

Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde¹

Reflections on the concept of humanization in health

Rosana Onocko Campos²

Recebido em 21/08/2002

Aprovado em 12/06/2003

¹ Texto elaborado a partir da apresentação realizada em São Paulo em 2000, no 1º Seminário do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde

² Médica, doutora em Saúde Coletiva, pesquisadora convidada do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), coordenadora do Núcleo de Capacitação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) do Ministério da Saúde (MS)
Rua Américo de Campos, 93 – Cidade Universitária
CEP 13083-040 – Campinas – SP
e-mail: rosanaoc@mpc.com.br

RESUMO

Neste trabalho, discute-se o conceito de humanização, destacando as múltiplas determinações que caracterizam o mundo humano. Analisam-se também as relações entre conhecimento técnico e ético para propiciar uma reflexão sobre as práticas clínicas que inclua a humanização do atendimento nas suas dimensões intersubjetivas e éticas. Ressalta-se a indubitável tendência da eficácia técnica ser ora reificada, ora banalizada, o que poderia ser evitado com um posicionamento ético e um questionamento sobre o sentido das práticas. Sugere-se que o planejamento em saúde se incumba destas questões.

DESCRITORES: *Planejamento em Saúde; Assistência ao Paciente; Ética Institucional.*

ABSTRACT

This paper discusses the concept of humanization, focusing on the multiple determinations that characterize the human world. It also analyzes the relationship between technical and ethical knowledge, in order to stimulate a reflection over the clinical practices that emphasize on their subjective and ethical dimensions. The tendency for technical efficacy to be reified or banalized is highlighted, something that could be avoided through questioning the meaning of our practices. The paper suggests that health planning must be involved with these issues.

DESCRIPTORS: *Health Planning; Patient Care; Ethics Institutional.*

INTRODUÇÃO

O presente texto foi elaborado por ocasião do 1º Seminário do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) do Ministério da Saúde (MS) em junho de 2000. Pretendia-se naquela oportunidade problematizar o conceito de humanização que seria explorado pelo programa na sua fase piloto (jul.-dez. de 2000), envolvendo 10 hospitais em todo o território nacional. Ao finalizar a terceira etapa do programa, que se estendeu a numerosos hospitais e às respectivas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, consideramos que aquela reflexão continua a ter sentido e mostra-se oportuna, em vista da definição da humanização como uma das diretrizes do Ministério da Saúde na nova gestão.

A temática da humanização dos serviços de saúde vem ganhando espaço nas discussões de saúde em um espectro tão diverso, que abarca processos de acreditação hospitalar, intervenções na linha da qualidade e reformulação de propostas assistenciais específicas como o caso da humanização do parto, ou do atendimento à criança.

Ao final, vindo de espaços de formulação tão diversos, o que realmente analisamos quando falamos em humanização? Trata-se simplesmente de alguma intervenção na estética hospitalar? Trata-se de ampliação de direitos? Trata-se de uma cosmética sorridente que não inter-

fere no processo técnico do trabalho em saúde? Gostaríamos de problematizar um pouco esse conceito.

SIGNIFICADO

'When I use a word', Humpty Dumpty said, in rather a scornful tone, 'it means just what I choose it to mean – neither more nor less' (CARROLL, 1960. p. 188).

No dicionário, humanização é o ato ou efeito de humanizar, que por sua vez significa:

A TEMÁTICA DA HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE VEM GANHANDO ESPAÇO NAS DISCUSSÕES DE SAÚDE

1. Tornar humano; dar condição humana a; humanar. 2. Tornar benévolo, afável, tratável; humanar. 3. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar. 4. Bras. CE. Amansar (animais). 5. Tornar-se humano; humanar-se. (FERREIRA, 1999).

Esta primeira consulta semântica leva-nos à pergunta: o que é o humano? Será que podemos neste começo de século assumir que é humano o que é afável, benévolo, como diz Ferreira? Ou o que é

manso? Ou que ainda precisaríamos civilizar-nos?

