

## **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS DO PODER**

---

*Rodrigo Pinto Pacheco*

Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Membro do Fórum do Campo Lacaniano (SP) e coordenador e membro fundador da Rede de Pesquisa Psicanálise e Saúde Pública dessa mesma instituição.  
E-mail: rodrigopintopacheco@hotmail.com

**Resumo:** O Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto um ato de fundação, marca um antes e um depois; um marco histórico dentro da saúde pública e coletiva no Brasil. Se, por um lado, a Lei Orgânica de Saúde constitui o SUS enquanto ato inicial, por outro, são os atos encarnados pelos agentes de discurso, enquanto discurso sem palavras, que o efetivarão na prática. Assim, o presente artigo tem por objetivo apresentar os princípios que fundamentam o SUS, enquanto os princípios de seu poder, evidenciando sua teia discursiva e os laços sociais em jogo. Para tanto, a teoria dos discursos em Lacan nos serviu de norte.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde (SUS); princípios; discurso; saúde pública; ato.

**Abstract:** The Brazilian National Health System (SUS), as a foundation act, marks something before and after; it is a landmark within the public and collective health field in Brazil. If, on the one hand, the Brazilian Organic Health Law establishes SUS as an initial act, on the other hand, the acts are embodied by agents of the discourse, as a speechless discourse, which will put it into practice. Thus, this article aims to introduce the principles that provide SUS with its framework, as the principles of its power, making clear its discursive web and the social ties at stake. To do this, Lacan's theory of discourse has been our north.

**Keywords:** Brazilian National Health System; principles; discourse; public health; act.

Após alguns anos trabalhando na rede pública de saúde e inserido também nos estudos sobre Saúde Coletiva na Faculdade de Saúde Pública da USP, confesso que muitas são as questões que vêm me afligindo nesses anos todos: o problema das

parcerias público-privadas e a responsabilização do Estado; a segmentação dos níveis de atenção à saúde; o conceito de apoio matricial; as resistências desencadeadas na relação entre os profissionais e destes com os usuários dos serviços; dentre outros.

Mas, para iniciar as atividades da então recém-criada Rede de Psicanálise e Saúde Pública do Fórum do Campo Lacaniano – SP, a partir da qual este texto tomou forma, não tive como fugir de algo mais “primário” dentro dos campos da saúde pública e coletiva: o Sistema Único de Saúde – mais conhecido como SUS – e aquilo que o fundamenta, suas diretrizes e princípios.

A partir daí, pela própria associação do significante *princípio*, a primeira coisa que me veio foi retornar ao conhecido texto de Lacan “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” (LACAN, 1958/1998). Pensei que um caminho interessante para este trabalho seria articular este significante encontrado nesses dois distintos campos – psicanálise e saúde pública –, campos, aliás, que dão o título a esta nossa Rede de Pesquisa.

Encontrei definições para *princípio* significando começo ou causa de algum fenômeno. *Princípio* também como a causa primária, o momento, o local ou trecho em que algo, uma ação ou um conhecimento, tem origem. O *princípio* de uma coisa como algo que também pode ser questionado (HOUAISS e VILLAR, 2001, p. 2299). O *princípio* ser assim entendido como aquilo que vem antes, começo, nascedouro.

Por outro lado, princípio pode ser entendido como remetendo aos valores mais caros e inarredáveis de determinada pessoa. No linguajar cotidiano popular é comum ser dito: fulano é uma pessoa de *princípios*! Este simples adjetivo, dirigido a alguém, significa que determinada pessoa possui atributos morais e éticos – interessante! – que pautam a sua conduta como ser humano. Como se fossem linhas mestras, dentro das quais, alguém se move. Já aquela pessoa qualificada como sem *princípios* significa o mesmo que sem escrúpulos, ávida por locupletar-se a qualquer custo e por qualquer meio.

Assim, com esta breve introdução, não é difícil perceber que os *princípios* têm uma função importante, sobretudo para a vida em sociedade. Se os *princípios* indicam, no agir individual, determinados valores, ligados a um comportamento ético, justo e moralmente correto, é perceptível que também estejam ligados ao respeito às demais pessoas, indo ao encontro de algo relacionado ao pacto social.

