

## A Produção Imaginária da Demanda e O Processo de Trabalho em Saúde.<sup>1</sup>

Túlio Batista Franco  
Prof. Dr. do Instituto de Saúde da Comunidade  
Universidade Federal Fluminense – UFF

Emerson Elias Merhy  
Prof. Livre Docente pela Unicamp

### Introdução.

Já há algum tempo viemos propondo a reorganização dos serviços de saúde, tendo como pressuposto a produção do cuidado, um processo de trabalho usuário centrado e relações acolhedoras, capazes de produzir vínculo, em um processo produtivo que aposta nas tecnologias mais relacionais para a assistência aos usuários. Nesse percurso tem-nos intrigado o fato de que, vez ou outra nos deparamos com usuários que chegam a Unidades de Saúde requerendo uma consulta médica ou um procedimento como por exemplo “exame de sangue” ou “raio x” ao reportar-se à recepção, quando muitas vezes não é isso que eles de fato necessitam, ou que seja capaz de resolver o seu verdadeiro problema. O constrangimento aumenta quando se percebe que os profissionais de saúde têm dificuldades de lidar com a questão, pois se colocam o seguinte dilema: se atendem, estão cometendo o uso indevido de recursos assistenciais, pois não é certo que o usuário tenha a necessidade dos procedimentos solicitados por ele mesmo; se não atendem, podem ser acusados pelo mesmo de um “mau atendimento”, “médico ruim porque não receitou”, aumentando a tensão na relação da equipe com sua clientela.

---

<sup>1</sup> Referência deste artigo: Franco, T.B. & Merhy, E.E., Produção Imaginária da Demanda in Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.) “Construção Social da Demanda”; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

Este fenômeno que é entendido como um grande ruído nos serviços de saúde, pode nos revelar como se produz a demanda dos usuários frente a estes, e assim funcionar como um analisador da assistência que se presta. Supõe-se que haja uma relação entre o modo de produção do cuidado e a construção de significados para este mesmo serviço de saúde, feita pelos usuários no exercício cotidiano de busca por assistência, e esta parece ser uma das formas de construção da demanda, a partir da percepção do usuário e os sentidos que este vê nas práticas assistenciais e sua implicação com a produção da saúde.

A construção deste texto parte do pressuposto de que o usuário quando entra em contato com o serviço de saúde, se conecta a este através de fluxos comunicantes por onde transitam ofertas, demandas, desejos, realizações de expectativas, satisfação de necessidades e é nessa comunicação que se realiza a relação de cuidado ou descuidado. A busca pelo serviço de saúde se dá, através da percepção que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço. E essa percepção nem sempre é objetiva, porque ela se forma a partir também, de um campo simbólico que o usuário utiliza para formar certa idéia do que o serviço tem a lhe ofertar e resolver seu problema. Esta idéia do cuidado que se produz no serviço de saúde é formada por um conjunto de representações que dão significado à assistência que se presta. Se ela não for capaz de fazer com que o usuário se sinta de fato protegido, isto é, se a idéia de cuidado, traduzida em atos assistenciais, não estiver coincidindo com a dos usuários, pode-se tornar ruidoso os fluxos comunicantes na relação usuário-serviço de saúde e gerar conflitos e tensões que interditam a relação de cuidado.

O que se pretende neste texto é discutir a produção imaginária da demanda pelo usuário, partindo do pressuposto de que ela é socialmente construída e está, de uma

maneira ou outra, relacionada ao perfil do serviço de saúde e à forma como se processa a produção do cuidado e as relações entre trabalhadores e sua clientela.

