

## **Tecnologias de gestão em saúde: refletindo conceitos e usos contemporâneos**

Aluísio Gomes da Silva Júnior<sup>1</sup>, Carla Almeida Alves<sup>2</sup> Letícia Maria Araujo Oliveira Nunes<sup>3</sup>; Márcia Guimarães de Mello Alves<sup>1</sup>;Ricardo Heber Pinto Lima<sup>4</sup>

- 1- Professores do PP.Graduação em Saúde Coletiva da UFF
- 2- Mestranda do PP.Graduação em Pesquisa Clínica do IPEC-FIOCRUZ
- 3- Acadêmica de Medicina e Bolsista de Extensão Universitária da UFF
- 4- Mestrando do PP.Graduação em Saúde Coletiva da UFF

1

### **Introdução**

O objetivo deste texto é refletir, ainda que de forma preliminar, sobre os rumos seguidos pela construção do Sistema Único de Saúde – SUS no que tange a gestão dos processos de trabalho na saúde e, em especial, nas práticas de atenção à saúde. Nossa preocupação reside no clamor veiculado pela grande imprensa contra “a falta de gestão no SUS” e a necessidade vista por alguns de se proceder “um choque de gestão” para resolver os problemas. Utilizaremos em nossa reflexão o que acumulamos na discussão sobre modelos tecnoassistenciais e alguns conceitos que vem ganhando força na operacionalização de políticas de saúde que, dependendo do sentido empregado podem produzir resultados não desejáveis no ideário do SUS.

### **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: movimentos e inflexões**

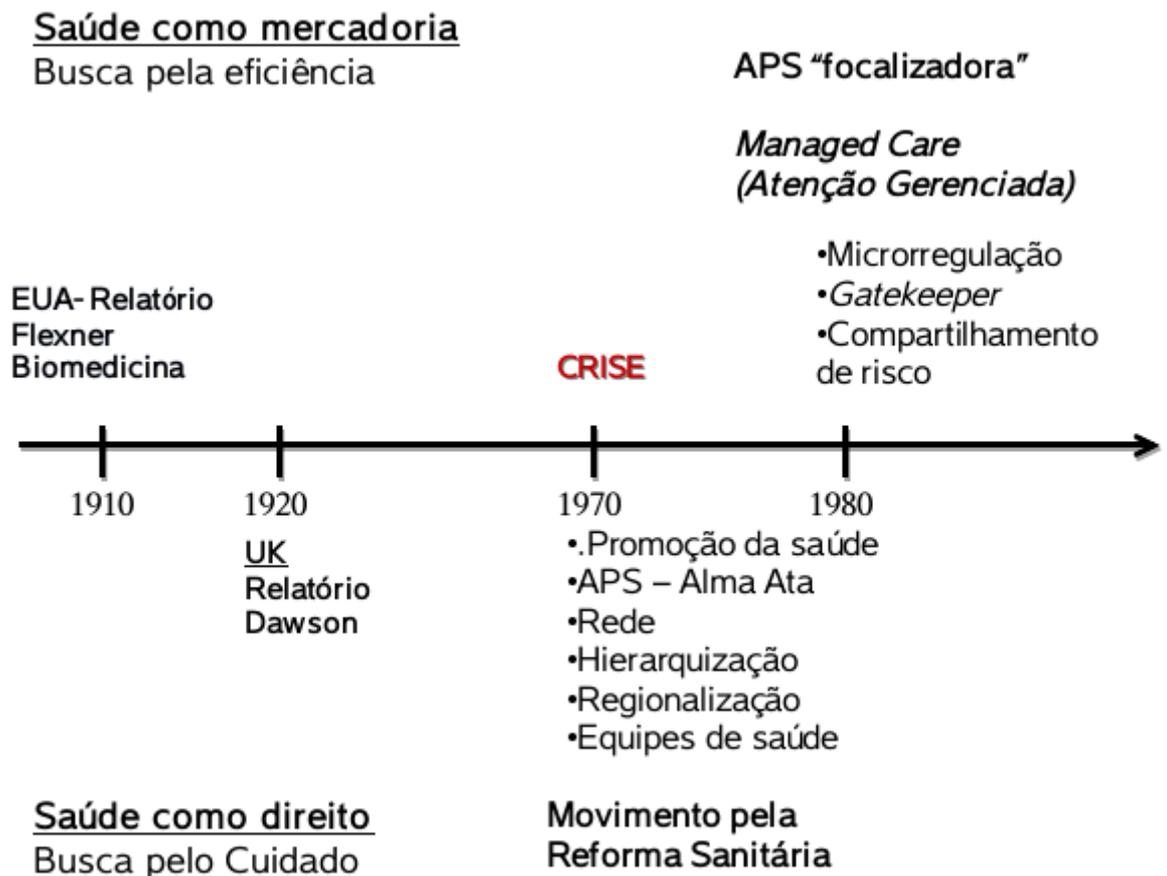
A construção do SUS se materializa, em grande parte, na forma que se organizam e são prestadas as ações de saúde, o que chamamos de modelo tecnoassistencial (SILVA JUNIOR, 1998; SILVA JUNIOR E ALVES, 2007). Ao observarmos a evolução da discussão sobre estes modelos no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira podemos perceber o que já se acumulou de conhecimentos e práticas e as tensões sobre o campo científico e político (CECILIO, 1997; SILVA JUNIOR et al, 2011; PAIM, 2008; TEIXEIRA; VILASBOAS, 2013).

Cabe-nos primeiro alertar aos leitores que a discussão de Modelos Tecnoassistenciais não é uma discussão prescritiva. A ideia de que existe um modelo idealizado que se aplicado em qualquer lugar, vai dar certo, não existe na realidade. Cada lugar é um lugar, são experiências históricas, que são construídas socialmente, que precisam ser compreendidas. Entretanto, há regularidades, há generalidades que podemos observar e refletir.

Costumamos estudá-los em três eixos: o ideológico, considerando a ideologia como um conjunto de ideias e crenças que fundamenta aquela proposta; o tecnológico onde são consideradas as tecnologias que dão base operacional àquela proposta ideológica; e o político, que são as escolhas ético-políticas na aplicação daquela formulação.

