

## **A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - HUMANIZASUS E A PRODUÇÃO DE INFLEXÕES NOS MODOS HEGEMÔNICOS DE CUIDAR E GERIR NO SUS**

Catia Paranhos Matins\*  
Cristina Amélia Luzio

### **Introdução**

Este texto é um recorte de nossa pesquisa de Doutorado em andamento pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia pela UNESP/Assis sobre a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção – HumanizaSUS (PNH) e está em continuidade com reflexões anteriores (Martins, 2010).

No intuito de problematizar a PNH, nosso percurso será o seguinte: primeiro, iremos promover breves considerações sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Depois, vamos contextualizar as ações oficiais pela humanização das práticas em saúde até a temática ascender como política pública, em 2003. Apresentaremos e discutiremos a Política Nacional de Humanização, operando com suas diretrizes, dispositivos e método para transformar a atenção e a gestão no SUS. Além disso, apontaremos que a construção do campo da Saúde Coletiva, as lutas reformistas em saúde e o SUS constituem grandezas que se engendram e se fortalecem na luta pelo direito a saúde de qualquer um. Por fim, sinalizaremos algumas questões e dimensões sobre a potência da PNH na produção de inflexões nos modos de cuidar e gerir no SUS.

### **Objetivo**

Buscaremos promover uma reflexão sobre a Política Nacional de Humanização no intuito de apontar algumas questões e dimensões referentes à potência da PNH na produção de inflexões nos modos hegemônicos de cuidar e gerir o SUS.

### **Considerações metodológicas**

A Saúde Coletiva como novo campo de conhecimento (Nunes, 1994) traz a abertura também para produção de tecnologias e propostas de investigação que sejam capazes de tomar

a produção de saúde e de sujeitos como dimensões complexas em constante mutação. Somado a isso, Passos e Barros propõem o *hódos-metá*, uma reversão no sentido tradicional do método científico. “Não mais um caminhar para alcançar metas pré-fixadas (*metá-hódos*), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas” (Passos e Barros, 2009, p. 17).

A inversão de Passos e Barros (2009) e o otimismo das idéias de Santos que buscam “dilatar o presente” (2006) referendam assim essa proposta metodológica que utiliza a cartografia enquanto discussão na ampliação das estratégias nas formas de produzir conhecimento não limitado aos padrões da racionalidade hegemônica. A cartografia articula-se ainda com o aporte metodológico da PNH, o método da triple inclusão. Ambos se potencializam no constante exercício de estranhar o que é dado como natural e imutável tanto nas relações e práticas de saúde, quanto no próprio conceito de saúde e, quiçá de ciência.

Como material de análise, utilizaremos publicações científicas, documentos oficiais e também nossa experiência como consultora da PNH, desde 2010, atuando na região centro-oeste do país.

## **Discussão**

### **O SUS e a humanização das práticas**

Desde a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado na construção de um país mais justo legitimando a Saúde como direito de cidadania. Apesar dos avanços legais, os desafios são muitos na garantia do direito à saúde e à vida indistintamente. Os inúmeros progressos científicos e tecnológicos ocorridos nos últimos tempos não correspondem à melhora das condições de vida, pois não estão acessíveis a grande maioria dos brasileiros. As diversas necessidades de saúde das pessoas colocam-se como um dos grandes desafios no processo de construção do SUS.

O SUS configura-se como grande campo de forças no qual se engendra diversas lutas e disputas em várias dimensões, tais como na definição do que é saúde e doença, questões político-partidárias, aspectos mercadológicos e corporativos, concepções do papel do Estado e etc. Distintos e divergentes interesses compõem essa arena.

Como direito, a saúde atende as necessidades sociais possuindo valor de uso e, ao mesmo tempo, também se transforma num produto no mundo atual. Os imperativos

neoliberais buscam a diminuição dos cidadãos a meros consumidores de bens e serviços. Na sociedade de mercado, os princípios do SUS são constantemente atravessados por essas forças que reduzem a saúde a mais uma mercadoria disponível.

Destaca-se mais um obstáculo: os direitos civis são comumente confundidos com favores feitos pelos mandatários aos mais pobres caracterizando assim a “cultura da dádiva” (Teles, 1994) que acompanha a concepção brasileira de cidadania. O Estado é utilizado de modo privado, em proveito de alguns e em detrimento de muitos, e os direitos conquistados continuam marcados pela dimensão do favor e da caridade.

