

A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: VISÕES E VIVÊNCIAS

THE HUMANIZATION POLICY AND THE FAMILY HEALTH STRATEGY: VIEWS AND EXPERIENCES

Rosana Lúcia Alves de Vilar¹⁶⁶

José Willington Germano¹⁶⁷

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde do setor público no Brasil vem passando, desde 1988, por uma grande mudança nos níveis paradigmáticos e organizacionais.

A reforma proposta, convencionalmente chamada de reforma sanitária, partiu da crítica à política vigente herdada do regime militar (1964-1985), com características mercantilistas e reducionistas, e foi construída através de um movimento de luta, envolvendo diversos segmentos da sociedade que formatou o seu ideário teórico e político, em um cenário configurado por dificuldades e paradoxos.

Santos (2005, p. 37), discutindo sobre as dificuldades da construção de teorias críticas destaca: “a teoria é a consciência cartográfica do caminho que vai sendo percorrido pelas lutas políticas, sociais e culturais que ela influencia tanto quanto é influenciada por elas”.

A experiência da reforma sanitária brasileira conforma a arquitetura de um projeto construído, com aportes teóricos críticos e lutas políticas, assentado na aspiração de posturas emancipatórias e de maior justiça social, e que ainda está

¹⁶⁶ Professora do Departamento de Enfermagem - UFRN. Doutora em Ciências Sociais. rosanaalves@supercabo.com.br

¹⁶⁷ Professor de Departamento de Ciências Sociais - UFRN. Doutor em Educação.

wgermano@digi.com.br

percorrendo um caminho com embates, avanços e recuos, conforme o pensamento de Santos, acima explicitado.

Entretanto, é importante demarcar que, em grande parte, os desafios que o sistema de saúde hoje está enfrentando têm a sua origem no início do século passado, frutos de uma política de Estado constituída pela ação de um poder central exercido por oligarquias regionais, que instituíram normas e regulação social da relação capital e trabalho, privilegiando setores da economia e grupos populacionais (COHN, 2006).

A trajetória das políticas de saúde, relatada por diversos autores¹⁶⁸, reafirma a herança herdada pela atual política, responsável por características incrustadas e difíceis de serem removidas, tais como: fortalecimento do setor privado, modelo de atenção hospitalocêntrico, distribuição desigual da oferta de serviços, entre outras.

Ademais, o contexto social e político global hegemônico, com o revigoramento das teses expressas no neoliberalismo que redimensionam as relações entre Estado e mercado, atua como força contrária aos projetos que se propõem a fortalecer o espaço público, a exemplo do projeto da reforma sanitária brasileira.

Considerando o perfil do neoliberalismo, com fortes características mercadorizantes, a política de saúde no Brasil apresenta-se de forma dissonante, com muitas barreiras a serem enfrentadas. Uma vez que seu projeto traz uma concepção ampliada de saúde, relacionando-a com qualidade de vida e cidadania, o que requer políticas intersetoriais inclusivas e profundas com mudanças estruturais. No plano organizativo, por exemplo, foi proposto um Sistema Único de Saúde (SUS), desmercadorizante, baseado em princípios universalizantes, equitativos, integralizados e em diretrizes descentralizadoras e democratizantes.

¹⁶⁸ Sérgio Arouca; Jairnilson Paim; Amélia Cohn; Sarah Escorel; Sônia Fleury; Eugênio Vilaça entre outros.

Em contraposição ao contexto internacional da perda de hegemonia dos estados de bem-estar social com ascensão das políticas neoliberais no mundo, o Brasil amplia os direitos em saúde, e mesmo sem assegurar a plenitude destes direitos, o SUS possibilita a ampliação do acesso a serviços de saúde, sendo responsável por uma cobertura de 75% da população SILVA (2009).

Contudo, este mesmo autor também mostra que ainda persistem dificuldades no acesso e na qualidade dos serviços prestados, além do comprometimento da sua unicidade, uma vez que desde a sua criação se caracterizou como um sistema para pobres, enquanto as camadas sociais de maior poder aquisitivo o utilizam, para procedimentos complexos e de alto custo, em complementaridade aos seus planos privados e, muitas vezes, em condições de privilégio com relação ao usuário (SILVA, 2009).

