaram e tiveram como resultado a criação do SUS, sustentado pelos princípios de universalização,

²⁴ Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 13 maio 2017.

equidade, integralidade, descentralização e participação popular, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8080/1990.

Críticas ao alargamento do Estado Social, e da conseqüente dificuldade em desempenhar bem as atividades a que se propôs, caminharam lado a lado com um claro avanço do discurso de um novo liberalismo que, no Brasil, materializa-se com a Reforma do Estado iniciada em 1995, e que tem como premissa central a transição de um paradigma burocrático de administração pública para um novo paradigma gerencial que visa à instauração de um aparelho de Estado forte e eficiente. Para tanto, três formas gerenciais de controle são a base da gestão das agências públicas e das organizações sociais: controle social, controle de resultados e competição administrada. Assim, começa a ganhar espaço e projeção no Brasil o modelo subsidiário – ou neoliberal – de Estado (SPARAPANI, 2012), considerado eficiente em gestão pública, além de garantidor da autonomia e liberdade dos indivíduos e incentivador da sociedade civil e do papel de destaque que esta veio a conquistar nesse modelo. Essa é uma diferença entre o liberalismo clássico e o neoliberalismo. Neste último, Estado e sociedade civil estão em situação de colaboração e complementaridade, e não mais em oposição como no liberalismo. Segundo Santos (2005, p. 124), o que está em causa

[...] na ‘reemergência da sociedade civil’ no discurso dominante é um ajustamento estrutural das funções do Estado por via do qual o intervencionismo social, interclassista, típico do Estado-Providência, é parcialmente substituído por um intervencionismo bicéfalo, mais autoritário face ao operariado e a certos sectores das classes médias [...] e mais diligente no atendimento às exigências macro-económicas da acumulação de capital [...]. [...] é inegável que a ‘reemergência da sociedade civil’ tem um núcleo genuíno que se traduz na reafirmação dos valores do autogoverno, da expansão da subjetividade, do comunitarismo e da organização autónoma dos interesses e dos modos de vida. Mas esse núcleo tende a ser omitido no discurso dominante ou apenas subscrito na medida em que corresponde às exigências do novo autoritarismo.

Embora presente em todos os modelos de gestão do Estado, aqui há, sem dúvida, um fortalecimento do capitalismo como sistema hegemônico.

Fruto das mudanças no sistema e na organização política, econômica e social, atualmente o Brasil constitui-se como um Estado Regulador ou Estado Democrático de Direito, fundamentado na lógica neoliberal capitalista, caracterizando-se pela criação de agências reguladoras independentes; privatizações de empresas estatais; terceirizações de funções administrativas do Estado; regulação da economia, segundo técnicas administrativas de

defesa da concorrência; descentralização do poder (MATTOS, 2006). Nesse cenário político, desenvolvem-se mecanismos de participação da sociedade civil no controle democrático do processo de regulação de setores da economia, abrindo espaço para a participação dos cidadãos na vida política, jurídica e social, visando à proteção aos direitos de propriedade e as garantias fundamentais, com base legal.

Aqui se tem um forte avanço na instituição do sujeito de direito. Como um objeto jurídico criado a partir da atribuição de normas, direitos e obrigações que são subjetivadas, o sujeito de direito assume importante papel perante o Estado, pois este adquire o status de garantidor das demandas populares, que as legitima como direitos sociais, mas que também regula e ordena a vida dos sujeitos. Outro aspecto atrelado ao sujeito de direito é, segundo Kashiura Jr (2015), sua constituição com raízes presentes no interior da estrutura social que corresponde ao modo de produção capitalista, pois aproxima as categorias do direito e o processo de troca. Conforme o autor,

O sujeito de direito se desvela, assim, como o ‘outro lado da mercadoria’: se a circulação mercantil exige, por um lado, que os objetos da troca nela figurem sob a forma social idêntica de mercadoria, pura materialização de trabalho abstrato, suporte abstrato do valor, exige também, por outro lado, que os agentes da troca [...] nela se reconheçam reciprocamente sob a forma social idêntica de guardiões de mercadorias, proprietários abstratos, sujeitos de direito (ibid, p. 53).

Embora ainda haja uma relação estreita com o atendimento dos direitos sociais – não à toa intitula-se Estado Democrático de Direito, pois visa à garantia da proteção aos direitos de propriedade e defende, através das leis, garantias fundamentais baseadas no princípio da dignidade humana –, há uma “redefinição do papel do Estado que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar promotor e regulador” (NUNES et al., 2007, p. 41). Para tanto, a reforma do Estado contava pelo menos com quatro núcleos específicos: reforma fiscal, reforma previdenciária, reforma administrativa e privatizações. Estas duas últimas têm relevância fundamental na análise do panorama neoliberal que se descortinava. O processo de privatizações é justificado pela necessidade de redução da dívida pública e, especialmente, da promoção da reestruturação produtiva do parque industrial brasileiro na busca de aumentar a eficiência do sistema econômico. Quanto à reforma administrativa, esta é marcada pela transição da administração pública burocrática para a gerencial que se configurou como um regime regulatório, por meio da implementação de agências de regulação independentes.

A criação das agências reguladoras marca a redefinição do poder político quanto à formulação de políticas públicas de setores estratégicos da economia e tem como função fiscalizar e regular as atividades de serviços públicos executados por empresas privadas, mediante prévia concessão, permissão ou autorização. Em relação à saúde, são criadas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS tem seu início a partir da aprovação da Lei 9.961/2000 que regulamenta o mercado de planos de saúde. Dois fatores conjugados desencadearam o processo de regulamentação da autônoma saúde suplementar: por um lado, o aumento da concorrência, exigindo regras de competição mais claras; por outro, a convergência de demandas de consumidores, entidades médicas e secretarias de saúde, para a garantia da superação de restrições assistências existentes em contratos com características diferentes, que não seguiam nenhuma norma de regulamentação (BRASIL, 2011).

Assim, a formulação de políticas setoriais – antes restrita aos ministérios e à administração direta – passa a adotar critérios técnicos de intervenção sobre a economia e as decisões que afetam a população, sem grande interferência do governo (MATTOS, 2006, p. 151). Nesse sentido, Nunes e colaboradores (2007, p. 48) complementam que as agências também teriam sob sua responsabilidade:

[...] a promoção e garantia da competitividade do mercado, além de garantir o direito de consumidores e usuários dos serviços públicos, estimular o investimento privado, buscar qualidade e segurança dos serviços a menores custos possíveis para os usuários, assegurar a remuneração adequada dos investimentos realizados nas empresas prestadoras de serviço.

Diante disso, consolida-se a ideia de um Estado Mínimo, não mais provedor de serviços públicos, mas promotor e regulador, buscando na iniciativa privada o “suplemento” (este é o significante utilizado pelo governo) necessário para a execução de suas responsabilidades. Os fundamentos desse novo modelo de gestão “indicam claramente a mercantilização dos direitos sociais e sua instrumentalização pela racionalidade econômica” (SIMIONATTO, 2008, p. 27). Ademais, esse é um modelo gerencial que busca ser competente, eficaz e capaz de orientar o Estado para o alcance de suas metas, quais sejam: atender às necessidades da sociedade, mas especialmente aquelas emanadas do novo cenário econômico mundial, erigido sob as bases dos discursos capitalista neoliberal.

Quanto ao âmbito da saúde, é preciso salientar, entretanto, que embora o setor tenha experimentado um significativo avanço com a implantação do SUS, a política de saúde no

Brasil seguiu, e ainda segue, uma trajetória contraditória. Conforme apontam Malta e colaboradores (s/d), se por um lado instala-se uma concepção universalizante da saúde, por outro, ela se caracteriza pela exclusão social e redução de verbas públicas, com crescente precarização e mercantilização no setor. Em consequência, cai a qualidade dos serviços públicos e ocorre progressiva migração dos setores médios e baixos para o mercado privado dos planos de saúde. Ademais, aqui notamos uma contradição lógica, já mencionada acima: enquanto constitucionalmente trata-se de intervir em regime de complementaridade ao sistema único de saúde, instituiu-se posteriormente, e sem conexão com a primeira política, a ideia da saúde “suplementar” acoplada ao sistema público.

O SUPLEMENTAR EM QUESTÃO

Como vimos acima, apesar de o caráter público ser uma característica fundamental do SUS, alguns aspectos constitucionais possibilitam e até fomentam a participação do setor privado na assistência e no desenvolvimento da saúde, como afirmado no Art. 197 da Constituição de 1988 que considera de “relevância pública as ações e serviços de saúde, [...] devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988/2013), bem como no Art. 199, “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (ibid). Também a lei do SUS (8.080/1990) marca a possibilidade da existência concomitante de serviços privados de assistência à saúde, trazendo em seu Art. 20. que tais serviços “caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde”, assim como no Art. 21. reitera que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Nesse sentido, o sistema de saúde no Brasil é caracterizado pela imbricação entre elementos públicos e privados que se desdobram, sem concatenação, em complementar e suplementar.

Tanto a Constituição Federal quanto a Lei do SUS especificam a participação da iniciativa privada como complementar aos serviços e ações de saúde prestados pela iniciativa pública, apenas. Por saúde complementar, entende-se, então, o estabelecimento de contrato de direito público ou convênios com serviços de saúde prestados pela iniciativa privada (hospitais, clínicas, laboratórios etc.) para preencher a lacuna de serviços públicos

oferecidos à população. O setor da saúde suplementar, por sua vez, surge posteriormente com uma lei específica, a partir da necessidade de organizar toda uma iniciativa privada de medicina em grupo, cooperativas médicas e seguros de saúde que existia *pari passu* ao sistema público, mas que carecia de enquadramento, definição e regulamentação. A exceção ficava por conta do seguro de assistência à saúde e das seguradoras, que estavam sob o controle econômico-financeiro da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), disposta pelo decreto-lei 73/1966.

Assim, em 1998 é promulgada a lei 9.656 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, o que regulamenta e legitima o setor da saúde suplementar, criando o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU). Posteriormente é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da lei 9.961/2000. Nesse sentido, o setor da saúde suplementar é constituído como uma forma de regimentar e normatizar a iniciativa privada que se desenvolvia de modo heterogêneo no que diz respeito a padrões de qualidade, efetividade e a eficiência, à fragmentação e descontinuidade da atenção (PIETROBON, PRADO & CAETANO, 2008), abrindo com isso a possibilidade da expansão dos interesses capitalistas, voltados para a ampliação do setor privado que toma a saúde como mercadoria.

O setor da Saúde chamado de suplementar refere-se à atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde, sob a regulação do Poder Público, conforme marcos regulatórios das Leis n. 9.656/1998 e n. (BRASIL, 2009). Trata-se de uma relação jurídica entre prestador de serviço privado de saúde e consumidor, operacionalizada por meio de planos de saúde. As ações e os serviços desenvolvidos são prestados exclusivamente na esfera privada, teoricamente sem vínculo com o SUS, exceto aqueles advindos das normas jurídicas emanadas dos órgãos de regulação do sistema (Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS etc.) (DALLARI & AITH, 2008). Nessa perspectiva, o setor da saúde suplementar no Brasil pode ser definido, segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE²⁵, como de cobertura duplicada, uma vez que se caracteriza como pela oferta de:

²⁵ Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/lula/ocde-2013-relatorio-sobre-a-reforma-regulatoria-brasil-fortalecendo-a-governanca-para-o-crescimento/view>. Acesso em: 13 maio 2017.

seguro particular que oferece cobertura para serviços de saúde já inclusos segundo o seguro-saúde público. O seguro-saúde duplicado pode ser comercializado como uma opção ao setor público porque, enquanto oferece acesso aos mesmos serviços médicos do sistema público, também oferece acesso a diferentes fornecedores ou níveis de serviço. Não isenta indivíduos da contribuição para o seguro-saúde público (p. 116).

Um plano de saúde privado constitui um seguro, individual ou coletivo, para fazer frente a despesas médicas, odontológicas e psicológicas. As operadoras estimam o risco geral das despesas de saúde de um grupo alvo e desenvolvem estrutura financeira que assegure fontes de rendimento, de modo a disponibilizar o dinheiro necessário para pagar procedimentos de saúde especificados no plano e, evidentemente, gerar lucro. Mediante contrato e pagamento mensal, a pessoa tem, em tese, cobertura de seus gastos, ambulatoriais e/ou hospitalares, prestados pela rede assistencial pública ou privada de entes credenciados ao plano. Essa rede de prestadores de serviços é organizada a partir do plano-referência de assistência à saúde que deve ser oferecido por todas as operadoras de planos de saúde e é regulamentado pela Lei n. 9.656/1998, na qual se estabelecem procedimentos ofertados.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde especifica a lista de consultas, exames e tratamentos que esses planos são obrigados a oferecer, constituindo a referência básica para a cobertura assistencial dos planos privados de assistência. Ele é revisado com alguma periodicidade²⁶ e o processo de revisão depende da constituição de um grupo técnico composto por representantes de entidades de defesa do consumidor, operadoras de planos de saúde, profissionais de saúde que atuam nos planos de saúde e técnicos da ANS. Nesse Rol, estão especificadas, por exemplo, a obrigatoriedade da cobertura de consulta/sessões com psicólogo e psicoterapia, bem como a ampliação do número de sessões de acordo com as diretrizes de utilização quanto ao diagnóstico atribuído.

Sobre sua importância e eventual necessidade, Zirolto, Gimenes e Castelo Júnior (2013, p. 221) consideram que “[...] a saúde suplementar representa importante pilar de sustentação do próprio sistema nacional de saúde, tornando-se, hoje, complementarmente indispensável para o Estado, que não teria, de outra forma, como suportar a incorporação dos gastos desse setor no orçamento da União”. Notamos, assim, mais uma vez, a

²⁶ O primeiro rol de procedimentos estabelecido pela ANS foi o definido pela Resolução de Conselho de Saúde Suplementar - Consu 10/98, atualizado em 2001 pela Resolução de Diretoria Colegiada – RDC 67/2001, e novamente revisto nos anos de 2004, 2008, 2010, 2011, 2013, 2015 e 2018, pelas Resoluções Normativas 82, 167, 211, 262, 338 e 428, respectivamente. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-como-e-elaborado-o-rol-de-procedimentos>. Acesso em: 13 maio 2017.

contradição lógica: o “suplementar”, ao menos discursivamente, é considerado “complementar” pelo setor privado.

Embora a implantação do SUS represente a operacionalidade da assertiva constitucional “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988/2013, Art. 196), de caráter público e universalista, o predomínio da iniciativa privada na assistência à saúde no Brasil assume dimensão de indispensabilidade, ainda que enunciada como “suplementar”. No atual quadro, a função do Estado parece limitar-se à regulamentação, impondo à sociedade – frente às dificuldades de acesso à saúde pública – a contratação de plano de saúde privado, deixando de lado sua função primária: garantir direitos sociais. Ao contrário, conforme afirmam Zirolto, Gimenes e Castelo Júnior (2013), as normativas regulatórias parecem, na verdade, transferir gradativamente para a saúde privada o dever do Estado. Em suma, fundem-se, naturalizadamente, direitos do cidadão e direitos do consumidor.

Por que um setor de saúde “suplementar” se não está constitucionalmente prevista a existência de tal modalidade? Antes, quais sentidos possíveis podem ser atribuídos ao significante *suplementar* e o que ele nos diz? Jacques Derrida (1973), ao discutir as noções de escritura e representação no campo da linguagem, pela análise da “experiência e a teoria rousseauístas da escritura” (ibid, p. 176), trabalha o conceito de suplemento, afirmando que ele comporta “duas significações cuja coabitação é tão estranha quanto necessária” (ibid, p. 177). A primeira dessas significações refere-se a excesso, algo que é acrescentado ao que está inteiro, completo.

Podemos dizer que a política de saúde, mais especificamente o SUS, é uma forma de organizar sistemas e serviços de saúde que, sustentada pela lei, aspira realizar tal incumbência de forma plena, através do norteamento de princípios fundamentais e diretrizes, para o atendimento dos diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário) e de complexidade. Por isso, inclusive, sua denominação é de sistema, um conjunto constituído de partes e elementos interdependentes, constituindo-se como totalidade. A saúde dita suplementar, por sua vez, configura-se como um empreendimento, uma organização participante do setor que oferece a usuários os mesmos – ou melhores – serviços previstos pelo sistema público, mediante pagamento. Ou seja, suplementar à política de saúde fundamental – o SUS – é o mesmo que “uma plenitude enriquecendo uma outra plenitude, a culminação da presença” (DERRIDA, 1973, p. 177).

