



## AS PROFISSÕES DE SAÚDE: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO CUIDAR

Lina Faria<sup>1</sup>  
Luiz Antonio de Castro Santos<sup>2</sup>

O presente texto aborda o tema do cuidar, como processo fundamental da saúde coletiva e requisito indispensável da formação em Fisioterapia e Enfermagem. É neste campo que estão em foco, além da prevenção e de seus ‘grandes números’, os cuidados com pacientes, tomados em sua individualidade inalienável. Busca-se aqui abrir um leque de questões, do ponto de vista conceitual, sobre a organização social do cuidado, em relação à doença, à cura e à morte como ‘atos organizacionais’ (Chambliss, 1996). Papéis, instituições e contextos organizacionais - do hospital ao trabalho de saúde pública, seja na metrópole ou em um posto de saúde rural - são produtos de interações sociais, envolvem grupos de interesse, conhecimentos especializados, ocupações e profissões, hierarquias, conflitos e alianças, negociações e imposições. Os enunciados ‘fortes’, dentre as políticas, programas e estratégias mais recentes no campo da saúde, concentram-se nos propósitos de humanização do cuidar, no direito à atenção integral, universal e equitativa. No entanto, basta acompanharmos o dia-a-dia dos noticiários, particularmente nas grandes cidades, para termos ciência da luta dramática da população brasileira para buscar, sem sucesso, uma atenção digna e integral. Tudo indica que há processos sociais aí envolvidos, particularmente no tocante à ‘organização social do cuidar’, que têm sido negligenciados nas análises e documentos substantivos e programáticos de estudiosos e formuladores de políticas. O presente trabalho pretende, em seu foco central e em alguns de seus desdobramentos, analisar e detalhar tais dimensões e processos que, a nosso ver, exigem uma profunda revisão e reflexão.

A relação entre o médico e o paciente é um desafio para hospitais e ambulatórios em quaisquer países, particularmente naqueles sob ritmos crescentes de modernização. Stanley Reiser, em livro clássico sobre a evolução da medicina ocidental, descreve os processos de longa duração que conduziram à perda de prestígio do clínico e ao crescente distanciamento entre médico e paciente: ‘Os médicos modernos, mais do que homens e mulheres em quaisquer outras profissões

---

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre e Doutora em Saúde Coletiva/Uerj, com Pós-doutorado pela Unicamp/Fapesp. Atualmente é Pesquisadora Visitante do Instituto de Medicina Social da Uerj, com Bolsa de Pós-Doutorado Sênior/Faperj. Publicou pela Editora Fiocruz, *Saúde e Política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo* (2008) e, em co-autoria com Luiz A. de Castro Santos, *A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República* (Bragança Paulista: Edusf, 2003) e *Saúde & História* (São Paulo: Hucitec, 2010). E-mail: linafaria@ims.uerj.br.

<sup>2</sup> Luiz Antonio de Castro Santos, doutor em Sociologia pela Universidade de Harvard. Professor associado da UERJ e pesquisador do CNPq. Autor de *O Pensamento Social no Brasil* (Campinas, Edicamp, 2003), *A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República* (Bragança Paulista: Edusf, 2003, em co-autoria) e *Saúde & História* (Hucitec, 2010, em co-autoria). E-mail: lacs@ims.uerj.br.



que envolvem serviços a pessoas, são obrigados agora a usar tecnologias intimamente, continuamente e com expertise. O médico tornou-se um protótipo do homem tecnológico' (Reiser, 1978:10).

Desde o pós-guerra e dos grandes avanços da tecnologia médica, a mão que cura, '*the healing hand*' dos médicos clínicos, já não faz sentido para os especialistas que utilizam tecnologias sofisticadas. O caso da Aids marcou um ponto de inflexão, nos Estados Unidos e no Canadá, e logo em outros países: os depoimentos de doentes terminais, durante a década de 1980, expressavam justamente o apreço pela mão que cuida – *the caring hand* --, isto é, o 'toque humano' das equipes de enfermagem e de visitadoras voluntárias, que marcavam sua presença de um modo diferente da equipe médica e de especialistas. (Fox *et alii*, 1991). O sociólogo Talcott Parsons falava de um hiato de competência (ao qual chamou *competence gap*) entre o profissional e o 'leigo' (Parsons, 1969); esse hiato, por certo, também se verifica no interior das profissões – um ponto que será referido adiante --, mas o que ressaltamos aqui é o hiato entre o profissional e o paciente; a distância crescente; o não-envolvimento, favorecido pela relação hierárquica; o enquadramento ou *framing* do paciente pelo médico como se fosse ele tão-somente um quadro nosológico.