Desde Freud e Marx, já sabemos que também faz parte do humano a exploração do outro, a alienação, a agressão, o equívoco e a culpa. Os neobiologistas argumentam que somos produto – pura e simplesmente – da combinatória genética. Os neo-relativistas sustentam que tudo é intersubjetivo e relativamente justificável. E o social? O social foi para o fundo da gaveta pós-moderna, saindo de vez em quando somente para justificar que nada de novo é possível no mundo humano.

Defenderemos a posição de que humano quer dizer 'humano', ou seja, biológico, subjetivo e social; e soma: múltipla determinação. Somos isso o tempo todo, misturado, inseparável, ao mesmo tempo. Não paramos de ser biológicos quando amamos ou nos submetemos. Continuamos a ser sujeito quando nos rebelamos contra as injustiças. Não deixamos de ser socialmente produzidos no momento do ódio mais intenso.

Se esta multiplicidade vale para todos os humanos, vale também para os constructos humanos, como é o caso dos serviços de saúde, entre eles o hospital – objeto do projeto em discussão.

Quem pretende explicar a existência de hospitais como uma organização destinada a tratar do corpo biológico engana-se, cometendo uma redução. Ainda que nos hospitais ocorra uma ênfase em

processos curativos que operam sobre o corpo (biológico), esses mantêm sua condição de produto social e de espaço de trocas intersubjetivas. Trocas essas que acontecem sobre os corpos, nos corpos e além dos corpos biológicos.

O sujeito está anestesiado numa mesa cirúrgica: ele está nesse momento reduzido ao grau máximo de 'coisificação', de corpo biológico puro. Contudo, não foi assim dez minutos antes, nem o será dez minutos depois da operação. Não estão reduzidos ao nível de máquinas os outros humanos que ali estão trabalhando. Alguém já se imaginou sendo operado por um cirurgião que na noite anterior teve uma terrível briga com a amante? Neste momento deve haver quinhentas cirurgias acontecendo nessas circunstâncias... a enfermeira diluindo potássio enquanto pensa no filho doente. Essas coisas acontecem o tempo todo!

Há uma produção social que protege as pessoas dos erros, mas tem caído em desprestígio ultimamente. É a formação técnica. Não se erra mais do que a conta porque as pessoas sabem o que estão fazendo, foram treinadas, profissionalizadas. Ultimamente, o reconhecimento do trabalho interdisciplinar como fundamental e necessário tem sido unânime. Contudo, às vezes, parece que essa interdisciplinaridade tão almejada poderia ser empreendida com o vazio como ponto de partida.

Questionamos essa simplificação, que não é inócua, pelo contrário, tem sido danosa em algumas experiências que conhecemos.

Propomos que a identidade profissional deva ser interrogada, não somente em relação às competências técnicas, mas às suas finalidades.

A pergunta teleológica por excelência interroga o sentido das práticas e dos saberes. "A que se destina?" – diria o poeta Caetano Veloso; ou "Para quê?", o sanita-

O SUJEITO ESTÁ ANESTESIADO
NUMA MESA CIRÚRGICA: ELE ESTÁ
NESSE MOMENTO REDUZIDO AO
GRAU MÁXIMO DE 'COISIFICAÇÃO',
DE CORPO BIOLÓGICO PURO

rista Mario Testa (1997). Nos dois casos o interrogante se inclui no âmbito das finalidades.

Quando Marx fala de alienação mostra que o trabalhador não sabe 'para que' trabalha. Ele não sabe que ao mesmo tempo em que produz seu trabalho concreto está cumprindo com as regras de produção do trabalho abstrato. O que foi retirado de sua compreensão é a possibilidade de entender que, ao mesmo tempo em que produz valor de troca, está

produzindo valor de uso e acumulação de mais valia.

"A utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso", disse Marx (1985, p. 45). Esses valores são socialmente determinados e pensamos que interrogá-los pode ajudar às pessoas que trabalham a procurar o sentido de seu trabalho. A pergunta sobre o 'valor de uso' do trabalho pode contribuir para indagar as finalidades, o 'para que' do trabalho. Campos (2000) propôs pensar as instituições de saúde como produtoras de 'valor de uso', tanto no sentido da eficácia das práticas sociais que ali se desenvolvem como da possibilidade de produção de novas formas de subjetivação, capazes de tornar os sujeitos que nelas trabalham mais livres e satisfeitos. Pensamos que este argumento e sua exploração têm conseqüências interessantes: os sujeitos que trabalham são também objetivo e finalidade da organização, não podem mais, então, ser pensados e tratados como meios (a clássica definição dos recursos humanos).

