

REPETIÇÃO E INVENÇÃO: O COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE, SUAS TENSÕES, AMBIGUIDADES E CONTRADIÇÕES

Silvio Yasui¹
Ricardo Sparapan Pena²

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo apresentar reflexões sobre o cotidiano como cenário onde acontecem as práticas do trabalho em saúde, com suas tensões, ambiguidades e contradições. A partir da referência a duas obras culturais, pretende-se estabelecer um diálogo entre alguns conceitos e as práticas na mobilidade dos territórios que os autores habitam e experimentam: apoio institucional, Educação Permanente em Saúde, da 'ponta' dos serviços de saúde mental, da gestão, da universidade. Busca-se construir e defender o cotidiano como plano que comporta a imanência do paradoxo da repetição e da invenção. Ao final, problematizam-se aspectos atuais da macro e da micropolítica que têm sinalizado para um preocupante cenário de fortes conotações conservadoras.

Palavras-chave: *Serviços de Saúde, Gestão em Saúde; Atenção à Saúde, Sistema Único de Saúde (SUS); Problemas Sociais.*

¹ Professor Assistente no Departamento de Psicologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

² Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Volta Redonda. Doutor em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

REPETITION AND INVENTION: HEALTH WORK DAY-TO-DAY, ITS TENSIONS, AMBIGUITIES AND CONTRADICTIONS

ABSTRACT

This paper aims to present some reflections on the daily health work practices, including its tensions, ambiguities and contradictions. Through a reference about two cultural pieces, we aim to establish a dialogue between concepts and the practices, in a moving territory on which the authors inhabit and make experiences: institutional support, Health Permanent Education, primary mental health services, management, university. We seek to built and support the day-to-day as a frame that includes the immanent paradox of repetition and invention. In the end, we interrogate some macro and micropolitical contemporary aspects that point to a worrying scenario constituted by conservative connotations.

Keywords: *Health Services, Health Management, Health Care; Brazilian Health Unique System; Social Issues.*

INQUIETAÇÕES DESTA ESCRITA

Gostaríamos de refletir sobre o cotidiano como plano que comporta a imanência do paradoxo entre a repetição e a invenção. Plano que constitui o cenário no qual acontecem as práticas do trabalho em saúde, com suas tensões, ambiguidades e contradições.

Para iniciar, faremos referência a dois filmes muito citados para descrever ou exemplificar o processo de trabalho e o cotidiano dos serviços de saúde: *Tempos Modernos*, de Chaplin Chaplin, e o videoclipe do conjunto de rock britânico Pink Floyd para a música *Another Brick in the Wall*.

Do primeiro, tomamos como exemplo as relações que se estabelecem com o trabalho, pautadas no fordismo, na fragmentação de seu processo e na especialização, o transformando em um gesto mecânico, definindo a pessoa pela função – aquele ou aquela que aperta o parafuso. Chaplin, em 1936, deu visibilidade às modulações do desejo pelas forças do capital, mostrando o trabalhador como efeito da opressão praticada pelo desenvolvimento industrial norte-americano. Revelou a distância entre as classes sociais e os benefícios, para o regime capitalista, da oposição entre patrões e empregados. Em sua obra, fragmentar o trabalho e ensejar o movimento repetitivo, alienante de todo o processo de produção de bens de consumo e de valores de uso e de troca, inevitavelmente nos faz refletir sobre o trabalho como estratégia de institucionalização de uma vida estanque, estratificada e agenciada na lógica do consumo.

Já do segundo, depreendemos a massificação dos processos educativos que aniquila a criatividade e a singularidade, promovendo histórias de dessubjetivação que têm como efeito um destino: seguir em frente, em uma fila serializada e homogênea... Ser apenas mais um tijolo no muro. Pink Floyd fala da educação como controle e da incorporação de ideologias com suas forças de regulação social. No videoclipe, o educador encena sua autoridade inquestionável, a imposição do poder em suas condutas, a idealização de uma sociedade onde as instituições imprimem certo parâmetro de normalidade.

