

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

VERÔNICA ALVES FERNANDES

**CONTRIBUIÇÕES DA ÉTICA DA PSICANÁLISE À POLÍTICA
PÚBLICA DE SAÚDE**

Mestrado em Psicologia Social

São Paulo

2013

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

VERÔNICA ALVES FERNANDES

**CONTRIBUIÇÕES DA ÉTICA DA PSICANÁLISE À POLÍTICA
PÚBLICA DE SAÚDE**

Mestrado em Psicologia Social

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Social, sob a orientação do Profº Drº Raul Albino Pacheco Filho.

Banca Examinadora

À memória de meu avô Joaquim, homem simples, que soube me transmitir o gosto pelos estudos e pela descoberta do que desconheço.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr^o. Raul, pela paciência e, principalmente, por sua orientação precisa, exigente e cuidadosa.

À Prof. Dr^a Maria Livia e à Prof. Dr^a Maria Vicentin, pela disponibilidade e contribuições no exame de qualificação.

Aos analistas “ensinantes” do Fórum do Campo Lacaniano SP, pela forma ética com que transmitem a psicanálise, mantendo sempre aberta a causa que nos instiga ao estudo de Freud e Lacan.

À Ana Laura Prates Pacheco, por sua escuta acolhedora que me faz avançar na psicanálise e na vida.

À antiga equipe técnica da Regional IV (Guarulhos), em especial à Célia Ohara, Tânia Valéria e Antonia Peres, pela aposta em meu trabalho e ao grupo formado em torno do HumanizaSUS, com quem aprendi na prática que a reflexão sobre o processo de trabalho é fundamental para manter o sentido (direção) do serviço público.

Aos colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos que dividiram comigo debates, reflexões e discussões - convergentes e divergentes - sobre o difícil processo de encontrar uma saída para as dificuldades e o mal-estar institucional.

À minha família, pelo carinho, companhia e incentivo e, em especial à tia Isabel pelo cuidado de sempre e ao meu irmão Rodrigo pela ajuda na primeira versão do abstract.

À amiga Juliana Meyer, pelas horas partilhadas, incentivo e disponibilidade para a leitura das versões deste texto, à Marina Graminha, nova amiga que, prontamente, se dispôs a acolher minhas angústias na difícil tarefa da escrita, contribuindo com a leitura e discussões das questões levantadas nesta pesquisa e ao Lianderson Miranda que, apesar da distância, me socorreu na segunda versão do abstract.

Aos colegas do Núcleo de Psicanálise e Sociedade pela convivência e pelas ricas indagações e discussões.

Esta dissertação contou com o auxílio da CAPES na forma de uma bolsa de estudos.

Lista de Abreviaturas

AB – Atenção Básica
Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS – Atenção Básica à Saúde
ACD - Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIS - Ações Integradas da Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CF – Constituição Federal
CMT - Centro Mineiro de Toxicomania
CONASEMS - Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CSM - Coordenadoria de Saúde Mental
ESF – Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ - Fundação Osvaldo Cruz
INAMPS - Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Privada
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOBs - Normas Operacionais Básicas
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PA - Pronto Atendimento
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNH – Política Nacional de Humanização
PROGRAB - Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

NÃO-COISA

O que o poeta quer dizer
no discurso não cabe
e se o diz é pra saber
o que ainda não sabe.

Uma fruta uma flor
um odor que relume...
Como dizer o sabor,
seu clarão seu perfume?

Como enfim traduzir
na lógica do ouvido
o que na coisa é coisa
e que não tem sentido?

A linguagem dispõe
de conceitos, de nomes
mas o gosto da fruta
só o sabes se a comes

só o sabes no corpo
o sabor que assimilas
e que na boca é festa

de saliva e papilas
invadindo-te inteiro
tal do mar o marulho
e que a fala submerge
e reduz a um barulho,

um tumulto de vozes
de gozos, de espasmos,
vertiginoso e pleno
como são os orgasmos

No entanto, o poeta
desafia o impossível
e tenta no poema
dizer o indizível:

subverte a sintaxe
implode a fala, ousa
incurtir na linguagem
densidade de coisa
sem permitir, porém,
que perca a transparência
já que a coisa é fechada
à humana consciência.

O que o poeta faz
mais do que mencioná-la
é torná-la aparência
pura — e iluminá-la.

Toda coisa tem peso:
uma noite em seu centro.
O poema é uma coisa
que não tem nada dentro,

a não ser o ressoar
de uma imprecisa voz
que não quer se apagar
— essa voz somos nós.

Resumo

FERNANDES, Verônica Alves. Contribuições da ética da psicanálise para a política pública de saúde. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013.

O presente estudo teve por objetivo refletir como a teoria psicanalítica sustentada na prática clínica pautada na ética de bem-dizer o desejo, pode sinalizar nas instituições outros modos de lidar com os ideais, valores e as leis instituídos no campo social. Partimos de um breve histórico do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil que culminou com a instituição dos SUS e, em seguida, apresentamos a atenção básica à saúde (ABS) e interrogamos o mal-estar que se faz presente nas relações que se estabelecem entre pacientes e profissionais de saúde nas UBS, assim como os impasses e obstáculos que se verificam para a efetivação e consolidação das ações de promoção e prevenção à saúde realizadas nestes serviços. 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, assinalando a importância de sustentar a escuta do singular do sujeito nestes espaços e os efeitos de deslocamentos em posições rígidas e pré-concebidas nos pacientes, na equipe de profissionais da saúde e, conseqüentemente, nas relações institucionais. Utilizamos como marco teórico-metodológico o discurso psicanalítico orientado no ensino de Freud e Jacques Lacan para demonstrar a contribuição da ética da psicanálise para o campo da saúde pública, incluindo os serviços de atenção básica, atentando para o fato de que a psicanálise não recua diante da fala do sujeito, único elemento que pode fazer exceção e marcar uma ruptura na homogeneidade e padronização de todo saber generalizável que, buscando a universalidade, acaba por cristalizar o sujeito em sua história. Dar voz ao sujeito nos parece essencial se pretendemos avançar nos objetivos das ações em saúde que visam mudanças nos territórios de vida das populações dos grandes centros urbanos, que, para tanto, devem ir além de intervenções nos efeitos decorrentes das condições sócio-econômicas e culturais em que a comunidade e o sujeito se encontram.

Palavras-chaves: SUS, ABS, psicanálise nos serviços públicos, ética da psicanálise.

Abstract

FERNANDES, Veronica Alves. Contributions of Ethics of Psychoanalysis for public health policy. Master's Degree Dissertation. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013.

The present study aims to create a reflection on how the psychoanalytic theory supported in clinical practice and based on ethics of well say desire can be as a beacon for institutions on showing other ways of dealing with the ideals, values and laws instituted in the social field. We start with a brief history of the Health Reform Movement in Brazil and how it has culminated with the establishment of the SUS. Then, we present the basic health care focus (ABS) and we questioned the malaise that is present in the relationships developed between patients and healthcare professionals at UBS, as well as the barriers and obstacles that exist for the realization and consolidation on advertising health prevention actions performed at this services centers. A literature review allowed us to verify the insertion of psychoanalysis in different health services, particularly in mental health network and hospital care, noting the importance of the listening of the singularity of the subject in these spaces and the effects of shifts in rigid positions and ideals of patients, the team of health professionals and therefore, the institutional relations. We used the theoretical and methodological psychoanalytic speech oriented by the teachings of Freud and Jacques Lacan to demonstrate the contribution of psychoanalysis to the ethics of public health, including primary care services, taking relevance on the fact that psychoanalysis does not flinch when faces the speech of the subject, only element that can make an exception and break the homogeneity and standardization of all that generalizable knowledge, seeking universality, ultimately crystallize on the subject and in its history. Giving voice to the subject seems essential if we are to advance the goals of health initiatives that aim a change on the territories of the ones that live in large urban centers, which, therefore, must go beyond the effects of interventions in socio-economic and culture where the community and the individual are.

Keywords: SUS, ABS, Psychoanalysis, Ethics.

Sumário

Introdução	11
I – O Movimento da Reforma Sanitária e o SUS	21
1.1 – Breve Histórico sobre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira	22
1.2 – O SUS - princípios e diretrizes	31
II – Atenção Básica à Saúde	36
2.1 – Características da Atenção Básica à Saúde	36
2.2 – A Política Nacional de Humanização	43
2.3 – O Gestor da Atenção Básica à Saúde.....	47
2.3.1 – Impasses e Obstáculos na prática da Atenção Básica à Saúde.....	50
III – A Psicanálise e o SUS.....	58
3.1 – A extensão da prática psicanalítica.....	58
3.1.1 – Inserção da psicanálise nos serviços públicos de saúde	62
IV – Contribuições da ética da psicanálise à prática de saúde na ABS	77
4.1 – O mal-estar na civilização e o mal-estar nos serviços destinados à atenção básica à saúde.....	79
4.2 – Apontamentos sobre a ética da psicanálise.....	86
Considerações Finais.....	96
Bibliografia.....	103

Introdução

A escolha do tema desta pesquisa surgiu em função do exercício profissional trilhado no campo da saúde pública. Em 2004, ao ingressar na Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos na função de psicóloga em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), fui adquirindo o conhecimento da história de luta para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), de seus princípios e diretrizes e da necessidade da contínua defesa de sua construção por meio da prática cotidiana. Ao longo de sete anos de trabalho, exerci a função de psicóloga, participei da equipe técnica da Região de Saúde Pimentas/Bonsucesso fazendo a articulação das ações de Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde (ABS) e assumi a gerência de uma UBS que atua com a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Tomamos como ponto de partida para a realização desta pesquisa a observação do cotidiano da UBS e lembranças de discussões em reuniões e grupos de trabalho, das quais a pesquisadora pode participar na função de articuladora – cujo principal objetivo é acompanhar, apoiar e propor mudanças no processo de trabalho dos profissionais de saúde e, eventualmente, mediar e intervir junto à população em reuniões e cursos dirigidos a este segmento – e na função de gerente de uma UBS que, além de administrar a UBS, deve acompanhar o processo de trabalho dos profissionais e saúde.

O início de meu trabalho no serviço público de saúde coincidiu com um período de avanços na área da saúde assumido pela administração municipal em consonância com as orientações do Governo Federal que, no mesmo período, havia retomado as propostas de investimentos na ABS com o objetivo de ampliar o acesso, a resolutividade e a integralidade nas ações de saúde. Todo o processo foi acompanhado por consultores do Ministério da Saúde (MS) comprometidos com a Reforma Sanitária, a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Reforma Psiquiátrica.

Cabe lembrar que até a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF-88) e da instituição do SUS, a gestão dos serviços de saúde em Guarulhos, assim como na maioria dos municípios brasileiros, era realizada pelo governo estadual.

Foi a partir da década de 1990 que o município de Guarulhos buscou se organizar para planejar a descentralização e municipalização dos serviços de saúde. Em 1990 foi

instituído o primeiro Conselho Municipal de Saúde que, porém, foi formado por pessoas indicadas pelo prefeito e entidades de classes e não pelo voto popular como previsto nas diretrizes do SUS. Em 1995 ocorreu a I Conferência Municipal de Saúde com o intuito de subsidiar o Plano Municipal de Saúde.

Nessa década, o município iniciou a construção de dois Hospitais Municipais e três Pronto-Atendimentos, e paulatinamente assumiu a gestão dos centros de saúde e expandiu a construção das UBS. Porém, houve pouco investimento na contratação e capacitação de recursos humanos e na área de diagnósticos, o que resultou em baixo impacto na qualidade da atenção dispensada à saúde.

O ano de 1998 foi marcado por denúncias de ingerência administrativa que resultaram na cassação do prefeito, pela greve do funcionalismo público e pela suspensão, pelo Ministério da Saúde (MS), da gestão plena da saúde, pelo não cumprimento de critérios exigidos nas Normas Operacionais. A suspensão da gestão plena da saúde implicou em um retrocesso na administração da saúde no município, pois com ela o município perdeu os repasses financeiros para o investimento na saúde, ficando apenas na condição de prestador de serviços e recebendo pelos serviços prestados.

Um plano emergencial foi elaborado para que o município voltasse à gestão plena da saúde, o que aconteceu no primeiro semestre de 1999 com nomeação de um novo Secretário da Saúde. Em 2001, com a posse de uma nova administração municipal, foi proposta a elaboração de um Plano Municipal de Saúde para o período de 2001/2004 com o objetivo de reorganizar o modelo gerencial e assistencial com vistas a efetivar a gestão plena do sistema municipal de saúde.

Em uma capacitação direcionada ao desenvolvimento gerencial para a co-gestão realizada em 2008, um grupo de profissionais da saúde caracterizou o período de 2004 a 2008 como o momento do “*boom*” na saúde. De fato, foi um período efervescente no qual ocorreu a implantação de novas UBS e a expansão de diversas UBS tradicionais para a ESF, cuja ênfase é a integração da assistência médica com ações de promoção e prevenção da saúde com foco no fortalecimento da comunidade local por meio dos agentes comunitários de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde foi fortalecido e foi instituída a eleição para a formação do Conselho Gestor de cada serviço de saúde, garantindo a participação e controle da gestão pela população e pelos trabalhadores. Desde 2004, a cada dois anos é

realizada a Saúde Participativa, encontro no qual a população de cada Região de Saúde se organiza para propor e reivindicar, aos dirigentes do município, soluções para os problemas locais de saúde.

Com o objetivo de alcançar mudanças na organização e no processo de trabalho dos serviços, na concepção do conceito de saúde-doença dos trabalhadores, assim como incentivar a valorização e a qualificação do trabalhador da saúde, foram realizadas várias oficinas e capacitações, abrangendo todas as categorias profissionais da saúde e ainda os conselheiros gestores. Dentre elas, podemos destacar: a Formação de Facilitadores de Humanização em todos os serviços de saúde; o Projeto HumanizaSUS na Roda – debate com os gerentes; o curso Re(descobrimo) o SUS Guarulhos, voltado aos profissionais de nível médio; e a oficina Desenvolvimento Gerencial para Co-Gestão, envolvendo todos os gerentes de UBS.

Também foi formado um grupo para discutir e revisar as ações de saúde mental com o intuito de reformular a Política de Saúde Mental do município em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Com esta mudança foram implantados três novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e realizadas várias discussões e capacitações com as equipes locais de saúde com o intuito de alterar a lógica dos atendimentos e o fluxo de encaminhamentos para os pacientes portadores de sofrimentos psíquicos.

Mais recentemente, foram implantadas equipes do Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF) que insere profissionais de especialidades diversas, como Assistência Social, Psicologia, Educação Física, Nutricionista, entre outras, para incrementar as ações de promoção e prevenção das equipes de saúde da família.

Como alerta Campos (2006), “as mudanças são inevitáveis, ainda que ocorram imersas em expressivos movimentos de resistência ao novo” (p. 41). Desta forma, pudemos observar que, apesar de todo o processo de mudanças e avanços ocorridos no município ter sido permeado por amplas discussões com representantes dos trabalhadores e da população, isto não impediu momentos de resistências políticas, resistências de categorias profissionais, além do enfrentamento da incompreensão da população com relação às mudanças de paradigmas trazidas pelo PSF, pelo CAPS e o NASF, que privilegiam a assistência proposta e realizada pela equipe multiprofissional, relativizando a supervalorização da intervenção médica e das especialidades.

Entendemos que essas resistências e enfrentamentos devem-se às alterações nas redes de poder, alianças e composição de interesses, causadas pelas propostas de trabalho em equipe, pela análise e intervenção nos processos de trabalho e pela interferência da população, através dos conselhos gestores de saúde, no planejamento e gestão dos serviços.

A oportunidade de ter compartilhado conhecimentos e experiências com consultores do MS comprometidos com os princípios da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, assim como ter participado das ações de planejamento, articulação e implementação das diretrizes do SUS, da PNH e da Política de Saúde Mental no município de Guarulhos, fortaleceu e enriqueceu meu interesse pela investigação e análise crítica do campo das políticas públicas, especialmente na área da saúde.

A participação em todo esse processo também me proporcionou uma experiência ímpar que ampliou minha formação profissional e de cidadã ao propiciar a formação de um senso crítico que, inevitavelmente, traz à reflexão a responsabilidade pelas atividades e ações que propomos e realizamos no exercício de nossas funções no SUS, que ultrapassam a particularidade dos interesses de minha categoria profissional, pois implicam na consideração pela diversidade de visões e experiências de um coletivo constituído por outras categorias profissionais e pela comunidade e também porque indicam, no nível micropolítico, a orientação da política do Estado.

Em 2009, assumi a gerência de uma UBS e, neste mesmo período, a administração municipal, pautada nas orientações do MS, instituiu novos desafios para a área da saúde, buscando consolidar os avanços alcançados por meio da organização administrativa do setor – reorganizando as redes de serviços, implantando a política de recursos humanos e a avaliação e qualificação dos serviços prestados à população. Contudo, paradoxalmente, este momento coincidiu com certa retração e esvaziamento dos espaços propostos à população e aos profissionais de saúde para discussões e debates sobre o funcionamento dos serviços e as formas de implantação das ações de saúde.

Na gerência da UBS, questionei-me sobre as queixas e insatisfações dos pacientes e dos profissionais de saúde que, a meus olhos, apareciam como um descompasso aos princípios e diretrizes do SUS e da ABS. Estes visam a abertura para a implantação das

ações de saúde e para mudanças no processo de trabalho partindo da vivência dos pacientes e da experiência de trabalho dos profissionais.

Porém, as queixas e insatisfações dos pacientes e profissionais de saúde geralmente não alcançam os espaços instituídos para o debate e a reflexão sobre a dinâmica dos serviços e não geram uma produção de saber que possa incluir e tratar o processo de trabalho, as relações e o mal-estar ali estabelecidos. Elas ressoam “nos corredores da UBS”, causando um mal-estar que, no limite, coloca em xeque a organização do serviço e a execução de ações de saúde local.

Não desconsideramos que, em parte, as queixas, os xingamentos, as ameaças de violência, as depredações e a descrença no SUS são reflexos do fato de que, embora o SUS tenha sido

(...) concebido como um sistema público universal (...) na prática social, vem sendo implantado como um subsistema público de um sistema de saúde segmentado, que convive com dois subsistemas privados: o subsistema de saúde suplementar e o subsistema de desembolso direto (...). Assim, o sonho da universalização vem se transformando no pesadelo da segmentação, já que há evidências, na literatura internacional, de que a segmentação dos sistemas de saúde leva à iniquidade e a resultados econômicos e sanitários pobres (MENDES, 2008, p. 5).

Contudo, a conjuntura macropolítica – e toda a imbricação político-econômica que perpassou os diversos governos, nos vinte e três anos desde a criação do SUS – não é objeto dessa pesquisa e entendemos que não deve ser considerada a única responsável pelos problemas e dificuldades encontrados no cotidiano dos serviços de saúde.

Nossa interrogação recai nas vicissitudes das relações estabelecidas entre pacientes e profissionais de saúde decorrentes das ações em saúde realizadas no espaço micropolítico do território de abrangência de uma UBS. Para esta abordagem, convocamos a teoria psicanalítica.

A psicanalista Oliveira (2000), a partir de um estudo que desenvolveu em uma instituição de ensino, 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.

Interrogamos o motivo pelo qual o que diz respeito ao sujeito só possa aparecer nos corredores, fora do instituído e de maneira intempestiva, causando rupturas. Será que podemos esperar nos movimentos que buscam a concretização de direitos e garantia de igualdades para todos os cidadãos um lugar para a singularidade? Será que o sujeito poderá ser levado em consideração nas formulações dos programas e projetos de saúde que são implantados visando à saúde e ao bem-estar da população, caso a psicanálise se coloque nos debates da saúde pública, trazendo sua contribuição e apontando para a ex-sistência e insistência do sujeito do inconsciente?

O SUS foi criado a partir do Movimento da Reforma Sanitária, que resgatou a saúde da condição de mercadoria negociada para o ganho de interesses particulares – empresas privadas/associações de classes/filantropias – e privilégio de poucos, e a colocou como um direito de todos os cidadãos. A ética que guiou esse movimento e que permeia as ações nas políticas públicas filia-se ao Humanismo, movimento que almeja a inclusão social de todos os seres humanos em torno dos ideais de igualdade, liberdade e bem comum.

A ética da psicanálise visa o sujeito do inconsciente, apontando justamente para a singularidade da experiência e do desejo de cada um. Ainda assim, a psicanálise, como práxis que concerne à posição do sujeito no laço social, não pode estar alheia aos movimentos de mudanças propostos com as reformas sanitária e psiquiátrica, nem distante das instituições engendradas com a criação do SUS, que visam promover ações de saúde efetivas junto aos sujeitos em sofrimento e com dificuldades de estar no laço social.

A questão que pede reflexões é a de como administrar a tensão que se instala a partir de demandas e desejos singulares que são colocados na esfera pública? E mais, como balizar a utopia individualista da autonomia moderna que coloca como critério de ação o interesse particular de um indivíduo ou de um grupo, independente da discussão comunitária ou política e sem a necessidade de conjugá-lo com os outros?

Acreditamos que a psicanálise, ao visar o sujeito do inconsciente, marcando os engodos do indivíduo e do individualismo, traz sua contribuição para dialetizar o dilema intrínseco às políticas públicas, como comenta Delgado (2010):

(...) toda política pública tem de ter obrigatoriamente, esse esforço de generalização, de estabelecer determinações gerais (...). 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 (p. 35).

E continua:

Temos de buscar, sempre, leis melhores, normas melhores, portarias melhores — no caso do Ministério da Saúde, as portarias são mecanismos normativos e de gestão — para que possamos, de fato, nos equilibrar nesse fio de navalha, entre a subjetividade, a singularidade e aquilo que possa ser generalizado, ou não. Essa é a tarefa que temos na gestão (*idem*, p.36).

Assim, o principal objetivo dessa pesquisa é refletir como a teoria psicanalítica — enquanto instrumento de esclarecimento no campo da pesquisa —, sustentada na prática clínica pautada na ética de bem-dizer o desejo, pode sinalizar nas instituições outros modos de lidar com os ideais, valores e as leis instituídos no campo social.

Apostamos na contribuição da teoria psicanalítica para o campo da saúde pública pelo fato de que ela não recua diante da fala do sujeito que expressa o singular e faz exceção, podendo marcar uma ruptura na regularidade, na homogeneidade e padronização de todo saber generalizável que, buscando a universalidade, opera pela via do apaziguamento do sujeito.

A psicanálise sustenta o “furo” causado pelo singular como fundamental para a emergência do ato criativo, para recolocar em movimento o desejo de realizar algo novo, inédito, evitando a cristalização do sujeito em sua história. Esta reflexão nos parece essencial se pretendemos avançar nos objetivos das ações em saúde que visam mudanças nos territórios de vida das populações dos grandes centros urbanos, que, para tanto, devem ir além de intervenções nos efeitos decorrentes das condições sócio-econômicas e culturais em que a comunidade e o sujeito se encontram.

Entendemos 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, de maneira que os objetivos de se estender a prevenção e promoção da saúde para a maioria da população possam ser realizados de modo efetivo e eficaz.

Acreditamos que esta seria a via a buscar na ultrapassagem dos nós no estabelecimento do vínculo terapêutico com as famílias e a comunidade, na

corresponsabilização dos profissionais de saúde e pacientes pela continuidade dos cuidados em saúde, na troca de saberes para a constituição do trabalho em equipe, na manutenção do protagonismo e interesse da equipe pelo trabalho e pelos pacientes, dentre outros pontos fundamentais para a qualificação da assistência à saúde.

Esclarecemos que esta é uma pesquisa teórica referenciada no discurso psicanalítico orientado nos ensinamentos de Freud e Jacques Lacan. Dirigimo-nos, prioritariamente, ao psicanalista ou profissional de saúde atravessado pela causa freudiana que tem sua práxis nos serviços públicos de saúde.

Não pretendemos, porém, apresentar a psicanálise como o caminho privilegiado para a transformação das vicissitudes apresentadas no campo social e, mais especificamente, na política pública de saúde, nem lhe atribuir a posse do saber da verdade que levaria ao esclarecimento e ao progresso, o que faria da psicanálise apenas mais um discurso regulador da sociedade.

Pretendemos, porém, refletir sobre a importância da presença da psicanálise nos conteúdos e ações da saúde pública, somando à contribuição de outros saberes sua atenção à singularidade do sujeito, ao seu desejo e aos efeitos do inconsciente.

No primeiro capítulo, propusemo-nos a revisitar o Movimento da Reforma Sanitária que, com o objetivo de formular uma ampla política pública para a saúde e propor mudanças no regime político e nas instituições do país, mobilizou diversos atores sociais – universidades, intelectuais, setores da população e diversas categorias profissionais por intermédio dos conselhos e sindicatos da área da saúde.

Consideramos importante que os profissionais da saúde e a população não apenas conheçam a história deste Movimento que foi fundamental para iniciar o processo de mudança no perfil das instituições de saúde no país, mas que possam ter como objeto de reflexão o processo de construção do SUS, uma vez que o próprio Movimento da Reforma Sanitária previu que não bastava a garantia da lei, afirmando como uma de suas diretrizes a continuidade permanente da mobilização dos diversos atores sociais para a construção e implementação do SUS.

A Atenção Básica à Saúde (ABS), foco de nossas reflexões nesta pesquisa, no senso comum, é entendida como um serviço de pouca complexidade e que serve de “passagem” para que os pacientes cheguem aos serviços especializados onde, de fato, o tratamento seria realizado.

Com o intuito de desfazer esse mal-entendido, no segundo capítulo apresentamos a complexidade do cotidiano do trabalho realizado na ABS, cujo modelo de ação está baseado no território e na promoção e prevenção à saúde, constituindo-se como a chave para a efetivação das mudanças propostas pelo SUS, pois seu funcionamento permitiria alterar a lógica da hegemonia da ordem médica que prioriza a realização dos cuidados em saúde nas instituições hospitalares e sob a supervisão do médico.