As avaliações sobre o SUS em grande parte, o consideram como um processo em construção permanente, logo em mudança, reconhecendo avanços e dificuldades impostas por fatores diversificados relacionados ao contexto político/econômico/social e cultural.

Para o nível da atenção básica, considerada como porta de entrada do sistema de saúde, a partir de onde deve se estabelecer as relações com os outros níveis de complexidade, está sendo proposta, para reorientação do modelo de atenção, a Estratégia Saúde da Família (ESF), visando incorporar uma nova dinâmica de atuação nas unidades de saúde.

A ESF busca romper com paradigmas cristalizados historicamente, que conformam um tipo de assistência curativa e individualizada, na perspectiva de ampliar o olhar, o pensar e o fazer, nos quais as dicotomias sejam substituídas, e as novas abordagens integrem o processo saúde/doença; a família/comunidade; o trabalho multidisciplinar em equipe e as ações intersetoriais.

Contudo, as mudanças também dependem, em grande medida, das relações cotidianas estabelecidas nos processos de trabalho e de gestão, portanto, dos sujeitos partícipes das situações concretas desenvolvidas nos serviços de saúde (MERHY, 2006).

Diante da forma como o trabalho em saúde vem sendo realizado, considerando muitas vezes o usuário como objeto, não como sujeito, como parte e não como um todo, excluído do seu contexto social; reforçando a fragmentação do conhecimento e a superespecialização; valorizando excessivamente a tecnificação conduzida para os interesses de um mercado lucrativo, surge o debate sobre desumanização como consequência deste cenário e como dificuldade a ser enfrentada na prestação de serviços do SUS.

Boltanski (1984) em texto clássico, estudando sobre o tema do trabalho em saúde, conclui que o mesmo se pauta numa tripla ética: do cuidado desinteressado, que tem suas origens na caridade e nos sentimentos religiosos; da ciência, que pensa o corpo humano como objeto de estudo; e do negócio em torno de valores agregados e mercantilistas, chamando atenção para a desumanização em decorrência de posturas direcionadas por estas éticas.

Luz (2004) nos alerta que a racionalidade científica instituiu a natureza como objeto a ser dominado, como exterioridade ao homem, e como materialidade a ser apreendida, criando um conjunto de dualidades no seu trajeto histórico. Estas dualidades (matéria/espírito; quantidade/qualidade; objeto/sujeito; corpo/alma; corpo/mente) fundamentadas na racionalidade moderna se expressaram em vários campos do conhecimento e de forma muito marcante nas ciências da saúde.

A ciência, então, passou a ter um valor unívoco e superior no campo da saúde. Tudo que não era considerado conhecimento científico passou a ser refutado; e o saber popular, utilizado com tradição na saúde, foi negado e muitas vezes combatido. O rigor científico desqualificou as práticas vinculadas à experiência cotidiana e ao diálogo, distanciando com isto os profissionais de saúde dos usuários, e contribuindo para relações distantes e desumanas.

A partir de uma crítica sociológica sobre as práticas médicas modernas, Martins (2003) também ressalta que a generalização da ideologia utilitarista e mercantilista, no campo médico, vem contribuindo sobremaneira para tecnificação e desumanização do cuidado.

Esta desumanização se expressa através de um conjunto de práticas e lógicas impostas pelo modelo hegemônico de atenção à saúde, que pode ser caracterizado como excludente, racionalizador e permeado por relações de poder desiguais.

Entretanto, é oportuno enfatizar que apesar de ser este paradigma científico ainda dominante, o mesmo está vivendo uma crise na sua epistemologia, surgindo assim, a partir da sua crítica, outras formas de compreensão e explicação dos fenômenos físicos e sociais, desencadeando uma revisão e um repensar das práticas cotidianas.

Sobre este assunto, Santos (2005) discute um novo paradigma que chama de emergente, no qual todo conhecimento científico é social; todo conhecimento é local e global; todo conhecimento é autoconhecimento; e todo conhecimento visa constituir-se em senso comum.

Para esse autor, o paradigma emergente aproxima as ciências naturais das ciências sociais, e ambas se aproximam das humanidades, com um enfoque novo, trazendo para cena a “pessoa” como autor e sujeito do mundo.

O tema que discutimos nesta tese sobre a humanização na saúde tem uma identidade com este paradigma emergente e está na pauta da agenda da política do setor saúde no Brasil.

