

# O que pode um psicanalista no Sistema Único de Saúde (SUS)?

Cleusa Pavan

**Resumo** Este artigo, relato de experiência de uma psicanalista no SUS, está em sintonia e complementaridade com o artigo publicado na *Percursos* 59 “HumanizaSUS e a escuta do indeterminado”<sup>72</sup>. Trata-se, nesta ocasião, de dar a conhecer uma prática clínico-ético-política, trabalho de escuta, análise de demanda, construção compartilhada e acompanhamento de um processo de intervenção *em* e *com* um território de atenção à saúde da cidade de São Paulo. Trata-se ainda de apontar alguns dos desafios colocados para os psicanalistas em seu encontro com as demandas da Saúde Pública/Saúde Coletiva, além de refletir sobre as dimensões políticas da clínica quando convocada a uma prática fora dos espaços convencionais, em conexão com fluxos de trabalhadores, usuários, movimentos culturais e sociais.

**Palavras-chave** HumanizaSUS; Clínica; Política; Saúde Pública.

Cleusa Pavan é psicanalista e analista institucional, bacharel em Filosofia (FFLCHUSP), membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, consultora da PNH-MS (2006-2015), professora do Curso de Psicopatologia e Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP. Atualmente trabalha com Formação e Apoio Institucional a equipes de trabalhadores, gestores e usuários do SUS e em consultório particular.

Gilles Deleuze, no livro *Espinoza e o Problema da Expressão* (1968), formulou a pergunta “o que pode um corpo?”, extraído da *Ética* (Espinoza, 1667) a resposta inicialmente ali expressa: não sabemos *a priori*, mas um corpo pode muito mais do que imaginamos que ele possa, e só poderemos comprovar isso experimentando.

O mergulho intensivo que fiz durante alguns anos no SUS seguiu tal inspiração. Saberes sobre a potência dos encontros só se fazem no caminhar. Há que se lançar e sem garantias. SUS é *obra aberta*. Resulta de consensos mínimos e provisórios atualizados no processo de cotejamento entre interesses de sujeitos em espaços públicos de atenção e gestão. Disso decorre que compor com o que convém aos nossos corpos para ampliar potências e interferências num campo de disputa de sentido e de práticas não é algo que se explicita de saída.

Embora seja uma conquista histórica da porção insurreta da sociedade brasileira que, nas décadas de 1970/80, pautou a redemocratização do país e um Sistema de Saúde orientado pelos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade do cuidado, o SUS está sob constante ameaça de desconstrução. Ultimamente – apenas para mencionarmos exemplo recentíssimo de confronto –, empresários da saúde, aliados do capital e do mercado, em total cumplicidade com os agentes do golpe jurídico parlamentar-midiático

de 2016<sup>73</sup>, têm tentado impor uma ressignificação do SUS, a partir da qual será impossível reconhecê-lo<sup>74</sup>.

Desafios desta e de outras magnitudes estão em questão desde a criação do SUS e são, ou não, enfrentados segundo escolhas e vontade política dos governantes eleitos a cada quatro anos.

Em 2003, primeiro governo Lula, surge uma oportunidade inusitada. Um sanitarista histórico – Prof. Gastão Wagner de Sousa Campos – assume a secretaria executiva do Ministério da Saúde e convida profissionais de diferentes núcleos de saber e de práticas, dentre eles psicanalistas e analistas institucionais, para o enfrentamento de dois dos principais desafios micropolíticos do SUS: a) o da degradação da Clínica, uma clínica se fazendo sob os corolários do conceito reducionista de “saúde como ausência de doença” e de práticas médico-centradas, baseadas no modelo queixa-conduta-medicação; e b) o da gestão centralizadora, burocrática, autoritária dos serviços e da clínica neles praticada.

[...] apenas um vetor macropolítico da envergadura de uma eleição que marcou uma inflexão na história brasileira justificava a ousadia de ocuparmos uma posição de governo nunca antes imaginada, sobretudo para quem alimentava a força crítica do pensamento por um afastamento em relação à máquina de Estado<sup>75</sup>.

