

CONTRIBUIÇÕES DA ÉTICA DA PSICANÁLISE PARA A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Verônica Alves Fernandes

Psicanalista e psicóloga, mestre em Psicologia Social pela PUC-SP (Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Sociedade), membro da Rede de Pesquisa Psicanálise e Saúde Pública do Fórum do Campo Lacaniano de São Paulo, curso de especialização na PUC-SP “Psicanálise e Linguagem: uma outra Psicopatologia”, aprimoramento em Saúde Mental, ex-gerente da Unidade Básica de Saúde (UBS) Cummins – Guarulhos/SP. E-mail: verof@ig.com.br

Resumo: Este artigo discute como a teoria psicanalítica, sustentada na prática clínica pautada na ética de bem-dizer o desejo, pode sinalizar para a política pública de saúde e, mais especificamente, para os serviços destinados à Atenção Básica em Saúde (ABS), outros modos de lidar com os ideais, os valores e as leis instituídos no campo social. Dar voz ao sujeito é essencial se pretendemos avançar nos objetivos das ações em saúde que visam a mudanças nos territórios de vida das populações dos grandes centros urbanos, que, para tanto, devem ir além de intervenções nos efeitos decorrentes das condições socioeconômicas e culturais em que a comunidade e o sujeito se encontram.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Atenção Básica de Saúde; psicanálise nos serviços públicos; ética da psicanálise.

Abstract: This article discusses how the psychoanalytic theory, supported by clinical practice grounded in the ethics of speaking well of desire, can signal to the health public policy and, more specifically, to the services aimed at primary health care (PHC), other ways of dealing with the ideals, values, and laws established in the social field. Providing the subject with a voice is crucial if we intend to advance in relation to the goals of health actions that aim at a change on the life territories of populations in large urban centers, which, to do this, must go beyond interventions in the effects derived from the socioeconomic and cultural conditions under which the community and the subject are living.

Keywords: Brazilian National Health System; primary health care; psychoanalysis; ethics of psychoanalysis.

Neste trabalho, propomo-nos a reflexionar sobre a experiência de trabalho na saúde pública, partindo de observações do cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Na gestão da UBS, passamos a interrogar sobre um mal-estar que, curiosamente, víamos ganhar maior expressão nos “corredores” do serviço.

Queixas, descrédito no Sistema Único de Saúde (SUS), ameaças de depredação dos equipamentos e agressão aos profissionais são enunciados nos corredores para todos que ali se encontram e, ao mesmo tempo, para ninguém, pois, após o “desabafo”, raramente os sujeitos dessas falas mantêm e se implicam com suas queixas e ameaças.

Os espaços instituídos para a discussão e para a busca conjunta de soluções dos problemas cotidianos, sejam as reuniões do Conselho Gestor com participação da comunidade, sejam as reuniões e rodas de conversas com os profissionais de saúde, encontravam-se esvaziados, limitando-se à voz de poucos.

Na busca de compreender esse mal-estar que chega a colocar em xeque todo o trabalho desenvolvido e mesmo a viabilidade do SUS, deparei-me com o estudo desenvolvido pela psicanalista Oliveira (2000), em uma instituição de ensino, no qual interrogou a função do “desabafo nos corredores”, levantando a hipótese de que os corredores fariam a função das entrelinhas de um discurso, deixando escapar um lapso, um dito sem querer, que, por estar fora do instituído, revelaria algo da singularidade do sujeito.

Poderíamos então fazer uma leitura das falas e atos lançados nos corredores, assim como das queixas que embalam as reuniões dos profissionais de saúde, como sendo sintomas que, fazendo desordem, marcam uma ruptura na ordenação da representação do discurso instituído? Discurso este que, por se pautar na regularidade, na homogeneidade e padronização de todo saber generalizável, opera pela via do apaziguamento do sujeito.

Segundo Delgado (2010), a formulação da política pública encerra uma tensão entre as normas e portarias que estabelecem generalizações e as subjetividades:

[...] A nossa tarefa na política pública, no governo, é trafegar entre a necessária generalização e a normatização e a escuta sensível das peculiaridades das experiências subjetivas. Toda lei há de conter generalizações imperfeitas. Toda lei há de ser uma coerção e pode exagerar no mecanismo de coerção se não ficar sensível à diversidade. (Ibid., p. 35)

Se o principal objetivo da política de saúde no nível da Atenção Básica (AB) é promover mudanças qualitativas nos territórios de vida das populações, as ações de saúde desenvolvidas pelas UBS devem ir além de intervenções nos efeitos decorrentes das condições socioeconômicas e culturais em que a comunidade e o sujeito se encontram.