Além dos entraves sinalizados acima, soma-se aos desafios a necessidade de superação da racionalidade hegemônica: um incômodo ainda corresponde a um sintoma, que leva o usuário a procurar um serviço de saúde e neste, o profissional buscará uma categoria nosológica para enquadrá-lo e, assim, prescrever um tratamento cuja finalidade é a cura. O paradigma biomédico promove a medicalização e normalização de modos de vida (Foucault, 2006; 2008; 2008b).

O SUS, no entanto, resiste e vem se construindo a contrapelo da história numa luta constante pelo direito à saúde no mundo do capital, da mercadoria e da crescente diminuição da participação do Estado na garantia do direito à vida.

### **Breve histórico político-institucional sobre a humanização das práticas em saúde**

A temática da humanização tem conquistado espaço no debate acadêmico da Saúde Coletiva brasileira nos últimos anos e também tem recebido destaque os usuários, trabalhadores e gestores como um dos caminhos para as necessárias transformações no fortalecimento do SUS.

A qualidade da atenção e da gestão, nomeadas ou não como a preocupação com a humanização, é discutida por importantes pensadores que compõem o movimento da Reforma Sanitária, através de diferentes orientações teóricas, tais como: a modelagem “em Defesa da Vida” e “Saúde Paidéia” realizadas por Gastão W. Campos (2000); as discussões sobre o cuidado e a busca pela felicidade segundo Ricardo Ayres (2006); o processo comunicacional por Suely Deslandes (2006); a humanização como transformação dos processos de subjetivação vigentes por Rosana Onocko Campos (2004); as redes dialógicas de trabalho

afetivo para Ricardo Teixeira (2005); a luta por cidadania e a repolitização das relações na saúde por Regina Benevides e Eduardo Passos (2005; 2005b); a micropolítica do trabalho vivo e as tecnologias em saúde propostas por Emerson Merhy (2005); a construção da integralidade do cuidado por Rubem Mattos et al. (2003); Maria Cecília S. Minayo (2004) amplia as conceituações de humano e humanização; e Dário Pasche e Eduardo Passos (2008) refletem sobre a humanização no interior da máquina do Estado, dentre vários outros.

A plasticidade, a polissemia e a interdisciplinaridade são concomitantes às polêmicas, aos desafios e às mudanças paradigmáticas que a temática da humanização exige e já foram apontados pelos autores citados acima. Para nortear essa reflexão parto do pressuposto de que não há um universal humano e, portanto, estamos numa “tarefa sempre inconclusa da reinvenção de nossa humanidade” (Benevides e Passos, 2005, p. 571).

O movimento em torno da humanização abarca uma amplitude de discussões, tais como: a qualidade do serviço (eficiência, eficácia, efetividade, equidade, acesso, qualidade técnico-científica e etc.); relações interpessoais; os direitos dos usuários; a interface atenção/gestão; o trabalho em saúde e a saúde do trabalhador; o Estado de direito e o direito à saúde; a dimensão política do fazer saúde; novas delimitações de saúde e doença na superação do paradigma hegemônico; a medicalização da vida, entre vários outros aspectos do campo da Saúde Coletiva.

O Ministério da Saúde, desde o final da década de 1990, realizou uma série de iniciativas para incluir a temática da humanização em seus debates e ações programáticas, como relato a seguir.

Em virtude da desvalorização dos aspectos sociais e subjetivos na assistência hospitalar, a gestão federal convidou profissionais da Saúde Mental para promover ações em alguns hospitais-pilotos, o que resultou posteriormente na elaboração do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 1999.

No mesmo período, foi criado também o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), um instrumento de gestão que visa avaliar a assistência oferecida aos usuários do SUS levando em conta a efetividade, eficiência e eficácia dos serviços prestados, melhorando assim a qualidade dos mesmos.

Outra importante experiência ocorrida foi através do Método Mãe Canguru que buscou acolher toda a família nos cuidados intensivos do recém-nascido, incentivando o aleitamento materno e o contato pele a pele entre a mãe e o bebê a partir dos primeiros momentos de vida. Foi em 2000 que o MS criou a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru.

