

Medicina psicossomática e a política de humanização do SUS: desconforto na contemporaneidade

Psychosomatic medicine and the policy of humanization of SUS:
discomfort in the contemporary world

Medicina psicossomática y la política de humanización del SUS:
desagrado en la contemporaneidad

*Melissa Rossatti Duval**
*Silene de Lima Oliveira***

RESUMO: O presente artigo apresenta uma reflexão e revisão teórica sobre a política de humanização, presente na Política Nacional de Humanização (PNH-HumanizaSUS) e traz a contribuição da medicina psicossomática, através de seus conceitos teóricos, para a discussão e a atuação terapêutica na relação entre profissionais e usuários no sistema de saúde. Também aborda de forma concisa a estrutura e o momento atual do sistema de saúde, traçando um breve histórico crítico sobre o conceito de humanização e sua interrelação com o sujeito e seu coletivo nos serviços de saúde, em que existe uma complementação entre o gerir e o cuidar. Questiona a importância de um modelo de gestão que possibilite uma expansão das redes sociais presentes no sistema de saúde, onde ocorram transformações no modo de cuidar, com o protagonismo do sujeito, contribuindo para uma efetividade no processo saúde-doença na contemporaneidade.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da assistência. Política de saúde. Medicina Psicossomática.

ABSTRACT: This article presents a reflection and a theoretical revision about the policy of humanization proposed by the Brazilian National Policy of Humanization (PNH-HumanizaSUS) and brings the contribution of psychosomatic medicine, by means of its theoretical concepts, for the discussion and therapeutic action in the relationship between professionals and users of the health system. The article also briefly approaches the structure and the present moment of the system of health, delineating a brief historical critic for discussing the concept of humanization and its interrelations with human subject and their communities in health services, in which there is a complementing between managing and taking care. The importance of a model of management that allows for an expansion of the present social networks in the health system – a system in which transformations may happen in the way one takes care, with a proactive attitude of human subject – is questioned, contributing for an effectiveness in the process health-disease in the contemporary world.

KEYWORDS: Humanization of assistance. Health policy. Psychosomatic medicine.

RESUMEN: Este artículo presenta una reflexión y revisión teórica acerca de la política de humanización, presente en la Política Nacional de Humanización (PNH-HumanizaSUS) y trae el aporte de la medicina psicossomática, por medio de sus conceptos teóricos, para la discusión y actuación terapéutica en la relación entre profesionales y usuarios del sistema de salud. El artículo también aborda de manera concisa la estructura y el momento actual del sistema de salud, delineando un breve histórico crítico a cerca del concepto de humanización y su interrelación con el sujeto y su comunidad en los servicios de salud, en los que hay una complementación entre el gestionar y el cuidar. Se cuestiona la importancia de un modelo de gestión que permita una expansión de las redes sociales presentes en el sistema de salud – un sistema en lo que se produzcan transformaciones en la manera de cuidar, con el protagonismo del sujeto, contribuyendo para una efectividad en el proceso salud-enfermedad en la contemporaneidad.

PALABRAS-LLAVE: Humanización de la asistencia. Política de Salud. Medicina Psicossomática.

* Psicóloga. Especialista em Saúde Pública pelo Centro Universitário São Camilo – SP, Especialista em Psicossomática Psicanalítica pelo Instituto SEDES Sapientiae – SP.
** Enfermeira. Terapeuta. Professora da Faculdade de Jaguariúna. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FCM- UNICAMP. Mestre pela EEUSP-SP, Especialista em Psicossomática Psicanalítica pelo Instituto SEDES Sapientiae-SP.