Porém, são grandes os obstáculos e desafios colocados para que a ABS seja mais efetiva de forma a melhorar a resolutividade e a qualidade da atenção em saúde dispensada nas UBS. Impasses e conflitos gerados no encontro entre pacientes e profissionais de saúde irrompem transbordando os limites estabelecidos em normas e protocolos e, em nosso entendimento, demandando o reconhecimento de algo que não cabe na padronização dos serviços.

Buscamos, no terceiro capítulo, verificar de que maneira a psicanálise tem contribuído para a consolidação das políticas públicas de saúde. Encontramos uma produtiva interlocução da psicanálise no campo da política pública voltada para a atenção da saúde mental e nos complexos hospitalares. Várias produções apresentadas em congressos, conferências e livros atestam a inserção, nem sempre sem resistências, do psicanalista neste campo, demonstrando não só a viabilidade da clínica psicanalítica no serviço público, mas também a especificidade das contribuições desta aos debates junto às equipes multidisciplinares. No entanto, tivemos dificuldade para encontrar interlocutores que, referenciados no discurso psicanalítico, buscassem refletir e propor alternativas aos impasses apresentados no campo da política pública voltada para a ABS.

O quarto capítulo é dedicado às análises de Freud sobre as formações grupais e o mal-estar na civilização e também a uma explanação sobre a ética da psicanálise a partir das formalizações sobre o tema trazidas por Jacques Lacan.

Freud e Lacan trazem pontos esclarecedores sobre a duplicação do efeito alienante na entrada do sujeito no laço social quando este, na busca de pertencimento e reconhecimento e, mais ainda, na tentativa de não saber da castração, se entrega a identificações pregnantes, mantendo a ilusão em ideais que prometem uma completude totalizante.

Ilusão que, no entanto, é causa de mal-estar e sentimento de culpa, dada a impossibilidade do sujeito de cumprir as exigências impostas pela civilização, seja a

renúncia a satisfazer moções pulsionais – libidinais e agressivas – de maneira direta, desviando-as para alvos destinados ao desenvolvimento e progresso da civilização, seja a exigência de gozo em nome da afirmação de uma economia utilitarista que, na sociedade atual, coloca na busca, na aquisição e no consumo de bens o encontro da felicidade. Nestas normatizações sociais não há espaço para a manifestação do desejo; Lacan esclarece que “a dimensão do bem, levanta uma muralha poderosa na via de nosso desejo” (LACAN,1959-1960/1997, p. 280).

Nosso intuito foi de orientar uma leitura das falas dos profissionais de saúde e dos pacientes, assim como das situações de impasses, observadas e vivenciadas, para formalizar o que insiste em se escrever pela via da repetição e de formações sintomáticas como inércia, irritabilidade, afastamento, agressão e impotência.

Com esta leitura, pretendemos refletir sobre modos de produzir um trabalho de articulação entre psicanálise e saúde pública, mais especificamente, entre psicanálise e ABS, em que a criação de espaços de fala e escuta possam reorientar a construção de um trabalho coletivo entre profissionais de saúde e comunidade assistida, que coloque como eixo comum a transferência de trabalho pautada na falta-a-ser do sujeito e do social, preservando o lugar da singularidade e do movimento do desejo.

I – O Movimento da Reforma Sanitária e o SUS

Realizamos um breve histórico do Movimento da Reforma Sanitária e da construção do SUS no país, pois consideramos importante o (re)encontro com a memória e com este momento da história do Brasil. Destacamos o depoimento de pessoas que vivenciaram um período em que inventar e lutar pela democratização e reconfiguração das relações sociais se faziam prementes.

Revisitamos esse passado recente de nossa história com o intuito de fomentar reflexões e debates sobre a função da saúde pública para a sociedade e, de maneira implicada e sem saudosismos, retomar a discussão da construção de um Sistema de Saúde voltado para a *polis* e para cada um dos cidadãos que a compõe.

Esclarecemos que demos preferência a duas publicações elaboradas por órgãos que possuem um papel institucional junto ao Estado, mas que, podemos dizer, mantêm um lugar “êxtimo” em relação ao Estado, por se constituírem como representantes da sociedade civil no controle social do SUS.

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, cujas atribuições são acompanhar e analisar o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira, apoiar o fortalecimento do controle social e promover equidade, monitoramento, avaliação, auditoria e ouvidoria, elaborou em 2006 o documento *A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*, com a finalidade de recuperar a memória e a pujança do Movimento da Reforma Sanitária a partir de documentos e depoimentos de personalidades que contribuíram para a formulação e implantação do ideário do SUS.

O Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), associação que congrega as secretarias municipais de saúde e seus respectivos secretários com o objetivo de atuarem em prol do desenvolvimento da saúde pública, publicou em 2007 o documento *Movimento Sanitário Brasileiro na Década de 70: a Participação das Universidades e dos Municípios – Memórias* com base em informações e depoimentos colhidos no Encontro promovido pelo Conasems, em Brasília, em 2003.

1.1 – Breve Histórico sobre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

Em meados da década de 1970, diante do esgotamento das políticas econômica e social do governo de regime militar, um novo cenário político e social começou a se delinear no Brasil. A mobilização política da sociedade civil – representada pela resistência de diversos setores, incluindo as classes populares, organizações sindicais, entidades de classe, a classe média de orientação liberal-democrática e de esquerda – conclamou a luta pela democratização do país e pela garantia de direitos civis, políticos e sociais.

Neste contexto histórico, desenvolveu-se o Movimento pela Reforma Sanitária que disseminou, ampliou e fomentou a discussão para a reformulação da política de saúde no país que se fazia urgente e necessária.

A assistência à saúde no Brasil, desde a República Velha, esteve vinculada à Previdência Social, ou seja, era garantida ao indivíduo com vínculo legal no mercado de trabalho. O avanço na legislação trabalhista no regime do Estado Novo da era Vargas propiciou a expansão da cobertura à saúde aos trabalhadores a partir dos Institutos de Aposentadorias e Pensões e dos Sindicatos, porém com cobertura e serviços diferenciados de acordo com as categorias ocupacionais.

A população não integrada ao mercado formal de trabalho – crianças, mulheres, gestantes, idosos e desempregados – dependiam de serviços filantrópicos ou recorriam aos serviços privados pagos pelo próprio bolso. O Estado garantia apenas o atendimento de urgência.

O regime militar pós-64 seguiu uma política de saúde baseada na lógica privada e curativa; recursos do orçamento federal foram disponibilizados para reformar e construir hospitais e laboratórios privados. Subsídios diretos a empresas privadas para que estas ofertassem assistência médica a seus empregados foram substituídos por desconto no imposto de renda, medida que gerou aumento na oferta de cuidados médicos e a expansão de planos de saúde privados.

Apesar da expansão dos serviços privados, a Previdência Social, por meio do Instituto Nacional de Previdência Privada (INPS), era responsável pela assistência médica a cerca de 60% da população previdenciária urbana, por tratamentos e cirurgias de doenças que fossem complicadas e caras dos beneficiários dos planos privados, além

de arcar com as aposentadorias por invalidez e auxílio doença, o que levou à crise de financiamento da Previdência Social.

Alguns dados, expostos abaixo, sobre as condições de saúde da população refletiam a inadequação das ações governamentais para elevar os níveis de saúde e melhorar o estado sanitário da população brasileira:

- Entre 1971/1972, estimava-se que havia cerca de 600 mil doentes ativos de tuberculose, ou seja, quase 10% da população.
- Em 1973, na 25ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), foi apresentado um estudo mostrando que a mortalidade infantil vinha crescendo no Brasil desde 1963, sendo algumas de suas causas principais a desnutrição, as doenças infecciosas (como a diarreia, o sarampo e a varíola, por exemplo), as parasitoses e complicações do parto.
- Em julho de 1974 houve um aumento de 90% nos casos de meningite meningocócica em comparação com o mês de julho do ano anterior.
- Em 1980, o cientista norte-americano, Dr. Albert Sabin, que vinha trabalhando como assessor especial do MS na gestão do presidente Figueiredo, demitiu-se do cargo e, em carta aberta, revelou que suspeitava que houvesse pelo menos dez vezes mais casos de pólio no Brasil do que indicavam os relatórios do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).
- Ainda em 1980, dados apresentados no VII Congresso Brasileiro de Reprodução Humana mostravam que 63% da população brasileira sofriam de desnutrição e que os índices de mortalidade infantil giravam em torno de 49%. (BRASIL. Conasems, 2007)

A falta de políticas de saúde preventiva e de uma rede de serviços de atenção médica a toda a população foi adquirindo importância política cada vez maior, principalmente devido ao acelerado crescimento industrial e urbano que vinha acontecendo no Brasil desde a década de 1950.

A necessidade de estabelecer propostas de mudanças nos serviços de saúde e na organização sanitária do país levou diversos grupos a buscarem alternativas ao cenário apresentado. Dentre eles, destaca-se um grupo de pesquisadores e docentes dos departamentos de Medicina Preventiva de algumas universidades como a Unicamp, a

Universidade de São Paulo, a Universidade Federal Fluminense e a Universidade Estadual de Londrina.

Utilizando as universidades como espaço de pensamento, debates e reflexões sobre os dilemas sociais e articulando-os aos temas da medicina, alguns grupos de estudiosos conseguiram ampliar e legitimar uma teoria social da medicina, tendo como marcos a tese defendida por Sérgio Arouca, *O dilema preventivista* (1975) e o livro publicado por Cecília Donnangelo, *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho* (1975). Esses estudos se distanciavam das abordagens da saúde coletiva de viés funcionalista que, até então, buscavam uma intervenção social preventiva, eliminando os riscos, para harmonizar a sociedade. A virada trazida por esses grupos, ao incorporar aspectos da teoria marxista, apontava 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.

Em depoimento colhido do médico José Carvalho de Noronha, este destaca na origem do movimento da Reforma Sanitária:

(...) a academia, que procurava reinterpretar suas dúvidas em relação ao movimento da medicina social, da nova saúde pública dos anos 1970 – que vem principalmente da OPAS – e que passa a fecundar algumas universidades (...) com Cecília Donnangelo, Sergio Arouca, Hesio Cordeiro, Nina Pereira Nunes, que dão os ingredientes desse movimento acadêmico de revisão do conceito saúde-doença e da própria concepção geral de saúde, da determinação social da doença e da política na organização de serviços em saúde. Eles recolocam os serviços de saúde no mundo da política, que dele haviam sido retirados, de um ponto de vista crítico, com Juan César García, e de um ponto de vista reflexivo da ciência política, com Vicente Navarro. É um movimento intelectual de inspiração marxista com diversas variáveis, que entende que a saúde tem papel fundamental na estrutura e no modo de produção e organização da sociedade. (Brasil. MS, 2006, p.59)

Sérgio Arouca (BRASIL. Conasems, 2007) refere que a Medicina Preventiva, ao introduzir as ciências sociais em seu campo, limitava-se a discutir a relação médico-paciente e os padrões de conduta médica. A introdução do pensamento marxista permitiu ampliar a discussão para questões como a determinação social dos sistemas de saúde, a estrutura social e o processo saúde-doença, o trabalho em saúde e a organização

de sistemas de saúde. Conseqüentemente, o trabalho comunitário destes departamentos incorporou a participação e a conscientização popular como instrumentos privilegiados para a medicina preventiva e também para a democratização do país.

Desta forma, ampliando as vozes pela democratização do país que vivia sob o regime militar, surge o Movimento da Reforma Sanitária, que, em 1970, passou a se organizar na busca de alternativas para a situação precária em que se encontrava o setor da saúde no Brasil, que impunha sofrimento à população e más condições de trabalho aos profissionais. Por meio de projetos de saúde comunitária, clínicas da saúde e pesquisas institucionais, estes grupos começaram a colocar em prática algumas diretrizes da reforma sanitária, como descentralização, participação e organização em várias partes do Brasil.

Em 1976, com a eleição de prefeitos de oposição nos municípios de Campinas, Londrina e Niterói, foi possível a inserção de docentes ligados à reformulação da Medicina Preventiva na gestão de algumas secretarias de saúde. Através da organização dos serviços de saúde locais, foi possível demonstrar a viabilidade das teorias que vinham sendo discutidas e implantadas a título de experimento universitário. Esses municípios incorporaram a participação popular no planejamento das ações em saúde, ampliaram as unidades de saúde, focando o trabalho na atenção primária, além de, entre outras ações, buscar alternativas para a capacitação de profissionais médicos e não médicos para o trabalho com esta nova abordagem da saúde.

Nesse novo contexto, foi relevante a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que funcionou como força centrífuga do movimento, que não se restringiu ao eixo Rio-São Paulo como eixo hegemônico na formulação e luta pela Reforma Sanitária. Experiências em Montes Claros, Caruaru e no Espírito Santo mostraram-se exitosas ao propor o encontro da saúde com a participação popular. José Gomes Temporão reforça essa análise:

Eram experiências já influenciáveis por Alma Ata, pela questão da atenção básica, dos cuidados primários de saúde. Começou-se, digamos assim, a penetrar no aparelho de Estado organizando essa contra política, que nada mais era do que tentar desenhos alternativos que se contrapunham à política oficial de saúde, que era fragmentada, segmentada por múltiplos ministérios, muito centrada na questão do hospital e da tecnologia. (*idem*, p.61)

No período entre o fim do regime militar e a Nova República foram relevantes as iniciativas das Ações Integradas da Saúde (AIS), a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) como embrião do que viria a ser o SUS. O movimento pela Reforma Sanitária ganhou maior organização com a consolidação de estruturas organizativas que incorporavam o espírito do movimento, como a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), de grande relevância, pois abrigava intelectuais influentes na produção de conhecimento em saúde coletiva, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), uma vez que o município teria um papel estratégico no processo de constituição e desdobramentos da descentralização das ações de saúde e, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a criação do Conasems.

Outro fato relevante para a instituição do Movimento pela Reforma Sanitária e para a concretização de seus objetivos e propostas foi a ocupação de postos estatais por suas lideranças após o fim do regime militar. Órgãos marcadamente estratégicos como o Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social (Inamps), o MS e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) foram ocupados pelos sanitaristas.

Arouca (1975) destaca que o que diferenciou o Movimento pela Reforma Sanitária foi o fato de ter atuado e se desenvolvido em um campo suprapartidário, agregando intelectuais, movimentos sociais e comunitários, sindicatos dos médicos e demais profissionais da saúde, movimento estudantil, militantes de partidos da oposição, indivíduos independentes e adeptos da esquerda católica. Além disso, o inédito neste movimento foi o fato de ter propiciado

(...) **uma articulação entre Universidade, o pensamento crítico, e a organização de serviços**, a montagem de um projeto alternativo novo. Tanto assim que, quando vem a redemocratização, e fomos para a Oitava e para a Constituinte, não estávamos inventando a roda. Era um processo que já tinha experiência teórica e prática acumulada na formação de pessoas, na elaboração de ideias, com teses e publicações, como a revista Saúde e Debate. A coisa caminha para a criação do SUS de uma forma quase natural, porque estávamos discutindo durante a ditadura, não só a crítica à ditadura, mas o projeto de substituição da ditadura. Isso é que foi o novo, o que não aconteceu, por exemplo, na área da educação (p.55). [grifos nossos]

A 8ª CNS foi um marco histórico na consolidação da Reforma Sanitária e na construção do SUS. As sete conferências anteriores tinham sido realizadas por

delegados escolhidos pelo Ministério da Saúde, que decidiam as políticas de saúde do país baseados na autoridade de seu saber. A 8ª CNS foi a primeira a convocar a participação da população e dos movimentos sociais e que lhes deu o direito a votar nas propostas para a formulação de uma política de saúde. Foram reunidas em torno de quatro mil pessoas de todo o País.

A personalidade de Sergio Arouca foi fundamental para o formato democrático da 8ª CNS, Noronha relembra:

(...) o Arouca tem uma liderança extremamente importante, pois vincula o esforço da redemocratização da saúde com o esforço do desenvolvimento da cidadania. Quer dizer, ele faz um alargamento do conceito de cidadania e do projeto da saúde, imaginando um impulso democrático à Constituição que, com a democracia no interior do sistema de saúde, você vai ter os ingredientes para uma grande reforma social. Foi nesse contexto que se construiu a 8ª CNS. (Brasil. MS, 2006, p.82)

Sonia Fleury, membro da Abrasco, relembra que em 1985, época da pré-conferência:

(...) a gente realmente encontra os movimentos populares, fala sobre coisas complexas na questão de cidadania, direito e tal (...) esse encontro da intelectualidade com o movimento social se dá na preparação da 8ª CNS, depois continua na própria 8ª CNS e, em seguida, na Constituinte, até chegar na Plenária (*idem*, p.84).

Esse processo teve sua expressão máxima na CF de 1988, quando, por emenda popular, instituiu-se, dentro do capítulo da Seguridade Social, a garantia da saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Logo após a aprovação constitucional, foi constituída a Comissão Nacional de Reforma Sanitária com a missão de organizar e elaborar a legislação que instituiu os princípios e diretrizes do SUS (Lei nº 8.080/90), as Normas Operacionais Básicas (NOB) para o funcionamento do sistema, o planejamento do projeto para a descentralização do sistema, uma vez que a municipalização era entendida como o eixo estratégico para a sustentação do SUS, pois garantia a participação e o controle social no planejamento de saúde local.

Fazendo um balanço do Movimento pela Reforma Sanitária, quinze anos após a criação do SUS, Arouca (Brasil. Conasems, 2007) destacou como frutos deste movimento a criação de milhares de Conselhos de Saúde incluindo a participação da população no planejamento das ações de saúde, a criação de milhares de secretarias municipais de saúde com a formação de um amplo corpo de serviços e profissionais de saúde orientados não apenas por dados estatísticos em saúde, mas também atentos às questões sociais dos cidadãos.

Porém, aponta também que, neste período, perdeu-se o pacto das universidades com o SUS; o modelo assistencial não foi alterado e continuou baseado no hospital e na emergência; não aconteceu uma mudança nos currículos escolares na área de saúde e, assim, não foi possível formar profissionais adequados para o enfrentamento dos desafios propostos pela Reforma Sanitária (Brasil. Conasems, 2007).

Na edição de junho de 2008, a revista do Instituto Humanitas, da Unisinos, realizou uma série de entrevistas com especialistas e profissionais da saúde para discutir a situação do SUS, passados vinte anos de sua instituição. Destacamos, do relato de alguns entrevistados, o entendimento de que, embora instituída constitucionalmente, na prática social, a proposta da reforma sanitária de um sistema único, público e universal não se consolidou. Na visão do professor Eugênio Vilaça Mendes (2008), o sistema de saúde brasileiro se divide em dois subsistemas – o público e o privado, e o SUS está sendo implantado como um subsistema público, gerando iniquidades e baixos resultados sanitários.

Apesar disto, há avanços a comemorar. Mendes (2008) destaca:

Em geral, houve um incremento do acesso dos brasileiros à saúde; a atenção primária à saúde melhorou muito, especialmente, por meio do Programa de Saúde da Família; e há bons resultados nos programas de imunização, nos transplantes de órgãos, no programa de controle do HIV/Aids e outros, onde o SUS tem desempenho exemplar no cenário mundial (p.6).

A professora Sonia Fleury Teixeira (2008) afirma que a proposta da reforma sanitária foi de que a saúde fosse uma política de Estado e não de governo, para que assim não ficasse à mercê da vontade do governante e afirma, também, que “vários governos foram anti-SUS, mas sua política teve de seguir as diretrizes do Sistema”

(p.14), ainda que o SUS e a saúde pública possam não ter sido prioridades destes governos.

Campos e Campos (2000), em um trabalho onde analisam as relações entre política e ciência na saúde coletiva, interrogam:

O SUS representa, pois, um paradoxo. Cabendo (...) investigação: como uma política no estilo Estado de Bem-Estar conseguiu desenvolver-se, ainda que com dificuldades e retrocessos, em um período de auge da hegemonia neoliberal, e ainda submetida a três governos (Collor, FHC I e II) contrários à expansão da ação estatal, à ampliação do número de servidores públicos, ou à extensão de direitos sociais em geral? (p.87)

E levantam a hipótese:

O estudo desta questão poderia esclarecer de que modo a sociedade civil e setores do aparelho de Estado conseguiram antepor-se a todos estes obstáculos, garantindo a implantação, ainda que parcial, do sistema (*idem*, p.87)

Em análise dos elementos da história do SUS, Campos (2007) afirma:

(...) observa-se uma tensão permanente entre o projeto do SUS e o derrotado (valeria interrogar-se sobre esta afirmação) projeto liberal-privatista (...). A resistência ao SUS deslocou-se da discussão de princípios, em torno de grandes diretrizes, para elementos pragmáticos da implantação do acesso universal a uma rede “integral” de assistência, procurando, contudo, sempre, buscar meios para atendê-los segundo seus interesses corporativos e valores capitalistas de mercado. Resistência permanente a cada programa, a cada projeto e cada modelo de gestão ou de atenção sugerido segundo a tradição vocalizada pela reforma sanitária (p. 1869).

Porém,

(...) o SUS tem demonstrado empuxe para constituir-se e para sobreviver, ainda que seus dois principais adversários – o ideário neocapitalista e a tradição degradada dominante na gestão pública brasileira – pareçam cada dia mais fortes e influentes (*idem*, p.1873).

Finalizamos a breve retomada deste movimento histórico com a fala de um de seus participantes que, nos parece, sintetiza o pensamento de um período da história brasileira. O médico sanitarista Nelson R. dos Santos (Nelsão) declara:

Hoje, rotulo os anos 1980 de “anos dourados”, dourados não de realizações prontas e de um Estado pronto democratizado e uma sociedade perfeita, mas dourados pelo que se teve de uma utopia pela qual lutar, pela capacidade e possibilidade de agregar segmentos da sociedade dos mais diversos, dos mais baixos aos mais altos, em torno de uma utopia de uma sociedade nova, de um Estado democrático (...) Nós temos que estar sempre tentando renovar as utopias eternamente, sem parar, mas os anos 1980 têm essa marca, cravaram na sociedade brasileira essa marca. Se ela não produziu um Estado democrático desejável, no entanto, essa marca mobilizou corações e mentes de uma maneira suficiente para agora, 15 anos depois do neoliberalismo que se instala em 1990, devermos a ela a resistência que nos foi possível em todos esses anos (Brasil. MS, 2006, p.100).

Destacamos a importância da dimensão política do Movimento da Reforma Sanitária – política no sentido do exercício público da reflexão e da busca de soluções e consensos para os problemas que se colocavam para a sociedade.

A aposta do Movimento da Reforma Sanitária é a manutenção do diálogo com os cidadãos, explicitamente marcada na diretriz do SUS referente à participação social no planejamento e gestão da saúde, por meio dos conselhos gestores presentes em todas as esferas de gestão – nacional, estaduais, municipais e locais.

Acreditamos que um aspecto fundamental para a manutenção da participação social e mesmo para a reinvenção do espaço político seja, para além de realizar um procedimento de saúde, acolher a demanda do paciente que busca um atendimento. Acolher a demanda nem sempre para atendê-la, mas ouvi-la, ampliá-la, refletir junto à comunidade. Transformar as demandas de indivíduos com interesses particulares em demandas da coletividade, produzir um conhecimento sobre os modos de vida, sonhos e possibilidades de escolhas na sociedade contemporânea.

1.2 – O SUS - Princípios e Diretrizes

Produto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o SUS trouxe para o debate público uma concepção ampliada da saúde com vistas a incluir o peso dos determinantes econômicos, sociais, culturais e ambientais na produção de saúde e a superar a visão dominante nas dimensões biológicas e individuais da doença sem, contudo, negar a importância das doenças na configuração dos sistemas de saúde e na oferta de serviços e ações de saúde.

O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 (CF-88) como integrante do sistema brasileiro de Seguridade Social que, juntamente com a Previdência Social e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), tem o objetivo de integrar ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Reconhecendo a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a CF-88 realçou a essencialidade do direito à saúde, 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 aos segurados da Previdência Social e deixava os não-segurados à mercê da benevolência de filantropias. Este reconhecimento legitimou a possibilidade de ações jurídicas em caso de omissões no cumprimento do direito à saúde.

Cabe lembrar que é na CF-88 que o termo cidadão passa a denotar o membro da comunidade investido de um conjunto de direitos comuns e universais, no qual os direitos sociais são centrais. Nas Constituições Federais anteriores, o termo cidadão referia-se apenas ao indivíduo de nacionalidade brasileira. Somente na CF-88 surgiu a ideia de bens sociais garantidos como direito de cidadania (LOBATO, 2009).

O SUS é regulamentado pelas Leis Federais nº 8.080 e 8.142 de 1990, que detalharam sua organização e funcionamento. O texto da Lei nº 8.080/90 explicita que o SUS é constituído pelo conjunto das ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, incluindo as instituições de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e de equipamentos de saúde. Os serviços privados podem participar do SUS em caráter complementar, quando contratados ou conveniados para prestação de serviços de saúde aos usuários do sistema.

A Lei nº 8.142/90 tratou da participação social na gestão do SUS, que se efetivou a partir das Conferências Nacionais de Saúde, que devem ser realizadas a cada quatro anos, e nos conselhos de saúde, que devem ser organizados em cada esfera de governo, garantindo a representação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos – os gestores e trabalhadores da saúde. Além disso, essa lei estabeleceu diretrizes para a criação dos fundos da saúde.

Para cumprir sua função de sistema e atender de maneira funcional às demandas por atenção à saúde, o SUS deve coordenar e integrar as ações de saúde nas três esferas de governo, articulando os subsistemas verticais – vigilância e assistência à saúde – aos subsistemas de base territorial – estaduais, regionais e municipais.

A operacionalização do SUS se apoia em princípios e diretrizes que foram estabelecidos para orientar e regular as proposições e o desenvolvimento do sistema, dos serviços e das práticas de saúde.