Tanto em *tempos Modernos*, como em *Another Brick in the Wall*, evoca-se o tema da repetição como a produção em série de mecanismos institucionais e reguladores dos processos educacionais e do trabalho. Observamos que as exigências sociais empregadas nas duas obras adquirem novas roupagens no contexto de desenvolvimento científico-tecnológico, assim como do mercado. Há uma contradição sendo enfrentada pelos avanços sociais – mesmo com a flexibilização dos conceitos e valores em pauta na sociedade, dos novos comportamentos, da conquista de direitos e da pluralização das formas de existir no

mundo, ainda repetem-se a fragmentação do conhecimento e das práticas, aprimoram-se velhos modelos de produção e reproduz-se, em muitos casos, a mesma semiótica frente a novos problemas.

No cotidiano dos serviços de saúde, encontramos, com muita frequência, este mesmo movimento contraditório. É inevitável reconhecer os efeitos da qualificação da clínica e da gestão no SUS, mas também o endurecimento metodológico imanente ao crescente especialismo das práticas cotidianas de cuidado. Neste sentido, vemos trabalhadores que defendem o seu espaço, reivindicando reconhecimento e importância e, mais do que isso, buscando construir novos significados para a prática de cuidado, encarando a invenção de novos horizontes como estratégia de resistência às dificuldades de se manter profissional da saúde e cuidador.

Vários são os fatores que devem ser processados para que o cotidiano do trabalho em saúde não institucionalize a queixa e o desânimo dos trabalhadores e gestores como um lugar comum no SUS. Citamos alguns entraves diários: a fragmentação das práticas em saúde, também já encarnada nos modos como a demanda se apresenta aos serviços, com suas solicitações de consultas, exames e medicações que preexistem aos problemas de saúde; a mercantilização do próprio cuidado, o que reduz a saúde à condição de objeto de consumo, os micropoderes em curso nas equipes, promovendo distanciamentos entre os diferentes núcleos profissionais, os quais mantêm-se no cenário das práticas afirmando lugares identitários e reproduzindo discursos de saber e poder; o alto índice de gestores não qualificados para atuar na saúde; a velha separação entre quem planeja e quem executa; dentre outros fatores também importantes, mas não abordados aqui.

Imersa em tantos entraves que tornam ainda mais complexas as relações que se estabelecem entre trabalhadores, gestores e usuários para o cuidado em saúde, uma convocação se faz presente, com sua força e a todo instante: como fazer comparecer a complexidade do existir nas ofertas em saúde? Como entender que a clínica não se reduz ao conjunto de sintomas e sinais que precisam ser investigados, e para os quais se aciona um arsenal tecnológico de exames que inferem um diagnóstico e sua consequente prescrição? Como então avançar da produção de procedimentos em saúde para o cuidado singular? Como o trabalhador pode lidar com os entraves cotidianos, afirmar a gestão de seu próprio trabalho e renunciar à condição de ‘mais um tijolo no muro’, como nos coloca Pink Floyd com *Another Brick in the Wall*? Ou como um mero “apertador de parafuso”, como ilustra Chaplin?

É sobre estas e outras inquietações que queremos nos debruçar. Procuramos forjar um caminho literário que dialogue com o que nos movimenta até os encontros que temos com as várias equipes de saúde das quais nos avizinhamos, assim como com o campo da formação em saúde, nos múltiplos territórios geográficos e subjetivos – existenciais, como nos ensina Guattari (1992) – e que nos convocam a não aceitar esta tal realidade de ‘certezas clínicas e políticas’ que prejudicam o cuidado à saúde no SUS.

Nossas colocações, aqui, situam-se na mobilidade dos territórios que experimentamos: do apoio institucional, da Educação Permanente em Saúde, da ‘ponta’ dos serviços de saúde mental, da gestão, da universidade; territórios que ocupamos várias vezes e ao mesmo tempo – é no trânsito por eles que se faz a nossa prática.

DAS INQUIETAÇÕES A ALGUNS PENSAMENTOS

No caminho do que estamos buscando problematizar, o encontro com o pensamento de Campos (2007) nos convida a pensar sobre as inquietações que trazemos quando nos perguntamos sobre a clínica em curso nas várias equipes com as quais nos relacionamos. Em Saúde Paideia, Campos (2007) sustenta um pensamento em torno da clínica, contribuindo para as nossas problematizações acerca dos modos de formar-intervir-clinicar. Em sua abordagem sobre a Clínica Ampliada, nos fala de três semblantes que se apresentam na clínica – aqui os chamamos de máscaras (ROLNIK, 2011), pois entendemos que simulam condições de existência, estados de ser temporários e concomitantes.