A literatura no campo da enfermagem sugere pontos de superação do dilema apresentado pelo binômio especialização/distanciamento (Kirschbaum, 2007, Barreira, 1999). A relevância do cuidar é a palavra-chave, que parece indicar uma das possibilidades de superação de tal dilema, ou mesmo o convívio enriquecedor diante da tensão entre aqueles dois elementos do binômio. Possivelmente a proposta de pesquisa-cuidado (Neves e Zagonel, 2006), que replica em certa medida a preocupação, antiga nas ciências sociais, com a pesquisa-ação, também procura enfrentar os desafios da atenção médica, a partir de uma compreensão da dinâmica entre pesquisa, teoria e práticas em enfermagem. Mas há um problema constitutivo das profissões (Freidson, 1975. 1998), que é a existência da hierarquia entre profissionais no mundo do trabalho. Parsons já se mostrava sensível a esse ponto, muito antes que a sociologia das profissões tivesse se projetado, por meio de autores catalisadores como Eliot Freidson. Dizia Parsons, no trabalho citado: 'a ação efetiva em sistemas coletivos complexos necessita a diferenciação ao longo de um eixo de liderança e acompanhamento, ou uma relativa concentração de autoridade e poder' (Parsons, 1969:36). O problema que logo se coloca é como evitar, na organização concreta do cuidar, que o exercício da autoridade profissional implique em dominação e subordinação. Como a história da profissão da enfermagem no Brasil, e de fato em todo o mundo, nos revela (Castro Santos, 2008), essa posição de dominância e 'concentração relativa de autoridade e poder', exercida pelos médicos diante das



equipes de enfermeiros, se consolidou particularmente no espaço dos grandes complexos hospitalares.

Uma estratégia de defesa, por parte da profissão de enfermagem, resultou na busca de territórios de competência compartilhados com o poder médico: a ênfase na **gestão**, isto é, a preocupação com a preparação de quadros para as atividades de liderança e coordenação. Aqui temos um dos muitos desafios confrontados pela profissão: ao mesmo tempo em que a enfermagem procura defender-se da *professional dominance* exercida pelos médicos criando espaços de disputa (Freidson, 1975, 1998), a ênfase na gestão abre uma brecha em suas defesas na outra ponta da atividade – no cuidado com o paciente. Há por certo saídas ou caminhos alternativos, que superam o dilema entre ‘gestão’ e ‘cuidado’. O debate terá de levantar as possibilidades de colocação dessa oposição em outros termos, fugindo às ideologias profissionais da moda. (Aludimos à verdadeira torrente de cursos e programas de gestão que caracteriza as profissões de saúde no momento).

Com efeito, nossa experiência nos cursos de pós-graduação em saúde coletiva na Uerj, no decorrer da última década, revela uma situação paradoxal. O cuidado – objetivo precípua do ‘complexo profissional’ de que falava Talcott Parsons (1969) ao discutir a atenção à saúde - tem sido por não poucos, particularmente pelos alunos, avaliado como atividade ‘menor’, diante da atividade supostamente superior da gestão hospitalar ou da gestão de recursos humanos de saúde. Nas discussões que vimos levantando em nossos cursos temos apontado em outras direções, procurando superar aquele aparente paradoxo: primeiramente, a força da medicina humanizada e integral dependerá, no futuro próximo, da capacidade dos profissionais médicos de recuperar o cuidar do doente – e não apenas da doença -- como valor primordial para a atenção no processo saúde/doença.