Os princípios doutrinários do SUS são: a universalidade, a integralidade, a equidade e o direito à informação.

- A universalidade reafirma o direito e o acesso sem discriminação de todos os cidadãos ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema.
- A integralidade pressupõe a consideração das várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e objetiva a prestação continuada de ações e serviços em todos os níveis de complexidade – da atenção básica às complexas cirurgias, incluindo ainda as ações intersetoriais.
- A equidade no acesso às ações e serviços de saúde justifica a priorização de recursos aos segmentos populacionais mais vulneráveis e que enfrentam maior risco de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços. Sua finalidade é atingir a igualdade tratando diferentemente os diferentes.
- O direito à informação sobre sua saúde e sobre a saúde da coletividade é assegurado por lei a todo usuário, cabendo aos profissionais e aos gestores a responsabilidade de viabilizar esse direito.

As diretrizes que se destacam como linhas mestras para a organização e funcionamento do SUS são: a descentralização, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação dos segmentos sociais.

- A descentralização aponta para o município como base do sistema, responsável pela gestão dos serviços e ações de saúde no nível local. A descentralização impõe a necessidade de um comando único em cada esfera de governo – secretário municipal, secretário estadual e ministro da saúde – indicando a necessidade de articular e coordenar as ações dos diversos serviços.
- A regionalização visa organizar de forma racional e equânime os serviços de saúde no território, com base na distribuição da população e propiciando a integração de redes assistenciais que garantam o acesso dos usuários aos cuidados necessários.
- A hierarquização ordena o sistema em níveis de atenção – atenção básica, média e alta complexidade – e busca regular o acesso dos usuários aos serviços, estabelecendo fluxos assistenciais entre os serviços. Geralmente, a atenção básica é a porta de entrada para os demais níveis.
- A Participação Social 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.

Em vinte anos de existência, o SUS está consolidado em todo o território nacional e se constitui em um complexo sistema que tem o objetivo de articular e coordenar ações de promoção e prevenção com as de cura e reabilitação da saúde, não se resumindo a um sistema de prestação de serviços assistenciais, e sendo responsável por um amplo leque de ações que garantem a atenção integral à saúde. Ao SUS competem:

- Ações de prevenção e vigilância em saúde, que compreendem ações de vigilância sanitária sobre alimentos, produtos e serviços, ações de vigilância epidemiológica sobre doenças e agravos, vigilância ambiental e ações de imunização e controle de um conjunto de doenças, como a poliomielite, o sarampo e a Aids.

- Oferta de serviços básicos de atenção à saúde, incluindo a saúde bucal, para a maioria da população, organizada pelas unidades básicas de saúde, cuja responsabilidade é dos municípios.
- Oferta de serviços ambulatoriais especializados, serviços de diagnose e terapia, e a rede hospitalar de média a alta complexidade, que se dá por meio de serviços próprios, gerenciados pelos municípios, pelos Estados e pela União, além de serviços universitários públicos e serviços contratados ou conveniados de caráter privado. Deve-se destacar que as ações de assistência terapêutica incluem ações que vão da atenção básica aos tratamentos especializados, como transplantes de órgãos, tratamentos quimioterápicos, a dispensação regular de medicamentos para doenças crônicas e degenerativas, e o fornecimento de órteses e próteses.
- A formulação e execução da política de sangue e seus derivados, e a coordenação da rede de hemocentros.
- A regulação da prestação dos serviços privados de assistência à saúde.
- A regulação da formação dos profissionais de saúde.
- A definição e implantação de políticas de Ciências e Tecnologias para o setor de saúde, incluindo a definição de normas e padrões para a incorporação tecnológica.
- A promoção da saúde em articulação intersetorial com outras áreas e órgãos governamentais.

Contudo, segundo Vasconcelos e Pasche (2006), o maior desafio do SUS continua sendo o de promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais para assegurar acesso e melhorar a qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção, pois, além da baixa qualidade na atenção ofertada, persistem problemas sérios de iniquidade no acesso e na utilização de serviços, ainda bastante vinculados à condição social e geográfica, tendo sido tímida a redução das desigualdades, inclusive em períodos nos quais houve maior investimento público.

E, segundo Lobato (2009), mesmo considerando a inclusão de segmentos antes desassistidos e o fato de que as ações do SUS têm uma abrangência além da assistência médica, cobrindo os procedimentos mais custosos até mesmo de parte da população coberta por planos privados e que nas ações coletivas atinja toda a população – fatores esses que revelam a potência inclusiva do SUS –, ainda assim, não é possível afirmá-lo

como um sistema que materializa o princípio da cidadania – função da política de Seguridade Social desenhada na CF-88.

Vale ressaltar que as políticas públicas, em particular as políticas sociais, por se constituírem como *locus* que revela os conflitos inerentes a todas as formas de desigualdade e exclusão intensa e cotidianamente, são indicadores do padrão de tratamento dos problemas sociais e dos rumos da política do Estado, dos valores e normas que são instituídos e que podem sedimentar ou alterar os modos de relação e tratamento dos problemas da coletividade.

Desta maneira, cabe aos gestores das esferas de governo e aos profissionais de saúde, dada sua responsabilidade pela implementação das políticas públicas de saúde, a reflexão sobre o entendimento do direito à saúde. Será 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” (SPOSATI e LOBO, 1992, p.377).

II – Atenção Básica à Saúde

2.1 – Características da Atenção Básica à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS), entendida como conjunto integrado de ações básicas articuladas a um sistema de promoção e assistência integral à saúde, surgiu no final do século XIX em Paris, quando o Professor Pierre Budin idealizou um sistema voltado para atender a saúde infantil. No século XX, municípios dos EUA fizeram a experiência de trabalhar a saúde de comunidades carentes a partir de centros comunitários com foco na atenção primária e integrando a participação de conselhos e colegiados na cogestão dos serviços. Em 1920, no Reino Unido foi divulgado o Relatório Dawson, que difundia a ideia da necessidade de reorganização e hierarquização dos cuidados em saúde, a partir de três níveis: os centros primários, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino (MATTA; MOROSINI, 2008).

Concomitantemente às experiências e divulgação da atenção primária, difundia-se o modelo elaborado pelo professor Abraham Flexner, baseado no mecanicismo, biologismo, individualismo e especialismo, com ênfase na medicina curativa e tecnicista. Este modelo se consolidou e se expandiu para a maior parte do mundo após a segunda guerra mundial, tornando-se o modelo hegemônico nos sistemas de saúde.

Nas décadas de 1960/70, os altos custos da saúde especializada e sua baixa resolutividade, assim como o avanço da crise econômica mundial que culminou com a redução do *Welfare State* nos países da Europa e EUA e, por outro lado, a falta de acesso aos cuidados básicos, a elevada taxa de mortalidade infantil e precárias condições sanitárias, sociais e econômicas dos países pobres e em desenvolvimento, reavivaram discussões e pesquisas de novas formas para a orientação do setor da saúde com custos menores e maior eficiência (MERHY, 1986).

Neste contexto socioeconômico, em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) convocaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no

Cazaquistão, antiga União Soviética, que contou com a participação de cento e trinta e quatro países.

A Conferência de Alma-Ata enfatizou o conceito de saúde como direito humano fundamental, universal e de responsabilidade dos governos. Defendeu os cuidados primários de saúde como parte integrante não apenas do sistema de saúde, do qual constituem a função central e o foco principal, mas também como parte do desenvolvimento social e econômico da comunidade. Esta defesa propõe que a promoção e a proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribuem para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (BOTAZZO, 2008).

Com essas proposições, na Conferência de Alma-Ata, foram propostos um acordo e uma meta entre países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, por meio da APS. Essa política internacional ficou conhecida como *Saúde para Todos no Ano 2000* (MATTA; MOROSINI, 2008).

A definição mais evocada de APS, proposta pela OMS em Alma-Ata, é a seguinte:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação (...) constitui-se no primeiro contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OMS, 1978 *apud* BRASIL. CONASS, 2009, p.180).

A OMS, no relatório divulgado por ocasião de vinte e cinco anos da realização da Conferência de Alma-Ata, reconhece que os cuidados primários não tiveram o desenvolvimento mundial esperado como também não atingiram as populações mais desfavorecidas. Imputam tal ocorrência a diversos fatores, entre eles a implantação incompleta da APS em diversos Estados-membros, a ausência de diretrizes práticas, a lacunas no nível da direção e a falta de engajamento político, a recursos insuficientes e, ainda, devido a outros fatores políticos e socioeconômicos complexos (OMS, 2003 *apud* BOTAZZO, 2008).

O Brasil não participou da Conferência de Alma-Ata, mas as proposições para a APS, lá colocadas, já faziam parte de alguns projetos, como os desenvolvidos em 1975 nos municípios de Montes Claros e Caruaru, e inspiraram várias iniciativas que tinham o objetivo de ampliar as práticas nos centros tradicionais de saúde e promover a expansão do acesso à saúde em todo o País. Pautados neste ideário, tivemos o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), iniciado em 1976 no Nordeste, posteriormente expandido para todo o país, as Ações Integradas de Saúde (AIS) e a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) na década de 1980.

A criação do SUS demandou a execução de mudanças efetivas nas estruturas organizacionais, nos serviços de saúde e no atendimento, suscitando novas formas de prestação de ações e serviços de saúde à população. Desta forma, impulsionar o desenvolvimento da APS – ou Atenção Básica (AB) como é denominada em nosso país - foi uma alternativa.

Em 1994, seguindo a experiência exitosa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado no Ceará em 1986, o MS ampliou a implantação do PACS e o Programa Saúde da Família (PSF) para outros municípios com o objetivo de consolidar a recente criação do SUS por meio da expansão do acesso à atenção primária a toda a população, ratificando o processo de municipalização da organização da atenção à saúde e propiciando o processo de regionalização pactuada entre os municípios e a coordenação da integralidade da assistência à saúde.

Segundo Gill (2006), no período de 1998 a 2004, ocorreu uma expansão significativa na implantação das equipes de saúde da família em todas as regiões do país, embora ainda com uma maior concentração em municípios de menor porte e com menor Índice de Desenvolvimento Humano.

Em 2006, assumindo o compromisso de revitalizar a AB no Brasil, o MS fomentou uma ampla comissão representada por secretários de saúde, acadêmicos, profissionais e usuários do sistema de saúde, que debateu e formulou a nova Política Nacional de Atenção Básica, redefinindo diretrizes e normas organizacionais com o objetivo de consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção básica à saúde.

A AB tem como metas:

(...) a interação com as famílias e com as comunidades em um território delimitado, pelo qual as equipes de saúde se responsabilizam. Ela continua com a criação de vínculos entre os usuários e as equipes de saúde, o desenvolvimento de ações voltadas aos grupos mais vulneráveis, a promoção de hábitos de vida saudáveis, o reconhecimento e o enfrentamento dos fatores de risco para os indivíduos e para a coletividade, as ações de prevenção específicas, o atendimento às demandas espontâneas, às intercorrências clínicas e aos casos agudos, além do encaminhamento dos casos oportunos aos demais níveis do sistema (COSEMS/SP, 2008, p.23).

A AB deve se constituir em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, sendo que este comporta mais dois níveis de atenção à saúde – a alta e a média complexidade, ambas compondo um amplo espectro de serviços com diferenciados graus de especialização e atendimento no âmbito ambulatorial e hospitalar.

A AB é realizada nas UBS que utilizam o modo tradicional¹ de assistência à saúde ou a estratégia saúde da família. Atualmente, a principal estratégia de configuração da AB no Brasil é a saúde da família (ESF) que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção.

A UBS que adota a ESF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. É recomendado que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil pessoas.

A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe numa proporção média de um agente para setecentas e cinquenta pessoas acompanhadas.

Mais recentemente, os municípios vêm recebendo incentivos financeiros federais para agregar às equipes de saúde da família uma equipe de saúde bucal, composta por um dentista e um auxiliar de consultório dentário (ACD) e a equipe do Núcleo

¹ No Modelo Tradicional, as UBS mantêm a presença de clínicos gerais, ginecologistas e pediatras, agregando, em alguns casos, outras especialidades. E não incorpora ao quadro de profissionais os ACSs.

Assistência à Saúde da Família (NASF)², composta por profissionais de diversas especialidades, como nutricionista, educador físico, psicólogo, assistente social, psiquiatra, cardiologista, entre outras.

Visando a operacionalização da AB, o MS define áreas estratégicas e ações programáticas que orientam a organização do processo de trabalho da equipe da UBS. São definidas ações programáticas para quatorze segmentos:

- Saúde da criança
- Saúde do adolescente
- Saúde da mulher
- Saúde do adulto
- Saúde do idoso
- Saúde bucal
- Saúde mental
- Saúde do trabalhador
- Imunização
- Tuberculose
- Hanseníase
- DST
- Demanda espontânea
- Áreas transversais (nutrição, atividades físicas, ações intersetoriais, etc)

A Programação em Saúde, baseada no saber epidemiológico, é um instrumento de organização da atenção à saúde que, desde a década de 1970, foi utilizado pela saúde pública para se engajar na rede de centros de saúde. Por meio da Programação em Saúde, as ações individuais e sanitárias são organizadas de forma racionalizada e integrada com o objetivo de expandir as intervenções no coletivo, a partir da identificação de grupos de riscos, padronização das intervenções, etc. (NEMES, 1996 *apud* CAPOZZOLO, 2003).

² O NASF visa apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolutividade. Tem como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização. Conforme portaria do MS, cada NASF poderá realizar suas atividades vinculada a, no mínimo, cinco equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, vinte equipes de Saúde da Família. (Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>. Acessado em 08/06/2012).

Segundo Cunha (2004), apesar de vários estudos (Campos, 1992; Merhy 1997) apontarem os limites da programação em saúde:

(...) a ideia de que existe um cardápio ótimo para a Atenção Básica parece estar ainda implícita em boa parte dos trabalhadores de saúde. É como se automaticamente a realização de um determinado conjunto de ações implicasse na excelência do resultado. Aí vem a ladainha, que inúmeros gestores repetem *ad nauseam*: territorialização, grupos, visitas domiciliares, planejamento estratégico, consultas disso e daquilo (p.148).

A escolha por organizar a atenção à saúde a partir de uma Programação pré-definida, ao propor normas e padrões para as ações, os cuidados e os resultados esperados, como a mais recente proposta do MS com o PROGRAB³, tende a burocratizar o processo de trabalho e a relação da equipe com os pacientes, uma vez que se prioriza a busca da melhor maneira de cumprir a Programação determinada “encaixando” o paciente nas ações programadas *a priori* e colocando em segundo plano a avaliação do impacto das intervenções junto à população.

Cunha (2004) exemplifica:

Na prática, [a Programação em Saúde] produziu nas equipes de unidades básicas cardápios fixos para suas coortes de pacientes (exemplo: toda quinta à tarde, para todo o sempre haverá grupos de hipertensos. Todo hipertenso deve fazer uma consulta de enfermagem a cada 40 dias e uma consulta médica a cada dois meses. (...) parece-nos bastante danosa a ideia subjacente de que os Sujeitos coletivos (e os trabalhadores) sejam estáveis no tempo e imunes às intervenções da equipe, ao ponto de que ela não tenha que fazer avaliações constantes no seu cardápio de recursos e respectivos impactos (p.148).

A priorização do saber epidemiológico como eixo estruturador da atenção à saúde, apoiando-se na definição *a priori* das demandas a serem atendidas pelo serviço, embora tenha a capacidade de indicar problemas relevantes na população, acabou imprimindo um caráter restritivo ao acesso à AB, uma vez que é insuficiente para

³ O Prograb - Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica - se constitui em um *software* que define a quantidade de procedimentos a serem realizados em cada uma das áreas de saúde, programando e orientando a direção das ações da equipe de saúde. A base deste software são dados estatísticos sobre a saúde da população brasileira. (disponível em: <http://www.dab.saude.gov.br/prograb.php>. Acessado em 08/06/2012).

indicar e lidar com problemas de saúde que não estejam inventariados em suas normas e protocolos (CAPOZZOLO, 2003).

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

(...) a sua 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 (p.592) [grifos nossos].

É na especificidade de se colocar como “porta de entrada” para a diversidade de demandas referidas à saúde, que bem podem não estar referidas a uma patologia biomédica, que, paradoxalmente, residem a força e a fragilidade do trabalho da equipe na AB.

A potência da AB está no fato de que a UBS se constitui em lugar privilegiado para a constituição de laços sociais entre os membros da comunidade e entre estes e os profissionais de saúde, por agregar um vínculo contínuo de cuidado que se realiza ao longo da vida dos indivíduos e das famílias, podendo, desta forma, integrar as ações de saúde com outras práticas sociais e culturais e influenciar nos valores e costumes de cada um e de toda a comunidade com o objetivo de promover mudanças de comportamentos com vistas ao bem-estar e à qualidade de vida.

Porém, para que as ações de saúde sejam legitimadas pela comunidade e, assim, ganhe a potência esperada, os profissionais devem estar atentos não só as dimensões orgânicas de cada situação que se apresenta, mas também devem estar abertos a acolher e escutar as dimensões sociais e subjetivas que participam do processo saúde-doença-cuidado e que não estão protocoladas ou inventariadas a priori por nenhum programa, pois são efeitos do encontro de cada sujeito em sua singularidade com o particular de sua história de vida.

Assim, apesar dos avanços na qualidade de vida da população, propiciados pelo maior acesso a assistência à saúde, as práticas de saúde na AB ainda convocam discussões sobre quais seriam os modelos de atenção, organização e gestão dos serviços que poderiam impactar na maneira dos profissionais em acolher as várias dimensões presentes no processo saúde-doença-cuidado e, desta forma, melhorar a qualidade da atenção dispensada à população.

Em 2008, o Cosems/SP, em uma publicação dirigida aos Secretários Municipais de Saúde, fazia um alerta:

Uma das maiores dificuldades que o SUS enfrenta é a qualidade da atenção aos usuários (...) na prática, a atenção acontece de modo fragmentado, pois muitas equipes desresponsabilizam-se pela continuidade dos atendimentos (...) há a atenção clínica sumária (de baixa qualidade) e desrespeitos aos usuários. Tradicionalmente, a principal estratégia para se mudar esta situação é a capacitação (...) estimulando modos de cuidar coerentes com os princípios do SUS (...) porém tem se mostrado insuficientes (p.38).

2.2 – A Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi formulada com o intuito de fazer avançar os programas de humanização anteriormente formulados em resposta às reivindicações da população por atendimento com atenção e resolutivo, e dos profissionais de saúde por melhores condições de trabalho. Estes programas caracterizavam-se por ações fragmentadas vinculadas ao ideário do assistencialismo e do voluntarismo, agregadas ao estilo gerencial sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total, e não alcançavam mudanças nos pontos nodais para melhoria na qualidade da atenção à saúde e legitimação do SUS junto à população.

A PNH, lançada pelo MS em 2003, se apresenta como uma política transversal ao SUS com a proposta de fomentar continuamente um caráter questionador nos processos de planejamento, nos mecanismos de decisão, nas estratégias de implementação e de avaliação das práticas de saúde.

Benevides (2005a), que integrou a equipe da PNH entre 2003 e 2004, avalia que, no cenário do sistema de saúde nos anos 1990 e 2000, o conceito de Humanização assumia o sentido de um conceito-sintoma:

(...) noção que paralisa e reproduz um sentido já dado. É como tal que o tema da humanização se reproduziu em seus sentidos mais estabilizados ou instituídos, perdendo, assim, o movimento pela mudança das práticas de saúde do qual esta noção adveio, movimento que se confunde com o próprio processo de criação do SUS nos anos 1970 e 1980 (BENEVIDES, 2005a, p.390).

Partindo do entendimento que não seria possível mudar os modos de atender a população nos serviços de saúde sem alterar o modelo de gestão e organização dos processos de trabalho dos serviços, a PNH se colocou o desafio de desconstruir a idealização do “bom humano”, figura ideal que regularia as experiências concretas:

(...) defendendo que (...) o humano não pode ser buscado ali onde se define a maior incidência dos casos ou onde a curva normal atinge sua cúspide: o homem normal ou o homem-figura-ideal, metro-padrão que não coincide com nenhuma existência concreta (*idem*, p.391).

Segundo Pasche e Cruz (2005), para se produzir saúde há que se produzir “sujeitos mais livres, com subjetividades mais multirreferenciadas, portanto menos autocentradas”. Para tanto, faz-se necessária a reinvenção das instituições, de seus modos de organização e de gestão, alterando o modo como a equipe se relaciona, a forma como se faz o planejamento das atividades, como se avaliam resultados e os graus de participação dos sujeitos envolvidos, efetivando, enfim, a democratização das instituições e serviços de saúde.

Conforme Reis *et al.* (2004):

(...) entende-se que uma política de humanização efetiva só pode funcionar se compreendida como uma verdadeira intervenção institucional na lógica instalada dentro do sistema de saúde, e assim como nos diferentes níveis de efeitos que ela comporta [sendo necessário] (...) firmá-la como um processo de longo alcance, que não sofra deturpações de acordo com a vontade do governante do momento (p.42).

A PNH traz uma estreita relação com a *Teoria Paideia* proposta por Campos (2003). Essa teoria reflete sobre modos e maneiras de empreender o desenvolvimento integral dos seres humanos. Visa a construção de organizações mais democráticas que estimulem a democratização das relações interpessoais, levando as pessoas a considerarem os interesses e desejos das outras pessoas, assim como os próprios, o que só pode se dar na composição de um consenso para uma melhor convivência.

Campos (2003) propõe a extensão da gestão compartilhada nas diversas instâncias do sistema de saúde, alcançando os serviços e as relações cotidianas que acontecem entre os profissionais e entre esses e os usuários. Para este autor, a humanização deve buscar uma mudança das estruturas, mas também das pessoas, ampliando o grau de desalienação e a capacidade de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso.

Segundo Campos (2005):

A humanização da clínica e da saúde pública depende de uma reforma da tradição médica e epidemiológica. Uma reforma que consiga combinar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de operar decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção (p.399).

Campos (2003), Capozzolo (2003) e Cunha (2004) indicam, porém, que todas as mudanças propostas devem atingir a clínica que se desenvolve nos serviços de AB para que se alcance a qualificação da atenção à saúde no SUS.

No estudo em que investiga a clínica praticada na AB, Cunha (2004) analisa o impacto negativo da formação dos profissionais de saúde ser realizada, prioritariamente, em hospitais e prontos-socorros. Nesses espaços, pelo fato de o paciente se apresentar em um momento de agudização de uma doença, o trabalho está centralizado nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada patologia, já que o esperado é um resultado imediato. O encontro com o paciente é limitado ao tempo de internação e este está mais propenso a submeter-se à ordem médica, pois, além de isolado, está preocupado com sua sobrevivência.

Os profissionais de saúde chegam à AB com esta experiência e estes pressupostos, que logo são abalados no contato com a população, que, na sua maioria, busca a AB para enfrentar, com melhor qualidade de vida, problemas crônicos ou que

não se caracterizam por uma patologia, como a gestação e o desenvolvimento infantil; por isso, são menos submissos (aderem ou não à terapêutica proposta) e o acompanhamento se dará ao longo do tempo e em relação, conforme aponta Cunha (2004):

Na Atenção Básica, o diagnóstico e a respectiva conduta (...) são apenas uma parte do projeto terapêutico (...). Para grande parte dos problemas de saúde de uma população sob responsabilidade de uma equipe de saúde na Atenção Básica, será impossível fazer alguma intervenção efetiva, sem conquistar a participação e a compreensão das pessoas. A capacidade de diálogo na Atenção Básica é realmente essencial. O que implica em disposição (e técnica) para escuta, em aceitação do outro e dos saberes do outro (p.41).

Vemos que a PNH é um importante instrumento para mobilizar mudanças no processo de trabalho dos serviços de saúde ao propor a democratização da gestão a partir da abertura de espaços para reflexões e tomada de decisões que envolvam todos os atores envolvidos no processo. No entanto, embora instituída pelo MS, a PNH só é implantada no município a ela aderir, o que “depende da decisão política e também da adesão dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS” (BRASIL. MS, 2010, p.8). A PNH só será implantada, caso “haja compromisso para reorganização do serviço numa outra ótica” (*idem*, p.8).

Ora, se a PNH se constitui como um instrumento de intervenção nos velhos paradigmas do campo da saúde, na lógica médica centrada na assistência-curativa e no poder/saber médico ou no modo de gestão pública tradicional pautada na autoridade, na centralização das decisões que gera espaços e trabalhadores burocratizados, como esperar uma adesão espontânea a esta política, se os atores tributários destes velhos paradigmas veriam suas autonomias limitadas ao terem de compartilhar seus poderes de decisão?

Se a aposta da PNH é a construção de uma nova política de saúde sustentada na transversalidade da comunicação entre gestores, profissionais e usuários, a estratégia não seria a instituição de espaços permanentes para a apresentação dos dispositivos da PNH e a fomentação de debates e reflexões sobre a implicação de cada um – profissionais de saúde, usuários e gestores – na construção da saúde pública?

2.3 – O Gestor da Atenção Básica à Saúde

Em Guarulhos, o gerente da UBS é um profissional de nível superior que ingressou no serviço público por meio de concurso voltado para sua área de formação e que, a partir de sua experiência de trabalho, é convidado ao exercício da gerência. Atualmente, as UBS desse município são gerenciadas, por profissionais de diferentes categorias profissionais, como enfermagem, odontologia, psicologia, serviço social.

Comentava-se, até bem pouco tempo atrás, que o gerente do “postinho de saúde” era apenas o “zelador” do local, dos equipamentos e das atividades desenvolvidas pelos profissionais da equipe. Ainda comenta-se que a UBS funciona mesmo sem a presença da gerência, o que de fato acontece, uma vez que várias são as atividades/reuniões que fazem com que o gerente se ausente da UBS.