A primeira destas máscaras é da Clínica Oficial, ou Clínica-Clínica, aquela que, segundo Campos (2007), é pautada por um sistema de referências, no caso, o saber biomédico, com pretensões científicas. Apontamos que, nesta máscara, concentram-se todas as verdades sobre a saúde do outro e o risco de sua ação indiscriminada é a calcificação de discursos de saber e poder, como já apontamos anteriormente em relação aos micropoderes que operam nas equipes.

O segundo semblante, ou a segunda máscara, como adotamos aqui, é a da Clínica Degradada. Nela, engendram-se modos de cuidar marcados por interesses políticos e econômicos que se sobrepõem à racionalidade clínica, isto é, que interferem diretamente na conformação da gestão e da atenção à saúde.

Já a terceira máscara é a da Clínica Ampliada ou Clínica do Sujeito. Nesta máscara, conforme Campos (2007), reside a possibilidade de superar a fragmentação, a alienação e o

tecnicismo dos saberes, apostando na construção de vínculos. Entendendo que a doença não totaliza o sujeito, mas que sujeito e doença habitam o mesmo corpo e se relacionam, amplia-se o objeto da clínica – amplia-se tanto o que se sabe com o outro (e aqui se constitui o objeto de saber da clínica) como o que se faz junto dele (os modos de intervir em saúde).

Como já vimos enunciando, observamos em nossas passagens a concomitância entre estas três máscaras. Preocupa-nos pensar que territórios elas constituem, pois nas múltiplas composições ou arranjos de clínica-gestão operando no SUS, criam-se diferentes processos de trabalho que pouco dialogam entre si, também promovendo poucos momentos de trocas entre os trabalhadores de uma mesma equipe.

Neste sentido, observamos nos municípios que as práticas clínicas e de gestão não necessariamente se tornam mais complexas em grandes metrópoles, e menos complexas em cidades menores. A ideia de que ‘para grandes territórios, maiores problemas e vice-versa’ é totalmente enraizada num olhar macropolítico sobre a clínica e a gestão em saúde.

Nesta linha, apostamos que uma das dimensões que torna complexo o trabalho das equipes se encontra nos graus de abertura que dinamizam a relação entre os serviços e os territórios ou, avançando mais nesta aposta, o aumento do ‘grau de complexidade’ do trabalho das equipes pode ser inversamente proporcional ao tamanho de seu território, assim como pode ser diretamente proporcional quando se amplia o acesso dos usuários não apenas aos serviços de saúde, mas às equipes.

Sustentamos dizer, a respeito desta aposta, que no trabalho das equipes algo precisa diferir, entrar em rota de mutação e, neste sentido, observamos que as equipes demandam outros entendimentos acerca da relação entre o trabalho em saúde e o território, muito a partir da própria concepção de território que se instala no cotidiano da prática e também da formação em saúde.

Entretanto, não consideramos prudente abandonar os limites geográficos e administrativos também constituintes da organização das políticas de saúde do SUS. Mas, de acordo com o que diz Ferreira Neto (2011), embasados por suas leituras dos textos de Milton Santos e Guattari, compartilhamos a compreensão de que “a noção de território possui uma proximidade mais evidente com a noção de subjetividade” (p. 67).

Assim, nos arriscamos a criar um ponto de diferenciação entre o trabalho pautado nos procedimentos em saúde e o trabalho ancorado na ampliação do acesso dos usuários às equipes: trata-se de surfar em ondas de mutação, não afirmando mais o acesso aos serviços e seus procedimentos como sinônimo de acesso às equipes, pois são coisas diferentes. Acreditamos ser importante compreender que as ofertas em saúde se fazem nas relações

entre sujeitos, entre subjetividades – vínculos em uma clínica ampliada – e que são essas relações que ampliam o acesso dos usuários às equipes, pois recolhem os efeitos dos encontros entre diferentes perspectivas de cuidado, de renda, de moradia, de educação, de cultura, de vida e de saúde.

