

A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização

Clinics, body, care, and humanization between bonds and perspicacities: education of the health in professional practice and the Brazilian National Humanization Policy

La clínica, el cuerpo, el cuidado y la humanización entre lazos y perspicacias: la educación de la salud en las prácticas profesionales y la Política Nacional Brasileña de Humanización

Emerson Elias Merhy¹

Ricardo Burg Ceccim²

Resumo

Trata-se de um ensaio sobre os desafios de uma estratégia brasileira adotada pelo sistema de saúde para melhorar a qualidade de sua resposta gerencial e assistencial, a Política Nacional de Humanização. Independentemente de análise política, conceitual ou de resultados, o ensaio tenta uma *humanização* da saúde, do corpo e das práticas terapêuticas pelo confronto com suas *reificações* seja pela soberania dos sistemas profissionais sobre as práticas, pela disciplinarização que legitima as condutas do tipo diagnóstico-prescrição ou, mais contemporaneamente, a disseminação – em forma de sociedade do controle – de mecanismos que em nome da longevidade da vida estancam a sua produção de singularidade. Além dos componentes da gestão e da atenção, a constituição de sentidos (educação da saúde) e uma profunda alteridade (participação e interferência do outro) precisam se presentificar. Lança-se mão das noções de corpo de órgãos e de Corpo sem Órgão para problematizar a passagem de uma clínica referida aos sintomas para uma clínica da ausência de sintomas (do silêncio dos órgãos sadios à dispensa dos órgãos sob controle) em detrimento de uma clínica da produção

1 Médico, doutor em saúde coletiva, professor aposentado da Universidade Estadual de Campinas, coordenador da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

2 Enfermeiro, doutor em psicologia clínica, professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenador do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, do Programa de Pós-Graduação em Educação da mesma Universidade.

de encontros e de sensações afirmativas do viver (que precisa dos órgãos, mas para atravessá-los em maior potência de vida).

Palavras Chave:

Trabalho em saúde; Corpo sem Órgãos; cuidado; medicalização; afirmação da vida; educação da saúde.

Abstract

This is an essay about the challenges of a Brazilian strategy adopted by the health system to improve the quality of its managerial and assistance response: the National Humanization Policy. Independent of the political, conceptual or results analysis, the essay tries a *humanization* of health, of the body, and of the therapeutic practices by means of the confrontation with its *reifications*, be it through the sovereignty of the professional systems about the practices, through the disciplinarization that legitimizes the diagnosis/prognosis-like conducts or, more contemporaneously, the dissemination – in the shape of a control society – of the mechanisms that, in the name of life longevity, staunch its production of singularity. Besides the management and care components, the constitution of meanings (education of health) and a deep alterity (participation and interference of the other one) needs to be made present. The notions of body of organs and Body without Organs are used to question the passage from a clinics referred to the symptoms towards a clinics of the absence of symptoms (from the silence of the healthy organs to the exemption of the organs under control) in lieu of a clinics of the production of meetings and affirmative sensations of living (that needs the organs, but to cross them in a bigger strength of life).

Key-words:

Work in health; Body without Organs; care; medicalization; affirmation of life; education of health.

Resumen

Se trata de un ensayo sobre los desafíos de una estrategia brasileña adoptada por el sistema de salud para mejorar la calidad de su respuesta gerencial y asistencial, la Política Nacional de Humanización. Independientemente de la análisis política, conceptual o de resultados, el ensayo intenta la *humanización* de la salud, del cuerpo y de las prácticas terapéuticas por el confronto con sus *reificaciones* sea por la soberanía de los sistemas profesionales sobre las prácticas, por la disciplinarización que legitima las conductas del tipo diagnóstico-prescripción o, mas contemporáneamente, la diseminación – en forma de sociedad del control – de mecanismos que en nombre de la longevidad de la vida estancan a su producción de singularidad. Mas allá de los componentes de la gestión y de la atención, la constitución de los sentidos (educación de la salud) y una profunda alteridad (participación e interferencia del otro) precisan se presentificar. Se lanza mano de las nociones del cuerpo de órganos y del cuerpo sin órgano para problematizar el pasaje de una clínica referida a los síntomas para una clínica de ausencia de síntomas (del silencio de los órganos sanos a la dispensa de los órganos bajo control) en detrimento de una clínica de producción de encuentros y de sensaciones afirmativas del vivir (que precisa de los órganos, pero para atravesarlos en mayor potencia de vida).

Palabras Clave:

Trabajo en salud; Cuerpo sin Órganos; cuidado; medicalización; afirmación de la vida; educación de la salud.

Introdução

Quando observamos a prática cotidiana de cuidar nos estabelecimentos de saúde ou quando queremos falar sobre essa prática, somos levados, via de regra, a apontar o quanto os contatos que aí se realizam estão marcados pela presença de forças externas, *antecedentes ao*

encontro, numa espécie de *ausência de interação*: presença apenas do mundo da macropolítica, onde conhecimentos técnicos, protocolares, disciplinares e dependentes, fundamentalmente, do domínio de saberes formais prescrevem certos modos de atuar, trata-se do trabalho capturado por seu gerenciamento/protocolização/corporativização. Costumamos apontar, diante disso, que o profissional de saúde, ao atuar no cotidiano dos serviços, junto aos usuários, está submetido a ordenamentos que definem, de forma imperativa, suas formas de agir no cuidado. Dizemos que uma *ordem profissional* ou as *condições de trabalho* são de tal modo *capturadoras* que o profissional não consegue agir por si de nenhuma maneira. Apontamos, também, por exemplo, que as imposições do mercado em saúde, por meio da indústria de medicamentos, entre outras disposições, definem o que é o cuidar. E, assim, vai... Entretanto, quando nos debruçamos com mais acuidade sobre o cotidiano das práticas, vemos que os profissionais, mesmo aqueles de igual categoria profissional, atuam de modo distinto, no interior da mesma situação de atenção à saúde. Conseguimos perceber que uma dada equipe de saúde é bem diferente de outra na maneira de cuidar, parecendo – muitas vezes – que umas cuidam e outras não ou que determinados profissionais se ocupam do cuidado e outros não.

Alguns observadores ou analistas, diante disso, passam a apontar, então, que uma micropolítica se opõe – ou pode resistir – à macropolítica, pois aí atua – resiste – uma *ordem do encontro* ou as *condições da interação*. Muitos observadores/analistas, porém, anunciam por *micropolítica* uma noção esvaziada de criação e, portanto, sem potência de resistência. Uma micropolítica apontada como se *macropolítica* de *menor escala*, a do espaço microsocial, representante, portanto, das mesmas forças de captura. Para os primeiros, a micropolítica é a resistência às capturas, a luta pelo direito à criação, a exposição e vivência, em ato, de uma relação. Para os outros, trata-se das decisões ideológicas, dos modos culturais locais, das regras de exercício da profissão ou do trabalho, onde as diferenças quase individualizantes teriam um peso mais significativo.

Contudo, não são as regras de exercício da profissão ou do trabalho e nem as diferenças de escala que marcam o território da micropolítica, mas os co-engendramentos de si e de mundos. Interrogamos: que territórios de *ser* são criados, que rupturas são introduzidas, que acolhimentos são ofertados? São *territórios* aquilo a que constituímos quando estabelecemos uma relação. Então: o que tem e o que não tem pertencimento a esses

territórios constituídos? São atores em relação que constituem territórios, territórios que dão ou não passagem aos devires ou para *campos de possíveis* (campos de *virtualidades* que podem ser *atualizadas* em *realidades*). São os encontros de atores com atores, a partir dos seus planos de existência, que dão substancialidade para o campo da política em qualquer cotidiano. É pela dimensão micropolítica, portanto, que detectamos – na prestação do cuidado – uma produção política dos Seres, não apenas o registro de assistências.

A centralidade da atenção de saúde no usuário, defendida por aqueles chamados logo acima por *os primeiros* (observadores ou analistas das condições de interação ou da ordem dos encontros), diz de uma orientação do cuidado para com o outro, não para com os fatores externos ao encontro, como a técnica, a rotina, o protocolo, a profissão ou a instituição. Essa centralidade no usuário, logo, é a centralidade no encontro, centralidade no contato com a alteridade. O cuidado implicando a constitutividade de relações de alteridade, portanto, implicando encontros para além das forças a que chamamos por *externas*. Aí, o cotidiano do cuidado passa a ser visto como um campo *singular* da produção de saúde e não como um campo *particular* da prestação de assistência de saúde. O cotidiano adquire natureza de produção de realidades, trabalho vivo em ato, constituidor de mundo, território de disputa com as ditas forças externas por forças de criação (Negri, 2002; Merhy, 1997; Ceccim e Capozzolo, 2004).