SENTIDO

'Would you tell me, please, which way I ought to go from here?'
'That depends a good deal on where you want to get to' – said the Cat.
'I don't much care where...' – said Alice.
'Then it doesn't matter which way you go', said the Cat.
'... so long as I get somewhere', Alice added as an explanation.
'Oh, you're sure to do that', said the Cat, 'if you only walk long enough'.
(CARROLL, 1960. p. 64-65).

Para Gadamer (1997), a conceitualização da ética feita por Aristóteles produziu uma modificação fundamental da relação conceitual entre meios e fins, constituindo a diferença entre o saber ético e o saber técnico. O direcionamento do saber sobre o fazer aparece de maneira exemplar na *tekne* (técnica). Uma *tekne* aprende-se e pode-se esquecer, mas, dada uma *tekne*, saber-se-á sempre escolher os meios idôneos.

Contudo, na aplicação (das leis, por exemplo) Aristóteles não fala de *tekne* e sim de *phronesis*. O conceito de *phronesis* (prudência) é então distinto do de *tekne*. A *phronesis*, componente essencial do saber ético, requer sempre buscar conselho consigo próprio.

Portanto, para esse autor, é falso dizer que com a expansão do saber técnico poder-se-ia prescindir do saber ético.

O saber ético não poderá nunca revestir o caráter prévio (...) A relação entre meio e fim não aparece aqui nos moldes que se pode dispor com anterioridade de um conhecimento dos meios idôneos, e isso pela razão de que o saber do fim idôneo não é, por sua vez, mero objeto de um saber (GADAMER, 1997. p. 477).

A ponderação dos meios é também uma ponderação ética e só por meio dela se concretiza a correção ética do fim adequado. O 'saber-se' aristotélico contém a aplicação completa e aciona seu saber na imediatez da situação dada.

Jullien é outro autor que procura em Aristóteles as origens dessa longa viagem empreendida pela civilização ocidental. "Mesmo quando as 'coisas' se tornam as questões humanas, não se deixaria de gostar de permanecer na tranqüilizadora posição de 'técnicos' – artífices ou demiurgos" (JULLIEN, 1998. p. 16).

Esse autor analisa a falha entre teoria e prática como um fracasso inaceitável para a filosofia ocidental. Poderia ela deixar o homem tão

A PONDERAÇÃO DOS MEIOS
É TAMBÉM UMA PONDERAÇÃO
ÉTICA E SÓ POR MEIO DELA
SE CONCRETIZA A CORREÇÃO
ÉTICA DO FIM ADEQUADO

desarmado? Incapaz de manobrar e triunfar em seus projetos? Aristóteles teria identificado uma faculdade capaz de dar conta da mediação teoria/prática. Seria essa a 'prudência' (*phronesis*). A prudência, no sentido da *tekne*, não seria então uma ciência, nem tampouco uma arte, já que ela visa à práxis (ação) e não à produção.

Jullien interroga:

(...) não seria antes porque o instrumental teórico grego (que continua

sendo em grande parte o nosso) não conseguiria apreender esse perpétuo movimento no qual se debate a ação? O fato é que essa eficácia prática, pelo menos do lado grego (...) permanece impensada (1998. p. 22).

A 'eficácia prática' referida quando interrogada, muitas vezes, suscita uma sensação de 'não saber' que resulta quase que insuportável aos profissionais de saúde. Assim, várias vezes, utiliza-se a técnica como um alibi, como uma defesa, como uma prescrição descompromissada com as finalidades, alienante.

Pensamos que o movimento de se voltar para as finalidades do próprio trabalho e as suas conseqüências é próprio da práxis, no sentido que lhe outorga Castoriadis:

Chamamos de práxis este fazer no qual o outro ou os outros são visados como seres autônomos e considerados como agente essencial da sua própria autonomia. A verdadeira política, a verdadeira pedagogia, a verdadeira medicina, na medida que algum dia existiram, pertencem à práxis (1986, p. 94).