Porém, segundo Claus (2005):

(...) não há organização eficaz sem gerência, ou seja, sem um trabalho competente de prever, organizar, dirigir, avaliar e controlar. O trabalho de gerência realiza a mediação entre pessoas, tecnologia, materiais e ambiente e o responsável por essa tarefa deve possuir compromisso com os projetos institucionais e com a população (p.62).

Quando o município aderiu ao Pacto pela Saúde⁴, nova postura e novas responsabilidades foram demandadas ao gerente.

A necessidade de adequar os profissionais à nova realidade fez com que a Secretária Municipal de Saúde (SMS), em 2005, por intermédio de uma parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o MS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), propiciasse ao corpo de gerentes das UBS uma especialização em desenvolvimento gerencial.

Entre as novas competências atribuídas ao gerente destacamos:

- Formulação de um plano de metas e de ação da UBS com apoio da equipe e dos usuários;

⁴ Conjunto de reformas institucionais do SUS, efetivado pelas três esferas de gestão (União, Estados e municípios) com o objetivo de inovar processos e instrumentos de gestão, dando maior eficiência e qualidade, nas respostas oferecidas pelo Sistema (Cosems/SP, 2008).

- Articulação da UBS com a rede de serviços de saúde;
- Articulação e participação em ações intersetoriais;
- Acompanhamento da alimentação regular dos diversos sistemas de informação;
- Utilização das informações dos diversos sistemas para identificar fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população da sua área de abrangência;
- Coordenação, acompanhamento e responsabilização pelo Programa de Recursos Descentralizados da Saúde/Pró-Rede⁵;
- Realização das ações previstas no Programa de Avaliação de Desempenho da Secretaria da Saúde de forma processual, contínua e periódica.

A SMS, entendida como uma instituição, cuja missão é ofertar à população cuidados em saúde com qualidade e eficiência, espera que os gerentes dos seus serviços possam sustentar certa normatização necessária ao cumprimento de sua missão, transmitindo e fazendo cumprir as diretrizes e as regras que foram estabelecidas para todos. O “ter-que-fazer-operar” da instituição e da função dos gerentes ficam explícitos quando os serviços e os gerentes são convocados a dar conta de demandas oriundas da SMS, da Região de Saúde, do Conselho Tutelar, do Juiz da Vara de Família, entre outros.

Atualmente, a SMS do município de Guarulhos está estruturada em quatro grandes regiões de saúde que, por sua vez, estão divididas em distritos de saúde. As regiões de saúde são compostas respeitando a diversidade e o dinamismo das relações socioeconômicas, políticas, ambientais e culturais desenvolvidas em determinado território. O mesmo se dá com os distritos em uma dimensão menor; atualmente, o município está dividido em dezesseis distritos de saúde.

A UBS está vinculada a um distrito de saúde e, por consequência, a uma região de saúde, sendo essa, representante das normas e diretrizes da SMS. Desta forma, embora a UBS tenha certa autonomia na condução de seu plano de ação em saúde, ela não é uma ilha que pode fazer sua auto-gestão.

⁵ Refere-se à transferência de recursos financeiros próprios às unidades de saúde por meio de conta bancária específica em nome das associações de natureza civil e não lucrativa, criadas em cada equipamento da rede e compostas por usuários e trabalhadores dessas unidades. Os recursos transferidos são destinados para a manutenção, conservação, pequenos reparos do imóvel e dos equipamentos, contratação de pequenos serviços e compra de materiais de consumo, além do suporte à realização de atividades de promoção da saúde no bairro. (CAPUCCI, P.F. *et al.* 2012).

O gerente da UBS responde diretamente ao diretor da região de saúde e compartilha atribuições, responsabilidades, dificuldades e ganhos com os gerentes dos serviços do distrito a que pertence. As demandas e os limites colocados pelo modelo de atenção à saúde estabelecido pela SMS constituem a base do processo de trabalho da UBS.

O compartilhamento da gestão com a região de saúde é realizado em reuniões mensais que se realizam em um formato informativo e pouco participativo. Ocorrem ainda, algumas capacitações ou troca de informações pontuais geradas por demandas da SMS em função de mudanças nos sistemas de informação, necessidade de compor um dado em saúde mais específico ou necessidades da vigilância epidemiológica, como informar e traçar ações para intensificar a prevenção da dengue.

Embora apontado como necessidade por alguns gerentes, não foi possível formalizar um espaço para discussões e reflexões sobre a gestão do processo de trabalho e dos profissionais de saúde.

A ausência de um quadro de profissionais voltados ao suporte da gestão administrativa da UBS compromete grande parte do tempo de trabalho do gerente com tarefas administrativas e na “alimentação” e no monitoramento dos diversos sistemas de informação em saúde⁶, já que o gerente conta apenas com o auxílio dos atendentes da recepção.

A UBS onde a pesquisadora exerceu a função de gerente é composta por duas equipes da ESF com um total de vinte e sete funcionários, não incluindo a equipe do NASF, composta por mais seis profissionais que permaneciam na UBS uma ou duas vezes por semana. O ritmo de trabalho diário é intenso, devido à grande demanda da população por atendimento médico, para a realização de algum procedimento (vacinas, inalação, aferição da pressão arterial e níveis de diabetes, exame para detectar gravidez, realização de Papanicolaou, curativos, etc.) e para a retirada de medicamentos. Somam-se a estes os acompanhamentos domiciliares, realizados geralmente pela equipe de enfermagem, de pacientes acamados, idosos, tuberculosos, gestantes, com transtornos mentais, entre outros, que não apresentam condições físicas para ir à UBS ou apresentam resistência/desistência do tratamento.

⁶ Os principais Sistemas de Informação que devem receber dados coletados nos serviços são: **SIAB** - Sist. Inform. da AB relativo à ESF; **Sisprenatal** - Sist. Inform. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento; **Siscolo** - Sist. Inform. do Câncer do Colo do Útero; **Sismama** - Sist. Inform. do Câncer de Mama; **SisHipertensão** - Sist. Inform. Controle da Hipertensão e Diabetes Melito; Controle de Acompanhamento de Famílias Cadastradas no Programa Bolsa Família, entre outros. (Cosems/SP, 2008).

Soma-se a dificuldade em compor um conselho gestor local participativo e empenhado em abrir canais de comunicação entre a comunidade e a equipe de saúde, embora muitas fossem as queixas individuais em relação à dificuldade para agendamento de consulta médica, má qualidade no atendimento dos profissionais, etc.

A não adesão de parte dos profissionais às propostas de ampliação das ações em saúde propostas pela AB – sendo a categoria médica a mais refratária a acolher novas propostas, e a desmotivação em se colocar no processo de refletir sobre os fundamentos da prática cotidiana, sobre o sentido e os objetivos almejados, sobre a vinculação do fazer cotidiano com os princípios e diretrizes dos SUS e da AB – mantém grande parte das reuniões no campo das queixas e das culpabilizações.

Assim, as reuniões semanais das equipes e as reuniões mensais com os profissionais, com o conselho gestor e com a comunidade não se mostravam espaços suficientes para abarcar a necessidade de reflexão da prática, da condução dos casos mais complexos, nem tampouco para lidar com as expectativas, pressões e sentimentos decorrentes das relações que se estabelecem no processo de trabalho.

Pelo exposto, apontamos que o maior desafio apresentado ao gerente é o de encontrar uma forma de equilibrar o ato de gerenciar entre as tarefas administrativas – incluindo o cumprimento de prazos para entregas de planilhas e bancos de dados de informações –, o cuidado com a qualidade das ações em saúde produzidas pela equipe e a mediação nos impasses e conflitos oriundos do processo de trabalho da equipe que tem seus efeitos na população atendida.

2.3.1 – Impasses e Obstáculos na Prática da Atenção Básica à Saúde

Tendo iniciado a formação em psicanálise, ao longo dos anos de trabalho, mas principalmente no exercício da gerência da UBS, não pude deixar de focar a atenção e a escuta para as relações que se estabelecem entre a equipe de saúde, a população adstrita à área de abrangência da unidade e os serviços de referência e assim, atravessada pela causa freudiana, perceber um mal-estar que perpassa estas relações e coloca em xeque a organização e execução das ações de saúde local.

Um mal-estar que está para além das tão apregoadas insuficiências dos serviços de saúde, insuficiência de investimento financeiro, no número de funcionários, de equipamentos, entre outras, pois o mal-estar aparece n(d)o funcionamento do serviço.

No embate cotidiano com o conflito, passei a me interrogar sobre as causas deste mal-estar que, curiosamente, ganha maior expressão nos “corredores” do serviço, seja por parte dos profissionais ou da população que utiliza o serviço. São queixas, insatisfações e descrédito no SUS, ameaças de depredação dos equipamentos e agressão aos profissionais que são enunciados nos corredores do serviço para todos que ali se encontram e, ao mesmo tempo, para ninguém, pois, após o “desabafo” as queixas e demandas “desaparecem” e raramente os autores dos atos permanecem e se implicam com suas queixas e ameaças.

Minha aposta foi estabelecer o diálogo com os trabalhadores e com a população na tentativa de fazer com que o mal-estar e os desencontros que se estabelecem no cotidiano do serviço de saúde passem pela fala e ganhem novas possibilidades de expressão.

O curioso é que 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 trabalhadores – encontravam-se esvaziados, limitando-se à voz de poucos.

Porém, nas “conversas individualizadas” com a gerente, usuários e profissionais se dispunham a desfiar suas queixas e sofrimentos. Após serem ouvidos, e receberem uma explicação sobre o funcionamento da unidade ou, se fosse o caso, o andamento da resolução de algum problema, sempre eram convidados a participar das reuniões, uma vez que essas foram estabelecidas com finalidade de dar voz a estas pessoas. Ficava a “promessa” do retorno e compromisso de participação, porém quase sempre a promessa não era cumprida. Fato que não era exclusivo dessa unidade de saúde, mas que aparecia na fala dos demais gerentes – o tempo que se despendia para atender os usuários diariamente e, também, a dificuldade em manter as reuniões com a comunidade por falta de quórum.

Por que o recuo da comunidade em colocar suas necessidades e demandas nos espaços coletivos instituídos para acolher, debater, refletir e propor soluções? Seria um recuo em se comprometer com os próprios quereres e desejos? Um recuo na

possibilidade de refletir sobre a própria vida e sobre os rumos da comunidade, comprometendo-se com a construção de novos projetos?

Como estimular os profissionais ao exercício da reflexão sobre a dinâmica do processo de trabalho, sobre os efeitos de suas intervenções na saúde e na vida daquela comunidade? A resistência em discutir o processo de trabalho aparecia na mesma proporção das queixas em relação às deficiências de infraestrutura para o trabalho e a desvalorização da SMS e da comunidade pelo trabalho que desenvolviam.

Na práxis psicanalítica, nas entrevistas preliminares, deparamos com um sujeito que se queixa de seu sofrimento, das injustiças que lhe são infligidas, mas que nada quer saber da parte que lhe cabe neste sofrimento; delega ao mestre o saber sobre sua infelicidade. Caberá ao analista implicá-lo no sintoma ao qual se queixa e transformar o “sinto-mal” em sintoma analítico, propiciando a retificação subjetiva e a responsabilização do sujeito pela escolha de sua neurose (QUINET, 1993).

As queixas e os conflitos que surgiam no cotidiano do serviço pareciam justificar a necessidade de ampliar o espaço para discussões e reflexões. Porém, o desfiar das queixas, dificuldades, insatisfações, apreensões e expectativas geralmente suplantava as reflexões sobre a implicação da equipe na promoção de possíveis mudanças no processo de trabalho.

Para o gerente, os espaços de reuniões e rodas de conversa são de difícil manejo, pois sua função e posição estão tradicionalmente ligadas à burocracia e às normas institucionais. A vinculação do gerente ao poder e a hierarquia geram na equipe e na comunidade certa desconfiança, como também expectativas de realizações, pois lhe atribuem o poder da lei – punir ou permitir. Assim, me encontrei às voltas com o manejo do poder que era convocada a exercer e sustentar.

Interrogando o recuo das pessoas em se posicionarem, questionava como, na função e posição de gerente, poderia fazer vacilar as crenças de saber e poder atribuídas a esta mesma função, e também, fazer vacilar as cristalizações das normas e padrões estabelecidos, de modo a criar uma abertura que permitisse a circulação dos saberes e das posições de poder dentro da própria equipe, desvelando a complexidade do processo de trabalho e a heterogeneidade dos profissionais e pacientes, assim como de seus desejos.

O fato de desconhecer o território e a comunidade em que estava inserida a UBS, a maneira como aqueles profissionais organizavam o processo de trabalho, assim como

a terapêutica de grande parte das patologias, trouxe a possibilidade de transmitir, da função de gerente, a necessidade permanente de abertura para aprender, conhecer e recomeçar a partir de novos saberes.

A busca da gerente por informações levou a equipe a se reapropriar do saber que possuía sobre suas profissões, funções e sobre o território em que trabalhava. O mesmo se deu no acompanhamento das visitas domiciliares e nas conversas com os moradores locais que relataram diversos aspectos do território em que vivem, as conquistas e as dificuldades enfrentadas pela comunidade.

Assim, foi possível tomar conhecimento de que o prédio da UBS foi construído em 1991 com a organização de um mutirão de moradores que reivindicavam a instalação de um centro de saúde próximo às suas residências. A construção contou com a parceria da prefeitura, que cedeu o terreno para a construção, e de uma empresa multinacional que forneceu o material e auxílio alimentar aos participantes do mutirão.

O centro de saúde foi substituído pela ESF em 2004, fato que desagradou os moradores que participaram do mutirão, pois esperavam a expansão do centro de saúde para um Pronto Atendimento (PA). Havia o sentimento de perda em relação à conquista que tinham alcançado com a construção do centro de saúde, principalmente com a substituição dos médicos clínico-geral, pediatra e ginecologista pelos generalistas que não aderiam integralmente à proposta da AB e apresentavam grande rotatividade.

A população almejava, com a instalação do PA, a presença de outros especialistas e a retaguarda do atendimento 24 horas. Essa reivindicação foi retomada em 2011, quando a UBS passou por uma reforma para ampliação de suas instalações.

A população fazia ainda a comparação com outras duas UBS próximas que a SMS manteve no modelo tradicional. Estas abrigam especialidades médicas e aparelhos para exames de média complexidade. Nessa comparação, grande parte do que é realizado pelos profissionais da ESF é avaliado como insuficiente ou paliativo, como as consultas com os enfermeiros, as visitas dos ACS e os grupos de orientação em saúde que apresentam baixa adesão.

Foi curioso verificar, a partir da análise de dados, que, embora a população valorizasse as consultas médicas, ocorria mensalmente, em média, um absenteísmo de 30% nas consultas médicas na UBS, com especialistas e para a realização de exames. O absenteísmo foi tema de discussões e intervenções, pois seu alto índice se verificava em quase todas as regiões do município gerando prejuízos à SMS. Várias explicações foram

apresentadas pela população para essas faltas, como a remissão do sintoma, a busca de serviços particulares, esquecimento do agendamento, indisposição para se deslocar até o local em que seria realizada a consulta com o especialista ou o exame, entre outras.

O Foco da reclamação, e o que causava maiores conflitos e impasses entre a população e os profissionais, estava na dificuldade da UBS em acolher e atender a demanda espontânea. Questionavam a orientação para o agendamento de uma consulta, pois, se procuraram a UBS, sentiam a necessidade de atendimento naquele dia, naquele momento, diziam *“no dia da consulta posso não estar sentindo mais nada, vou dizer o quê para o médico”?*

Havia na demanda da população uma urgência em afastar o mal-estar percebido/sentido no corpo e reintegrar, o mais depressa possível, a sensação de bem-estar com o “silenciamento” do que estava causando dor ou desconforto e trazia a ameaça da morte, da finitude e das limitações infligidas por uma doença. Mesmo em situações em que a vida não estava em risco, a urgência se impunha, como vemos na situação descrita a seguir:

Uma mulher chega à unidade, próximo ao final do expediente, e insiste que precisa falar com o médico. Recusa o atendimento da enfermeira, “seu caso só podia ser resolvido pelo doutor”, força o atendimento médico chutando a porta do consultório e gritando ameaças ao médico, caso este encerrasse o expediente sem atendê-la.

Dentro do consultório, coloca sua questão: esqueceu-se de tomar o anticoncepcional um dia, teve relação sexual neste dia e, no dia seguinte, ao perceber o esquecimento, tomou os dois comprimidos. Podia estar grávida?

O médico esmurra a mesa, pois não acredita no “estresse” que passou por uma pergunta que lhe pareceu tão banal.

Os profissionais queixavam-se da dificuldade em manipular as diversas fichas e planilhas que devem ser preenchidas para coleta de dados durante as visitas domiciliares e as consultas, da desvalorização e não reconhecimento do trabalho que realizam, da pressão da população por atendimento, a falta de qualificação, de apoio e retaguarda dos serviços da rede de referência (CAPS, SAMU, internações hospitalares, especialidades).

Porém, o peso no desgaste e na sobrecarga de trabalho foi atribuído ao impacto causado pelo número de demandas espontâneas e na abordagem cotidiana de famílias com os mais diversos problemas de saúde. Os profissionais devem acolher, orientar e

tratar desde um paciente acometido por uma doença crônica como a hipertensão, por exemplo, e que não segue a terapêutica indicada, até o portador de transtornos mentais, acamados, violência doméstica, entre outros. Há ainda famílias em situações socioeconômicas muito desfavoráveis, com grande número de membros, e que demandam a eles, representantes do Estado que batem à sua porta, solução para todo tipo de problema.

Foi se delineando a dificuldade em lidar com a dimensão de relação, vínculo e responsabilização, ou seja, temas caros às diretrizes para o trabalho na AB. As capacitações voltadas para a saúde coletiva e as reuniões de equipe e discussões de casos, apesar de aparecerem como importantes para parte da equipe, foram referidas como insuficientes para dar suporte na abordagem da população e para o enfrentamento das tensões que se estabelecem nesse contato.

A composição de um trabalho coletivo, compartilhado entre os profissionais – o que poderia auxiliar no enfrentamento das tensões – não acontecia. O processo de trabalho constituía-se mais na soma de ações e procedimentos realizados pelos diversos profissionais do que na integração e na corresponsabilização pelos resultados dos cuidados produzidos.

Os médicos permaneciam focados apenas nas consultas individuais; os enfermeiros, pela própria natureza de suas atribuições na ESF, que prevê consultas, orientação e educação em saúde, visitas domiciliares e o contato mais próximo com os agentes comunitários, traziam maior capacidade resolutiva à UBS e ampliavam a visão para as dimensões sociais e subjetivas dos usuários e das famílias; os auxiliares de enfermagem restringiam suas práticas à execução de procedimentos prescritos pelos médicos e enfermeiros; os agentes comunitários focavam as visitas domiciliares, auxiliando em atividades coletivas quando solicitados; o dentista também focava as consultas individuais, realizando apenas as atividades coletivas determinadas pela SMS.

Vale ressaltar, que a clínica praticada oscilava entre o que CAMPOS (1996/7) denomina de clínica degradada, aquela baseada na queixa-conduta voltada para remissão dos sintomas, e a clínica tradicional, baseada no diagnóstico da patologia orgânica, relegando a segundo plano as demais dimensões que podem estar implicadas na demanda do usuário.

Como mencionado por Cunha (2004), os profissionais de saúde trazem para a AB a formação e a experiência da prática que adquirem, predominantemente, nos hospitais e

PS. As propostas para que ampliem a formação e as experiências – incorporando nos diagnósticos e terapêuticas ações coletivas, as informações que possuem do contexto social, cultural, familiar e da subjetividade dos pacientes – são recebidas como uma sobrecarga de trabalho.

A tendência é manter as dimensões que implicam o social e a subjetividade em segundo plano. Em discussões de casos em que estive presente, pude constatar que, embora essas dimensões sejam relevantes para a terapêutica de alguns casos, aparecendo na fala do paciente ou sendo mencionada por um profissional da equipe, geralmente pelo ACS ou auxiliar de enfermagem, toda a discussão se encaminha para questões relacionadas ao tratamento da patologia, como a marcação ou realização de um exame que possa confirmar a patologia, correção ou ajustes na medicação, ou verificação se profissionais de serviços de referência definiram um diagnóstico. Acontece também que a consideração por estas dimensões desdobra-se em orientações pastorais e culpabilizadoras, o que não contribui para a produção de um cuidado efetivo.

Verificamos ainda que há uma tendência entre os profissionais de saúde, o que também em parte, é verdadeiro para a população, em reduzir os princípios e diretrizes que norteiam o SUS e AB a uma noção de direito à utilização gratuita dos serviços de saúde. Esta tendência leva a desvinculação dos serviços e das ações dos princípios e diretrizes do SUS que, mais que normatizações, são balizas para o exercício democrático da construção de ações em saúde voltadas para a necessidade local.

Desde que assumi a função de articuladora da saúde mental junto à atenção básica à saúde, apostei em espaços para discussão e reflexão do processo de trabalho e dos casos atendidos para os quais não havia “resposta-padrão”. O mesmo se deu no exercício da gerência, onde acreditava obter melhores resultados, uma vez que, de posse do conhecimento e experiência da PNH, almejava uma gestão compartilhada com a equipe e a população.

Entretanto, os espaços abertos para reflexões e discussões se mostraram insuficientes para provocar movimentos da equipe em direção a mudanças efetivas, prevalecendo a pregnância em um circuito em que certezas e condutas cristalizadas, impediam questionamentos e mantinham queixas infundas, ainda que houvesse um grande esforço da maioria dos profissionais em realizar “o melhor” possível, mantendo o andamento da UBS em um padrão aceitável.

Geralmente, nas ocasiões de eventos e campanhas propostos para sensibilizar a comunidade local para a necessidade da promoção e prevenção da saúde, a disposição para o trabalho em equipe se mostrava potente. Nestes momentos, em que a prática do trabalho não se pautava apenas em normas e protocolos e no cumprimento de metas, o desejo e, com ele, a possibilidade da construção de outra forma de trabalho emergiam.

No entanto, nos espaços em que se discutia e se avaliava o trabalho realizado, não aparecia a assunção e implicação desse desejo pelos profissionais, ainda que fosse marcado pelo gerente, prevalecia o desejo de reconhecimento do Outro. Isto podia ser lido nas falas que reivindicavam o reconhecimento do “esforço de trabalho” que empenhavam no dia-a-dia, a valorização profissional e salarial, como também a demonstração de gratidão da população. Esta última também esperava no reconhecimento do Outro a possibilidade do encontro de soluções para os impasses enfrentados pela comunidade.

III – A Psicanálise e o SUS

3.1 – A Extensão da Prática Psicanalítica

Nos diversos espaços propostos para discussões e reflexões sobre a organização dos serviços e sobre a prática profissional – como reuniões, capacitações, supervisões de casos clínicos – invariavelmente deparei com a resistência e mesmo com a depreciação dos interlocutores em relação às contribuições que a teoria psicanalítica poderia oferecer ao debate.

A psicanálise aparecia, nesses espaços, como uma teoria adaptacionista e mantenedora da estigmatização do psicótico, uma prática psicoterápica voltada ao indivíduo, que desconsideraria as dimensões políticas e sociais do sofrimento do sujeito, portanto incompatível com os princípios e as diretrizes da saúde pública, que visam trabalhar com a autonomia e a liberdade dos usuários dos serviços.

As controvérsias em torno do campo psicanalítico decorrem, em parte, da babel que vige dentro de seu próprio campo, composto por uma diversidade de concepções teóricas que apresentam diferentes visões sobre a dinâmica, a topografia e a economia dos processos psíquicos, sobre a classificação das patologias psíquicas, assim como em relação ao tratamento e ao que vem a ser a cura.

Segundo Figueiredo (2002), ainda que “existam conceitos comuns, como inconsciente, recalque, pulsões, transferência, interpretação e, *last but not least*, associação livre, suas definições e seus usos diferem significativamente” (p.27).

Figueiredo (2002) destaca três modelos que servem de estrutura ao campo psicanalítico: o kleinianismo e suas variações, destacando Bion como seu principal discípulo; a psicologia do ego, que contou em seu início com o apoio de Freud e de sua filha Anna Freud; e, mais recentemente, o movimento lacaniano, iniciado com o retorno à leitura dos textos freudianos proposto por Jacques Lacan. Ela destaca ainda as trajetórias individuais de Winnicott, Balint e Ferenczi, que promoveram mudanças nas técnicas clássicas difundidas pelos modelos ortodoxos.

Entretanto, a aceitação acrítica de um ecletismo seria o pior destino para a psicanálise, pois poderia transformar o sujeito que ela toma em tratamento num ornitorrinco, ou seja, um ser híbrido envolto em representações racionais e subjetivas, um misto entre tendências internas e a adaptação ao apelo cultural (FIGUEIREDO, 2002).

Segundo Figueiredo (2002), alguns autores como Kernberg (1994, *apud* FIGUEIREDO, 2002), Mezan (1988a,b,c) e Bezerra (1991) buscam dirimir as divergências entre os diferentes modelos que se filiam à psicanálise, propondo a abertura para as diferenças e a defesa da multiplicidade de técnicas; a elaboração de uma história epistemológica da psicanálise baseada nos três modelos citados; o fomento de discussões sobre as convergências e divergências dos modelos visando a prática clínica e não as formulações metafísicas.

Contudo, Bercherie (1988, *apud* FIGUEIREDO, 2002) não acredita em uma solução pela via teórico-conceitual para solucionar a fragmentação do movimento freudiano. Nas palavras de Figueiredo (2002), este pensador evoca:

A ética (...) como novo posicionamento, uma vez que saberes e conceitos sempre podem ser apropriados, partilhados ou integrados. A postura do sujeito seria unívoca, e é ela que comanda suas escolhas práticas e teóricas. Ao analista cabe ultrapassar sua filiação (...) não só à teoria e aos mestres, mas, principalmente, à sua própria análise para se engajar na aventura de refazer a psicanálise (p.30).