#### A Produção Imaginária da Demanda.

Sobre a demanda, um primeiro aspecto a ser comentado, vem das afirmações de Baremlitt (1992) nas quais diz que a demanda se constrói a partir da oferta, ou seja, ninguém demanda aquilo que sabe que não pode ser obtido no serviço de saúde. Um segundo aspecto diz respeito ao fato de que a demanda para um determinado serviço de saúde se constrói a partir da não realização de certas necessidades, por outros serviços, como por exemplo, a busca freqüente por “tratamento” feita pelo portador de doença crônica, fazendo o perfil de usuário dependente dos serviços, isto é, que não se cuida, não consegue tocar a vida com razoáveis graus de autonomia, certamente é resultado de um certo déficit de cuidado que é prestado a partir de uma dada maneira de se trabalhar com saúde, ou seja, pautada pela não interatividade com o usuário e um serviço assim é incapaz de produzir sujeitos, autonomizar o usuário, e o torna “sujeitado” à lógica da dependência de procedimentos. Um terceiro aspecto importante é o fato dos usuários associarem a solução de seus problemas de saúde a certos produtos realizados pelo serviço, como por exemplo atribuindo ao procedimento em si mesmo a satisfação de necessidades. Um fetiche, como se um exame qualquer tivesse a propriedade natural de proteger a saúde das pessoas. No entanto observa-se que essa idéia é muito comum, isto é, o usuário forma uma imagem que coloca no procedimento toda expectativa de ser cuidado e protegido, quando na realidade, este é um recurso limitado, pois ele é apenas

uma parte de um complexo processo produtivo da saúde e sua eficácia é dependente das muitas ações outras que são desenvolvidas em uma dada “linha do cuidado” que se processa no interior dos serviços de saúde e esta é determinada por processos sociais, técnicos e de subjetivação, sobretudo a capacidade em estabelecer relações interseçoras (Merhy, 2002), que diz respeito ao encontro de pessoas, trabalhador de saúde e usuário, para juntas produzir algo em comum, isto é, são sujeitos de um mesmo processo, o cuidado.

Partimos do pressuposto de que a associação do procedimento com satisfação de necessidades dos usuários é uma construção imaginária, inventada, conforme define Castoriadis:

... falamos de imaginário quando queremos falar de alguma coisa “inventada” – quer se trate de uma invenção “absoluta” (“uma história imaginada em todas as suas partes”), ou de um deslizamento, de um deslocamento de sentido, onde símbolos já disponíveis são investidos de outras significações que não suas significações “normais” ou “canônicas”. Nos dois casos, é evidente que o imaginário se separa do real, que pretende colocar-se em seu lugar. (Castoriadis, 1995:154)

De acordo com o próprio Castoriadis (1995), o imaginário se utiliza do simbólico para existir, se exprimir, passar do plano virtual ao real. Para o caso aqui discutido, é como se o usuário imprimisse ao exame/procedimento um significado que é criado por ele mesmo, e representasse algo que não é real, como por exemplo, o exame/procedimento por si mesmo, ser o responsável por todo processo de cuidado de

um usuário, quando sabemos que ele não pode de fato produzir o cuidado, como já foi dito aqui, é apenas parte de um conjunto de ações que levam a isso e que são dependentes de certas tecnologias e processo de trabalho de perfil mais relacional. Ao atribuir ao exame/procedimento funções que ele não tem, o usuário está atuando por representações simbólicas, formando o que estamos chamando de construção imaginária do objeto, no caso, o procedimento.

Para melhor exemplificar esta idéia, pegamos um determinado exame muito comum e conhecido dos usuários, o RX, que é um produto com expressão material clara e objetiva, e tem a propriedade de revelar determinada estrutura interna do corpo. Como tal, ele é parte de um plano de cuidado do usuário, que prevê a realização desse exame como apoio ao diagnóstico que é realizado. Só que o usuário, em relação ao RX não o vê apenas como um exame/procedimento, mas imprime a ele certo valor simbólico dando-lhe o atributo de produzir cuidado, como se a realização daquele exame viesse proteger sua saúde, trazer-lhe satisfação, atender suas necessidades, esta é a produção imaginária que faz com que haja demanda pelo procedimento, mesmo não havendo necessidades que justifiquem seu consumo.

A construção imaginária do procedimento leva à produção imaginária da demanda, isto é, pressupõe-se que a imagem que se cria do que o procedimento é capaz, induz o usuário a demandar o procedimento e não o cuidado, ou como se fosse todo o cuidado, o exame e não a atenção da equipe de saúde, como se aquele o bastasse. Ao demandar o procedimento ele está acessando em nível imaginário, aquele universo simbólico que dá significado amplo ao procedimento, atribuindo-lhe uma potencialidade que ele não tem, que é a de produzir o cuidado por si mesmo. Este simbólico que dá significado ao exame/procedimento opera também no nível dos trabalhadores de saúde,

que têm embutidos em si o modelo “médico hegemônico, produtor de procedimentos”. Há desta forma, uma produção imaginária da oferta, no mesmo sentido, alimentada pelo modelo tecnoassistencial que induz ao alto consumo de procedimentos. Vamos percebendo portanto que a produção imaginária da demanda é uma construção sócio-histórica e tem sua gênese no modo como foram constituídos os modelos tecnoassistenciais para a saúde.