Outrossim, o que é suplementar também supre e substitui. “Ele não se acrescenta se não para substituir. Intervém ou se insinua *em-lugar-de*²⁷; se ele colma, é como se cumula um vazio” (ibid, p. 177). Nesse sentido, ao mesmo tempo em que a chamada saúde suplementar traz à política de saúde pública um excesso, também revela a falta. Enquanto substituto, o setor não se acrescenta simplesmente ao sistema público, seu lugar é assinalado pela marca de uma falta a ser preenchida. Se a viabilização de uma política pública se baseia na própria sustentabilidade econômica, política e institucional, nunca irá suprir-se a si mesma. Produz-se um suplemento, algo externo, não necessário e, evidentemente não-complementar.

O fato de que o que suplementa a política pública de saúde no Brasil seja a iniciativa privada levanta, contudo, outras questões. Uma simples retrospectiva histórica das políticas de saúde evidencia a grande força e proporção que a iniciativa privada tinha, e tem, na implementação dos serviços de saúde (PAIM et al., 2011).

Para além das consequências do discurso capitalista no que tange às políticas de saúde em si e no que as condiciona, a noção de *suplementar* articulada à política de saúde produz efeitos sociais, políticos e incide também sobre a subjetividade. Ora, se o capitalismo engendra uma lógica discursiva em que o sujeito é enredado e incitado ao consumo como forma de restabelecimento do objeto de satisfação – para sempre perdido, porém prometido –, de tamponamento da falta, produzem-se objetos que a suplementariam, servindo-lhe de suplência. O sujeito faz isso o tempo todo com diferentes objetos substitutos. Mas como o discurso capitalista suprime o elemento de impossibilidade que diz respeito ao limite ao gozo, essa suplência vem colocar-se justamente como aquilo que retira tal limite, pelo excesso. O sujeito tem direito à saúde pública, mas também pode ascender economicamente e pagar pelo mesmo tipo de serviço na iniciativa privada. Tem direito aos dois, a um excedente. Aqui o suplemento é, inclusive, algo que pode ser consumido. Não é à toa que sais minerais e vitamínicos são vendidos cada vez mais em larga escala com o nome de *suplementos*.

Tomemos agora o termo suplência. Ele implica uma forma de resposta: promover um elemento no lugar de outro, como na operação metafórica, num acréscimo, suplemento. Suplência, ato de suprir, implicaria completar, substituir, fazer às vezes de, preencher a falta de (GUERRA, 2007, p. 112-113). A saúde suplementar, nesse caso, carrega a dupla

²⁷ Grifo do autor.

significação da palavra, mostrando um sujeito submetido ao circuito sem fim de tentativas de recuperação do gozo. Ao tratar do tema, somos levados a suspender a naturalização do uso e refletir acerca das consequências do termo. Se o Estado cria, organiza e implementa políticas públicas, que visam ao atendimento das demandas da sociedade, e esta, por sua vez, é constituída por sujeitos de direitos (aos bens sociais e ao consumo), encontra-se legitimada e mesmo motivada a busca pelo “suplementar”, pelo gozo, por um imaginário estado de plenitude ou de excesso.

O gozo, entretanto, em sua condição de excesso e de excedente, é um elemento intruso, paradoxal, que perpassa a relação do sujeito com o outro, mas de uma maneira que marca a impossibilidade de reciprocidade (DANZIATO, 2014). Assim, a falha de estrutura do sujeito não deve ser pensada como um defeito, ou um mau funcionamento. Ao contrário, essa impossibilidade é o furo no qual só se pode fazer borda (LACAN, 1971-72/2012), é o núcleo duro da estrutura, o núcleo do real (LACAN, 1969-70/1992).

A suplência busca, discursivamente, instaurar e preencher a falta primordial, mascarando a verdade do sujeito; estamos no mal-estar do existir humano que aparece como um modo de revelar a falta na constituição do sujeito. Assim, angústia não é o indicativo do aparecimento da falta, mas o indicativo de que a falta que constitui o sujeito pode vir a faltar. O suplementar, naquilo que “ele cumula e acumula a presença” (DERRIDA, p. 177), que oferece como um *plus*, obscurece os contornos, as bordas do objeto e se apresenta na oferta de uma imaginária completude. Uma “funesta vantagem” como adverte Rousseau (ibid, p. 185).

O setor da saúde dita suplementar se coloca exatamente nesse lugar. Substitui a política pública de saúde, quando vende seu produto – planos de saúde – por meio da publicização de determinados significantes, como eficácia, eficiência, segurança, qualidade da assistência e da vida, ao tempo em que se configura como direito a mais, um objeto desejável, o qual se reivindica e se consome. Ou seja, há uma capitalização e um imperativo do gozo (LACAN, 1968-69/2008) próprios da contemporaneidade. O sistema de suplência construído pelas políticas de saúde favorece que os planos privados de saúde se alastrem, transformem-se em objetos de desejo, objetos de consumo, direitos sociais, suplências à falta travestidas de predicativos que tocam os sujeitos naquilo que surge como possibilidade imaginária de tamponar a falta. Talvez não tenha sido à toa que desde os primeiros projetos de redação da Constituição Federal de 1988, previa-se que a participação

da iniciativa privada se daria de “forma supletiva do sistema único de saúde”²⁸. Só três meses antes da promulgação é que o significante “supletivo” é substituído por “complementar”.

SUJEITO DE DIREITOS: (A)PAGAMENTO DO SUJEITO DO INCONSCIENTE

Nossa hipótese de trabalho persegue a ideia de que as políticas de saúde parecem apoiar-se numa lógica que funde direitos sociais e direitos do consumidor, como se fossem um só direito. Indica também que a colagem imaginária, porém legal, dos significantes *complementar* e *suplementar*, naturaliza uma contradição lógica, capturando o sujeito. Essa articulação entre o que seria um direito social e a lógica de consumo, diz para o sujeito, implícita ou diretamente, que ele pode ter acesso a um mais além, a um suplemento, que aparece para ele não apenas restrito à assistência à saúde, mas como um padrão a ser adotado em todas as esferas da vida.

Por isso, problematizar a relação entre sujeito e Estado se faz necessário. Debates teóricos passam pelo sujeito de direito, sujeito político e cidadão como categorias que vão sendo naturalizadas, como se aí não houvesse efeitos e consequências para o sujeito que subjetiva tais categorias e por elas é subjetivado. A necessidade de interrogar tais noções se dá pela impossibilidade de avançar na análise da subjetividade sem articulá-la no nível das relações que a produzem, além de que é comum observar em diferentes domínios do saber o desvanecimento da condição do sujeito – sua singularidade – em discursos que naturalizam o que é da ordem do político, isto é, do coletivo.

Conforme lembra Mascaro (2015), o sujeito de direitos não é uma categoria acidental, acessória, da sociedade contemporânea marcada pelo capitalismo neoliberal. Antes, é uma forma privilegiada e necessária de produção subjetiva que, referenciada pelo Estado, articula a vida social, os modos de produção, os modos de reivindicação por mais direitos. Há um nexo estrutural entre o sujeito jurídico, a política de Estado e o modelo de sociedade pautada no capitalismo neoliberal. Podemos dizer que tal sujeito encontra-se nesse arranjo como um dispositivo de operacionalização da sociabilidade capitalista.

²⁸ Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/publicacoes/GeneseConstituicao/pdf/genese-cf-1988-1.pdf>> (p. 327). Acesso em: 5 dez 2017.

As mercadorias não se trocam. Os sujeitos as trocam, por meio de sua *autonomia*²⁹. Tais mecanismos políticos e jurídicos da ideologia da subjetividade perpassam todas as formas de sociabilidade capitalista, [...] das necessidades práticas, das lutas e de todas as relações sociais (MASCARO, 2015, p. 21).

Douzinas (2000), ao fazer uma crítica à retórica dos direitos humanos e defender a tese de que vivemos uma cultura em que a ideologia dominante é a dos direitos, tenta demonstrar a artificialidade do sujeito jurídico. O autor afirma que este é uma personificação de normas, é uma ficção legal, uma construção na qual se combinam normas e regras de comportamento. Traz implícita a noção de sujeição, ao tempo em que os direitos dão a sensação de materialidade do desejo individual: um direito dá à vontade individual estatuto de vontade geral, reconhecida pelo Estado que lhe confere existência objetiva. Ademais, o sujeito jurídico é um lugar metafórico para o qual convergem as várias capacidades e poderes atribuídos pela lei (DOUZINAS, 2000). Santos (2005) complementa, enfatizando quão complexa é a relação entre cidadania e subjetividade:

Ao consistir em direitos e deveres, a cidadania enriquece a subjetividade e abre-lhe novos horizontes de auto-realização, mas, por outro lado, ao fazê-lo por via de direitos e deveres gerais e abstractos que reduzem a individualidade ao que há nela de universal, transforma os sujeitos em unidades iguais e intercambiáveis no interior de administrações burocráticas públicas e privadas, receptáculos passivos de estratégias de produção, enquanto força de trabalho, de estratégias de consumo, enquanto consumidores, e de estratégias de dominação, enquanto cidadãos da democracia de massas (ibid, p. 240).

Sendo assim, de que sujeito falamos? É possível afirmar que há relação entre Estado e sujeito? Se o sujeito de direito é ideologicamente baseado na abstração das normas jurídicas, forjado pelas leis, o sujeito mesmo estaria ausente? Assim, conforme Elia (2015), o estatuto da relação entre sujeito e Estado, na verdade, é de disjunção: “Categorias disjuntas podem se articular, à condição de manter, entre elas, o espaço de uma interseção vazia [...]. Nada do que é da ordem do Estado e nada do que é da ordem do sujeito encontra-se na interseção vazia que os disjunta” (ibid, p. 74).

Para chegarmos agora a uma análise baseada na psicanálise, precisaremos discernir como o Estado operacionaliza sua razão discursiva concretamente, na medida em que gerencia, governa, ancorado no discurso do mestre que tem “função coletivizante e assegura que todos marchem em cadência, com os rateios que as leis sancionam” (SOLER, 2010, p. 257-258). Também circunscreve capacidades e formalizações do sujeito de direito.

²⁹ Grifos nossos.

Eis o matema do discurso do mestre, apresentado por Lacan:

$$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a}$$

Através das políticas públicas para diversos setores da sociedade, o Estado legitima e provê os direitos sociais. Contudo, como toda lógica político-discursiva apresenta um elemento de impossibilidade, algo escapa, fica como resto, e os direitos que visam atender aos anseios do sujeito jurídico tangenciam a dimensão do real e do gozo do sujeito do inconsciente; por isso, a disjunção. Assim, a verdade escamoteada do sujeito barrado, não-todo (\$) que sustenta o agente do discurso – o Estado – mostra que há um limite, a suposta onipotência do Mestre é fragmentada, pois sustentado por sujeitos, submetidos a uma lei, a da castração.

Propomos aqui uma variante do discurso do mestre:

Estado	Políticas públicas
\$	Direitos sociais

Podemos dizer com isso que o axioma “todos iguais perante o Estado” não se sustenta, uma vez que escamoteia aquilo que emerge das singularidades, que fala não de sujeitos jurídicos, mas da divisão subjetiva, algo da ordem do desejo que marca cada um em sua diferença. Assim, entre Estado e sujeito (\$) há uma antinomia ou uma disjunção, como afirmado acima, pois para o desejo, sempre marcado pela singularidade, não há equivalências ou possibilidade de generalização.

O Estado, ao encarnar o discurso do mestre, sustenta a lei da governabilidade e situa o sujeito frente ao enigma de sua relação com a lei (fundada no Outro); contudo, porta um paradoxo na medida em que busca regular o impossível de ser regulado, assegurar o impossível de ser assegurado. Ou seja, comporta a contradição da relação do ser humano com o gozo. De fato, o que nos mantém no desejo é a lei, a lei da castração, da impossibilidade da completude, o que nada tem a ver, entretanto, com a adequação ao estabelecido (CHNAIDERMAN, s/d).

Além de ancorados no discurso do mestre e constituindo-se como proposições do Estado, os direitos sociais ganham força com o discurso do capitalista. A contradição intrínseca ao

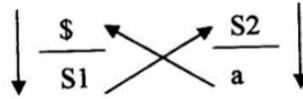
SUS, uma política nacional de saúde pública que prevê manutenção e instalação de serviços de saúde pública, em acréscimo – em suplemento – pela iniciativa privada, não diz respeito apenas ao fato social de ter sido implantado em um cenário neoliberal que defende a ampliação das relações comerciais na prestação de serviços – entre eles, saúde – e a redução do papel do Estado como provedor (SESTELO, SOUZA & BAHIA, 2013). Segundo esses autores (2013), o sistema de atenção à saúde no Brasil é um lócus de acumulação e valorização de capital, assim como local político-ideológico de regulação pelo Estado de uma dimensão importante da vida das populações.

O Estado passa a ser um ator central na organização da vida social, interferindo nos domínios sociais e econômicos, mas também nas demandas do cidadão. Essa contradição evidencia que o discurso do capitalista é um enunciado que se sobrepõe e se fortalece, no momento histórico atual, penetrando e subsistindo não apenas associado a objetos concretos, como costumeiramente tende-se a associar. Mais que isso, afeta os diversos fenômenos da vida em sociedade, monetarizando também direitos sociais, como a saúde. Nesse caso, o objeto a ser consumido não necessariamente se apresenta como um produto tecnocientífico, mas é resultado da implementação de políticas que legitimam e viabilizam a comercialização do acesso aos serviços de saúde.

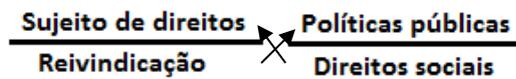
Como toda lei, o SUS rege, regula e controla condutas e o modo de operacionalização das políticas de saúde. Contudo, parece comportar em si mesma aquilo que contradiz a função da lei: fazer limite ao gozo. Quando viabiliza e promove a presença da iniciativa privada na execução dos serviços de saúde pública, reforça o domínio das relações financeiras, ratificando a força do discurso do capitalista. Além disso, o entrelaçamento entre os discursos do mestre e o capitalista faz com que a forma que o discurso dos direitos sociais assume na atualidade seja de uma estrutura regida pela “gramática cujos termos se resumem à polaridade de ter ou não ter direitos” (BUENO, 2016, p. 219).

Ao contrário de regular, como faria o discurso do mestre, o discurso capitalista cria uma segregação definida pelos que têm ou não acesso a planos de saúde. Assim, é possível deduzir a relação do sujeito com os direitos sociais também a partir do discurso capitalista. O discurso capitalista não foi formulado juntamente com os quatro primeiros, nem segue a mesma lógica do giro discursivo, a partir do qual todos os discursos se estruturam. Ele surge da torção da primeira fração do discurso do mestre e, ao contrário do estabelecimento de um laço social, fragiliza laços e os conduz ao fracasso. Embora o sujeito

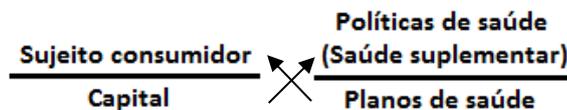
($\$$) ocupe a posição do agente, ele é subsumido no circuito instaurado pelo capitalismo que retroalimenta uma relação de dominação que vai do sujeito ao objeto e do objeto ao sujeito. Tal objeto é sempre algo a ser consumido. Sua fórmula é a seguinte:



Aqui, lemos a relação do sujeito com os direitos sociais, a partir do discurso capitalista, da seguinte forma:



O sujeito, assumindo a posição de sujeito de direitos, tem como imperativo o “reivindica!” (BUENO, 2016, p. 219) e o que está em jogo é o cálculo da maximização dos direitos. Aqui a fragilidade dos laços se apresenta tanto pela opacidade da divisão subjetiva por meio da ilusão da completude via objeto, quanto pelo apagamento da singularidade, fundada na lei para todos, pautado no direito *a*. Direito ao mais-de-gozar, à busca crescente de exigências de paridade, de padronização de benefícios, com a crença na regulação de problemas subjetivos e sociais. Direito aos objetos-suplência – plano suplementar, como reiteram as políticas de saúde –, que tamponam o vazio fundamental, em nada tocando a singularidade mesma daqueles que reivindicam e consomem. Consequentemente, a relação com os planos de saúde também segue a lógica discursiva do capitalismo:



À noção de sujeito de direito é agregado o estatuto de consumidor, constituindo um sujeito estimulado pela ânsia de consumo que materializa o significante-mestre capital (QUINET, 2006). Essa materialização é possibilitada pela condição de cidadania que tanto assegura direitos sociais como garante o direito ao consumo, e pela implementação das políticas de saúde pública que regulamentam a saúde dita suplementar, em que o sujeito paga pelo acesso aos serviços de saúde. Assim, a política do gozo, característica do discurso capitalista, situa o sujeito ($\$$) no circuito, onde os planos de saúde assumem o lugar do mais-de-gozar. A saúde dita suplementar, em sua oferta de assistência por meio do

pagamento antecipado, desponta como benefício, que vem responder ao ideal dos direitos sociais, da promessa de que o sujeito, com um plano privado de saúde, encontrará o seu bem (podendo ser lido como o contrário do mal), o bem-estar, o conforto, um direito/benefício social, um suplemento, a despeito de tudo o que concerne à relação do ser humano com o desejo.