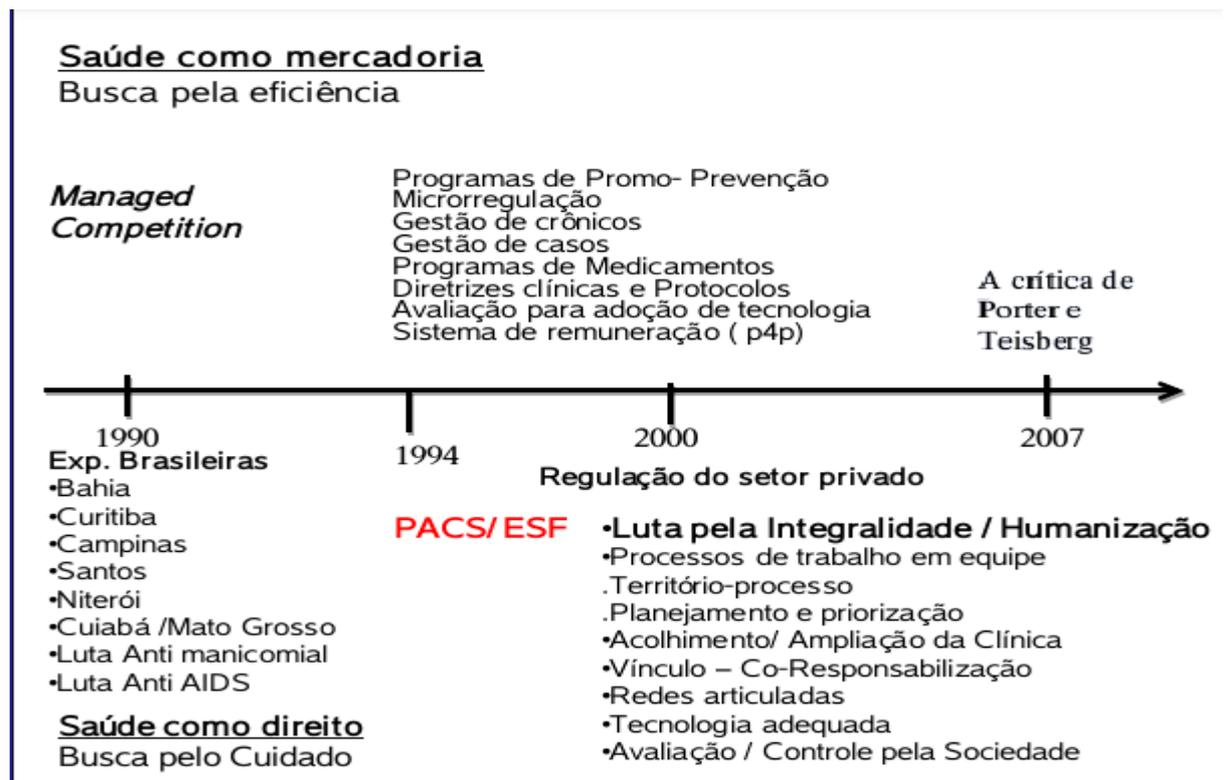
Fizemos uma espécie de linha do tempo para resumir e articular historicamente os movimentos constitutivos do campo para que possamos perceber as tensões e rumos empreendidos (Figuras n. 1 e 2).

Figura n.1



FONTE: SILVA JUNIOR, 2013

FIGURA n.2



Fonte: SILVA JUNIOR, 2013

Vamos circunscrever nossa discussão a dois planos, um macropolítico e outro micropolítico. No plano macropolítico, pode-se referir a certa tensão entre saúde como um direito e saúde como mercadoria, que no nosso país, atravessa toda a discussão.

O direito à saúde foi conquistado na Constituição de 1988, entretanto, a mesma constituição abre espaço para a exploração da saúde como um mercado privado. Constituem-se historicamente dentro do Sistema Único, dois subsistemas: o público e o privado que disputam recursos e priorização política. Na esfera jurídica, a saúde tanto é encarada como um direito de cidadania como um bem de consumo regulado pela proteção ao consumidor. No plano micropolítico, temos a ideia de uma materialização do modelo em processos de trabalho, no cotidiano, ou seja, que conceitos nós estamos formulando ou adotando e como é que os executamos na prática. Poderíamos, de forma simplista, observar uma tensão política em que os polos seriam “a busca pelo cuidado integral” e “a busca pela eficiência econômica que garanta margens de lucratividade”.

Então, podemos iniciar a discussão em 1910, ano da publicação do relatório Flexner que deu base ao que chamamos genericamente de biomedicina ou medicina científica, essa racionalidade do conhecimento centrado em sistemas biológicos e na doença, fragmentador do cuidado, baseado em tecnologias duras e leve-duras, descontextualizando o sofrimento do paciente e sua comunidade, sua história e sua existência. Na mesma época, em 1920, surge um contraponto, o relatório Dawson na Inglaterra, que trabalha numa perspectiva de racionalização destas tecnologias e também de oferta social da atenção à saúde. Pensamos que esses dois marcos históricos orientam a discussão ao longo do tempo. (SILVA JUNIOR, 1998; CAMARGO JUNIOR, 2003; MENDES, 2011)

Na década de 70, essa discussão se acirrou, na medida em que a chamada biomedicina hegemônica começa a apresentar sérias crises. Crises de efetividade, de ordem econômica e de legitimidade, que levam a grandes grupos, no mundo inteiro, tentar formular modificações. Não é à toa que são retomadas as formulações de Dawson, na discussão de Atenção Primária à Saúde, de reorganização de redes já em um formato regionalizado hierarquizado e articulado para melhor racionalizar economicamente, a discussão de equipes de saúde e de tecnologias adequadas. Isso vai de alguma forma fundamentar grande parte do iniciante Movimento Sanitário Brasileiro. Lembramos que grande parte das experiências do final da década de 1970, iriam se inspirar no Movimento Internacional de Atenção Primária à Saúde para construir experiências que discutissem a redemocratização e o papel do Estado na saúde no Brasil, na vigência da ditadura civil-militar (OMS-UNICEF, 1979).