2 CAMINHOS PERCORRIDOS

A pesquisa teve como campo de investigação empírica a ESF desenvolvida na atenção básica em saúde do município de Natal-RN, utilizando uma abordagem predominantemente qualitativa, apesar de feitos alguns levantamentos quantitativos para análises complementares.

Na sua operacionalização utilizou procedimentos variados: a pesquisa bibliográfica; a pesquisa documental (documentos institucionais de âmbito nacional e local) e o trabalho de campo, onde foram realizadas entrevistas e observação direta.

A pesquisa bibliográfica possibilitou o acesso à fundamentação teórica e o diálogo com outros autores e outras pesquisas, contribuindo para uma melhor compreensão dos fatos encontrados. A pesquisa documental forneceu uma rica fonte de dados para o resgate histórico, além de informações esclarecedoras.

O trabalho de campo foi desenvolvido em dois espaços de investigação: o nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS) de Natal, no qual foram observadas as reuniões e analisadas as atas do Comitê Municipal de Humanização, e realizadas entrevistas com gestores de setores vinculados à política de humanização; e o nível local, onde foi observado o trabalho desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF) e também realizadas entrevistas com profissionais, gestores e usuários utilizando roteiros diferenciados. Os roteiros foram elaborados tendo como referência outros já testados no Estudo Linha de Base do Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família, estudo esse realizado, em 2005, em 21 municípios da Região Nordeste, sob a coordenação do NESC/ UFRN, no qual a pesquisadora teve participação, com ajustes para adequá-los aos objetivos desta pesquisa.

A observação participante foi realizada através do contato direto no próprio contexto, ou seja, nas USF dos Distritos pesquisados, visando à obtenção das informações para o delineamento do mapa cartográfico do processo de trabalho.

As entrevistas com agentes de grupos diferenciados (gestores, profissionais de saúde e usuários) vocalizaram as distintas representações, complementando o mapa social da humanização.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande Norte, seguindo as orientações das normas previstas na legislação nacional, aprovado segundo Parecer nº114 /2007, de 26/06/2007. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, também aprovado no referido Comitê, foi lido e explicado aos participantes antes do início das entrevistas.

Para um melhor embasamento, recorreu aos marcos antiutilitaristas, que fazem a crítica ao predomínio do utilitarismo material no mundo contemporâneo globalizado, fortalecendo a sociedade de mercado, e incrementando o

individualismo, a desigualdade e a exclusão social. E a partir desta análise, trazem reflexões sobre a revalorização dos laços sociais e a reinvenção de caminhos em prol da emancipação social.

No plano da análise contextual, ancorou-se mais fortemente nos aportes referenciais de Boaventura de Sousa Santos acerca da sociologia das ausências e sociologia das emergências: contra o desperdício de experiências, na perspectiva do fortalecimento de novas práticas sociais de sentido emancipativo.

Na crítica teórica e epistemológica que este autor faz a respeito do paradigma da modernidade e sua razão indolente, com consequências sobre o mundo e a humanidade, ele busca outras formas de compreender o contexto contemporâneo, a partir da leitura de experiências sociais contra-hegemônicas a favor da inclusão social. Suas ideias formuladas por uma razão designada como cosmopolita se fundamentam em três procedimentos metassociológicos: a sociologia das ausências, a sociologia das emergências e o trabalho de tradução.

Com efeito, para análise de algumas categorias específicas do objeto de estudo, utiliza as contribuições de Marcell Mauss (1872-1950) e seguidores, sobre o paradigma da dádiva ou do dom.

Para Mauss (2003), este paradigma, deve ser compreendido como universal, traduzindo-se a partir da tríplice obrigação coletiva de doação, recebimento e retribuição, perfazendo uma lógica organizativa do social. E por assim ser, incorpora um sentido dialético integrando obrigação e liberdade, interesse e espontaneidade, demonstrando que as regras sociais são incertas e não podem ser condicionadas apenas as dimensões do mercado ou do Estado. Neste sentido não concebe a realidade social limitada a recortes empiristas ou materialistas, considerando a presença das dimensões afetivas e simbólicas na referida realidade.