A história da formação dos modelos tecnoassistenciais já foi contada por inúmeros autores, mas no fundamental interessa o fato de que durante o século XX se desenvolveu uma clínica centrada nos conceitos flexnerianos, ou seja, com base na pesquisa biológica e restrita ao desenvolvimento de uma expertise de intervenção no corpo anátomo-fisiológico. Houve assim um reducionismo da prática clínica simplificando a idéia de produção do cuidado em saúde. Por outro lado os modelos alternativos que se construíram nesse período estiveram centrados na idéia da vigilância à saúde e não conseguiram operar uma potente reforma da clínica (Campos, 1992). Essa dicotomia que é da história da reforma sanitária brasileira produziu no nosso meio grande habilidade para a vigilância e deixou à mercê do mercado e modelo médico hegemônico a condução da clínica, o que resultou em modelos voltados para a produção de procedimentos e processos de trabalho centrados na lógica instrumental, na maquinaria, em detrimento de abordagens mais relacionais (Merhy, 1998; Franco & Merhy, 2003). Esta centralidade da produção da saúde com base no procedimento induziu à formação de opinião entre os usuários, de que esse é o caminho para construir o cuidado. Todo esse movimento impacta o modo como os profissionais e usuários percebem o serviço de saúde, criando por assim dizer processos de subjetivação que produz naqueles uma dada forma de ver e se relacionar com o mundo da saúde, isto é, uma subjetividade que vai se

organizando e operando um certo imaginário da demanda por procedimento ao invés de uma demanda por cuidado.

Os efeitos de um imaginário que associa qualidade do cuidado ao procedimento, são muito conhecidos pelos paradoxos que produzem junto aos serviços de saúde: excesso de pedidos de exame e ao mesmo tempo grande absenteísmo, ou seja, usuários deixam de comparecer para fazer o exame em função da demora em se realizar, ou mesmo porque quando estão para fazê-lo seu problema já foi sanado; excessiva demanda de exames em contraposição à incapacidade dos serviços de diagnóstico conseguirem absorver toda a necessidade; tensão entre usuários e profissionais de saúde pela divergência entre a construção imaginária da demanda e a percepção de necessidade tecnicamente orientada pelo profissional, a partir de uma escuta qualificada e responsabilização pelo seu problema de saúde. Estes paradoxos indicam as fontes de conflito existentes nos serviços de saúde, que ao mesmo tempo são reveladores do seu funcionamento, da capacidade de se produzir cuidado centrado nos procedimentos ou um cuidado centrado nos usuários e o modo como se pode desconstruir o imaginário “senso comum” que associa procedimento ao cuidado desejado. O desafio que se coloca aos que trabalham com saúde, é o de construir processos de produção da saúde que sejam capazes de se firmar com novas referências para os usuários, dando-lhe segurança de que um modelo centrado nas tecnologias leves<sup>2</sup>, mais relacionais tenha a potência de cuidar tal como ele imagina e deseja.

Temos apostado na idéia de que os processos de trabalho, mediados por certas tecnologias de cuidado definem o perfil da assistência que se tem. E assim como o imaginário centrado no cuidado procedimento foi socialmente produzido, é possível

---

<sup>2</sup> O conceito de tecnologias leves, leve-duras e duras pode ser visto em Merhy, 1997 (op. Cit).

construir um outro, baseado na idéia de cuidado usuário centrado. Isso poderia harmonizar a relação dos serviços de saúde com sua clientela, fazer com que os usuários e trabalhadores, como sujeitos do processo de construção de uma nova forma de fazer saúde, possam se alinhar no trabalho conjunto de construção de um novo modelo tecnoassistencial.

A desconstrução imaginária da demanda procedimento, através de um novo processo de trabalho.