No encontro entre estas diferenças e inspirados em Guattari (1992), assumimos o risco de dizer que a subjetividade é a criação de ‘desenhos públicos de nós mesmos’, pois se compõe na experimentação de elementos individuais e coletivos que nos habitam, produzem suas marcas em nós, mas não nos são próprios – são constituintes da alteridade. No caso das equipes de saúde, acreditamos ser urgente a demanda por estes mesmos ‘desenhos públicos’ para que se descolem da produção de procedimentos interiorizados em diferentes papéis e núcleos profissionais, e construam relações de acolhimento com o território, sem que seja necessário se proteger dele.

Podemos, então, dar luz a esta transformação do olhar sobre a dialética entre equipe e território: os contornos geográficos e administrativos do território e dos serviços de saúde definem a organização macropolítica da gestão e interferem na clínica, mas por si só não sustentam outras tomadas de posições necessárias às transformações nas relações entre os trabalhadores e o fazer em saúde.

Assim, falamos aqui como Campos (2007) e Rolnik (2011) da convivência simultânea entre as máscaras que utilizamos para re-valorar os semblantes da clínica trazidos por Campos. Evocamos certa passagem, certo mergulho necessário em uma esfera coletiva de proposições e experiências clínicas e de gestão que contribuam para que as equipes de saúde abandonem o lugar comum da queixa e do desânimo, aportando seus barcos em outras dimensões do trabalho em saúde – o corpo do trabalhador, investido de uma clínica degradada se desgasta e, para não declarar o seu próprio fim, demanda parcerias para simular outros modos de existir e habitar outras experimentações de si.

Em nossa estrada no apoio institucional no SUS, aprendemos que é necessário forçar os limites, problematizar as regras e acompanhar intensivamente as equipes para a ampliação da clínica. Nossa oferta de apoio persegue o paradoxo que reside entre estas diferentes máscaras, ‘esbarrando na alteridade’, em espaços dialógicos como reuniões, oficinas, participação em planejamentos, criando interfaces entre o nível central e as equipes, elaborando estratégias de formação em clínica e gestão, entre outras atividades que escutem as equipes em suas vias de diferir – agenciar territórios subjetivos (existenciais) descolados

da produção de procedimentos isolados e individuais – ampliando o acesso dos usuários aos sujeitos, ou seja, a quem compõem as equipes.

Vivenciando a Educação Permanente em Saúde, enfrentamos o desafio de discutir com as equipes as implicações com os problemas comuns existentes no trabalho em saúde. Neste exercício, buscamos romper com algumas dicotomias pré-instaladas nas formas de cuidar, como a atenção-gestão, equipe-território, queixa-conduta, médico-paciente, entre outras, adentrando a micropolítica do fazer e do construir um saber em saúde.

Já, em nossa vivência na universidade, nos processos formativos, buscamos nos desviar da imagem de profissionais enfileirados para reproduzir, sem nenhuma crítica, um modelo de atuação prescritivo, médico-centrado, e com ênfase na utilização estrita de tecnologias duras (MERHY, 1998). Assim como em *Another Brick in the Wall*, sempre há o risco de sermos recrutados para não reconhecer mais os rostos. Esta atuação é repetitiva e nada produz de diferenças na clínica – o excesso do “diagnóstico” que aponta para uma “virose”, que já se tornou uma piada, é uma evidência de que não há criação, não há encontro.

Bem, reconhecidos os espaços e inquietações constituintes desta escrita, passemos à problematização da relação entre o fazer em saúde e o imanente paradoxo presente em seu cotidiano.

DOS PENSAMENTOS A OUTRAS INFERÊNCIAS: O COTIDIANO COMO REPETIÇÃO E INVENÇÃO

Agora, forçaremos as tintas no cenário dos encontros que se estabelecem no fazer em saúde, pois queremos ressaltar que há um imenso caminho na perspectiva sinalizada pela Reforma Sanitária, que aponta para uma mudança do modelo de cuidado em saúde, recrudescido pelos distanciamentos afirmados pelas dicotomias apontadas anteriormente.

Em nossa experiência no contato com inúmeras equipes de saúde, em diferentes contextos e territórios, temos encontrado distintas realidades sanitárias em curso, mas poucas produções singulares e potentes para extrair da repetição dos velhos sintomas recrudescidos da clínica e da gestão a invenção de novos e relevantes problemas para o cuidado em saúde.

No mais das vezes, o que encontramos são relações de trabalho e espaços precarizados, desinvestidos. Trabalhadores mais do que adaptados naturalizam estas condições, repetindo, por exemplo, sobre as dificuldades cotidianas, que ‘sempre foi assim’,

aferrando-se a pensamentos fatalistas e deterministas como ‘nada vai mudar, pois a política é sempre assim’.