Conforme afirma Lacan (1969-1970/2008, p. 272-273) “o bem se articula desde então de uma maneira totalmente diferente. O bem não está no nível do uso do pano [ou do *plano*, diríamos nós]. O bem está no nível disto – o sujeito pode dele dispor”. Pagar pela saúde tornou-se, portanto, um modo de gozo. Instala o sujeito no circuito fechado sujeito/objeto, haja vista que o pagamento antecipado – estratégia de recuperação do gozo perdido – sustenta a fantasia de que é possível usufruir, satisfazer um desejo, recuperar o objeto perdido e escapar do desamparo, que um problema de saúde, por exemplo, pode suscitar. Lacan (1959-1960, p. 262) adverte ainda: “todas as espécies de bens tentadores se oferecem ao sujeito, e vocês sabem que imprudência haveria se deixássemos colocarmo-nos na postura de ser para ele a promessa de todos os bens como acessíveis”.

O sujeito, alienado ao Outro, pode atualizar nos planos de saúde mais um modo de gozo. “Seu ticket de benefício” (LACAN, 1966/2001, p. 10) assegura um novo direito à saúde e alimenta um gozo não questionado, porque tem a legitimação das políticas – tanto daquela que se funda no ordenamento legal da *polis* como no que se refere à política dos discursos, mais especificamente dos discursos do mestre e do capitalista.

A partir daí, também surgem questões referentes à responsabilização do sujeito. Ao contrário do que se poderia supor, a identificação do sujeito de direito como aquele para quem a psicanálise se dirige, pois ele é aquele que pode ser considerado responsável pelos seus atos, implica a responsabilidade do sujeito jurídico, diluída na reivindicação que atribui ao Outro a garantia de suas prerrogativas. Ou, como afirma Santos (2015), o avanço da luta em defesa dos direitos acaba por “transformar sujeitos em clientes de um Estado plenipotenciário” (ibid, p. 161), para quem se endereça uma demanda. Demanda, contudo, que nada mais é do que um estado de alienação do desejo, posição em que se está alienado ao “desejo do Outro” (LACAN, 1964/1996, p. 102). Há uma conformação subjetiva que, de fato, os faz responder pelo ato civil, sendo responsabilizados a partir de um arranjo político-jurídico, que não diz respeito à singularidade.

A responsabilidade que interessa à psicanálise é a do comprometimento, por parte do sujeito, a implicação por uma dimensão outra que coloca o sujeito diante da castração, do desejo e do gozo. Trata-se do reconhecimento do desejo do Outro, da identificação do desejo com a demanda do Outro, buscando separar-se dele. Assim, o sujeito estaria de fato na posição de agente, assumindo a mais radical e cruel das responsabilidades (ELIA, 2005, p. 6). “Se o sujeito está nesse lugar em relação ao campo social, só lhe resta a mais aguda responsabilização. [...] Se ele é o lugar do real na estrutura do social, sua responsabilidade deixa de ser um atributo seu ou de outrem”. Ou seja, o sujeito não é apenas responsável por aquilo que estaria sob a base de um saber ou escolha conscientes, mas como aponta Lacan (1967 apud ELIA, 2005, p. 06), “só podemos nos responsabilizar por algo que não podemos ainda responder”. Responsabilizar-se, justamente ali onde não se tem ainda condição de responder, é tomar a responsabilidade no sentido inconsciente e radical do termo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As lutas sociais – oriundas de conflitos sociais complexos que envolvem disputas de classes e interesses econômicos, étnicos e culturais e que têm cada vez mais se alargado na diversidade de categorias que buscam direito e justiça – são importantes e necessárias para o desenvolvimento de uma sociedade com menos desigualdades sociais. Nossa argumentação, neste artigo, visa escapar de uma posição ingênua que reproduz o discurso dos direitos sociais, do direito à saúde – inclusive como argumento de vendas, como faz a saúde dita suplementar – sem problematizar a complexidade do campo, da estrutura social, assim como abordar o enunciado da reivindicação, aproximando-o também daquilo que concerne ao sujeito. Afinal, conforme adverte Bueno (2016, p. 221):

Tal discurso [dos direitos] se destaca por sua particular capacidade de descrever situações políticas complexas e conflituosas em termos normativos relativamente simples. É um discurso que assume que a sociedade caminha para uma homogeneidade cultural e moral que traz implícita a crença de que o mal-estar se dissolverá paulatinamente.

Nesse ponto, situa-se uma possível contribuição da psicanálise ao campo social. O avanço em relação às questões sociais implica o sujeito que fala. O sujeito deverá ser escutado para além do que sabe sobre si, e mesmo do que não sabe sobre si. Todo saber produzido no campo social também terá que estar do lado do sujeito, pois ainda que os discursos sejam

determinantes e fundamentais, também comportam algo de “intrusivo e paradoxal que determina[m] a impossibilidade dos projetos políticos de totalização” (DANZIATO, 2014, p. 316). E é o próprio sujeito quem evidencia isso.

Santos (2005) diz que a superação da tensão entre cidadania e subjetividade só se dará no marco da emancipação, ou seja, pela possibilidade de ultrapassar a relação construída pela lógica reguladora. Por outro lado, é preciso também que tal lógica político-discursiva seja problematizada, discutida, a fim de fazer aparecerem as brechas pelas quais a singularidade seja posta em questão, ao invés de o sujeito manter-se cada vez mais alienado ao desejo do Outro. A emancipação da qual Santos (2005) fala deveria estar associada à possibilidade de o sujeito poder confrontar-se com seu desejo, afetar-se, mudar sua posição na existência, pois a reivindicação e o consumo de objetos-suplências e de direitos sociais como suplementos à falta estrutural certamente não são a melhor forma de estruturar uma demanda.

Finalmente, o discurso analítico pode contribuir quanto à explicitação de que o que mantém o sujeito desejante é o limite que impõe a impossibilidade de completude e de gozo pleno. Vimos, contudo, a posição paradoxal e contraditória do Estado neoliberal brasileiro relativamente a uma política pública que leve em consideração a singularidade do sujeito, e que não se confunde com o abstrato sujeito de direitos. Aliás, como Lacan (1971-1972/2012, p. 90) aponta, “a demanda que ele [o discurso analítico] satisfaz é o reconhecimento deste dado fundamental: que o que se demanda *não é isso*”.

REFERÊNCIAS

BENCHIMOL, J. L. **Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999.

BONAVIDES, P. **Do Estado Liberal ao Estado Social**. 8. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/con1988_04.02.2010/CON1988.pdf. Acesso em: 5 ago. 2015.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Saúde Suplementar/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. **Glossário temático: Saúde Suplementar** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Saúde suplementar**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

BUENO, P. O sujeito do inconsciente e o sujeito de direito: ponto de conjunção ou de disjunção na interlocução da psicanálise com a saúde mental? **Stylus**, Rio de Janeiro, n. 33, 2016, p. 217-225.

CHNAIDERMAN, M. Lei, estado e desejo. **Percurso**, v. 3, ano 2, 2º semestre, 1989. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/percurso/main/pcs03/ChnaidermanLei.htm>. Acesso em: 5 set. 2016.

COSTA, E. V. **Da Monarquia à República**. 7. ed. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999.

COUTINHO, B. S.; SOUZA, C. O.; SANTOS, E. F. & SILVA, J. R. S. **Questão social, estado no capitalismo e as políticas sociais**. Monografia. Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, Serviço Social. Presidente Prudente: São Paulo, 2005.

DALLARI, S. G. & AITH, F. **Psicologia na saúde suplementar: aspectos regulatórios**. Conselho Regional de Psicologia da 6ª região. São Paulo: CRP/SP, 2008.

DANZIATO, L. Heterogeneidade e imanência entre o gozo e o poder. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 14, n. 30, 2014, p. 313-323. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2014000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 mar. 2017.

DERRIDA, J. **Gramatologia**. São Paulo: Perspectiva/Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

DIAS, M. G. L. V. Le sinthome. **Ágora**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2006, p. 91-101.

DOUZINAS, C. **The end of human rights**. Critical legal thought at the turn of the century. Oxford. Portland, Oregon: Hart Publishing, 2000.

ELIA, L. **O sujeito, o real e o social**. II SEAD – Seminário de Estudos em Análise do Discurso. O Campo da AD no Brasil: Mapeando conceitos, confrontando limites. UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

ELIA, L. Política da psicanálise e política do Estado: uma exclusão possivelmente fecunda. In: BARROS, R. M. M e DARRIBA, V. A. **Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito**. Rio de Janeiro/Faperj: Companhia de Freud, 2015.

GRIN, E. J. Regime de Bem-estar Social no Brasil: Três Períodos Históricos, Três Diferenças em Relação ao Modelo Europeu Social-democrata. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**. São Paulo, v. 18, n. 63, 2013, p. 186-204.

GUERRA, A. M. C. **A estabilização psicótica na perspectiva borromeana: criação e suplência.** Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

KASHIURA JR, C. N. **Sujeito de direito e capitalismo.** Doutorado. Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

KELSEN, H. **A teoria pura do direito.** 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LACAN, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: _____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1960/1998.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana,** São Paulo, n. 32, 1966/2001.

LACAN, J. **O saber do psicanalista (1971-1972).** Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2001.

LACAN, J. O seminário sobre a carta roubada (1953). In: _____. **Escritos.** Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

LACAN, J. **O seminário, livro 2: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

LACAN, J. **O seminário, livro 7: A ética da psicanálise (1959-1960).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LACAN, J. **O seminário, livro 16: De um outro ao outro (1968-1969).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LACAN, J. **O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise (1969-1970).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, J. **O seminário, livro 19: Ou pior (1971-1972).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

LACAN, J. **O Seminario, livro 23: O sinthoma (1975-1976).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

MALTA, D. C.; CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; JORGE, A. O. & COSTA, M. A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, n. 9, v. 2, 2004, p. 433-444.

MASCARO, A. L. A política da subjetividade jurídica. In: BARROS, R. M. M e DARRIBA, V. A. **Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito.** Rio de Janeiro/Faperj: Companhia de Freud, 2015.

MATTOS, P. T. L. A formação do estado regulador. **Novos estudos - CEBRAP,** São Paulo, v. 76, n. 200, 2006, p. 139-156. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33022006000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 mai 2017.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** Doutorado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

NUNES, E. O.; NOGUEIRA, A. M.; COSTA, C. C.; ANDRADE, H. V.; RIBEIRO L. M. **Agências reguladoras e reforma do Estado no Brasil: Inovação e continuidade no sistema político institucional.** Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

PAIM, J. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 29, 2013, p. 1927-1953.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L. MACINKO, J. Health in Brazil I The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, 377, 2011, p. 1778–1797.

PIETROBON, L., PRADO, M. L. & CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008, p. 767-783.

QUINET, A. **Psicose e laço social.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice.** O social e o político na pós-modernidade. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SANTOS, T. C. Responsabilidade coletiva e responsabilidade subjetiva: saúde é um direito ou um dever? In: BARROS, R. M. M e DARRIBA, V. A. **Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito.** Rio de Janeiro/Faperj: Companhia de Freud, 2015.

SESTELO, J. A. F. SOUZA, L. E. P. F. & BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 5, n. 29, 2013, p. 851-866.

SILVA, L. J. O controle das endemias no Brasil e sua história. **Ciência e Cultura.** São Paulo, v. 55, n. 1, 3003, p. 44-47.

SIMIONATTO, I. Estado e democracia. In: COSTA, L. C. (Org.). **Estado e democracia: pluralidade de questões.** Ponta Grossa. Editora UEPG, 2008.

SOLER, C. Estatuto do significante mestre no campo lacanian. **A peste,** São Paulo, v. 2, n. 1, 2010, p. 255-270.

SOUZA, R. M. L. **O mercado de saúde suplementar no brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde.** Doutorado. Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2014.

SPARAPANI, P. O modelo de estado brasileiro contemporâneo: um enfoque crítico. **Âmbito Jurídico,** Rio Grande, XV, n. 98, mar 2012. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11257. Acesso em: 3 jul. 2016.

VERAS, M. **A loucura entre nós: a teoria lacianiana das psicoses e a saúde mental.** Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

ZIROLDO, R. R.; GIMENES, R. O.; CASTELO JÚNIOR, C. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 37, 2013, p. 216-221, Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_demanda_prestacao.pdf. Acesso em: 4 maio 2017.

ARTIGO 3

SAÚDE SUPLEMENTAR:

APROXIMAÇÕES ENTRE PSICANÁLISE E BIOPOLÍTICA

*Uma vida é somente um fenômeno
biológico enquanto não é interpretada –
Paul Ricoeur*

INTRODUÇÃO

Ao longo do mês de outubro do ano de 2017, uma série de notícias³⁰ sobre as reformas na Lei 9.656/1998³¹, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde, foi veiculada. Entre elas, talvez a mais polêmica seja a do aumento das mensalidades dos planos de saúde para idosos. Ao contrário do que preconiza o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003³²), no qual é vetado o reajuste por idade nos planos de saúde para pessoas a partir dos 60 anos, o Projeto de Lei 7419/06³³ prevê o alongamento do reajuste na última das 10 faixas etárias: pessoas com 59 anos ou mais. Atualmente, as operadoras dos planos de saúde aplicam aumentos significativos na última faixa, chegando ao percentual 130%³⁴, o que compensaria a impossibilidade de posteriores aumentos.

³⁰ Tais como:

http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2017/10/03/internas_economia,630777/mudancas-nos-planos-de-saude-devem-mexer-ate-com-o-estatuto-do-idoso.shtml;

<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/10/1928626-planos-de-saude-para-idosos-podem-ficar-impraticaveis-dizem-especialistas.shtml>;

<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,projeto-preve-cinco-faixas-de-reajuste-nos-planos-de-saude-para-idosos,70002051965>;

<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2017/10/operadoras-reagem-contraprojeto-que-altera-lei-que-rege-planos-de-saude.html>

³¹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm.

³² Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.

³³ Aguardando deliberação na Comissão Especial, adiada para 29/11/2017.

³⁴ Disponível em:

http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2017/10/29/internas_economia,637197/plano-de-saude-pode-sofrer-reajuste-para-pessoas-com-59-anos-ou-mais.shtml. Acesso em: 30 out 2017.

À primeira vista, a análise das reformas pretendidas pelo Projeto de Lei coloca em evidência o caráter econômico-financeiro das medidas. Não há dúvida sobre isso. A partir da argumentação de que o envelhecimento acarreta doenças crônicas e suas complicações, tendo como consequência maior incidência de internações hospitalares (prolongadas e repetidas), atendimentos emergenciais e de consulta em diferentes especialidades, as operadoras dos planos de saúde justificam o aumento de preços com base em probabilidade do crescimento de custos, tendo em vista o planejamento e a manutenção financeira da chamada saúde suplementar, incluída no Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, apenas a análise econômica das mudanças na lei que regulamenta o sistema oficialmente batizado de saúde suplementar não é suficiente para compreendermos outras questões que uma reforma como essa nos coloca, embora não se reduzam a ela. Além dos custos que o envelhecimento populacional acarreta para a chamada saúde suplementar, o setor trabalha ainda com dispositivos de gestão da vida, na medida em que estabelece “cercas” (RIBEIRO, 2011, p. 39), controles e mecanismos de gestão que levam em conta indicadores biológicos como determinantes na regulação dos riscos. Estes, no caso dos cuidados à saúde, estão associados “a características inerentes dos beneficiários e refletem sua possibilidade de adoecer” (STIVALI, 2011, p. 3730).

Assim, a questão da saúde suplementar pode ser mais bem compreendida em sua complexidade por meio do conceito de biopolítica (FOUCAULT, 1978-1979/2008), uma vez que a vida e os seus mecanismos entram no domínio dos cálculos explícitos e fazem do poder-saber um agente de transformação da vida humana (FOUCAULT, 1999). O poder sobre a vida se organiza mediante intervenções e controles regulatórios que tomam por base processos biológicos tais como nascimento, longevidade, condição de saúde, reprodução, duração da vida, sendo permanentemente aparelhados pelo discurso médico-científico. Safatle (2015, p. 336) resume a biopolítica: “a maneira pela qual os mecanismos disciplinares constituem o que é biológico enquanto campo naturalizado de normatividades e valores que expressarão processos sociais de gestão da vida e dos corpos”.