Em segundo lugar, cabe-nos refletir sobre a dualidade constitutiva da formação do campo da enfermagem. Referimo-nos à diferenciação crescente entre o(a) enfermeiro(a) diplomado(a) e o (a) auxiliar de enfermagem, que terá de ser, no longo prazo, de algum modo superada. Há fortes indícios de uma perigosa clivagem ocupacional e hierárquica nesse processo, que data de várias décadas e que vem sendo enfrentada, apenas recentemente, em relatórios e propostas de trabalho da OPAS. (Malvárez e Heredia, 2005). Tudo indica que a separação entre o auxiliar que ‘cuida’ e o enfermeiro que ‘administra’ ou exerce posições de chefia terá de ser reavaliada. De algum modo, a manutenção do vínculo direto entre a enfermagem e os pacientes está em questão e não pode ser perdida – ou se perderá com ela o compromisso com valores comuns, como o apreço pelo toque humano (*the caring hand*), o sentido de respeito, confiança e obrigação moral, que deve prevalecer



no interior da enfermagem e da profissão médica. Impõe-se a superação do distanciamento crescente entre o paciente, por um lado, e o médico e o enfermeiro diplomado, por outro lado, como condição para o resgate do atendimento integral, preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

### *Uma área da saúde que se consolida*

Como se coloca o papel da Fisioterapia em relação a esse campo complexo das profissões do cuidar? O papel da Fisioterapia na busca de soluções para tais dilemas será fundamental. O profissional fisioterapeuta, mesmo ao contar com importantes técnicas e recursos eletroterapêuticos – a exemplo da eletroestimulação neuromuscular (Bevilaqua-Grossi e Pires, 2002) -- não pode prescindir do cuidado e da empatia. O ‘cenário do cuidar’ (Carvalho *et al.*, 2009) pede a direta relação verbal; o tocar; o sentir; o motivar o paciente. A Fisioterapia parece sugerir um caminho para as demais profissões da atenção à saúde: diferentemente de seus colegas na atenção à saúde, o fisioterapeuta necessita estar junto ao paciente para que este supere a perda de movimento; para fazer (re)surgir nele a motivação para realizar tarefas e restringir suas limitações. O comando **direto** do fisioterapeuta, verbal ou gestual, e a aprendizagem processual ou declarativa do paciente, são dinâmicas interligadas e necessárias. A aprendizagem processual é aquela inconsciente, automática: as profissões do cuidar e do curar em geral contam com tais processos para a recuperação do paciente. No entanto, tudo indica que os caminhos da humanização do cuidar – hoje defendida e difundida nos hospitais públicos e nos programas de saúde da família – passam por outro tipo de aprendizagem, que é particularmente relevante no cuidado fisioterapêutico: o reforço da memória, o movimento consciente, pensado, elaborado; a atitude reflexiva, por parte do paciente e do profissional; a construção de uma matriz comunicativa.

A chamada Fisioterapia Preventiva ou ‘Social’ recebe aqui atenção especial: quais valores, condutas, programas e estratégias devem ser cultivados e difundidos, de modo a gerar, no interior das profissões de saúde, um foco privilegiado sobre a dimensão humana e ética nos processos do cuidar e/ou do curar?

A Fisioterapia Preventiva vem assumindo um importante papel entre as atribuições do fisioterapeuta. É uma ferramenta de atuação nos diversos níveis de atenção à saúde. Mais do que recuperar ou curar pessoas, a Fisioterapia Preventiva vem criando condições para as saúde e o bem estar. A prevenção de complicações deve estar presente em todas as fases: no diagnóstico; no tratamento; na recorrência da doença e nos cuidados paliativos.



O Programa Saúde da Família tem permitido aos profissionais de fisioterapia participar ativamente da construção de uma atenção primária à saúde - que se quer ampla e integral - e a maior proximidade dos novos profissionais com as classes populares das cidades e do campo. A proposta de humanização do cuidado e a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica fazem do PSF um projeto de transformação do modelo assistencial vigente (Brasil, 1997). O Programa de Saúde da Família (PSF), instituído em 1994, no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como modelo a ser desenvolvido fundamentalmente pelos municípios, abria a possibilidade para práticas focalizadas nos propósitos do cuidar e no direito à atenção integral (Viana e Dal Poz, 2005: 230). A participação do fisioterapeuta no PSF e em ações de cuidados em saúde, seja no nível primário, secundário ou terciário, é condição primordial para a concretização de uma assistência fisioterapêutica universalista e humanizada. O trabalho de fisioterapia é, portanto, parte fundamental do trabalho em saúde coletiva.