Essa crise também gerou lá nos Estados Unidos, uma reação, ou seja, uma forma de enfrentar aqueles problemas, que proporcionasse, de alguma maneira, a viabilidade daquele projeto de medicina anteriormente pensado. Nós poderíamos chamá-lo genericamente do movimento *Managed Health Care* ou Atenção Gerenciada da Saúde, que era a intervenção poderosa da figura da gestão, na intermediação entre profissionais de saúde e usuários. Partindo, não só de racionalizações administrativas, mas também de compartilhamento de riscos econômicos entre a gestão e os profissionais. Uma das principais estratégias foi a microregulação aos níveis mais onerosos do sistema exercida pelos médicos generalistas (*gatekeepers*), salvaguardando o lado financeiro dessas operações (IRIART, 2000; UGÁ, 2002; DORSEY, 1975; BOSCH; VÁSQUEZ, 1998). O desafio a ser enfrentado era: como manter lucratividade, como manter mercado no ambiente da saúde, que é considerado pelos economistas um ambiente de mercado dos mais imperfeitos?.

Dentro dessa perspectiva, também no campo das políticas públicas apareceu a chamada Assistência Primária “Focalizadora” ou Seletiva, muito defendida pelo Banco Mundial no final dos anos 1980, que foi proposta para a América Latina em uma onda neoliberal. Previa a priorização de populações pobres com tecnologias de melhor custo-benefício como imunizações, atenção materno-infantil e outras, deixando de fora a atenção hospitalar que deveria ser obtida no mercado por meio da contratação de seguros de saúde. (MATTOS, 2001; COSTA, 1996; BANCO MUNDIAL, 1993; GRODOS & BÉTHUNE, 1988)

O Brasil foi na contramão dessa discussão, tentando viabilizar outras formas de políticas, por isso acumulamos muitas experiências nesse sentido. Muitos estudiosos de políticas de saúde, às vezes, tendem a menosprezar a discussão brasileira numa correlação mais internacional, mas na realidade, durante alguns anos, a discussão internacional paralisou e no Brasil continuou avançando. Na atualidade, temos discussões conceituais, no nosso entender, mais avançadas que a discussão internacional e que precisamos de alguma forma valorizar.

Tendo como base essas discussões, várias experiências municipais se constituíram no final da década de 1980 e início dos 1990. Destacaremos Niterói, Campinas, Curitiba, Bauru, Santos, Cuiabá, Sobral, Salvador e Belo Horizonte, que forneceram propostas muito interessantes sobre o desenho tecnoassistencial das políticas de saúde em suas cidades. (SILVA JUNIOR, 1998; CAMPOS; HENRIQUE, 1996; ANDRADE; MARTINS JUNIOR, 1999; MULLER NETO et al., 2012; CAPISTRANO FILHO; PIMENTA, 1989; CAMPOS et al., 1998; MOREIRA, 2012; MASCARENHAS, 2003)

Noções como território-processo, o planejamento estratégico situacional aplicado ao setor, vigilância à saúde, acolhimento, vínculos e corresponsabilização, processos de trabalho compartilhados, a resignificação da equipe multiprofissional, a micropolítica no trabalho em saúde, a ampliação da Clínica e linhas de cuidado foram poderosos insumos para mudanças e construção de outras experiências.

A mítica simplicidade da Atenção Primária não era tão simples assim. Além de complexa em termos de concepção, com o atravessar dos anos, aqueles problemas de saúde das populações a serem enfrentados lá do início da Atenção Primária, do final da década de 70, onde havia um predomínio de doenças como diarreia, doenças infectocontagiosas preveníveis por vacinas, agora estão paulatinamente sendo deslocadas por diabetes, hipertensão, doenças crônicas, na qual a complexidade assistencial pode ser bastante séria, e requerer não só uma tecnificação da Atenção Primária, como uma articulação muito estreita com os demais níveis de complexidade. E se tivermos uma concepção racionalizadora desses recursos, a ideia de tecnologia adequada é

muito importante nesse momento e a articulação linhas de cuidado parece bastante estratégica para isso.

As experiências brasileiras receberam grandes contribuições de outros movimentos de saúde, destacamos a Luta Antimanicomial e a Luta pela atenção à saúde dos portadores de HIV/AIDS onde muitos dos conceitos sugeriram e foram utilizados na discussão geral da saúde coletiva (AMARANTE, 2007; DELGADO, 1997; HONORATO; PINHEIRO, 2007; SARACENO, 1999; TENÓRIO, 1999; CZERESNIA; SANTOS; MONTEIRO, 1995; PORTELA; LOTROWSKA, 2006; VILLARINHO et al, 2013)

Já no plano internacional, a discussão se enveredou por todas as formas do que nós chamamos de Microrregulação, a possibilidade de racionalizar e regular a prática de saúde, tendo como pano de fundo certa racionalidade econômica, a poupança de determinados procedimentos de alto custo e a valorização de alguns procedimentos que pudessem ter impacto econômico. (KAISER FAMILY FOUNDATION, 2009; CASARIN et al, 2003; CHAO, 2006; COHEN, 1991; DELLBY, 2009; ELLRODT, 1997; EPSTEIN; SHERWOOD, 1996; FAXON et al, 2004; FRANKEL; GELMAN, 1998; GIBSON et al, 1994; GIRARD, 1994 CARDOZO-GONZALES; VILLA; CALIRI, 2001; WEINGARTEN et al, 2002; ZITTER, 1997)

A Medicina baseada em evidências muito contribuiu para estas estratégias.