Sim, o SUS tem seus princípios, sua “causa primária”<sup>1</sup> – se é que podemos dizer assim –, seus *a priori*, seus enunciados que vêm com a função de regular e orientar o desenvolvimento do sistema, dos serviços e das práticas e de suas proposições. E delimitar os princípios do SUS também significa compreender quais são os atributos éticos que ele propõe como preceito para o campo que abrange. Para tanto, um breve histórico de sua constituição se faz necessário.

Instituído pela Constituição Federal de 1988 e fazendo parte de um movimento maior pela luta para a (re)democratização do país, o Sistema Único de Saúde foi construído coletivamente com o objetivo de assegurar a integração das ações que garantam a saúde como um bem de direito de todos. Partindo de discussões e ações advindas da base da sociedade e integrando as reivindicações que nortearam o movimento conhecido como Reforma Sanitária, logo se tratou de discutir os princípios que norteariam o SUS, consolidados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

E foram exatamente as resoluções dessa Conferência que nortearam os parâmetros que mais tarde viriam a ser inscritos na Constituição Federal de 1988. Antes disso, o acesso aos serviços médicos curativos não era um direito de todos, mas somente daqueles que tinham registro na carteira de trabalho. A partir de sua instituição, e da regulamentação subsequente por duas Leis Federais (que conjuntamente formam a Lei Orgânica da Saúde) do ano de 1990, obteve-se um detalhamento de sua organização e funcionamento. Nelas, explicitou-se o conjunto de ações e serviços de saúde a serem prestados e a integração de todas as esferas governamentais para o seu bom funcionamento.

Originaram-se, desse modo, os princípios e diretrizes do SUS. Surgiram para garantir direitos e melhor operacionalizar o Sistema Único, orientando e regulando as proposições e o desenvolvimento das práticas de saúde, dos serviços e do próprio Sistema como um todo.<sup>2</sup> São seus princípios doutrinários: universalidade,

---

1 Aqui, foi inevitável pensar em uma possível articulação dessa definição de *princípio*, como “causa primária”, com a definição de Lacan de *objeto a*, como objeto causa do desejo, no *Seminário 10 – A Angústia* (Lacan, 1962-1963/2005). Vale também notar o conceito de *princípio* permeando a própria obra freudiana.

2 E aqui um problema já nos é colocado: como pensar o Sistema Único de Saúde (SUS) como “único”, como um todo unívoco, sem considerar suas fragmentações e especificidades de cada serviço ou nível de atenção à saúde? Como, aliás, pensar as contribuições da psicanálise aos campos da saúde pública e coletiva na especificidade de cada serviço e nível de atenção?

integralidade, equidade e direito à informação. Já os princípios que regem sua operacionalização, também conhecidos como diretrizes, são: descentralização dos serviços, regionalização da rede, hierarquização da rede e participação social.

Eis então os princípios do SUS, sejam eles “princípios doutrinários” ou “princípios que dizem respeito a sua operacionalização” (diretrizes). Poder-se-ia dizer que esses são os princípios de seu poder? Como nos situa Lacan em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, “(...) a impotência em sustentar autenticamente uma práxis reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder.” (LACAN, 1958/1998, p. 592).

Exercício de um poder, eis a questão! Mas de que poder estamos falando? Ou se quisermos nos utilizar de contribuições e conceitos lacanianos colocados mais adiante em sua obra, a que discurso ou modos de aparelhamento do gozo estamos nos referindo, ao considerarmos o SUS e os supostos princípios de seu poder? Pergunta complexa. Primeiramente, vale aqui uma breve explanação sobre a teoria dos discursos em Lacan.

Os discursos como laços sociais compõem o campo do gozo, que se encontra para além do campo da linguagem, não deixando, no entanto, de pertencer a este. Enquanto laço social, o discurso funda um fato, estabelecendo vínculo entre aquelas pessoas concernidas. Vínculo este estruturado sempre por um par composto de um agente e de um outro, que não estão em uma relação simétrica de poder. A nossa realidade social é, portanto, enquadrada pelos laços sociais, também nomeados por Lacan como aparelhos de gozo, uma vez que esses laços promovem um esvaziamento do gozo, ao estabelecer maneiras e normas de convivência com o outro.

O estabelecimento dos discursos implica a linguagem e articula-se aos elementos da cultura, transmitidos de geração em geração aos agentes e seus outros, viabilizando a manutenção dos vínculos em uma sociedade, pois o homem é um ser social que não prescinde do outro e cria regras de conduta e convivência com finalidades específicas.