A fragmentação e a redução do objeto de trabalho a unidades cada vez menores e mais separadas de sua totalidade, isto é, o especialismo mercadológico que degrada a clínica e o viés produtivista da gestão são potentes para colocar o trabalhador em uma posição individualizada e solitária – um apertador de parafuso, como no filme de Chaplin. Isso aponta para um quadro de desresponsabilização e alienação do processo de trabalho, onde se encontram peças de uma engrenagem que produz muitas consultas, muitos exames, muitas prescrições e pouca saúde, gerando, na micropolítica das equipes, a antítese de uma clínica ampliada: subjetividades submissas, pouco criativas, forçadamente acomodadas a um cotidiano que se repete infinitamente, reproduzindo modos de cuidar homogêneos, sem marcas singulares na relação com os usuários.

Vemos aqui o cotidiano também marcado pelos (des)arranjos políticos que sustentam a gestão. Este contexto vem tornando utópico o desejo de ampliar a clínica. Fica difícil sustentar vínculos quando o cuidado em saúde é praticamente forçado a tornar-se sinônimo de ‘relações trabalhistas’, vendo ameaçadas, pela privatização da saúde, os modos de acolher e afirmar a vida.

Cotidiano de gestos repetitivos, determinados pelo fluxo contínuo do modo de produção capitalista, que se reproduz na passagem das horas de nossos processos de trabalho – um tempo usurpado, controlado, destituído de sentido –, como uma cena do filme de Chaplin em que uma máquina transforma a refeição em um ato mecânico, onde o trabalhador não faz nenhum gesto, apenas abre a boca. Nesse cotidiano administrado e controlado, qual a governabilidade que o sujeito tem sobre seu tempo?

Martins (2008), em sua reflexão sobre a sociabilidade do homem simples, nos auxilia a localizar o ponto paradoxal do qual falamos, ao afirmar que é exatamente na falta de sentido da vida cotidiana que se colocam as necessidades radicais que podem querer e fazer a transformação da vida.

Ao habitar radicalmente este paradoxo e contradição de um cotidiano reificado, talvez se possa encontrar a potência para construir caminhos de mudanças, buscar, como rotas de fuga daquilo que produz no cotidiano do trabalho em saúde, uma subjetividade, conformada, triste e servil.

Afirmar a vida como uma produção é correr riscos. Produzir atos de cuidado, montar projetos terapêuticos, negociar alianças, são ações nas quais o tempo ganha uma dimensão

importante. Não o tempo controlado, tempo fugidio e efêmero, tempo este da máxima aceleração, tempo sem-tempo do modo capitalista de produção. Não o breve tempo da consulta médica, da produção de procedimentos, seguindo a lógica “*Time is Money!*”. Mas, uma outra relação com o tempo; tempo para receber e acolher; um tempo para ouvir e ver; e outro para refletir. Um tempo para agir, para se modificar pela ação e voltar a refletir. Um tempo de criação para afirmar a vida.

Como constituir um espaço vital para que o tempo possa seguir um fluxo que não aliene? Retornamos à música de Pink Floyd. Com suas notas e compassos que marcam uma cadência forte, acompanhamos os passos das crianças. Podemos pensar que cada música – e cada relação de cuidado – possui notas que se arranjam em combinações harmoniosas no passar do tempo, que marcam seu ritmo, com momentos de pausas, de acelerações, com suavidade ou vibração.

Pensar na produção de cuidados significa ouvir a melodia e o ritmo da canção entoada (ou latente) de cada um que tomamos à delicada e complexa tarefa de cuidar; ouvir esta singular combinação de silêncios e sons. Se formos lançados para fora desta rede de cuidados ‘autoestrada’, na qual o tempo acelera num ritmo alucinante, certamente entenderemos, como nos mostra Pelbart (1993) que a própria loucura já é uma “recusa de determinado regime de temporalidade, o protesto em forma de colapso frente ao império da velocidade e a reivindicação de um outro tempo” (p. 39). Pedido de uma temporalidade diferenciada, que transforma o cotidiano, que inventa uma canção, que possibilita habitar o tempo e a vida de outro modo.