Os desafios apontados pela Política Nacional de Humanização na Saúde, desde sua identificação com o conjunto dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS, colocaram em cena as tentativas de mudar os modos de se produzir o cuidado em saúde na cotidianidade do seu acontecimento, portanto no campo singular da produção de saúde. Vêm se somar a outras tantas iniciativas que já vêm operando por esse caminho e que têm mostrado resultados interessantes na disputa por modos mais efetivos de intervenção cuidadora no cotidiano dos serviços de saúde. Pode-se citar a Integralidade, as Práticas Cuidadoras, o Cuidado, o Acolhimento como Rede de Conversação, a Terapêutica como Projeto de Felicidade, a Afirmação de Biopotências ou a Afirmação da Vida, entre outras designações. Intervenções essas, muitas vezes, substitutivas das modalidades hegemônicas e, por vezes, desinstitucionalizadoras dos ordenamentos profissionais e do trabalho. As modalidades hegemônicas são constituídas sob o manto das ações profissional-centradas, nas quais *o outro é um caso* a ser enfrentado por tecnologias duras (as intervenções mais

invasivas) ou leve-duras (as intervenções cabalmente protocolares) de cuidado, as quais apenas o profissional detém e justamente por elas se justifica (Merhy, 1998; Ceccim, 2004). Novas intervenções – ou intervenções substitutivas – surgem das maneiras coletivas de se construir configurações tecnológicas de cuidar.

O desafio das apostas representadas pelo HumanizaSUS é maior por sua proposta de reconstruir ações institucionais, tendo os *apoiadores das ações de mudança* a função de penetrar lugares recheados por intencionalidade e conseguir trazer o conjunto dos produtores diretos do cuidado para uma situação de debate dos seus agires, fazendo-os operar intervenções em si mesmos, conduzindo as situações de trabalho para a construção do campo singular da produção de saúde, ou seja, ativando a produção de encontro e a produção do cuidar singular.

Nessas apostas, duplos encontros (trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-usuários) exigem das formulações do HumanizaSUS processos de condução que levem a momentos de intensa singularização e quase nada de particularização, ou seja, não basta que apoiadores cheguem a esses encontros armados com ferramentas para neles atuar, tomando o outro como um caso a ser enfrentado e já conhecido a priori, instalando as práticas *humanizadas*. Há que se colocar as ferramentas do agir do apoiador a serviço de encontros-acontecimento. Esse desafio implica não só colocar em análise a todo o tempo o modo de se construir os encontros, mas centralmente de expor para a visibilidade pública os agires pedagógicos e cuidadores que esses encontros contêm.

Para compreender isso em profundidade há que ficar atento. Muitos que também apostam na mudança das práticas de saúde, a vêem como possibilidades inscritas em encontros onde uns *sabem criticamente* o que os outros *devem fazer* e, então, não contemplam o desafio de ressingularização das práticas, mas a instalação de boas práticas. Nessa forma de entender e agir, cada encontro é um momento particular de uma estratégia geral que já está dada a priori para ser realizada no momento em que o encontro acontece. Não é diferente do modo como o próprio modo hegemônico de se produzir saúde é realizado. Esse modo, que é sempre o agir de um profissional de saúde que se legitima por ser o portador do saber em saúde que o outro deve adotar ou incorporar, vê o acontecimento do encontro, mesmo que o diga como *cada caso é um caso*, como momento particular, para o qual já tem tudo preparado. Estamos diferindo singular (criação) de particular (aperfeiçoamento).

Nos desafios do HumanizaSUS isso não é apenas dilema e muito menos dialética, pois levado às últimas conseqüências, na prática, são a sua própria negação como estratégia assessora, não a construção de superações. Há aí uma implicação fundamental: toda arma que o trabalhador tiver para operar encontros tem que estar a serviço dos movimentos em ato de que um encontro é portador, não o contrário. Suas ferramentas tecnológicas só serão efetivamente tecnologias singularizadoras como encontros-acontecimento. Por isso, não há nada fácil por ser feito, há tensões e paradoxos, mas que são necessários para dar substância a aposta que o HumanizaSUS declara.

Nesse texto, trazemos para a discussão algumas idéias que podem ajudar a compreender/problematizar esse componente de singularidade que há nesse lugar onde o cuidado é produzido e que não permite que uma abordagem mais generalizadora lhe dê conta. Tentamos mostrar que exatamente ali onde mais há captura, é onde mais ocorrem transversalidades capazes de linhas de fuga e capazes de operar transformações na delicadeza de cada encontro ou nas próprias linhas de fuga, muitas vezes *únicas*, pois só para aqueles que ali estão operando, os furos nas capturas fazem sentido. Para o debate, tomamos como grande estímulo o desafio apresentado por Deleuze quando nos convida a pensar a constituição da *sociedade de controle* (Deleuze, 1992) nos vários planos da existência e que problematizaremos olhando para o mundo do trabalho em saúde e para a produção do cuidado, ali onde ele não é esperado, na capilaridade das relações cotidianas, não nas assistências profissionais na sua instância formal de intervenção como procedimento restaurador de funções orgânicas.

A produção em ato do cuidado em saúde

A produção em ato do cuidado em saúde é um momento intensamente intercessor, é a produção de um *dizer-se respeito* em que a interação promove práticas de si, nascidas para cada agente em relação, produção de um ambiente-tempo *comum* ou cada vez mais comum *entre dois*. Um encontro onde, de um jeito ou de outro, dele esperam seus agentes a mesma coisa: que seja eficaz para resolver ou aplacar sofrimentos tidos como problemas de saúde. É um momento que tem em si certos mistérios, pela riqueza dos processos relacionais que contêm, por ocorrer segundo razões muito diferenciadas e por não ser apreendido por nenhum

saber exclusivo.

Que acontecimento é esse, que se abre de modo tão díspar, como oportunidade para processos de subjetivação os mais variados, num agir micropolítico e pedagógico intensos? O que pode ser construído em encontros muito diferenciados e operados por cuidadores de muitas distintas formações e inserções, juntos ou não? Um encontro cuidador pode ser o disparador de autopoieses? Aqui, nesse texto, estamos dando partida a esse plano da humanização – a construção de práticas de saúde cuja contemporaneidade esteja na atualização de processos intensivos de viver a vida. Viver a vida, não apenas sobreviver ou, *acima de tudo, estar vivo*, apesar da ausência de prazer, de compartilhamento, de potência de si e de produção de entornos criativos e audazes. A potência de si e de produção de entornos criativos e audazes é o viver intensamente a invenção do vivo, ou seja, daquilo que afirma a criação ou que põe a vida como obra de arte da existência. Nessa condição, o cuidar do outro é operado por distintas modalidades de saber e fazer, não culmina com as práticas particulares das profissões, das tecnologias do cuidado ou dos protocolos, prolonga-se pela invenção de si, dos entornos, de mundos. Esta é uma pontuação necessária no momento *atual* em que vivemos, onde a conformação do campo da saúde, nas sociedades mais ocidentalizadas, vive uma *contemporaneidade* do fenômeno da *medicalização* e suas conseqüências, entre as quais um perfil de prestação do cuidado, de formação para o mesmo e de gestão dos sistemas de saúde para a oferta do cuidado no dia-a-dia dos estabelecimentos de saúde.

Trazemos para cena, como primeira aproximação, a noção de que os *encontros* são *micropolíticos*, por estarem sempre abertos, sob alteridades intercessoras (Merhy et al., 1997; Ceccim, 2005), sob distintas possibilidades de subjetivação, que podem caminhar de um processo biopolítico para um processo de biopotência (Pelbart, 2003) e da serialização à singularização (Guattari, 2007; Guattari e Rolnik, 1986). Além disso – e ao mesmo tempo – os encontros, na micropolítica, são intensamente pedagógicos, operam, ante as práticas inculcadoras/homogenizadoras, com trocas entre domínios de saberes e fazeres, construindo um universo de processos educativos em ato, em um fluxo contínuo e intenso de convocações, desterritorializações e invenções. Uma segunda aproximação é a de que processos de mudança são estratégias de resistência e criação, vividos como paradoxo num mundo habitado pela profusão de práticas clínicas e pela profunda fragilização da vida (despotencializada para conduzir processos de mudança).

Em torno dessas duas aproximações propomos constatar laços e perspicácias, colocamos a humanização em saúde sob essas lentes. Humanização, práticas cuidadoras, integralidade, projetos de felicidade, redes de conversação, singularização, biopotência ou afirmação da vida convergem. Entre laços e perspicácias, o paradoxo e a disruptura.

O corpo como sede dos órgãos e o corpo como encontro

Não é estranho falarmos e identificarmos no cotidiano do mundo do trabalho em saúde que as práticas de cuidado estão orientadas pela clínica de um corpo *sede dos órgãos* ou por uma clínica do *corpo de órgãos*, essa é a maneira com que cada uma das profissões de saúde, algumas desenhadas já no século XIX nas sociedades ocidentais, pratica a clínica e pensa o cuidado. É com base nessa condição que as profissões buscam distinguir-se e organizar o seu padrão de intervenções para provocar a cura, o que pode ocorrer em detrimento do promover a terapêutica (o sentir-se cuidado). Mesmo que cada uma das profissões de saúde procure dar sua marca ao campo de suas ações e mesmo que procurem opor-se entre si na disputa por territórios privativos de intervenção, isso muitas vezes não ultrapassa a condição de uma prática discursiva, porque tratar com qualidade, cuidar com integralidade ou escutar com sensibilidade não são oposições e nem fragmentos auto-suficientes. Para provocar a cura não concorrem saberes em oposição ou fragmentados e para promover a terapêutica não convergem saberes parciais ou focados em padrões particulares.

