

IV JORNADA DO MPASP

Rio de Janeiro, 1-2 de abril de 2016

Mesa 1

Primeira Infância: Psicanálise e Políticas Públicas

Colegas,

Chegamos aqui. Talvez um pouco menos alegres, fazendo um pouco mais de força para manter o entusiasmo, e certamente muito, mas muito mais preocupados. O que temos pela frente, em termos de saúde pública é bastante preocupante. Assim, para começar do começo, agradeço aqueles todos que criaram condições para que aqui estejamos reunidos para trabalhar. Obrigada. Nesse cenário em que está tão difícil ter alguma convicção inabalável, penso que manter nossas atividades em funcionamento é um tipo de resistência muito interessante. Aposto alto na nossa mais vigorosa contribuição: trabalhar, trabalhar junto com os outros. No nosso caso aqui, trabalhar um trabalho que se orienta a partir da ética da psicanálise.

Partindo do princípio que tantas vezes já discutimos entre nós, de que a psicanálise é uma experiência que acontece na pólis, é necessário guardar lugar para que cada psicanalista decida por sua posição no espaço público. E acho, muito sinceramente, que, como movimento social fizemos um avanço importante, construímos junto aos colegas de dentro e de fora do MPASP a ideia de que a escolha por não escolher um modo de participar da cidade desde nossa condição de psicanalistas é uma escolha e marca uma posição. Uma posição que não é a desse coletivo, pois exato por nos nomearmos como movimento social pretendemos participar da discussão sobre os modos de ocupação do espaço público.

Carregamos Saúde Pública no nosso nome pois de fato fomos causados pela necessária discussão da presença da diversidade clínica, metodológica e também epistêmica nas políticas públicas de atenção a saúde. Em vários momentos pudemos reafirmar que a psicanálise comparecia como ordenadora de um campo ético em nossas reivindicações: não discutíamos mercado de trabalho, pleiteávamos a inclusão e a manutenção de um determinado modo de entender o

funcionamento dos serviços, muito próximo as concepções psicossociais já em curso, e também, além disso, nos cabia incluir na discussão a noção de sujeito que a psicanálise propõe.

Pensamos juntos que não cabe a nenhuma entidade- seja esta governamental ou clínica, retirar da pessoa com autismo o direito a subjetividade. A subjetivação é uma condição humana, se constitui na relação com as outras pessoas, e sua efetivação é independente da condição intelectual, mental, física ou sensorial do ser em questão. Subjetividade é o acontecimento que se dá no encontro entre o corpo e a cultura, acontece de maneira absolutamente singular, e, é com este encontro que um sujeito que terá que lidar a partir de sua condição, seja ela deficitária ou não. Assim, ao pensarmos os dispositivos de atenção a saúde da pessoa com autismo nos entendemos na obrigação de garantir para qualquer pessoa o direito ao laço, o direito de ter uma troca com o outro. Isso, nós todos aqui sabemos, tem implicações sobre os modelos de tratamento e sobre as propostas de cuidado.

Bem, não preciso dizer pra vcs o trabalho que isso nos deu. Trabalho pra fora, mas também muito trabalho aqui dentro. Entre tantos, diferentes concepções de cada palavrinha podia ter nos parado. Mas seguimos. Seguimos COM nossas diferenças, e não apesar delas.

Entendo que no nosso caminho fomos nos aproximando de uma ideia bastante vigorosa, que pode fazer convergir pensamentos e concepções. A discussão em torno do autismo e da possibilidade de sustentar o lugar da psicanálise no tratamento e na atenção e no cuidado com essa população, no âmbito das políticas públicas de saúde, abriu a discussão em muitos aspectos, e dentre eles, nos aproximou da ideia de sofrimento.

É com a ideia de sofrimento psíquico que temos enfrentado a discussão a cerca da importância de que a atenção a saúde na infância não se organize por especificidades patológicas. De que as políticas públicas não se prestem a criar espaços particularizados para o tratamento de cada forma de adoecimento. Discutimos, em cada espaço que pudemos nos fazer presentes, as consequências clínicas deste tipo de abordagem.

É claro que introduzir a ideia de sofrimento psíquico no âmbito da discussão das políticas públicas de atenção a saúde não é uma prerrogativa da infância, e isso

tem sido organizado também nesses outros campos. Porém, para o que nos interessa aqui discutir, e avançar, é da primeira infância que vamos falar.

O sofrimento psíquico, antes de configurar qualquer patologia, merece tratamento. Foi com esse argumento, que se consolida numa lógica clínica, que brigamos para devolver a criança com autismo a condição de criança. Ao invés de por em primeiro lugar o diagnóstico, insistimos que é preciso destacar a condição da infância como um tempo aberto a inscrições. Quando a criança está imersa na condição patologizada de sua existência, percebemos que as políticas públicas a tomam como um conjunto de habilidades e competências e a serem conquistadas para que ela seja COMO os outros, e reproduz, em termos de laço, uma experiência de segregação.

No que tange especificamente a primeiríssima infância, já há pesquisa e clínica suficientes para sustentar a hipótese de que o tratamento do sofrimento, pode, inclusive, desconstruir o caminho de assujeitamento do ser em configurações psíquicas que montam quadros psicopatológicos já estabelecidos em uma ou outra nosografia.