Nesse sentido, a dita saúde suplementar, tomada como dispositivo biopolítico, atua desde a disciplinarização dos corpos, com um conjunto de tecnologias que pensa o sujeito tanto como consumidor quanto como objeto do saber médico-científico, eclipsado por exames, procedimentos e diagnósticos – a partir do modelo biomédico –, até o desenvolvimento de controles para docilização dos corpos (ibid.), manutenção e estabelecimento de padrões

normalizadores que qualificam comportamentos como sendo (ou não) saudáveis, com menores (ou maiores) fatores de risco etc. Sua operacionalização se dá por meio da implantação de programas que, embora revestidos pelo discurso da promoção da saúde e prevenção de doenças, assumem na dita saúde suplementar “características que permitem a manipulação pelos mecanismos de mercado, tendo em vista o consumo individual” (RIBEIRO, 2011, p. 39), pois buscam a gestão de modos de vida determinados, considerados mais adequados aos seus objetivos econômicos e sociais.

Ora, se “a saúde se torna um valor em si mesmo, um padrão para julgar e rejeitar comportamentos e condutas a partir da avaliação dos riscos aí implicados” (TUCHERMAN, 2010, p. 218), ou ainda, se o mercado da “saúde suplementar não trabalha com o conceito de produção da saúde, mas com a ideia de evento/sinistralidade” (MALTA, s/d, p. 17), o efeito do olhar biomédico é o da dissolução e apagamento do sujeito.

Pautado no discurso científico – que embora ancorado no discurso universitário, se produz a partir do discurso do mestre –, o modelo biomédico opera pela autoridade de um saber que submete o outro, o “paciente”. Este se transforma em objeto (biológico) a ser dissecado pela tecnologia médica que virá reunir elementos e sinais empiricamente verificáveis para a elaboração de uma descrição diagnóstica, visando estabelecer um tratamento. Segundo Clavreul (1983), entretanto, quando a ciência tenta fundar a realidade do objeto, ela tende a constituir um discurso em que o sujeito não tem nenhum lugar, pois a verdade enunciada por ela deve ser independente daquele que a enuncia. Ou, como diz Lacan (1969-70/1991, p. 171), “o discurso da ciência não deixa nenhum lugar para o homem”.

O modelo biomédico, portanto, quando tenta reificar a doença pela descrição fenomênica dos sintomas apresentada pelo discurso médico-científico, destitui o sujeito de seu lugar de autoria e de responsabilidade. Quanto a isso, Clavreul (1983) vem lembrar que para Lacan o objeto é sempre objeto *a*. Sua materialidade importa menos que sua função significante e que a possibilidade que ela fornece ao sujeito de o constituir no seu discurso, pois é no sujeito enquanto autor, sujeito de seu discurso, que está a chave para abertura ética da responsabilização desse sujeito-cidadão, mostrando o pouco de realidade que tem o objeto enquanto ele é suporte do desejo.

Diante do exposto, este artigo visa discutir como a chamada saúde suplementar brasileira pode ser caracterizada como um dispositivo biopolítico, a partir do pressuposto de que o setor privado reproduz o discurso hegemônico do modelo biomédico, sustentado na

centralidade do saber médico e científico, que administra a vida mediante indicadores biológicos e econômico-financeiros. Tais indicadores apagam o sujeito por sua submissão a “uma classificação permanente dos indivíduos, uma hierarquização, uma qualificação, o estabelecimento de limites, uma diagnósticação”³⁵ (FOUCAULT, 1976, s/p).

Nossa hipótese, que articula o conceito de biopolítica de Michel Foucault e a teoria dos discursos, proposta por Jacques Lacan, tem a seguinte formulação: a ideia de suplemento, contida no sintagma ‘saúde suplementar’, fornece ao sujeito contemporâneo uma ilusão de que um *plus* de saúde lhe é ofertado. Assim, quando, por uma decisão voluntarista, ele se transforma no consumidor neoliberal (FOUCAULT, 2008), o que obtém não é a liberdade sobre suas escolhas, mas a submissão a uma posição alienada em relação a seu corpo e a um gozo *standard*, padrão. Tal formulação é tributária da leitura que fazemos do discurso capitalista, o quinto discurso matemizado por Lacan, e que receberá neste artigo um tratamento voltado a esclarecer o nosso objeto: a dita saúde suplementar no Brasil, tornada uma política de Estado, pois vinculada ao Ministério da Saúde e ao SUS. É o que buscaremos fazer a seguir.

SAÚDE SUPLEMENTAR COMO ESTRATÉGIA BIOPOLÍTICA

Para além de um setor de atenção à saúde que se mantém pela oferta técnico-profissional privada e voltada para a doença, a dita saúde suplementar no Brasil reproduz um modo específico de lidar com a vida que, além de revelar relações de poder, evidencia a “estatização do biológico” (FOUCAULT, 1975-1976/2005, 2005, p. 286), que não se dirige mais ao homem-corpo, apenas, mas ao homem vivo.

Entramos assim no âmbito da biopolítica. A noção de biopolítica tem estado no centro de debates ético-políticos (AGUIAR, 2012) e “não só foi instalada no centro do debate internacional, mas marcou o início de uma etapa completamente nova na reflexão contemporânea” (ESPOSITO, 2006, p. 23)³⁶. Antes mesmo de a expressão ganhar

³⁵ [...] une classification permanente des individus, une hiérarchisation, une qualification, l'établissement de limites, une mise en diagnostic.

³⁶ “la noción de ‘biopolítica’ no sólo se ha instalado en el centro del debate internacional, sino que ha marcado el inicio de una etapa completamente nueva de la reflexión contemporánea”. [Esta e todas as demais traduções não referenciadas em português são de nossa responsabilidade].

notoriedade, entretanto, a compreensão da vida biológica como submetida a mecanismos sociais e políticos já aparece, por exemplo, em Arendt (1958/2007) para quem a assunção da vida humana, biologicamente compreendida, é o ponto basilar de articulação do poder e da sociabilidade contemporânea, o que, conseqüentemente, faz com que na sociedade a subsistência adquira importância pública e que as atividades que dizem respeito à sobrevivência sejam admitidas publicamente. Processos vitais, biológicos são apropriados por instâncias sociais, que os transformam em ferramenta para a produtividade. Nas palavras da autora,

A mais clara indicação de que a sociedade constitui a organização pública do próprio processo vital talvez seja encontrada no fato de que, em tempo relativamente curto, a nova esfera social transformou todas as comunidades modernas em sociedades de operários e assalariados; em outras palavras, essas comunidades concentraram-se imediatamente em torno da única atividade necessária para manter a vida – o labor. [...] A promoção do labor à estatura de coisa pública, longe de eliminar o seu caráter de processo [...], liberou, ao contrário, esse processo de sua recorrência circular e monótona e transformou-o em rápida evolução, cujos resultados, em poucos séculos, alteraram inteiramente o mundo habitado. [...] A esfera social, na qual o processo da vida estabeleceu o seu próprio domínio público, desencadeou um crescimento artificial, por assim dizer, do natural (ibid, p. 56-57).

Arendt (2007, p. 15) define o labor como: “a atividade que corresponde ao processo biológico do corpo humano, cujos crescimento espontâneo, metabolismo e eventual declínio têm a ver com as necessidades vitais produzidas e introduzidas pelo labor no processo da vida. A condição humana do labor é a própria vida”.

A noção de biopolítica aparece quando Foucault descreve o surgimento de uma nova tecnologia do poder não mais centrada na lógica da sociedade disciplinar – que se voltava para o corpo individual como máquina, para a vigilância, docilização e o adestramento desse corpo com vistas ao desenvolvimento de força útil produtiva e sua integração aos sistemas de controle eficazes e econômicos do mundo do trabalho, do capitalismo. Essa nova tecnologia do poder começa a estar interessada na vida do ser humano, na multiplicidade dos homens-espécie, “não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela [a multiplicidade] forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, como o nascimento, a morte, a produção, a doença etc.” (FOUCAULT, 1975-1976/2005, p. 289), voltada muito mais ao poder produtivo que ao repressivo. Sem excluir a técnica disciplinar, ao contrário, integrando-se a ela, a biopolítica

se desenvolve como atividade política ou ação do Estado tornada ação de governo sobre a vida biológica dos indivíduos, de uma população.

Agamben (2007) retoma as análises de Foucault acerca da biopolítica, mas se separa delas quando traz para a discussão conceitos como o de *homo sacer*, a vida nua e o campo de concentração e o estado de exceção como paradigmas biopolíticos. Para o autor, domínios distintos considerados dicotômicos, tais como *zoé* e *bíos* – vida nua – corpo biológico e forma de vida – corpo político, respectivamente – encontram-se hoje confundidos, não sendo mais possível a distinção entre vida biológica e existência política. Somado a isso, o autor extrapola o quadro histórico fixado por Foucault, que demarca a emergência da biopolítica a partir do século XIX, quando afirma que desde sempre política é biopolítica. Segundo o próprio autor,

O estado de exceção, no qual a vida nua era, ao mesmo tempo, excluída e capturada pelo ordenamento, constituía, na verdade, em seu apartamento, o fundamento oculto sobre o qual repousava o inteiro sistema político; quando as suas fronteiras se esfumam e se indeterminam, a vida nua que o habitava libera-se na cidade e torna-se simultaneamente o sujeito e o objeto do ordenamento político e de seus conflitos, o ponto comum tanto da organização do poder estatal quanto da emancipação dele (AGAMBEN, 2007, p. 16-17).

Para explicitar essa compreensão, Agamben (ibid.) remonta à figura do direito romano arcaico, o *homo sacer* (a vida matável e insacrificável) que, preso ao espaço político da soberania que suspende a lei no estado de exceção, implica nele a vida nua. É justamente a vida nua aquilo que constitui o conteúdo primeiro do poder soberano: a vida matável, embora não sacrificável, sem que tal morte constitua um homicídio, um crime. Conforme aponta Agamben (2007, p. 91): “Soberana é a esfera na qual se pode matar sem cometer homicídio e sem celebrar um sacrifício, e sacra, isto é, matável e insacrificável, é a vida que foi capturada nesta esfera”, como nos campos de concentração.

Sobre isso, Freud (1915/2006), ao escrever sobre a 1ª Guerra, já discutia que o Estado proíbe aos indivíduos a prática do mal, não porque deseje abolir o mal, mas porque precisa monopolizar a violência. Ou seja, a vida nua implicada na esfera política constitui o núcleo originário do poder soberano, sendo a produção de um corpo biopolítico o que há de mais original desse poder. Nesse sentido, a biopolítica é tão antiga quanto a exceção soberana e é o princípio de seu poder. O Estado moderno, colocando a vida biológica no centro de seus cálculos, não faz mais, portanto, do que reconduzir à luz o vínculo secreto que une o poder à vida nua (ibid.).

Falar de biopolítica é, destarte, chamar a atenção para um poder soberano que opera sobre a vida de “cidadãos em cujo corpo natural está em questão a sua própria política” (ibid, p. 193), assim como, para a utilização das estratégias médico-jurídicas que visam à medicalização e à normalização da sociedade (FOUCAULT, 1999). A vida está, portanto, implicada diretamente na política. O Estado passa a cuidar dos seres vivos, compreendidos como uma população e “o resultado é a crescente intervenção do Estado na vida cotidiana dos indivíduos: sua saúde, sexualidade, corpo e dieta” (OKSALA, 2011, p. 105). Vemos, assim, uma forma de controle social, um controle regulatório dos corpos e da população, a partir do qual se promove a vida. Desse modo, “o homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar” (FOUCAULT, ibid, p. 134).

Há uma importância crescente assumida pela atuação da norma quando a vida se torna alvo privilegiado da atuação do poder. Já não se trata simplesmente de disciplinar e regradar comportamentos individuais, mas a normalização da conduta da espécie humana, tomada como uma população, é o que está em jogo. Regradar, observar, manipular e incentivar fenômenos que não se restringem mais ao ser humano no singular, mas àquele que aparece indiscriminado nas estatísticas das taxas de natalidade e mortalidade, das condições sanitárias das cidades, do fluxo das infecções e contaminações, da duração e das condições da vida. O poder que se encarrega da vida distribui “os vivos em um domínio de valor e utilidade” (ibid, p. 135) e, para tanto, mede, qualifica, avalia, hierarquiza, operando distribuições em torno da norma.

Em associação, atuar no sentido da promoção da vida implica necessariamente o fenômeno da “medicalização indefinida” (FOUCAULT, 2010, p. 180), na qual a medicina, o saber médico dirige-se a outros campos que ultrapassam os limites do doente e das doenças. Ou seja, não há campo exterior à medicina, já não há mais campo que não seja controlado nem codificado pela medicina; “a preponderância concedida à patologia se converte em uma forma geral de regulação da sociedade” (p. 186). Ademais, a regulação das populações pela utilização de diversos aparelhos, como o médico – na esteira do desenvolvimento científico moderno – trouxe para a vida em sociedade uma lei normalizadora para regular a vida, que se consolida não apenas no direito à vida, mas no direito à saúde. Conforme aponta Foucault (ibid., p. 181),

De modo mais geral, pode-se afirmar que a saúde se converteu em um objeto de intervenção médica. Tudo o que garante a saúde do indivíduo, seja a salubridade da água, as condições da moradia ou o regime urbanístico, é hoje um campo de intervenção médica que, conseqüentemente, já não está vinculado exclusivamente às doenças.

Desse modo, se para a *epistémê* clássica, até o fim do século XVIII, a vida enquanto objeto de atenção e estudo não existia (FOUCAULT, 2002), havendo apenas a descrição de partes dos corpos naturais dos seres vivos, a partir da modernidade, há um progressivo evidenciamento da centralidade da vida nos modos de organização social e política. A vida se tornou objeto de conhecimento, objeto de investigação e manipulação científica – em prol da promoção da saúde –, de modo que a natureza, um contraponto claro à cultura, à linguagem, aos valores, passa a ser atravessa pela biotecnologia. Assim, o que há de se somar a esse quadro, é a disseminação das tecnociências, o desenvolvimento de biotecnologias de intervenção sobre a vida, aspectos salientes do cenário biopolítico contemporâneo, aos quais cada vez mais o ser humano se vê obliterado frente ao controle biocientífico, à “uma medicalização minuciosa de seus corpos” (FOUCAULT, 1999, p. 137).

Falar de biopolítica hoje é falar das formas de vida da nossa sociedade que reproduzem discursos hegemônicos, como o científico, biomédico, biotecnológico. As estratégias biopolíticas não estão restritas a uma macropolítica de Estado, mas podem ser identificadas em situações sutis e acontecem de maneira múltipla, complexa e não uniforme. Conforme apontam Assmann, Pich, Gomes e Vaz (s/d),

[...] o poder sobre a vida adquire no século XX, [...] novos contornos, deixando de ser gerenciado pelo Estado ao transferir-se para a esfera da vida privada ou social, criando biosociabilidades que promovem o agrupamento de indivíduos conforme critérios, por exemplo, de saúde.

Além disso, a vida se tornou objeto central do capitalismo ou, ainda mais, “a vida mesma tornou-se um capital, senão ‘o’ capital por excelência, de que todos e qualquer um dispõem, virtualmente, com conseqüências políticas a determinar” (PELBART, 2003, p. 13).

Isso posto, não é difícil inferir como a ideia de saúde suplementar pode ser entendida como reprodutora dos discursos hegemônicos e estratégia biopolítica, no que diz respeito à saúde, à regulação e gestão da vida, à política econômica e social da medicina. A organização da política econômica em mercados da saúde, em controle biotecnológico dos corpos, ganha materialidade também pela noção de saúde suplementar, que traz em seu

bojo a racionalidade redutora da complexidade da vida a aspectos biomédicos. Ela está pautada na perspectiva biomédica cujo pressuposto básico é a atuação sobre um corpo biológico adoecido, a partir do saber médico, cada vez mais apoiado em conhecimentos tecnocientíficos.

Assim, o modo de produzir saúde na dita saúde suplementar tem sido caracterizado “por um modelo tecnoassistencial de fragmentação do cuidado, pela ênfase na produção de procedimentos e pela concepção biologicista do processo saúde/doença, que opera centrado no trabalho médico e na instituição hospitalar” (FRANCO & RIBEIRO, 2011, p. 64). Ademais, o setor atua no sentido de corroborar a relação médico-paciente pautada em uma atuação prescritiva baseada em critérios diagnósticos e indicações clínicas, incrementados pelo aumento crescente do uso de tecnologias, para as quais “a colaboração médica será considerada como benvinda [sic] para programar as operações necessárias para a manutenção do funcionamento deste ou daquele aparelho do organismo humano em condições precisas” (LACAN, 1966/2001, p. 10).