Ramos (2012) nos indica que é do lugar do sujeito do inconsciente que podemos pensar a história em potência, pois ao atribuir um sujeito a um desejo é possível recolocar em movimento o não-idêntico, o não-integrado, o não-dominado. Portanto, parece-nos essencial considerar o mal-estar que se faz presente cotidianamente nas UBSs como sintoma que põe em cena o sujeito do inconsciente, marcando o que não vai bem e a necessidade de mudança na forma como o laço social está estabelecido.

Dessa forma, acreditamos que a consideração pela singularidade do sujeito, cuja relevância a psicanálise não se cansa de apontar, constitui o polo imprescindível com o qual as ações humanizadoras e universalistas do SUS precisam ser dialetizadas para recolocar em movimento o desejo de realizar algo novo, inédito, evitando a cristalização do sujeito em sua história.

Lutar pela utopia de uma sociedade nova e um Estado democrático foram o mote do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira que, na década de 1970, buscou ampliar e fomentar a discussão sobre o conceito de saúde e a organização sanitária do país, colocando em questão a prevalência das abordagens da saúde coletiva de viés funcionalista que basicamente preconizava intervenções sociais preventivas para eliminar riscos e harmonizar a sociedade.

Ao incorporar às pesquisas aspectos da teoria marxista, os sanitaristas, ligados a vários departamentos de medicina preventiva, apontaram para a determinação do trabalho, saneamento, lazer e cultura no conceito saúde-doença, denunciando a necessidade de articular mudanças políticas, econômicas e sociais aos cuidados de promoção, prevenção e assistência à saúde.

Por meio de projetos de saúde comunitária, clínicas de saúde e pesquisas institucionais, esses pesquisadores colocaram em prática algumas diretrizes do que viria a ser o SUS, como a descentralização na organização dos serviços de saúde e a incorporação da participação e conscientização popular como instrumentos privilegiados para a medicina preventiva.

O Movimento pela Reforma Sanitária conseguiu aglutinar os esforços de diversos segmentos ligados às práticas de saúde, como os conselhos profissionais, entidades

ligadas à pesquisa, intelectuais, partidos políticos e os movimentos populares, mostrando a importância dessa composição para o debate e a reflexão sobre a função da saúde pública na sociedade.

Com a instituição do SUS, reconheceu-se na Constituição Federal de 1988 a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, realçando a essencialidade do direito à saúde e indicando a necessidade de superar a estratificação na oferta de serviços de saúde praticada até então na sociedade brasileira, que garantia atendimento nos serviços de saúde apenas aos segurados da Previdência Social e deixava os demais à mercê da benevolência de filantropias ou dos prestadores particulares.

O desenvolvimento das ações na ABS foi uma das estratégias do Movimento Sanitário para a efetivação das mudanças propostas no SUS, uma vez que seu funcionamento permitiria alterar a lógica hegemônica da ordem médica que prioriza a realização dos cuidados em saúde nas instituições hospitalares e sob a supervisão do médico.

A ABS, ao contrário, tem o modelo de ação baseado no território, aproximando as ações em saúde dos lugares de vida e trabalho dos indivíduos e da comunidade, enfatizando a promoção e prevenção à saúde como elementos primeiros dos cuidados em saúde que devem ser entendidos como um processo contínuo.

Além disso, como destaca Teixeira (2005), são características relevantes da AB, além da extensão e capilaridade de sua rede de serviços:

[...] atuação referida às *demandas* de saúde, *que se encontram muitas vezes na fronteira entre os “problemas da vida” e a “patologia” objetivamente definida* e que, portanto, nem sempre estão claramente configuradas como demandas cuja resposta mais adequada possa ser encontrada exclusivamente no arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina; e a vocação de “*porta de entrada*” não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde ou simplesmente aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão. (Ibid., p. 592; grifo nosso).