Medicina Psicossomática

Nas últimas décadas tem sido frequente a produção de trabalhos na saúde que enfoquem o sofrimento e a dor do paciente, expressados por outras vias que não a verbal. Junto a isso, se torna cada vez mais comum a presença de sujeitos nos serviços de saúde transitando, por meio de diversas especialidades, com queixas e marcas corporais sem uma possibilidade de resubilidade, sujeitos “poli-queixosos”, de difícil diagnóstico. A consulta de pacientes com queixas somáticas e sem explicação clínica definida é bastante frequente na atenção primária, sendo que alguns sujeitos acabam se caracterizando com queixas crônicas, se tornando persistentes na busca pela atenção médica na contemporaneidade. Isso nos leva a questionar e pensar sobre a Medicina psicossomática dentro da saúde.

Pensando no significado da Medicina Psicossomática e dos transtornos somatoformes, consideramos importante destacar suas definições para expor posteriormente o motivo da escolha pelo descritor de saúde em Medicina Psicossomática. Junto aos descritores de saúde da Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME – encontramos a Medicina Psicossomática com descrição de “um sistema da medicina que almeja descobrir a natureza exata da relação entre as emoções e as funções corporais, afirmando o princípio de que a mente e o corpo são uma unidade”; já os Transtornos Somatoformes são “transtornos em que há a presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral, mas que não são completamente explicados por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou por qualquer outro transtorno mental”¹.

O conceito da medicina psicossomática traz em sua descrição uma

ideia de unidade entre mente-corpo, somato-psíquico, estando mais voltado para a dinâmica biopsíquica mais ampla e não somente para o modelo biomédico.

A doença psicossomática caracteriza as doenças orgânicas através de sua origem e evolução, explícita uma participação psicológica, em que a estrutura e o funcionamento psíquico exercem um papel importante e predominante na organização e nas defesas contra a desorganização psicossomática².

Ao pesquisar a origem dos conflitos e suas repercussões podemos compreender a manifestação psíquica ou somática como uma cristalização do sofrimento humano. Na psicanálise encontramos os sintomas corporais vistos como uma transposição do conflito psíquico para o somático³.

O aparelho psíquico adota um papel protetor contra os excessos de excitação por meio das representações; representa a função primordial para o equilíbrio psicossomático do indivíduo. É por meio da ligação das representações e do afeto vivenciado que se dá esse equilíbrio. Quando isso não ocorre, deixa uma quantidade de excitação elevada circulando livremente dentro do organismo, constituindo uma experiência traumática. Em Volich⁴ vemos que “o efeito traumático depende da combinação entre os recursos do sujeito e a intensidade de reação à experiência: um sujeito com poucos recursos para enfrentar uma mudança aparentemente sem importância de sua vida pode viver essa mudança como traumática, assim como uma pessoa bem estruturada pode suportar acontecimentos intensos e ser capaz de reorganizar-se e superar rapidamente suas consequências” (p. 72)⁴.

Dentro da psicossomática psicanalítica, Marty e M’Uzan⁵ apontam que os pacientes psicossomáticos

normalmente, apresentam um empobrecimento na vida onírica e na capacidade de representação simbólica, uma limitação nas trocas interpessoais – também chamada de relação branca – com tendência a vínculos afetivos pouco significativos e relacionamentos superficiais. Marty⁶ também considera que o sujeito se encontra em um estado de carência em sua função mental de significação da experiência traumática ou da não-representação de um conflito, uma falta ou falha identificado como processo de mentalização. Aborda a mentalização como o que diz respeito à quantidade e à qualidade de representações psíquicas, das imagens psíquicas do indivíduo onde o aparelho psíquico procura regular as energias instintivas e pulsionais, sendo assim a criatividade, os sonhos e a fantasia se tornam primordiais no equilíbrio psicossomático.

As tendências à dificuldade de vínculos afetivos, ao distanciamento interpessoal e à manutenção de relações brancas, estão associadas às identificações esquemáticas que estes sujeitos estabelecem devido a escassez de seus investimentos libidinais⁷.