Contudo, é preciso dizer também que, apesar do domínio biomédico, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) brasileira, vinculada ao Ministério da Saúde, tem buscado fortalecer a reorganização do modelo de atenção à saúde no setor, através de estímulos às operadoras dos planos para trabalharem na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Alguns exemplos são os programas “De olho no peso” e “Clube da mamãe” (FRANCO & RIBEIRO, 2011, p. 64), o programa de promoção à saúde de pacientes idosos crônicos (FRANCO et al., 2011), a implantação do “Setor de prevenção” e “Estações de saúde” (MATHIAS et al., 2011), que têm como objetivos gerar potenciais de prevenção sob a forma de ações educativas, informações sobre hábitos de vida saudável, enfim, do desenvolvimento de técnicas de cuidados de si.

Tais iniciativas certamente representam algum avanço em relação à oferta de uma lógica de atenção à saúde apenas centrada no corpo ou órgão adoecido. Indicam, também, a presença da racionalidade biopolítica, quando se imprime um valor sobre modos de existência, com base em critérios do saber médico-científico, e não necessariamente nas referências singulares dos sujeitos, anulando ou se sobrepondo a aspectos socioculturais e subjetivos implicados nas opções de vida de cada um (FRANCO et al., 2011a), além de manter a individualização do cuidado de si com vistas ao atendimento da lógica de mercado.

O que vemos surgir daí são claros efeitos sobre a subjetividade. As práticas de cuidado de si estão cada vez mais ligadas ao consumo de tecnologias de saúde e de diferentes modos de vida, ligados a uma noção de empresário de si³⁷, conforme regras prescritas pelo saber/poder médico-científico e de um crescente mercado da saúde e do bem-estar. Como a vida se tornou objeto de regulamentações e investimentos, o sujeito passa, então, a figurar com o estilo neoliberal de cuidados com a saúde que também requerem um empresariamento de si. Em nome do aumento de performances produtivas, submetem-se pessoas à medicalização e ao conseqüente reducionismo biotecnológico, biomédico, biopolítico da saúde e do corpo.

Esses discursos pretendem abranger o corpo apenas sob a perspectiva biológica e da máxima produtividade e performance. A corporeidade é a partir daí subordinada a “uma natureza” e os humanos se encontram totalmente determinados pela noção de máquina orgânica, neuronal, hormonal, genética. Foucault (1977, p. 01) vem dizer que “para nossos olhos já gastos, o corpo humano constitui, por direito de natureza, o espaço de origem e repartição da doença: espaço cujas linhas, volumes, superfícies e caminhos são fixados, segundo uma geografia agora familiar, pelo atlas anatômico”. Assim, as inovações científicas colocam em primeiro plano possibilidades de manipulação e transformação do corpo, como se este fosse uma superfície anódina, banal, na qual valores culturais não estivessem marcados e, mais do que isso, uma superfície que pode assumir qualquer forma, moldada por cirurgias, compensações farmacológicas, pela engenharia genética. Dunker (s/d, p. 9-10) afirma que a ideologia contemporânea de corporeidade passa pelo “estatuto de personagem independente”. A imagem corporal “não é mais designação de existência, mas a parte que se impõe ao personagem”. E continua:

Afinal é essa concepção que tem dominado as representações contemporâneas da corporeidade como lugar de liberdade e escolha. Das tatuagens, *piercings*, cirurgias e modelagens até as formas mais agudas da *body-art* e do discurso médico-estético, há uma tendência a explorar a corporeidade como um espaço infinitamente maleável. Toda a concepção pós-moderna de corporeidade se fixa nesta metáfora do corpo como imagem sem forma, matéria prima para a técnica e livre para a sua transformação e criação (ibid, p. 13).

Contrariando esse caminho, desde o início da psicanálise, Freud traz uma concepção de corpo que já se afastava do domínio da biologia. Para ele a “histeria se comporta como se a

³⁷ Conforme discutimos em outro artigo. Trata-se de uma ideia desenvolvida por Foucault em O nascimento da biopolítica (2008).

anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta” (Freud, 1893/2006, p. 212), pois encontra na esfera intrapsíquica a causa das manifestações somáticas. Nas suas incursões sobre a histeria, não era a doença, a paralisia histérica em si que chamava a atenção de Freud, mas como o corpo participava dos processos inconscientes presentes na formação do sintoma. Ele subverte, a partir do conceito de pulsão, a disjunção que situaria o corpo dentro das coordenadas orgânicas e o psiquismo como campo mental, desvinculado do suporte material (VILANOVA, 2010). É a partir das questões teórico-clínicas sobre as manifestações somáticas que Freud desenvolve o conceito de inconsciente e propõe a construção do aparelho psíquico a partir do corpo. “Subversão epistemológica operada pela psicanálise no campo da clínica, cujo eixo fundamental está em designar ao corpo um lugar na própria economia libidinal” (ibid., p. 66).

Assim como Freud, Lacan também não toma o corpo como um referente biológico. Ao contrário, o corpo é banhado pela linguagem e marcado pelo significante. Segundo Nasio (1993), o corpo pensado a partir da linguagem é o corpo falante, e isso significa que

[...] o corpo que interessa à Psicanálise não é um corpo de carne e osso, mas um corpo tomado como um conjunto de elementos significantes. O corpo falante pode ser, por exemplo, um rosto, na medida em que um rosto se compõe de linhas, expressões [...]. O adjetivo ‘falante’ não indica que o corpo fale conosco, mas que ele é significante, ou seja, que comporta significantes que falam entre si (ibid, p. 149).

O que designa a vida de um corpo está, destarte, para além de suas funções e mecanismos descritos pelo discurso médico. Há uma dimensão própria ao ser falante que interfere num pretense funcionamento, regulado por um saber instintivo regido pelas leis da natureza (VILANOVA, 2010). O que a psicanálise estabelece como parâmetro de vida num corpo são os desvios inerentes à lógica da satisfação, que o saber anatômico do corpo cadaverizado, desconhece de antemão: o gozo.

Nesse sentido é que Lacan (1966/2001) vem afirmar que, embora os progressos científicos obtenham uma extensão cada vez mais eficaz de procedimentos de intervenção sobre o corpo humano, algo permanece insolúvel, velado, e poderia reanimar as concepções psicossomáticas. Para Lacan, no entanto, o que está em questão é a “falha epistemossomática” (p. 11) como efeito do progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo. Isto é, as tecnologias de captura do corpo, que permitem que ele seja “inteiramente fotografado, radiografado, calibrado, diagramado e capaz de ser condicionado” (ibid., p. 11),

não dão conta de apreender aquilo que é excluído dessa relação epistemo-somática: o corpo em sua verdadeira natureza, em sua economia de gozo.

Porque aquilo que chamo gozo, no sentido em que o corpo experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto, até mesmo da proeza. Há incontestavelmente gozo no nível em que começa a aparecer a dor e nós sabemos que é somente neste nível da dor que pode se experimentar toda uma dimensão do organismo que de outra forma fica velada (ibid., p. 12).

A apreensão do corpo no plano das condições orgânicas, biológicas, atrelada ao desenvolvimento da ciência que inaugura diariamente uma série de possibilidades de manipulação desse corpo, tem tido como consequência o apagamento do sujeito quanto à sua implicação no mal-estar e nos impasses intrínsecos ao ser falante, substituídos por remédios, operações, próteses. O que vemos é uma relação de outra ordem. O sujeito alienado de si mesmo, fisgado pelo discurso do bem-estar que a medicina científica promete, busca intervenções sobre seu corpo imaginarizado com a crença de que não precisará lidar com o sofrimento que o corpo de linguagem, simbólico, marcado pelo significante lhe provoca.

Portanto, o que Illich (1975, p. 105) explicita há muitos anos continua atual. Segundo o autor, toda dor se apresenta

como resultado de tecnologia faltosa, de legislação injusta ou de ausência de medicina analgésica. A heteronomia na dor, típica para o consumidor de anestesia, transforma-a em demanda aguda de medicamentos, hospitais, serviços de saúde mental e outros cuidados impessoais e profissionalizados, como também em suporte político para o crescimento de uma instituição médica, qualquer que seja seu custo humano, social ou econômico.

Conforme Lemos e colaboradores (2016), a saúde aparece como mercado e os corpos passam a ser cada vez mais moldados por uma variedade de biotecnologias. As autoras completam ainda que, se antes o paciente recebia medidas médicas para curar patologias, controlar desvios indesejáveis do corpo, promovendo estratégias biopolíticas de regulação dos corpos com a modificação do estilo de vida, “hoje, mais do que pacientes, nós nos tornamos também consumidores das intervenções médicas especializadas, temos acessos aos mais variados tipos de terapêuticas e podemos escolher e usá-las ativamente” (ibid, p. 190). O que reitera a compreensão de Foucault (2010, p. 188) quando afirma que a medicina encontra a economia por outra via.

Não simplesmente porque é capaz de reproduzir a força de trabalho, mas porque pode produzir diretamente riqueza, na medida em que a saúde constitui objeto de desejo para uns e de lucro para outros. Tendo-se convertido em objeto de consumo que pode ser produzido por uns — laboratórios farmacêuticos, médicos, etc. — e consumido por outros — os doentes potenciais e atuais —, a saúde adquiriu importância econômica e se introduziu no mercado.

Desse modo, tudo passa a ser matéria de escolha individual, voluntarista, inclusive a anatomia do corpo. Todas as opções são oferecidas, numa espécie de cardápio infinito.

COMO O DISCURSO CAPITALISTA SE IMPÕE AO ESTADO E AO SUJEITO

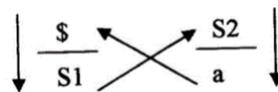
A teoria dos discursos de Jacques Lacan pode nos ajudar a refletir acerca dessas complexas articulações entre a dimensão coletiva e aquilo que tende a se cristalizar, individualmente, como sendo da ordem do particular no indivíduo e a manifestar-se de modo singular em um sujeito. Para Lacan (1969-1970/1992), o discurso é uma estrutura que subsiste em relações fundamentais, definindo e sustentando os laços sociais. Ele formalizará essa ideia tomando princípios da lógica quaternária e da álgebra. Sua proposta é apresentada sob a forma de matemas, formulados com quatro elementos ($\$$ é o sujeito barrado; S_1 o significante mestre; S_2 a bateria de significantes, o saber e a , é o objeto, o mais-de-gozar) que ocupam funções determinadas por quatro lugares (agente, verdade, outro e produção). O agente do discurso, sustentado pela verdade, dirige-se ao outro do discurso e, com essa ação, instiga o outro à produção. A articulação entre os elementos e os lugares formam os quatro discursos radicais – do mestre, universitário, da histórica e do analista –, bem como um quinto discurso, o do capitalista.

O discurso capitalista surge de uma mutação do discurso do mestre, quando no lugar do agente quem assume é o sujeito, transmutado em consumidor. Aqui não há relação entre o agente e o outro, pois o objeto causa de desejo torna-se disponível diretamente ao sujeito, mediante objetos-suplência forjados pela ciência e pela tecnologia, sendo tal processo potencializado pelas mídias. Desse modo, não há, um laço social eminentemente simbólico, mas um laço – se podemos falar assim – precarizado e imediato entre sujeito e objeto de consumo. Sauret (2000, p. 84) vem dizer que

[...] nós somos do tempo do capitalismo: este coloca o saber da ciência no posto de comando, explora a estrutura do sujeito desejante para fazê-lo crer que a ciência produzirá o objeto de gozo que lhe falta e que ele poderá obtê-lo no mercado, ‘sem o apoio de nenhum laço estabelecido’³⁸.

Afinal, o capitalismo é uma ordem, mas uma ordem da lógica econômica que regula produção e circulação dos bens.

Exploremos o matema escrito por Lacan (1972) ao apresentar o discurso capitalista:



Temos aí uma pequena, porém significativa, inversão entre o significante-mestre e o sujeito, agora no lugar de agente, sofrendo diretamente a incidência do objeto *a*, dos *gadgets*, isto é, objetos de consumo.

Uma crescente incitação ao consumo de intervenções sobre o corpo e modos de gestão da vida centrados na regulação e normalização dos corpos e da saúde de acordo com premissas biomédicas prometem qualidade de vida, corpo perfeito, saúde, satisfação, felicidade, pois “as tecnologias médicas contemporâneas não buscam meramente curar doenças, mas controlar e gerenciar processos vitais do corpo e da mente. Elas não são mais apenas tecnologias da saúde, mas tecnologias da vida” (ROSE, 2011, s/p).

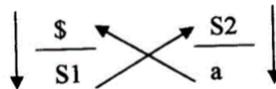
O mercado da saúde oferece a possibilidade de corpos modificados através de inserções suplementares, como silicone, botox, por exemplo, sem falar no desenvolvimento crescente da engenharia genética e farmacologia que oferecem formas suplementares de potencializar a vida humana – como a própria saúde suplementar sugere, por oferecer com seu próprio significante, a produção extensiva de objetos-suplência no capitalismo – que, no limite, visam à erradicação do sofrimento quando de um adoecimento, uma lesão, o envelhecimento ou mesmo a morte, e o alcance das máximas potencialidades em termos de “desenvolvimento”.

Pessoas são instadas, então, a crer que têm não apenas a responsabilidade, mas sobretudo a decisão individual pela manutenção ou recuperação de sua saúde. Responsabilidade,

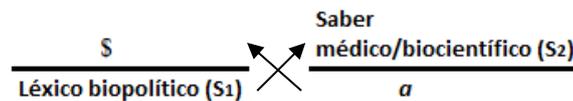
³⁸ Nous sommes du temps du capitalisme : ce dernier met le savoir de la science au poste de commande, exploite la structure du sujet désirant pour lui faire croire que la science fabriquera l’objet de jouissance que lui manque et qu’il pourra le cueillir sur le marché « sans le secours d’aucun lien établi ».

contudo, que aparelhada pelo discurso capitalista do benefício, da incitação ao gozo, coloca o sujeito em um circuito fechado que o aliena e o desimplica dos efeitos dessa submissão: uma escolha sem escolha, alienada. Porém, a própria ilusão de gozo pleno que o discurso capitalista oferece gera justamente falta de gozar, que reintroduz para o sujeito consumidor a condição de insatisfação. Como, contrariamente aos outros discursos que Lacan descreve, no discurso capitalista não há barreira ao gozo, o sujeito se relança na relação direta com o objeto-suplência em práticas de recuperação de gozo. Assim, o sujeito é um (falso) comandante e verdadeiramente comandado pelos objetos, produtos.

Na tentativa de matemizar a biopolítica com o auxílio do discurso capitalista, propomos avançar nossa análise com uma variante do discurso do capitalista assim escrito por Lacan, como dissemos acima:



A nossa leitura seria:



O sujeito sai da posição da verdade, tal como se encontra no discurso do mestre, e assume o caráter de consumidor, em posição de agente, criando a aparência de um mestre, o indivíduo autônomo, “empreendedor de si mesmo” (DUNKER, 2016, s/p.), típico do capitalismo. Entretanto, ele é determinado pelos significantes que controlam e regulamentam a vida, o modo de existência, a saúde, orientando suas escolhas em relação, por exemplo, ao seu corpo.

Isso se traduz pela relação que o sujeito mantém com o S1, ou seja, pela alienação aos significantes que visam à produção de um gozo *standard*. Este responde ao saber biomédico, científico e biopolítico que resulta na produção de um resto, objetos-falsos por adquirirem condição de suplência quando visam tamponar a falta fundamental, e de suplemento quando oferecem possibilidades imaginárias de satisfação, e que, por isso mesmo não dão conta de responder ao gozo, sempre fracassado.

Soler (1990, s/p) vem dizer que o reino do consumismo instaura uma igualdade forçada e faz de cada indivíduo um proletário, “casado aos produtos pelos quais ele é instrumentalizado. Todos proletários, portanto. Mas não se pode dizer todos iguais. O ser proletário do sujeito moderno não reduz as diferenças sempre gritantes e até estridentes: ele as confina no nível do ter”³⁹. Desse modo, a relação direta com o objeto de gozo faz a manutenção dessa cadeia, constituindo um sujeito comandado pelo discurso que não tem nenhuma outra determinação nem escolha, a não ser consumir, consumir-se.