A partir daí, um coletivo organizado nacionalmente, e com institucionalidade dentro do MS, dispara um processo de construção e implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde. Uma estratégia de intervenção no SUS rumo à qualificação das práticas de gestão e de atenção em saúde.

Como herança, recebemos Programas e/ou iniciativas pontuais, ditas de humanização, onde “humanização aparecia mais como *slogan* ou como práticas segmentadas por áreas (relacionadas à saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) ou por níveis de atenção (hospitalar), identificadas ao exercício de certas profissões (assistentes sociais, psicólogos) e a características de gênero (mulher), na maioria das vezes práticas orientadas por exigências de mercado: focar o cliente, qualidade total”<sup>76</sup>.

Portanto, dentro dos desafios maiores, outros dois se puseram como prementes: um conceitual e outro metodológico.

Colocar em análise o conceito-sintoma de humanização herdado, portanto, exercer a crítica do instituído sob a consigna do *bom humano*, figura ideal que regularia as experiências concretas, redefini-lo como conceito-experiência, tomado como estratégia de interferência radical nos processos de trabalho, nas relações e nas práticas de saúde, e, além disso, construir um *como*, um método para tal empreitada, demandaram um intenso trabalho cuja descrição e apreciação não cabem neste contexto.

De tal trabalho, a PNH se estruturou em torno de Princípios, Método, Diretrizes e Dispositivos de intervenção, levando em conta o que chamávamos à época de experiências

---

exitosas ou experiências do “SUS que dá certo”<sup>77</sup>. Há um SUS que dá certo, embora isso raramente seja publicizado.

Princípios fundamentais: inseparabilidade entre clínica e política, entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; transversalidade enquanto ampliação das formas de conexão entre os sujeitos para a produção de estratégias de intervenção.

No que diz respeito ao modo de caminhar, operamos com o “método da tríplice inclusão”: a) inclusão, nas rodas de conversa e processos de intervenção, dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), no sentido do protagonismo e da corresponsabilidade; b) inclusão dos emergentes desestabilizadores das relações nos processos de produção de mudanças, com acolhimento e potencialização destes; c) inclusão do coletivo em suas versões social e subjetiva – versão social: coletivos tais como o MST, MTST, LGBTT; versão subjetiva: movimentos sensíveis, mudanças de perceptos e afetos, como, por exemplo, os ligados à prática médica quando esta, no campo da saúde indígena, se deixa afetar pelas diferenças étnicas e culturais e passa a identificar toda uma semiótica no usuário indígena até então negligenciada”<sup>78</sup>.

Como diretrizes, orientações gerais da política, trabalhamos com: Acolhimento; Clínica Ampliada; Cogestão; Valorização do Trabalho e Saúde do Trabalhador; Redes de Produção de Saúde; Ambiência; Defesa dos Direitos do Usuário.

E, como humanização não se faz com preleções morais, operamos com dispositivos – agenciamentos coletivos concretos –, sem os quais não há mudanças nas práticas de saúde: Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); Colegiado Gestor; Contrato de Gestão; Carta Direitos dos Usuários; Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST); Comunidades Ampliadas de Pesquisa (CAP); Equipe Transdisciplinar de Referência; Projetos Terapêuticos Singulares; Projetos Cogeridos de Ambiência; Gerência de porta aberta; Classificação de Riscos.

Assim, todo um arcabouço teórico-tecnológico constituiu-se como oferta para acionar forças onde imperam formas instituídas em organizações de saúde. Uma política se fez *Movimento Humanizassus*, movimento interferência contagiante em inúmeros serviços de saúde de diferentes cidades do Brasil, interferência alcançada com o recurso estratégico do Apoio Institucional, formulado por Gastão Campos em 200<sup>79</sup>.

Apoiadores institucionais são agentes produtores de realidades materiais e imateriais nas instituições de saúde. Suas práticas produzem efeitos nos processos de trabalho, nas maneiras pelas quais as instituições produzem saúde e se reproduzem, nas relações dos sujeitos consigo mesmos e com os outros. Portanto, tais práticas são políticas, nunca neutras. Produzem interferências com consequências.