Marty⁶ levanta a proposição de um funcionamento chamado de “pensamento operatório”, destaca que o desenvolvimento de suas ideias parte do princípio de que a atividade de representatividade simbólica e fantasmática torna possível o escoamento das excitações, integrando as demandas pulsionais e subsidiando a formação de sintomas – geralmente mentais, mas ocasionalmente físicos – reversíveis. Trata-se de uma modalidade de funcionamento operatório diante de situações de desorganização. Em Kreisler² encontramos que “a carga ligada às pulsões libidinais e agressivas, malveiculadas e não elaboradas pelas proteções mentais, adentra rapidamente a via somáti-

ca”; segundo Volich⁴, as falhas no desenvolvimento ou experiências de vida traumáticas, comprometem a estrutura e o funcionamento psíquico. Essas deficiências levam o organismo a utilizar recursos mais rudimentares, motores ou até mesmo as reações orgânicas no intuito de um reequilíbrio do organismo. A doença é um excesso, um trauma, uma expressão de busca de restabelecimento do organismo.

Sujeitos com este perfil possuem a característica de um vínculo com a doença que acaba sendo refletido nas inúmeras consultas médicas que realizam em busca da resolubilidade de suas dores. Trata-se de uma via muito mais regredida de expressão, utilizando-se de recursos primitivos, como o corpo, para dar forma e, muitas vezes voz, à experiência humana. Esses sujeitos buscam nos serviços de saúde, uma forma de ver seus sofrimentos amenizados ou resolvidos, através de suas dores ou doenças corporais, caminham entre especialidades e unidades diversas, em busca de alguém ou algum meio que lhes traga sentido ao seu sofrimento. Aos poucos vai se configurando um andarilho em meio ao serviço de saúde, explicitando por meio de suas queixas orgânicas, a angústia de não conseguir dar sentido ao seu sofrimento; por outro lado, o médico ou o cuidador, se esvai nas tentativas de elucidar, traduzir, os sintomas expostos pelo corpo do paciente:

“Em uma cacofonia de sintomas e métodos terapêuticos, médicos e pacientes vivem a dificuldade crescente de se compreenderem. Uns não se sentem escutados, outros não reconhecidos. Circulam os sintomas ao sabor de uma ciranda cada vez maior de profissionais. Ao longo de consultas e intervenções, muitas vezes permanece o paciente

com sua queixa e o médico com seu sofrimento. Compartilham apenas uma incômoda solidão, indizível” (p. 9)⁸.

Com a característica de difícil diagnóstico ou resolubilidade, de perseveração ou deslocamento dos sintomas e até mesmo do surgimento de novas patologias, estes sujeitos acabam sendo de grande ônus para todo o sistema de saúde e risco de complicações iatrogênicas, além de despertarem um sentimento de impotência, frustração e até mesmo desconforto no cuidador ou profissional da saúde, já que a insistência destes pacientes somada ao não alívio de suas queixas acabam causando um viés de antipatia na relação paciente-cuidador.

Caímos no campo da comunicação, a dificuldade de compreensão entre cuidador-paciente explicita o quanto cuidar de sujeitos com o perfil psicossomático, pode passar pela falha nas relações humanas. Além disso, como já abordado, esses pacientes possuem uma tendência a bloquear a significação de seus sentimentos, podendo gerar uma forma de relacionamento interpessoal bastante comprometido.

Esses sujeitos possuem um perfil que se faz necessário uso de instrumentos terapêuticos outros que não os da clínica tradicional. Muitos autores na área da Psicossomática trazem a ideia do quanto o sofrimento somático está atrelado às experiências, à dinâmica e à história de vida do paciente, começando a se configurar a necessidade de um espaço terapêutico que possibilite dar voz à subjetividade do sujeito. Os traumas sofridos pelo sujeito devem ser considerados dentro do ambiente biopsicossocial que está inserido⁹, abrindo um espaço de escuta e de possibilidade para permitir a circulação e possível articulação da violência, da dor e do sofrimento vivido; o trauma

normalmente gera um estaque, um silêncio, e junto a ele vem a impossibilidade de significação e de representação da experiência vivida; muitas vezes frente ao silêncio, o corpo se disponibiliza como palco da expressão desta dor e a terapêutica se constrói a partir da escuta centrada na história do sujeito, para que o corpo possa dar trégua à expressão e a fala (voz) possa ganhar corpo na articulação do adoecimento.