MODELO BIOMÉDICO: UM SABER SEM SUJEITO

Enfrentamos o sedentarismo com esteiras, a insônia com comprimidos, a solidão com a tecnologia – Mujica

A discussão sobre o que hoje denominamos de modelos de atenção à saúde remonta aos primórdios do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na década de 1970, com a análise crítica da prática médica e dos movimentos ideológicos da reforma que se apresentavam na conjuntura da época (TEIXEIRA, 2006). Os modelos assistenciais ou modelos de atenção são formas de organização das práticas de saúde entendidas como combinações tecnológicas, organizacionais e técnicas com vistas à resolução e ao atendimento das necessidades de saúde numa dada realidade e população adstrita, organização de serviços de saúde e produção de ações assistenciais (PAIM, 2003).

Segundo Merhy (2002), um modelo de atenção à saúde é um modo de construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho na produção dos atos de cuidar da saúde. Esses processos se diferenciam no que diz respeito às compreensões sobre saúde e doença, à disposição da tecnologia em uma determinada época e às escolhas éticas e políticas que estabelecem prioridades a serem enfrentadas pela política de saúde (SILVA JUNIOR & ALVES, 2007).

³⁹ [...] marié aux produits par lesquels il est instrumenté. Tous prolétaires donc. Mais ce n'est pas dire tous pareils. L'être prolétaire du sujet moderne ne réduit pas les différences toujours criantes voire criardes : il les cantonne au niveau de l'avoir.

Muitos são os modelos de assistência ao longo da história das políticas de saúde no Brasil⁴⁰. Durante o século XIX e mais da metade do século XX eles se organizaram com base na preocupação com o combate às epidemias e endemias e na busca da salubridade das cidades, das águas, dos alimentos e dos locais onde ocorria a circulação das pessoas, bem como “pela dicotomia entre Saúde Pública e Medicina Previdenciária, que conviveram de forma ‘harmoniosa e integrada’ com o setor privado de prestação de serviços” (FELICIELLO, 1992, p. 63).

Desde a implementação do SUS no início da década de 1990 até hoje, a atuação no campo da saúde tem buscado um enfoque mais abrangente, incorporando como objeto de intervenção os problemas de saúde e seus multideterminantes, levando em conta cada realidade, tanto do ponto de vista político e cultural, quanto do ponto de vista social, epidemiológico e sanitário (TEIXEIRA, PAIM & VILASBÔAS, 1998). A evidente ampliação das políticas públicas de saúde no que tange à compreensão do processo saúde-doença e ao seu desdobramento como um direito social não se deu, contudo, sem a participação da iniciativa privada e da manutenção do modelo médico-assistencial – ou biomédico – que são uma realidade no país.

Embora as raízes do modelo biomédico vinculem-se ao contexto renascentista europeu – que demandou o desenvolvimento de instrumentos técnicos que viabilizaram as grandes navegações – bem como às mudanças radicais de ordem técnico-científica ocorridas a partir do século XV, com as contribuições de Copérnico e Galileu e, especialmente, com o desenvolvimento da ciência a partir de Descartes e Newton (BARROS, 2002), seu estabelecimento e caracterização estão associados à publicação do Relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos, que criticava as escolas médicas americanas e do Canadá (FERTONANI, PIRES, BIFF & SCHERER, 2015). Tal relatório orientava diretrizes “no sentido de ruptura com a ciência de base metafísica para a sustentação no paradigma cartesiano, o qual assume destaque e firma-se no campo da saúde” (ibid, p. 1870).

Atualmente, o modelo biomédico é hegemônico nos países ocidentais e o Brasil não está fora desse mapa. Duas de suas principais características são a atenção e as estratégias direcionadas à doença ou ao doente em seus aspectos individuais e biológicos. O incremento das visões mecanicista e organicista respaldou e instrumentalizou o tratamento das doenças, introduzindo, segundo Barros (2002, p. 74), uma “reorientação nos princípios e

⁴⁰ Conforme tratamos em outro artigo.

práticas que irão conformar a nova medicina, sendo mui ilustrativo o modelo mecânico que se erige como analogia para a compreensão do funcionamento do corpo: o relógio e suas engrenagens”. Assim, esse modelo toma o corpo como uma máquina biológica, na qual fazem-se intervenções na parte afetada do corpo ou que não funciona como deveria, em termos de universais ideais.

A valorização da estrutura patológica e da dimensão biológica implica, portanto, fragmentação e simplificação da noção de saúde: aquela entendida como ausência de doença. Nas palavras de Cutolo (2006, p. 17),

[...] o centro da atenção no modelo biomédico é o indivíduo doente. As ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações da promoção e proteção à saúde. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento, o processo fisiopatológico que ganham espaço.

Assim, o alvo do interesse médico passa da história da doença – como nos modelos que precederam o modelo médico (BARROS, 2002) – e centraliza-se na descrição clínica, nos achados patológicos. Ou seja, ainda segundo Barros (ibid), passa-se de uma abordagem biográfica para a nosográfica. As descobertas da medicina moderna tiveram grande influência para que a nosografia ganhasse legitimidade entre as práticas médicas: estudos anatômicos, descoberta da circulação sanguínea, do papel das bactérias, a instauração da bacteriologia, o desenvolvimento de vacinas etc. são exemplo dessa influência. Sobre essa perspectiva, Good (2003, p. 08) complementa:

O ‘modelo médico’ tipicamente empregado na prática clínica e pesquisa assume que as doenças são entidades biológicas ou psicofisiológicas universais, resultantes de lesões somáticas de disfunções. Elas produzem ‘sinais’ ou anormalidades fisiológicas que podem ser medidos por procedimentos clínicos e laboratoriais, bem como ‘sintomas’ ou expressões da experiência de angústia, comunicados como um conjunto ordenado de queixas.⁴¹

Outra característica do modelo biomédico é a incorporação cada vez maior do uso de tecnologias, tão presente na vida da maioria das sociedades contemporâneas e por isso mesmo tão “sedutor e cativante” (PORTO, 1994, p. 20). Segundo o autor, duas pretensões da atualidade se transformam em privilégio desse modelo de atenção à saúde: a onipotência

⁴¹ “The medical model typically employed in clinical practice and research assumes that diseases are universal biological or psychophysiological entities, resulting from somatic lesions of dysfunctions. These produce signs or physiological abnormalities that can be measured by clinical and laboratory procedures, as well as symptoms or expressions of the experience of distress, communicated as an ordered set of complaints”.

científica e a longevidade. Ou seja, a ciência com seu grande desenvolvimento no campo da biologia se tornou um “campo aberto para artificializar a vida, alterar seu curso, corrigir seus percursos e, no limite, afastar a morte do horizonte onde sempre nos espreitou” (TUCHERMAN, 2010, p. 218).

Contudo, as transformações da medicina contemporânea e a sua crescente cientificidade e sofisticação tecnológica apresentam efeitos positivos e negativos. Se por um lado, vê-se, por exemplo, importantes avanços na ampliação da capacidade diagnóstica, na precocidade, precisão e segurança de intervenções terapêuticas em quadros clínicos graves, na melhora de prognósticos, por outro,

[...] a autonomização e tirania dos exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformam-se em evidentes limites (AYRES, 2009, p. 57).

Assim, além de corroborar para que o foco do modelo seja a doença e um suposto corpo orgânico, o uso crescente de tecnologias biomédicas traz transformações importantes à atenção à saúde, ao modo como profissionais lidam com sua prática. Caetano (1998) afirma que a incorporação de inovações tecnológicas à prática e aos sistemas de cuidado à saúde tem repercussões na relação entre médico e paciente, produzindo também “um conjunto de efeitos extremamente variado, que inclui consequências em campos diversos, como o econômico, o ético, o médico-profissional e o social” (p. 73).

Sobre isso, Jacques Lacan (1966/2001) vai lembrar que havia uma constância na função do personagem médico até meados do século XIX, quando a medicina começa a passar para o plano da ciência. Antes considerado “homem de prestígio e autoridade” (ibid, p. 8), o médico vem a ser requerido em sua função de cientista fisiologista, não tendo mais nada de privilegiado na organização do que se constitui como uma equipe de peritos. Segundo Lacan (1966/2001, p. 09-10),

[...] é do exterior de sua função, especialmente da organização industrial, que lhe são fornecidos os meios, ao mesmo tempo que as questões, para introduzir as medidas de controle quantitativo, os gráficos, as escalas, os dados estatísticos através dos quais se estabelecem, indo até uma escala microscópica, as constantes biológicas.

O ato clínico de inclinar-se ao leito do paciente, destarte, se transforma. Se, conforme Dunker (2011) quando analisa a noção de clínica, no início o *clinamen* reunia duas

conotações importantes, qual seja, “(1) inclinar-se diante do paciente, aproximar o olhar, respeitar sua condição e (2) captar a lógica do desvio, perceber declinações, integrar intelectivamente acaso e necessidade” (ibid, p. 400), hoje os elementos da biotecnologia e as tecnologias médicas reduzem o sujeito a uma disfunção orgânica, analisada de forma genérica e anônima, fazendo com que o “o ‘leito’ do doente se torne campo de investigação e de discursos científicos” (FOUCAULT, 1977, p. XIV), onde “dois indivíduos vivos [o médico e o paciente] estão ‘enjaulados’ em uma situação comum mas não recíproca” (p. XIII).

O discurso da ciência desempenha, portanto, um papel fundamental no cenário contemporâneo, desenvolvendo e disponibilizando produtos e tecnologias que sustentam a hegemonia do modelo biomédico. A ciência moderna se caracteriza pela busca da verdade através de uma pretensa objetividade que se funda na cisão cartesiana entre sujeito e objeto de conhecimento. Logo, seu objetivo é, pelo avanço e progresso científicos, obter respostas para todas as questões humanas e da realidade, não reconhecendo, entretanto, o furo que sempre existirá no saber na tentativa humana de apreender o real, inominável.

Nessa perspectiva, o discurso científico é salvaguardado pelo discurso universitário. Neste, o S_2 , isto é, a cadeia significante, ocupa a posição dominante, na medida em que foi no lugar da ordem, do mandamento (S_1), que surge o saber (LACAN, 1969-1970/1992). Um tipo de saber, de tipo proliferativo, domina, nesse discurso, o laço com o Outro, opacamente sustentado pelo significante-mestre que opera para manter a ordem do mestre. Ele admite a existência de um saber universal, que cresce pela acumulação, investindo-se de poder.

O giro de um quarto de volta faz surgir como dominante um saber que tem suas propriedades alteradas na mudança de sua localização primitiva no nível do escravo “por ter-se tornado puro saber do senhor, regido por seu mandamento” (LACAN, ibid., p. 97). Por isso o S_2 revela a tirania do saber/conhecimento científico. Vejamos como Lacan escreve o discurso universitário:

$$\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$}$$

Contudo, apesar da ordem, do imperativo, não há mais um mestre, “não há mais necessidade de que ali haja alguém. Estamos todos embarcados, como diz Pascal, no discurso da ciência” (LACAN, ibid, p. 99).

Porto (1994), ao analisar o uso indiscriminado das tecnologias médicas, argumenta que vem se constituindo, “uma espécie de ordem tecnológica, absoluta e totalitária, à qual as pessoas se submetem não apenas com docilidade, mas com entusiasmo” (p. 20). A supremacia do discurso científico atinge todas as esferas, especialmente a área das ciências médicas que evolui justamente mediante o desenvolvimento biocientífico e biotecnológico. Assim, em sua busca incansável por revelar o real, impossível de ser apreendido, a ciência serve de motriz para a obediência ao mandamento: “Vai, continua. Não para. Continua a saber sempre mais” (LACAN 1969-1970/1992, p. 98).

A força do discurso científico também se revela no campo da saúde. Desde 1966, Lacan sinalizava que “o desenvolvimento científico inaugura e põe cada vez mais em primeiro plano este novo direito do homem à saúde, que existe e se motiva já em uma organização mundial” (LACAN, 1966/2001, p. 10). Mais especificamente, no setor da chamada saúde suplementar, o aperfeiçoamento tecnocientífico, o avanço de tecnologias médicas têm sido um diferencial, uma vez que “tem o mérito inegável de ter possibilitado, no Brasil, o acesso à medicina mais moderna que existe” (VARELLA & CESCHIN, 2014, s/p), sendo também o principal responsável, inclusive, pelo aumento de custos do setor (IESS, 2017)⁴². Esse aumento ocorre porque resulta em procedimentos e exames caros; além disso, porque há um “abuso na solicitação de exames” que capitaliza os serviços ditos de saúde (VARELLA & CESCHIN, 2014, s/p) e a remuneração do médico⁴³.

A quem esse saber/conhecimento se dirige, quem ele domina e explora? Segundo Lacan, quem sempre trabalha é o objeto *a*, no caso do discurso científico, o estudante. Aqui, o que se procura é promover a eliminação do resto (*a*) enquanto índice subjetivo do impossível e, portanto, da causa do desejo (PINHEIRO & CARNEIRO, 2013). Nesse sentido, o estudante “É *astudado*⁴⁴ porque, como todo trabalhador – situem-se nas outras pequenas ordens –, ele tem que produzir alguma coisa” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 98). Assim, o sujeito que é

⁴² Disponível em: <http://iess.org.br/?p=blog&id=422>. Acesso em: 21 mai 2017.

⁴³ Mais recentemente, novos dados indicam que em 2016 o número de “procedimentos por pacientes de convênios médicos no País cresceu 22% em apenas dois anos, o que, segundo a ANS e especialistas, indica que muitas solicitações podem estar sendo feitas indevidamente. Entre as principais razões para a realização excessiva dos procedimentos estão falhas na formação médica, interesses financeiros de hospitais e laboratórios e má remuneração por parte das operadoras aos prestadores de serviço”. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,medico-pede-mais-exames-no-brasil-do-que-em-pais-rico,70001845031>. Acesso em: 15 out 2017.

⁴⁴ No original, *Astudé*, neologismo criado por Lacan, unindo o *a* (do objeto *a*) com a palavra *étudié* (estudado), particípio do verbo *étudier* (estudar).

produto desse discurso apenas repete um conhecimento já instituído e tem sua subjetividade desconsiderada, sem que se deixe entrever o seu desejo.

Podemos dizer, analogamente, que a posição do *astudado* é a do sujeito que compra (e é comprado por) um plano de saúde. Ele é objeto do conhecimento científico, um corpo orgânico fragmentado pelas especialidades médicas, que da organização industrial recebe “os meios, ao mesmo tempo que as questões para introduzir o controle quantitativo, os gráficos, as escalas, os dados estatísticos através dos quais se estabelecem as constantes biológicas” (LACAN, 1966/2001, p. 9). Desse modo, o que resta é um sujeito abstraído e destituído de seus significantes, esvaziado daquilo que o singulariza, abstrato e anônimo em meio ao conhecimento científico dito universal que, pela falsa ideia de progresso, não implica uma “solução feliz” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 99). Em resumo, no nível da verdade, encontra-se o S_1 que, trazendo consigo a ordem do mestre – a partir de onde deriva o movimento da ciência –, descarta a verdade do sujeito. Segundo Lacan (*ibid*, p. 98),

Precisamente por este signo, pelo fato de o signo do Mestre ocupar esse lugar, toda pergunta sobre a verdade é, falando propriamente, esmagada, silenciada, toda pergunta precisamente sobre o que este signo – o S_1 do mandamento Continua a saber – pode velar, sobre o que este signo, por ocupar esse lugar, contém de enigma, sobre o que é este signo que ocupa tal lugar.

Em uma tentativa de matemização do modelo biomédico, a partir do discurso universitário, propomos a seguinte leitura:

$$\frac{\text{Saber Biomédico/médico (S}_2\text{)}}{\text{Léxico científico (S}_1\text{)}} \quad \frac{\text{Paciente (a)}}{\text{S}}$$

O paciente, com suas dificuldades e seu sofrimento, é tomado como objeto, submetido a um saber universal, biomédico e tecnocientífico. O desejo que o leva ao médico é escamoteado por uma demanda a ser satisfeita pelo exame, pelo diagnóstico, pela terapêutica, deixando algo de fora: “algo fica fora do campo daquilo que é modificado pelo benefício terapêutico, algo que se mantém constante e que todo médico sabe bem de que se trata” (LACAN, 1966/2001, p. 10). Ele desaparece como sujeito para transformar-se, segundo Roudinesco (2000), em um paciente, tratado como anônimo e pertencente a uma totalidade orgânica ou uma totalidade normativa. Portanto, como produto, tem-se um sujeito dividido, destituído daquilo que o singulariza. Seu desejo permanece intocado, pois na relação entre o saber e o outro, no caso, o saber especializado sobre um corpo-objeto, o que

predomina é o apagamento do sujeito, alimentado com genéricos e anônimos protocolos diagnósticos.