Destaca-se também a 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, que reuniu 2.500 delegados e teve como tema principal: “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”. Em 2001, o MS lançou o “Prêmio de Qualidade em Assistência Hospitalar”, através da Portaria Nº 540/GM, com o objetivo de incentivar os hospitais a investir na qualidade da assistência oferecida, elevando assim o grau de satisfação dos usuários.

Mencionamos ainda o respeito aos princípios básicos de cidadania que foram reafirmados através da publicação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, já em 2006, nas versões texto e ilustrada. As experiências obtidas através das ações oficiais demonstraram, dentre outras queixas explicitadas pelos usuários, a supervalorização dos aspectos biológicos no processo de adoecimento, as relações extremamente impessoais, as dificuldades de comunicação com abusos de jargão técnico e a necessidade de rever os processos de trabalho. Além disso, as iniciativas trazem a confirmação de que a desumanização não estava restrita à instituição hospitalar, mas que também era observada nos demais serviços públicos, sendo característica das práticas em saúde.

Por fim, foi no ano de 2003 que a preocupação com a humanização deixou de ser uma questão pontual, como a preocupação com o parto, nascimento e a saúde materno-infantil, ou de ações programáticas, como as relações na instituição hospitalar, e ascendeu à condição de política do SUS.

### **A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção na luta pelo direito a saúde e produzindo *acontecimentos* no SUS**

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – HumanizaSUS foi criada no ano de 2003 a partir do reconhecimento das experiências inovadoras na Rede SUS.

Desde então, são através das experiências positivas, concretas e vividas nos equipamentos de saúde que a PNH se respalda, aglutina forças e fomenta novas práticas em saúde.

Está organizada a partir dos princípios (que serão comentados abaixo), do método (tríplice inclusão), das diretrizes (orientações gerais, tais como: clínica ampliada, acolhimento, co-gestão, direitos dos usuários, valorização do trabalho e do trabalhador, fomento das redes e construção da memória do SUS que dá certo) e dos dispositivos (estratégias para colocar em funcionamento as diretrizes, tais como: acolhimento com classificação de risco, projeto terapêutico, contratos de gestão, visita aberta, ambiência, colegiado gestor, ouvidoria e etc.) (Brasil, 2010).

A Política é considerada uma “obra aberta” (Heckert et al., 2009; Passos e Pasche, 2008), que está construindo seu curso a partir da inclusão de diversas experiências e das inovações no campo da Saúde Coletiva e fazendo jus ao método como modo de caminhar. Como “obra aberta”, a Política busca um permanente processo de reinvenção dos sujeitos, das práticas profissionais e do mundo. Trata-se de uma Política que tem como meta disparar processos de mudança e, por isso, não pode ser estanque e tampouco engessar e cristalizar o fazer saúde e o homem comum.

São três dimensões inseparáveis que compõem essa Política: ética – um novo posicionamento dos diversos sujeitos; estética – que prima pela criação e produção de modos de subjetivação, de saúde, de modos de levar a vida; e a política – um processo que é necessariamente social, coletivo, público, das relações entre os sujeitos.

Os princípios de transversalidade, indissociabilidade da atenção e da gestão e produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde são úteis para a compreensão das inflexões e desvios feitos pela Política. Trata-se de uma concepção ativa de sujeito, seja usuário, trabalhador ou gestor, que independe da posição ocupada numa determinada relação está, de modo concomitante, construindo a si mesmo e ao mundo. Os valores de autonomia e o protagonismo dão destaque não às normas exteriores às quais o sujeito deve se submeter, mas, pelo contrário, ao processo incessante e coletivo de construção dessas normas.

A Política toma como desafio superar os obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS ao problematizar a gestão dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, a

prática do trabalhador. Visa então a contrapor o discurso hegemônico na saúde, potencializando e criando espaços de trocas onde pessoas com valores, saberes, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem, conjuntamente, saídas para os problemas do cotidiano.

A transversalidade, outro princípio da PNH, é um conceito que se opõe a verticalização ou a horizontalidade, realizando-se na comunicação entre diversos níveis e, principalmente, diferentes sentidos (Guattari, 1981). A transversalidade acontece ao possibilitar o aumento no “grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção” (Barros e Passos, 2005b, p. 39). Assim, adotar a humanização como “política transversal [do e no SUS e caracterizada como] uma construção coletiva [implica] ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção de saúde” (idem).