A mudança dos serviços de saúde é possivelmente a chave para a constituição de novos referenciais simbólicos, capazes de reorganizar o imaginário sobre a produção da demanda. Temos trabalhado um método no qual a mudança do modelo se dá por um processo “a quente”, isto é, a partir de discussões e mobilização, principalmente dos trabalhadores e usuários, os principais sujeitos protagônicos de uma nova organização do processo de produção do cuidado. Esses sujeitos constroem um novo serviço de saúde, e ao mesmo tempo constroem a si mesmos no processo, isto é, são também impactados pelas mudanças ocorridas no seu meio. Para operar a construção de uma nova forma de produzir o cuidado, é necessário mudar o modelo produtivo da saúde, promovendo uma transição tecnológica<sup>3</sup> no setor. A Transição Tecnológica significa um novo padrão de produção do cuidado, que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte a Composição Técnica do Trabalho (CTT), configurando hegemonia do Trabalho Vivo nos processos de trabalho, mediada por certas

---

<sup>3</sup> Sobre a Transição Tecnológica na Saúde ver: Merhy, E.E., Saúde: a cartografia do trabalho vivo; Hucitec, São Paulo, 2002 e Franco, T.B., Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde, Tese de Doutorado, Unicamp, Campinas, 2003.



intencionalidades vinculadas ao ato de cuidar, o que significa operar na assistência com sentidos diferentes dos que existem no modelo “médico hegemônico, produtor de procedimentos”, pois tem sua ação voltada ao campo de necessidades dos usuários. É sempre um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado (Franco, 2003).

Várias experiências de mudança nos serviços de saúde têm sido conduzidas nesse sentido<sup>4</sup>, e apostam na reorganização do processo de trabalho, em modos novos de agir com os usuários que resignifiquem a relação com o mesmo, institucionalizando nos serviços práticas acolhedoras, que abram espaços de escuta e fala nas relações assistenciais e de cuidado. O Vínculo dos usuários à equipe, tendo a responsabilização desta para com o cuidado àqueles, criando referências seguras e sobretudo, a forte idéia de “empoderamento” dos usuários, que se dá por processos de aprendizagem de como se cuidar e também processos de subjetivação que fazem com que eles se sintam com condições, competentes e aptos de se cuidarem. Assim como sujeitos no processo de produção da saúde, eles próprios aumentam seu grau de autonomia diante dos serviços. Tudo isto é possível a partir da construção de um novo modo de agir na produção do cuidado que sugere além de um processo de trabalho que aposta na relação de equipe, em uma solidária rede de conversas entre os próprios trabalhadores no momento de produção levando à interação de saberes e práticas, à constituição entre os trabalhadores de um novo ideário para o trabalho em saúde voltado ao significado do cuidado, dado pela equipe e transmitido por ela aos usuários.

O esforço para a mudança é grande como em qualquer processo onde se pretende criar rupturas com velhas formas e propor novas condutas. Pressupõe intervenções em

---

<sup>4</sup> Ver: Merhy; 1997; Franco, Bueno e Merhy, 1999; Malta, 1998, 2001; Silva Jr.,1998; Merhy et al, 2003; Franco et al, 2004.

nível da micropolítica, a partir de cada local de trabalho, mexendo com os muitos poderes instalados no ambiente de produção da saúde, interesses de cada um, pactuando os saberes e formas de agir existentes em nível organizacional, resignificando as relações de trabalho e qualificando a relação com os próprios usuários. Desenvolve-se nesse cenário complexo de mudança, processos de subjetivação que buscam mudar atitudes e isso é sem dúvida um aspecto central a ser tratado no tema da produção imaginária da demanda. O processo instituinte que se abre com a reorganização do trabalho vai esbarrar nas velhas formas de agir e organizar a produção do cuidado, pois busca desconstruir um trabalho produtor de cuidado centrado na produção de procedimentos e construção de outro centrado no cuidado. É sobretudo um processo disputado, que deve buscar energia para estimular a ação de cada sujeito, a partir do seu lugar próprio de produção.

Um pressuposto para a mudança é tornar trabalhadores e usuários sujeitos do processo, isto é, capazes de um certo protagonismo que muda o sentido do trabalho e produção da saúde. O “desejo” tem sido apontado por Deleuze & Guattari como essa energia capaz de mobilizar os sujeitos em processos de construção do novo radical, isto é, mudanças sociais que apontem para um devir que signifique uma outra estrutura de funcionamento das instituições. Eles nos dizem que “... *a produção social é simplesmente a produção desejante em determinadas condições. Afirmamos que o campo social é imediatamente percorrido pelo desejo, que é o seu produto historicamente determinado...*” (Deleuze & Guattari, 1966:33). De acordo com os autores, o desejo que se forma nos processos primários, isto é, em nível inconsciente, tem em si uma potência de produção, criação do novo que se manifesta na construção do que é chamado pelos autores de *socius*, ou seja, o campo social ao qual os sujeitos estão inseridos. Ele é por excelência a energia que move os sujeitos e o seu protagonismo. Poderíamos assim