A distinção radical entre as profissões, na esfera do cuidado, do acolhimento do outro, da oferta de encontro para compreender processos de produção de saúde, em realidade, não se verifica. O que se verifica é a fragmentação da cura e do cuidado e a busca, pelos usuários das ações de saúde, de práticas não apenas profissionais, a fim de sentirem-se cuidados e/ou sentirem-se curados. Muitas vezes, sob a denúncia profissional da não adesão à prescrição, não adesão às orientações, não adesão à terapêutica, está a denúncia da oferta fragmentada, particularizada e corrompida da clínica.

Seja na enfermagem, na farmácia, na fisioterapia, na fonoaudiologia, na medicina, na nutrição, na odontologia, na psicologia, na terapia ocupacional ou na recente educação física, o que temos visto é um modo de olhar os campos do tratamento, cuidado e escuta como fundamentados nas doenças, compreendidas como processos instalados de maneira patológica

num corpo biológico de órgãos (a patologia disfuncionalizando-o). A intervenção profissional aparece como a restauração das funções. Quando se fala do lugar da saúde pública, que procura compreender a instalação dos processos de adoecimento no plano das populações para produzir intervenções no âmbito coletivo, visando o controle dos adoecimentos, vê-se que o pano de fundo também é essa mesma compreensão do fenômeno saúde-doença: a instalação de patologias nos corpos biológicos. Ainda que sejam introduzidos novos elementos nesse olhar, como, por exemplo, a distribuição desigual do processo saúde e doença entre os vários grupos populacionais, demarcados socialmente, o ideal é o do equilíbrio entre as funções dos órgãos.

A combinação de saberes entre a clínica do corpo de órgãos e a epidemiologia deram substância, como conhecimento-ferramenta tecnológica, para a conformação de campos produtivos em todos os lugares de construção dos processos de tratamento, cuidado e escuta, inclusive de maneira dessemelhante, uma vez que é muito grande a variabilidade de composição dos recursos de saber dentro de cada profissão e mesmo dentro de cada campo de ação, como ocorre, por exemplo, entre a medicina e a saúde pública. Para construir o encontro produtor de cuidado, entretanto, as maneiras muito distintas de cada saber, ainda mais quando aprisionados em profissões em oposição – quanto aos campos do exercício profissional, caem em contradição, inviabilizam a integralidade, negam a humanização.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994) nos levou a ver que mesmo dentro do mesmo campo das ações profissionais de prestação de cuidado, o da medicina e o da enfermagem, por exemplo, há diferenças gritantes na composição dos seus processos produtivos, a ponto de termos situações tão diferenciadas de práticas clínicas de medicina e de enfermagem por parte dos seus profissionais, que até parecem existir distintas “medicinas” e “enfermagens” em seus fundamentos de base. Mendes Gonçalves revela a existência de práticas de médicos, nas quais a abordagem dos indivíduos é tanto uma ritualística técnica onde a relação médico-paciente é elaborada mediante um complexo jogo de falas e escutas, como por uma relação reduzida a um processo comunicativo do tipo queixa-conduta, onde a fala é mínima, servindo somente como revelação oral da sintomatologia que será alvo de uma intervenção via procedimentos curativos ou exploratórios imediatos. Contudo, na base de ambas as práticas está o mesmo foco: o corpo biológico que se patologiza no plano individual e/ou coletivo. Por dentro dos saberes que estão sendo operados como ferramentas para tais

ações, está o olhar que torna sempre visível apenas o corpo de órgãos e que anima a construção de certas formas do agir clínico em detrimento de outras. O particular suprime a demanda pelo singular, protege-se o exercício das profissões em detrimento do acolhimento do outro em suas reais demandas (nem se sabe quais seriam).

Essa constatação ou a construção dessa modelagem de práticas não é óbvia, nem imediata. Essa modelagem foi processada nas sociedades ocidentais (européias, centralmente) durante séculos e foi se desenhando como a maneira mais comum de se olhar para o adoecimento humano: como processo de patologização do corpo biológico. Modelagem que se sobressaiu das disputas sobre saberes e fazeres, acumulando/registando um potencial de imposição de valor. Dois pensadores, pelo menos, nos mostram isso de forma muito efetiva: Michel Foucault com “O Nascimento da Clínica” (2004) e Madel Luz com “Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna” (2004).

Com esses autores, podemos ver como foi dura a disputa entre os diferentes “práticos” do cuidado no insidioso processo de disputa por racionalidades, regimes de verdade, legitimidade. Disputas que ocorreram no plano epistemológico, no interior das organizações e estabelecimentos considerados lugares de cuidado em saúde e na vida em sociedade até o alcance da institucionalização do modo “certo” de ver a vida e o mundo humano. Esse modo certo passou a ser-nos revelado em oposição aos modos distintos, fossem as formas legítimas antecedentes ou as formas designadas, por contraposição, como desarrazoadas.

Roberto Machado (2006) fala da trajetória investigativa de Foucault como uma arqueologia do olhar, pois Foucault revela como esse processo se fez no momento histórico e social em que se instala, ali na cotidianidade do fazer, certa forma de olhar o corpo adoecido. O corpo, de lugar às sensações, passou a lugar físico da existência das lesões orgânicas (corporais em qualquer nível, órgãos, tecidos ou células) que deveriam ser visualizadas para possibilitar a compreensão dos processos de adoecimento e, desse modo, compreender corpo, saúde, doença, tratamento e cura.

No longo processo do século XVIII para o XIX, em vários lugares da Europa, cuidadores médicos, aos quais, depois, se agregaram cuidadores de enfermagem e enfermeiros profissionais, vão com suas práticas instituindo essa lógica simbólica e imaginária (institucionalizando-se dentro dela): a lógica de que o processo saúde e doença é localizável

no corpo de órgãos, expressando-se pela disfunção dos mesmos, provocada pela “lesão” detectável no nível mais basal da constituição do corpo, dos órgãos às células. A clínica que aí se acopla é aquela que permite ver nos sinais e sintomas o acesso aos quadros lesivos patológicos, base dos adoecimentos e do conhecimento em saúde (o domínio da anatomoclínica à fisiopatologia). Esse processo social, prático e discursivo, quando se institui de maneira hegemônica como modo de se fazer o cuidado em saúde e de compreender o processo saúde e doença, passa a produzir intensa subjetivação nos vários grupos sociais, além da formação de seus próprios *militantes*: os novos profissionais de saúde, em particular, médicos e enfermeiros. De modo imaginário e institucional a sociedade vai se medicalizando, em um processo de mútua constituição entre as sociedades capitalistas européias e essa nova forma de se cuidar da saúde e da doença, como estudou Maria Cecília Ferro Donnângelo (Donnângelo, 1975; Donnângelo e Pereira, 1976). Donnângelo nos mostrou que o processo de *medicalização* se tornou fortemente normalizador dos fenômenos individuais e coletivos da vida em sociedade; além de fornecer novas significações para a existência de vários problemas sociais como a fome e a pobreza, entre outros, convertidos em fisiopatologia e passíveis de terapêutica médica. A autora contribuiu para distinguir esse processo de outro, o da medicamentação, que foi a introdução da prescrição medicamentosa como o agir terapêutico predominante.

Foucault nos alertou em vários momentos e de forma densa e profunda, corroborado por autores rigorosos e dedicados como Roberto Machado [ver *Danação da Norma* (Machado et. al, 1978)] e Madel Luz [ver *Instituição e Estratégia de Hegemonia* (Luz, 1986)], que esse processo de construção de um novo território de saber no campo da saúde – o do corpo biológico como objeto do saber médico, não pode ser lido como um processo de ampliação do conhecimento racional e científico – não significou um ganho de terreno dos homens sobre a natureza, mas a hegemonização de uma dentre muitas possibilidades imaginárias e simbólicas de os homens construírem representação sobre os fenômenos da saúde e doença, produzindo sentidos com pretensão de verdades. Mesmo que esse processo seja construído de forma discursiva como sendo a conquista da ciência dos homens, há que se olhar com certa perspicácia para essa situação.

Um cruzamento especialmente produtivo à racionalidade científica moderna se deu com o sistema de pensamento profissional da saúde, a instituição da ciência médica como

saber em saúde: medicalização, biopolítica ou razão médica. Esse cruzamento do pensamento científico com a razão médica colocou o pensamento em saúde e suas várias racionalidades no operar do cuidado ou da cura sob a mesma lógica de saber, a do corpo de órgãos. Ficando como um certo mistério o encontro produtor de cuidado. O mistério do encontro – presente no cuidado usuário-centrado, dependente do contato com a alteridade e, por isso, não normalizado/não regulado pelas forças externas – está em que, mesmo sob lógicas idênticas de pensamento racional, pode gerar práticas bem distintas. O saber não é, de fato, o elemento determinante das práticas, mas seu componente, estando submetido aos processos em ato da clínica que se oferece como acolhimento. O mistério do encontro está nos intercessores que a construção em ato do cuidado põe em cena. A observação sobre a integralidade da atenção ou a análise sobre a humanização na produção de saúde pode promover essa visibilidade e ampliar a potência dos encontros, tornando o cuidado mais exigente com aquilo que produz do que discutir quais meios de produção “duros” e “estruturados” utiliza ou pode utilizar para o agir em saúde. Isso deve criar em quem pensa a mudança das práticas de saúde, no mínimo, certa ocupação da atenção com a educação permanente em saúde; da gestão do sistema de saúde com a gestão da educação dos profissionais de saúde; da atenção, gestão, educação com a participação social e não apenas o desenho da tríade gestão-atenção em saúde.