Essa Política tem, assim, de modo indissociável, uma dimensão que está localizada no interior do Estado brasileiro com o objetivo de promover transformações na atenção e na gestão, e vem sendo pactuada nas três esferas de governo; e, também, outra dimensão, que prima pela invenção de novos modos de lidar no cotidiano com a produção de saúde, com o adoecimento, com os saberes e as instituições.

Os conceitos de micropolítica/macropolítica e molar/molecular (Deleuze e Guattari, 1996) auxiliam nessa reflexão. A micropolítica está relacionada ao plano das forças, das moléculas e da intensidade e a macropolítica ao plano das formas, da organização e da representação que tendem a totalizações. O macro ou molar não diz somente do Estado e o micro ou molecular das relações. Há complementaridade e entrecruzamento e não oposição entre esses conceitos já que um movimento acontece no plano social, subjetivo, político e etc. ao mesmo tempo. Assim, a PNH busca intervir num campo problemático composto por uma diversidade de forças e de formas. A micropolítica e a macropolítica são um convite para mudar a lógica de pensamento. Tais conceitos opõem-se às limitações do binarismo inerentes as categorias como verdadeiro ou falso, micro ou macro, certo ou errado, dentro ou fora.

A micropolítica, segundo Guattari e Rolink (2000)

(...) se situaria exatamente no cruzamento entre esses diferentes modos de apreensão de uma problemática. É claro que os modos não são apenas dois: sempre haverá uma multiplicidade, pois não existe uma subjetividade de um lado e, de outro, a realidade social material. Sempre haverá “n” processos de subjetivação, que flutuam constantemente segundo os dados, segundo a composição de agenciamentos, segundo os movimentos que vão e vem. (p. 132)

Além das transformações apontadas acima, é também o modo vertical e normatizador de fazer política de saúde pelo Estado que está sendo colocado em questão. A Política promoveu uma ruptura no Ministério da Saúde, uma vez que não é uma evolução dos demais programas, diferencia-se da busca pela ‘qualidade-total’ e pela eficiência cega proposta no anterior PNHAH, ao colocar a ênfase na capacidade de reflexão e invenção das pessoas em seu cotidiano. Desse modo, a PNH apresenta-se como um desvio no interior das demais políticas de saúde buscando superar a fragmentação do cuidado, da rede, da formação, da gestão e dos programas verticais e uniformes que determinam as ações de saúde em todos os cantos do país.

Essa Política promove então a retomada da força “(...) que está na base da reforma da saúde do porte daquela que resultou na criação do SUS” (Benevides e Passos, 2005, p. 562). Assim, de modo estratégico, a Política consagra o que de melhor tem no SUS, e, por isso mesmo, o que de melhor tem seus atores; aproveita as inovações construídas no cotidiano nessas últimas décadas e alinha tais experiências numa composição que está em consonância com os avanços da Saúde Coletiva brasileira.

Sendo assim, a construção do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, o SUS e, conseqüentemente, as preocupações com a humanização das relações e das práticas constituem grandezas que se complementam e se fortalecem na aposta de constantes mutações na produção do cuidado em saúde. É um convite para a construção de novos modos de cuidar que prescindem da tutela e do controle, que problematiza os imperativos e questiona o lugar de detentor do saber a que profissionais de saúde aprenderam a ocupar. Essa é uma aposta na criação de sujeitos e não de assujeitamento, de novos modos de estar no mundo, de negociação permanente na construção da saúde como bem comum.



Essa aposta visa romper com a fragmentação do cuidado, do trabalho, da rede que estão respaldados no discurso dominante. Trata-se não da mera maquiagem dos serviços de saúde, tal como pintar parede, comemorar aniversário do funcionário e ser gentil com o usuário. Mas, colocar em análise coletiva a racionalidade hegemônica que somente vê a doença e os processos de trabalho alienantes. Os problemas e as soluções, como sugere a Política, precisam ser vividos e construídos coletivamente e não mais em modos individuais, heroicos e adoecedores de trabalhar, como costuma propor a cultura da competição e do individualismo, que marca a contemporaneidade.

Assim, refletir sobre o próprio fazer, refazer quando necessário, avaliar os riscos e os erros são tarefas coletivas e inerentes ao processo de construção de nós mesmos e das práticas e instituições de saúde. Por isso, é necessária atenção aos “riscos de institucionalização e de captura pela lógica instituída” (Pasche e Passos, 2008), fazendo-se constante o exercício de análise crítica dos atores envolvidos. No entanto, vale lembrar que “a única garantia de que não transformem (...) processos de singularização em bandeiras (...) é tentar preservar a função de autonomia” (Guattari e Rolnik, 2000, p. 131) das pessoas e não se restringindo a um único padrão de referência.