Mas, ainda que balizada pela posição ética dos analistas, a permanente (re)invenção da psicanálise mantém o risco de rompimento com o que a caracteriza e delimita, mesmo que este processo esteja delimitado pelo nome de Freud.

Em 1918, no Congresso Psicanalítico ocorrido em Budapeste, Freud expôs sua preocupação e seu desejo de que as camadas sociais menos favorecidas pudessem se beneficiar da psicanálise:

(...) é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente quanto o tem agora à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos

cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto ocorrer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para os quais serão designados médicos analiticamente preparados (...) Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres (FREUD, 1919[1918]/1980, p.210).

Freud, porém, faz um alerta:

No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, (...) os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados da psicanálise estrita e não tendenciosa (*idem*, p.211).

A história do movimento psicanalítico foi e, ainda é, marcada pela tensão entre a convocação da extensão da aplicação e da prática clínica psicanalítica e a tentativa de defendê-la de possíveis desvios. Data de 1920 a experiência do Policlínico Psicanalítico de Berlim, fundado por Max Eitingon, com o objetivo de expandir a prática da psicanálise ofertando à população tratamento gratuitos e de curta duração. Tal experiência propiciou a reflexão e estudos sobre o impacto da duração do tratamento, a frequência às sessões, as formas de pagamento, assim como a prática da supervisão e o processo de formação do analista, mobilizando a comunidade analítica internacional a estabelecer critérios que regulassem a prática da psicanálise instituindo a padronização da formação do analista com a “análise didática” e desencadeando a denominada “standardização” do campo psicanalítico (TELLES, 2008).

Com a “standardização” da prática clínica, o consultório particular foi conformado como condição ideal para a relação entre o psicanalista e o analisando, o que levou a restrição do tratamento psicanalítico às “(...) camadas da população que têm acesso à configuração clínica denominada consultório particular” (ELIA, 2000, p.26). Passou-se a considerar como exigências da técnica de tratamento o pertencimento às classes de renda e níveis intelectuais mais elevados, como também a restrição à neurose ou às condições psíquicas e subjetivas que se adequassem ao encaminhamento, à chegada e ao ir e vir ao consultório.

Contraopondo-se à “standardização”, Elia (2000) aponta como, por trás desta padronização, critérios ideológicos, políticos e de inclusão e exclusão social e econômica são imiscuídos aos princípios teórico-clínicos e éticos da psicanálise.

Soma-se ainda que o caráter particular de toda experiência psicanalítica, que assim o é por estar referida à experiência particular e privada de um sujeito, foi tomado “(...) com o sentido vulgar de particular como serviço pago (e caro), ofício necessariamente praticado em espaços não públicos, não constitutivos das instituições públicas de saúde, por exemplo” (ELIA,2000, p.30).

Essas deformações, decorrentes de um suposto elitismo da psicanálise, não se sustentam nos princípios teórico-clínicos e éticos da psicanálise, que definem, sim, condições estruturais para o exercício de sua práxis. Jacques Lacan, a partir do retorno às obras de Freud, estabeleceu o dispositivo analítico como lugar estrutural onde uma psicanálise pode acontecer. O que autoriza o ato do analista é sua instalação no lugar de sujeito suposto saber, que se dá pelo analisando a partir da transferência.

O dispositivo analítico por se configurar como um lugar simbólico independe de uma configuração particular e circunstancial, “(...) mas, ao contrário, determina, por seus eixos simbólicos, toda configuração particular e circunstancial que se queira analítica: consultório, ambulatório, enfermaria ou qualquer outra configuração institucional” (*idem*, p.29).

A psicanálise, em sua práxis, é orientada pela posição do sujeito em relação ao Outro e, conseqüentemente, pelos efeitos dessa relação para o sujeito em face de seu desejo, seus modos de gozo, pontos de angústia, organização sintomática. O eixo que estrutura sua práxis é o sujeito do inconsciente que, embora tenha sua constituição articulada à realidade histórica e social de seu tempo,

(...) não é, em si mesmo, pobre ou rico, branco ou negro, tampouco (...) homem ou mulher. É em sua relação com a alteridade, em que para ele consistem a linguagem, a família, a sociedade, enfim, todos os elementos do que Lacan denominou o Outro, que o sujeito vai sexuar-se, definir-se homem ou mulher, e definir também seus demais atributos (*idem*, p.26)

A progressiva extensão, nos últimos trinta anos, do ensino da psicanálise nas universidades brasileiras permitiu que sua teoria alcançasse novos atores sociais e fosse enriquecida nas discussões com outros saberes e práticas. Sua saída dos restritos espaços das sociedades e associações de formação analítica, abrigadas, muitas vezes, no discurso médico, possibilitou o “esvaziamento” de uma prática meramente reprodutiva,

marcada por técnicas rígidas e burocráticas que faziam acreditar que a “verdadeira psicanálise” estava restrita ao consultório particular, com “x” sessões na semana, etc.

A pesquisa desenvolvida na década de 1990 pela psicanalista Ana Cristina Figueiredo, que resultou no livro *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos* (2002) é exemplar na apresentação da ampliação, assim como as possibilidades e limites da práxis da psicanálise em diferentes serviços de saúde da rede pública do Estado do Rio de Janeiro como ambulatórios e emergências localizados em postos de atendimento médico, hospitais (estaduais e universitários), serviços de psiquiatria (adulto, adolescente e infantil) e serviços de saúde mental e de psicologia localizados em centros de saúde.

Figueiredo (1990) demonstra que, apesar de certas confusões na aplicação da psicanálise e de atendimentos imperfeitos, há um avanço da inserção da psicanálise nos serviços de saúde pública, apontando não só a viabilidade da clínica psicanalítica, mas também a especificidade de seu campo junto aos demais profissionais e à população atendida.

Atualmente, verificamos a crescente ampliação da prática psicanalítica em diversas instituições, particularmente nos serviços públicos de saúde. Neste novo cenário, a psicanálise é

(...) cada vez mais convocada a sustentar, teórica e clinicamente, sua intervenção em campos socialmente mais amplos, tanto em termos de extensão econômica da população atendida, quanto em termos de quadros clínicos que se apresentam de modo muito mais frequente no campo das instituições públicas (...) do que no consultório privado (ELIA, 2000, p. 35).

3.1.1 – Inserção da Psicanálise nos Serviços Públicos de Saúde

Diversos estudos e publicações apresentam a inserção da psicanálise no campo da saúde pública, especialmente nas políticas voltadas para a saúde mental. Em décadas de experiência, não faltam exemplos bem sucedidos da atuação de psicanalistas em hospitais, ambulatórios, centros de saúde e CAPS. As experiências relatadas abrangem

desde a atuação clínica, as tentativas de implantação do discurso analítico em dispositivos institucionais, como as reuniões para discussão de casos, as supervisões de equipes, as gerências de serviços e coordenações de equipes destinadas à saúde mental, até a análise da própria instituição.

No processo de inserção da psicanálise nos serviços de saúde pública, vamos destacar quatro aspectos decorrentes da especificidade do alvo de intervenção da psicanálise – o sujeito do inconsciente cuja presença é indispensável na construção do saber teórico, na prática clínica ou na atividade de pesquisa. Acreditamos que estes aspectos podem contribuir para a dinamização e potencialização da assistência à saúde.

O primeiro destaque é para a necessidade da construção de um espaço de trabalho dentro da estrutura do serviço e na equipe de saúde, que possibilite que a inserção da psicanálise e a atuação do psicanalista sejam efetivas. No processo de construção deste espaço de trabalho, o psicanalista vai operando sobre a idealização da instituição, expressa nas demandas de saber e de atuação dirigidas à equipe de saúde e aos pacientes.

Os serviços e as equipes de saúde, geralmente, esperam que os profissionais que cuidam do campo psíquico – psiquiatras, psicólogos ou psicanalistas – coloquem em ordem ou esclareçam aspectos psíquicos que podem estar atrapalhando o bom desempenho do tratamento de saúde proposto. Não é incomum acontecer de os pacientes ou seus familiares, em algum momento, se mostrarem resistentes, não implicados, questionarem ou mesmo boicotarem o tratamento proposto.

Os relatos de Moretto (1994, 2006) e Lambert (2003) ao analisar a inserção da psicanálise no hospital ou Sigal (1989) ao avaliar uma demanda de formação para os profissionais da saúde mental, testemunham o chamado do campo psíquico exatamente quando a subjetividade dos pacientes e dos profissionais de saúde – que o discurso médico busca excluir da cena hospitalar e as instituições de saúde não preveem ao formular propostas e protocolos de trabalho – volta à cena causando angústia e apontando um “furo” quando da aplicação de uma norma ou de um saber.

Sigal (1989), por exemplo, faz uma avaliação da demanda feita em 1984 pela Coordenadoria de Saúde Mental (CSM) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo ao Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae para um convênio de formação dos trabalhadores de saúde mental da rede pública.

Vivenciando um momento de instabilidade das instituições de saúde pública e do saber médico devido às mudanças de paradigmas e organizacionais propostas pelos Movimentos das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, acompanhados pela crescente demanda da população por tratamentos de qualidade e pela falta de recursos materiais e humanos suficientes para a realização do trabalho, havia uma urgência no pedido da CSM ao Instituto Sedes.

A expectativa da CSM era de que o Instituto Sedes pudesse realizar cursos de curta duração (cinco ou seis aulas) para grupos numerosos, visando diminuir os déficits teóricos e técnicos da formação dos profissionais. As aulas versariam sobre temas como psicoterapias breves, de famílias, de psicóticos dentro do referencial teórico psicanalítico.

Segundo Sigal (1989), a demanda da CSM colocada aos trabalhadores repetia-se com o Instituto Sedes, “dar respostas rápidas a problemas extremamente complexos, cuja resolução imediata é quase impossível” (p.41). Sigal (1989) aponta que nesta demanda denota-se a urgência de preencher um vazio surgido com a desestabilização da ordem anterior e assim aplacar a angústia dos profissionais e da população, recolocando as coisas em seus devidos lugares, ainda que sob a ‘roupagem renovada’ da técnica psicanalítica.

Precavidos do engano contido nesta demanda, o grupo de supervisores do Instituto Sedes que participou deste projeto de formação na rede pública teve o cuidado de não apenas atender a demanda recebida, mas de problematizá-la desconstruindo o imaginário de que a psicanálise seria uma nova e sofisticada nosografia interna à ordem médica, cujo uso contribuiria para a recolocação do saber e do poder onde sempre estiveram.

Ao contrário, a partir da reflexão da complexidade do trabalho na instituição pública, dos percalços na construção de novos paradigmas e das formas, muitas vezes sintomáticas e enganosas, de solucionar as dificuldades encontradas, o projeto buscou contribuir para o acesso à verdade do sujeito, ou neste caso, à verdade da instituição, procurando manejar o vazio e a angústia trazidos pelos trabalhadores como possíveis disparadores do desejo por mudanças apoiadas no desenvolvimento teórico e na aplicação de recursos criativos.

Este projeto de formação da rede pública também não teve uma curta duração, seguindo a demanda inicial, mas desenvolveu-se ao longo de vários anos e com diversos

formatos: seminários, supervisões teóricas, clínicas e de projetos de implantação de programas de saúde. Foi possível ainda investir na pesquisa de como as instituições públicas, enquanto campo de experiência clínica, poderiam contribuir para o futuro da psicanálise.

Vemos que a inserção da psicanálise na instituição pública ou do psicanalista na equipe de saúde depende da demanda que lhe é dirigida e da maneira como o psicanalista responderá a esta, devendo ele estar atento ao fato de que “quanto mais alguém se oferece para dar conta do impossível, mais cai na impotência” (LAMBERT, 2003, p.49).

A equipe de saúde pode apresentar duas posturas distintas frente ao surgimento do sofrimento psíquico do paciente ou de algo de sua singularidade que interfira no tratamento. Segundo Moretto (2006), estas posturas estão “diretamente relacionadas ao tipo de relação que a equipe estabelece com a subjetividade dos pacientes e como lida com a sua própria” (p. 59), devendo assim, servir como indicador para o trabalho de construção do lugar do psicanalista na instituição.

A equipe de saúde pode demandar ao psicanalista que cuide do paciente, mas também que traga um saber sobre o ocorrido, o que indica uma possibilidade de inserção do psicanalista na equipe. Ou a equipe pode simplesmente encaminhar o paciente ao psicanalista para que trate do paciente e das dificuldades surgidas, esperando que o problema seja eliminado e não interfira mais no tratamento; neste caso, não há demanda de saber sobre o trabalho do psicanalista.

Segundo Moretto (2006) as duas posturas da equipe demandam um trabalho do psicanalista, pois a possibilidade de inserção que aparece na primeira situação não pode ser confundida com a inserção de fato; e a segunda situação, quando a intenção da equipe é a exclusão da subjetividade, demandará do psicanalista um trabalho a mais para que a demanda de saber algo sobre a subjetividade possa surgir na equipe.

Temos então, que o psicanalista que aceitou o desafio de trabalhar na instituição pública de saúde deve considerar as especificidades de seu trabalho ao integrar uma equipe multiprofissional, pois, ainda que possa trabalhar com o paciente sem uma demanda de saber da equipe, não faz sentido o exercício de um trabalho isolado dentro da instituição.

Para que a inserção do psicanalista na equipe de fato se dê, será necessário construir a melhor maneira de intervir para que ele possa se tornar um agente capaz de

participar do campo das decisões, e a responder pelas consequências de seu ato tanto para ele, quanto para o paciente e para a instituição. Portanto,

O lugar do analista na equipe é um lugar de trabalho, de promoção de trabalho, e a inserção só é possível como consequência, a partir do estabelecimento de um campo de relação transferencial no qual o lugar de onde o psicanalista opera não corresponde necessariamente ao lugar no qual a equipe lhe coloca (MORETTO, 2006, p. 63).

Colocar o eixo de direção do trabalho no sujeito e em sua fala, ou melhor, visar o dizer que se esconde por trás dos ditos do sujeito, refere-se a outro ponto que a especificidade do trabalho da psicanálise traz para a instituição pública.

O manejo do campo de relação transferencial, propiciará ao psicanalista tomar a queixa/sofrimento do paciente ou o pedido da equipe de saúde como material para que um trabalho subjetivo possa ser feito pelo sujeito de sua intervenção.

O Serviço de Psicologia da Disciplina de Transplantes e Cirurgias do Fígado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo toma o transplante do fígado como um fato psíquico, inaugurando a escuta da singular subjetividade de cada um desde a primeira entrevista e considerando que toda a reação do paciente, do pré ao pós-operatório, é decorrente de sua subjetividade, ou seja, de como a história de vida e toda a organização psíquica do paciente influenciam o sentido que ele dá à doença.

O trabalho com a subjetividade favorece a adesão ao tratamento e permite que o paciente, a partir de sua fala, “encontre os seus próprios recursos para lidar com a situação na qual está inserido com menos angústia e maior capacidade de elaboração” (*idem*, p.136).

Na experiência relatada pela psicanalista Mendonça (2007), também encontramos o sujeito e sua fala como eixo na direção do trabalho do programa "Rehabitar". Este programa foi elaborado pela Secretaria de Saúde do Recife para atender os egressos de longa permanência nos hospitais psiquiátricos com a implantação de Residências Terapêuticas – dispositivo da Reforma Psiquiátrica – cujo objetivo é propiciar que sujeitos com comportamentos cronificados pela longa internação psiquiátrica voltem a habitar uma casa.

Na função de coordenação do programa, mas desenvolvendo seu trabalho como psicanalista, Mendonça (2007) relata contribuir no processo de implantação, funcionamento e monitoramento das residências, e também na construção de intervenções terapêuticas junto aos moradores.

Ela aposta nas reuniões sistemáticas e nos fóruns em que são realizados estudos e discussões técnicas para que algo do saber psicanalítico possa ser transmitido. Justamente por haver uma diversidade na formação dos profissionais que compõem as equipes que atuam junto às residências, o programa busca focar o eixo do trabalho na palavra do morador, no reconhecimento de que ele tem algo a dizer e que deve ser escutado.

Tenório (2001) já havia ressaltado a importância de “localizar o sujeito no sofrimento de que padece e fazê-lo advir como responsável por sua condição (...) [para a orientação do] trabalho de qualquer psicanalista que atue como ‘prático’ na reforma” (p.88).

A especificidade da função da residência terapêutica faz com que o habitar seja tomado como fato psíquico a ser considerado na atuação dos profissionais junto aos pacientes. Os profissionais devem estar atentos ao modo como este novo significante se inscreve e se articula no psiquismo do paciente possibilitando a ativação de desejos e habilidades ligados ao habitar.

O início de moradia nas residências terapêuticas é marcado por momentos de desestabilizações dos pacientes que tendem a reproduzir os comportamentos e hábitos adquiridos no hospital. A emergência de deslocamentos na posição subjetiva, escamoteada por anos de hospitalização, só é possível após o estabelecimento de vínculos transferenciais, pelo “trabalho de escuta feito pela equipe, [que] permite que o morador resgate a história de sua vida e reencontre o fio de sua própria existência” (MENDONÇA, 2007), colocando em cena sua singularidade e exercitando “um processo de habitar a si mesmo, habitar a casa e habitar o mundo” (*idem*).

Para a sustentação do trabalho na fala do paciente/morador, Mendonça (2007) acredita ser necessário garantir que a equipe tenha espaços para interlocuções em que possa identificar e refletir suas posições e atitudes na relação com os moradores e quais os desdobramentos decorrentes. Estes espaços permitem que a equipe fique atenta a intervenções pautadas em engodos narcísicos e nas armadilhas dos ideais que não

respeitam o tempo necessário para que as preferências, as escolhas e os desejos de cada sujeito possam advir.

Este cuidado é fundamental, pois a tendência das instituições é de estabelecer e manter uma estrutura burocrática de funcionamento e organização, buscando, para tanto, produzir respostas padronizadas para as demandas dos pacientes e dos profissionais. Percebemos com frequência, nos serviços de saúde, que uma vez estabelecido um padrão, ele começa a servir a interpretações sobre o que é certo ou errado, normal ou anormal.

A posição da psicanálise não é a de se contrapor as normas e regras, mas de operar sobre o mal-estar provocado pela revelação da diferença que aparece como falha ou impotência, dos sujeitos ou dos serviços, obstaculizando a meta de atingir a totalidade da norma ou padrão estabelecido.

A psicanálise, ao dispensar atenção e cuidado ao singular, possibilita que a equipe de saúde reflita e problematize sobre o que, muitas vezes, só pode aparecer sob a forma de um mal-estar, dada a diferença entre a posição do sujeito e as normas e padrões estabelecidos no consenso social. Desta forma, a psicanálise traz mais uma contribuição aos serviços de saúde, pois propicia “(...) que a equipe permaneça protagonista específica, capaz de se interessar pelo paciente, com suas dificuldades e potencialidades, sem encerrá-los numa rede fechada de julgamentos definitivos” (MENDONÇA, 2007).

Isto porque ao engessar seu funcionamento na organização burocratizada, as instituições de saúde e seus profissionais tendem a excluir o que ou quem não “cabe na norma”, levando valores e julgamentos morais a se imiscuírem nos critérios diagnósticos, nas orientações e procedimentos técnicos.

Nas residências terapêuticas, por exemplo, cujo ideal é a reconstituição de uma casa, um lar para os egressos dos hospitais psiquiátricos, Mendonça (2007) relata que a angústia de algumas equipes diante da morosidade e ociosidade de alguns moradores, assim como da repetição de comportamentos estereotipados como andar nu, dormir no chão, não se disponibilizar para a realização das tarefas domésticas, leva alguns técnicos a ocuparem o lugar vazio deixado pelo morador, fazendo escolhas da alimentação, das roupas e da arrumação da casa, que caberiam aos moradores. Assim, é possível encontrar residências terapêuticas extremamente organizadas segundo o ideal dos técnicos, mas onde não se encontra a expressão dos moradores.

Moretto (2006) também faz referência à necessidade da equipe estar atenta a tomada de decisões baseadas em preconceitos morais, quando critérios técnicos é que deveriam ser considerados na decisão de aceitar ou não um paciente na lista de candidatos a um transplante de fígado. O caso mencionado por Moretto (2006) refere-se a um homem alcoólatra que na entrevista com a psicanalista e com um médico revelou que, após o transplante, pretendia voltar a beber e continuar fazendo isto, já que era o que mais gostava, até morrer.

Diversas argumentações foram expostas como, frente à escassez de órgãos para transplante, eleger alguém que escolhe morrer? Ou, com tantos pais de família na fila de espera, como eleger um alcoólatra? Mas o fato apontado pela psicanalista era que, se o paciente não houvesse revelado sua posição subjetiva, seria aceito, uma vez que havia cumprido os critérios de adesão ao tratamento. Assim, o que incomodava a equipe era o fato do paciente ter aparecido

(...) como sujeito de sua decisão, e sua decisão era inaceitável para a equipe, que, por princípio, entende que o ato de ingerir álcool, para além de todos os preconceitos morais que não deixaram de ser incluídos na discussão, é um risco para a saúde de qualquer um, seja ele médico ou paciente transplantado (*idem*, p.172).

Neste caso, foi possível desmontar os julgamentos morais e deslocar a discussão e decisão da equipe para a consideração de critérios técnicos e éticos. Porém, nem sempre acontece desta forma, como podemos verificar no campo das toxicomanias.

O Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) está cadastrado como Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas CAPS-AD, integrando a rede de unidades de saúde agrupadas em torno da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Segundo relato de Grossi (2001), o CMT apresenta a singularidade de ter sido a primeira instituição pública fundada no Brasil especializada no tratamento de toxicomanias, fruto do Movimento da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Psicanalítico Mineiro, além de ter a psicanálise como referencial teórico que orienta a direção do tratamento e o funcionamento da instituição.

Melo (2010), psicanalista no CMT, analisando os impasses na implicação necessária dos serviços e profissionais de saúde para a construção de um trabalho efetivo com os toxicômanos, refere que a toxicomania pode ser incluída na lista que

Foucault estabeleceu como a série de figuras que, ao longo da história da humanidade, encarnaram o mal. Alvos do julgamento moral, leprosos, acometidos pelas doenças venéreas e loucos tiveram por destino a exclusão do meio social.

A loucura, última da série a ser assimilada pelo discurso médico, encarnou, por um longo tempo, o mal a ser excluído. Atualmente, a loucura é alvo das políticas públicas que buscam garantir aos portadores de transtornos psíquicos tratamento em meio aberto e o direito à inclusão social.

Assim, nas palavras de Melo (2010):

(...) vazio o espaço da exclusão, assistimos agora a personagem do toxicômano ocupar este lugar intermediário entre a doença e o crime. É frequente ouvir a população, os familiares, os profissionais de saúde e inclusive os próprios pacientes denominarem a toxicomania como “fraqueza”, “falta de caráter”, “falta de vergonha” e outras expressões de julgamento moral (p.3).

Sentimentos e impressões relacionados à perturbação da ordem, insegurança e o julgamento moral se sobrepõem à ética do cuidado na rede de serviços de saúde e assistência, e acabam por precipitar encaminhamentos, totalmente desprovidos de uma demanda de saber, aos serviços especializados que não dispõem da capacidade de absorver nem estrutura para cuidar da atenção integral do número crescente de usuários de álcool e outras drogas.

Ao refletir sobre a disponibilidade ao acolhimento nas instituições psiquiátricas, Parada (2003) diz que um dos fatores que dificultam a aplicação deste dispositivo é

(...) a angústia do outro com quem nos deparamos cotidianamente (loucos, drogados, etc.). Há múltiplas formas de se proteger dessa angústia, e a não disponibilidade dos técnicos é uma das mais correntes, mas também uma das mais nefastas (...) a disponibilidade tem relação direta com a circulação do desejo e da angústia dos técnicos na instituição (p.223).

Lacan afirma que a psicanálise se ocupa do que não funciona – ao que Lacan dá o nome de real. A ocupação dos psicanalistas é justamente lidar com o que não funciona. E Lacan adverte que, para isso, os psicanalistas devem estar “excepcionalmente

couraçados contra a angústia. Já é alguma coisa eles pelo menos poderem falar da angústia” (LACAN, 1975/2005, p.63).

Esta afirmação está ancorada na teoria e no método psicanalítico, que propiciam aos psicanalistas condições de contribuir com dois desafios colocados aos profissionais de saúde: não reduzir o interesse de sua escuta à sintomatologia característica da patologia com que o paciente se apresenta ao serviço e não se tornar um instrumento moralizante.

Como afirma Melo (2010) em relação aos toxicômanos, mas que devemos ampliar aos demais significantes com que os sujeitos se apresentam ou com os quais os serviços de saúde os revestem, “é preciso ir além e buscar o sujeito por trás da droga, localizar e suportar o mal-estar de cada um e propor a construção de uma saída particular sem rompimento dos laços com a comunidade” (pp. 8-9).

Devemos ressaltar que não basta haver alguém que se disponha a falar e outro que se disponha a escutar para que se favoreça a emergência de um sujeito, sujeito que possa estar advertido de sua posição em relação ao Outro. Para tanto, a psicanálise propõe uma escuta ancorada em uma posição ética, ética do desejo por diferença à ética do bem, não se alinhando a qualquer intenção prévia de dizer o que é bom para o paciente.

Consideraremos, a seguir, as vicissitudes trazidas com o avanço do poder atribuído ao saber científico na relação entre médico e paciente, sem contudo, negar sua função terapêutica para uma melhor assistência e qualidade de vida das populações.

Em 1966, Jacques Lacan, em um Colóquio organizado para debater *O Lugar da Psicanálise na Medicina*, aponta como o desenvolvimento da medicina em bases científicas e sua organização em escala industrial, assim como a criação da OMS ao erigir o direito do homem à saúde, promoveram mudanças nas relações do médico e dos pacientes com a saúde.