Enquanto função intercessora<sup>80</sup>, o apoiador inclui, articula, conecta, embaralha posições e lugares; produz estranhamento, perturbação, subversão do instituído, função de quem está poroso às possibilidades de mudança, e mudanças se fazem levando em conta a dimensão *cronos* do tempo, o investimento na duração. Ações meramente pontuais não possibilitam construção de grupalidades, análises de contexto, identificação de situações potenciais para interações, construção de projetos de intervenção capazes de modificar

---

realidades. A experiência mostra que ações intensivistas<sup>81</sup> são as mais apropriadas para tal fim e seu exercício envolve todo um regime de sensibilidade.

Afetar e se deixar afetar, produzir referência, construir suportes para as desestabilizações envolvidas em processos de mudanças e abertura para o inusitado são condições que não podem faltar no cardápio do apoio.

#### Desafios colocados para os psicanalistas no campo da saúde pública

Enquanto psicanalista, apoiadora institucional da PNH, e tendo habitado este universo de concepções e de práticas durante um tempo significativo, pude ressaltar alguns dos desafios colocados no encontro com as demandas da Saúde Pública/Saúde Coletiva: a) o desafio da desindividualização/desprivatização do sofrimento e o trabalho com a dimensão subjetiva de coletivos; b) o desafio do deslocamento do *setting*: de uma relação analista-analisante em consultório para uma ação no território com grandes grupidades/redes; e c) o desafio da Clínica da Clínica, ou seja, o desafio do cuidado para com os trabalhadores e equipes empenhados no exercício da clínica cotidiana com crianças, jovens, adultos, idosos, famílias, etc., em bases territoriais.

A narrativa da experiência com trabalhadores, gestores e usuários de trinta e nove serviços de saúde do território da Freguesia do Ó – Brasilândia/SP<sup>82</sup>, realizada nos anos de 2010 a 2014, propõe-se a conferir materialidade à explicitação de tais desafios.

#### Disparador da experiência

A partir de um processo de Formação de Apoiadores para a PNH no estado de SP (2008), um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) foi organizado na Freguesia do Ó – Brasilândia/SP, e alguns membros do grupo formularam-me um pedido: Apoio à implantação do Acolhimento com Análise de Vulnerabilidade e Classificação de Risco (ACCRV)<sup>83</sup> nos serviços do território.

As atividades tiveram início com uma Análise da Encomenda envolvendo 40 participantes. Trabalho de escuta, processamentos e discriminação de três dimensões da encomenda – oficial, implícita e pulsante<sup>84</sup> –, rumo à construção da demanda que, como concebemos, com a ajuda da Análise Institucional<sup>85</sup>, diz respeito não a uma resolução da encomenda, mas a um desdobramento problemático da análise da encomenda.

Emergentes iniciais: revolta, choro, indignações, ansiedades, agressividades, reações atualizadas como relativas à maneira arbitrária e autoritária pela qual foi feita a transferência da gestão dos serviços para as Organizações Sociais (privatização do SUS),

---

com mudanças nos regimes de contratação, imposições de condições para a permanência, dispensas, etc., violências e arbitrariedades de diferentes ordens.

Depois de alguns meses de trabalho de escuta e processamentos, o que se constata, dentre outras coisas, é que a encomenda – apoio à implementação do ACCRV – estava muito longe de atender às necessidades e desejos expressos pelo GTH.

Alcances do trabalho de análise da encomenda: emergência de um movimento sinalizador das dificuldades/prioridades/interesses de um grupo, emergência de uma grupalidade inventora de um percurso com o qual desejaria estar envolvida a partir da construção conjunta de um olhar sobre o território, suas necessidades, seus acúmulos e aberturas para interferências. O plano de trabalho delineado, então, foi o da democratização das relações, democratização da gestão dos serviços e do cuidado em saúde nos locais de trabalho e na região.

Tomando a Clínica como Crítica na dupla acepção deste conceito – desestabilização do instituído e produção de desvio pelo acionamento de forças produtoras de implicações e compromissos com o que os sujeitos estão fazendo de si, daqueles com quem trabalham e dos usuários sob seus cuidados –, o fato de ter também em minha maleta de ferramentas um bom percurso na clínica psicanalítica foi determinante para os desdobramentos.