Sem esse enquadramento cultural e simbólico, como lembrava Freud, a inclinação do homem é tratar o outro como objeto de gozo e nele saciar suas pulsões erótica e de morte. A renúncia pulsional exigida do sujeito para sua vida na civilização, e sem a qual ele não poderia estar em sociedade, trata-se, em outros termos, de uma canalização ou enquadramento do gozo; de um esquadramento do campo do gozo pelos

laços sociais que o compõem. São laços compostos pelo gozo que a linguagem limita e enquadra, sendo esta responsável pelo estabelecimento do vínculo e sua manutenção, impedindo, dessa forma, sua ruptura (QUINET, 2006, p. 24-46).

A característica linguageira dos discursos, enquanto laços sociais, não passa, no entanto, necessariamente pelas palavras faladas. E penso que esse é um ponto importante para o que tratamos aqui. Pois o discurso, enquanto aquilo que instaura relações fundamentais e estáveis mediante o instrumento da linguagem no campo do gozo e a partir de uma série de enunciados primordiais que determinam aquele laço social específico, trata-se de um “discurso sem palavras”, como nos indica Lacan logo no início do *Seminário 17 – O avesso da psicanálise* (LACAN, 1969-1970/1992). Isso quer dizer que “não há necessidade de enunciações para que nossa conduta, nossos atos, eventualmente se inscrevam no âmbito de certos enunciados primordiais” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 11). É um discurso cujos enunciados nem sempre são explícitos, mas que prescindem de fala para atuar.

Os quatro discursos determinam, dessa forma, quatro distintas formas de ato: o ato governamental, o educativo, o histérico e o analítico. Cada modalidade de ato é caracterizado por seu agente: a lei, o saber, o sintoma (sujeito) e o objeto *a*. O que caracteriza um governo não é o que dizem os políticos, mas sim seus atos. Do mesmo modo, o ato de educar é o tratamento do outro objetivado pelo saber: o que pode ocorrer na sala de aula, na administração de uma Unidade de Saúde, na mesa do bar, no consultório do médico ou do psicólogo, ou numa reunião multiprofissional para discussão de um caso clínico.

O outro pode ser o paciente, o colega de equipe, o funcionário da administração. O *setting* não define o discurso, as palavras pronunciadas tampouco, mas sim o ato. O ato que determina o laço social é sempre o do agente do discurso, pois é, segundo Lacan, um dizer que funda um fato; no caso, um fato de discurso, o próprio laço social. Esse ato, ao dirigir-se a um outro, imprime o fato daquele discurso.

Já o ato histérico é o fazer desejar, o que mostra algo que todos vivemos, ou seja, que cortejar, seduzir, atrair, faz laço social. O ato é sempre histérico quando produz no outro o desejo, inclusive o desejo de saber, e promove a verdade do gozo sexual. O ato analítico ocorre nesse laço inédito em que são promovidas a desidentificação aos ideais do Outro e a libertação do sujeito do poder mortífero das palavras. O tratamento do outro também varia: no discurso universitário, o outro é tratado como

um objeto, como o estudante que ali está apenas para aprender. O ato legal ou de comandar visa ao outro como um escravo, um operário, um trabalhador. O ato histórico se dirige ao outro como um mestre para estimular e “provocar” seu desejo.

Mas o ato analítico é o único que trata o outro como um sujeito, por definição (QUINET, 2006, p. 24-46).

Nossa sociedade se estrutura, assim, com os laços sociais da dominação – discurso do mestre (DM) e discurso universitário (DU) – e seus avessos – discurso do analista (DA) e discurso da histórica (DH) –, dos quais o DA é o avesso do DM e o DH é o avesso do DU. O DH faz objeção ao totalitarismo perverso do saber, pois coloca o sintoma como agente e faz obstáculo a continuar a obedecer ao burocrata do saber. O DA desvela a hipocrisia do “S1 encarnado” que faz função de mestre e senhor, mostrando que o mestre é o significante (LACAN, 1969-1970/1992 e QUINET, 2006, p. 24-46).