O mundo científico produz e coloca à disposição do público um número infinito de agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos, dos quais depende, cada vez mais, a eficácia da função do médico que, como um agente distribuidor, deve colocá-los à prova.

A generalização do poder científico, juntamente com o direito do homem à saúde, “dá a todos a possibilidade de virem pedir ao médico seu ticket de benefício com um objetivo preciso imediato” (LACAN, 1966/2001, p. 10), ocasião em que se desenha a dimensão da demanda. A partir deste encontro, entre o médico e o paciente, é no modo

de resposta à demanda que lhe é dirigida que Lacan vê “a chance de sobrevivência da posição propriamente médica” (*idem*, p. 10).

Lacan faz referência ao prestígio que o médico detinha na história antiga por seu “suposto saber” sobre a vida e a morte, lembrando o tratado redigido por Galeno que diz que o médico, no que tem de melhor, é também um filósofo.

Abrindo a questão para a significação da demanda do paciente dirigida ao médico, Lacan pergunta se seria correto limitar esta demanda à obtenção de uma cura. Mais que simplesmente a cura, o paciente:

(...) põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que (...) pode implicar que ele está totalmente preso à ideia de conservá-la. Ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente. Em muitos outros casos (...) que o tratem da maneira que convém, ou seja, aquela que lhe permitirá continuar a ser um doente bem instalado em sua doença (*idem*, p.10).

Para a psicanálise, há uma diferença entre o que se demanda e o que se deseja, decorrente da constituição estrutural do sujeito. O sujeito tem suas necessidades transformadas ao entrar no campo da linguagem, a necessária intromissão do Outro para que o ser vivo sobreviva, o coloca nos tempos da demanda dirigida e recolhida do Outro, e assim, na busca do reconhecimento do amor e de um significante – dom do Outro – que diga de seu ser.

Nessa busca, percorrendo os significantes da cadeia simbólica que lhe vêm do Outro, o sujeito repete sempre o encontro com uma falta – indicação da insistência do desejo, que se intromete na cadeia discursiva do sujeito, mas que não pode ser articulado ou apreendido por um significante. Desta forma, a demanda do sujeito não pode ser satisfeita, pois para além da cadeia simbólica, ou seja, para além do que ele pode dizer, há o desejo e seus modos de gozo que o interpelam e para os não “existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo o homem tem que descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo” (FREUD 1930 [1929]/1980, p.103).

Porém, para além desse fato de estrutura, Lacan, neste Colóquio, marca também o enlaçamento do sujeito – paciente e médico – aos ideais homogeneizantes e aos objetos de satisfação propagados e difundidos pela sociedade, neste caso, referindo-se à potência do discurso e da indústria científica, que promovem “o estreitamento da

margem de singularidade da relação do sujeito com o mundo e a aceleração da tendência totalitária à alienação no laço social” (PACHECO, 2009, p.161).

Assim, Lacan aponta a necessidade de considerar-se a topologia do sujeito e a existência do inconsciente que faz existir, para além da consciência, o desejo e com ele o polo das pulsões e do gozo, dos quais o sujeito padece e para os quais busca um saber. Sua busca se dá no plano da demanda que instala a transferência dirigida ao médico como lugar do “suposto saber”.

Instalada a transferência, abrem-se duas possibilidades ao médico e, podemos dizer, a todos os profissionais da saúde. Podemos responder no nível da sugestão com informações, opiniões, avaliações, conselhos, exames, entre outros objetos; posição que rechaça ou busca eliminar a demanda, indicando o desconhecimento ou a negação de que ela é feita para não ser satisfeita e que a tentativa de satisfazê-la só faz reforçá-la.

Outra possibilidade é a proposta pela psicanálise, que busca sustentar a demanda na condição do analista abster-se de fazer uso do poder que o paciente lhe atribui, devolvendo-lhe a palavra e operando a partir da fala do paciente que, ao deslizar na cadeia associativa, vai traçando as vias de seu desejo. Única via que permite transformar a relação do sujeito ao gozo, ou seja, àquilo que vai além do prazer e que também traz sofrimento.

Gozo do corpo que o médico conhece bem, uma vez que, em sua relação com o paciente, a demanda deste sempre comporta as dúvidas humanas relativas ao nascimento e à morte. Como indica Lacan (1966/2001),

Como eles [os médicos] responderão às exigências (...) da produtividade? Pois se a saúde torna-se objeto de uma organização mundial, vai tratar-se de saber em que medida ela é produtiva. O que o médico poderá opor aos imperativos que fariam dele empregado desta empresa universal da produtividade? Não há outro terreno que não esta relação por meio do qual ele é o médico, ou seja, a da demanda do doente (p. 14).

O médico cardiologista e psicanalista Aragon (2003), ao propor uma reflexão sobre a pasteurização das relações na sociedade contemporânea, corrobora o impacto na relação médico-paciente a partir das mudanças trazidas pelo cientificismo e o funcionamento do maquinismo tecnológico que geram uma demanda elevada e intensa pelo saber médico.

A ausência de uma postura crítica e reflexiva diante da hegemonia do pensamento cientificista aliado ao progresso tecnológico, cujos interesses econômicos e de poder não costumam ser discutidos entre os médicos, atinge médico e paciente, apresentando como consequência o apagamento da figura do médico e a rejeição de um extenso campo de intervenção relacional do médico junto ao paciente.

Segundo Aragon (2003), médicos e pacientes compartilham o medo da perda de controle, sobre a vida e sobre a integridade física, questão que os leva a buscar um conhecimento antecipado sobre algo oculto que, às vezes ilusoriamente, lhes trariam a sensação de ter controle sobre os eventos incontroláveis da vida.

Os recursos tecnológicos para diagnóstico correspondem ao ideal da medicina de antecipar um saber possibilitando uma intervenção a tempo de aplacar o sofrimento ou salvar vidas, porém, muitas vezes o querer saber do médico suplanta a necessidade de intervir sobre o sofrimento do paciente, focando, unicamente, a busca do diagnóstico.

A rapidez que a produção tecnológica voltada à medicina imprime aos processos diagnósticos acaba por criar uma nova visão de mundo, uma vez que permite com que anos de estudos e aprimoramentos se revelem instantaneamente. Este fato impele o médico a não se deter, a não perder tempo – não apenas porque tempo é dinheiro – mas porque a rapidez “parece vencer o medo da doença e da morte” (ARAGON, 2003, p.15).

Interrogando-se sobre essas questões e utilizando o método cartográfico⁷, Aragon (2003) empreendeu uma pesquisa junto às gestantes de cujos bebês havia a hipótese diagnóstica de uma anormalidade cardíaca. Atravessado pela questão da subjetividade que perpassa as relações entre os homens, o cardiologista e psicanalista buscou um modo de dar um encaminhamento à angústia do paciente decorrente da gravidade de um diagnóstico ruim, sem negá-la ou se render a ela.

Afastando-se da prática médica que trabalha com critérios de normalidade para medir e classificar o que é observado e que irá rejeitar tudo que se diferenciar de seus critérios, a tarefa cartográfica permitiu a Aragon (2003) resgatar certa delicadeza e sutileza no trato com o tempo, com as gestantes e seus familiares, procurando em cada

⁷ A cartografia é um método formulado por G. Deleuze e F. Guattari (1995) que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto. A ideia de desenvolver o método cartográfico para utilização em pesquisas de campo no estudo da subjetividade se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. Todavia, sua construção caso a caso não impede que se procurem estabelecer algumas pistas que têm em vista descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a experiência do cartógrafo (KASTRUP, 2007).

caso dar as informações de que dispunha, na medida da demanda da família, recusando o papel de portador de uma verdade pronta.

Aragon (2003) relata que este estudo lhe permitiu perceber a possibilidade de ampliação da prática médica, uma vez que, aberto à escuta do paciente, considerando a complexidade dos corpos e dos casos atendidos, pode incluir nas considerações diagnósticas e de assistência os aspectos emocionais que se modificam ao longo do tratamento, assim como a patologia e o sofrimento do paciente tomam a forma de comunicação de sua representação psíquica particular.

Vemos, no encontro de diversas propostas de trabalho que articulam a prática psicanalítica ao campo da saúde pública, 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.

Muito recentemente, um novo campo de trabalho está aberto aos profissionais do campo psíquico na saúde pública, oportunidade que possibilita uma maior aproximação dos profissionais com os objetivos, potencialidades e impasses da ABS. Embora desde o início do SUS vejamos a atuação de psicólogos, psicanalistas e psiquiatras em centros e postos de saúde, a atuação destes, quase sempre, restringia-se ao público encaminhado para o atendimento em saúde mental.

Em 2008, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar as ações e a resolutividade da ABS com a ESF. O NASF é composto por profissionais de diversas áreas, como médico, assistente social, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogos, entre outros.

O trabalho destes profissionais deve ser realizado em conjunto com as equipes de saúde visando a lógica territorial, a clínica ampliada e a integralidade dos cuidados. Suas ações devem consistir em reuniões para discussões de casos, capacitações e intervenções de promoção, prevenção ou reabilitação da saúde junto aos usuários, às famílias e à comunidade. Sendo apoio para as equipes de Saúde da Família, as ações do NASF devem abranger as diversas áreas estratégicas que organizam o funcionamento da ABS como saúde da criança, do adolescente, da mulher, do idoso, por exemplo.

Embora as experiências do processo de inserção da psicanálise nos diversos serviços que apresentamos não possam ser tomadas como modelo do fazer e de atuação do psicanalista, uma vez que uma psicanálise se caracteriza pelo singular de cada caso, ou seja, pelo singular do sujeito e de sua história, estas experiências indicam que o psicanalista que, porventura, componha uma equipe NASF pode tomá-lo como mais um espaço para o desafio de presentificar a psicanálise no mundo.

Entretanto, como alerta Alberti (2008), cabe aos psicanalistas

(...) se instrumentalizar cada vez mais para poder sustentar tal contribuição, (...) a psicanálise só contribui genuinamente para a prática no campo da saúde mental quando, diante de cada problema colocado para nós psicanalistas nesse campo que é também o das conexões da psicanálise (...) sustentamos nossas intervenções e propostas a partir de um aprofundamento cada vez maior da teoria psicanalítica (pp. 151-2).

IV – Contribuições da Ética da Psicanálise à Prática de Saúde na ABS

(...) 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 (AYRES, 2001, p.68).

Embora um mal-estar difuso perpassa, cotidianamente, as práticas de saúde desenvolvidas nas UBS, tomando, geralmente, a forma de queixas e xingamentos proferidos nos corredores do serviço ou de lamentações insistentemente repetidas nas reuniões destinadas às reflexões sobre o processo de trabalho, não é comum vislumbrar no discurso dos pacientes ou dos profissionais de saúde uma implicação subjetiva, ou seja, algum dizer que faça referência ao modo como estão implicados nos problemas de que se queixam e que os remetam às posições subjetivas que ocupam nos momentos em que o mal-estar se faz a tônica.

A maneira usual de reconhecer o fracasso das ações destinadas, principalmente, à promoção e prevenção da saúde é atribuindo ao Outro a responsabilidade pela dificuldade ou embaraço na consecução do que era esperado alcançar, ou dissipando o mal-estar com a adoção paradoxal de práticas segregativas sustentadas em regras e normas que transformam a média da população em ideal a ser alcançado.

Tomamos algumas falas colhidas dos profissionais de saúde e pacientes em diversos espaços e em distintos momentos como ilustração da sensação de fracasso no intento da promoção e prevenção da saúde, que causa mal-estar:

Achei que trabalhar com a população carente seria bom, pois eles necessitam tanto! Mas você fala, fala e eles nem dão ouvido, como vou ajudar se eles não querem mudar?

O que adianta eu verificar a pressão e orientar o Sr X se ele sai daqui e vai para o bar? O que ele vem fazer aqui?

Não me lembrei do dia da consulta, agora preciso do remédio, vocês têm que dar um jeito!!!

Tem graça, eu ter que vir num grupo (de orientação à prevenção do câncer de colo do útero e mama) pra saber o resultado do papa (exame de papanicolaou). Se tiver algum problema o agente tem que ir na minha casa me avisar.

O que normalmente decorre dessas falas é a justificativa de que, diante de tamanha disparidade entre o ideal almejado e a realidade que se apresenta, só é possível esperar o fracasso. Segue-se uma generalização das variadas e complexas situações que chegam e se desenrolam na UBS e, após, a paralisia frente ao cuidado à saúde ou ao desempenho no trabalho, concretizando, deste modo, a profecia do fracasso.

Estabelecido este ciclo, perde-se a oportunidade de ver o particular de cada situação e a posição subjetiva que foi adotada naquele momento. Deixa-se de lado ainda a chance de perceber o jeito próprio de estar no laço social e de descobrir novas maneiras para estar com o Outro e, especificamente na área da saúde, deixa-se de descobrir novos modos para transmitir a promoção e prevenção à saúde. Pacientes e profissionais da saúde instalam-se na linha da impotência, onde não há saídas a serem buscadas.

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 Jacques 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 ex-sitência do inconsciente na constituição do sujeito e a conseqüente 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.

Desta 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, iniciando um processo em que o sujeito, a partir de sua fala, possa retificar sua posição em relação ao Outro e, assim, o padrão de resposta que estabelece nos laços sociais.

4.1 – O Mal-Estar na Civilização e o Mal-Estar nos Serviços Destinados à Atenção Básica à Saúde

No texto *Mal-estar na Civilização* (1929[1930]/1980), Freud observa que o início da civilização é marcado pela regulação dos laços sociais que visam a justiça através da garantia de que as leis não sejam violadas em favor de um único indivíduo. As regulações incidem sobre os laços que “afetam uma pessoa como próximo, como fonte de auxílio, como objeto sexual de outra pessoa, como membro de uma família e de um Estado” (p. 115).

Freud (1929[1930]/1980) constata que os homens seguem na formação de laços sociais na busca de alívio e proteção contra, principalmente, três fontes de infelicidade: o sofrimento decorrente da velhice e finitude do próprio corpo, as ameaças de destruição oriundas da natureza e, a mais penosa, a insuficiência das normas que regulam os relacionamentos com os outros homens.

Em 1921, no texto *Psicologia de Grupo e Análise do Ego*, Freud já apontava para a carga de ambivalência que caracteriza as formações grupais, usando como exemplo a comparação feita por Schopenhauer entre as relações humanas e os porcos-espinhos;

estes, para não congelarem no frio, aproximam-se buscando aproveitar o calor uns dos outros, mas o que sentem são os espinhos uns dos outros, o que os obriga a se afastarem e, assim, frente ao frio e ao incômodo dos espinhos, devem encontrar uma distância intermediária na qual possam coexistir.

Freud (1929[1930]/1980) observa que a civilização, visando garantir a segurança, a integração social e o progresso, se torna outra fonte de sofrimento para o homem, pois impõe uma série de interdições e repressões à realização das pulsões sexuais e agressivas de forma direta. Para manter-se no laço social e participar dos valores e normas da vida civilizada evitando o desprazer causado pelas ameaças mencionadas, o homem deve pagar o preço da renúncia de uma parcela do sentimento de onipotência, do desejo de vingança e das inclinações agressivas.

O homem deverá ainda, reorganizar suas inclinações libidinais adaptando-as a alvos socialmente permitidos, para encontrar, nos grupos e na própria cultura, formas substitutivas de satisfação e, ao mesmo tempo, contribuir para a evolução da civilização.

Freud (1929[1930]/1980) faz uma séria crítica às exigências impostas ao homem pela civilização, segundo ele:

[A civilização] emite uma ordem e não pergunta se é possível às pessoas obedecê-la. (...) presume que o eu de um homem é psicologicamente capaz de tudo que lhe é exigido, que o eu desse homem dispõe de um domínio ilimitado sobre seu eu. Trata-se de um equívoco (...) e isso não pode ser controlado além de certos limites. Caso se exija mais de um homem, produzir-se-á nele uma revolta ou uma neurose, ou ele se tornará infeliz (p. 168).

Desta forma, Freud aponta o limite das regulações dos laços sociais em tudo normatizar ou controlar quando se trata do sujeito. O sintoma surge como produto do recalque dos componentes libidinais das moções pulsionais e revela a resposta que cada sujeito produz na tentativa de se posicionar e suportar o mal-estar que se presentifica nos laços sociais.

No entanto, ao interrogar e analisar o sentido da civilização, Freud (1929[1930]/1980) não deixa de apontar que há um mal-estar nas relações sociais, não apenas por causa das renúncias impostas para a manutenção da civilização, mas porque a execução do projeto de vida determinado pelo princípio do prazer é irrealizável. Nada garante ao sujeito o encontro com seu bem, pois, no “macrocosmo quanto no

microcosmo (...) todas as normas do universo são-lhe contrárias”, (p.95), fazendo com que o sentir-se feliz dependa, exclusivamente, da economia libidinal de cada sujeito.

Ou seja, há um mal-estar decorrente das regulações sociais, mas também um mal-estar decorrente da própria constituição do sujeito que, por ser efeito da linguagem, se constitui a partir de uma perda de vida, fazendo da insatisfação o primeiro elemento do psiquismo, insatisfação que será renovada infinitamente nas demandas que o sujeito colocará ao Outro.

Como afirma Elia (2010), a verdadeira dimensão trágica para o sujeito está na impossibilidade de formular o desejo que o habita, pois, embora haja uma escolha ativa no ato em que se faz sujeito do inconsciente, este trabalha sozinho e se articula sem o arbítrio, decisão ou vontade consciente do sujeito.

Inexoravelmente submetido ao campo da linguagem, o sujeito vacilará entre a petrificação em um significante que o localiza nas leis e regras da sociedade, e o deslizamento na cadeia simbólica que guarda os traços significantes que marcaram seu corpo e que só poderão aparecer nas falhas e tropeços do discurso corrente.

À questão de saber como se dá a ligação entre a civilização e o mais íntimo do sujeito, Freud, no texto *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (1921/1980), propõe um esquema em que expõe a base das formações grupais. Neste esquema, vemos que um certo número de indivíduos colocam um só e mesmo objeto no lugar de seu ideal de eu (identificação vertical) e, conseqüentemente, identificam-se uns com os outros em seu eu (identificação horizontal). O objeto que é colocado no lugar do ideal de eu pode ser encarnado por um líder, uma ideia, um partido político, entre outros.

As identificações aparecem como o modelo das formações grupais. Segundo Freud (1921/1980), a identificação é a forma originária e primeira com que o homem estabelece laços libidinais e afetivos com o seu semelhante. A partir do final do Complexo de Édipo, que tem como consequência o recalque originário e o desdobramento da estrutura narcísica do eu em eu-ideal, ideal de eu e supereu, o homem passa a deslocar seu afeto para um objeto externo e se depara com as exigências do meio social.

Entre o objeto alçado a Ideal – ou significante-mestre, como se referirá Lacan – e os sujeitos que se reúnem em torno dele se estabelece uma identificação que cria um laço não de identidade, mas de diferença. Essa diferença entre o Ideal e os sujeitos possibilita a união dos sujeitos entre si, união esta que não constituirá um todo; “os eus”

continuarão unitários – “é o grande tema da solidão na multidão” (SOLER, 1998, p.294). Porém, quando estão em um grupo, os sujeitos passam a ser representados pelo Ideal (significante-mestre) do grupo, o que os condiciona na busca e manutenção da uniformidade, da homogeneidade e conformidade dos comportamentos, valores e atitudes.

Souza (1991) esclarece que o ideal de eu é uma instância fundamentalmente socializante, uma vez que coloca o indivíduo para trabalhar na busca do eu-ideal que foi perdido com o final do Édipo, mas que o sujeito acredita poder recuperar. O ideal do eu tem a função de manter a promessa de recuperação de um estado narcísico

(...) em que o sujeito se veria finalmente livre de todas as impossibilidades decorrentes do fato da castração. Essa promessa, no entanto (...) é condicional: “Você conseguirá alcançar esse estado se...”, variando para cada sujeito não só o complemento da frase, como também sua modalidade de relação para com ela (...) para alguns, maior capacidade criativa, para outros, maior anseio de adaptação (p.85).

Neste ponto, não podemos deixar de introduzir nossa interrogação sobre o mal-estar nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, tendo em vista a elevação da saúde, ao longo da história, a ideal que deve abranger a totalidade dos cidadãos. Relacionando a saúde, cada vez mais, a um paradigma civilizatório da humanidade, a OMS prega aos países o dever de reconhecer a saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito (Brasil. MS, 2006).

No Brasil, este ideal se mostra distante com a tendência à desvalorização e precarização dos serviços públicos em geral e dos serviços de saúde em particular, especialmente os voltados à atenção básica. Estima-se que 1/4 da população opte por planos de saúde privada ou atendimentos particulares. Conselhos de categorias profissionais, sindicatos e empresas privadas oferecem os planos de saúde privada como um bônus valioso.

Pode-se atribuir o mal-estar nas relações estabelecidas nas UBS como decorrência da frustração dos profissionais e pacientes em função da posição que ocupam no Outro social? Por um lado, há profissionais de saúde que se sentem desautorizados de seu papel de mestria, diminuídos em importância e utilidade, além de se encontrarem, muitas vezes, em locais de trabalho precários, e, por outro, cidadãos que se sentem inferiorizados e desrespeitados em seu direito ao acesso à saúde de qualidade.

A situação a seguir é exemplar dos momentos conflituosos vivenciados no cotidiano das UBS, onde a produção do cuidado à saúde se desvanece e ascende o mal-estar.

O médico deixa sua sala aos gritos com um prontuário na mão, o qual joga na mesa da recepção, informando aos recepcionistas para nunca mais agendar aquela paciente, pois ele nunca mais iria atendê-la.

Isto porque, durante a consulta, a paciente informou que tinha parado de tomar a medicação receitada por ele, pois tinha se sentido mal e, solicitou a receita de outros medicamentos (indicação da vizinha, que tinha o mesmo problema e se sentia bem). O médico argumentou que a paciente devia continuar com a medicação que ele havia indicado até que pudesse verificar os efeitos em relação aos sintomas, porém a paciente se recusava a ouvi-lo e exigia “seus direitos”.

A impossibilidade de responder à demanda ilusória de tornar a saúde o paradigma do desenvolvimento e progresso da sociedade e, ao contrário, ter que lidar com situações de extrema pobreza, violência e agressividade, pode levar a formações sintomáticas e ao afloramento do mal-estar, que induz a atos reativos frente a uma realidade que se quer negar.

Freud (1929[1930]/1980) aponta, ainda, a dimensão do sentimento de culpa, produto dos componentes agressivos das moções pulsionais recalçadas, que também está presente na base de todo laço social. O supereu é a instância responsável pelo sentimento de culpa, exercendo a função de instância moral que vigia, julga e censura as ações e intenções do eu para que essas não se afastem dos ideais compartilhados no laço social.

Ao supereu nada escapa, pois, sendo uma autoridade interna, ele pune uma ação realizada ou simplesmente pensada e, quanto mais o sujeito se submete às exigências sociais e do supereu, mais severo este se torna, gerando mais culpa e mais agressividade que, geralmente, é dirigida contra o próprio sujeito ou ganha expressão em certo mal-estar nas relações e em insatisfações aparentemente injustificadas, pois o sentimento de culpa se mantém, em parte, inconsciente para o sujeito.

A clínica psicanalítica, entretanto, mostrou a Freud que o recalque das moções pulsionais libidinais e agressivas sempre é falho e os conteúdos recalcados insistem em retornar através de falas e atos aparentemente sem sentido. A questão é que, para não

ser totalmente tomado pelo Outro, o sujeito pode dizer “não quero”, “não posso”, “não vou”, deixando algo fora desta relação. O sintoma como transgressão à ordem instituída surge como um recurso do sujeito para dar expressão a algo de si.

Neste sentido, Lacan (1957-1958/1999), ao trabalhar o mecanismo da demanda que se instala entre o sujeito e o Outro, 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”, entrega que está implícita no mecanismo da demanda.

Assim, para evitar uma total alienação ao Outro, o sujeito nunca apresenta sua demanda de forma explícita. Ele a disfarça, pede algo para conseguir outra coisa, ele a inventa. Apresentamos a seguir o recorte de uma situação em que uma demanda dirigida a um profissional da saúde termina com uma depredação ao estabelecimento de saúde e que, sintomaticamente, não foi abordado pelo profissional em encontro posterior com a paciente, silenciando sobre a responsabilidade de ambos (da jovem pelo ato de depredação/agressão e do profissional pelo vínculo criado com a jovem) no ocorrido:

Uma jovem gestante, dizendo não se sentir bem, solicita atendimento com o enfermeiro de sua área de abrangência, profissional com quem mantém um bom vínculo. Ela é acolhida por um auxiliar de enfermagem que, após tentar efetuar os procedimentos padrões (aferição pressão arterial e taxa de glicose), os quais a jovem recusa, pede, então que a paciente aguarde um pouco, pois o enfermeiro está atendendo outro paciente. Impaciente, após alguns minutos de espera, a jovem gestante não aguarda o atendimento, mas, no pátio da UBS, atira uma pedra em uma das janelas, estilhaçando os vidros.

Por se tratar de uma gestante, foi providenciada uma visita domiciliar no mesmo dia com objetivo de verificar suas condições de saúde, constatando-se que tudo estava bem.

Vê-se que não incluir o sem-sentido, desconsiderar o que não está previsto nos protocolos profissionais e dos serviços de saúde, não blinda os profissionais, os serviços e os pacientes dos efeitos “d’isso” que, extimo a todo ser que fala, resiste e insiste em ser reconhecido ainda que seja numa formação de compromisso, causando sofrimentos e constrangimentos.

Entre o possível e o impossível de se transmitir e alcançar nas ações de saúde na AB, emerge um embate entre profissionais de saúde e pacientes, que produz

irritabilidade, impaciência e impulsividade no agir, mas também apatia, descrença e inoperância, induzindo-os – profissionais e pacientes – à paralisação, ao sentirem vacilar as identificações fixações em um “eu sou” – o usuário que tem direitos ou o profissional que tem o saber – que, supostamente, garantiria consistência e certezas aos sujeitos.