Manejos de grandes grupos de trabalho envolvem consistência clínica para sustentar o deslizamento da fala, equivocar certezas, interrogar silêncios, transformar transferências dirigidas a um suposto saber (o coordenador) em desejo de produzir dirigido para um lugar em que tal produção possa se tornar pública; consistência clínica, enfim, para exercer uma função formulada por Lacan, e tomada aqui, livremente, nos termos do “Mais-um do Cartel”<sup>86</sup>.

Fazer o trabalho progredir, ajudar a desarticular imaginários, por exemplo, o de inúmeros trabalhadores dos NASF<sup>87</sup> (Núcleo de Assistência à Saúde da Família) que, em um determinado momento, estavam identificados com a formulação “é impossível seguir adiante porque os gerentes não entendem nosso trabalho”; puxar e sustentar a manifestação de diferentes falas a respeito do que entendiam por tal formulação, propiciar o aparecimento das diferenças de percepção e afetos em relação à situação, sustentar enfim um espaço para a emergência de um saber inusitado, formulado nos termos “não é que eles não entendam, eles são contra o que fazemos, eles nos querem fazendo função de Pronto Atendimento e nós não estamos aqui para isso”, eis um árduo trabalho clínico em questão.

Dentre os efeitos desse trabalho, podem-se mencionar deslocamentos subjetivos e mudanças de posição. De vítimas sofredoras, esses trabalhadores passaram ao reconhecimento do diferencial de suas funções, reconhecimento das linhas de força agressivas das resistências dos gerentes, contrários não a uma pessoa em si, mas à política de Atenção Primária em Saúde (APS) que os NASF vieram ajudar a *implantar* no território, eis uma passagem promotora de aberturas para novos modos de lidar com as divisões de si, dos outros, aberturas para novas estratégias de intervenção, para outramentos<sup>88</sup>.

---

O trabalho inicial de análise da encomenda deu lugar a um fluxo intenso de ações cujos acompanhamento e apoio foram objeto dos passos seguintes do trabalho com o território.

Um Plano de Trabalho foi elaborado em torno da diretriz da Gestão Compartilhada dos Serviços e da Articulação destes/Aquecimento da Rede de atenção.

A fase preparatória da implantação desta diretriz envolveu: a) um Encontro Regional de Humanização com a temática da Gestão Compartilhada dos Serviços e da Clínica, realizado na Escola de Samba Rosas de Ouro, do qual participaram trezentas pessoas; b) uma contratação coletiva e pública do processo a ser disparado no território.

Foram contratados vários espaços de trabalho: a) reuniões locais – cada serviço fazendo análise da situação de seus processos de trabalho, dos modos de gestão do serviço e da clínica neles operantes e experimentando dispositivos democratizantes; b) reuniões com os níveis centrais de gestão, envolvendo Supervisão Técnica de Saúde – STS, Conselheiros Locais de Saúde, Gerentes, Organizações Sociais (OS), a fim de criar condições para tais atores refletirem sobre a política de saúde implantada no território; c) encontros loco-regionais para articulação dos vinte e nove serviços; d) organização de um II Encontro Regional de Humanização de caráter avaliativo (seis meses depois).

Em termos locais, em sua grande maioria, os serviços deram início (e/ou retomaram) à experimentação de dispositivos tais como: reuniões mensais gerais de caráter político-organizativo e não prescritivo, reuniões semanais de equipes para discussão de casos clínicos e construção de Projetos Terapêuticos Singulares – PTS; reuniões com apoiadores matriciais<sup>89</sup>; reuniões trimestrais de planejamento e avaliação junto com a comunidade (por equipe); reuniões com equipamentos de outras políticas (escolas, abrigos, Comissões de Constituição de Justiça e Cidadania/CCJ, etc.); assembleias com usuários e familiares (mais frequentes no caso dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); construção de Conselhos Gestores nas unidades em que tais dispositivos inexistiam, etc.

Em termos loco-regionais, teve início um arranjo de caráter inédito, um Grupo de Trabalho de Rede (GT – Redes): encontros mensais e trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde, de todos os serviços, incluindo aqueles sob gestão estadual, para o aquecimento da rede<sup>90</sup>. Tal atividade constituiu-se em um Panorama Vivo de Recursos do território, uma apresentação dos serviços: quem somos, o que temos a oferecer, capacidades instaladas, limites, possibilidades, pontos críticos, etc.