O modelo hegemônico e os binarismos, tais como: saúde X doença, gestão X atenção, usuário X trabalhador, clínica X planejamento são questionados pela PNH. Além disso, essa aposta propõe a superação da centralidade do hospital, do modo piramidal, que até hoje organiza os serviços de saúde em níveis de complexidade, e, ainda, a fragmentação dos processos de trabalho, da produção do cuidado, dos serviços e da formação técnica.

A organização piramidal é um dos modos de trabalhar em rede, entretanto, essa é uma lógica que não coloca em análise a supremacia da instituição hospitalar e é tomada como natural (Righi, 2009). Uma das propostas que está sendo construída atualmente é que a rede de saúde tenha múltiplas entradas para acolher a necessidade do usuário, facilitar o acesso e não mais burocratizar ou impedir a ingresso das pessoas que portam um sofrimento. Essa outra possibilidade de rede se assemelha ao rizoma, conceito de Deleuze e Guattari (1996), e que se complementa com o modo de funcionamento maquínico.

Teixeira (2005) define rede como algo formado por inúmeros pontos que estão interligados. Pode ser uma rede de nós humanos ou de lugares, por exemplo. Assim, uma rede

é sempre uma rede de redes, um emaranhando de diversos componentes. O autor realiza uma diferenciação que é a rede de produção de saúde, composta pela nossa rede social e demais fatores que influenciam em nosso modo de andar a vida, e a rede de atenção à saúde, que é formada pelos serviços, ações, instâncias de saúde e seus parceiros na construção da intersetorialidade e da integralidade. A rede busca desconstruir a hierarquia, tornando todas as entradas válidas e as saídas também. Uma rede é composta por serviços, trabalhadores, afetos, vivências, histórias, instituições, políticas, saberes, poderes dentre tantos outros aspectos que se interconectam o tempo todo na difícil tarefa de produção de saúde.

O movimento da humanização das práticas aposta na potência do coletivo para promover grupalidades e redes superando as diversas fragmentações que compõem o cotidiano. E, quiçá, possa questionar os limites da racionalidade científica, que categoriza, esquematiza e limita-se a perguntar o ‘o que é?’ ou ‘onde dói?’ (Foucault, 2006).

Assim, a rede proposta pela PNH é acêntrica e não hierárquica, ou seja, não está mais centrada na doença, no médico, no medicamento, nos procedimentos ou no hospital, e busca a produção de ações que efetivem a integralidade e a intersetorialidade, já que “a complexidade não tem endereço fixo”, segundo Righi (2009). Não há técnica que dê conta. É a ética que faz os sujeitos inventarem modos de lidar, cuidar, conviver e, a partir dela, abrir brechas para a produção de saúde. Isto vem, em minha experiência como trabalhadora do SUS e com a PNH, configurando-se em alta complexidade: os dilemas éticos que trabalhadores de saúde enfrentam no cotidiano dos serviços. A complexidade está colocada na finalidade de fazer saúde junto com o outro, não para o outro, e assim produzir o cuidado.

Enquanto tarefa coletiva a PNH vem promovendo desvios ao colocar em análise o modelo hegemônico, reafirmando que o caminho é a meta, numa aposta radical de mudanças nos modos de subjetivação e no constante exercício de estranhar o que é dado como natural e imutável. A ousadia dessa experimentação só é possível através de modos coletivos de fazer, somente no caminho pode-se localizar as possibilidades de resistir.

### **Considerações finais**

Diante do exposto acima, nosso trabalho teórico e prático com a PNH aponta para um duplo desafio. Primeiro, é habitar um paradoxo. Na análise dos processos de trabalho para

mudar o modelo de atenção e gestão, objetivo dessa Política, nos deparamos com o que de melhor e pior tem no SUS, com um movimento potente e que ecoa das lutas reformistas em saúde, mas que trava uma batalha com os modos hegemônicos de cuidar e gerir. Uma das questões que nos colocamos é: como fazer a máquina do Estado funcionar de outro modo?