É óbvio que nós podemos ler de outra forma, quando pegamos, por exemplo, a adoção de protocolos e diretrizes clínicas, podemos observá-los como a adoção de escolhas mais racionais apoiadas em evidências para melhorar o Cuidado. Contudo esses movimentos e instrumentos são feitos com base na discussão de mercado e são muitas vezes considerados no sentido de contenção de gastos e manter a possibilidade de ganho financeiro dentro dessa operação. Então, muitas ferramentas foram inventadas dentro desse cenário. O Setor Privado ou Suplementar brasileiro absorveu muitas dessas experiências. ( BRASIL-ANS, 2005; PINHEIRO; MALTA et al, 2004 )

Algumas estratégias e práticas ganharam força neste período como: Programas de promoção à saúde e prevenção de doenças ; Programas de fornecimento de medicamentos; Avaliação de tecnologias para incorporação na assistência; Diretrizes e protocolos de uso de tecnologias; Gerenciamento de doentes crônicos , Gerenciamento de casos complexos, Monitoramento de condições de risco à saúde e outros ( CAVALCANTE, 2006)

No Brasil, algumas experiências públicas começaram a ser influenciadas por essa discussão do que chamamos de Atenção Gerenciada. A partir da década de 2000, começou o estado brasileiro a regular o Setor Suplementar, essas experiências começaram a ter visibilidade e a ser melhor documentadas. Mostravam como crescia no nosso país, essa ideia do gerenciamento da saúde com foco financeiro. (COELHO,2007;PINHEIRO; SILVA JUNIOR;MATTOS,2007;OPAS-ANS,2009; RIBEIRO et al,2011)

Contudo, ao mesmo tempo, em muitas das experiências públicas brasileiras discutia-se a ideia de uma Gestão da Produção do Cuidado, ou seja, como produzir Cuidado ético,democrático e adequado às necessidades da população de uma forma racionalizada e sustentável ( CECILIO,2011;AYRES,2000;AYRES,2004).

A introdução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família em 1994 coloca em escala nacional um movimento estruturante do modelo tecnoassistencial esperado pelo SUS.

Cabe lembrar que esta estratégia não se desenvolveu de forma única em todo o território nacional e,dependendo da discussão e prática acumulada pelos municípios, experiências bem sucedidas e velhas práticas nomeadas de novos nomes aconteceram.

Os anos 2000 também trouxeram discussões que foram pouco desenvolvidas no início do SUS, como a Luta pela Integralidade em Saúde e recolocam o desafio da desigualdade da população brasileira e foco em políticas de saúde mais democráticas e comprometidas com as necessidades da população

(GIOVANELLA et al,2002;PINHEIRO ;MATTOS,2001;FRANCO ;MEHRY,2003).

Nesta época, retoma-se a discussão dos processos de trabalho mais cuidadores onde o Cuidado é mais que um procedimento ou ação de saúde, é uma atitude ético-política que defende a vida, respeita os sujeitos em sua autonomia e assegura o acesso às tecnologias de saúde e ao direito de participação de todos nas decisões políticas do país (PINHEIRO ;BARROS ;MATTOS,2007;AYRES,2004;MERHY,2002)

Vários grupos de pesquisadores e militantes da saúde se envolveram nesta luta e influenciaram os rumos da Política de Saúde. Destacamos a Política de Atenção Básica e a Política de Humanização como exemplos disto e promotoras de mudanças em escala nacional (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES,2009; GIOVANELLA et al,2009; CAMPOS;2008).

Um dos temas deste movimento foi a Avaliação das Políticas e dos Serviços de Saúde, não só no sentido clássico de observação de resultados,

mas a ideia de dar visibilidade ao andamento das coisas e tornar, no nosso entender, a Avaliação algo do nosso cotidiano, tanto por parte das equipes de saúde, dos gestores, mas principalmente para o controle pela sociedade.

Os aspectos da integralidade na atenção à saúde forma valorizados em muitos trabalhos e instrumentalizaram a política.( BOSI ; UCHIMURA,2006; PINHEIRO; SILVA JUNIOR ;MATTOS,2008; CAMARGO JUNIOR, et al.,2006; SILVA JUNIOR ;MASCARENHAS, 20004;MASCARENHAS, 2003; SILVA; JORGE,2011)

O setor suplementar também recebeu influências desta discussão, em parte pela experiência acumulada em algumas operadoras, especialmente as de autogestão sem fins lucrativos, e pela política indutora de mudanças em modelos tecnoassistenciais em saúde, empreendida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, em especial no período de 2003 a 2008 (XAVIER et al., 2008; ALVES, 2009; SILVA JUNIOR et al, 2010)

Chamamos atenção a uma crítica que foi feita em 2007 por Porter, estudioso da concorrência empresarial, que junto com outra autora chamada Teisberg, estudaram a crise do sistema norte americano de saúde, discutem a falência do *Managed Care* e, muito curiosamente, discutem que uma das saídas é a ideia de Integração, ou seja, numa perspectiva muito parecida com um dos componentes da nossa discussão de Integralidade, acrescentando um componente econômico, a ideia de que pode-se fazer melhor e mais barato a partir da Integração, ou seja, o melhor resultado da saúde depende desse componente da Integralidade.( PORTER;TEISBERG,2007; MAC ADAM,2008 )

Olha que curioso, há mais de 20 anos discutimos Integralidade, aí vem o Porter, lá de Harvard, dizer que a Integração é mais barata, poupa recursos e dá melhor resultado.A Economia ajuda a argumentar pela integralidade na saúde.

Na atualidade, levamos em conta um cenário de aumento da longevidade da população, o incremento das condições crônicas que de alguma forma colocam um desafio no plano assistencial e um cenário das pessoas com necessidades especiais ou deficiências, que se apresentaram no último CENSO do IBGE (2010),como quase 24% da população no nosso país. Ou seja, não estamos falando mais de uma minoria esquecida, marginalizada, ou mas de um grupo populacional que cresce e está nos cotidianos das cidades. Falamos dos jovens que sofrem com a violência do trânsito e das cidades, que passam a usar cadeira de rodas. Ou seja, todo o contingente populacional crescente que vem compor o cenário brasileiro e também demandar os serviços de saúde e as políticas sociais em suas necessidades.

## De que Gestão estamos falando?

Crise econômica, escândalos de fraudes e corrupção sacodem mais uma vez o noticiário nacional e a necessidade de “choque de gestão” no setor saúde é clamada por políticos e técnicos mobilizando a opinião pública.

Cabe neste momento pensar no significado das mudanças que queremos. Seleccionamos algumas noções e conceitos que pretendem instrumentalizar a Gestão na Saúde para pensarmos nos seus sentidos frente a duas correntes que, no nosso entender, polarizam o campo de debates: O “Gerencialismo” e a Gestão da Produção do cuidado.