Reforçando a tese já proposta por outros autores, Martins (2008) defende o caráter interdisciplinar e interacionista dos estudos sobre o dom, apresentando-o como um novo paradigma alternativo aos dois paradigmas modernos – do mercado e do Estado. Assim justifica que o dom revela uma visão antiutilitarista e

crítica dos discursos que reduzem os motivos da ação social ao utilitarismo material e normativo, nos casos do mercado e dos sistemas estatais tecnocráticos.

Outros aportes teóricos também foram utilizados para compreensão das palavras emitidas pelos entrevistados (Arendt) e das especificidades relacionadas à humanização no contexto da saúde no Brasil, formulados por autores brasileiros (Campos, Merhy, Benevides, Passos, Martins, entre outros).

A interpretação das informações coletadas das variadas fontes foi fundamentada na análise documental e na abordagem sociológica apresentada por Santos (2006), denominada de cartografia simbólica das representações sociais, que tem como matriz de referência a construção e a representação do espaço para análises destas representações.

A política de humanização, foi analisada tendo por base a cartografia simbólica das representações sociais. Sua compreensão e análise se deram a partir do seu mapa social, recorrendo aos três mecanismos destacados por Santos: escala, projeção e simbolização.

Os argumentos discursivos e normativos reguladores da política no âmbito nacional e municipal, o espaço de atuação do Comitê Municipal de Saúde e das seis USF representaram as escalas do mapa social da humanização elaborado nesta pesquisa. Desse modo, é considerada como menor escala a Política Nacional de Humanização (PNH), ou seja, a proposta do Ministério da Saúde (MS), como escala intermediária, a PNH na SMS de Natal; e como maior escala, a USF – o processo de trabalho das USF.

A projeção revelou como a política se manifesta no espaço da atenção básica, especificamente na ESF, cuja materialização ocorre no processo de trabalho desenvolvido. E para efeito da análise pormenorizada do processo de trabalho, foi feito um desenho cartográfico das atividades que o compõe, seguindo os fluxos percorridos pelo usuário na unidade de saúde (da entrada à saída), marcados pela simbolização das categorias analíticas referentes às diretrizes da política (acolhimento, gestão participativa, clínica ampliada e valorização do trabalho).

O terceiro mecanismo de representação/distorção da realidade, a simbolização, se refere aos símbolos usados para assinalar os elementos mais significativos e as características mais relevantes a serem destacadas acerca da realidade espacial estudada. Esta foi visualizada através das vocalizações dos agentes da humanização (gestores/profissionais e usuários) que expressaram suas visões e relataram suas vivências como face visível da realidade.

Apesar de terem sido elaborados vários mapas, para configurar a política nos seus vários espaços, visualizando aspectos diferenciados, os mapas dialogam entre si, e revelam a processualidade do objeto investigado, compondo no seu conjunto um mapa geral da humanização.

3 PRINCIPAIS RESULTADOS

A argumentação central investigada partiu da hipótese de que, apesar do atual contexto social e político do Brasil, e seus reflexos no campo da saúde com muitas contradições e desafios, o modelo proposto pela ESF vem apresentando um movimento de mudanças na perspectiva da humanização da atenção e da gestão. Na verdade ainda há dificuldades inerentes a problemas de naturezas diversas, mas já produzindo experiências locais com potencialidades, que não devem ser desperdiçadas.

Os resultados expressos nos mapas delineados apontaram uma série de discrepâncias, desafios e potencialidades.

As discrepâncias se reportaram principalmente à:

A atuação do Comitê Municipal de Humanização, como espaço que se propunha a contribuir para transversalizar a política no âmbito da rede de serviços, foi restrita e não conseguiu obter êxito nas suas proposições. Os limites foram decorrentes de vários fatores, destacando-se: o fato de o Comitê não ter assumido um espaço de decisão dentro da instituição; os participantes terem tido um envolvimento pontual sem repercussões significativas; as fragilidades do apoio dentro da própria gestão.

Em relação ao nível local, utilizando o processo de trabalho como eixo central de análise, as evidências cartografadas, tendo como referências categorias relacionadas a diretrizes/dispositivos da política de humanização, apontaram que as práticas ainda ocorrem em condições desumanizadoras, comprometendo a qualidade da atenção prestada. Os mapas apontaram principalmente:

- Deficiências na ambiência, interferindo no acolhimento dos usuários e nas ações desenvolvidas;
- Relação desproporcional entre equipe e o número de famílias, gerando limitações no acesso dos usuários e também um trabalho intenso dos profissionais;
- Demanda reprimida, comprometendo o acesso a outros níveis de atenção;
- E uma forma de gestão, que apesar de começar a abrir espaço para discussões coletivas no processo de trabalho, ainda não se configura como uma gestão efetivamente participativa.