O cuidado como componente anti-capitalístico

Apesar de verificarmos que a noção de corpo de órgãos é um dos lugares fundantes desses longos processos de que vimos falando, como construção discursiva e de pretensão de verdade, as nossas sociedades têm vivido e continuarão a viver intensos processos de ruptura, da mesma forma que estiveram presentes na instalação desse saber como hegemônico. Olhando com delicadeza podemos ver que existem disputas de práticas e inúmeras linhas de fuga pedindo passagem. É como se pudéssemos preparar o nosso olhar para ver não apenas o mundo dado, instituído, mas, também, os mundos se dando, os instituintes. O que vai acontecendo, insidiosamente nos cotidianos, são práticas de invenção do cuidado, acopladas em práticas hegemônicas. *Grosso modo*, podemos nos deparar com dois movimentos mais visíveis que nos interessam para a finalidade dessas reflexões: um plano racional-cognitivo e um plano imaginal-afetivo. No primeiro, a captura ou

disruptura/singularização pelo conhecimento, a razão, a elaboração interpretativa e, no segundo, a captura ou disruptura/singularização pelo sensível, a afecção, a tomada do inconsciente (os imaginários).

O primeiro movimento está marcado por um confronto explícito de campos de saberes, como o que nega a existência do corpo biológico como foi construído, imaginária e simbolicamente, ao afirmar que o corpo é subjetivação e não biológico, que ele é potencialidade e representação de modos de existência, que por diferentes modos serão qualificadas como normais ou não. Porém, no fundo, isso é sempre um impor de uns sobre outros, pois modos de existência tomados como anormais ou patológicos serão sempre produtos da construção de relações de poder, entre distintos poderosos, pois ninguém está em situação absoluta de impotência. Nesse movimento, a disputa é claramente definida por visões significantes bem distintas. Disputa-se não só o modo de se construir socialmente o que é um problema para a produção das práticas de saúde, mas o modo como enfrentá-lo, abrindo-se um franco confronto sobre ao que se refere esse campo de problematização e a quem interessa um ou outro olhar. Nesse movimento, explicita-se que há uma disputa pelo saber fazer e pelo fundamento da ciência que lhe dá substância. É uma luta no campo da política e do conhecimento.

O segundo movimento é aquele que se dispara de dentro do campo simbólico e imaginário, o dos afetos, e que vai se construindo nas fissuras do hegemônico, nos seus vazios, nos seus conflitos e contradições. Se insurge por onde as respostas não estão prontas ou não são mais aceitas, onde há resistência ante o que temos ou ante o instituído e, por isso, ousamos, criamos, fazemos, com o não-saber, com a pergunta, com o desejo. Lugar fortemente produtivo e que aparece de modo muito evidente em situações sociais e históricas nas quais os vários grupos sociais implicados com o mesmo campo de práticas emergem, não só operando-o, mas disputando-o de diferentes lugares situacionais, atravessando-o por vários outros focos de interesses a ponto de miná-lo por dentro, na ação. Tecnologias do imaginário (Machado da Silva, 2003; Ceccim et al, 2008), entretanto, operam permanentemente a captura do afetivo, promovendo impulsos para a ação, é quando esforços conceituais viram meras palavras de ordem e quando sensações são traduzidas em significados para os quais a resposta está aguardando.

Vale registrar que o primeiro e o segundo movimentos se desdobram um no outro, de

modo muito evidente. Por isso, aqui não se dá um valor claro ou mais positivo a um qualquer desses processos, pois parece que ambos não pedem licença para ocorrer e muito menos nos são dados a priori como mais efetivos ou anteriores um ao outro. Podem ocupar lugares diferenciados ou mesmo um emergir no outro. Por exemplo, no Brasil de hoje, esse segundo movimento é muito rico e presente na sociedade como um todo, na medida em que a complexificação do campo de disputa social próprio da saúde vem permitindo a explícita luta de diferentes movimentos sociais e de suas distintas pautas para esse campo; abrindo-o para a aparição do primeiro movimento no seu interior.

Félix Guattari, em “As três ecologias” (Guattari, 2007), nos dá um forte exemplo disso, inclusive sob o formato de um manifesto político e social que conclama a todos para uma máquina de guerra: a produção da vida na diferença, no diferir-se de si mesmo, em um campo de relações sociais e históricas, operando subjetivações anti-capitalísticas, ativando territórios desejantes, mundo em produção versus o modo de subjetivação capitalístico que opera o viver de uns com a produção da morte dos (e nos) outros. Um forte manifesto contra os modos capitalísticos de se produzir as vidas nas sociedades contemporâneas, capturadas e serializadas, onde a produção do desejo opera a construção de relações sociais, ambientais e intersubjetivas predatórias. É o manifesto pela ressingularização permanente de todas as coisas, serviços de saúde, instituições de formação, cidades. Essas relações marcadas nuclearmente por uma lógica, ao extremo, de uso utilitarista do outro somente poderão ter, como consequência, a destruição da possibilidade de qualquer forma de vida na Terra como um todo, a longo prazo. Não há como manter o vivo, sem afirmar a vida.

Com Guattari, procuramos agregar, desde agora, um desafio aos movimentos de mudança: seu componente *anti-capitalístico* é o da autopoiese, resultante de processos apoiadores que bancam a auto-análise e a autogestão das práticas sociais nos vários coletivos em ação. Esse “componente anti-capitalístico” seria a possível identificação da existência de modos de agir e realizar as ações sociais que contemplam o disparo e o agenciamento de novas possibilidades subjetivas nos coletivos sociais implicados com processos de produção da vida, sem restrições nas suas singularidades. Seria a construção de modos de vida e trabalho pautados pelas relações solidárias e vivificantes dos modos de ser, nos quais a pluralidade seria expressão da vitalidade desejante e não ameaça, a única ética seria a do agir na direção de favorecer a autopoiese do viver solidário nas diferenciações individuais e

coletivas.

A tentativa de ver essas questões em foco em situações concretas no momento atual da saúde na sociedade brasileira será, daqui para frente, o nosso interesse nesse material. Para isso, utilizaremos como analisadores, que nos permitam expor esses processos concretos, o gerenciamento do cuidado, a proposta de uma clínica do corpo sem órgãos e a evidência contemporânea de uma clínica do corpo *ex-órgãos* (*sem órgãos*, do mesmo modo que se diz *exangue*: sem sangue, sem forças, débil, exausto). Há o esforço de mostrar como estamos todos, os implicados com o campo da produção do cuidado, colocados diante de uma agenda de lutas sofisticada pelo fato de nela estar em operação, de modo não muito claro e explícito, o confronto entre os vários modos de subjetivação capitalística e o seu contrário ali, na cotidianidade, como paradoxo. Ali onde há captura, há ruptura e, portanto, singularização. Há o ordenamento profissional e a ordem dos encontros, há as condições do trabalho e as condições da interação, o paradoxo se torna a oportunidade de inventar as práticas cuidadoras, no plano individual e coletivo, em cada estabelecimento de saúde ou seu equivalente.

Medicalização, medicamentação e corpo sem órgãos

Como artifício facilitador vamos nos debruçar sobre os processos de reforma no campo da produção do cuidado na sociedade americana e na brasileira, nas últimas décadas. Faremos isso de um modo muito incompleto e superficial, porém de forma a revelar o que vimos pautando até agora e suas sérias questões para os modelos de cuidado em uma clínica já sem a necessidade dos órgãos, um corpo *ex-órgãos* porque pretendido sob o controle de sua produção, um corpo que não requer propriocepção, apenas consumo de saúde. Os militantes desse corpo, as atuais profissões de saúde.

Já nos anos 1990, percebemos que os processos de construção do cuidado em saúde vinham dando sinais de um processo de reestruturação produtiva de tipo diferente do que classicamente conhecíamos (Ricardo Bruno, 1994; Denise Pires, 1998; Iriart, Waitzkin e Merhy, 1998; Iriart, Waitzkin e Merhy, 2004). Compreender o que significavam as mudanças nas formas de se produzir em saúde passava também pelo próprio entendimento de quais eram as ferramentas de produção do cuidado. Para quem concebe essas ferramentas como “equipamentos/instrumentos”, território de tecnologias duras (Merhy et al, 1997; Merhy,

1998), vê-se, nas reestruturações produtivas, os momentos em que certas máquinas substituem outras ou se agregam a outras na produção do cuidado, e aí olham para esse processo como o único lugar a dar conta de inovações nos processos produtivos, sem se dar conta que o elemento mediador de qualquer ação tecnológica é o campo dos processos intercessores que os encontros cuidadores constituem.