O “Gerencialismo”, como Vaistman( 2001 ) chamou esta corrente, origina-se na proposição de modernização da gestão pública pela adoção de estratégias e procedimentos da gestão empresarial. No campo da saúde esta corrente recebeu grande aporte da Atenção Gerenciada norteamericana e mais recentemente da Gestão Clínica inglesa ( MENDES, 2011 )

A Gestão da Produção do Cuidado reúne os esforços teóricos e práticos das correntes de pensamento que instrumentalizaram a Reforma Sanitária Brasileira e que ainda defendem a universalidade do Sistema de Saúde e aprofundam a luta pelo cuidado integral e a participação cidadã no controle da política.(MERHY,2007;SILVA JUNIOR, 2008; CECILIO, 2011; GRABOIS, 2011; AYRES,2004).

Iniciamos nossa reflexão com o desenho da Gestão. No “Gerencialismo”, o desenho é verticalizado em sua cadeia de comando e cabe “terceirizar” algumas atividades (inclusive a própria gestão operacional),abrindo o mercado para novos interesses, a exploração de um possível negócio chamado Saúde.

Do outro lado, na Produção do cuidado, estamos discutindo o plano da democratização, humanização, horizontalização,e publicização da gestão ,das políticas e das ações.

Ao falarmos de Atenção à Saúde e algumas noções e conceitos ligados à isto, para a Produção do Cuidado significa oferecer Cuidado ético, intersubjetivo ,vinculado e corresponsabilizado,resolutivo e acesso à todas as possibilidades tecnológicas de maneira regulada.

Para o “Gerencialismo”,costuma significar a oferta de procedimentos otimizados de modo a aumentar a cobertura populacional, a ideia de “pacote assistencial”, algo que possa ser “bom, bonito e barato” para que se possa manter produtividade e lucratividade.

Resolubilidade para “Gerencialismo” é aquela noção de que resolvemos com “procedimento simples” e não necessitamos encaminhar para lugar nenhum. Se retomarmos a discussão de Ayres(2000), sobre êxito técnico e sabedoria prática, vamos enxergar isso de maneira diferente. Pensaremos em como a nossa atuação tem um impacto positivo ou, às vezes, negativo na vida das pessoas e de que maneira nós concretamente colaboramos para o restabelecimento do projeto de felicidade dessas pessoas.

A produção do Cuidado pressupõe uma mediação com a subjetividade dos pacientes na escolha das melhores possibilidades terapêuticas. É necessária a adequação das ofertas assistenciais às necessidades da população apoiando sua emancipação.

As noções de autonomia e autocuidado que pressupõem os usuários como sujeitos de sua vida e que fazem escolhas apoiados pela equipe de saúde são muitas vezes confundidas na prática hegemônica com a culpabilização dos usuários sobre seus estados de saúde, a não busca pelas soluções ou “a não adesão” aos tratamentos prescritos, isentando os profissionais de suas co-responsabilidades.

O “Gerencialismo” utiliza muito a noção de Risco, calculado pela antiga epidemiologia, para priorizar segmentos populacionais de acordo com fatores verificados estatisticamente, em ações promocionais ou preventivas em saúde, Na Produção do Cuidado esta noção vem sendo paulatinamente aprofundada e ampliada pela discussão de Vulnerabilidade (AYRES et al.,2003), onde condições sociais e subjetivas e da própria política de saúde devam ser observadas. Não na média populacional, mas em situações específicas, discriminando positivamente grupos populacionais e por meio da mobilização destes coletivos na sociedade, promover maior equidade no acesso aos serviços de saúde. A luta pela atenção aos portadores de HIV/AIDS é um bom exemplo desta abordagem( AYRES et al, 2003 ).

A Integração de Rede, para o “Gerencialismo” parece algo dado e que basta normatizar a gestão e os fluxos assistenciais e as redes funcionarão como pensadas idealmente. Só lembrar que nos documentos oficiais do Brasil, até bem pouco tempo, a noção de Rede era um aglomerado de hospitais de várias naturezas, a chamada Rede de Hospitais, não necessariamente interligados, não necessariamente articulados. Acresçamos a isto as demais unidades da atenção básica e especializada que foram multiplicadas nos últimos anos e distribuição espacial em vários municípios com desiguais estruturas.Então, a noção de articulação para nós, é uma prática muito nova que precisa ser cuidadosamente olhada e experienciada. Vários autores já se debruçaram

sobre o tema para apontar seus desafios técnicos e políticos (ALMEIDA, 2010; ROESE; GERHARDT, 2008; SANTOS, 2013; MEDEIROS, 2013; MAIA, 2001)

A Produção do Cuidado foca a construção de coletivos que possam politicamente pactuar a gestão destas redes de forma colegiada, com participação popular e construir, a partir desses compromissos regionalizados, essa nova experiência (SILVA JUNIOR, ALVES e ALVES, 2005).

Para o “Gerencialismo”, as chamadas Redes de Apoio viraram uma espécie de lugar para ser encaminhado pacientes crônicos sem solução dentro do sistema de saúde. Então, surge uma enxurrada de iniciativas apelidadas de “*Home Care*” e outras denominações que empurram para dentro das casas das pessoas, procedimentos de saúde para baratear os custos hospitalares. Reconhecemos que algumas iniciativas sejam promissoras no que tange ao cuidado. Entretanto, algumas destas experiências, embaladas muitas vezes em estratégias de humanização da atenção ao devolver o paciente para o cuidado pelos seu entes queridos, transferem certos custos financeiros e emocionais para as famílias ao interferirem em seus cotidianos e não custearem vários dos itens de assistência (MERHY; FEUERWERKER, 2007).

As Redes sociais de Apoio para a Produção do Cuidado são pensadas nos territórios-processos, de forma a articular intersetorialmente a atenção à saúde e criar sinergia entre os recursos institucionais e das famílias pensando em sustentabilidade para todos.