Dentre os desafios, além das questões de ordem estrutural do sistema de saúde como um todo que vêm afetando as condições de trabalho e a oferta dos serviços, que precisam ser resolvidas, foram identificados cinco grandes desafios:

- A internalização de um referencial fundamentado na ecologia dos saberes: O desafio da internalização de um referencial fundado na ecologia dos saberes não desqualifica o saber científico moderno, mas critica seriamente pela fragmentação, especialização excessiva, e pressuposto de considerá-lo como única verdade. Assim, aposta na articulação entre estes saberes e na integração com as práticas; na agregação de outros saberes e práticas e na superação de um conhecimento de regulação para um conhecimento de emancipação.
- A instituição de subjetividades rebeldes: busca intensificar a vontade de fazer algo para mudança, se contrapondo às subjetividades conformistas que mantêm permanentemente o *status quo*. O protagonismo dos sujeitos e

coletivos possibilita condições para o exercício de subjetividades rebeldes, recuperando valores sociais/éticos e políticos, criando contextos favoráveis a mudanças.

- A instituição de uma democracia de alta intensidade; Esta depende não apenas da instalação de instituições democráticas, mas principalmente da prática cotidiana dos atores sociais e suas relações.
- A capilarização da política nos espaços institucionais: é outro desafio a ser enfrentado que tem uma forte relação de dependência dos desafios anteriores. São vários os caminhos que podem ser trilhados para a penetração da política nos microespaços, destacando-se a formação de redes interativas, produtoras de movimentos de socialização de informações e trocas.
- A ampliação das experiências positivas: que também têm uma interface com o desafio da capilarização, supõe o reconhecimento destas experiências como possibilidades emergentes a serem estimuladas e disseminadas.

Apesar das discrepâncias e desafios também foram evidenciadas potencialidades, através de movimentos de mudanças no processo de trabalho, que vêm fortalecendo o vínculo, ampliando as ações desenvolvidas, incorporando novos sentidos e experiências inovadoras.

Estas experiências articulam a cultura, a arte, o lazer e as práticas de novos estilos de vida, trazendo assim, para o modelo de atenção a saúde, outras formas de racionalidade para lidar com o processo saúde- doença.

Refletem práticas que têm uma forte articulação com a política de humanização, uma vez que, todas buscam construir relações mais humanas e horizontais, estimulando a participação e o protagonismo dos sujeitos para melhoria da sua saúde no âmbito individual e coletivo. E neste sentido, fortalecem o vínculo e a solidariedade, favorecendo uma maior aproximação entre os

participantes, criando um espaço de diálogo entre saberes, como também um espaço de circulação de bens simbólicos.

Grande parte destas práticas, situam-se no campo da promoção da saúde e da prevenção de agravos, e apesar de extremamente positivas têm uma baixa visibilidade na mídia e baixo reconhecimento institucional. Dependem em grande parte de iniciativas dos profissionais em criá-las e mantê-las.

Retomando Boaventura dos Santos, ele instiga a necessidade do reconhecimento de alternativas novas, que a princípio podem até ser desacreditadas, propondo como caminho para torná-las visíveis e credíveis, três procedimentos meta sociológicos: a sociologia das ausências, a sociologia das emergências e o trabalho de tradução.

Na sociologia das ausências, iniciativas locais bem sucedidas produzem novos sentidos e significados até então não explicados por uma teoria geral. Sendo importante a sua credibilidade e reconhecimento, o que vai possibilitar que a sua ausência ou invisibilidade, se transforme em presença ou visibilidade, permitindo assim uma visão ampla e completa do presente.

A sociologia das emergências, move-se no campo das expectativas sociais, e consiste na identificação de saberes e práticas emergentes a serem fortalecidas, a partir de sinais e pistas da realidade. De modo a prever tendências futuristas, para maximizar probabilidades de esperança. Dentro deste enfoque aposta em avanços, mesmo diante das dificuldades do cotidiano.