Voltemos agora à nossa questão sobre qual poder está em jogo com a colocação dos princípios do SUS. Apenas pelo fato de seu agente ser uma lei (Lei Orgânica da Saúde), poderíamos considerá-lo como um discurso da dominação? Penso que não, ao menos até essa lei ser “encarnada” por alguém. O que quero dizer com isso é que os princípios do SUS só tomarão forma quando transformados em atos. Atos dos secretários de saúde, dos gestores das unidades de saúde, dos médicos, dos psicólogos, seja nas relações de trabalho ou com os usuários dos serviços. Responder a pergunta se há ou não uma relação de dominação estabelecida ou mais propensa a ocorrer a partir dos princípios do SUS é algo muito particular à realidade vivida em cada serviço de saúde, em cada município, em cada relação específica no trabalho.

Podemos, entretanto, pensar no SUS enquanto um Ato de Fundação. Ato este constituído democraticamente pelas diversas representações de setores da sociedade: trabalhadores, gestores da saúde, usuários dos serviços, na sua diversidade. Ato de Fundação que marca um divisor de águas, um antes e um depois. Um depois que visa garantir exatamente a efetivação de direitos: direito à formação de laços sociais que não sejam pautados apenas nos discursos da dominação; direito a um Estado que dê algo em troca da renúncia pulsional exigida do sujeito para a vida na civilização e que não se baseie numa relação perversa de dominação. Nesse sentido, fica uma pergunta:

Assim como o AI-5 pode ser considerado um paradigma do ato instituinte do discurso do mestre como ditatorial, o ato instituinte do SUS poderia ser considerado um paradigma para qual discurso?<sup>3</sup>

Não podemos nos esquecer que a história da saúde pública brasileira, antes do SUS, vinha num movimento no qual o discurso predominante era de dominação: o profissional de saúde encarnava o saber e o impunha ao outro, considerado como um objeto (DU). Os higienistas entendiam que a doença do paciente e o corpo – ou parte dele – na qual estava alojada mereciam intervenção, tratamento e controle por parte do Estado, ainda mais se consideradas as graves epidemias contagiosas que assolavam a época. A saúde era considerada uma questão de ordem pública.

Somado a isso, considera-se o fato de também um outro discurso de dominação operar sobre esses mesmos pacientes no que se refere às relações de trabalho de cada um: o patrão ou governante se relaciona com o outro como um comandado, um subordinado, que possui a técnica. Nesse ato de comandar e dar ordens, esse agente espera de seu subordinado a produção de algo, como um objeto (a) ou tarefa que lhe são preciosos (DM).

Entretanto, os sujeitos não se submetem por inteiro. Algo escapa e se revolta perante os discursos de dominação. Como sintomas sociais, surgem movimentos de resistência ao poder instituído. Assim foram a Revolta da Vacina (PORTO, 2003, p. 53-54) e as greves de trabalhadores no início do século (KHOURY, 1981). E ali conseguiram alguns direitos, como o acesso gratuito a serviços de saúde para os profissionais com registro na carteira de trabalho. Os anos se passaram e os discursos que fazem objeção aos discursos de dominação e totalitaristas, e que são os seus avessos, continuaram, resultando no que aqui já descrevemos como o Movimento da Reforma Sanitária e a própria instituição do SUS.

Entendo, desse modo, que o SUS e seus princípios, encontrados na Lei Orgânica de Saúde, visam à construção de laços sociais entre Estado e cidadãos, não pautados apenas em relações de dominação. Logicamente, como já dito anteriormente, os direitos colocados na base dos princípios do SUS não garantem sua efetivação por si só.

---

3 Sobre isso, entendo que, assim como o “único” do Sistema Único de Saúde (SUS) coloca em questão as vertentes que podem indicar sua suposta unidade, seria também difícil compreendê-lo a partir de um “único” discurso. Talvez, se considerássemos apenas as Leis Orgânicas, isso pudesse se tornar uma tarefa menos complexa, mas a grande quantidade de documentos produzidos ao longo desses anos evidencia contradições para uma suposta unidade discursiva.

Dependem da singularidade de cada laço: de cada relação específica, do modo como cada serviço, município, gestor ou profissional lê aquilo que está preconizado SUS e como os mecanismos de participação e controle social se dialetizam diante disso.

Como psicanalistas, sabemos que os equívocos da linguagem são muitos e estruturais e que cada um pode fazer o que bem entender com aquilo que lê ou aprende com os princípios e diretrizes do SUS. O que determinará o discurso em operação em cada situação será, por fim, estabelecido pelo ato ocorrido em cada situação concreta.