O segundo desafio, inseparável do anterior, é manter a compreensão que há diferentes regimes de visibilidade. Os imperativos neoliberais buscam a diminuição dos cidadãos a meros consumidores de bens e serviços sendo a saúde mais uma mercadoria disponível. Além disso, os direitos civis continuam marcados pela dimensão do favor e da caridade. Entretanto, o SUS resiste, e como processo incompleto, a Reforma Sanitária não pode ser reduzida a olhares e critérios de avaliações simplistas. E como uma das estratégias de resistência, a PNH tem promovido “acontecimentos” (Castro, 2009; Zourabichvili, 2004) no SUS.

Para finalizar essa reflexão, consideramos três dimensões que constituem a potência da PNH. Primeiro, a indissociabilidade da produção de saúde e produção de sujeitos, um dos princípios da Política e dimensão cara aos movimentos reformistas na saúde. A PNH nos convida a produzir sujeito e não assujeitamento na Rede SUS. A segunda dimensão, em continuidade com a anterior, é composta pelas apostas e propostas da PNH, pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica, que com a criação do SUS e do campo da Saúde Coletiva constituem grandezas que se engendram ao reafirmar o direito a saúde de qualquer um. A PNH, então, é produzida pelo ‘caldo’ reformista e, ao mesmo tempo, alimenta-o. E a terceira, a Política tem promovido desvios nos modos instituídos de fazer saúde, de cuidar e gerir. Portanto, a produção de saúde concomitante com a de sujeitos, a produção de consenso pelo direito a saúde como sinônimo de cidadania e a produção de desvios compõem três dimensões inseparáveis da potência dessa Política.

### **Referências**

Ayres, R. J. (2006). Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In S. F. Deslandes (Org.), *Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Benevides, R. & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, 9, 17, 389-394.

\_\_\_\_\_. (2005b). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 10, 3, 561-571.

Brasil (2010). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS*. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília-DF.

Campos, G. W. S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia institucional: o método da roda*. São Paulo: Hucitec.

Castro, E. (2009). *Vocabulário de Foucault – um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Deleuze, G. & Guattari, F. (1996). *Mil platôs Capitalismo e Esquizofrenia*. Vol. 1. São Paulo: Editora 34.

Deleuze, G. & Guattari, F. (2007). *O que é a filosofia?* São Paulo: Editora 34.

Deslandes, S. F. (2006). *Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas* (Org.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Fonseca, T. G. & Kirst, P. (2003). *Cartografias e Devires: a construção do presente*. Porto Alegre: Ed. UFRGS.

Foucault, M. (2006). *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2008). *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2008b). *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes.

Guattari, F. (1981). *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense.

Guattari, F. & Rolnik, S. (2000). *Cartografias do desejo*. Petrópolis: Editora Vozes.

Heckert, A. L. C., Passos, E. & Barros, M. E .B. (2009). Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate, *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13, (I), 493-502.

Martins, C. P. (2010). *Possibilidades, limites e desafios da humanização do SUS*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Estadual Paulista, Assis, SP.

Mattos, R., Pinheiro, R. & Camargo Jr. (2003). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMSABRASCO.

Merhy, E. (2005). *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2004). Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. In J. R. C. M. Ayres et al., *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1), 15–29.

Nunes, E. (1994). Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, 3, (2), 5-21.

Onocko, R. (2004). Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar em la institución hospitalaria. In: Spinelli, H. (Org.). *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 103-21.

Pasche, D. & Passos, E. (2008). A importância da humanização a partir do SUS. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, *América do Norte*, 1 8 12. Disponível em <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/19/4> Acessado em 20/06/2011.

Pasche, D., Passos, E. & Barros, M. E. (2009). A Humanização do SUS como uma política do comum. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13, (1), 491-491.

Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (2009). *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.

Passos, E. & Barros, R. (2009). Por uma política da narratividade. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia. *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. (pp. 150-171) Porto Alegre: Sulina.

Righi, L. (2009). Conversando sobre Redes de Produção de Saúde (vídeo). Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/node/5265>. Acessado em 10/08/2011.

Santos, B. V. S. (2006). *Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciências revisitado* (Org.). São Paulo: Cortez.

Teixeira, R. (2005). Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3), 585-597.

Telles, V. S. (1994). Cultura da dádiva, avesso da cidadania. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, 25, 45-48.

Zourabichvili, F. (2004). *O Vocabulário de Deleuze*. Rio de Janeiro: Relume - Dumará, 2004.