O trabalho de tradução, é considerado como complementar as sociologias das ausências e das emergências, esclarecendo o que se encontra na realidade. Como diz Santos (2006 p.p.135), “cria as condições para mudanças a partir de uma imaginação democrática”, em outras palavras, interpreta de forma diversificada e fundamentada, as novas realidades que se conformam em contextos mais ampliados.

Nas unidades de saúde pesquisadas, foram encontradas várias destas experiências possibilitando o diálogo entre os saberes técnico e popular destacando-se: rodas de conversa; peças teatrais; grupos de danças; grupos de terapia comunitária; prática de exercícios físicos e biodança; atividades de lazer como passeios para praias, cinemas, outros pontos culturais; atividades de artesanatos para confecção de produtos variados com organização de feiras de exposição entre outras.

Foi constatado que estas experiências observadas, têm uma forte articulação com a política de humanização, porque buscam construir relações mais humanas e horizontais, estimulando a participação e o protagonismo dos sujeitos para melhoria da sua saúde e da coletividade. E também fortalecem o vínculo e a solidariedade entre os pares, favorecendo uma maior aproximação entre os participantes, criando um espaço de diálogo entre saberes (ecologia dos saberes) e mais um espaço de circulação de bens simbólicos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões sobre os marcos teóricos e organizativos, que norteiam a PNH, evidenciam que o surgimento da política de humanização ocorre para efetuar mudanças na perspectiva da consolidação de um SUS inclusivo, acolhedor, resolutivo e democrático. Apresentam concepções ampliadas sobre a humanização, incorporando dimensões variadas: organizativa, relacionada aos modos de fazer e organizar serviços de saúde; gerencial, que se refere à forma de gestão e condução do trabalho desenvolvido; e relacional, que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos partícipes do processo de trabalho em saúde (usuários, trabalhadores e gestores).

As referidas concepções se associam ao reconhecimento da saúde, como direito de cidadania, e à necessidade da produção de novos territórios existenciais e organizacionais, valorizando os sujeitos e coletivos, assim como as oportunidades de interações, reciprocidades, trocas e criações. E neste sentido,

são permeadas pelo paradigma do dom ou da dádiva que explica os fundamentos da solidariedade e do vínculo social.

Pela sua trajetória, constata-se que é uma política que não surgiu repentinamente, mas se fundamenta em acúmulos produzidos ao longo do tempo, de forma entrelaçada com política de saúde como um todo, sofrendo também as influências do contexto social e político da globalização e neoliberalismo.

Os seus ecos na política de saúde do município de Natal-RN mostraram desafinos, uma vez que o discurso dos documentos institucionais, fundamentados nos preceitos conceituais e políticos, são dissonantes da prática real.

Em relação ao nível local, as evidências cartografadas, tendo como referências categorias relacionadas a diretrizes/dispositivos da política de humanização, apontaram que as práticas ainda ocorrem em condições desumanizadoras.

Apesar de as análises terem identificado tantos percalços no cenário para que o mesmo pudesse ser considerado humanizado, também mostraram a existência de um movimento de mudanças no processo de trabalho, que vêm fortalecendo o vínculo e ampliando ações desenvolvidas, incorporando novos sentidos em direção à diversidade, à integralidade e à solidariedade.

O mapa desenhado na pesquisa delineou uma realidade sinalizada por intenções explicitadas em uma agenda política, por situações concretas marcadas por dificuldades de diversas naturezas, observadas no trabalho desenvolvido e expressadas nas palavras dos agentes, além de pistas latentes em algumas experiências locais exitosas, que demandam ainda muitos desafios a serem enfrentados para consolidação das mudanças pela PNH.

REFERÊNCIAS

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: comunicação, saúde, educação**. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Debate sobre o artigo de Conill. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n. 24, p. 17-19, 2008. (Supl.).

CONH, Amélia (Org.). **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009. 223p.

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

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MARTINS, Paulo Henrique. De Lévi-Strauss, A. M. A.U.S.S. – movimento antiutilitarista nas ciências sociais: itinerários do dom. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 23, n. 66, p.105-130, fev. 2008.

MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: MAUSS, Marcell. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003. p. 185-314.

MERHY, Emerson Elias. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. São Paulo: Cortez, 2006.

SILVA, Sílvio Fernandes. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n.81, p. 38-46, jan./ abr. 2009.