Ao se analisar mais pormenorizadamente os princípios do SUS, contudo, pode-se notar que por diversas vezes a questão da singularidade do sujeito é colocada em jogo, seja no princípio da equidade, que tem por finalidade “(...) atingir a igualdade tratando diferentemente os diferentes”; na regionalização, “(...) que visa organizar de forma racional e equânime os serviços de saúde no território”; na participação social, que “(...) acontece por meio dos conselhos e das conferências de saúde, onde os representantes da comunidade participam do processo de formulação das políticas de saúde, assim como do controle de sua execução” (FERNANDES, 2013, p. 32-33); ou ainda em outros conceitos, como os de Projeto Terapêutico Singular e Clínica Ampliada, encontrados em outros documentos norteadores de políticas públicas de saúde, como na Política Nacional de Humanização (PNH).

Considerando-se o próprio princípio da integralidade, que poderia nos trazer uma interpretação de que o sujeito poderia ser supostamente apreendido em sua totalidade, também se pode entender que, quando este “[...] pressupõe a consideração das várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades [...]” (BRASIL, 2003, p. 25), há aí um movimento em desfazer o puro tratamento do sujeito como um corpo receptáculo de doenças e objeto passivo de intervenção, abrindo-se uma escuta para o sujeito que o considere e sua dimensão histórica, da história de seu desejo e daquilo que o causa.

Podemos nos questionar, porém, de que “sujeito” se está falando aqui. Aliás, seria ele considerado aqui um sujeito – no sentido psicanalítico do termo –, um indivíduo (indiviso na consciência) ou um organismo (objeto)?<sup>4</sup>

4 Vale notar que, em diversas discussões para a construção de documentos norteadores do SUS, especialmente aqueles voltados para debates na área da saúde mental (ex.: Caps), psicanalistas dos serviços públicos de saúde estiveram presentes. Pode-se notar, assim, que, em muitos pontos desses documentos, mesmo não se encontrando os termos psicanalíticos, como “sujeito do inconsciente”, por exemplo, existem brechas para que um sujeito dividido estruturalmente possa ser considerado. Paradoxalmente, também encontramos termos – como

Apesar dos avanços trazidos pelo SUS e seus princípios, podendo nós, psicanalistas, extrairmos dali as questões e apontamentos que dão brecha para o aparecimento de um sujeito do inconsciente, como poderia a psicanálise, ainda, trazer novas contribuições à saúde pública? Seria necessário, para tanto, transformar aquilo que está escrito na sua Lei Orgânica da Saúde e em seus documentos norteadores? Talvez.

Independentemente das possíveis contribuições que a psicanálise ainda possa fazer a uma suposta mudança nos textos que instituíram e regem o Sistema Único de Saúde, penso que o psicanalista ainda pode contribuir muito no que diz respeito à sua ética e à sua concepção de ato psicanalítico, nos diversos espaços que lhe são concedidos, sejam eles os próprios atendimentos de pacientes, as discussões de casos clínicos com outros profissionais da saúde ou a gestão dos serviços – sendo que, neste último, poderá encontrar maiores resistências.

Logicamente, e por definição, o DA é o que fundamenta a prática do psicanalista com seus pacientes dentro das instituições públicas. A partir dele, o sujeito que se depara perante esse discurso pode promover os seus importantes giros discursivos.

Vale dizer, entretanto, que, no decorrer de nossos trabalhos e discussões na Rede de Psicanálise e Saúde Pública do Fórum do Campo Lacaniano de São Paulo, a grande maioria dos colegas que trabalham na rede pública de saúde colocou como grande desafio as resistências institucionais vividas ante outros trabalhadores da rede pública, sejam eles profissionais técnicos ou gestores.

Nesse sentido, naquilo que podemos chamar da vertente institucional do trabalho do psicanalista na instituição pública, entendo que o DH, que faz objeção ao totalitarismo perverso do saber, colocando o sintoma como agente e fazendo obstáculo a continuar obedecendo aos burocratas do saber, pode servir muito ao trabalho desses profissionais nessas instituições.

Assim como na função de mais-um, o DH funciona como aquele que provoca o trabalho (ou elaboração). O trabalho, como colocado por Miller em seu texto “Cinco Variações sobre o Tema da Elaboração Provocada” (1994), é sempre suscitado por um apelo, um chamado de provocadores na procura do que é latente e que, chamando-o, revela, e até cria. O apelo, nesse sentido, é o toque de clarim para despertar, chamar.