Daí emergem situações e apreensões das mais complexas (analísadores<sup>91</sup>): usuários sem destino, sem equipe responsável, tratamentos interrompidos por falta de articulação dos hospitais com as demais unidades e vice-versa, iatrogenias, etc. Tal atividade abriu espaço para uma nova fase de trabalho: discussão de cinco situações clínicas ligadas a usuários de Saúde Mental (SM) cujo destino havia sido um tanto funesto na rede de cuidados.

Aparecem, então, dados pouco animadores, tal como a existência de dois modelos de atenção em SM operando no território: um CAPS alinhado com a Reforma Psiquiátrica, de portas abertas, exercendo a função de apoio matricial, com ofertas para qualificar o acolhimento das demandas relativas ao sofrimento psíquico, realizado pelas UBS e

Ambulatórios de Pronto Atendimento (AMAS); e um outro CAPS à margem da reforma psiquiátrica, trabalhando de portas fechadas, com agendas fechadas, etc.

Além disso, aparecem outros componentes de uma situação insustentável: despreparo das equipes de UBS e AMAS para o trabalho com usuários de SM; internações hospitalares sem acompanhamento dos CAPS e das UBS; PTS focados apenas na “ressocialização”; medicalização desenfreada; ausência de clínica psicoterápica; falta de retaguarda dos CAPS e dos hospitais para as UBS lidarem com situações de surto ou com as demandas menos graves, mas com alta incidência, tais como as depressões menos severas, as fobias; exiguidade no quadro de profissionais; precárias condições de trabalho; etc.

Emerge, enfim, um esboço de diagnóstico da situação da atenção à SM no território, em regime de alta tensão. Manter as condições de possibilidade da análise em grupo e do grupo exigia lidar com um estado de guerra provocado por angústias de aniquilamento vividas por sujeitos identificados em bloco com seus serviços, com formas conhecidas e instituídas de trabalhar, defendendo-se de supostos ataques maciços de outros serviços, cada um deles – sujeitos e serviços – considerando-se responsável individualmente pelo desastre.

Um desastre compreensível quando também situado no horizonte mais amplo do fim do Estado como mediador das instâncias de trabalho e executor das políticas públicas de saúde. Políticas de atenção foram substituídas pelas práticas empresariais de gestão que tomam a saúde como mercadoria praticável no registro do empreendimento capitalista e privilegiam ações de resultado imediato: quantificação dos atendimentos, “otimização” das intervenções e de seus agentes/trabalhadores, visando à economia de mercado e lucro – contexto em que se inserem as privatizações, as terceirizações –, e, dentre outros prejuízos, a fragmentação do sistema de saúde. Foi prática comum a entrega dos serviços de uma mesma região a mais de uma empresa (OS), cada uma delas privilegiando formas de diminuir custos em prol dos altos salários dos administradores privados.

A estratégia micropolítica inventada para enfrentar o “desastre” e dar continuidade ao processo de desindividualização do sofrimento, com análise das condições criadas coletivamente para as práticas de saúde mental no território, contou com uma gama variada de dispositivos: a) organização do território em três microrredes de cuidados e responsabilidades, envolvendo discussão de casos, definição de responsáveis, agenda para matriciamento dos CAPS, etc.; b) revisita à Reforma Psiquiátrica (qual a sintonia do território com os princípios e diretrizes da RP?); c) construção de um Projeto Ético Político para a SM no território, envolvendo atividades de formação, discussão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS-SP), etc.

Simultaneamente a isso, o GT-Redes seguia com a discussão de quatro situações clínicas de usuários da UE. Constataram-se: recepções burocratizadas com a utilização de senhas por ordem de chegada e sem Classificação de Risco, desarticulação do sistema, serviços tentando responder às demandas sem colocá-las em análise, trabalhadores, em geral, despreparados para o acolhimento e manejo clínico dos pacientes em risco iminente de morte, etc.