Uma figura muito interessante que surge na política nesse momento, que precisamos pensar sobre as formas de sua implementação é a do Apoiador Institucional (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013; OLIVEIRA, 2011). Na Produção do Cuidado é uma figura de apoio às unidades de saúde, desenvolvendo práticas gerenciais horizontalizadas participativas, aumentando a capacidade de análise e de enfrentamento dos problemas pelas equipes. O “gerencialismo” investe nas figuras mais próximas das práticas dos Auditores e dos Supervisores com suas históricas características policiaescas e/ou de punição de práticas não adequadas às normas da política. A cultura vertical e fiscalizadora ainda prevalece em muitas experiências, diminuindo o potencial de construção conjunta das soluções e aperfeiçoamento da gestão (PINHEIRO et al, 2014 a,b; BARROS, 2014).

A proposta de Apoio Matricial, pensada para fortalecer o nível primário aumentando sua capacidade resolutive e compreensiva, é uma iniciativa muito importante. A criação dos NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família seria a materialização desta estratégia de levar o conhecimento especializado à interagir com as equipes de Saúde da Família na atenção às populações nos

territórios. O mesmo se espera da chamada Telemedicina que usaria recursos comunicacionais e de informática para articular apoio especializado às equipes em áreas remotas (CAMPOS; DOMITTI, 2007; PENA et al ,2013).

Entretanto há grande dificuldade de gestores e dos profissionais especializados em desenvolver esta estratégia. O pensamento dominante materializa muitas das experiências como policlínicas de especialidades onde se encaminha os pacientes que dela necessitam ou consulta aos especialistas sem a necessária interação e construção conjunta proposta pela Produção do Cuidado. Recentemente, o trabalho de Patrocínio (2012) mostrou a implantação dos NASF no Estado do Rio de Janeiro e cerca de 60 % reproduziam o modelo antigo de policlínicas de especialidades. Mais um conceito novo sendo capturado por lógicas antigas e equivocadas .

Ao final, devemos falar sobre estratégias de gestão da força de trabalho.

A proposta de Avaliação de Desempenho é uma palavra de ordem hoje. Contudo, de que desempenho estamos falando? O “gerencialismo” se debruça no estímulo da produção e das metas quantificadas pelos indicadores desta produção. Gera-se competitividade entre indivíduos e equipes e a busca por indicadores mais fáceis de alcançar para cumprir as metas definidas.

A Produção do Cuidado também trabalha com indicadores e metas, estamos discutindo práticas avaliativas formativas, a ideia de que aprende-se na equipe, aprende-se sobre a população, sobre determinada intervenção e elas servem para ilustrar a própria possibilidade de criar um juízo de valor, tanto por parte da equipe quanto por parte da população sobre as ações de saúde. Não tem a ver com custos-benefícios que às vezes são reduzidas nas análises de desempenho.

Outro ponto que gostaríamos de destacar é sobre a Capacitação das equipes. Não podemos confundi-la com Educação Permanente. A Educação Permanente, pelo menos o que se tem defendido na Produção do Cuidado, é uma coisa muito mais ampla que a Capacitação técnica, é o refletir cotidiano do seu trabalho, iluminar as questões polêmicas, tentar trazer aporte de conhecimento para as soluções. Não só aprender tecnologias novas.

### **Considerações finais**

Para concluir, ao utilizar alguns exemplos de usos de conceitos pelas correntes gerenciais propostas para o setor saúde, procuramos refletir sobre seus significados e usos. Buscamos chamar a atenção sobre os possíveis desvios na construção do SUS.

A opção pelo Cuidado integral, pela Ética, pelo Direito à Saúde e pela Democracia participativa deve nos levar às escolhas de caminhos e instrumentos coerentes na materialização do ideário do SUS. Mesmo adotando certos conceitos, úteis funcionalmente, devemos ter clareza de seus limites e finalidades, exercendo a vigilância de seus usos.

Ao final, gostaríamos de deixar duas perguntas aos leitores:

Que sentidos queremos dar à nossa prática de gestão e de cuidado?

Parece que a resposta é fácil, mas gostaria de lembrar-lhes que a coisa mais fácil de fazer em práticas políticas é sua negação ou sua renomeação com nomes novos. Louis Pauwels (1971) já nos alertava “A mais bela manha do diabo está em convencer os seus discípulos de que não existe”.

## Referências Bibliográficas

ALMEIDA, PF. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, 2010, n.26:286-98.

ALVES, D.C Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor de Assistência Privada à Saúde: avaliação das ações de uma empresa de autogestão na prevenção de doenças cardiovasculares.Dissertação de Mestrado. ENSP-FIOCRUZ,2009.

AYRES,J.R.C.M;FRANÇA JUNIOR,I;CALAZANS,G.J.;SALETTI FILHO,H.C. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA,D.;FREITAS,C.M.(Orgs.) Promoção da Saúde: Conceitos ,reflexes ,tendências.-Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,2003.117-139

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, Rio de Janeiro, v. 6, p. 117-120, fev. 2000.

ANDRADE, L.O.M.; MARTINS JÚNIOR, T. Saúde da Família:Construindo um novo modelo – A experiência de Sobral. In:Sanare – Revista Sobralense de Políticas Públicas, ano I, n.1,v.1, out/nov/dez, p.7-17. Sobral, Ceará: Prefeitura Municipal de Sobral, 1999.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

BARROS, M.E.B. Gestão, processos de trabalho em saúde e produção de subjetividade: da servidão à liberdade. In: SILVA JUNIOR, RAMOS ; DAMASCENO (orgs.) *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. -Niterói: Editora da UFF, 2014. p.127-144.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial: Investindo em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.

BOSCH, S.J., VÁSQUEZ, E.N. Atención médica gerenciada: su definición, historia y situación actual. *Med. & soc*; 21(3): 136-46, 1998

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (orgs.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 87-117.

BRASIL/ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar- Rio de Janeiro: Min. da Saúde, 2005. 270 p.

CAMARGO JUNIOR, K. R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMARGO JUNIOR, K. R. et al. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

CAMPOS GWS, DOMITTI AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007

CAMPOS, G. W.S.; Cunha, G. T.; Figueiredo, M. D. *Práxis e Formação Paideia - Apoio e Cogestão em Saúde*. - São Paulo: HUCITEC, 2013.

CAMPOS, GWS. Suficiências e insuficiências da política para atenção básica no Brasil: debate. **Cad. Saúde Pública**, 2008, n.24 Supl 1:S17-19

CAMPOS, C.; CARVALHO, D. M.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MERHY, E.E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã, p.103-120 , 1998.