---

biopsicossocial – que tentam abarcar o sujeito em sua suposta totalidade. Contradições, estas, que fazem parte do próprio modo democrático e diverso com que o SUS foi construído, formando-se uma “colcha de retalhos” de diversos modos de compreensão do sujeito e, porque não, de distintos discursos, como já indicado na nota de rodapé anterior.

E, como diz Miller, se há provocação ao trabalho, é porque não há nenhuma vocação para o trabalho. Haveria muito mais vocação para a preguiça. É um tema, inclusive, que causa os economistas: como provocar o trabalho em trabalhadores cuja inclinação, desde a instalação do discurso capitalista, seria a de não fazer nada? Entendo que a resposta a essa questão deve ser: A partir da posição de agente como provocador, sem exercê-la, no entanto, como senhor, como mestre-ao-trabalho.

A ideia deste artigo foi poder trazer algumas contribuições sobre os poderes e laços sociais que se evidenciam no Sistema Único de Saúde e como a ética psicanalítica pode e deve permear os meandros de seus serviços e relações. A teoria dos discursos nos serviu de norte. A partir daí, vimos como a instituição do SUS, enquanto ato de fundação, visa mudanças no laço social. Não podemos nos esquecer, porém, que vivemos em uma sociedade capitalista na qual esse tipo de discurso de mestria – discurso capitalista – está posto. É importante poder diferenciá-lo daquilo que está na base dos princípios do SUS, que não me parece ter a mesma direção desse discurso capitalista, enquanto uma vertente do discurso do mestre. Em uma sociedade regida por esse discurso, que se nutre pela fabricação da falta de gozo, se produzem sujeitos insaciáveis, que, em sua demanda de consumo, nunca conseguem comprar ou ter tudo que supostamente acreditam desejar.

O discurso capitalista não propõe o laço social do sujeito com o outro, propriamente dito, e sim com um objeto (a) de consumo fabricado pela ciência e tecnologia (S2), curto e rápido. Se um sujeito vem à unidade de saúde buscando exclusivamente um remédio que resolveria integralmente o seu sofrimento, é porque está inserido nesse discurso. Se um médico colega de trabalha responde a essa demanda prontamente, é porque também está inserido nesse discurso.

Mas o sujeito revolta-se, mesmo perante a demanda respondida, e volta aos atendimentos com seu sofrimento (sintoma) que insiste em não largá-lo. O médico também nos requisita e quer discutir o caso que não teve boa “resolutividade”. Como disse uma colega em uma das atividades do Fórum do Campo Lacaniano de São Paulo, somos então convocados enquanto “nadalogistas”, pois, afinal, se o paciente “nada” tem e continua a sofrer, é porque aí está aberto o campo para a psicanálise.

## Referências

- BRASIL. Conselho Nacional da Secretaria de Saúde. *Legislação do SUS*. Brasília, DF: Conass, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf)>. Acesso em 19 nov. 2014.
- FERNANDES, V. A. *Contribuições da ética da psicanálise à política pública de saúde*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2013.
- HOUAISS, A. e VILLAR, M. S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- MILLER, J. A. Cinco Variações sobre o Tema da Elaboração Provocada. In: *O Cartel – conceito e funcionamento na escola de Lacan*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.
- KHOURY, Y. A. *As greves em São Paulo*. São Paulo: Ed. Cortez/Autores Associados, 1981.
- LACAN, J. (1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- \_\_\_\_\_. (1959-1960). *Seminário 7 – A Ética da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- \_\_\_\_\_. (1962-1963). *Seminário 10 – A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- \_\_\_\_\_. (1964). Ato de fundação. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- \_\_\_\_\_. (1969-1970). *Seminário 17 – O Avesso da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- LAPLANCHE J. e PONTALIS, J-B. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- QUINET, A. *Psicose e Laço Social (esquizofrenia, paranóia e melancolia)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Os Outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.
- PORTO, M. Y. Uma revolta popular contra a vacinação. *Ciência e Cultura* [online]. v. 55, n. 1, 2003.
- REDEHUMANIZASUS. *Publicações HumanizaSUS*. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/publicacoes>>. Acesso em 19 nov. 2014.

*Recebido em 5/10/2014; Aprovado em 23/12/2014.*