É o caso dos que falam em incorporação tecnológica desde o ponto de vista dos equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico ou de tecnologias *armadas*. Nos diagnósticos por imagem, a incorporação do tomógrafo quando, antes, tínhamos o raio-x ou da ressonância magnética como o recurso mais atual. Mesmo reconhecendo que a introdução de novas máquinas trazem novos procedimentos, elas não são substitutivas, mas agregativas, o que, sob certos modos de se produzir o cuidado, vai tornar os custos reais desse processo um grande problema em si. Já aqueles que consideram que as ferramentas vão muito além das tecnologias duras (ou armadas), como é o caso dos saberes tecnológicos da clínica (tratar, cuidar, escutar) e da epidemiologia (interpretar, prever), tão bem revelados por Ricardo Bruno, o processo de reestruturação produtiva vai por caminhos mais sutis. Mudanças nas formas de construir a clínica como forma de produzir o cuidado passam a gerar novos mecanismos produtivos do cuidado, não bastando olhar apenas a presença e introdução de novas máquinas e seus procedimentos coadjuvantes, mas também a ação efetiva dos saberes de construção do cuidado, ferramentas tecnológicas no processo de trabalho. Pode-se, então, falar em reestruturação produtiva quando a clínica do profissional de saúde adquire o formato de um processo queixa-conduta ou quando adquire o formato de rede de conversação (Teixeira, 2003). A esses territórios tecnológicos Merhy denominou como das tecnologias leve-duras ou das tecnologias leves.

Quando consideramos que as ferramentas tecnológicas de invenção do cuidado vão também para além das tecnologias duras e leve-duras, reconhecemos na construção dos processos relacionais que acontecem no ato de produção do cuidado, um lugar intercessor do agir tecnológico em saúde. Desse modo, a lógica da reestruturação produtiva pode sair do que tecnicamente se vê como componente do ato produtivo de saúde em si e se abrir para as modificações no campo da gestão do processo de trabalho em saúde. O próprio mundo da construção da gestão do cuidado em saúde passa a ser visto sob esse ângulo e, então, um novo território de visibilidade aparece no campo da problematização: o das mudanças produtivas na

construção do cuidado, como o que se configura no terreno da gestão do processo de trabalho produtor de cuidado em saúde. Sem querer ficar com nenhum desses lugares como o mais correto ou científico deles, ficamos com todos e ainda apontamos que à semelhança do que vimos falando sobre a construção da clínica do corpo de órgãos, agora estamos inseridos, também, em uma disputa de construção de novas lógicas de gestão do cuidado em saúde e do desenho de um novo campo para a clínica: a do corpo sem órgãos e a presença do corpo na ausência dos órgãos (corpo ex-órgãos ou corpo com os órgãos do lado de fora).

Nos Estados Unidos – país onde de modo evidente a organização das práticas de saúde se dá sob o ordenamento do mercado em saúde, havendo como ângulos de interesse tanto o das profissões de saúde, com forte domínio dos médicos, que se posicionam como “comerciantes-produtores” do cuidado em saúde, quanto o das empresas de saúde e de medicamentos e equipamentos diagnósticos e terapêuticos, que se vêem como qualquer campo de aplicação do capital industrial e financeiro –, mostra-se melhor do que em qualquer outro país, que há uma emergência de novas possibilidades no interior da própria organização capitalista de se produzir o cuidado. A aparição do *managed care* e a construção do viver como risco de adoecer, que nos parecem colocar tudo isso de um modo muito evidente.

Célia B. Iriart (Iriart, 1999; Iriart e Waitzkin, 2000 e 2001), professora e pesquisadora da Universidade do Novo México (EUA), conduziu várias investigações sobre o processo do *managed care*, permitindo entendê-lo como um processo de entrada do capital financeiro no campo da produção da saúde, trazendo novos modos de visualizar os processos produtivos no campo de construção do cuidado, por dentro das práticas capitalistas. Assim, tomar os grupos na sua dinâmica de possível risco de adoecer e cuidar para que isso não ocorra, passa a orientar os focos de interesses desses novos atores sociais – representados pelos distintos grupos sociais implicados com a realização do capital financeiro e instituído no interior das grandes corporações de gerenciamento dos seguros e planos de saúde americanos – como um dos disputadores de peso na construção do cuidado em saúde. Com o tempo, a indústria de medicamentos alia-se a esse olhar, não mais para visar ao corpo doente e a ser curado, mas ao corpo saudável que deve ser tratado (preventivamente) para não adoecer, para não correr o risco de ter que consumir atos de saúde custosos, conforme o interesse daquelas corporações que, ao contrário do modelo médico-hegemônico do corpo de órgãos, não ambiciona o uso intensivo de atos profissionais de saúde, em particular dos atos dos médicos, especialistas de

alto custo.

Surgem maciçamente medicamentos para manter a normalidade do corpo biológico; o risco de adoecer passa a ser medicamentalizado. Surgem as preocupações de empresas de seguro e planos de saúde pela promoção e prevenção e pela produção de novos hábitos de vida que pudessem minorar os processos de adoecimento. A medicalização social fica intensamente mais sofisticada. Antes, a patologização de certos sofrimentos, sob a ótica do modelo médico-hegemônico da clínica do corpo de órgãos, com a finalidade de se tornarem objetos de cuidados individuais e coletivos, consumidores de inúmeros atos profissionais de saúde centrados em tecnologias duras e que também se tornavam objetos de estratégias disciplinares das profissões clássicas da saúde e da saúde pública em geral. Agora, sob a clínica de um corpo que não tem órgãos a serem perscrutados e tratados, abre-se – para o olhar que patologiza os modos de viver a vida, individuais e coletivos – um corpo ex-órgãos (corpo sem sintomas; com os órgãos do lado de fora; órgãos como força externa). Por isso, nessas circunstâncias, sob o foco do próprio capital financeiro, as várias formas de gestão do cuidado que pode ser produzido pelos mecanismos centrados nas profissões e seus procedimentos disciplinares, bem como o objeto patológico que é tomado para si, passam a ser campos de interesse e de ação desse novo modo de operar a construção do mercado em saúde, tendo no *managed care* sua forma de expressão mais sofisticada.

No bojo desse processo, um universo novo de patologias vai sendo construído, não mais as do corpo de órgãos, que ainda persistem, mas agora sob um outro formato, a do corpo ex-órgãos, que subsume a outra, ou seja, incorpora-a submetendo-a. Por exemplo, há um processo de medicalização bem sofisticado: comer certos alimentos passa a ser visto como risco; andar ou não, também; brincar de certo jeito ou outro, também; ser uma criança agitada é hiperatividade; viver a aflição com a mídia das violências é síndrome do pânico; fumar é matar-se, entrar na adolescência é agudizar riscos e por aí vai o potencial de situações patologizantes.

Iriart vem nos alertando sobre esses movimentos e sobre as novas estratégias produtivas de cuidado, inclusive com intensa medicamentalização (Iriart, 2008), e que nos coloca diante, não só da reestruturação produtiva, mas de uma forte transição tecnológica do campo da saúde (Merhy e Franco, 2006). Para esses processos, não é indiferente se o cuidado é produzido para curar uma doença, para impedir o adoecimento, para alterar sensações ou

para mudar comportamentos, nem mesmo os caminhos produtivos adotados pelos trabalhadores de saúde para isso acontecer. O que regula esse processo, em termos de foco de interesse, é a produção do lucro da empresa capitalista no mercado de saúde.

O *managed care*, como uma forma específica de tomar a gestão do processo de produção do cuidado como seu objeto, operando uma reconstrução do lugar do saber do profissional e do exercício da sua autonomia decisória sobre o agir tecnológico em saúde a ser produzido, passa a ser nuclear para essa transição tecnológica. Encontra expressão na força econômica e social dos grupos implicados com o capital financeiro. Dominar no cotidiano do processo de trabalho em saúde o trabalho vivo em ato da equipe (Merhy, 2002) impõe modos de adoção dos saberes tecnológicos na direção do controle do saudável, gerindo os riscos do adoecer.

É interessante observar que os médicos e os enfermeiros continuam a ser estratégicos, mas não atuam mais de maneira central como ocorria na clínica do corpo de órgãos, dependente de um padrão de procedimentos que requeria hospitais e ambulatorios. Agora, sob novo desenho, o que se pretende é regulá-los, ali onde exerciam de modo fragmentado seus atos produtivos: estão colocados sob a égide produtiva do cuidado gerido em rede sob a ótica dominante de uma clínica do corpo independente de seus órgãos. Agora, o que interessa é agir de modo integrado e protocolado em termos multiprofissionais sobre os processos desejantes vinculados à produção dos modos de existência, sob o tacão do olhar do risco de adoecer e morrer. A aliança estreita entre fazer uma nova forma de gestão do cuidado para impedir a autonomia do exercício dos trabalhadores de saúde e a clínica ex-órgãos vem reposicionar e produzir de modo mais conservador as estratégias disciplinares dos momentos anteriores. Vem agora operar uma clínica sem o limite disciplinar do corpo de órgãos, uma atuação dirigida à produção do desejo ali onde se modulam as formas de viver. Vêm agregar-se estratégias de controle sobre os modos de cuidar de si.