Para esse autor, também a práxis não pode ser reduzida a um esquema de fins e meios. Essa jamais pode reduzir a escolha de sua maneira de operar a um simples cálculo, pois ela não pode ser justificada por um saber prévio, à maneira da técnica (e isto não significa que não possa se justificar).

Ela se apóia sobre um saber, mas este é sempre fragmentado e provisório. É fragmentário, porque não pode

haver teoria exaustiva do homem e da história; ele é provisório, porque a própria práxis faz surgir constantemente um novo saber (CASTORIADIS, 1986. p. 95).

Para esse autor, a práxis apóia-se em um saber 'efetivo', que é limitado e provisório como tudo o que é efetivo. Ela só pode existir na lucidez. "Sendo uma atividade lúcida, não pode invocar o fantasma de um saber absoluto ilusório" (CASTORIADIS, 1986. p. 96). A lucidez relativa relaciona-se a dois aspectos: o primeiro é que o próprio objeto da práxis é o novo, que não se deixa reduzir a um decalque materializado de uma ordem racional pré-constituída; o segundo é que o próprio sujeito da práxis é transformado constantemente a partir da experiência na qual está engajado e que ele faz, mas pela qual ele é também feito.

Assim, aplicarmos a práxis nas práticas de saúde implicaria em deslocá-las de seu puro lugar técnico, reconhecendo que sempre estarão envolvidas questões éticas – que têm relação com o sentido – com a direção que desejemos dar ao produto do trabalho em saúde.

PROJETO

... though she managed to pick plenty of beautiful rushes as the boat glide by, there's was always a more lovely one that she couldn't reach.

The prettiest are always further! – she said at last (CARROLL, 1960. p. 180).

Concordamos com Castoriadis ao pensarmos o projeto como

elemento da práxis (...) intenção de uma transformação do real, guiada por uma representação do sentido desta transformação (...) O que é, a este respeito, o núcleo do projeto, é um sentido e uma orientação (...) (CASTORIADIS, 1986. p. 97).

Para Testa (1997), os projetos deveriam operar como 'analisadores' da situação. A escolha de prioridades poderia resultar da análise

O PLANEJAMENTO EM SAÚDE CLASSICAMENTE OCUPOU-SE DE DESENVOLVER TÉCNICAS PARA TRANSFORMAR PROJETOS EM PLANOS

de vários fatores, entre eles a análise histórica da instituição e dos campos de força dos interesses em jogo. As prioridades apareceriam assim como linhas de sentido.

O planejamento em saúde classicamente ocupou-se de desenvolver técnicas para transformar projetos em planos. O projeto, como rumo ou sentido, era objeto da política para esta vertente planejadora.

Contrariamente, temos proposto pensar o planejamento em saúde como

dispositivo intermediário: 'aquilo que propicia, faz advir' (ONOCKO, 1998; 2001). Esta forma de encarar o planejamento ressalta o espaço do projeto e relativiza o do plano.

É preciso não confundir projeto e plano. O plano corresponde ao momento técnico de uma atividade (...) quando a ordenação recíproca dos meios e dos fins apóia-se sobre um saber suficiente do domínio em questão (CASTORIADIS, 1986. p. 97).

Tal momento é muitas vezes necessário, possível de ser encarado quando pensado como cristalização provisória, e no qual predominará uma elaboração técnica (um saber-fazer prévio que operacionaliza finalidades dadas pelo projeto).

Todavia, muitas vezes constatamos que as dificuldades não estão inseridas na operacionalização técnica, na elaboração de um plano, senão na impossibilidade de formular coletivamente um projeto. Para se possuir um projeto, é preciso fazer uma passagem para um agenciamento subjetivo, o grupo – ou coletivo –, podendo escolher uma orientação, um sentido para a transformação do real.

Enfatizamos que o subjetivo é próprio do projeto, assim como o técnico é do plano. O momento que indaga o sentido – o para que das práticas –, o momento em que posso desejar projetar(me) com os outros para transformar o real é o do projeto. "O projeto visa sua realização como momento essencial" (CAS-

TORIADIS, 1986. p. 97). É este o momento mais complexo do ponto de vista da constituição da grupalidade, no qual consensos e representações diversas virão à tona, assim como conflitos e desencontros.