Portanto, para a efetivação de um projeto terapêutico ampliado, faz-se necessário agregar ao saber dos profissionais de saúde – expresso no diagnóstico e na conduta correspondente – o saber e a participação dos indivíduos e da comunidade. Ou seja, é preciso incorporar a terapêutica as dimensões sociais e subjetivas que participam do processo saúde-doença-cuidado e que não estão protocoladas ou inventariadas *a priori* por nenhum programa, uma vez que dirão do encontro de cada sujeito ou comunidade com a particularidade de sua história de vida.

No entanto, temos que o Ministério da Saúde define áreas estratégicas e ações programáticas que orientam a organização do processo de trabalho da equipe da UBS, baseando-se no saber epidemiológico, define-se *a priori* as demandas a serem atendidas pelo serviço. Embora essa programação tenha a capacidade de indicar problemas relevantes na população, acaba por gerar a burocratização do processo de trabalho e das relações entre as equipes e os pacientes, limitando o protagonismo dos profissionais de saúde.

Ao sustentar a prática clínica em ações programáticas e em protocolos, além de contarem com uma formação realizada prioritariamente em hospitais e prontos-socorros, onde a preservação da vida é o alvo, os profissionais de saúde deixam em segundo plano a capacidade de diálogo, a troca de saberes e a disposição para a escuta de problemas que não fazem parte da dimensão orgânica.

Em 1966, Lacan, em um colóquio organizado para debater *O Lugar da Psicanálise na Medicina*, já alertava para as mudanças na função do médico com a entrada da medicina em sua fase científica e da saúde sendo tomada como objeto de uma organização mundial, o que necessariamente, levaria a um controle administrativo da saúde, colocando-a no registro da contabilidade e, assim, apagando o sentido existencial da saúde e com ele o suposto saber do médico sobre as questões da vida e da morte.

Ainda em referência ao impacto do cientificismo na relação médico-paciente, Aragon (2003) critica a substituição da relação médico-paciente pela solicitação de exames, cada vez mais sofisticados e precisos, que, muito rapidamente, condensam anos de estudos médicos em uma imagem. E, mais que isso, difunde a ideia de que há um padrão, demonstrado estatisticamente, do que se pode encontrar nas mais diversas situações, padrões supostamente aplicáveis a todos e que tornam possível a previsibilidade do que se pode obter de um tratamento, assegurando o controle do profissional de saúde sobre o paciente e, assim, eliminando a angústia perante o imprevisível da vida e da morte.

Lacan (1966/2001) e Aragon (2003) não deixam de marcar o apagamento dos sujeitos – profissionais de saúde e pacientes – quando submetidos aos imperativos da produtividade e eficiência, tornando-se apenas distribuidores ou beneficiários dos bens prometidos e ofertados pelas organizações industriais que comandam desde pesquisas de novas terapêuticas à produção de medicamentos, ditando quais seriam os parâmetros científicos válidos para promover e manter a qualidade de vida e o bem-estar social.

Para que a prática clínica e o saber dela decorrente não se apaguem atrás de estatísticas, exames, medicações, benefícios e nem dos cálculos de eficácia e produtividade, exigidos cada vez mais pelas agências reguladoras da assistência à saúde pública, cabe ao profissional de saúde a responsabilização pela posição que ocupa nos serviços, a qual só se sustenta na demanda que o paciente lhe endereça por supor ali um saber.

Dirigindo-se aos médicos, Lacan (1966/2001) indica que a posição do psicanalista é a única de onde o médico pode manter a originalidade de sua própria posição,

qual seja daquela de alguém que tem que responder a uma demanda de saber, ainda que isso possa ser feito conduzindo-se o sujeito a voltar-se para o lado oposto das ideias que emite para apresentar esta demanda [...] o inesperado é que o próprio sujeito confesse sua verdade e a confesse sem sabê-lo. (Ibid., p. 13)

Sustentar a demanda abstendo-se de fazer uso do poder que o sujeito lhe atribui na relação transferencial é o que faz o analista que, assim busca “preservar o lugar do desejo na direção do tratamento”, uma vez que é no deslizamento da cadeia associativa que as vias do desejo irão sendo traçadas.