Um breve histórico crítico sobre o conceito de humanização do SUS¹⁰

Entre 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador¹¹.

A proposta da PNH foi a de se constituir como política que atravessa os diferentes setores e programas do Ministério da Saúde (MS), buscando traçar um plano comum e transversal por meio da valorização da dimensão humana das práticas de saúde¹¹.

O artigo crítico redigido por Benevides e Passos¹² contextualiza a política de Humanização do SUS, bem como coloca em análise o conceito-sintoma e o conceito-experiência contido neste movimento. Advertem que o tema humanização passou a se insinuar como uma preocupação para a agenda política do SUS desde o ano 2000, por ocasião da XI Conferência de Saúde-CNS, cujo título era “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”.

Estes autores revelam que os discursos apontavam “para a urgência de se encontrar outras respostas à crise da saúde, identificada

por muitos como falência do modelo SUS. A fala era de esgotamento." Uma vez que os usuários reivindicavam o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais, lutavam por melhores condições de trabalho. Já "os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos".

Benevides e Passos¹² ressaltam que "entre os anos 1999 e 2002, além do PNHAH, algumas outras ações e Programas foram propostos pelo Ministério da Saúde como: a instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), dentre outros".

Humanização como conceito-sintoma, enunciado por Benevides e Passos¹², aglutina "a noção que paralisa e reproduz um sentido já dado, presentes "em práticas de atenção: a) segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); b) identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher); c) orientadas por exigências de mercado que devem "focar o cliente" e "garantir qualidade total nos serviços".

Este modelo denuncia sua estereotipia, mas também sua po-

tência, permitindo a retomada do instituído pela prática do SUS, em sua concretude, ou seja, é um conceito-sintoma por ser também um conceito-experiência, "que, ao mesmo tempo, descreve, intervem e produz a realidade nos convocando para mantermos vivo o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum"¹². Neste sentido afirma-se que "a construção de um sentido possível para a expressão Humanização da Saúde se expressa na PNH em um novo posicionamento que afirma um homem comum (com artigo indefinido), um ser humano na sua existência concreta, na sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos"¹¹.

Ao completar cinco anos da PNH, em 2008, os autores Heckert, Passos e Barros¹¹ refletem sobre o fato desta ter sido concebida como uma política de governo necessitando ganhar lugar de política pública. Neste sentido, buscou-se capilarizar os princípios, as diretrizes e os dispositivos da Política, com vistas a "encarnar um modo de fazer, uma atitude de responsabilidade, de protagonismo e de autonomia na realidade concreta dos trabalhadores e usuários de saúde".

Na elaboração da Constituição Federal em 1988, a saúde se afirmou "como direito e dever, como valor universal e distribuído equanimemente, como sentido integral". O SUS "pode e deve servir como causa comum: o comum que nos permite a comunicação, a comunidade de interesses e compromissos e a comunhão de sentidos". Nessa perspectiva, são princípios metodológicos da PNH: 1) a transversalidade, entendida como aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos; 2) a inseparabilidade entre atenção e gestão; 3)

o protagonismo dos sujeitos e coletivos¹¹.