Tudo isso ocorre absorvendo, até certo ponto, o modo de agir do campo da clínica do corpo de órgãos, agora subsumida e não mais como território imperativo de ordenamento das práticas e das profissões de saúde. Estas vêm indicando sinais de transição, também, mesmo que os desenhos mais definitivos ainda não estejam claros. Um dos grandes resultados desse processo todo é gerar modificações profundas no interior da sociedade capitalista dentro dos mesmos eixos capitalísticos, de maneira que o modo de viver de uns se dá sobre a produção da

morte dos/nos outros. Os dois movimentos, o racional e o afetivo, apontados como caminhos para as mudanças, se dobram, mas de modo a conservar o eixo imaginário e simbólico de subjetivação dos indivíduos e dos coletivos humanos, dentro de um projeto societário cujo devir pode ser, e segundo Guattari será, o fim da vida em toda sua amplitude, inclusive a nossa vida, sob a forma humana.

Será que esse processo, vivido tão agudamente pela sociedade americana, associado aos projetos expansivos e neocolonizadores do neoliberalismo, se dissemina de maneira imperativa para o resto dos lugares, para fora daquelas fronteiras? Essa é uma boa questão a ser visitada. Uma vez que não se estima a superação, resultante do jogo de forças da dialética, nos deparamos com o paradoxo: coreografia das forças, ou seja, viver na ausência dos riscos, o que também é um morrer, ou viver intensamente e, portanto, viver sob risco e arriscar-se de morrer. Qual o cuidado de saúde que queremos diante do paradoxo do viver?

O cuidado: resistência e criação

Em uma de suas leituras sobre a obra de Foucault, Deleuze (2005) tira proveito das ofertas que esse pensador fez sobre a construção de relações de poder nas sociedades contemporâneas, tomando-as como operadoras microfísicas, esquadrinhamento em suas lógicas estratégicas, o que permitiria esboçar tipos de diagramas de poder tais como: soberano, disciplinar e de controle. Aponta que para aquele autor poder não é algo que está dado desde fora em alguma estrutura, mas sempre nas relações em ato, agindo *entre*. Portanto, sempre em processos de resistência e criação.

Há uma distinção importante nessas biopolíticas, ou seja, nesse agir sobre os corpos e suas formas de existência. O poder soberano opera como divindade, com direitos ilimitados sobre os súditos; o poder disciplinar opera por biopoderes, nos quais a emergência das práticas de saúde serão um dos componentes fundamentais (mas não único: é só lembrar das escolas e das prisões, entre outras), sob o manto da saúde pública e da clínica de órgãos; já o poder de controle opera na regulação dos tempos e espaços do viver cotidiano. Na saúde, sob essas modalidades de exercícios do poder, os mecanismos centrais serão de construção de estratégias que visam agir sobre a construção do viver, do morrer e do desejar a partir de seus locais de intervenção. De posse dessas idéias-conceito ou imagens, pode-se perguntar: será

que hoje, o que está em foco na saúde é a submissão da vida ou é a afirmação da vida?

Essa interrogação permite-nos trazer de volta a noção do *componente anti-capitalístico* das práticas de saúde e abrir o olhar para procurar ver exatamente onde operam estratégias de biopoder e como e quais linhas de fuga pedem passagem ou interessa serem exploradas para se dar outros sentidos às práticas de saúde, individuais e coletivas. De que modo, no interior do agir adepto dos poderes soberano, disciplinar e do controle, nos seus imperativos de governar a vida, gerir a vida e produzir a vida, pode-se desenhar uma outra biopolítica que aponte para as suas biopotências, possibilitando novas formas de construção do viver coletivo, autopoietico e solidário, dentro de um novo modo ético (da vida como eixo) e estético (do conversar em rede e do atuar em conjunto como estratégia), que permitam um devir totalmente distinto daquele para o qual o componente capitalístico está nos levando?

As profissões de saúde, que foram forjadas como operadoras e construtoras de biopolíticas disciplinarizadoras, manejando fortes biopoderes como a clínica do corpo de órgãos e as práticas da saúde pública estão no fio da navalha entre um processo de produção de vida e um processo de controle sobre a produção da vida. Podem operar nessa zona de fronteira, entre o limite da captura e o da singularização? Habitar essa fronteira poderá abrir fissuras com certeza interessantes, para se abrir linhas de fuga no campo da saúde com as próprias práticas de saúde, distanciando-se dos modos hegemônicos, capitalísticos, como a profunda medicalização e medicamentação da vida individual e coletiva, não mais produzindo a serialização nos modos de desejar e produzir a vida.

Em lugar de normalizar a vida, os trabalhadores de saúde podem participar da produção da vida, ali onde cada um pode gerar um cuidar de si, não para construir um jeito protocolar de viver, mas para construir seu modo original de viver. Essa seria uma clínica do corpo sem órgãos, onde cada indivíduo se sabe e seus cuidadores se sabem e o sabem em redes de fluxos, em redes intercessoras, em efeitos de encontro. No fio da navalha, entretanto, na zona de fronteira, uma outra proposta de corpo sem órgãos, o corpo sem forças, débil, desvitalizado (ex-órgãos) para o qual se oferta o controle da alimentação, o controle da atividade física, o controle da sexualidade, o controle dos níveis de estresse; alimentos-remédio, exercícios-saúde, relacionamentos-calmante, lazeres-descarga etc., sem necessidade de buscar o comum: ou todos são iguais, de maneira identitária ou todos são diferentes de modos isolados, como unidades de cidadania e não coletivos em condição de reconhecimento

das condições que afetam a vida das pessoas por promoção ou bloqueio e perante as quais têm implicação.

Vale a pena aceitar o convite deleuziano para se olhar para os lugares em que produzimos as relações humanas, dando-lhes visibilidade, buscando apurar uma certa perspicácia para tirar proveito das infinitas disrupturas micropolíticas que estão agindo no mundo da produção social do desejo, desfazendo os instituídos. As práticas de cuidado ocupam lugares fundamentais por seu contato com as vivências em forma de sensação, sintoma, aflição, sofrimento e doença que buscam cuidado profissional de saúde. Tirando proveito dessa perspicácia, o paradoxo abre novas formas de realizar a biopolítica no campo da produção do cuidado. Não temos dúvida de que aqui pelo Brasil esse processo é muito rico.

O cuidado: potências e afirmação da vida

Vamos abrir nosso campo de visibilidade para o Brasil de hoje, nesses anos 2000, e olhar o campo de disputa nos territórios de produção do cuidado em saúde sob vários ângulos, mas em particular sob o da gestão do processo de produção do cuidado e das novas estratégias de ação que os trabalhadores de saúde vêm vivenciando e disputando, mesmo sem consciência nítida sobre isso.

Antes de mais nada, vamos reconhecer que aqui, neste país, atuam muito mais grupos de interesses, com potências sociais e políticas para jogar no campo da saúde de modo diversificado, do que em alguns outros lugares como, por exemplo, os Estados Unidos. É como se disséssemos, parodiando uma certa teoria política: a nossa sociedade civil singular do campo da saúde é muito mais complexa do que se poderia supor tomando como medida a americana. O que nos remete a ver o alargamento de disputas e práticas de institucionalização dos modos de produzir o cuidado, que se apresenta de maneira bem mais múltipla e diversificada.

Para nos ajudar, vamos olhar situações vivenciadas no cotidiano onde operam as ações estratégicas de controle, o que pode aguçar nossa perspicácia para abrir novas visibilidades sobre o mundo do trabalho em saúde em alguns lugares das redes de cuidado que nos colocam

diante dos vários analisadores já mencionados, tais como a clínica do corpo de órgãos, a clínica do corpo sem órgãos, a clínica de um corpo ex-órgãos, o gerenciamento do cuidado, a medicalização e medicamentação ou as profissões de saúde interrogadas pela transição tecnológica de produção do cuidado.

Uma situação que não está necessariamente inscrita no interior de uma rede de serviços de saúde nos permite mostrar o desenvolvimento de uma certa perspicácia para olhar a tensão relativa aos processos de subjetivação que a medicalização do corpo *já sem seus órgãos* vem propiciando: José Castello em um ensaio sobre João Cabral de Melo Neto, na Revista Bravo, de setembro de 2007, relata que no final da vida esse poeta encontrava-se muito triste. Contava que os médicos diziam para ele que isso era depressão e ele contestava, dizia que era melancolia, completando que não haveria remédio capaz de lhe resolver essa situação, pois não era algo que se cura, era algo que se tem.

Curioso, não! Talvez até a partir dessa sua *melancolia* sentisse certas inspirações poéticas. O olhar médico continha uma explicação, as sensações do poeta outra, revelando-se um plano de disputa sobre o projeto terapêutico a entabular. Situações como essa podem ocorrer em qualquer lugar – em um serviço de saúde de pronto-atendimento, em uma equipe de saúde da família, em um ambulatório, entre professores de uma escola qualquer e assim por diante – não são exceção, habitam o cotidiano dos nossos mundos de modo bem efetivo.