E há de se estar prevenido para um aspecto que se apresenta na dimensão da demanda, abordado por Lacan (1957-1958/1999) no seminário V que nos pareceu ilustrativo para fazer a leitura do mal-estar que aparece nos serviços de saúde. Lacan fala dos “benefícios da ingratidão”, dimensão que possibilita ao sujeito marcar um limite “na entrega de todo o si mesmo, de todas as suas necessidades, a um Outro de quem o próprio material significante da demanda é tomado de empréstimo” (p. 98). Para não ser totalmente tomado pelo Outro, o sujeito não apresenta sua demanda de forma explícita, ele a disfarça, pede algo para conseguir outra coisa, ele a inventa, pode ainda dizer “não quero”, “não posso”, “não vou”, deixando algo fora dessa relação.

Diante da dificuldade de considerar e operar com as demandas e com os engodos que ela comporta, resta o mal-estar no encontro entre pacientes e profissionais de saúde, além da consciência do fracasso das ações propostas. Fracasso que, no entanto, só é admitido atribuindo ao Outro a responsabilidade pela dificuldade ou embaraço na concretização do que era esperado alcançar.

Tomamos como exemplar dessa situação o que diz Ayres (2001) ao fazer a crítica do caráter individualista, apriorístico e objetificado, prevalentes nas práticas na saúde:

[...] nossa limitada capacidade de alcançar o acalentado ideal de que as pessoas se tornem sujeitos de sua própria saúde é sempre interpretada pela pobre versão de um “fracasso”.

Fracasso nosso em comunicar, ou das pessoas em compreender e aderir às nossas propostas. E a versão do fracasso nos mantém imobilizados, ou quase. Na melhor das hipóteses repetimos, com alguma cosmética remodeladora, as velhas estratégias “mobilizadoras”. Na pior delas simplesmente desistimos. (Ibid., p. 68)

A psicanálise se especifica por dar lugar e escuta ao que fracassa. O mal-estar é o que justifica o ato do psicanalista, não para torná-lo um bem-estar e assim cumprir a demanda de nossa cultura, mas porque a clínica demonstra que, ainda que o sujeito se queixe, o que, em sua vida, funciona bem e o que funciona mal constituem uma série contínua, um sistema onde tudo se arranja e atinge seu tipo próprio de satisfação. A aposta do psicanalista, conforme nos diz Lacan (1964/1998), está em que haja outras vias “do sujeito **se** dar satisfação” ao se colocar na trilha do desejo.

O psicanalista Sidi Askofaré (1997), ao analisar o conceito de sintoma social elaborado por Lacan ao longo de sua obra, constata que não há oposição entre sintoma social e sintoma particular, assim como não há oposição entre o individual e o coletivo ou o subjetivo e o social.

O sintoma social conota a universalidade da função do sintoma para todo sujeito, devendo, portanto, ser entendido no singular. Ele está referido à incidência da existência do inconsciente na constituição do sujeito e a consequente perda de gozo, o que torna o discurso necessário, além de único recurso, para que um gozo possível seja recuperado. Os sintomas particulares, assim, nada mais são que a expressão da modalização em um sujeito – sempre particular – do universal da função do sintoma.

Ainda, segundo Askofaré (1997), os sintomas que aparecem no campo social, ou seja, fenômenos como greves, desemprego, revoltas, etc., pareiam-se aos sintomas particulares, podendo ser tratados, analisados e decifrados como tais. Portanto, podemos entender os fenômenos sociais como sintomas simbólicos daquilo que não se conforma às regulações que ordenam os laços sociais e surge como “resto” que margeia a civilização.

Dessa maneira, acreditamos que seja possível interrogar os mal-estares que se interpõem nas relações entre os profissionais de saúde, os pacientes e a comunidade tomando-os como a teoria psicanalítica entende os sintomas – afastando-se das concepções médicas e psicopatológicas –, ou seja, como signos que querem dizer alguma coisa e que podem ser decifrados a partir de uma escuta que os tome como tais.

Uma revisão bibliográfica nos permitiu verificar a inserção da psicanálise em diversos serviços de saúde, principalmente, na rede de saúde mental e na atenção hospitalar,

demonstrando que os psicanalistas, enfrentando maior ou menor resistência, têm-se autorizado a compartilhar com os demais saberes a especificidade de seu campo de trabalho, assinalando a importância e a viabilidade de sustentar um espaço para a escuta e o cuidado da singularidade dos pacientes e demonstrando que a experiência discursiva engendrada pela psicanálise gera efeitos nos pacientes, na equipe de profissionais da saúde e, conseqüentemente, nas relações institucionais.