O acolhimento como estratégia de humanização

Dentro do serviço público de saúde, nos encontramos em um momento de muitas implementações, avaliações e revisões acerca da garantia e da efetividade do processo saúde-doença. Acontece que estes pacientes psicossomáticos, que circulam pelo sistema de saúde, ainda se mostram como grandes desafios para este processo. Estes andarilhos do indizível ainda não encontraram uma resiliência eficaz para suas doenças, o Sistema Único de Saúde possui ferramentas que seriam eficazes na relação destes sujeitos com o serviço, porém estas ferramentas ainda não são exploradas em seu melhor formato. Podemos encontrar na Política de Humanização da Saúde algumas ferramentas, que serviriam a favor desta dinâmica, já implantadas nas gestões atuais; um olhar a partir da psicossomática poderia ser um contribuinte para aprimorar as ferramentas dos dispositivos propostos dentro da política de saúde.

O acolhimento é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) na saúde pública no Brasil e vem sendo utilizado como ferramenta para viabilização dos princípios e resultados desta Política¹³. No glossário HumanizaSUS, encontrado no Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, como definição de acolhimento temos:

"Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção

resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário¹⁴.

Percebe-se a importância da escuta clínica dos profissionais de saúde quando utilizam o dispositivo do acolhimento de forma correta. A tentativa de se fazer entender acaba tendo lugar quando o paciente psicossomático entra em contato com o acolhimento no sistema de saúde. Através do encontro com o outro, e este outro capacitado para uma escuta clínica atenta e centrada na pessoa, surge a possibilidade de se criar um espaço apto a compartilhar e dar significação àquilo que outrora estaria renegado à expressão somática.

Assim se abre a possibilidade de uma rede de autonomia, como percebemos através da cartilha de PNH – Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde:

“O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde. A reversão desse processo nos convoca à construção de alianças éticas com a produção da vida, em que o compromisso singular com os sujeitos, os usuários e os profissionais de saúde ganhe centralidade em nossas ações de saúde. Essas alianças com a produção da vida implicam um processo que estimula a co-responsabilização, um encarregar-se do outro, seja ele usuário ou profissional de saúde, como parte da minha vida. Trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento, em que a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita que “eu me reinvente, inventando-me com o outro”¹³.

O acolhimento permite uma participação ativa e efetiva dos pro-

fissionais, que se encontram envolvidos no processo de promoção de saúde, mostrando a importância de estarem abertos ao encontro com o outro, valorizando a escuta atenta com compromisso, como vemos:

“Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde”¹³.

Através deste protagonismo entre os profissionais de saúde e os usuários, a Humanização na saúde acaba exercendo caráter de promoção da autonomia e da subjetivação do sujeito na sociedade.

Desconforto na Contemporaneidade: o sujeito e o coletivo no HumanizaSUS

“Ampliar a clínica envolve afirmar que ela é constituída pela tensão entre forças que compõem os processos de produção de subjetividade para além do sujeito constituído – instituição sujeito forjada na e pela história” (p. 89)¹⁵.

O mal estar evidencia, na tradição ocidental, o somático, no terreno do sintomático. “A medicina fica impotente face ao corpo ruidoso, mas silencioso, e a psiquiatria não pode regulá-lo pelos recentes instrumentos da psicofarmacologia de maneira eficaz, a psicanálise, centrada no campo da fala e da linguagem, em contrapartida, espera sempre de maneira incerta que inaudível se transforme em verbo para que se possa consubstanciar, então em gestos de cuidados” (p. 55)¹⁶.

Superar a dicotomia clínica e gestão é defender a dupla interfe-

rência que altera tanto as práticas de cuidado, quanto modifica os modelos de gestão, impondo aí a atitude analítica e de cuidado com os sujeitos implicados no trabalho em saúde: trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Gerir e cuidar tornam-se, assim, aspectos complementares.

O sofrimento borbulha do desassossego, manifestando a incoerência latente da tensão entre o que se é, essência pretendida-ideal, e o modo que se vive, realidade possível. “O sofrimento é da ordem do desejo. Não se trata de carência e nem de excesso. Sofre-se porque se vive e viver nos convoca à ampliação das formas postas ao nos defrontarmos com imprevisibilidades nas nossas relações no mundo. Sofre-se porque se experimenta uma perturbação que nos convoca à atividade. Contudo essa atividade diz respeito a um movimento que não distingue andar ou estar parado. Pode-se permanecer sentado e, entretanto, estar em meio a um turbilhão de processos em curso”¹⁷.