A microfísica do poder ou a micropolítica do desejo se configuram, se constituem, se afirmam, se reproduzem no território, nos pequenos detalhes e na intimidade dos dramas do cotidiano. É neste terreno que surge mais um desafio para esta proposta de mudança de modelo: romper com certa clínica do procedimento, com uma clínica ‘autoestrada’, como uma clínica da solidão, da individualização e do produtivismo; romper com a monotonia, com a repetição sem sentido das coisas do dia-a-dia; produzir e inventar ações de ruptura, explodir o tempo com significados e sentidos; rearranjar a rotina do processo de trabalho, criando novos e outros caminhos. Assim, conhecer lugares na cidade por onde nunca se andou; experimentar sensações de fruição estética inéditas (ouvir música clássica, ir a um museu, assistir uma ópera ou uma peça de teatro); aprender a cozinhar e degustar novos sabores; descobrir no ato de fazer algo novo, habilidades para atividades e para expressão inimagináveis, são todos exemplos de dispositivos para ampliar e intensificar modos diversos de cuidar e de estar no mundo. Redescobrir a dimensão do cotidiano como

produção criativa da vida é produzir outra temporalidade, resgatar sua relação com o passado e o futuro.

NOTAS FINAIS PREOCUPANTES

Na dimensão da repetição se produz um medo da potência da vida, do correr riscos, da mudança. Como reação ao desconhecido, à alteridade, ao diverso, às máscaras das quais falamos, produz-se uma marca de identidade com o aparentemente imutável (problemas do cotidiano, da gestão, da política, aquilo que ‘é sempre assim, nunca vai mudar’), ou seja, com signos da ordem e da tradição. É nessas marcas imaginárias que se (re)produz o mesmo, o sem rosto e sem singularidade, que protege e oculta. Relação narcísica de igualdade que desconhece a diferença e deseja aniquilar “aquilo o que não é espelho”.

Na macro e na micropolítica, nesta segunda década do milênio, o ovo da serpente está sendo chocado. As conquistas duramente construídas nos últimos anos, não apenas no campo da saúde, mas em outras esferas do social e que nos faziam caminhar, lentamente, para uma sociedade mais plural, com respeito à diversidade, estão sob um feroz e agressivo ataque de uma onda que é no ‘mínimo muito mais’ do que conservadora, por ser extremamente preocupante.

A redução da maioria penal, a negação do casamento homoafetivo, a não criminalização da homofobia e da transfobia, a censura à discussão de gênero nas escolas, são alguns temas que não sinalizam apenas retrocesso; eles apontam para uma força viva e presente no cotidiano. O desejo de nada mudar, o medo de mudar e os riscos de quem diz sim à passagem destes afetos pelo corpo (ROLNIK, 2011) também esbarram e deixam marcas nos atos de cuidar, produzindo a demanda por uma inflexão sobre as transformações sociais como elementos dos processos de trabalho em saúde.

É preciso recusar o desejo de permanecer como mais um tijolo na parede. Faz-se urgente reconhecer que a clínica encontra barreiras em ideais conservadores. É urgente também reconhecer que mais e mais pessoas aderem e adotam estes ideais como um seguro contra o que imaginam ser uma mudança.

Do ponto de vista das práticas nos serviços de saúde, estas resistências podem emergir no recrudescimento do modelo biomédico, pela via do fortalecimento da saúde como ato médico, das prescrições duras e silenciadoras de subjetividades, pela intensificação da fragmentação do processo de trabalho com a hierarquização e verticalização do poder.

Estamos, então, convocados a resistir contra este recrudescimento que se coloca como a primazia de uma única verdade sobre estes complexos modos de fazer andar a vida.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2007.

FERREIRA NETO, João Leite. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. Belo Horizonte: Fapemig, 2011.

GUATTARI, Félix. **Caosmose**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

MARTINS, José Souza. **A sociabilidade do homem simples – o cotidiano e história na modernidade anômala**. 2. ed. revisada e ampliada. São Paulo: Contexto, 2008.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, Cezar Rodrigues; MALTA, Deborah Carvalho; REIS, Afonso Teixeira dos; SANTOS, Alaneir de Fátima dos; MERHY, Emerson Elias. (org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã Editora, 1998, p. 103-120.

PELBART, P.P. **A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Imago editora, 1993.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: Sulina, 2011