Assim, retornou nesse momento por outra via, a necessidade e o desejo de trabalhar com a diretriz do Acolhimento com Análise de Vulnerabilidade e Classificação de Risco

(ACCRV) no território, e teve início um Processo de Formação-Intervenção<sup>92</sup> em ACCRV com duração de um ano e meio.

Um território em movimento seguiu envolvendo também usuários e conselheiros de saúde, contagiou movimentos sociais organizados, e as Plenárias Populares de Saúde começaram a acontecer.

Foram encontros mensais, incluindo movimentos sociais organizados, tais como: MOVERR (Movimento Espontâneo dos Representantes das Ruas), Movimento de Saúde da Zona Norte, Movimento Popular de Saúde, Comissões de Moradores de Bairros, CONSAB (Conselho de Sociedades Amigos de Bairros), Conselheiros locais e regionais de saúde, Conselheiros Participativos Municipais, Conselho do Idoso, Centro Paula Souza, trabalhadores, gestores do SUS e usuários não organizados da região norte da cidade de SP, representantes dos programas Pró e PET Saúde da PUCSP, Pastoral da Saúde, representantes de vereadores de diferentes partidos, etc.

Neste âmbito ainda mais complexo de composição de forças, âmbito de intervenção macropolítica, o maior desafio foi o da construção de um Comum<sup>93</sup> a partir de um trabalho de análise da situação da saúde do/no território, definição de prioridades para o enfrentamento das fragilidades, produção de um Documento-Base para negociação com a SMS-SP, apresentação das reivindicações ao poder central da secretaria; tudo isso sob o influxo de intensidades das mais diferentes ordens.

Consideradas como um espaço oportuno para a manifestação de insatisfações generalizadas e para que os grupos de interesse ali reunidos tomassem uns aos outros como objetos-causa das fragilidades do território em termos de cobertura e qualidade do cuidado, portanto, objetos de ataques variados, as Plenárias constituíram-se, ao mesmo tempo, em fontes de surpresa-encanto e fontes de angústias generalizadas.

O trabalho do tempo e um trabalho clínico-político no tempo, trabalho de desmanchamento de nós e amarração de pontas aparentemente inconciliáveis, trabalho de sustentação das possibilidades de escuta, troca e composição na diferença, trabalho apenas possível na condição de um fora-incluído<sup>94</sup>, deu origem a um grupo sujeito<sup>95</sup> em condições de interlocução e defesa de melhores condições de saúde e de vida no território.

Outros desdobramentos se fizeram, cabendo apenas uma menção a eles neste espaço: formação em SUS e Atenção Primária em Saúde (APS) para a população do território; apoio institucional a Comitês de Humanização de outras regiões de SP; apoio à construção da Política Municipal de Humanização e à formação de apoiadores institucionais da saúde do município de SP, etc.

Em 2015, a PNH perdeu institucionalidade no Ministério da Saúde e o trabalho sistemático de apoio institucional nos moldes aqui apresentados sofreu interrupção em todo o território nacional.

Perder a institucionalidade dentro do MS, porém, não impediu que o *Movimento Humanizatus* tivesse continuidade, uma vez que, tendo alcançado uma dimensão pública,

---

inúmeros apoiadores institucionais deram continuidade às interferências no SUS, publicadas diariamente através de uma rede virtual<sup>96</sup> de divulgação e discussão.

Como conclusão, e retomando as questões inicialmente formuladas sobre o que pode um psicanalista na saúde pública, o desafio da desprivatização do sofrimento e os efeitos transformadores de tal proposição, acrescentaria que, a rigor, o sofrimento sempre esteve na base do mal-estar e de revoltas individuais ou coletivas; sempre foi interrogante. Um rico analisador.

Desde as sabotagens – paralisações da produção fabril pela introdução dos tamancos (*sabots*) nas máquinas dos primeiros tempos da industrialização –, passando pelas grandes greves dos tempos posteriores – paralisações da produção por meios mais organizados de resistência à espoliação –, até os vírus dos hackers que hoje paralisam os sistemas virtuais de subsunção de todos os domínios da vida ao capital, o sofrimento é uma categoria em evidência nos processos de sublevação.