À medida que o modelo biomédico se centra na figura do médico – que assume o lugar de mestre – e toma como objeto o doente e sua doença, utilizando como meios de trabalho os conhecimentos e tecnologias médico-científicas que permitem diagnósticos e terapêuticas variadas das patologias, mais ele se distancia do sujeito em sua singularidade e da significação de sua demanda – quase sempre oposta ao desejo. Ora, se existe um desejo é porque há uma condição que repercute como falta, como algo que escapa ao sujeito. E a promessa feita pela ciência, no que se propõe a responder questões fundamentais do humano, recai como uma tentativa, desde sempre fracassada, justamente porque há algo impossível de ser apreendido, de ser simbolizado, de ser respondido.

Se, conforme nos aponta Good (2003, p. 8),

As tarefas primárias da medicina clínica são assim o diagnóstico – ou seja, a interpretação dos sintomas do paciente relacionando-os às suas fontes funcionais e estruturais no corpo e às entidades subjacentes da doença– e o tratamento racional voltado para a intervenção nos mecanismos da doença”⁴⁵,

o sujeito se vê diante de possibilidades quase infinitas de lidar com sua demanda, sem que seja necessário atravessar a avenida do desejo. Entretanto, ao sujeito não está posta a condição de felicidade. A busca dessa plenitude através de suplementos e/ou de objetos-suplências faz com que ele mais se defronte com seu desamparo, com seus impasses subjetivos – contraponto permanente ao progresso científico que se opõe à singularidade do sujeito. Ou como indica Ayres (2009, p. 33): “os constructos científicos de inspiração positivista não serão suficientes para dar conta da encomenda”.

MAIS UM QUARTO DE VOLTA

Além de explicitar a biopolítica como forma de regular e normatizar a vida humana, configurando-se como um poder sobre a vida, Foucault (1999) alude a forças que resistem e

⁴⁵ “The primary tasks of clinical medicine are thus diagnosis – that is, the interpretation of the patient's symptoms by relating them to their functional and structural sources in the body and to underlying disease entities – and rational treatment aimed at intervention in the disease mechanisms”.

que se apoiam exatamente naquilo sobre o que o poder investe: a própria vida e o ser humano enquanto ser vivo. “Pouco importa que se trate ou não de utopia; temos aí um processo bem real de luta; a vida como objeto político foi de algum modo tomada ao pé da letra e voltada contra o sistema que tentava controlá-la” (ibdi, p. 136). A vida foi tomada como um objeto total dos discursos e das práticas políticas, e por isso ela própria se torna um ponto de resistência. Ou seja, a biopolítica refere-se ao poder sobre a vida, mas também ao poder da vida.

Agamben (2007) aponta essa ambivalência no contexto da política ocidental. Segundo o autor, a vida está situada como o objeto privilegiado de investimento e de apropriação do Estado, o poder sobre a vida que transforma a política em biopolítica; mas também como o lugar onde se situam as possibilidades de superação e de resistência, do contra-fático – o poder da vida.

Pelbart (2003) complementa que a biopolítica ao descolar-se de sua acepção predominantemente biológica e se caracterizar como uma dimensão de controle, “ganha uma amplitude inesperada e passa a ser redefinida como poder de afetar e ser afetado. Daí a inversão [...]: biopolítica não mais como poder sobre a vida, mas como a potência da vida” (p. 25). Safatle (2015) também vai nessa direção quando levanta críticas às noções hegemônicas de biopolítica que pressupõem a ausência de autonomia ontológica da vida e da natureza. Baseando-se em Canguilhem, o autor fala de uma

[...] biopolítica da mobilidade normativa [...]. Uma política que quer, com a força pulsional dos movimentos que dissolvem nossas fixações a configurações normativas determinadas, livrar-se das barreiras antropológicas impostas pela fixação compulsiva à configuração atual do homem, com seu tempo, seu espaço e suas normas, porque compreender a função dinâmica da morte e da doença talvez seja o primeiro passo decisivo para criar outra vida (ibid, p. 359).

No interior da biopolítica, é possível encontrar não só o poder sobre a vida, mas potências instituintes, potências subversivas, linhas de fuga. Ou seja, a biopolítica é tanto uma modulação de controle e dominação, como estratégia, rede de resistência à fixação aos lugares de dominação. Ou seja, existem alternativas. Do lado do sujeito, essas alternativas existem porque, embora ele esteja enredado, subsumido pela ampla regulação da vida, pelo conjunto de elementos que tornou “possível à biologia não apenas falar de quase qualquer coisa como, legitimamente, discursar sobre o humano” (TUCHERMAN, 2010, p. 218), ou ainda pela consideração de que o corpo é um objeto a ser manipulado livremente, há algo

na estrutura do sujeito que resiste à adesão ao discurso capitalista, que não entra de todo na pregnância dos objetos fabricados pela ciência e biotecnologias.

E o que é que resiste? O inconsciente, o mundo de palavras e de letrinhas que, embora não feche o sentido, por isso mesmo, força, dá e desata outros nós, e insiste. Este não é de todo coletivizado nem responde a um gozo padrão. Antes, aponta a verdade subjetiva, singular, sempre outra de cada sujeito. A divisão subjetiva fala da falta que é determinante para a constituição do campo do sujeito. É essa falha, intrínseca ao funcionamento da linguagem, que os discursos hegemônicos da contemporaneidade tomam como passível de ser suprimida. Suprimida por respostas precisas e imediatas a demandas que se ancoram no direito à saúde e à felicidade. Entretanto, “é no registro do modo de resposta à demanda do doente que está a chance de sobrevivência da posição propriamente médica” (LACAN, 1966/2001, p. 10), já que é imperativo lidar com um acontecimento de corpo singular, o gozo, no que nele está implicado de desejo, mas também a chance de o sujeito conhecer e lidar com as consequências do impossível que se coloca para ele e para mais ninguém. É esse impossível que está em jogo para o sujeito (e para a ciência) desde sempre, pelo simples fato de se articular à ordem significante, sustentação de sua dimensão sem solução (COSTA-MOURA & PILÃO, 2013).

Assim, para superar a política circunscritora do campo da biopolítica – que se apresenta sobretudo como um jogo de interesses de grupos particulares, a exemplo da ideia de saúde suplementar – é preciso complexificar os níveis de análise, uma vez que não estamos mais restritos ao campo de atuação do Estado, e atingir aquilo que está no cerne do problema: questionar de forma radical o que significa realizar uma vida. Não apenas para encontrar maneiras de adequá-la aos cânones a que estamos habituados – como o biomédico, científico, que negam a causa do desejo e o vazio da estrutura –, mas para abrir possibilidades outras que deem à singularidade o lugar que lhe é devido, quando se trata de sujeito.

Reconhecer que há um impossível no coletivo (QUINET, 2009) é fundamental para fazer circular o discurso do analista entre os discursos dominantes, a fim de que se abra a via ao desejo, dando chance para que o sujeito, mobilizado por sua falta, possa encontrar uma (in)satisfação que poderá reconhecer como certamente sua. Afinal, “os sujeitos a partir de sua particularidade de gozo se contam um a um” (ibid., p. 39).

Para tanto, sustentar a hipótese do inconsciente na contemporaneidade é o desafio necessário para que continue existindo a possibilidade de se fazer advir a verdade como sendo o gozo não-todo e singular do sujeito. Os discursos totalizantes que subjazem à biopolítica – o biomédico/científico e o capitalista – excluem essa verdade e instituem o “para todos”: os mesmos objetos, o mesmo consumo, o mesmo tipo de satisfação. Sustentar a hipótese do inconsciente, portanto, é ir exatamente no sentido contrário da tentativa de produzir uma homogeneização, é apontar a diferença que se repete – diversamente – para cada sujeito.

No limiar de uma era biológica e tecnocientífica, em que a sociedade se situa no momento em que a vida entra em jogo nas estratégias políticas (FOUCAULT, 1999), o ser humano passa de um animal vivo capaz de existência política, como afirma Aristóteles, a “um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão” (ibid, p. 134). A tomada de poder sobre o ser humano enquanto ser vivo se dá, então, pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida, entendida como mero processo biológico. Apesar da sua estatização, a biopolítica está presente em diferentes esferas da sociedade, capilarizando-se em ações sutis e naturalizadas, como a ideia de saúde suplementar. Mas o singular resiste e surpreende.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. **Homo Sacer**. O poder soberano e a vida nua I. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.
- AGUIAR, O. A. A recepção biopolítica da obra de Hannah Arendt. **Conjectura**. Caixas do Sul, v. 17, n. 1, 2012, p. 139-158.
- ARENDRT. H. **A condição humana**. Tradução de Roberto Raposo. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1958/2007.
- ASSMANN, S., PICH, S., GOMES, I. M. & VAZ, A. F. Do poder sobre a vida e do poder da vida: lugares do corpo, biopolítica. **Temas & Matizes**. Paraná, n. 11, 2007, p. 19-27.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 11, n. 1, 2002, p. 67-84.

CAETANO, R. Paradigmas e trajetórias do processo de inovação tecnológica em saúde. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 1998, p. 71-94.

CLAVREUL, J. **A ordem médica**. Poder e impotência do discurso médico. Tradução de Jorge Gabriel Noujaim, Marco Antônio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes da Silveira Jr. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.

COSTA-MOURA, F. & PILÃO, A. C. Medicalizar... ou suportar o fracasso normal da psicanálise. In: BARROS, R. M. M e DARRIBA, V. A. **Psicanálise e saúde**: entre o Estado e o sujeito. Rio de Janeiro/Faperj: Companhia de Freud, 2015.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Santa Catarina, v. 35, n. 4, 2006, p. 16-24.

DUNKER, C. I. L. Corpo e degradação. **Revista mal-estar e subjetividade**. Fortaleza, v. 6, n. 1, 2006, p. 111-124.

DUNKER, C. I. L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica**. Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume, 2011.

DUNKER, C. I. L. **O neoliberalismo e seus normalopatas**. Blog da Boitempo, 2016. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2016/11/03/o-neoliberalismo-e-seus-normalopatas/>>. Acesso em: 28 dez 2017.

ESPOSITO, R. **Bíos**. Biopolítica y filosofía. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.

FELICIELLO, D. Modelos assistenciais e política de saúde no Brasil. **Revista Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, 1992, p. 62-78.

FERTONANI, H. P., PIRES, D. E. P., BIFF, D. & SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, 2015, p.1869-1878.

FOUCAULT, M. L'extension sociale de la norme (entretien avec P. Werner), **Politique Hebdo**, Délier la folie. Paris, n. 212, 1976. Disponível em: <http://ilibertaire.free.fr/MFoucault106.html>, Acesso em: 08 nov. 2017.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**. A vontade de saber. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**. Tradução Salma Tannus Michail. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade** (1975-1976). Tradução de Maria Ermanita Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). TradU Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve**. São Paulo, v. 18, p. 167-194, 2010.

FRANCO, T. B. & RIBEIRO, C. D. M. Reestruturação produtiva da saúde suplementar no Brasil: programas de Promoção e prevenção. In: RIBEIRO, C. D. M., FRANCO, T. B., SILVA JR, A. G. S., LIMA, R. C. D. & ANDRADE, C. S. (Orgs.). **Saúde suplementar, biopolítica e promoção de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FRANCO, T. B., GALAVOTE, H. S., LOBATO, E. & CORVINO, M. P. Biopolítica e cuidado de si na promoção da saúde, na saúde suplementar. In: RIBEIRO, C. D. M., FRANCO, T. B., SILVA JR, A. G. S., LIMA, R. C. D. & ANDRADE, C. S. (Orgs.). **Saúde suplementar, biopolítica e promoção de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FREUD, S. Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Vol. I. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1893/2006.

FREUD, S. Reflexões para os tempos de guerra e morte. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Vol. XIV. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1915/2006.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Vol. XXI. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1930/2006.

GOOD, B. J. **Medicine, rationality and experience**. An anthropological perspective. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2003.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. Nemeses da medicina. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

LACAN, J. **Du discours psychanalytique**. Lacan em Italie. Conférence à l'Université de Milan. La Salamandra, 1972.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana**. São Paulo, n. 32, 1966/2001.

LACAN, J. **O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise (1969-1970)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LEMOES, F. C. S., GALINDO, D., RODRIGUES, R. V. & AGUIAR, K. F. Cidades, corpos medicalizados e o biocapital: o mercado da saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**. Niterói, v. 28, n. 2, 2016, p. 187-194.

MALTA, D. **Saúde Suplementar E Modelos assistenciais**, s/d. Disponível em http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Saude_Suplementar_e_ModelosAssistenciais.pdf. Acesso em: 15 ago. 2017.

MATHIAS, H. M. S., FONSECA, T. M. M., MARTINS, E. V., RAMOS, M. C., MACIEL, E. L. N. & LIMA, R. C. D. A produção do trabalho na saúde suplementar: autonomia como dispositivo da promoção à saúde. In: RIBEIRO, C. D. M., FRANCO, T. B., SILVA JR, A. G.

S., LIMA, R. C. D. & ANDRADE, C. S. (Orgs.). **Saúde suplementar, biopolítica e promoção de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

MERHY, E. E. **Um dos grandes desafios para os gestores do sus: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção**, 2002. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-12.pdf> . Acesso em: 11 out. 2017.

NASIO, J.-D. **Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

OKSALA, J. **Como ler Foucault**. Tradução Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

ORTEGA, Francisco. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface**. Botucatu, v. 8, n. 14, 2004, p. 9-20.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA, F. N. (Orgs.). **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PELBART, P. P. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PINHEIRO, R. & CARNEIRO, H. F. A fascinação pelo resto: o hiper mal-estar na tecnociência. **Tempo psicanalítico**. Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, 2013, p. 419-438.

PORTO, M. A. T. A circulação do sangue, ou o movimento no conceito de movimento. **História, ciências, saúde**. Manguinhos, v. 1, n. 1, p. 19-34, 1994.

QUINET, A. **A estranheza da psicanálise**. A escola de Lacan e seus analistas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

RIBEIRO, C. D. M., CORVINO, M. P. F., GUIMARÃES, M. & VIEIRA, R. L. A. L. Saúde suplementar, projeto biopolítico e a produção de cuidado em saúde. In: RIBEIRO, C. D. M., FRANCO, T. B., SILVA JR, A. G. S., LIMA, R. C. D. & ANDRADE, C. S. (Orgs.). **Saúde suplementar, biopolítica e promoção de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

ROSE, N. Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital. In: SANTOS, L. H. S., RIBEIRO, P. R. C. (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida**. Rio Grande: FURG, 2011. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/231229222/ROSE-Biopolitica-Molecular-Etica-Somatica-e-o-Espirito-Do-Biocapital>>. Acesso em: 30 out. 2017.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

SAFATLE, V. Uma certa latitude: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errância. **Scientiæ Zúdia**, São Paulo, v. 13, n. 2, 2015, p. 335-67.

SAURET, M. J. **Psychanalyse et politique**. Huit questions de la psychanalyse au politique. Toulouse, France: Press Université du Mirail, 2000.

SILVA JR, A. G. & ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G.C. & CORBO, A. D. (org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SOLER, C. **Apalabrados por el capitalismo**. V Jornada Clínica de adultos. El psicoanálisis em la crisis del lazo social. Facultad Psicología. Universidad Buenos Aires, 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=fBzoWBiDkMw>>. Acesso em: 5 dez 2015.

SOLER, C. **Incidence politique du psychanalyste**. Journées de l'ECF. Lyon, 1990. Disponível em: <http://lacanian.memory.online.fr/CSolerIncidence_politique_1990.htm>. Acesso em: 03 set. 2017.

STIVALI, M. Regulação da saúde suplementar e estrutura etária dos beneficiários. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, 2011, p. 3729-3739.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no sus: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F. & SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. & VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v. 7, n. 2, 1998, p. 7-28.

TUCHERMAN, I. De perdas e danos: notas para uma reflexão sobre ciência e sujeito. In: BIRMAN, J., FORTES, I. & PERELSON, S. (Orgs.). **Um novo lance de dados**. Psicanálise e medicina na contemporaneidade. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010.

VARELLA, D. & CESCHIN, M. **A saúde dos planos de saúde**. São Paulo: Parelela, 2014.

VILANOVA, A. Um corpo, três registros: RSI. Considerações sobre o fenômeno psicossomático. **Ágora**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2010, p. 63-79.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A decisão de escrever uma tese de doutorado sobre a chamada saúde suplementar não foi tarefa simples. Este não é de modo algum um objeto que possamos dizer próprio ou mesmo próximo da psicanálise. Aliás, ao longo das buscas de artigos com este termo em periódicos nacionais, vimos que não é uma temática nada comum, nem mesmo na área da saúde coletiva. Curiosamente, quando abordado, não vimos as críticas contundentes que esperávamos. No campo da educação, por exemplo, a maior parte de artigos da área trata crítica e duramente a privatização do ensino. Era o que esperávamos, analogamente, no campo da saúde.