O projeto tem permanência e o plano é uma figura fragmentária e provisória. Tendo-se um projeto, passar dele ao plano resulta de uma aplicação técnica, depende de um saber prévio e é relativamente fácil se conseguir (ONOCKO, 2001).

REFORMA DA CLÍNICA

Begin at the beginning, the King said very gravely, and go on till you come to the end: then stop (CARROLL, 1960. p. 113).

Como trabalhar em planejamento, ajudando a formular projetos, desde a posição de práxis, sem admitir e estimular que os sujeitos que formulam esses projetos façam práxis na sua própria prática? A lucidez relativa a que se refere Castoriadis tem a ver com isso: na práxis, o sujeito faz a experiência em que está inserto e a experiência o faz.

No caso dos serviços assistenciais de saúde (como os hospitais) pensamos que este aspecto deve ser interrogado a partir da análise das formas de cuidados que ali se desenvolvem. Se houver um projeto de mudança é porque avalio necessário mudar as formas vigentes de atendimento.

Temos trabalhado a partir de Campos (1987) e sua formulação de clínica ampliada. Para este autor, seria esta uma clínica que dialoga com outros saberes e que ele contrapõe aos conceitos de clínica tradicional (fechada sobre si e seus saberes prévios) e de clínica degradada (queixa-conduta, a clínica dos prontos-atendimentos).

Temos proposto que o planejamento em saúde se incumba de uma atitude frente à clínica (ONOCKO,

COMO TRABALHAR EM PLANEJAMENTO,
AJUDANDO A FORMULAR PROJETOS,
DESDE A POSIÇÃO DE PRÁXIS, SEM
ADMITIR E ESTIMULAR QUE OS SUJEITOS
QUE FORMULAM ESSES PROJETOS FAÇAM
PRÁXIS NA SUA PRÓPRIA PRÁTICA?

1999; 2001; 2001a). Uma clínica preventiva; uma clínica que se questiona, que não se prende a dogmatismos, que desafia suas fronteiras e que se compromete com os resultados de sua prática; uma clínica que preste contas e se abra, generosa, para que dela 'bebam' outros, aprendendo.

Em relação aos serviços de saúde, estender a prevenção e a promoção não deveria significar reduzir (ou excluir) a clínica. Pelo contrá-

rio, deveria contaminar a clínica de promoção e prevenção, reconhecendo que esta se nutre de clínica. A taxa de mortes infantis por diarreia caiu estrepitosamente depois da introdução da reidratação oral. Reidratar é uma medida clínica. O estímulo à difusão desta técnica foi uma medida de Saúde Pública para a qual adquiriu-se serviços de médicos, enfermeiros, auxiliares, etc.

O que tem a ver tudo isto com o planejamento de serviços de saúde? A esta altura de nosso percurso, defendemos que um projeto de um serviço de saúde deva incluir uma proposta clínica (ONOCKO, 2001). E esta indagação parece-nos intrínseca à discussão de humanização, pois pensamos que se a proposta de humanizar não estiver fortemente vinculada com a reforma das modalidades clínicas que se desenvolvem em hospitais, será provavelmente banalizada, encarada como uma maquiagem superficial.

Para conseguir repensar suas práticas, os trabalhadores da saúde devem poder apoiar-se em algum lugar. Apesar de sua pesada determinação técnica, a clínica manterá sempre a característica de ser um encontro singular. Merhy (1997) defende que o trabalho em saúde tem uma capacidade inexplorada de liberar trabalho vivo, o que sempre aconteceria 'em ato'. Cabe abrir espaços de análise coletivos para interrogarmos esse fazer em ato, indagando o quanto há de trabalho

criativo ('vivo') ou de repetição estruturada tecnologicamente ('trabalho morto').

Indagar coletivamente os gradientes de autonomia criadora ou de alienação repetitiva presente nas práticas cotidianas. Evidentemente isso só poderá ser feito se como ponto inicial criarem-se espaços de encontro e reflexão. O ritmo do trabalho em saúde costuma ser rápido demais. As formas de contratação muitas vezes atentam também contra a possibilidade de encontros: plantões, turnos diferentes, alta rotatividade de pessoal em áreas críticas, tudo isso dificulta a criação desses espaços.