Segundo Moretto (2006), para que o psicanalista tenha a chance de se inserir de maneira efetiva na equipe de saúde, ele terá de construir um espaço de trabalho, uma vez que, geralmente, ele é inserido no campo psíquico junto com os psicólogos e psiquiatras, dos quais se espera que coloquem em ordem ou esclareçam aspectos psíquicos que possam estar atrapalhando o bom desempenho do tratamento ou trabalho proposto.

Para construir esse espaço de trabalho, o psicanalista deve operar a demanda que lhe é dirigida, tomando-a como material para que um trabalho subjetivo possa ser iniciado e um campo de relação transferencial estabelecido. Nesse movimento, o psicanalista opera sobre a idealização da instituição de compor saberes complementares que alcançariam a totalidade e na forma como a equipe se relaciona com a subjetividade do paciente e com a sua própria.

O trabalho subjetivo tem incidências na responsabilização do paciente pelo tratamento e dos profissionais pelo trabalho proposto, uma vez que possibilita que eles mesmos encontrem seus próprios recursos para lidar com a situação na qual estão inseridos, o que gera menos angústia e maior capacidade de elaboração.

Além disso, ao dispensar atenção e cuidado ao singular, desvelam-se demandas e intervenções pautadas em engodos narcísicos, nas armadilhas dos ideais ou baseadas em valores e preconceitos morais, que, por vezes, sobrepõe-se aos critérios técnicos que devem estar na base da inserção ou não do paciente no serviço, assim como no estabelecimento de diagnósticos, das orientações e ações em saúde, sendo prerrogativas fundamentais para que os profissionais não se transformem em instrumentos moralizantes.

A posição investigativa do psicanalista, que transforma em estranhamento o excesso de explicações e justificativas utilizadas pelo sujeito para desviar a atenção do que ele não quer saber, pode, nos serviços de saúde, potencializar os espaços instituídos para discussões e reflexões, auxiliando a equipe de saúde, como também a população, a abrir questionamentos e interrogar o mal-estar, que insiste em se escrever pela via

de formações sintomáticas como inércia, irritabilidade, afastamento, agressão e impotência, assim como a aplicabilidade dos programas, das recomendações e protocolos estabelecidos para o bom funcionamento dos serviços.

Se aparece o fracasso no estabelecimento dos vínculos e na efetividade das ações de saúde programadas, é porque há um “furo” na trama burocrática que pode ser tomado como uma margem de liberdade para a construção de um trabalho coletivo a ser elaborado e realizado pelos profissionais de saúde e pela população que acessa os serviços.

Ainda que a psicanálise demonstre que as escolhas entre o bem e o mal, certo e errado, feitas pelo sujeito, não passam apenas pela consciência, produto de um livre arbítrio, mas sim são escolhas sobredeterminadas pelo inconsciente, entendido como aparelho de linguagem, regido pela lógica significante; ainda assim a possibilidade de fazer escolhas está aberta para o sujeito que se coloca no laço social, podendo ele sofrer passivamente suas consequências ou nelas incidir ativamente.

Especificamente em relação à experiência da gerência que vivenciei em uma UBS, a partir da qual pude verificar os impasses cotidianos para a implementação da política da AB, gostaria de apontar a observação da perda do vigor na construção de projetos coletivos na comunidade local, uma vez que a história da comunidade foi construída a partir de lutas por melhorias na infraestrutura local, através da criação de uma associação de moradores que, no sistema de mutirão, construíram suas casas e também a UBS.

As segunda e terceira gerações de descendentes dos pioneiros da comunidade, atualmente adultos constituindo suas famílias, mostravam que faziam a escolha por reivindicar seus “direitos e benefícios” individualmente. O convite para participar dos grupos de promoção e prevenção à saúde ou para a reunião em que a comunidade podia discutir o planejamento da UBS era aceito por poucos, havia muita dificuldade em garantir candidatos dispostos a participar do conselho gestor da UBS. As queixas e solicitações eram encaminhadas, em sua maioria, individualmente e visando ao atendimento de um indivíduo – “Minha filha precisa de tal atendimento”, “preciso de tal exame”.