Além disso, uma outra expectativa inicial seria examinar como a clínica psicanalítica é afetada e lida com os impasses que a intermediação de planos de saúde impõe ao trabalho analítico, apresentando uma discussão a partir de um caso clínico. Tampouco foi o que aconteceu. Nossa experiência com a clínica psicanalítica, recebendo pacientes que pagam suas sessões com planos de saúde não nos provocava embaraços que levassem a questionar a prática clínica e sua viabilidade, pois, apesar dos entraves colocados pela regulamentação da saúde suplementar e sua consequente burocracia, padronização e interveniência, pudemos acompanhar atravessamentos de umbrais de análise. Para a clínica acontecer, o manejo da transferência é pedra fundamental. Para uma elaboração teórica, entretanto, tudo depende do olhar que essa mesma experiência clínica proporciona e de como a teoria psicanalítica vai tocando cada um que nela se aventura. O que mobiliza cada um é de cada um.

Fomos, no percurso, reconhecendo nosso interesse por questões não restritas à clínica. A psicanálise continuava a ser o caminho através do qual buscávamos entender, refletir, aprofundar questões de cunho social. Compartilhamos com Safatle (2008) a ideia de que a psicanálise não é somente uma prática clínica, mas uma experiência intelectual que mobilizou e continua mobilizando clínicos, filósofos, sociólogos, teóricos de diversas áreas. Essa experiência intelectual é marcada pela tentativa de expor o caráter complexo e fundamental da relação entre o singular do sujeito e aquilo que organiza nossa vida social, aquilo que estabelece as condições de estruturação da vida social e subjetiva.

Desde Freud, com seus textos considerados de cunho antropológico-cultural, e, posteriormente, Lacan, que nos traz a compreensão do inconsciente estruturado como uma linguagem, fica indicada a obrigação outra da psicanálise, qual seja, a análise da relação entre sujeito e sociedade (SAFATLE, 2008). Contudo, ainda hoje – depois de mais de um século de psicanálise – é notável certo desagrado por parte de psicanalistas com tudo aquilo que não está diretamente vinculado à clínica, e que exige reflexão sobre o laço social, sobre a natureza desse laço como elemento fundamental para a compreensão dos modos de inserção social dos sujeitos e suas posições subjetivas, e não apenas como um exercício intelectual subsidiário.

Nessa perspectiva é que esta tese foi sendo construída. Com o objetivo central de analisar os discursos que fundamentam e legitimam a dita saúde suplementar, buscamos, ao longo do trabalho, estranhar a expressão “saúde suplementar” para desnaturalizá-la da noção que a associa apenas a uma atividade que envolve a operacionalização de planos de saúde no Brasil, e que daria enquadramento burocrático e regulamentar à prática clínica do psicanalista e/ou psicólogo.

Antes, o sintagma “saúde suplementar” foi pensado como algo que transcende essa condição e fala sobre a sociedade contemporânea, sobre os discursos que dominam a cena social e produzem subjetividades que respondem a tais discursos. Um exemplo de naturalização particularmente inquietante ao longo da construção do trabalho foi a ideia mesma de “saúde suplementar”, ausente da Constituição de 1988 e da Lei do SUS (8.080/90). A inquietação se deu ao percebermos o deslizamento significativo que vai do estabelecimento de um serviço *complementar* à saúde pública (este sim previsto e instituído constitucionalmente), à noção de uma “saúde suplementar”, inserida em lei posterior (Lei n. 9.656/98), sem qualquer tipo de concatenação, estranhamento ou resistência do ponto de vista discursivo conceitual, pelo menos em artigos da área da saúde.

Ao longo desta tese, foi possível mostrar que nem sempre o consumo se presentifica por meio de objetos imediatos que a ciência e a tecnologia possibilitam. Os ideais do neoliberalismo e a lógica de mercado se expandem também para o campo dos bens sociais, transformando em mercadoria o que constitucionalmente seria direito de todos e dever do Estado. Vendem-se promessas de saúde e “planos de saúde” tornam-se mais uma espécie de *gadget* da vida contemporânea. Assim, apesar de termos um sistema de saúde de interesse público e de alcance universal, o limite tem-se tornado cada vez mais tênue entre

o público e o privado. Paradoxalmente, normas similares a *gadgets*, e que contemporaneamente a própria mídia brasileira chama de “penduricalhos”, foram-se acrescentando à Constituição de modo que a oferta privada de serviços em saúde ressurgiu legalmente como suplementar ao SUS.

Discutir a chamada saúde suplementar de forma a colocá-la em suspenso para problematizar o termo e seus efeitos proporcionou condições para que discursos historicamente instituídos possam ser também questionados e entendidos na compreensão da sociedade e dos sujeitos que a compõem, do ponto de vista do laço social. Ademais, as políticas de saúde precisam ser analisadas em sua complexidade e integralidade: no âmbito político, na medida em que fazem parte do processo de legitimação do poder do Estado; no âmbito econômico, por se tratar de um negócio em que empresas visam, necessariamente, ao lucro com forte presença do sistema público; e na dimensão subjetiva, pois o dispositivo incide sobre modos de subjetivação, sobre a singularidade dos sujeitos contemporâneos.

Vimos que iniciativas, avanços e inquietações descritos na Introdução em relação ao aumento de profissionais psi nesse mercado são importantes, mas é preciso destacar que muitos desses argumentos estão restritos à dimensão legal, regulamentar e procedimental da atuação. É fundamental ampliar a discussão para outros âmbitos, problematizando o tema quanto, por exemplo, à proliferação de planos que trazem a marca do discurso mercadológico capitalista, expandindo-se em todas as áreas de forma naturalizada, inclusive a dos direitos sociais. Os efeitos subjetivos produzidos na relação com uma política que se pretende pública e universalizante, mas que promove a mercantilização desse direito fundamental, somente podem ser analisados para além da narrativa quase tautológica e circular: a regulamentação da regulamentação.

Nessa perspectiva, o primeiro artigo inicia apresentando o sujeito em sua condição de ser falante e faltante, submetido aos discursos dominantes de uma determinada época. Para tanto, a teoria dos discursos de Jacques Lacan serviu como chave para toda a análise, pois ela compreende o discurso como aquilo que ordena e regula as relações sociais e que prescinde da palavra dita, por seu caráter estrutural. Quanto à saúde dita suplementar, ela está ancorada no discurso do mestre, mas especialmente constituída sob a lógica do discurso capitalista que cria uma falta-a-gozar e, conseqüentemente, práticas de recuperação de gozo, para as quais são produzidos objetos-suplência: planos de saúde.

Nesse sentido, o artigo sustenta que a chamada saúde suplementar deixa de ser um setor que se reservaria a regular uma política de saúde para transformar-se em um desses objetos-suplência, ocupando o lugar imaginário de supressão da falta, marca essencial do ser humano, mas também como suplementar ao desamparo, quando se apresenta como uma forma de resolução de problemas de saúde. Além disso, como consequência/produto da coabitação do discurso capitalista neoliberal e do discurso da ciência, coloca em xeque a impossibilidade da relação entre sujeito e objeto *a*, provocando efeitos sobre os sujeitos, instigando-os ao mais de gozar e produzindo mais mal-estar.

No segundo artigo, tratamos mais diretamente das leis que implementaram e legitimaram a existência de um setor chamado saúde suplementar. Apresentamos brevemente as mudanças no Estado brasileiro e as transformações nas políticas de saúde, até serem estabelecidos o Sistema Único de Saúde e, posteriormente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Isso nos levou a observar que o sistema de saúde no Brasil é caracterizado pela articulação paradoxal entre elementos públicos e privados, naturalizando e confundindo os significantes *complementar* e *suplementar*. Aqui buscamos fazer uma suspensão ainda mais clara da expressão “saúde suplementar”, analisando possíveis sentidos que o significante “suplementar” pode ter: o que amplia, que vem como adicional, mas não necessário; o que supre a falta; o que substitui. Tal análise nos levou a refletir tanto sobre o que a legislação deste país promove de fato, no que tange às políticas de saúde, ao prometer saúde de caráter universal, mas, ao mesmo tempo, favorecer o desenvolvimento da iniciativa privada, suplementar, um *plus*, evidenciando a força do capitalismo neoliberal. Refletimos também sobre efeitos que incidem sobre sujeitos que, submetidos ao discurso capitalista, buscam justamente suplementos que os mantenham no circuito de gozo, mas também objetos-suplência que imaginariamente asseguram o tamponamento da falta, inerente à condição humana.

Como o artigo tratou dos aspectos legais da chamada saúde suplementar, necessariamente fomos levadas a abordar brevemente o sujeito de direito. Categoria não casual, mas forma de produção subjetiva necessária ao capitalismo, o sujeito de direito revela sua conjunção com o direito do consumidor. Sob o imperativo “reivindica!”, o sujeito assume uma posição que busca cada vez mais direitos, visando capitalizar, conseqüentemente, gozar. Tal posição reforça que o discurso capitalista é a estrutura a partir da qual o sujeito contemporâneo, consumidor da saúde, se organiza. A sujeição à lei – do discurso do mestre – e ao capital aponta para uma alienação, por parte do sujeito, ao desejo do Outro (o

Estado, as operadoras dos planos), que ratifica uma posição que o destitui de sua própria singularidade e responsabilidade, pois tem direito *a*.

No terceiro artigo, fomos para outro discurso hegemônico em nossa sociedade e que sustenta a ideia de saúde suplementar no Brasil, o da ciência. Nesse caso, a tecnociência. Aqui fizemos uma análise de como a chamada saúde suplementar pode ser entendida como um dispositivo biopolítico, que reproduz o discurso do modelo biomédico, tecnocientífico. Contar com o auxílio da noção de biopolítica também nos permitiu problematizar a proposta de “saúde suplementar”, suspendendo-lhe o caráter simplista de setor responsável por uma estratégia de venda e regulação de serviços de saúde. O controle da vida biológica de uma população traz como consequência a disposição dos sujeitos em domínios classificatórios – como vimos que as operadoras dos planos de saúde fazem com a classificação etária, com grupos como gestantes, hipertensos, idosos etc. – que, para tanto, precisa ser medida, avaliada, normatizada.

O artigo aponta ainda como a regulamentação através da biopolítica está intimamente associada ao desenvolvimento científico – sustentado pelos discursos do mestre e universitário – que coloca à disposição do campo da saúde tecnologias das mais variadas para auxiliar no controle e averiguação dos corpos, levando, inclusive, à medicalização generalizada da vida. Tudo isso não se faz sem a presença do discurso capitalista. Apontamos como a oferta crescente de produtos científicos para o controle da saúde tem fagocitado sujeitos pela promessa de felicidade e saúde, pelo adiamento ou mesmo supressão do envelhecimento, da morte. Ademais, vimos como o discurso biomédico, apoiado na ciência, tenta neutralizar singularidades, objetificando o sujeito através da atenção a um corpo orgânico, que tem medidas-padrão e pode ser observado de forma fragmentada.

Entretanto, apesar do gozo padronizado, posto para todos por meio de objetos-suplência, marcamos, ao longo de todo o trabalho, que também há algo que escapa ao que os discursos hegemônicos coletivizam: o inconsciente. Sujeitos, embora submetidos a uma lógica discursiva necessária ao laço social, por sua condição de ser falante, são marcados pela divisão subjetiva que impõe a falta, a barra, a castração. Essa condição é o que abre brechas para a possibilidade de mudanças, em meio à disseminação desenfreada de uma política do gozo, que aliena e desresponsabiliza no que concerne ao próprio gozo. É essa falha, intrínseca ao campo do sujeito e à sua condição linguageira, que os discursos hegemônicos da contemporaneidade tomam como passível de ser eliminada.

Contrariamente a isso, Lacan propõe de forma radical o aforismo *não há relação sexual*: “Para dizer cruamente a verdade que se inscreve a partir dos enunciados de Freud sobre a sexualidade, não há relação sexual” (LACAN, 1971-1972/2003, p.546). Ao contrário do que se possa imaginar, não é nem a materialidade da conjunção sexual, nem a conotação sexual de toda relação, que são postas em causa por esse aforismo. O que se põe em causa é o fato de que haveria uma relação de complementaridade que necessariamente ligaria sujeitos entre si. Conforme elucida André (1998, p.25), “a sexualidade no ser humano não é a realização de uma relação – no sentido matemático do termo. É, ao contrário, a impossibilidade de escrever tal relação que caracteriza a sexualidade do ser falante”. O que a teoria lacaniana revela com a afirmação da ausência da relação sexual é a complementaridade impossível no campo do sexo, a impossibilidade do encontro pleno com o objeto de desejo. Nesse sentido, em termos lacanianos, a castração é o destino; e o desejo de fazer Um seria de natureza imaginária (CSILLAG, 2013).

Frente à lei, ao capitalismo e ao discurso médico-científico que enlaçam o sujeito contemporâneo numa rede que o silencia, o desafio é poder instaurar a dúvida no campo das certezas que orientam a vida imaginária, afinal, conforme Rosa (2015, 118), “a psicanálise nos adverte de que a demanda de amor, a demanda de um olhar soberano e protetor, acaba por se revelar uma forma de sucumbir à repetição”.

O significante “suplementar” tem capturado pessoas de todas as idades na cultura ocidental contemporânea. Basta olhar a proliferação de lojas de suplementos nutricionais, em associação com academias de condicionamento físico, além das drogarias que são verdadeiros shoppings centers, e no *e-comércio*, dispositivo subtraído da cidade material, mas cada vez mais presente na vida cotidiana. É assim que a política nacional de saúde suplementar, que traz em seu próprio nome a promessa de objetos que venham em suplência à não relação sexual, é inserida quase naturalmente na economia linguageira dos consumidores brasileiros. Trata-se de mais uma eloquente demonstração da tentativa dos grandes discursos responderem à falta inerente à condição de sujeito humano.

Com o papel crescente dos discursos biomédico, científico e tecnológico na contemporaneidade, tudo se passa como se a não-relação sexual pudesse ser suprimida. Vale lembrar, entretanto, que o desejo não é situável no campo da necessidade, não sendo a relação com um objeto real o que estaria em questão, mas a fantasia. Portanto, mesmo com tantas mudanças sociais e com a disseminação cada vez mais expressiva de objetos-

suplência nas relações e na vida cotidiana, como buscamos enunciar nesta tese, a relação do sujeito com a falta permanece estrutural e insubstituível, ainda que cada vez mais prenhe de mal-estar.

No dia em que finalmente colocaríamos um ponto final na tese, foi publicado no jornal de maior circulação nacional⁴⁶ uma entrevista com Isaías Raw, 90 anos, docente aposentado da USP e membro titular da Academia Brasileira de Ciências, pesquisador há mais de 65 anos, e ex-diretor do Instituto Butatã em São Paulo, com passagens como professor visitante em algumas das universidade mais prestigiadas do mundo. Na entrevista, ele diz que a ideia da parceria público-privada “não funciona na área da saúde”. Por quê?, pergunta o jornal. Resposta:

Quando você faz um produto em que o único comprador é o governo, você não pode fazer uma parceria com uma empresa privada, pois esta, ao pôr o dinheiro, quer tirar o lucro. Se você tem uma fundação sem fins lucrativos, você não pode ter um sócio cujo objetivo seja ganhar dinheiro.

Dito assim, em toda simplicidade, o argumento é não apenas lógico, mas sobretudo parece inquestionável. Após quatro anos de estudos e elaboração em torno deste objeto, a presença da “saúde suplementar” na saúde pública brasileira, ainda nos surpreendemos com o silêncio obsequioso frente a essa questão crucial para a saúde pública no país e, conseqüentemente, para o êxito do SUS.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, S. **O que quer uma mulher?** Tradução Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

CSILLAG, M. C. Sobre a não-relação sexual: na teoria laciana e na contemporaneidade. **Leitura Flutuante**, n. 5 v. 2, 2013, pp. 35-52.

LACAN, J. ...Ou pior (1971-1972). In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

⁴⁶ Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2018/01/1951801-parceria-publico-privada-nao-funciona-na-saude-diz-ex-diretor-do-butantan.shtml?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newsfolha. Acesso em: 20 jan. 2018.

ROSA, M. D. **Psicanálise, política e cultura**: a clínica em face da dimensão sócio-política do sofrimento. Tese Livre Docente (Psicologia) – Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SAFATLE, V. **A psicanálise lacaniana como teoria social**. Vídeoconferência para o curso Conexão Lacaniana “Psicanálise e cultura – Freud e Lacan”, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://marciopeter.com/links2/inter/safatle_pdf.pdf>. Acesso em: 2 jan 2018.