Nos três níveis de atuação, o cuidado, por meio do toque, é fundamental. O ideal de serviço do fisioterapeuta está centrado no bem-estar do paciente e na qualidade da assistência. Cuidar significa tratar do paciente como um todo, considerando o contexto social, psíquico, familiar e os aspectos culturais. É possível dizer que o cuidado está relacionado ao contato próximo do fisioterapeuta com o paciente - aliviando a dor e o sofrimento - alívio este proporcionado pelo 'instrumento de cura' da fisioterapia - a mão que cuida - e pelo acompanhamento do processo de reabilitação que valoriza mais a relação fisioterapeuta/paciente que a técnica empregada (Chizzoti, 2003). O olhar do profissional de saúde, neste sentido, deve ser totalizante, buscando uma assistência que procura ir além da doença.

É importante frisar que as possibilidades de intervenção do fisioterapeuta, junto ao paciente, não se restringem à reabilitação de organismos lesionados. O modelo reabilitador, que por várias décadas orientou a atuação deste profissional (Rebelatto e Botomé 1999), vem sendo reavaliado. Atualmente, a prevenção de problemas e a promoção de saúde passaram também a fazer parte do leque de atuação do fisioterapeuta. Além da utilização de recursos terapêuticos específicos - em especial a cinesioterapia e os recursos terapêuticos manuais - busca-se implantar, nos PSF, campanhas educativas sobre o cuidado com a higiene, com a alimentação e com o corpo, fundamentais na prevenção de várias patologias. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença. Cabe, portanto, ao fisioterapeuta o desafio de redirecionar sua própria prática e compreender a dimensão social de sua atuação. De acordo com Vêras (2002), o fisioterapeuta deve ser capacitado para atuar tanto na reabilitação quanto na atenção



básica. Assim será visto, segundo a autora, ‘como um profissional de saúde de forma mais global’ (p. 192).

A humanização do cuidado é uma meta de qualidade a ser atingida por este profissional. Humanização da assistência hospitalar, nos serviços de saúde e nos cuidados paliativos. Ceccim e Merhy (2009: 534) lembram que estudos recentes ‘têm mostrado resultados interessantes na disputa por modos mais efetivos de atender nos serviços de saúde: a humanização dos cuidados em saúde; a integralidade; o cuidado como a alma dos serviços de saúde; o acolhimento como rede de conversações; as práticas de saúde como projeto de felicidade; a atenção integral como escuta à vida; saúde e cidadania de braços dados, entre outras designações.’ São iniciativas, frisam, que muitas vezes buscam substituir modalidades correntes nas práticas de atender e, por vezes, rompem com ‘ordenamentos profissionais e do trabalho’. Os autores fazem uma crítica às ‘condutas do tipo diagnóstico prescrição’ e chamam a atenção para formas diferentes de cuidar entre os profissionais, ‘parecendo - muitas vezes - que uns cuidam e outros não, ou que uma dada equipe de saúde ocupa-se do cuidado e outra não’. Segundo Suely Deslandes (2004: 29), ‘humanização é a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento’. Humanizar o cuidado é reconhecer os direitos do paciente e democratizar as relações que envolvem o atendimento. Ainda segundo a autora, a humanização é antítese da incomunicabilidade. Uma relação verdadeiramente terapêutica é aquela na qual a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente é incentivada e valorizada (Deslandes, 2004: 28-9). ‘Integralidade e prudência andam juntas’, acentua Mattos (2001, p. 50). A prudência, como virtude do cuidar, é proposta por Mattos, ao prescrever o ‘uso judicioso e prudente das *técnicas* de intervenção’ (Mattos, 2001, p. 50; *nosso grifo*). Não residiria, talvez, justamente na denominação de ‘técnicas’ – que remetem às ‘tecnologias disciplinares’ -- um dos muitos desafios que enfrentamos? Não deveríamos adotar e propor, não ‘técnicas’, mas ‘procedimentos’ ou ‘práticas’ que traduzam a necessária ‘habilidade artesanal’ no cenário do cuidar? Os problemas do distanciamento não seriam em grande parte uma imposição do mundo da técnica, do fazer impessoal? Cabe, mais uma vez, ao fisioterapeuta promover uma mudança na cultura de atendimento em saúde, sugerindo caminhos que possam tentar superar a incomunicabilidade.