O que é que se põe como novidade hoje, recolocando em outros termos a categoria do sofrimento como potência de transformação existencial e política?

Atualmente, o desejo do incomensurável que sempre moveu o capitalismo atingiu um nível insuportável.

A exploração do circuito pulsional humano se faz de maneira tanto mais insidiosa, inescrupulosa e em níveis inauditos de extenuação quanto mais a subjetividade é alçada à matéria-prima por excelência do capital<sup>97</sup>, e quanto mais destruição ele consegue impor aos regimes de proteção social, às políticas sociais asseguradoras de direitos, às conquistas que se fizeram em períodos de correlação de forças mais favoráveis às resistências contra sua voracidade.

Em uma formulação recente, Suely Rolnik (2018) pontua que hoje

[...] a matriz micropolítica do poder colonial capitalista é o abuso da vida. Investe-se na produção de uma certa política de subjetivação cujo elemento fundamental é o abuso da vida enquanto força de criação e transmutação. O domínio do capital inclui a potência vital em todas as suas manifestações e não apenas na exploração da força de trabalho. O intuito do abuso é separar a subjetividade de sua potência vital, destituindo-a de seu poder de escolha. O projeto é não mais tornar a força vital mais dócil e submissa mas estimular sua potência e acelerar, intensificar sua produtividade. Assim se impõe uma passagem: de força de “criação” de novos modos de existência em resposta às demandas da vida, em força de “criatividade” a ser investida nos novos cenários de acumulação de capital econômico, político, cultural e narcísico. Em lugar da produção do novo o que se produz são “novidades” a excitarem a vontade de consumo. O capitalismo financeirizado necessita de subjetividades flexíveis, “criativas”, que se amoldem à produção e ao consumo, maleabilidade para acompanhar a velocidade dos deslocamentos infinitesimais de capital e informação. É com a força e a corrupção do desejo que o capitalismo neoliberal se realiza micropoliticamente<sup>98</sup>.

Isso tudo não sem graus também infinitesimais de sofrimento, cujo vetor “revolucionário” será tanto mais potente quanto mais pudermos trabalhar na direção da desprivatização, desindividualização, desculpabilização, desalcovatização deste.

Sofrimentos, para além de comportar seus quantuns de gozo, são expressões de paralisia muitas vezes, mas também de revolta e luta. São denúncias de que algo não vai bem, individual e coletivamente. São índices de que há algo de inapropriável em cada um de nós que resiste ao assujeitamento completo, à servidão, aos imperativos categóricos de quaisquer ordens. E aqui, no inapropriável de cada um de nós, forjando um Comum como ponto de resistência, faço referência a Christian Dunker, Pierre Dardot e Christian Laval, que recentemente<sup>99</sup> me reconectaram com as dimensões políticas do sofrimento.

O que faremos, e em comunidade, com este Comum, com esta porção inapropriável em cada um de nós, potência instituinte de refundação de mundos, eis um desafio para cujo enfrentamento precisamos de boas companhias.

Cabe ainda ressaltar o quanto fica evidente a dimensão política da Clínica quando convocada a uma prática fora dos espaços convencionais, em conexão com fluxos de trabalhadores, usuários, movimentos culturais, sociais, produzindo deslocamentos, aberturas, passagens, conexões, inventando conjuntamente linhas de fuga da diluição de mundos.

Intervir em processos de produção de saúde é intervir em processos de produção de subjetividade, campos distintos porém inseparáveis. Toda Clínica produz efeitos. Aqui, neutralidade não tem lugar. Do grego, Clínica é ao mesmo tempo Klinikós (inclinarse, acolher) e Clinamen (produzir desvios aos estancamentos da vida).

Acolher em grupos e coletivos, escutar, sustentar transferências desde lugares alicerçados em escolhas e filiações a concepções teórico-clínicas, atizar capacidades instituintes, suscitar o aparecimento do inédito são modos de trabalhar produtores de efeitos, produtores de (des)subjetivação.

Toda clínica é política e é institucional, mesmo aquela que se faz em uma sala fechada. Quantas instituições estão presentes nesta sala? Quanto instituído está aí a demandar trabalho? Que operadores entram em ação? O que se produz em termos de desestabilizações, rearranjos, diferenciações?