Fato que nos leva a retomar a questão colocada por Sposati e Lobo (1992, p. 377), quando interrogam, se no entendimento do direito à saúde, seria suficiente a defesa da democratização ao consumo da assistência médica, incluindo seus produtos – medicamentos, exames e tratamentos – ou é possível apostar na “[...] aliança da política de saúde com questões mais gerais, tanto no que se refere ao padrão de proteção social do cidadão brasileiro como ao projeto de reforma do Estado”.

Assim questionamos qual seria o papel da UBS ou como esta poderia ser um lugar que, mais do que abordar a doença, promovesse o desejo de viver e a retomada de projetos coletivos daquela comunidade, flexibilizando e abrindo caminhos para além das normas adaptativas destinadas a ensinar um modo equilibrado e saudável de alcançar o bem-estar a partir de evidências científicas.

Vimos como Freud, em “Psicologia de Grupo e Análise do Ego” (1921/1980) e no “Mal-estar na Civilização” (1930[1929]/1980), faz a crítica da necessidade de perfeita adaptação dos indivíduos aos processos sociais, que tem como efeito o apagamento das particularidades e a alienação dos sujeitos aos ideais da sociedade moderna. Ideais oferecidos como modelos identificatórios que, em tempo, apaziguam o insuportável da falta-a-ser do humano, porém, não sem produzir sintomas.

Entendemos que o mal-estar se faz premente no cotidiano da UBS, dando lugar à apatia e à ineficácia do trabalho realizado, pela falta de espaços em que o desejo possa fluir – sinalizando a incompletude e inconsistência do ideal exigido pela instituição – e, com vigor, possibilite a construção de propostas inovadoras. Somente a abertura para o desejo pode fazer barreira ao imperativo tomado pelos sujeitos como dever de responder de modo maciço aos ideais propostos, e ao sentimento de culpa inconsciente advindo da impotência em não conseguir responder a tal apelo.

Acreditamos que os pressupostos da lógica, proposta por Lacan para o trabalho do cartel em sua escola de psicanálise, mostram-se como uma possível alternativa para a (re)construção do trabalho em uma UBS, pois, além de se constituírem como uma solução para os efeitos negativos do trabalho em grupo, também se apresentam como alternativa à rigidez dos programas de saúde e dos aspectos organizacionais dos serviços.

A proposta de Lacan (1967/2003) é a do estabelecimento de um laço produtivo em que a transferência de trabalho opere entre os pares, visando ao fazer clínico e à consequente produção de saber advinda dessa prática. Nessa proposta, cada um se coloca a trabalho norteado por um objetivo comum, do coletivo, formando parcerias em função do objetivo a ser alcançado e não em gostos ou preferências pessoais.

Nessa proposta de trabalho coletivo, o lugar do líder ou do chefe é esvaziado, entra em cena um outro elemento – o mais-um – que deve ser ocupado por alguém que mantenha uma relação de extimidade com os demais e que tenha a função de garantir a circulação do desejo, mantendo vazio o lugar tradicionalmente preenchido por saberes *standards*.

A partir dessa proposição, apontamos que uma possibilidade de atuação do psicanalista na AB é na função do mais-um junto à equipe de saúde e à comunidade, abrindo espaços de discussões e reflexões que favoreçam o campo da linguagem, lugar onde, a partir do deslizamento dos significantes, os nós dos sintomas podem ser desatados. Dessa forma, possibilitando que, ao invés de se deparar com a repetição que fixa padrões e conceitos, os sujeitos tenham a possibilidade de fazer um bom uso dos sintomas, tomando-os como causa para a busca do novo, da diferença.

Nas funções de supervisor, articulador ou consultor das equipes de saúde ou ao compor uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), o psicanalista tem a oportunidade de se posicionar como mais-um, principalmente, devido ao fato de essas funções guardarem certa extimidade na relação que estabelecem com as equipes de saúde padrão.