### *Considerações Finais*

O trabalho aqui esboçado permitirá recolocar, do ponto de vista das ciências sociais e da historiografia, as questões que hoje estimulam a reflexão não só no campo da saúde coletiva, em



termos gerais, mas, mais especificamente, no interior da enfermagem, da fisioterapia e da atenção médica. Há um desafio importante para essa reflexão: cuidar ou controlar? Gestão ou cuidado? Algumas leituras têm sido problemáticas para o debate intelectual hoje realizado no campo da saúde coletiva. A própria historiografia se ressentida de certa fragilidade na interpretação, haja vista a proliferação de estudos em que as conquistas da saúde pública são vistas tão somente como meros atos disciplinares.

Áreas tradicionais como a enfermagem e emergentes como a fisioterapia, têm, portanto, se defrontado com novos desafios. Além da busca da humanização do cuidar, têm pela frente a produção de ‘autoconhecimento’, para a compreensão de suas próprias possibilidades no campo do saber aplicado, e a produção de conhecimentos adequados às necessidades de uma população em constante transformação social, cultural e comportamental. Considerem-se, sobretudo, as questões colocadas pela mudança de perfil epidemiológico de várias doenças, as novas necessidades da saúde coletiva, em razão do envelhecimento populacional e o quadro persistente das desigualdades sociais. Os contextos da marginalidade social em países periféricos impõem um reexame dos papéis profissionais, que devem distanciar-se de modelos importados como ‘pacotes’ de formação e capacitação. Em todas as áreas de atuação abertas pelos novos programas e estratégias no Brasil, não bastará falarmos da vulnerabilidade e fragilidade das populações, nas acepções cunhadas por Robert Castel (1991; 2008), pois será talvez falarmos dos pobres de Paris. Desde estudos clássicos de autores latino-americanos, ainda no final da década de 1960, o conceito de ‘massa marginal’, proposto pelo sociólogo argentino José Nun (1969), estabelecia os contornos de nossa **diferença** em relação a outras regiões do capitalismo mundial. Nosso é o terreno duro da marginalização como ‘perda de função social’ de determinados grupos sociais na esfera produtiva. Nun destacou elementos importantes para o tratamento da questão no cenário latinoamericano, ao discutir os conceitos de exército industrial de reserva e superpopulação relativa, a partir da análise das desigualdades sociais geradas pela dependência econômica nos países em desenvolvimento (Alves, 2009). Esta realidade configurou a existência de indivíduos situados à margem do processo produtivo; de um contingente populacional ‘disfuncional’ que não interessava e não interessa ao mercado e à produção. A rigor, nem mesmo à extração de mais-valia! No caminho aberto pelas idéias de Nun, o sociólogo peruano Aníbal Quijano (1978) ressaltava que a tese de massa marginal não se circunscrevia apenas à esfera do trabalho, mas prende-se a uma realidade mais ampla. Alba Zaluar (1994) destacou elementos deste teatro da exclusão, seus efeitos desagregadores sobre o



tecido social, a segregação cultural e sócio-espacial, o desinteresse político, a ausência de uma cultura de classe.

Se as mudanças ocorridas a partir dos anos de 1980 no Brasil foram significativas para o setor saúde, tendo sido a ‘nova reforma sanitária’ – que trouxe o SUS – um passo em direção às reivindicações da sociedade por uma saúde mais humanizada e integral, a ‘vulnerabilidade’ em saúde pública, em nosso país, ganha contornos mais dramáticos e estruturais. De que modo e sob que condições – que exigem intensa politização e envolvimento solidário – poderão os novos profissionais da saúde entender e estender suas atividades, com um caráter mais compartilhado e menos segmentado, na direção de um vigoroso papel na saúde coletiva do Brasil?