Campos (1996/1997) refere que o desafio do trabalho na AB está em passar de um mundo de certezas e regularidades mais ou menos seguras, que os campos de saber e todo planejamento e programação em saúde “alimentam”, para um mundo que comporte a “imprevisibilidade radical da vida cotidiana” e a “imprevisibilidade das situações sempre distintas”.

No entanto, os profissionais de saúde se queixam e se dizem impotentes diante de situações e problemas que extrapolam o campo da saúde básica – pobreza, violência doméstica, drogadicção, etc – para os quais se sentem despreparados, além de sentirem o peso das exigências e do acúmulo de tarefas que surgem da população, da SMS e do MS.

Na fala da Secretaria, o PSF é tudo de bom, tudo se encaixa, tudo é perfeito, mas a população nem sabe o que é PSF. O SUS do papel não existe na prática.

Estou há cinco anos no PSF e nesse tempo não vi nenhuma mudança na população. Estão sempre inventando uma coisa a mais para a gente fazer, o que adianta? Agora a gente tem de ser psicólogo, assistente social, como a gente vai dar conta de tanta coisa?

Já dei a orientação necessária, se ela não tomar a medicação e o bebê nascer com uma sequela, o problema é dela (gestante). Meu papel, eu cumpri. Está tudo anotado no prontuário.

Nas falas dos profissionais vê-se o apagamento do desejo e o surgimento da descrença no ideal da AB, uma vez que as ações propostas parecem não surtir efeito; não conseguem cumprir as metas definidas pelas instâncias superiores e as queixas dos pacientes os remetem a uma posição desvalorizada; a repetição deste circuito de funcionamento só traz a constatação e a certeza de que este é o modo próprio de funcionamento do serviço que traz, como consequência, o aprisionamento dos sujeitos em um discurso da impotência.

Ao propor uma interlocução entre a psicanálise e o campo da saúde pública, faz-se uma aposta no trabalho com o campo da linguagem, favorecendo espaços de fala e escuta, com o objetivo de mobilizar os enunciados pré-concebidos, generalizantes e alienantes para provocar a desestabilização das identificações aos ideais que mantêm o sujeito no “movimento pendular entre esperança produtiva ou adaptativa e desespero paralisador” (SOUZA, 1991, p.85), e assim, possibilitar a emergência da surpresa e do ato criativo.

Ainda que não seja possível esperar um tempo em que sujeito e sociedade possam se manter sem a formação de ideais, a psicanálise propõe um trabalho de ultrapassamento do ideal do eu em direção à castração que produziu o sujeito – lugar de garantia do desejo, visando a “possibilidade de relativização de qualquer ideal, permitindo que suas exigências não sejam experimentadas sob a forma de um imperativo inarredável” (SOUZA, 1991, p.86).

4.2 – Apontamentos sobre a Ética da Psicanálise

A psicanálise propõe um trabalho de ultrapassamento dos ideais, porque se sustenta em uma ética que não parte de ideais, nem propõe regras ou normas de conduta para guiar as ações dos sujeitos, o que a diferencia das éticas tradicionais que se empenham na investigação e formação de juízos e valores para a motivação e orientação da existência prática do homem, visando a harmonização com a representação de um Bem.

Lacan, no seminário que dedica à Ética da Psicanálise (1959-1960/1997), afirma que a experiência psicanalítica fornece algo novo – que não um Ideal ou a representação do Bem – como medida da ação humana. A psicanálise demonstra que o sujeito é dividido e que sua ação tem um sentido oculto que insiste e que o comanda de um lugar que o ‘eu’ desconhece – o inconsciente.

O desejo inconsciente tem uma função fecunda no direcionamento da ação humana, desejo que não se submete a normatizações e se constitui na lei particular do sujeito, por isto, a ética da psicanálise busca refletir sobre o posicionamento do sujeito

no campo do desejo, ou seja, é uma ética que concerne a relação da ação do homem com o desejo que a habita.

Tradicionalmente, o tema da ética remete à filosofia grega, cujo pensamento buscava entrelaçar ética e política, pressupondo uma perfeita integração entre o homem, a cidade e o cosmos. Aristóteles, um dos principais representantes da tradição grega a influenciar as concepções éticas e políticas do Ocidente, na obra *Ética à Nicômaco* (IV A.C./2007), apresenta a ideia de uma ordem natural universal que seria o espelho para a construção da *polis* enquanto expressão do Bem, assegurando o melhor e o justo para o Estado e seus cidadãos.

A *Ética à Nicômaco* (IV A.C./2007) diz que ética e política deveriam educar os homens para a formação do caráter ético, o que se dá pela força do hábito. Orientado pela racionalidade universal, o homem alcançaria a capacidade de decidir pela prudência e pelo Bem, o que tornaria sua ação um Bem. A finalidade de toda ação virtuosa seria a felicidade – Bem Supremo – cuja noção abrange também o bem-estar e a atividade da alma, o que a tornaria completa e auto-suficiente.

Entretanto, faz-se necessário ressaltar que a *polis* grega estava reservada aos cidadãos livres; o espaço público era destinado aos mestres, legítimos senhores a decidir sobre as questões políticas, religiosas e morais – na ética aristotélica estavam excluídos os escravos, as mulheres e as crianças.

O advento da modernidade rompe com a ideia de uma ordem natural, universal e hierarquizada, esta é substituída pela ideia de um universo infinito e de um indivíduo livre e autônomo, depositário da razão e, essencialmente, não social. Nesta nova configuração o indivíduo, a sociedade e a política surgem como segmentos distintos. A ética moderna apoiar-se-á na noção de natureza humana, postulando a ideia de universalidade no pertencimento dos indivíduos a esta natureza humana, que tornaria todo homem um ser dotado das mesmas qualidades e potencialidades, conjugando, assim, individualismo e universalismo (Dumont, 1985).

Embora a felicidade permaneça como um estado ideal a ser atingido, seu alcance não está mais condicionado a uma disciplina para um agir virtuoso, como pregavam os gregos; na modernidade, a felicidade será vinculada ao acesso aos bens e se torna um fator de política, pois “não poderia haver satisfação de ninguém fora da satisfação de todos” (LACAN, 1959-1960/1997, p. 350).

A sociedade liberal burguesa substituiu a ideia de um Bem Supremo pela ideia de bens e, em função desta mudança, os sistemas político e econômico passam a ser regidos pela racionalidade utilitarista e instrumental da produção de bens, visando atender os indivíduos que, a partir de então, serão entendidos como seres com carências e necessidades.

Considerando a evolução histórica que quebrou as hierarquias e desmistificou a transcendência do bem, substituindo a perspectiva aristotélica do Bem Supremo pela moral utilitária baseada nos direitos universais do homem, que tornou o bem uma questão individual, ainda que regulada pela organização política dos Estados, Lacan formula uma distinção entre uma ética do desejo e uma moral do poder (Rinaldi, 1996).

Abordando a questão do bem através da economia dos serviços de bens, Lacan assinala como os bens são criados e se organizam não a partir de necessidades pretensamente naturais e predeterminadas, mas sim como objetos de repartição que favorecem a montagem e o funcionamento do regime das trocas de objetos, o qual, por sua vez, influencia a constituição de necessidades a partir de uma dialética da rivalidade e da partilha que se organiza em torno do bem.

É neste âmbito do bem, que, segundo Lacan (1959-1960/1997), nasce o poder, pois os bens são buscados não simplesmente para suprir uma necessidade. Além do valor de uso, aparece a utilização do bem para o gozo do sujeito, o que implica o direito de privar os outros de seus bens, fazendo surgir o outro como tal, em sua dimensão imaginária – outro que priva e com o qual se estabelece uma rivalidade.

Se os serviços de bens demonstram o que é útil a partir da imagem do espelho do outro, nosso semelhante, uma vez “que a função dos bens é o artifício cultural, a opinião pública, a ficção, como nos diz Bentham” (JULIEN, 1996, p.44); o outro pode, também, fazer o uso que melhor lhe aprouver do bem, sem precisar prestar contas do gozo que irá obter do objeto: o gozo do Outro não é partilhado. E nesse caso, o espelho não reflete o semelhante, mas alguém que tem o poder de nos privar de gozar plenamente do bem.

À dimensão do bem e ao ordenamento dos serviços de bens, Lacan faz incidir uma moral do poder, dimensão que levanta uma muralha ao campo do desejo. Segundo Lacan (1959-1960/1997), ao longo da história, a moral do poder sempre teve a mesma posição em relação ao desejo:

Continuem trabalhando. Que o trabalho não pare. Que esteja claro que não é absolutamente uma ocasião para manifestar o mínimo desejo. A moral do

poder, do serviço de bens é – Quanto aos desejos, vocês podem ficar esperando sentados (p. 378).

A ética da psicanálise propõe o avanço da barreira levantada pela moral do poder, barreira que, como já foi apontado nas formulações de Freud no *Mal-Estar na Civilização* (1929[1930]/1980), aprisiona os sujeitos aos conflitos decorrentes da imposição de renúncias pela civilização e seus anseios de satisfações pulsionais.

Segundo Lacan (1959-1960/1997), a ética “começa no momento em que o sujeito coloca a questão desse bem que buscara inconscientemente nas estruturas sociais” (p.97), mas, ao longo de seu seminário sobre a ética da psicanálise, demonstra que o bem buscado pelo sujeito não corresponde ao Bem Supremo postulado pelos gregos, ou ao fazer o Bem em função do imperativo categórico de Kant, ou ainda, aos bens produzidos em função da ideologia utilitarista. A experiência psicanalítica revela que o bem buscado pelo sujeito é *das Ding*, noção que delinea o registro do real ao qual se articula a questão da ética.

Rinaldi (1996) aponta que Lacan não deixa de reconhecer a importância do corte trazido por Kant para as reflexões sobre a ética ao identificar o campo de *das Ding* como uma zona além do bem-estar. Kant buscava uma diretriz para a ação moral que pudesse se pautar na autonomia da vontade humana, desde que guiada pela Razão, mas de tal forma que vontade livre e vontade submetida às leis morais fossem uma e mesma coisa.

Ao propor o imperativo categórico do “Tu deves” incondicional como reino puro da lei – que não está subordinada às inclinações ou objetos dos sentidos, qualificados como patológicos – Kant indica o “além do princípio do prazer”, onde *das Ding* é retomada na teoria freudiana.

Entretanto, em Kant permanece a ideia de um Bem Supremo, ainda que inacessível, a partir da noção de razão pura como faculdade superior do ser humano que, a partir dela, poderia prescindir de qualquer representação que pudesse ser qualificada de agradável ou desagradável, tendo o poder de determinar a vontade pela simples forma da regra prática contida no imperativo categórico: “Age como se a máxima da tua ação devesse se tornar, pela tua vontade, em lei universal da natureza”.

Lacan observa que Kant, ao expor sua máxima, convida-nos “a considerá-la por um instante como a lei de uma natureza (...) não de uma sociedade” (1959-1960/1997,

p. 99). Cumprir as leis da natureza é o que também deseja Sade, mas levando em consideração toda a inclinação humana para a maldade, para a destruição e a violência.

Particularmente no texto *A Filosofia na alcova* (1795), Sade expõe suas intenções através de uma máxima que poderia ser articulada “Tomemos como máxima universal de nossa ação o direito de gozar de outrem, quem quer que seja, como instrumento de nosso prazer” (LACAN, 1959-1960/1997, p.100).

Lacan (1959-1960/1997) aponta assim que, tanto em Kant quanto em Sade, verifica-se a proposta de uma ética radical que se impõe ao sujeito de forma totalizante, onde, justamente, todo elemento sentimental fosse retirado da moral e nada devesse condicionar a vontade pura, a não ser a simples forma da lei que é anterior e está acima da vontade do homem.

Para referenciar a ética da psicanálise, Lacan retoma do texto de Freud *Projeto para uma psicologia científica* (1950[1895]/1980) a noção de *das Ding* (a Coisa). *Das Ding* está na origem da organização da realidade psíquica do sujeito. Este, diante das “urgências da vida” (fome, frio, sede) e entregue a seu desamparo primordial, encontra o *Nebenmensch* (complexo do próximo) que, segundo Freud, será “o primeiro objeto satisfatório, seu primeiro objeto hostil e também sua única fonte auxiliar” (*idem*, p.438).

Freud (1950[1895]/1980) localiza no encontro primeiro com o *Nebenmensch* (complexo do próximo) “a fonte primordial de todos os motivos morais” (p.422). Segundo Torres (2010), a origem da moral para Freud surge a partir da experiência da primeira demanda de satisfação; esta experiência será o “índice primeiro da relação entre humanos que deverá ser reestabelecido a cada novo encontro” (p. 90).

Neste momento inicial, institui-se, simultaneamente, o Outro – o registro da alteridade e a formação subjetiva. Freud (1950[1895]/1980) explicita que o *Nebenmensch* se divide em duas partes. Há o que é percebido e reconhecido como próximo ou em conexão com o objeto desejado e que, portanto, será assimilado pelo aparelho psíquico, constituindo representações que serão reguladas pelas leis do princípio do prazer para manter o aparelho na menor tensão. E há *das Ding*, percebida como uma parte do objeto que não pode ser alcançada e permanece opaca e isolada, deixando no aparelho psíquico a marca da perda do objeto de satisfação.

Percebida como *Fremde* (estranho), *das Ding* “é a primeira coisa que pode separar-se de tudo o que o sujeito começou a nomear e articular” (LACAN, 1959-

1960/1997, p.106) e, portanto, fica fora da cadeia significante. No entanto, ela é “o próprio correlato da Lei da Fala em sua mais primitiva origem” (*idem*, p.105), não se reduzindo assim, aos regulamentos morais socialmente instituídos. *Das Ding* está articulada à Lei da linguagem, que faz do homem homem, por remetê-lo à fala e ao movimento desejante, uma vez que a palavra mata a coisa e institui uma distância irreduzível entre o sujeito e o objeto de seu desejo.

A subjetivação do mundo é feita pela ordenação da lei invisível de *das Ding*, objeto desde sempre perdido, porquanto nunca tido, mas pelo qual o sujeito anseia, espera e se coloca na busca de reencontrá-lo, orientando todo o encaminhamento do sujeito em relação ao mundo de seus desejos. Entretanto, os caminhos que o sujeito percorre nesta busca são regulados pelo princípio de prazer que sempre conserva certa distância em relação à *das Ding*, impondo o movimento de repetição da trama simbólica e mantendo *das Ding* no horizonte como objeto inacessível.

Ao manter uma relação de extimidade com o simbólico, *das Ding* indica que o sujeito não é regulado apenas pelo princípio de prazer e pela linguagem, em sua experiência um além do princípio de prazer que marca um excesso irrepresentável e inapreensível. Lacan observa que o funcionamento psíquico no além do princípio de prazer se fundamenta na compulsão à repetição, paradoxal satisfação do reencontro com o objeto da satisfação que se faz pela via da fantasia imaginária do sujeito. Essa trama interrompe o movimento do sujeito em direção ao desejo, mortificando-o no que Lacan nomeará circuito do gozo pulsional⁸.

Paradoxalmente, é do lugar de *das Ding*, central, mas extimo à realidade psíquica do sujeito, que o sujeito pode “ter notícias” de seu desejo imperioso, que, por se encontrar aí, “não tem o caráter de uma lei universal, mas pelo contrário, da lei mais singular – mesmo que seja universal que essa singularidade se encontre em cada um dos seres humanos” (LACAN, 1959-1960/1997, p.35).

Por esta configuração do psiquismo humano, a ética da psicanálise coloca o desejo como medida da ação humana, atrelando-o, porém, à dimensão trágica da vida, ou seja, à castração simbólica que lhe confere o limite face à potência de condição

⁸ Não desenvolveremos a construção do conceito de gozo na obra de Lacan, tendo em vista sua complexidade e os vários desdobramentos que o conceito apresentou ao longo do ensino de Lacan como gozo fálico, gozo do Outro, mais-de-gozar. No entanto, lembramos que a noção de gozo não deve ser confundida com uma experiência individual, autoerótica e similar à tendência à descarga de energia no funcionamento do princípio de prazer; o gozo é algo que se imagina e se antecipa como realizado no campo do Outro, por uma suposição de que ele contém ou representaria algo que falta para completar ou dar consistência a uma totalidade (Dunker, 2002).

absoluta com que o desejo se apresenta. O limite imposto pela lei da castração é o que garante a possibilidade de realização do desejo, ainda que aparentemente paradoxal, pois o desejo se realiza na manutenção do movimento desejante, uma vez que o desejo do homem é desejo de desejo.

A ética da psicanálise ao propor a manutenção do movimento desejante estabelece uma abertura à sublimação, processo que decorre da instauração do vazio deixado por *das Ding*. Lacan distingue duas vertentes da sublimação. A primeira, proposta por Freud e mais difundida, supõe um desvio da satisfação pulsional para alvos socialmente valorizados cujo modelo ideal é o do artista que torna comercial e vendável seus produtos; nesta vertente, alcança-se uma satisfação narcísica pela via do ideal do eu. Na segunda vertente da sublimação, visa-se alçar o objeto à dignidade da Coisa, porém afirmando e preservando a definição de objeto que a práxis psicanalítica orienta, ou seja, ao se constituir na e pela linguagem o destino do sujeito é se relacionar com a falta de objeto, uma vez que ao fazer uso da palavra, o significante prevalece sobre o objeto – ele mata a coisa.

Lacan apoia-se no ensaio de Heidegger intitulado *Das Ding* para analisar esta vertente da sublimação. Em um apólogo sobre o vaso, Heidegger fala da fabricação do vaso pelo oleiro para indicar como este dá forma ao vaso a partir de um vazio e que um vaso pode ser nomeado um vaso por seu vazio central e não pela matéria da qual é feito.

Da mesma forma, a modelagem do significante articula a presença de *das Ding* – núcleo do real – no mundo ao introduzir um furo, uma hiância no simbólico, o que pode ser verificado a cada tropeço da fala e na estranheza e na obscuridade que pode emergir no que nos é mais familiar.

Presente no mundo como um vazio, *das Ding* é o nada, o “ex-nihilo” que está no centro da ideia de criação. Esvaziando este lugar de qualquer bom ou mau objeto ou de qualquer boa ou má vontade, separando-se das cadeias significantes que o constituíram e das que o prendem à pré-conceitos, o sujeito poderá se experimentar como criador e circunscrever o vazio de diversas maneiras, criando e fazendo novas escolhas nas quais o desejo poderá se colocar.

Aqui trazemos a vinheta de uma situação vivida na UBS em que hipotetizamos que o início do ultrapassamento de um pré-conceito foi possível.

Um senhor inicia uma discussão na recepção no momento em que lhe foi solicitada a carteira de identidade para a coleta de dados necessários para a

marcação de consulta com um especialista. Ele recusa todos os argumentos do recepcionista que tenta lhe explicar que foi implantado um novo sistema de regulação de vagas e que, por isto, é necessário preencher uma ficha eletrônica que será encaminhada para o serviço especializado que o atenderá, e que o RG garantiria a grafia correta de nomes e datas, e, assim, ele não teria nenhum problema em ser atendido na data da consulta.

Diante da intensidade de seu descontrole, é solicitada a presença da gerente, que é ameaçada pelo senhor com os braços em punho. Ele brada que mora na região e frequenta a UBS há mais de vinte anos, que todos da comunidade o conhecem por que, então, deve ele apresentar a carteira de identidade?

Na mira de um possível murro em seu nariz, a gerente pede calma, argumenta que uma agressão levaria os dois para uma delegacia e não resolveriam a questão da marcação da consulta. Convidado a conversar em outro ambiente, o senhor, aos poucos, vai se acalmando, fala um pouco de seus problemas de saúde, da formação do bairro, da construção da UBS, descobre-se que, por fazer tratamentos especializados, ele só utiliza a UBS para marcação de consultas com especialistas e retirada de medicação. Por que utilizaria a UBS se “não tem médico”? Foi, então, orientado a fazer as consultas e exames de rotina e convidado a participar das reuniões da comunidade e do conselho gestor.

Com o tempo, este senhor voltou a utilizar os serviços da UBS, participou com a esposa de vários encontros dedicados aos idosos para a discussão de temas diversos, desde o cuidado com a saúde, passando pela sexualidade e lembranças da infância, que foi organizado pelos ACS's. Atualmente, ele exerce a função de conselheiro gestor eleito pela comunidade.

Nesta situação, o significante ‘carteira de identidade’ parece ser o fio condutor. O sistema de informação e o modo como este é tomado pelo profissional responsável, produz um padrão que deveria valer para todos, o que, obviamente, facilita a organização do serviço e o fluxo de informação no sistema.

No entanto, o que este senhor parece denunciar é que identificá-lo no sistema pela carteira de identidade não diz nada sobre ele. Não diz de sua vida, de sua história, de suas fragilidades e potências. Isto não conta para seu tratamento de saúde? Ele é encaminhado para um serviço especializado que não sabe nada de sua história e é certo que no tempo de sua consulta (média de dez minutos), muito ficará por dizer.

O que este senhor demandava ao Outro, o reconhecimento de sua identidade? Ou a possibilidade de poder desfiar suas identificações e, assim, ele mesmo reconhecer o desejo por algo além de consultas, remédios e queixas.

A ética da psicanálise é “a ética do bem-dizer do sujeito com relação a seu desejo” (ALBERTI, 2000, p.41). Deste juízo ético verifica-se a importância da contribuição da extensão da psicanálise aos outros campos de saber, uma vez que ele aponta que o eixo de todo trabalho, seja clínico, institucional, comunitário ou de pesquisa, deve partir do sujeito que fala, considerando a necessidade de escutá-lo para além do que se sabe sobre ele, e, mais ainda, do que ele sabe sobre si (ELIA, 2005).

A psicanálise não reconhece a linguagem como um simples meio de expressão e comunicação. A linguagem é um operador que constitui o sujeito do inconsciente e o mundo em que este habita. O sujeito sustenta suas relações a partir das representações decorrentes da construção da linguagem, que funcionam a partir de três registros distintos: o **real**, que, por ser irrepresentável, insiste em ser simbolizado; o **imaginário**, que, por se apoiar em imagens, dá consistência e fixa o sujeito a representações que o aprisionam por se apresentarem como verdades absolutas; e o **simbólico**, sustentado pela cadeia de significantes, que marca a arbitrariedade da relação entre significante e significado, mobilizando o deslizamento e a mudança de sentidos, e com isto, permitindo um trabalho que leve à suspensão das certezas do sujeito em relação a suposta verdade de sua fala.

A linguagem, mais que informar, no dispositivo psicanalítico tem a função de permitir a evocação do singular do sujeito, uma vez que, sob o efeito da transferência de saber, a palavra permite a escuta do que está além dos sentidos comuns e os equívocos, os lapsos, os erros, os tropeços e mesmo os silêncios, tem a função de fazer emergir o desejo. É no furo do dizer que cada um pode tocar algo do que lhe causa e, com isto, articular respostas para suas demandas.

Temos então que, embora a psicanálise demonstre que as escolhas que o sujeito pode fazer entre o bem e o mal, certo e errado, não sejam escolhas que 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, estas possibilidades estão abertas para o sujeito que se coloca no laço social ante as quais ele pode sofrer passivamente as consequências ou nelas incidir ativamente.

A via ofertada pela ética da psicanálise propõe ao sujeito o trabalho de encontrar palavras para dizer o indizível e assim construir sua versão para o vazio que lhe concerne. Ela visa devolver ao sujeito sua autonomia e possibilidade de ser responsável

por seu sintoma, por suas escolhas, por suas ações, de criar seus próprios instrumentos para lidar com seu corpo, com a angústia, a tristeza, a felicidade, o medo, tornando-o cada vez menos estranho a si mesmo.

Considerações Finais

O desdobramento do percurso dessa pesquisa nos permitiu revisitar o período histórico recente de nosso país na luta pela democracia, a partir das proposições do Movimento pela Reforma Sanitária. Consideramos fundamental o conhecimento do processo histórico, assim como um esforço dos diversos segmentos ligados às práticas de saúde, como universidades, conselhos profissionais, entidades ligadas à pesquisa, e também a população, para fomentar reflexões e debates sobre a função da saúde pública para a sociedade e, de maneira implicada e crítica, sem saudosismos, garantir a continuidade de um sistema de saúde público capaz de atender com qualidade a cada um dos cidadãos de nosso Estado.

Passados mais de 20 anos da instituição do SUS, este ainda está longe de atender a todos com a infraestrutura e a qualidade dos serviços necessárias para abarcar a integralidade da saúde da população. No entanto, não é possível desprezar a série de avanços trazidos para a saúde da população por meio de ações da vigilância sanitária, epidemiológicas, de imunização, o acesso a transplantes de órgãos, a instituição de bancos de sangue públicos, a fabricação e distribuição de medicamentos essenciais, a inclusão da saúde bucal pública, entre outros benefícios.

Na abordagem das características da ABS e das diretrizes para as ações de saúde, deparamo-nos com uma série de dificuldades e obstáculos para a efetivação do trabalho no cotidiano dos serviços, sendo que vários fatores devem ser considerados e enfrentados para que mudanças no processo de trabalho propiciem melhorias na qualidade e na resolutividade da produção em saúde ofertada pela AB. Seria necessário melhorar as condições de trabalho, incentivar a valorização profissional, promover mudanças no currículo de ensino, propiciar maior plasticidade e flexibilidade na construção dos programas de saúde, promover e efetivar de fato uma rede intersetorial de atenção social e de saúde à população entre os ministérios, secretarias de estados e municipais que possam incrementar as iniciativas já realizadas entre alguns serviços locais.