Referências

- ARAGON, L. E. P. A espessura do encontro. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 11-22, fev, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a01.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2012.
- ASKOFARÉ, S. O sintoma Social. In: GOLDENBERG, R.(org.). *Goza!Capitalismo, Globalização e Psicanálise*. Salvador: Algama, 1997, p. 164-189.
- _____. Da subjetividade contemporânea. *A Peste. Revista de Psicanálise e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 165-175, jan/jun, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7025.pdf>>. Acesso em 10 nov 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS*. Brasília: Conass, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios – memórias*. Brasília: Conasems, 2007.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS 20 anos*. Brasília: Conass, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de Humanização: o que é, como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

- CAMPOS, G. W. S. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. 1996/1997. Disponível em: <http://www.gastaowagner.com.br/index.php/component/docman/cat_view/1-artigos?Itemid=>. Acesso em: 6 fev. 2012.
- _____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: Teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et. al. *Tratado de saúde Coletiva*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Fiocruz, 2006, p. 41-80.
- COSEMS. Conselho Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. *Diretrizes para a gestão municipal*. São Paulo, [s.n.], v. 2, 2008.
- CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. 2004. 201p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- DELGADO, P. G. Subjetividade do Consumo de Álcool e Outras Drogas e as Políticas Públicas Brasileiras. In: *Seminário: O consumo de álcool e outras drogas: subjetividade e políticas públicas no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2010, p. 35-45. Disponível em: <<http://www.pol.org.br>>. Acesso em: 15 jun. 2012.
- FREUD, S. (1921). Psicologia de grupo e análise do ego. In: *Sigmund Freud: Obra Completa – Edição Standard*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol. 18.
- _____. (1930[1929]). O mal-estar na civilização. In: *Sigmund Freud: Obra Completa – Edição Standard*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol. 21.
- FUKS, B. B. *Freud e a Cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jan/jun, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2011.
- LACAN, J. (1957-1958). *O seminário, Livro 05: as formações o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- _____. (1959-1960). *O seminário, Livro 07: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- _____. (1960). A subversão do sujeito e a dialética do desejo o inconsciente freudiano. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 807-842.
- _____. (1964). *O seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. (1966). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção lacaniana: revista brasileira internacional de psicanálise*, São Paulo, n. 32, p. 8-14, dez, 2001.
- _____. (1967) Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.
- LOBATO, L de V. C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988 In: FLEURY, S. e LOBATO, L. de V.C (orgs.). *Seguridade Social, Cidadania e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p. 189-201. (Coleção Pensar em saúde).

- MACHADO, Z. A via do sujeito na análise. *Stylus: revista de psicanálise*, Rio de Janeiro, n. 14, p. 105-113, abr, 2007.
- MERHY, E. E. e ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MORETTO, M. L. T. *O que pode um analista no hospital?* 1994, 196p. Dissertação (Mestrado em Psicologia clínica) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.
- _____. *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si"*. 2006, 251p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- NEMES, M. I. B. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. e MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.). *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 48-65.
- OLIVEIRA, B. S. A. *Instituição e psicanálise: da impotência a impossibilidade*. 2000, 96 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.
- PACHECO FILHO, R. A. P. A praga do capitalismo e a peste do capitalismo. *A Peste. Revista de Psicanálise e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 143-163, jan/jun, 2009.
- RAMOS, C. A. *Da promessa ao exercício resignado do gozo: a ideologia como encenação*. Conferência de lançamento da Revista A Peste, março, 2012, inédito.
- REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V. e GALO, P. R. A Humanização da Saúde como instancia libertadora. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 36-43, set/dez, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/05.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2009.
- RINALDI, D. A ética da diferença – um debate entre psicanálise e antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- SOLER, C. A psicanálise na civilização. Rio de Janeiro: Contra Capa livraria, 1998.
- _____. Campo Lacaniano. *Heteridade: revista de psicanálise*, v. 2, p. 211-235, out, 2002.
- SOUZA, O. Reflexão sobre a extensão dos conceitos e da prática. In: ARAGÃO, L.T.DE, et al. *Clínica do Social: ensaios*. São Paulo: Escuta, 1991. p. 75-92.
- SPOSATI, A. e LOBO, E. Controle Social e Políticas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 366-378, out/dez, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n4/v8n4a03.pdf>>. Acesso: 10 out, 2011.
- TEIXEIRA, S. F. Precisamos conseguir implantar o SUS efetivamente antes de pensar em reformá-lo. *Revista do Instituto Humanitas Unisinos (IHUONLINE)*, São Leopoldo, ano VIII, n. 260, p. 14-15, jun, 2008. Disponível em: <<http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao260.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2011.
- TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a16v10n3.pdf>>. Acesso: 3 out. 2011.

Recebido em 7/10/2013; Aprovado em 15/1/2014.