afirmar que na saúde, a construção de um novo modelo tecnoassistencial, de acordo com o ideário que dá significado à expressão “produção do cuidado”, como um modo de fazer saúde a partir das tecnologias mais relacionais e trabalho vivo dependentes<sup>5</sup>, é um processo revolucionário que se abre em relação ao modo de produzir saúde, nas atitudes e subjetividades que se formam no mundo do trabalho e do cuidado: “... *a revolução se quer e se faz, não por dever, mas por desejo*” (Deleuze & Guattari, 1966:361). Os processos de mudança necessariamente devem reconhecer que está na fonte do desejo a energia motora capaz de produzir o instituinte, enunciar e construir o novo, resignificar o modo de fazer o cuidado. A mudança radical do modo de produzir saúde como tem sido sugerido aqui será um processo construído por sujeitos-desejantes-revolucionários, e o desafio é tornar os trabalhadores e usuários portadores desse sentido nas suas vidas.

Quando os autores dizem que é o desejo capaz de modificar o *socius*, estão se referindo naturalmente à subjetividade como um dos fatores que conduzem o processo de mudança. A subjetividade se produz a partir de vivências e dos registros que as pessoas acumulam em suas experiências de vida e é socialmente determinada, sendo portanto dinâmica e mutável no tempo. Por isso é possível termos trabalhadores de saúde que trazem em si atitudes acolhedoras com os usuários, produzindo o cuidado independente da orientação das instâncias gestoras de determinado serviço, bem como há outros que produzem procedimentos em relações sumárias e burocráticas com os usuários, fazendo-os se sentirem desprotegidos nas relações de cuidado. O que estrutura um comportamento e outro, isto é, a atitude de cada um em relação ao usuário e aos outros trabalhadores, é notoriamente a sua subjetividade, expressão do desejo de atuar no mundo de um certo modo.

---

<sup>5</sup> Sobre o Trabalho Vivo no processo de trabalho em saúde ver: Merhy, 1997, 2002 (Op. Cit).

Para o desenvolvimento dos processos de mudança do modelo assistencial, a identificação do papel central da subjetividade nos traz novos desafios, o de reconhecer que o protagonismo dos sujeitos trabalhadores e usuários para a mudança no funcionamento dos serviços de saúde, não vai se dar apenas pela excelência técnica, isto é, processos cognitivos que dizem respeito ao modo de fazer saúde, mas será necessário investir em processos de subjetivação, para que os mesmos se coloquem como portadores de projetos que recuperem a utopia ativa de um serviço de saúde que seja centrado no usuário, produtor do cuidado, no sentido de acolher e se responsabilizar pela sua clientela.

A mudança de atitudes e o assumimento de uma nova proposta de modelo assistencial não se realiza de forma tão fácil como parece. Detentores de um saber e práticas tradicionais, que refletem o “modelo produtor de procedimentos”, os trabalhadores de saúde requerem uma desconstrução em nível cognitivo e subjetivo deste projeto que veicularam até então. Isso é possível através de processos de auto-análise, em que eles interrogam suas próprias práticas, colocando em questão seu tradicional modo de agir diante do usuário e na produção do cuidado. Os métodos de intervenção em coletivos para a organização dos serviços de saúde devem considerar essa premissa e buscar conduzir os grupos de trabalhadores a processos auto-analíticos ao mesmo tempo em que constroem um novo sentido para o trabalho em saúde, produzem uma nova forma de se interpretar e relacionar-se com o mundo do trabalho e produção do cuidado. Trata-se no caso de estabelecer fluxos comunicantes entre os diversos sujeitos presentes na cena de produção da saúde, usuários e trabalhadores, associados a uma idéia comum de assistência à saúde, de cuidado, resignificando saberes, atitudes, modos de se relacionar, práticas de cuidado.