De fato, esse modo de olhar certas situações e denominá-las buscando dar-lhes certo significado e não outro, propor, por exemplo, que ser gordo é ser doente, pelo risco de ser; que ser velho é ser doente, pelo risco de ser etc. etc. é o caso de termos um olhar armado para ver doença diante de algumas “coisas”. Não é um fenômeno casual e nem individual, é uma construção ampla de processos de subjetivação do olhar de cada um e de todos ou, pelo menos, de muitos. São agenciamentos produzidos de maneira intencional pelo domínio de recursos de manejo comunicativo e de poder, tais como os dos setores empresariais ou de certos grupos sociais como o dos profissionais de saúde. Podem ser também agenciamentos mais ocasionais, capilares, como no caso de explorarmos o poeta que temos em nós, mais do que o usuário de saúde que temos em nós, quando somos trabalhadores do cuidado em saúde e disputamos sentidos mais plurais para nossas práticas.

Nesse lugar estaremos disputando aquilo que apontamos ao falar do *componente anti-*

capitalístico, que não é o mesmo que ser anti-capitalista, uma posição de oposição referida à lógica econômica do capitalismo e às sociedades de mercado. A luta anti-capitalística é a luta de oposição à regulação do desejo pela imposição de modelos sociais, de modelos de relacionamento, de submissão ao poder das forças externas. A luta anti-capitalística é uma luta micropolítica, por isso requer práticas de alteridade, de encontro, de pertencimento, de projetos em comum. O que implica operar também em auto-análise das práticas individuais e coletivas, colocando-se em cheque, descobrindo a nossa maneira capitalística de ser. Na medida em que o outro não vê suas questões e preocupações colocadas como de comum pertencimento seu e do serviço de saúde que acessa, não pode se sentir como pertencendo àquele serviço, àquele tratamento, àquele projeto terapêutico.

Ainda na linha de colocar em foco a construção de uma perspicácia para olhar a cotidianidade do mundo do trabalho em saúde, valemo-nos de três relatos que agregam materialidade a nossa discussão. Um, que vamos denominar “O nu em Barcelona e a nossa convivência com o nu nas nossas redes”; outro, por “Dançar para fugir da normalização do modo de existência na velhice” e, por fim, “A tensão da desconstrução do cuidado centrado no profissional, vivida nas redes substitutivas de desospitalização do cuidado por algumas de nossas redes”.

O relato do nu em Barcelona é parte de uma vivência pessoal, vivida por um de nós: Emerson. Em julho de 2007, dando um curso em Barcelona para alguns profissionais de saúde, chamava a atenção o fato de que a maior parte dos trabalhadores, em sua maioria médicos e enfermeiros, vivia a atração pela construção de uma prática alternativa ao modelo de saúde centrado no hospital ou mesmo substitutiva do trabalho isolado em seus consultórios, como diziam. Diziam encontrar na atenção primária à saúde e na medicina/saúde comunitária respostas para construir outras formas de compreender os problemas de saúde e de atuar sobre eles. A *comunidade* era vista como o novo lugar e o novo sujeito desse processo *alternativo*.

Emerson: eu ficava curioso com o relato dos trabalhadores, pois a análise mais crítica do que tudo isso significava não era componente das suas reflexões. Não conheciam outras experiências teóricas mais amplas, como as produzidas pela Medicina Social latino-americana ou a Saúde Coletiva brasileira, que já vinha desenvolvendo uma compreensão crítica bem mais sofisticada sobre essas questões, inclusive sobre os limites da atenção primária e da

medicina/saúde comunitária. Além disso, aqueles trabalhadores, quando lhes era dada a possibilidade de construir novos modos de atuar diante dos problemas de saúde que consideravam relevantes, sempre construíam alternativas de cuidado marcadas pelos modelos tradicionais, fortemente orientadas pelos atos de saúde profissional-centrados e com grande conteúdo disciplinarizador. Por exemplo, viam os modos de viver dos imigrantes – em geral norte-africanos que foram morar na Catalunha – e seus hábitos alimentares, seus modos de viver o dia-a-dia nos bairros, suas formas de estabelecer suas relações de gênero e aí por diante sempre sob o olhar do diagnóstico. Identificavam patologias naquelas relações de vida e, para enfrentar essas situações, a que chamavam por adoecimentos, propunham ideários medicalizantes, embasados tanto na clínica do corpo de órgãos, quanto clínica do corpo da ausência dos órgãos. Um dia, andando com eles por uma grande praça na cidade, em momento de intenso movimento, cruzamos com um homem que vestia uma bota, um chapéu, uma mochila e estava nu. Ele caminhava tranqüilo, olhava as vitrines, não mexia com ninguém e ninguém mexia com ele. Rapidamente eu perguntei o que iria acontecer, se seria preso ou enviado para um serviço de saúde, algo assim. Eles me disseram que se ninguém se sentisse incomodado, nada aconteceria, ele simplesmente seguiria adiante. Caso alguém se sentisse molestado, chamaria por um policial que, então, conversaria com ele, pedindo que fosse andar em outro lugar. A princípio, esse acontecimento não seria visto como uma questão da saúde. Não entendi nada... Como uma sociedade habitada por profissionais de saúde, aliás, os mais envolvidos com práticas profissionalizadas, portadores de um olhar conservador e intensamente medicalizador, não internaria um homem desses? Como não psiquiatrizá-lo ou saúde-mentalizá-lo? Imaginei que aqui, no Brasil, isso teria grande chance de acontecer. Mesmo sendo um lugar onde há uma quantidade significativa de trabalhadores mais implicados com mudanças e com arsenais mais amplos que a atenção primária e a medicina/saúde comunitária. Sobrou-me a possibilidade de imaginar que há no campo das práticas sociais linhas de fuga que vão bem além do território da própria clínica, seja ela qual for.

A construção de relações sociais que possibilita a construção de convivência cidadã com a diversidade coloca a construção do cuidado muito além do próprio campo tecnológico, mais comprometido onde ele opera no campo da saúde, como que vazando esse platô de ação para outros campos das práticas sociais, como a política, por exemplo. Com isso, uma perspicácia atravessa o nosso olhar: os lugares intercessores existem entre os vários platôs de

práticas sociais que uma sociedade comporta. Quanto mais singularizado o domínio de um deles sobre os outros, mais possível que o fenômeno da medicalização, de qualquer tipo, tenha grandes possibilidades de ocupar outro lugar no interior das várias lógicas de ações sociais. Não que não haja estratégias disciplinadoras e de controle em outros platôs também, mas eles adquirem outros formatos e não exclusivamente o da medicalização generalizada. Talvez isso nos remeta a tentar ver esses *entres* das várias lógicas que operam nos campos de práticas e talvez vejamos por aí fissuras importantes para desterritorializar os modos hegemônicos de se construir certos modos de agir em saúde. Os outros relatos podem enriquecer essas perspicácias.

Não é estranho a ninguém que em muitos serviços de saúde o chamado grupo da terceira idade vem ocupando lugar cada vez mais importante. Nem é estranho que essa “situação de velhice”, como é significada por muitos, seja alvo de intensa medicamentação, os membros desse grupo têm, em geral, prescritos todo tipo de remédio: paliativos, preventivos, curativos. A patologização da terceira idade é um fenômeno crescente, inclusive como uma das grandes causas de asilamento, como o dos loucos anteriormente. Usar ansiolítico para aplacar os sintomas de “velhinhas queixosas” (da vida como um todo...) é uma prática tão universal que ocorre praticamente em qualquer lugar em que as mesmas consigam acesso a alguém que tenha autoridade e legalidade para proceder a essa medicamentação. Ouvir o que essas mulheres têm a dizer, procurar problematizar com elas o viver e a produção da vida, de modo individual e coletivo, não costuma estar disponível. “Seria perda de tempo”, pois talvez pessoas nessa fase da vida não mereçam ser olhadas como alguém que possa compensar o gasto de tempo socialmente útil para produzir modos de viver. “Já estão velhas, é só esperar a morte, que está de espreita”. O que sobra para elas? Sobra a si mesmas e sobram muitas outras coisas para além desse platô de fabricação do cuidado como prática disciplinar ou de controle inseqüente. Elas podem reinventar a si mesmas e até a significação coletiva sobre a velhice, como entendemos que ocorreu na experiência construída por um grupo de mulheres que recusaram a manutenção do uso do ansiolítico como sua chance de manter alguma convivência com a “dor de estar vivendo a vida que têm”.

Emerson: tomei contato pela primeira vez com essa experiência, quando vi um grupo de senhoras invadir um espaço de trabalho em um serviço de saúde, cantando e dançando, convidando as senhoras iguais a elas a se juntarem para fazerem parte daquela atividade e

vivência que estavam tendo. Na letra de suas músicas era possível identificar a denúncia do pouco caso que o olhar pobre, medicalizante e medicamentalizante, lhes provocava e como suas práticas prejudicavam suas vidas. Como o controle que era praticado implicava produção de morte na vida (aqui nos vemos diante do componente capitalístico de uma maneira bem clara). Não só denunciavam, com suas músicas, mas também mostravam como estavam mais donas de si e felizes com o que estavam fazendo e como o mundo novo a ser revelado e vivido era amplíssimo e uma excelente aventura a ser vivida. Estavam muito alegres e brincalhonas naquele espaço que invadiram, deixando certos profissionais constrangidos e outros tão alegres quanto elas.

A perspicácia que esse relato pede não precisa muita descrição, pois parece que resignificar e criar novos sentidos para as possibilidades de construir formas novas de viver a vida, em si é autopoietica e anti-capitalística.