CAMPOS, F.C.B. E HENRIQUE, C.M .*Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. –São Paulo: Editora Página Aberta,1996

CAPISTRANO FILHO, D & PIMENTA, A.L. *Saúde para todos:Um desafio ao Município- A Resposta de Baúru*.-São Paulo: Editora HUCITEC,1989

CARDOZO-GONZALES RI, VILLA TCS & CALIRI MHL. O processo da assistência ao paciente com lesão medular: gerenciamento de caso como estratégia de organização da alta hospitalar. *Medicina, Ribeirão Preto*, 34: 325-333, jul./dez. 2001..

CASARIN, S.N.A., VILLA, T.C.S., GONZÁLES, R.I.C., CALIRI, M.H.L., FREITAS, M.C. Gerencia de caso: análise de conceito In: *Investigación y Educación em Enfermeria*. Medellin.Vol XXI, nº1. Março, 2003.

CAVALCANTE, A. P. Avaliação dos Programas de Promoção e Prevenção na Saúde Suplementar, apresentados e aprovados pela ANS e Apresentação de experiências que obtiveram êxito. III Seminário Nacional de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças no setor de saúde suplementar (Rio de Janeiro – 13 de dezembro de 2006).

CECILIO, L. C. O. Modelos técnicoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3,Rio de Janeiro, jul./set. 1997.

CECÍLIO, LCO, Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface:Comunicação ,Saúde e Educação**.Vol15,n.37,p.589-99,abr/jun, 2011.

CHAO, S.H.Patient-centric care management.*JManagCarePharm*; 12(1Suppl): S10-3, Jan2006.

COELHO, K. S. C. Política de Indução das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, na Saúde Suplementar. V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, X Congresso da Associação Latino-Americana de Medicina Social e XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde. ABRASCO. (Salvador – 13 a 18 de julho de 2007).

COHEN, E.L. Nursing case management – Does it pay? *Journal of Nursing Administration*.Vol.21, nº4.p. 20-25, 1991.

COSTA N. R. O Banco Mundial e a política social nos anos 90. In: Costa, N. R. e Ribeiro, J. M. (orgs) **Política de saúde e inovação institucional**, Rio de Janeiro, MS/FIOCRUZ/ENSP, 1996, p. 13-29.

CZERESNIA, D.;SANTOS,E.M.;MONTEIRO,S.(Orgs.). AIDS: pesquisa social e educação.- São Paulo: HUCITEC;Rio de Janeiro:ABRASCO,1995

DELGADO, PG. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. *Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva*. 1997; ano VI,16:41-43.

DELLBY U. Drastically improving health care with focus on managing the patient with a disease: the macro and micro perspective. In: *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol.9 nº2:p.4–8, 1996.Março, 2009.

DORSEY, J. L. "The Health Maintenance Organization Act of 1973(P.L. 93-222)and Prepaid Group Practice Plan," *Medical Care*, Vol. 13, No. 1, pp. 1–9. Jan. 1975.

ELLRODT G., COOK D.J., LEE J, CHO M., HUNT D., WEINGARTEN S. Evidence-based disease management..*Journal of the American Medical Association*.Vol.278. nº20.P.1687–1692, 1997.

EPSTEIN R.S., SHERWOOD .L.M. From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed. *Annals of Internal Medicine*.Vol.124 nº9 p.832–837, 1996.

FAXON D.P., SCHWAMM L.H., PASTERNAK R.C., PETERSON E.D., MCNEIL B.J., BUFALINO V. Improving quality of care through disease management: principles and recommendations from the American Heart Association's Expert Panel on Disease Management. *Circulation*.Vol.109, nº21 p.2651–2654, 2004.

FRANCO, T. B. ; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

FRANKEL, A.J., GELMAN, S.R. Case management.: Lyceum Books; Chicago, 1998.

GIBSON, S.J., MARTIN, S.M., JOHNSON, M.B., BLUE, R., MILLER, D.S. CNS-Directed case management. Cost and quality in harmony. *Journal of Nursing Administration*. Vol.6 nº24.p. 45-51, 1994.

GIOVANELLA, L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2009 n. 14:783-94

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, n. 26, p. 37-61, 2002.

GIRARD, N. The case management model of patient care delivery. *Association of periOperative Registered Nurses Journal* Vol.3 nº60. p.404, 411, 1994.

GRABOIS V. Gestão do cuidado. In: GONDIM R, GRABOIS V, MENDES JUNIOR WV, organizadores. *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; . p.153-190. 2011

GRODOS, D. & BÉTHUNE, X.. Las intervenciones sanitárias selectivas: una trampa para la política de salud del tercer mundo - *Social Science and Medicine*, 1988, 26 (9): 71-85.

HONORATO, CEM; PINHEIRO, R. O “cuidador da desinstitucionalização”: o trabalho político no cotidiano das equipes de saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos. PINHEIRO R, GULJOR AP, SILVA JR AG, MATTOS RA. (Orgs.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico de 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiências*. - Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IRIART, A. C. *Atenção gerenciada: instituinte a reforma neoliberal*. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

LOUIS PAUWELS. Lettre ouverte aux gens heureux et qui ont bien raison de l'être. Paris: éd. Albin Michel, 1971

KAISER FAMILY FOUNDATION. *Trends in healthcare costs and spending*. Disponível em <<http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/769202.pdf>>. 2009.

MAC ADAM, M. Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic review. CPRN Research Report. April 2008.

MAIA, M. R. V. **Caminhos da integralidade: Dispositivos para assegurar e monitorar a acessibilidade no SUS em Piraí-RJ**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, IMS-UERJ, 2011

MALTA, D. C.; CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; JORGE, A. O.; COSTA, M. A.; et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva** 2004; 9(2):433-444.

MASCARENHAS, M. T. M. **Implementação da Atenção Básica em Saúde no Município de Niterói, RJ: estudo de caso em unidade básica de saúde tradicional e módulo do Programa Médico de Família**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MATTOS, Ruben Araújo de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001

MEDEIROS, CRG. **Redes de Atenção à Saúde: o Dilema dos Pequenos Municípios**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.