Temos observado no experimento com grupos de trabalhadores em serviços de saúde, que algumas ferramentas analisadoras podem ajudar a provocar o efeito da auto-análise em equipes de trabalhadores nos cenários de produção, isto é, relacionando-se com seu processo de trabalho, como por exemplo: o Fluxograma Analisador (Merhy et al, 1997; Franco & Merhy, 2003; Silva Jr. et al, 2003), a Rede de Petição e Compromissos (Franco & Merhy, 2003), tendo ainda a proposta de Matriz de Análise de Conflitos (Cecílio, 2005), o método de co-gestão de coletivos (Campos, 2000). Naturalmente que essas ferramentas por si só não produzem o efeito auto-analítico e transforma os sujeitos, mas associadas a um método de intervenção provocador, dialógico, interativo, construtivista, podem levar a isso, abrindo a possibilidade de realmente produzir um certo protagonismo dos sujeitos trabalhadores individuais e coletivos, no sentido de constituir um novo processo de trabalho, centrado na produção de um cuidado mais implicado com a defesa da vida no plano individual e coletivo.

Conclusão: produzir o cuidado centrado no usuário para construir uma nova imagem da demanda.

Concluimos esse trabalho sugerindo que um serviço de saúde de novo tipo pode produzir um outro referencial para os usuários, que desconstrua o imaginário que têm sobre o procedimento, dando-lhe a dimensão exata do que é, e resignificando a idéia do cuidado, valorizando sobretudo o trabalho realizado por todos profissionais de saúde e as tecnologias relacionais muitas vezes relegadas em função da dureza do modelo

hegemônico e da própria forma como esse modelo está estruturado na cabeça de cada trabalhador e usuário.

Sugerimos assim que as demandas se apresentem adaptadas à forma como vemos um serviço funcionando em uma dada imagem objetivo: processos de trabalho em equipe, multiprofissionais, com centralidade das tecnologias leves onde o trabalho vivo opera com grau máximo de liberdade. Valorização das tecnologias de um cuidado cuidador que procuram produzir nos usuários as práticas de autocuidado e para isto sabem transferir conhecimento e atuar sobre sua subjetividade para que ele opera sua relação com o mundo na lógica da vida, praticando hábitos e cuidados consigo mesmo que evitem o agravo e produzam coeficientes maiores de saúde. Isto significa que é necessário atuar sobre sua subjetividade, para que ele tenha potencialidade suficiente para este agir consigo mesmo.

O que está sendo aqui sugerido é uma desconstrução do imaginário em que o produto/procedimento ocupa um lugar privilegiado na idéia de cuidado, atraindo para si o conjunto de uma demanda e ao mesmo tempo, a construção de uma outra idéia de cuidado, que levaria naturalmente à produção de um tipo de demanda associada ao cuidado à saúde, evitando assim a tensão existente atualmente, fruto da contradição entre o modelo de produção do cuidado, que se propõe e o outro, produtor de procedimentos, como é atualmente.

Para que tudo isso ocorra, como foi descrito no texto, é necessário ter um processo que procure construir novas bases produtivas para a saúde, baseadas no agir cotidiano dos sujeitos, tendo como pressuposto modelos centrados nos usuários, respeitando sua singularidade, atuando como produtores do cuidado integral à saúde.

## Referências Bibliográficas.

BAREMBLITT, G. Compêndio de análise institucional e outras correntes. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1992.

CAMPOS, G. W. s. Reforma da reforma, repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo, Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L.C.O.; É Possível Trabalhar o Conflito como Matéria Prima da Gestão em Saúde?; Cadernos de Saúde Pública; Rio de Janeiro – 21(2):508-516; mar-abr/2005.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F.; O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia; Lisboa-Portugal, Assírio & Alvim, 1966.

FRANCO, T. B.; Bueno, W. S.; Merhy, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro – 15 (2):345-353; abr-jun/2000.

FRANCO, T. B.; Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: o caso de Luz (MG). In: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.161-198.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

MALTA, D. C. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na Rede Pública de Belo Horizonte (1993-1996). Campinas, 2001. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas)

MALTA, D. C. et al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C. R.; et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. São Paulo: Xamã, 1998. p.121-142.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998. p.103-120.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. et al; O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; Hucitec, São Paulo, 2003.

SILVA Jr. A. G. Modelos tecnoassistenciais em Saúde – o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JR. A.G.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C.; Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde; Rio de Janeiro, IMS-UERJ / Abrasco; 2003. p.113-128.