### *Bibliografia*

ALVES, Hayda. Trinta anos da tese de massa marginal na América Latina: mudanças na conceituação da pobreza urbana. Pólo Universitário de Rio das Ostras – Puro, Universidade Federal Fluminense. [Versão preliminar]. 2009.

BARREIRA, Ieda de Alencar. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. *Revista Latino-americana de enfermagem*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 87-93, 1999.

BEVILAQUA-GROSSI, Débora; PIRES, Kênia Fonseca. Correlação entre a fadiga subjetiva e objetiva na eletroestimulação neuromuscular. *Fisioterapia Brasil* (São Paulo), Uberlândia-MG, v. 3, n. 4, p. 216-222, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CARVALHO, Quitéria Clarice M; GALVÃO, Marli Teresinha G.; CARDOSO, Maria Vera Lúcia M. L. Abuso sexual infantil: percepção de mães em face do abuso sexual de suas filhas. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*, v. 17, n. 4, pp. 501-506, 2009.

CASTEL Robert. ‘De l’indigence à l’exclusion, la désaffiliation’. Em Donzelot J. (ed), *Face à l’exclusion*. Paris, Ed. Esprit, 1991.

CASTEL Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica dos salários*. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

CASTRO SANTOS, Luiz A. A duras penas: estratégias, conquistas e desafios da Enfermagem em escala mundial - *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-28, jan./mar 2008.

CECCIM, Ricardo Burg e MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, suplemento1, p. 531-42, 2009.

CHAMBLISS, Daniel. *Beyond caring: hospitals, nurses, and the social organization of ethics*. Chicago: The University of Chicago Press, 1996.



- CHIZZOTI Antonio. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 6ª. ed. São Paulo: Cortez; 2003.
- DAL POZ, Mario Roberto e VIANA, Ana Luiza D'Ávila. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento), p. 225- 264, 2005.
- DESLANDES, Suely Ferreira. A humanização e a construção política do lugar de sujeito no processo comunicacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 25-29, 2004.
- FOX, Renée C., Linda AIKEN e Carla MESSIKOMER The culture of caring: AIDS and the nursing profession, in D. NELKIN, D. P. WILLIS & S. PARRIS (eds.). *A disease of society: Cultural and institutional responses to AIDS*. Cambridge University Press, p. 119-149, 1999.
- FREIDSON, Eliot *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company, 1975.
- FREIDSON, Eliot *Renascimento do profissionalismo*. [Tradução Celso Mauro Paciornik]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.
- KIRSCHBAUM, Débora I. Ratner Historicidade e construção do conhecimento em enfermagem. In: *I Simpósio Ibero-Americano de História da enfermagem: Memória e Identidade Profissional*. São Paulo, Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007.
- MALVÁREZ, S.; HEREDIA, A. M. *Profesionalización de auxiliares de enfermería en América Latina*. Washington, DC: OPAS, 2005.
- MATTOS, Ruben, Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: *PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.
- NUN, Jose. Superoblación relativa, ejército industrial de reserva y masa marginal', *Revista Latinoamericana de Sociología*. Vol. 5, num. 2, julio 1969, pp. 180-225.
- PARSONS, Talcott. Research with human subjects and the 'professional complex'. In P. A. Freund (ed.) *Experimentation with human subjects*. New York: Braziller, 1969.
- REBELATTO, José Rubens, Botomé, Sílvia Paulo. *Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva*. São Paulo: Manole, 1999.
- REISER, Stanley J. *Medicine and the reign of technology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1978.
- VÉRAS, Mirella Maria Soares O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. In: BARROS, F.B.M. (Org.). *O fisioterapeuta na saúde da população: Atuação transformadora*. Série Fisioterapia e Sociedade. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p. 185-192.
- ZALUAR, Alba M. *Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004. v. 1.