Contamos hoje com algumas propostas de organização do trabalho que visam interferir nessas mazelas: colegiados gestores, unidades de produção, equipes de referência (CAMPOS, 1998; 1999; 2000; CARVALHO; CAMPOS, 2000), etc. Contudo, às vezes, algum tipo de apoio diferenciado (CAMPOS, 2000) será necessário para que as pessoas ali reunidas sintam-se encorajadas a efetivar verdadeiras trocas e reflexões e não meras reuniões burocráticas.

Temos chamado a atenção para a necessidade desse novo papel profissional do apoiador ser enriquecido com uma formação mais ampla em relação aos grupos humanos (ONOCKO, 2001). Os processos subjetivos nunca poderão ser dissociados dos processos políticos e técnicos. Nessa dissociação reside grande

parte da alienação no trabalho. Temos que voltar a juntar aquilo que no processo histórico foi separado por prescrições técnicas, pela divisão social do trabalho e pela recusa à subjetividade.

O processo de trabalho em saúde opera sobre o corpo e as mentes de pessoas concretas. O grau de 'objetualização' nunca será absoluto. O desafio é reduzi-lo, alargando a possibilidade de encontros intersubjetivos. E isso é possível de ser tentado por meio do contato direto com as pessoas envolvidas na assistência. A riqueza da análise do cotidiano não pode ser substituída pelo envolvimento da gerência ou de comissões, ainda que elas possam ser importantes para a viabilidade do processo.

Pensamos que ao não implicarmos o Projeto de Humanização às pessoas que trabalham na assistência direta, há o risco desse virar plano ou programa (não mais projeto), e perder a sua potencialidade de construir linhas de sentido para as práticas. Enxergamos como o maior desafio do projeto, precisamente o de virar projeto, ser agenciado, modificado e re-projetado pelos outros para poder assim entrar no cenário da saúde brasileira.

CONCLUSÃO PROVISÓRIA

Tentamos problematizar para além do senso comum alguns conceitos habitualmente envolvidos nas discussões sobre humanização. Pen-

samos que para não homologar os processos de humanização a simples intervenções cosméticas, seria sempre necessário colocar nesses processos uma reflexão sobre o sentido das práticas, a conformação dos projetos e a reforma da clínica, entendendo-os como produtos intersubjetivos, técnicos e políticos que operam – sempre – tanto sobre usuários como sobre os profissionais de saúde.

Seriam nesses processos de reflexão que a ampliação do foco poderia superar a restrita discussão sobre questões técnicas, ampliando o escopo para a dimensão ética e intersubjetiva das práticas cotidianas nos serviços de saúde.

... thinking while she ran, as well she might. What a wonderful dream it had been (CARROLL, 1960. p. 117).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Reflexões sobre a clínica*. Campinas, SP: [s.n.], 1987. (Mimeo).
- _____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 863-870, out.-dez. 1998.
- _____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403. 1999.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: HUCITEC, 2000. 236p.

CARVALHO, Sérgio R.; CAMPOS, Gastão W. de S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, MG. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, abr.-jun. 2000.

CARROLL, Lewis. *Alice's adventures in wonderland & through the looking glass*. New York: Penguin books, 1960.

CASTORIADIS, Cornelius. *A instituição imaginária da sociedade*. Tradução Guy Reynaud. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 418 p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GADAMER, Hans-Georg. *Verdade e método*. Tradução Flávio Meurer. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997. 731 p.

JULLIEN, François. *Tratado da eficácia*. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Editora 34, 1998. 236 p.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. Tradução Regis Barbosa & Flávio Kotke. São Paulo: Edição Nova Cultural, 1985. v. I

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica

do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana Campos (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 71-112.

ONOCKO, Rosana Campos. *O planejamento no divã ou análise crítica de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional*. 1998. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, SP, 1998.

_____. *La clínica ese método olvidado por la salud pública*. 1999. (Mimeo.)

_____. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. 2001. Tese (Doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, SP, 2001.

_____. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001a.

TESTA, Mario. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana Campos (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997. p.17-70.