Sobre a dimensão ético-estética de uma experimentação democrática de (re)construção de um território de saúde – uma práxis instituinte numa porção da cidade de SP –, é possível mencionar ainda a ampliação das possibilidades, capacidades e desejos de escolha de sujeitos e coletivos, a mobilização da potência de resistência de sujeitos e de coletivos a formas privatizadas e fragmentadas de vida.

A inspiração para o término deste texto vem do biólogo e filósofo chileno Francisco Varela: quanto vale um processo coletivo de “reencantamento do concreto”<sup>100</sup>?

#### Referências bibliográficas

Baremblytt G. (1992). *Compêndio de análise institucional*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Benevides R.; Passos E. (2006). A função apoio institucional: inovação e complexidade. In *Projeto do Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores da Política de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde, PNH-MS*. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo? *Revista Interface*, v. 9, n. 17, mar./ago.

Campos G. W. S. (2001). O apoio institucional e análise de demanda em saúde ou apoio Paideia. Disponível em <<http://redehumanizaus.net/59928-o-apoio-ins>

titucional-e-analise-de-demanda-em-saude-ou-apoio-paideia-gastao-wagner-sousa-campos-novembro2001>. Acesso em: 5 jun. 2018.

- Cunha G. T.; Campos G. W. S. (2011). Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 20, n.4, out./dez.
- Deleuze G. (2017). *Espinosa e o problema da expressão*. São Paulo: ed. 34.
- \_\_\_\_\_. (1996). Os Intercessores. In *Conversações*. São Paulo: ed. 34.
- \_\_\_\_\_. (1989). Qu'est-ce qu'un dispositif? In *Michel Foucault philosophe: Rencontre internationale*. Paris: Seuil.
- Guattari F. (2005). *Psicanálise e transversalidade*. São Paulo: Ideias e Letras.
- Guattari F. Rolnik S. (2001) *Cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes.
- Hardt M.; Negri A. (2009). *Commonwealth*. Cambridge: Harvard University Press.
- Lourau R. (2001). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mathias M. (2016). Uma segunda alma para o sus. *Revista poli: saúde, educação e trabalho*, ano 9, n. 48, nov./dez.
- Ministério da Saúde. (2006). Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2010). Formação e intervenção. *Cadernos Humanizausus*. Volume i. Brasília: ms
- Pamponet R. (2013). *O Cartel na escola de Lacan*. Disponível em: <[http://www.institutopsicanalisebahia.com.br/agente/download/agente008\\_pamponet.pdf](http://www.institutopsicanalisebahia.com.br/agente/download/agente008_pamponet.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2018.
- Passos E. (2006). *Apresentação dos níveis de composição da pnh*. Mimeo.
- Passos E; Rossi A. (2014). Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Rev. Epos*, vol.5, n.1, jun. RJ.
- Passos E. (2016). A política na arte da clínica: uma experiência da política pública na máquina de Estado (ou a política pública no fio da navalha). Mimeo.
- Rolnik S. (2018). O novo tipo de golpe de estado: um seriado em três temporadas. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2018/12/actualidad/1526080535-988288.html>>. Acesso em: 6 jun. 2018.
- Varela F. J. (2003). O reencantamento do concreto. In *O reencantamento do concreto*. Cadernos de subjetividade. São Paulo: Hucitec.

#### What can a psychoanalyst do in Brazilian Public Health System (sus)?

**Abstract** This article reports the experience of a psychoanalyst within the Single Health System of Brazil (sus) and complements the text published in the journal *Percurso* n.59 entitled "Humanizausus and the listening to the undeterminate". Here we present a clinical-ethical-political practice, in its dimensions of listening, demand analysis and shared constructions, and follow-up on an intervention *in* and *with* the health care of the city of São Paulo. The author points some of the challenges posed to the psychoanalysts when faced with the Public Health/Collective Health demands and reflects on the political dimensions of the clinic when invited to act outside of the conventional spaces and in connection with the flow of workers, users, and social and cultural movements.

**Keywords** humanization; clinic; policy; public health.

Texto recebido: 06/2018

Aprovado: 08/2018