MERHY EE, FEUERWERKER LCM. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. 2007]; [21 p.]. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos.php>

19

MEHRY, E.E. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões. In: Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde . In : MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial , p.71-112, 1997

MOREIRA LCH. Clínica, cuidado e subjetividade: uma análise da prática médica no programa médico de família de Niterói a partir dos encontros no território. [tese] Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2012.

OLIVEIRA, G. N. **De devir apoiador uma cartografia de função apoio**. *Tese de Doutorado, Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Coletiva - Planejamento, Gestão e Subjetividade* CAMPINAS, 2011, 171p.

OPAS-ANS . Regulação e modelos assistências em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008.1º ed. Brasília : Organização Pan Americana da Saúde, 2009

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); Fundo das Nações Unidas para a Infância.(UNICEF) Cuidados Primários de Saúde. *Relatório da*

*Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, Brasília: UNICEF, 1979. p. 14.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA et al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 547-573.

PARKER, R. G. Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política. - Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000

PATROCÍNIO, SSSM. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e a implementação em municípios do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- ENSP- FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2012

PENA, P. F. A.; SILVA JÚNIOR, A. G. ; OLIVEIRA, P. T. R. ; MOREIRA, G. R. ; LIBÓRIO, A. B. . Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):3135-3144, 2012

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. ( Orgs.). *Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas / Organizadores: – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 254p.*

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. ; MATTOS, R. A. (Orgs.) . *Atenção básica e Integralidade: contribuições para estudos das práticas avaliativas em saúde. 1a. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. 360 p.*

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) . *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 1a. ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ, 2001. 180 p.*

PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.) . *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO, 2007. v. 1. 207 p.*

PINHEIRO, R., LOPES, T. C., SILVA, F. H., SILVA JUNIOR., AG *Experiências (Ações) e Práticas de Apoio no SUS: Integralidade, áreas programáticas e democracia institucional. Rio de Janeiro : Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC, 2014 p.368. (A)*

PINHEIRO, R., LOPES, T. C., SILVA, F. H., SILVA JUNIOR., AG

Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS: Uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro : Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2014, v.1. p.368. (B)

PORTELA, M. C.; LOTROWSKA, M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, supl. Apr. 2006

21

PORTER, M.E.; TEISBERG, E.O. Repensando a saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos - Porto Alegre: Bookman, 2007.

RIBEIRO, C. D. M., FRANCO, T. B., SILVA JUNIOR, A. G., LIMA, R. C. D., Andrade, C. S. Saúde Suplementar Biopolítica e Promoção da Saúde. São Paulo : HUCITEC, 2011, v.1. p.225.

SANTOS, A. M. **Gestão do Cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária.** Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. e GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface (Botucatu)** [online]. 2009, vol.13, supl.1, pp. 603-613.

SARACENO, B. Libertando identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte / Rio de Janeiro: Te corá, 1999.

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

SILVA JUNIOR, A.; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO A.D.A. (Orgs). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 27-41.

SILVA JUNIOR, A. G., ALVES, C. A., PIRES, A. C. Modelagem tecnoassistencial em saúde no Brasil In: Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação..1 ed.São Paulo : HUCITEC, 2011, p. 83-98.

SILVA JUNIOR, A. G. Promoção à saúde e mudanças nas práticas da saúde suplementar In: Panorama das ações de Promoção da saúde e Prevenção de

riscos e doenças no setor suplementar de saúde. -Rio de Janeiro : ANS, 2008, v.1, p. 71-76.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO R., MATTOS R. A. (Orgs.) Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em saúde, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p.77-89.

SILVA JUNIOR, A.G.;CONSTÂNCIO,T.I.;WERNECK, T.E.M.; NASCIMENTO-SILVA, V.M.; MANTINI,C. Tensões delimitadoras da Integralidade na saúde suplementar. *In* PINHEIRO, R.; LOPES, T.C.(Orgs.) Ética,Técnica e Formação: As razões do cuidado como direito à saúde.-Rio de Janeiro:CEPESC: IMS/ UERJ: ABRASCO,2010. p.235 – 248.

SILVA, R.M; JORGE,M.S(Orgs.). Cuidado em Saúde: Desafios e práticas. - Fortaleza; EdUECE/UNIFOR, 2011, 342p.

ROESE, A; GERHARDT,TE.Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade. **Rev.Gaúcha Enferm.**,Porto Alegre (RS) 2008,jun;29(2):221-9

TEIXEIRA, Carmen Fontes; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Modelos de atenção à saúde do SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO,Naomar de. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p.287-301.

TENÓRIO, FR. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. [Dissertação] Rio de Janeiro: UFRJ, Instituto de Psiquiatria, 1999.

UGÁ, M. A. D. et al. A regulação da atenção à saúde nos EUA. In: TEIXEIRA, A. (Org.). Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da atenção médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

VAISTMAN, J. Gerencialismo, cultura e expectativas entre servidores públicos de saúde. **RAP**. Rio de Janeiro 35(1):29-47, J an. /Fev. 2001

VILLARINHO, M. V. et al . Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, Apr. 2013

XAVIER, A J.; REIS, S. S.; PAULO, E. M.; D'ORSI, E. Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(5):1543-1551, 2008

WEINGARTEN S.R., HENNING J.M., BADAMGARAV E., KNIGHT K., HASSELBLAD V., GANO A. JR. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports. **British Medical Journal**.Vol.325 nº7370 p.925, 2002.

ZITTER M.A new paradigm in health care delivery: disease management. In: TODD WE, NASH D (editors). Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. American Hospital Association. Chicago, EUA. p.1–25, 1997.

.

Publicado como:

**SILVA JUNIOR, ALUÍSIO GOMES DA; ALVES, C. A.; NUNES, L M A O; ALVES, M. G. M.; LIMA, R. H. P. Tecnologias de gestão do cuidado em saúde: refletindo conceitos e usos contemporâneos. In: Maria Socorro de Araújo Dias; Mirna Albuquerque Frota (Organizadoras). PROMOÇÃO DA SAÚDE NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO. 1 ed. Campinas : Saberes Editora, 2016, v.1, 478p. p.250-274. ISBN - 978-85-62844-67-6.**