Retomando a ideia de Volich, Ferraz e Ranña⁸, o andarilho incômodo que trafega nos corredores dos serviços de saúde, explicitando, por meio de suas queixas orgânicas, a angústia de não conseguir dar sentido ao seu sofrimento e, por outro lado, o médico ou o cuidador, se esvaindo nas tentativas de elucidar, traduzir os sintomas expostos pelo corpo do paciente.

Foucault alerta para a ética do *cuidar de si*, o que inspira a afirmação: “o objetivo do “cuidador” deveria ser menos cuidar e mais incitar o desejo de cuidado, ou melhor, provocar no outro o desejo de cuidar de si. O cuidado de si para Foucault seria uma prática social. Potência política de expansão das redes sociais por meio do exercício ético do “cuidado de si” em sua força estética de invenção de outras possibilidades de vida, de ampliação

das normatividades, de transmutação de estados de coisa¹⁷. Resistência ou “re-existência” nos modos naturalizados de viver a vida.

A Medicina Psicossomática, dentre suas teorias, possibilita ferramentas no processo de cuidar através do olhar e da escuta para

além do sintoma físico, possibilitando o despertar do sujeito, para um estado de mudança e transformação de seu sofrimento. Assim como encontramos no Humaniza-Sus princípios de atuação e relação entre gerir e cuidar, corroborando para o protagonismo do sujeito na

coletividade. O exercício do cuidar passa pelo exercício do existir inserido no coletivo, o referencial da psicossomática pode contribuir na humanização da saúde, visando um cuidado mais efetivo nas diferentes manifestações do processo saúde-doença na contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

1. DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. São Paulo: Bireme/Opas; 2010. Disponível em <http://decs.bvs.br/>.
2. Kreisler L. A nova criança da desordem psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
3. Freud S. As neuropsicoses de defesas. In: ID. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
4. Volich RM. Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.p.63-76.
5. Marty P, M'Uzan M. O pensamento operatório. Trad Beusson VAC. Rev Brasileira de Psicanálise. 1994;28(1).
6. Marty P. Mentalização e Psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.
7. Peres RS.O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce Mcdougall. Rev Psicol Clínica. 2006;18(1):165-77.
8. Volich RM, Ferraz FC, Ranña W. Psicossoma III: interfaces da Psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.p.9-11.
9. Granel A. Pacientes com sintomas somáticos no explicables. Evidencia: actualización en la practica ambulatoria. 2006;9(6):176-80.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
11. Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. Interface Comunic Saúde Educ. 2009;13(supl 1):493-502.
12. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface Comunic Saúde Educ.2005;9(17):389-406.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2a. ed. Brasília, DF:Ministério da Saúde; 2006.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3a. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
15. Passos E, Benevides RB. Passagens da clínica. In: Maciel A, Kupermann D, Tedesco S,organizadores. Polifonias: clínica, política e criação. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2005.p.89-100.
16. Birman J. Corpos e formas de subjetivação. In: Milnitzky F,organizador. Desafios da clínica psicanalítica na atualidade. Goiânia: Dimensão Editora; 2006.p.55-90.
17. Machado LD, Lavrador MCC. Por uma clínica da expansão da vida. Interface Comunic Saúde Educ. 2009;13(supl 1):515-21.
18. Volich RM, Ferraz FC. Psicossoma: psicossomática psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- Bombana JA, Leite ALSS, Miranda CT. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relato conciso de casos. Rev Brasileira de Psiquiatria. 2000;22(4):180-4.
- Marty P. A Psicossomática do adulto. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

Recebido em 17 de maio de 2010
Aprovado em 30 de julho de 2010