Se entendemos que a ideia de sofrimento revela uma articulação entre demanda, identificação e transferência e que isso interfere e altera a dinâmica de gozo do falasser (Dunker, 2016), vamos também entender que essa experiência a que chamamos sofrimento decide os investimentos possíveis ao sujeito em determinado momento da sua vida, e este ponto é fundamental para que possamos trabalhar com aquele que sofre. O sofrimento decide seus investimentos e sobre isso é necessário intervir.

Trata-se aqui da construção de alguns ordenadores que qualificam e organizam a nossa entrada como psicanalistas no campo da saúde pública. Penso que esses ordenadores se recolocam diante das demandas produzidas pela epidemia de Zika Vírus que se mostrou relacionada ao importante aumento de casos de microcefalia. Os números oficiais apontam mais de 5 mil casos registrados de gestantes contaminadas por Zika e quase 1000 casos de bebês recém nascidos que já receberam o diagnóstico de microcefalia (em 358 municípios, 21 estados + DF).

As crianças que nascerem com microcefalia receberão tratamento orientado pelo Ministério da Saúde no PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE E RESPOSTA À

OCORRÊNCIA DE MICROCEFALIA RELACIONADA À INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA, que faz parte do PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DA MICROCEFALIA.

Nós sabemos, e esse documento é também muito claro nesse ponto, que MICROCEFALIA não é um diagnóstico específico em relação ao nível de comprometimento cognitivo, e nem indicativo de outros tipos de comprometimento, como visual ou auditivo. Ainda assim é certo que crianças com microcefalia, e suas famílias, precisam ser acolhidas nos serviços de saúde, e precisam de muito cuidado, quer seja pra tratar os acometimentos orgânicos que se manifestarem a qualquer tempo da sua vida, quer seja para serem estimuladas no tempo adequado para que respostas possam se produzir também no nível do corpo.

Nós, psicanalistas, sabemos que a estimulação dissociada do campo do desejo é bastante ineficaz como estímulo para o desenvolvimento. Com alguma sorte teremos o desenvolvimento de uma habilidade, mas sua funcionalidade, a possibilidade de que o sujeito possa se servir do que seu corpo consegue realizar, certamente estará comprometida. Assim como dissemos muitas e muitas vezes para os casos de autismo, nenhuma condição orgânica elimina a subjetividade. Isso quer dizer que **MAIS UMA VEZ É PRECISO SUBLINHAR A IMPORTÂNCIA DECISIVA DE CONSIDERAR NO TRATAMENTO A ESPECIFICIDADE DA PRIMEIRA INFÂNCIA ACIMA DE QUALQUER PATOLOGIA**

Nós precisamos entrar nessa discussão para dizer isso. É necessário que conheçamos os protocolos e possamos discutir suas propostas, é importante que possamos estar atentos, mais uma vez, aos modelos de cuidado oferecidos a população, pois, como movimento que carrega saúde pública em seu nome, não podemos recuar diante de uma epidemia que toca diretamente nas políticas que orientarão a atenção a população com deficiência. É bastante interessante que possamos usar a situação de crise que o Zika nos leva para fazer as perguntas que nos levam a qualificar a atenção a essa população.

É nesse sentido que penso ser relevante ao psicanalista entender a complexidade da situação: conhecer a sua relação com a condição sanitária, a discussão em torno do aborto em caso de Zika promovida pelo Instituto Anís, e muito principalmente entrar no debate, com o que já sabemos sobre "o sujeito". Entrar

no debate sobre as políticas de atenção materno infantil, sobre os efeitos discursivos em torno do termo deficiência que ganham novas nuances a partir do momento em que a deficiência sai da sombra de movimentos isolados e ganha as primeiras páginas dos jornais.

É nessa situação que o Ministro da Saúde do nosso país se refere a essa população como: "sequelados", diz que as crianças microcefálicas não terão o mesmo desenvolvimento de inteligência das outras que tem crânio normal, diz, cereja do bolo, que essa não vai ser uma criança normal, que vai a escola, etc etc etc" (veja, o que nosso ilustre ministro diz é que escola é pra o tipo de gente que ele considera normal).

Isso, entendo, também nos concerne. Um psicanalista pode comparecer no espaço público e dizer que ninguém, mas ninguém mesmo, pode decidir a priori que vida vale a pena, ou qual é o sentido da vida do outro. Um psicanalista pode dizer que ninguém, mas ninguém mesmo, pode decidir o destino de uma marca, um psicanalista tem muitos elementos a sua disposição para qualificar esse debate, e abrir o campo da discussão no espaço público.

Depois desses anos que, como uma vez me disse a Inês Catão, fomos sofrendo os efeitos formadores de nossa militância, penso que desviarmos desse debate, não nos fazermos presentes nessa discussão, é bastante sério.

Para voltar ao tema central dessa mesa, vamos lembrar que a discussão sobre o autismo na saúde pública nos ensinou que as políticas públicas de atenção a primeira infância devem pensar o lugar dos pequenos na rede e devem considerar a condição da infância na organização do cuidado. Este trabalho, que nos dá bastante trabalho, está longe de ser concluído. e não podemos recuar. A discussão em torno do tratamento que se dá as crianças com microcefalia e suas famílias deve também guardar lugar para essa discussão.

O que quero dizer com isso é que penso que nossa tarefa nesse momento é bem mais complexa do que a complexa tarefa de sabermos mais sobre o que sabemos. Estamos num tempo em que vamos precisar saber o que fazer com o que já sabemos. Essa é uma questão política.

Ilana Katz
abril/2016