Destaca-se como nó crítico e pede maior atenção a maneira como os profissionais de saúde em geral, e não apenas os médicos, exercem a prática clínica, reduzindo-a a investigação e remoção dos sintomas de uma doença. É certo que a

prática clínica, nas instituições de saúde, encontra-se permanentemente submetida aos cálculos de eficácia e produtividade exigidos cada vez mais pelas agências reguladoras da assistência à saúde pública. Neste sentido, na introdução deste trabalho, apontamos a preocupação de Delgado (2010) em que o MS possa equilibrar a gestão das portarias e normas de forma a não apagar as singularidades nas generalizações promovidas pelas políticas públicas.

Vimos no capítulo III que, em 1966, Lacan 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, vimos as críticas de Aragon (2003) à 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. Mas, mais que isto, difunde-se 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 frente ao 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 de pesquisas de novas terapêuticas à produção de medicamentos, ditando quais seriam os parâmetros científicos válidos a promover e manter o bem-estar social.

Para fazer frente a esta submissão, cabe aos sujeitos o questionamento e a crítica em relação ao modo de funcionamento desta montagem na sociedade atual. Mais ainda, cabe aos profissionais de saúde a responsabilização pelas posições que ocupam nos serviços, as quais só se sustentam nas demandas que os pacientes lhes endereçam por supor ali um saber.

Para que a prática clínica e o saber dela decorrente não se apaguem atrás de estatísticas, evidências, exames, medicações e benefícios, impõe-se a necessidade de considerar a fala daquele que se dirige aos profissionais e aos serviços de saúde, mais que a demanda de cura ou de benefícios.

Desde Freud e seu encontro com as histéricas, a experiência psicanalítica demonstra que o ser humano é afligido não apenas por sintomas que afetam seu organismo, mas também, e principalmente, porque sendo efeito da linguagem, desconhece a verdade que o causa. A experiência do inconsciente marca a relação do homem com a realidade “de tal maneira que a realidade só é entrevista pelo homem (...) de uma forma profundamente escolhida. O homem lida com peças escolhidas da realidade”. (LACAN, 1959-1960/1997, p.63).

Em sua experiência no hospital, Moretto (2006) pôde verificar como a história de vida e toda a organização psíquica do paciente influenciam o sentido que ele dá à doença e, conseqüentemente, às orientações que recebe da equipe. Dessa forma, considerar e trabalhar com a subjetividade pode auxiliar na adesão e na constituição de um campo relacional entre a equipe e o paciente que seja mais favorável ao tratamento, como também permite que o paciente, a partir de sua fala sobre sua história e sua vida, “encontre os seus próprios recursos para lidar com a situação na qual está inserido com menos angústia e maior capacidade de elaboração” (MORETTO, 2006, p.136).

A presença da psicanálise nos serviços da saúde pública pode e deve colaborar na afirmação da singularidade, uma vez que o sujeito do inconsciente comparece mesmo que não tenha sido previsto nos programas e protocolos formulados para a implantação e organização dos serviços e ações de saúde. Recusando reduzir o sintoma a uma anomalia a ser extirpada, mas antes, tomando-o em sua face de mensagem que revela um sofrimento ou mal-estar irreduzível à previsão e erradicação pela ciência, o psicanalista permite que se verifique que a lógica do universal não soluciona as particularidades do sujeito. Neste sentido, o sintoma, seja ele orgânico ou expresso em um ato aparentemente sem-sentido, apresenta-se como aquilo que interpela e interroga os ideais e as normas que anseiam manter cada elemento no seu devido lugar, ajustando hábitos práticos e mentais para a construção de uma realidade admitida como natural.

Na clínica, o psicanalista oferta a associação livre ao sujeito, propondo um tempo de suspensão de suas garantias que lhe permite, por meio da fala não calculada e livre

de julgamentos, o questionamento das certezas e abertura de espaços que lhe possibilite vislumbrar o sentido (direção) do desejo.

Nos serviços de saúde, apostamos na construção de espaços de fala e escuta para a formalização do mal-estar, tomando-o como sintoma que revela a emergência da singularidade dos pacientes e dos profissionais de saúde, que é escamoteada na homogeneidade e padronização da prática cotidiana.

No entanto, em nossa experiência, vimos que a premência do mal-estar que, cotidianamente, perpassa as relações que se estabelece entre profissionais de saúde e pacientes faz com que na fala destes sujeitos prevaleça a queixa através de enunciados que barram questionamentos e que dizem da certeza de que não há mais nada a fazer quanto aos obstáculos e impasses que impedem a efetivação da oferta de atenção à saúde com qualidade.

A posição investigativa do psicanalista, que transforma em estranhamento o excesso de explicações e justificativas, geralmente, desviadas das situações concretas e dirigidas ao Outro a quem se atribui a culpa por não dar o necessário, por não prever o inesperado, por ser indiferente, etc, pode auxiliar a equipe de saúde, como também a população a abrir questionamentos e interrogar 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 a ser elaborado e realizado pelos profissionais de saúde e pela população que acessa os serviços. Não se trata de fazer uma confrontação com as leis e normas que orientam a organização dos serviços, mas de se responsabilizar e demonstrar a viabilidade de um trabalho construído coletivamente.

Entrar no movimento do desejo significa lidar com a castração e convoca o sujeito ao trabalho. Nem sempre o homem aposta nessa saída como a mais eficiente para si, acomodando-se na repetição, identificando-se ao discurso do Ideal, que nesse caso gera impotência. A ética do bem-dizer o desejo “permite não confundir a impotência que desespera com a impossibilidade que libera” (JULIEN, 1996, p.173).

A ética da psicanálise, ao revelar o caráter singular e desarmônico do desejo em relação às normatizações instituídas, convoca o sujeito a se responsabilizar por sua falta-a-ser. Que o sujeito possa se responsabilizar por algo inédito decorrente do

movimento de seu desejo, dependerá de sua escolha. Assim, o juízo ético apresentado pela psicanálise é: “Agiste conforme o desejo que te habita”?

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 o atendimento de um indivíduo – “Minha filha precisa de tal atendimento”, “preciso de tal exame”.

No entanto, era notado que a sala de espera nos horários da consulta médica, coleta de exames ou em ocasiões de campanhas de vacinação e de prevenção de diversas patologias tornava-se um ponto de encontro ou reunião de “velhos conhecidos” que, casualmente, se encontravam ali.

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* (1929[1930]/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.

Nas várias situações em que apontamos para o mal-estar nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, pudemos verificar a prevalência dos efeitos do registro imaginário – próprio das formações grupais – em que inexoravelmente surge a tendência à constituição de rivalidades expressas no ódio, inveja, intriga, filialismo, entre outras, a que Freud chamou de “narcisismo das pequenas diferenças”. Se não se pode escapar desses efeitos, já que são efeitos do laço social, é possível tratá-los pelo registro simbólico que permite o deslizamento na cadeia de significantes e a produção de novos sentidos.

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 (1967/1980) é a do estabelecimento de um laço produtivo em que a transferência de trabalho opere entre os pares, visando o fazer clínico e a consequente produção de saber advinda desta prática. Nesta proposta, cada um se coloca a trabalho norteado por um objetivo comum, tomando os pares como parceiros de trabalho e pautando a tolerância das diferenças entre os pares nessa escolha, e não nos gostos ou preferências pessoais.

A partir desta lógica, o lugar comum ocupado pelo líder ou por um ideal é esvaziado, fazendo deste “furo” a causa do desejo de saber. Ao guardar o vazio que descompleta o todo-saber do Outro, representado pelo Ideal ou pelo líder, é possível a construção de um trabalho coletivo no qual o sujeito não se perca e preserve sua singularidade, pois o produto do trabalho de cada um será tomado como efeito do trabalho da equipe sobre o sujeito, como o índice de uma ação. Nesta proposta de

trabalho coletivo há um elemento – o mais-um – que deve ser ocupado por alguém que mantém uma relação de intimidade com a equipe e que tem a função de garantir a circulação do desejo mantendo vazio o lugar tradicionalmente preenchido por saberes *standards*.

No caso da UBS, cada membro da equipe e da comunidade deveria se colocar a trabalho a partir de sua condição desejante, permitindo-se uma maior autonomia de ação e uma maior ousadia em experimentar novas soluções para os problemas e projetos da comunidade, lembrando que se há algo que faz laço é o desejo, condição para a emergência do sujeito.

A partir desta proposição, apontamos que uma possibilidade de atuação do psicanalista na AB é na função de 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, 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-o 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 NASF, o psicanalista tem a oportunidade de se posicionar como mais-um, ainda mais, devido ao fato destas funções guardarem certa intimidade na relação que estabelecem com as equipes de saúde padrão. Não descarto a possibilidade do gerente de uma UBS ocupar a função do mais-um, porém ele terá maior dificuldade, uma vez que sua função está, cada vez mais, vinculada ao poder, à hierarquia e a administração das normas institucionais, sendo convocado por outras instâncias a ter-de-fazer-operar o serviço a partir destas normas.

Bibliografia

ALBERTI, S. Psicanálise: a última flor da medicina. A clínica dos discursos no hospital. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Organizadores) **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 37-55.

_____. Pesquisa e transmissão da psicanálise no contexto universitário. In: KYRILLOS NETO, F.; MOREIRA, J.O. (Organizadores) **Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade**. Barbacena MG : Ed.UEMG, 2010. p. 113-129.

_____. O Hospital, O Sujeito, A Psicanálise - Questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. In: **Revista da Sociedade Brasileira Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 143-160, jun, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v11n1/v11n1a11.pdf>. Acesso em: 06/08/2011.

ARAGON, L.E.P. A espessura do encontro. In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu/SP, v.7, n.12, p. 11-22, fev, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a01.pdf>. Acesso em: 09/06/2012.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. 2ª ed, São Paulo: Edipro, 2007. 348 p. apud CHECCIA, 2012.

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. 197 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975. Disponível em: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>. Acesso em: 06/03/2010.

ASKOFARÉ, S. O sintoma Social. In: GOLDENBERG, R.(org.) **Goza!Capitalismo, Globalização e Psicanálise**. Salvador: Algama, 1997. p. 164-189.

_____. Da subjetividade contemporânea. In: **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 10/09/2009.

BECKER, P. A ideologia da (in) satisfação. In: **Revista letra freudiana - 100 anos de projeto freudiano**: n. 15, p. 73-76, 1995. Disponível em: <http://www.escolaletrafreudiana.com.br/wp-content/uploads/publicacoes/49/Letra15-1667.pdf>. Acesso em: 05/03/2011.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? In: **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu/SP, v.9, n.17, p. 389-394, mar/ago, 2005a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>. Acesso em: 10/09/2009.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 561-571, jul/set, 2005b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>. Acesso em 03/10/2011.

BERCHERIE, P. **Géographie du Champ Psychanalytique**. Paris, Navarin Editeur, 1988. 175 p. apud FIGUEIREDO, 2002.

BEZERRA, B. A psicanálise é humana, demasiado humana. **Anuário Brasileiro de Psicanálise de 1991**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, v.1, p. 40-45, 1991. apud FIGUEIREDO, 2002.

BOTAZZO, C. Sobre a Atenção Básica. Os cuidados primários de saúde no contexto da Reforma Sanitária brasileira. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M.A.P. DE (Organizadores) **Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008. p.1-12.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 604p.

BRASIL. 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. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. 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. 92 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009. 282 p.

BRASIL. 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. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

CABAS, A.G. **O sujeito na psicanálise de Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2009. 255 p.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**. São Paulo: Hucitec, 1992. 220 p. apud CUNHA, 2004.

_____. **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 06/02/2012.

_____. **Um Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. São Paulo: Hucitec. 2000. 236 p.

_____. **Saúde Paidéia**, São Paulo: Hucitec, 2003. 185 p.

_____. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? In: **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu/SP, v.9, n.17, p. 398-400, mar/ago, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf> . Acesso em: 10/09/2009.

_____. 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: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 41-80.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, supl.0, p. 1865-1874, nov, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/09.pdf> . Acesso em: 08/09/2011.

CAMPOS, G.W.S.; CAMPOS, R.O. **Ciência e políticas públicas em saúde: relações perigosas**. In: **Revista saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.24, n.55, p. 82-91, maio/ago, 2000. Disponível em: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.24%2C+N.55+-+maio%2Fago.+2000&pesq=campos&x=83&y=15 . Acesso em 06/02/2012.

CAPOZZOLO, A.A. **No olho do furacão: O trabalho médico e o programa saúde da família**. 2003. 299 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CAPUCCI, P.F. et al. Programa de Recursos Descentralizados na Saúde (PROREDE): consolidando a cidadania e a participação popular In: **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, supl.1, p.278-285, maio, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/24.pdf>. Acesso em:

COSEMS. Conselho Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. **Diretrizes para a gestão municipal**. São Paulo : [s.n.] v.2, 2008. 72 p.

CHECCHIA, M.A. **Sobre a política na obra e na clínica de Jacques Lacan**. 2012. 365 p. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

_____. O inconsciente é a política? In: **Stylus: revista de psicanálise**. Rio de Janeiro, n. 22, p. 69-79, maio, 2011.

_____. Aristóteles e Bentham: o uso dessas referências no seminário 20 de Lacan. In: **Livro Zero: revista de psicanálise**. São Paulo, v.1, n. 1, p. 70-81, 2º sem., 2010.

CHEMAMA, R.(Org.) **Dicionário de Psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995. 241p.

CLAUS, S.M. **Competências para o gerenciamento de processos de trabalho na atenção básica: contribuições para a formação e a atuação de profissionais da saúde**. 2005. 246 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

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.

DELEUZE,G.; GUATTARI, F. **Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia**. v. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. 128 p. apud KASTRUP, 2007.

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**. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, 2010. p. 35-45. Disponível em: <http://www.pol.org.br>. Acesso em: 15/06/2012.

DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira; 1975. 174 p.

DUMONT, L. **Ensaio sobre o individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. Rio de Janeiro: Rocco, 1985. 284 p.

DUNKER, C.I.L. **O cálculo neurótico do gozo**. São Paulo: Escuta, 2002. 223 p.

ELIA, L. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L.(Organizadores) **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 19-35.

_____. O sujeito, o real e o social In: **Seminário de Estudos em Análise do Discurso**, 2005, Porto Alegre. Anais Eletrônico do SEAD. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/analisedodiscurso/anaisdosead/2SEAD/MESAS-EDONDAS/LucianoElia.pdf>. Acesso em: 15/06/2012.

_____. **O conceito de sujeito**. 3ª ed., Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010. 84 p.

FARIA, M.R.; REIS, M.L.O. Limite e pertinência do complexo de Édipo em psicanálise In: **A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia** vol.2, n.1, p. 101-112, jan/jun São, Paulo, 2010.

FERREIRA, M.S.; CASTIEL, L.D.; CARDOSO, M.H.C.A. Promoção da saúde: entre o conservadorismo e a mudança. In: **Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte**, 15, 2007, Recife. Anais Eletrônico do XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte [e] II Congresso Internacional de Ciências do Esporte /

Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte. Recife: CBCE, 2007. Disponível em: <http://www.cbce.org.br/cd/resumos/023.pdf> . Acesso em: 10/06/2011.

FIGUEIREDO, A.C. **Vastas Confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. 3ª ed., Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002. 184 p.

FREUD, S. **Projeto para uma psicologia científica**. (1950[1895]) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. I.

_____. **A psicopatologia da vida cotidiana** (1901) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. VI.

_____. **Os chistes e sua relação com o inconsciente** (1905) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. VIII.

_____. **O inconsciente** (1915) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XIV.

_____. **Linhas de progresso na terapia psicanalítica** (1919[1918]) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XVII.

_____. **Além do princípio de prazer** (1920) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XVIII.

_____. **Psicologia de grupo e análise do ego** (1921) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XVIII.

_____. **A negativa** (1925) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XIX.

_____. **A questão da análise leiga**. (1927) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. vol. XX.

_____. **O mal-estar na civilização**. (1930[1929]) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XXI.

_____. **Análise terminável e interminável**. (1937) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XXIII.

FUKS, B.B. **Freud e a Cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. 71 p.

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: 05/06/2011.

GOLDENBERG, R.D. **Ensaio sobre a moral de Freud**. Salvador: Agalma, 1994. 130 p. (Coleção discurso psicanalítico, v.4).

GROSSI, F. Centro Mineiro de Toxicomania: uma experiência singular. In: QUINET, A. (org.) **Psicanálise e Psiquiatria – Controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiosos, 2001. p. 165-170.

HISTÓRIA do SUS em Guarulhos. **Apostila do Curso: (Re)descobrimo o SUS Guarulhos – MultiplicaSUS**, Guarulhos, p.33-38, agosto, 2007. Publicação para circulação interna.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. DE S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. 1986 p.

JULIEN, P. **O estranho gozo do próximo: ética e psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. 174 p.

_____. **Abandonarás teu pai e tua mãe.** Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2000. 93 p.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: **Revista Psicologia e Sociedade.** Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a03v19n1.pdf> . Acesso em: 10/06/2012.

KAUFMANN, P. (Ed.). **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. 785 p.

KERNBERG, O. A situação atual da psicanálise. **Boletim de novidades. Pulsional.** Centro de psicanálise: Livraria pulsional, São Paulo. n. 59, ano VII, mar, 1994. Apud FIGUEIREDO, 2002.

KOERNER, A. Ordem política e sujeito de direito no debate sobre direitos humanos. In: **Lua Nova: revista de cultura e política.** n. 57, p. 87-111, 2002. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=67311576005>. Acesso em: 05/06/2011.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu. (1949) In: **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. P. 96-113.

_____. **O seminário, Livro 02: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise.** (1954-1955) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. 413 p.

_____. A coisa freudiana. (1955) In: **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 402-437.

_____. **O seminário, Livro 04: a relação de objeto.** (1956-1957) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. 456 p.

_____. **O seminário, Livro 05: as formações o inconsciente.** (1957-1958) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. 532 p.

_____. **O seminário, Livro 07: a ética da psicanálise.** (1959-1960) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. 396 p.

_____. A subversão do sujeito e a dialética do desejo o inconsciente freudiano. (1960) In: **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 807-842.

_____. **O seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** (1964) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 269 p.

_____. O lugar da psicanálise na medicina (1966) In: **Opção lacaniana: revista brasileira internacional de psicanálise.** São Paulo, n. 32 , p. 8-14 , dez, 2001.

_____. **Televisão.** (1974) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. 89 p.

_____. **O Triunfo da Religião** (1975) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. 85 p

LAURENT, E. Alienação e Separação I. In: FINK, B; FELDSTEIN, R.; JANUS, M.(organizadores). **Para Ler o seminário XI de Lacan.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 31-41, 1997.

_____. Alienação e Separação II. In: FINK, B; FELDSTEIN, R.; JANUS, M.(organizadores). **Para Ler o seminário XI de Lacan.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 42-51, 1997.

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 (organizadores) **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. In. **Stylus: revista de psicanálise.** Rio de Janeiro, n.14, p. 105-113, abr, 2007.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da Educação Profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2.ed. rev. ampl., p. 44-50, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em 10/01/2012.

MELO, R.A.C. Onde o mal está na civilização? In: **CliniCAPS**, v. 4, n.10, p. 1-9, jan/abr, 2010. Disponível em: http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_10/Revista%2010%20art3.pdf. Acesso em: 10/06/2012.

MELLO, D.M. **Nau do desejo: o percurso da ética de Freud a Lacan**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Alfenas, MG: Unifenas, 1995. 179 p.

MENDES, E.V. SUS. O sonho da universalização e o pesadelo da segmentação. In: **Revista do Instituto Humanitas Unisinos** (IHUONLINE), São Leopoldo, ano VIII, n.260, p. 5-6, jun, 2008. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao260.pdf>. Acesso em: 21/10/2011.

MENDONÇA, M.C.A. As intervenções nas residências terapêuticas: o que a psicanálise tem a dizer sobre essa clínica? In: **Revista Estudos de psicanálise**. Belo Horizonte, n.30, jul, 2007. Disponível em: <http://www.cbpc.org.br/rev3014.htm>. Acesso em: 10/06/2012.

MERHY, E.E. **Alma-Ata – Qual é o jogo?** Campinas, 1986. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-19.pdf>. Acesso em: 09/06/2011.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 305-314, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7114.pdf>. Acesso em : 09/06/2011.

MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. 385 p. apud CUNHA, 2004.

MEZAN, R. Prefácio. In: **A vingança da esfinge: ensaios de psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1988a. p. 7-22. apud FIGUEIREDO, 2002.

_____. Klein, Lacan: para além dos monólogos cruzados. In: **A vingança da esfinge: ensaios de psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1988b. p. 271-279. apud FIGUEIREDO, 2002.

_____. Problemas de uma história da psicanálise. In: BIRMAN, J.(org.) **Percurso na história da psicanálise**. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, p. 15-41, 1988c. apud FIGUEIREDO, 2002.

MORETTO, M.L.T. **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.

_____. Longe do divã, perto do paciente. A psicanálise onde o paciente está: no hospital. **Agência USP de notícias**. São Paulo. n. 594, Ago, 2000. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/bols/2000/rede594.htm>. Acessado em 03/06/2012.

_____. **O que pode um analista no hospital?** 1994, 196p. Dissertação (Mestrado em Psicologia clínica) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

NEMES, M.I.B. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (organizadores). **Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. P. 48-65. apud CAPAZZOLO, 2003.

NERI, R. A clínica como política de resistência da vida. In: **Revista lugar comum: estudos de mídia, cultura e democracia**. Rio de Janeiro, n. 21-22, p. 91-108, jul/dez, 2005. Disponível em: <http://uninomade.net/lugarcomum/21-22/>. Acesso em: 25/06/2011.

OLIVEIRA, B.S.A. **Instituição e psicanálise: da impotência a impossibilidade**. 2000, 96p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

OMS. **Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires: vingt-cinquième anniversaire.** Rapport du Secrétariat. Geneve, A56/27, 2003. apud BOTAZZO, 2008.

OMS. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud e del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia In: **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS)**, 6 de septiembre de 1978. Geneve: OMS, 1978. apud BRASIL. Conass, 2009.

PACHECO FILHO, R.A.P. A praga do capitalismo e a peste do capitalismo. In: **A Peste. Revista de Psicanálise e Sociedade.** São Paulo, v.1, n.1, p. 143-163, jan/jun, 2009.

_____. Kant, Sade e o direito ilimitado ao gozo do corpo do outro: o limite escamoteado da razão iluminista. In: **Livro Zero: revista de psicanálise.** São Paulo, v.1, n. 1, p. 141-147, 2º sem., 2010.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: **The Lancet.** v. 377, maio, 2011. (Série Saúde no Brasil 1) Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso: 30/09/2011.

PARADA, C. O acolhimento revisitado In: BAPTISTA, M. et al. (organizadores) **Drogas e pós-modernidade.** Rio de Janeiro: UERJ, v.1, 2003. p. 221-229.

PASCHE, D.F. **Gestão e subjetividade em saúde: elementos para uma reforma da saúde.** 2005. (Síntese da tese de doutorado Pasche (2003) apresentado na oficina apoiadores PNH no município de Guarulhos).

QUINET, A. **As 4 + 1 condições da análise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. 124 p.

RAMOS, C. A dominação do corpo no mundo administrado: uma questão para a psicologia social. In: **Psicologia: Ciência e Profissão.** Brasília, v. 24, n. 1, p. 56-63, mar, 2004.

_____. Consumismo e Gozo: uma compreensão de ideologia entre T.W.Adorno e J.Lacan. In: **Revista de Psicologia da USP.** São Paulo, v.19, n.2, p. 199-212, abr/jun, 2008.

REIS, A.O.A; MARAZINA, I.V.; GALO, P.R. A Humanização da Saúde como instancia libertadora. In: **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: 12/09/2009.

RINALDI, D. **A ética da diferença – um debate entre psicanálise e antropologia.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. 157 p.

SANTOS, D.N.dos. **A função apoio na gestão - experimentações possíveis no espaço de gestão.** Trabalho apresentado no 1º Encontro com Coordenações e/ou Representações de Humanização das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, realizado em 2010 em Brasília.

SIGAL, A.M. Psicanálise, grupos, instituições públicas. In: **Revista Percurso**, n. 2, p. 40-45, 1 sem 1989. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/percurso>. Acesso em: 30/09/2011.

SÓFOCLES. **Édipo em Colono.** Porto Alegre: L&PM, 2010. 144 p.

_____. **Antígona.** Porto Alegre: L&PM, 2010. 112 p.

SOLER,C. O sujeito e o Outro I. In: FINK, B; FELDSTEIN, R.;JANUS, M.(organizadores). **Para Ler o seminário XI de Lacan.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 52-57.

_____. O sujeito e o Outro II. In: FINK, B; FELDSTEIN, R.;JANUS, M.(organizadores). **Para Ler o seminário XI de Lacan.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 58-67.

_____. **A psicanálise na civilização.** Rio de Janeiro: Contra Capa livraria, 1998. 478 p.

_____. O psicanalista e sua instituição. In: **A psicanálise na civilização**. Rio de Janeiro: Contra Capa livraria, 1998. p. 291-306.

_____. Campo Lacaniano. In: **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.; LOBO, E. Controle Social e Políticas de Saúde. In: **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: 10/10/2011.

TEIXEIRA, S.F. Precisamos conseguir implantar o SUS efetivamente antes de pensar em reformá-lo. In: **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: 21/10/2011.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária à saúde. In: **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: 03/10/2011.

TENÓRIO, F. Reforma Psiquiátrica e psicanálise: um trabalho necessário. In: FIGUEIREDO, AC.; CAVALCANTI, M.T. (Organizadoras) **A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001. p. 85-99.

TORRES, R.S. **Dimensões do ato em psicanálise**. São Paulo: Annablume, 2010. 228 p.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde In: CAMPOS, G.W.S. et al (org) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.531-562.

VERNAT, J.P.; VIDAL-NAQUET, P. **Mito e tragédia na Grécia antiga**. São Paulo: Duas Cidades, 1977. 163 p. apud SOUZA, 1991.