O terceiro relato vem de uma experiência vivenciada em um estudo da linha de pesquisa de Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde, sobre as várias modalidades de cuidado domiciliar praticadas nas redes públicas, no Brasil. Uma vivência colocou o grupo de pesquisadores diante de um tipo de disputa de que se sabia a existência, mas da qual não se registrava oportunidade tão clara de contato. É a disputa que é travada entre os trabalhadores de saúde e os cuidadores não profissionais ou, mais amplamente, a disputa entre quem cuida e quem é cuidado.

Um olhar pouco perspicaz já revela que nós mesmos, quando estamos em situação não de cuidadores, mas de seres cuidados, como usuários, somos bons lutadores sobre o rumo que o cuidado deve tomar. Aliás, qual de nós não disputa o cuidado nessa situação? O relato provém da experiência com uma mãe que cuidava de seu filho em uma situação de internação domiciliar e que a equipe de saúde procurava não reconhecer como uma boa cuidadora. Ela disputava o cuidado de modo permanente e constante com a equipe, inclusive ao desterritorializar o seu filho do olhar de doente e acrescia, ao seu modo, ser ele muito mais que doentinho: era uma criança e era seu filho.

Na pesquisa, foi apontado como parte da análise que o trabalho em saúde é produzido por meio do encontro (individual ou coletivo) entre trabalhadores e usuários e que envolve sempre certo grau de disputa de planos de cuidado. Essa disputa se explicita mais ou menos

na dependência das possibilidades de exercício de autonomia do usuário (ou do cuidador no caso da atenção domiciliar). Além disso, dependendo da combinação de tecnologias de cuidado (duras, leve-duras e leves) e da disposição de reconhecimento mútuo dos agentes, pode-se produzir conflito ou construção compartilhada do plano de cuidado. Para haver uma produção intercessora é fundamental que o/os trabalhador/es reconheçam como legítima a formulação de um plano de cuidado por parte do usuário ou do cuidador e que as tecnologias que favoreçam a comunicação e a construção de vínculos ou de encontros orientem o trabalho em saúde, na possibilidade de trazer essa disputa para conversação (não confronto, mas mútua composição).

Na atenção domiciliar existe uma explicitação da existência da disputa de planos de cuidado, já que um de seus pressupostos é o de que o cuidador assuma parte dos cuidados que em outro cenário de trabalho seriam ofertados pelas equipes de saúde. A figura do cuidador traz algumas tensões e paradoxos para o campo da saúde que necessitam ser melhor compreendidos, tanto na cadeia produtiva do cuidado, como nos efeitos que assumir ser cuidador produz sobre sua própria saúde e qualidade de vida. O paradoxo que nos interessa, entretanto, neste momento, por meio de uma certa perspicácia no olhar, é o que tensiona a produção centrada e descentrada no ato do trabalhador de saúde, individualmente ou como equipe, que o coloca em uma encruzilhada que pode ser tratada de muitas maneiras: com confrontos e exercício de relações de poder ou abertura de um processo micropolítico no qual os encontros que aí são disparados pautam processos intercessores e autopoieticos. Agenciar novas subjetivações no caminho anti-capitalístico está aí em foco de modo bruto, pedindo para ser processado coletivamente, dentro de uma noção intencional e não ocasional dos atos de saúde.

Os relatos servem à visibilidade para as muitas possibilidades que vão ocorrendo no cotidiano do processo de trabalho em saúde que, como regra, deixamos escapar ou não vemos, assim, deixamos de agir nos paradoxos que o campo de disputa do mundo do trabalho em saúde nos apresenta e aceitamos o convite para as “boas práticas” em lugar da singularização ou ressingularização permanente das práticas ou de construção de encontros apoiadores das ações de mudança (humanização, com a linguagem dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde).

Fechamento

Fechando o texto gostaríamos de tocar em mais um ponto: o exercício profissional, ali no cotidiano do mundo do trabalho em saúde, como uma reserva de relações de poder. O exercício profissional muitas vezes se oferece apenas como interesse privado, o interesse exclusivo de quem está executando as ações de cuidado e que não têm nada a ver com a construção do cuidado como produção conjunta de vidas. Nessa direção, o privado e o público não são analiticamente olhados somente sob seu “componente não mercado”, mas também pelo favorecimento ou interdição do comum *de dois*. Sem a criação de espaço comum, sem a evidência da constituição de encontros, sem compromissos públicos com a saúde não ocorre a humanização. O agir profissional é muito atravessado por essas questões e o trabalhador muitas vezes se vê protegido destas exposições, sob o manto de um agir legitimado corporativamente e por um discurso científico desse agir como forma de sua legitimação. O trabalho da humanização tem de passar por essa problematização. Se isso não vier para o foco de tudo que já escrevemos até agora, não agregariamos um elemento chave na reinvenção no modo de se produzir as ações de saúde (ressingularização), neste momento em que nos parecem necessárias novas possibilidades de desenho para as profissões de saúde, se o que se pretende é caminhar numa transição tecnológica favorável à construção de componentes anti-capitalísticos nas práticas do campo da saúde. Mesmo uma prática de saúde com forte *componente não mercado*, como o são as ações no campo da vigilância à saúde ou similares, que somente existem no interior do SUS, podem estar interditando formas de se construir “linhas de vida inovadoras e não previsíveis”, por meio da forte presença de uma prática operada nos territórios do saber medicalizador.

A possibilidade de pensar a humanização como biopotência, potência de afirmação da vida ou a vida como afirmação de potências é chave para desprivatizarmos as ações de saúde e instaurarmos o comum (Hardt e Negri, 2005). A produção do comum culmina na produção de confiança, confiança que provê acolhimento de autopoieses, autopoieses que culminam na produção de diferença (defasagem de si) e, portanto, singularização. Sem essa problematização, de fato, não construímos a possibilidade de um devir à humanização no bojo dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde que a pautem pela produção da saúde como produção de vida, um modo autopoietico e solidário de invenção das práticas de cuidado.

Referências

CASTELLO, José. Poesia na penumbra. Literatura. *Bravo!* (São Paulo), set. 2007.

CECCIM, Ricardo Burg e CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José et al. (org.). *Educação médica em transformação: processos de mudança e construção de realidades*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abem, 2004, p. 346-390.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 2004. p.259-278.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005, p. 161-180.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Correa de; BILIBIO, Luiz Fernando; MORAES, Maurício e DARTORA SANTOS, Naiane. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciência & saúde coletiva* (Rio de Janeiro), v. 13, n. 5, 2008, p. 1567-1578.

DELEUZE, Gilles. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELEUZE, Gilles. *Conversações (1972-1990)*. São Paulo: Ed. 34, 1992. p. 219-226

DONNÂNGELO, Maria Cecília Ferro e PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DONNÂNGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

GUATTARI, Félix e ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUATTARI, Félix. *As três ecologias*. 18 ed. Campinas: Papirus, 2007.

HARDT, Michael e NEGRI, Antonio. *Multidão*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

IRIART, Célia B. *Atenção Gerenciada: instituinte da reforma neoliberal*. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

IRIART, Célia. Capital financeiro versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência & saúde coletiva* (Rio de Janeiro), v. 13, n. 5, 2008, p. 1619-1626.

IRIART, Celia e WAITZKIN, Howard. How the United States exports managed care to third-world countries. *Monthly Review* (New York), v. 52, n. 1, 2000, p.21-35.

IRIART, Celia e WAITZKIN, Howard. How the United States exports managed care to developing countries. *International journal of health services: planning, administration, evaluation* (Amityville, NY), v. 31, n. 3, 2001, p.:495-505.

IRIART, Celia; WAITZKIN, Howard e MERHY, Emerson Elias. Atenção gerenciada: da microdecisão corporativa à microdecisão administrativa, um caminho igualmente privatizante? In: BURMESTER, Haino (Ed.). *Managed care: alternativas de gestão em saúde*. São Paulo: Proahsa/FGV, 1998. p. 85-115.

IRIART, Celia, WAITZKIN, Howard B. e MERHY, Emerson Elias. HMO's abroad: managed care in Latin America. In: FORT, Meredith; MERCER, Mary Anne e GISH, Oscar (Eds). *Sickness and wealth*. Boston: South End Press, 2004, p. 69-78.

LUZ, Madel Therezinha. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

LUZ, Madel. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MACHADO da SILVA, Juremir. *As tecnologias do imaginário*. Porto Alegre: Sulina, 2003.

MACHADO, Roberto. *Foucault, a ciência e o saber*. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério e MURICY, Katia. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, Emerson Elias e FRANCO, Túlio Batista. Reestruturação produtiva em saúde. In: BRASIL PEREIRA, Isabel e FRANÇA LIMA, Julio César (Coord). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2006, p. 225-230.

MERHY, Emerson Elias et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias e ONOKO, Rosana. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 113-150.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção de 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 Fátma dos e MERHY, Emerson Elias (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103-120.

MERHY, Emerson Elias. O SUS e seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sônia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-142

- MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- NEGRI, Antonio. *O poder constituinte: ensaio sobre as alternativas da modernidade*. Rio de Janeiro, DP&A, 2002.
- PELBART, Peter Pál. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.
- PIRES, Denise Elvira Pires de. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.
- TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 89-111.