

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/264810763>

# A CADEIA DO CUIDADO EM SAÚDE

Chapter · September 2011

DOI: 10.13140/2.1.3160.7686

---

CITATIONS

0

READS

772

1 author:



Laura Feuerwerker

University of São Paulo

65 PUBLICATIONS 632 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa [View project](#)

All content following this page was uploaded by [Laura Feuerwerker](#) on 18 August 2014.

The user has requested enhancement of the downloaded file. All in-text references [underlined in blue](#) are added to the original document and are linked to publications on ResearchGate, letting you access and read them immediately.

## **A CADEIA DO CUIDADO EM SAÚDE**

Laura Camargo Macruz Feuerwerker\*

Cadeia do cuidado em saúde, ou seja, arranjos que possibilitem articular o acesso aos serviços de diferentes tipos, mantendo vínculo e continuidade do cuidado de acordo com as diferentes situações clínicas. Este tema remete imediatamente à integralidade. Dos muitos sentidos que a integralidade pode ter, o mais apropriado a esta discussão é o produzido por Cecílio<sup>1</sup>, que articula a integralidade com as necessidades de saúde.

Necessidades de saúde que são amplas – vão desde as boas condições de vida ao direito de ser acolhido, escutado, desenvolver vínculo com uma equipe que se responsabilize pelo cuidado continuamente e ter acesso a todos os serviços e tecnologias necessários. Tomar a integralidade como eixo da atenção implica tomar as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, daí a cadeia de cuidados.

Pensar e produzir a cadeia de cuidados exige gestão não somente dos serviços, mas da produção do cuidado. Um item novo – por incrível que pareça –, mas indispensável na agenda dos gestores de saúde. E também dos formadores. Assim se define o percurso deste capítulo: um apanhado sobre a trama de produção do cuidado, uma problematização acerca dos desafios que a integralidade e a produção da cadeia de cuidados impõem e uma rápida reflexão sobre as decorrências disso tudo para a agenda de gestores de saúde e formadores.

## **INTEGRALIDADE E NECESSIDADES DE SAÚDE**

Tomar as necessidades de saúde do usuário como referência traz muitas implicações. A começar pelo lugar do usuário na produção do cuidado. Apesar de já há algum tempo se reconhecer que o usuário é o gestor de sua própria vida, que ele faz suas escolhas (com a nossa autorização ou não); e de se reconhecer também que a ampliação de sua autonomia para configurar os modos de conduzir sua própria vida, enfrentando seus (velhos e novos) agravos, deve ser um dos produtos desejáveis do processo de cuidado (desde Canguilhem<sup>2</sup> e Foucault<sup>3</sup> – de modos distintos – passando por Merhy (4),(5), (6), Campos (7), Ayres (8,9), Teixeira (10), Caponi (11), Ceccim (12), Ferla (13), Feuerwerker (14), a prática predominante nos serviços de saúde é a inversa.

---

\* Médica; Doutora em Saúde Pública; Professora Adjunta da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Prática de Saúde Pública.

De saída, pode haver um desencontro de expectativas. O que um considera problemas e necessidades não necessariamente coincide com o que o outro considera. Um sabe de seus desconfortos; os outros olham para os usuários utilizando diferentes filtros (risco, vulnerabilidades, prioridades, etc.). Com frequência, o usuário deseja a contribuição dos trabalhadores de saúde para que o problema com que se defronta incomode o menos possível os modos como organiza sua vida. Já os trabalhadores de saúde, muitas vezes, esperam que o usuário reorganize sua vida à luz do saber técnico-científico em função dos agravos que enfrenta.

O usuário se orienta a partir de diferentes planos: seus saberes (produzidos a partir da vivência e também de distintas fontes, ainda mais num mundo em que a circulação de informações quebra muitíssimas barreiras), história de vida, valores, religião, trabalho, suas possibilidades, desejos, dificuldades, fantasias, medos, momento. Os trabalhadores de saúde, dependendo do modo e do recorte que utilizam em sua aproximação, nem sequer vislumbram “essa vida” que vem junto à “queixa” – e que certamente é fundamental para muitas das apreciações, considerações, definições e decisões a serem tomadas (14).

Dependendo do cenário, do grau de sofrimento, da instabilidade clínica, do risco de morte, as relações entre usuário e trabalhador(es) de saúde se produzem de modos muito diferentes. Com disposição e possibilidades muito distintas de fazer valer a autonomia (pelo lado do usuário) ou de fazer valer a autoridade (pelo lado dos trabalhadores). Lugares de máxima autonomia do usuário e de baixa instabilidade clínica (vida em evidência) – como na atenção básica e na atenção domiciliar – e lugares de mínima autonomia do usuário e alta instabilidade clínica (problema orgânico em evidência) – como no hospital e na UTI (15).

Considerando as necessidades, há um território de produção que faz todo o sentido e é indispensável aos usuários: há uma expectativa de ser cuidado, de poder contar com um trabalhador/equipe que o conheça ou venha a conhecer, que o escute, que se interesse, que o informe, que ajude a diminuir seu sofrimento, que tenha disposição e ferramentas para se vincular e responsabilizar, juntamente com o usuário, pela construção de um plano de cuidados (1). Esse é um plano crítico (no sentido de muito importante), no qual se constroem as relações de confiança e que interfere de modo significativo na efetividade do encontro, nas possibilidades de haver benefício para o usuário em relação à sua saúde.

Voltando às necessidades, outro plano fundamental para os usuários é ter acesso ao correto diagnóstico e aos procedimentos e processos terapêuticos (1). Para isso, é importante contar com profissionais que dominem os conhecimentos estruturados de cada área e também sejam

capazes de articulá-los com contexto e singularidade. E aqui as questões fundamentais são construção de conexão, continuidade e acesso oportuno (16),(17).

Para superar as fórmulas largamente experimentadas do insuficiente conhecimento das situações de vida, da pobreza dos vínculos, da referência sem responsabilização, da contrarreferência não efetivada, dos protocolos construídos unilateralmente e não adotados é que se abre a agenda da gestão do cuidado, que inclui arranjos como o da cadeia de cuidados.

## **A GESTÃO DO CUIDADO**

Do ponto de vista da produção do cuidado, abre-se uma agenda para olhar os modos como se organizam os serviços e os encontros que precisam ser produzidos entre trabalhadores e usuários. E esse é o primeiro ponto para construir uma cadeia de cuidados. Onde quer que se dê a entrada do usuário no sistema, dependendo de seu problema e de suas possibilidades (18).

Uns cenários oferecem mais tempo e várias possibilidades de encontro (nem sempre aproveitadas); outros cenários são mais duros, proporcionam encontros pontuais e muito mais tensionados. De todo modo, sempre há intensidade e há que se produzir estratégias para que, direta ou indiretamente, “a vida” que sempre vem junto com o usuário possa ser percebida e levada em consideração e para que o usuário (e suas razões, desejos, possibilidades, apostas) seja parte fundamental da agenda, que deve ser construída de modo cooperativo. Relações mais horizontalizadas, mais mobilizadas pelos encontros e agenciamentos mútuos do que por uma relação sujeito-objeto orientada fundamentalmente por certo recorte do saber técnico-científico. Aliás, é na vida (na produção de vida e na vida concreta do usuário) que deve desembocar o processo de cuidado. Ou melhor, é no plano da vida e da produção de vida que o cuidado se efetiva (3) (14).

Um princípio fundamental, que baseia todos os dispositivos e estratégias propostos para a gestão do cuidado, é o reconhecimento das peculiaridades do trabalho em saúde, considerando a variabilidade das situações de saúde (individuais e coletivas), a volatilidade do trabalho (produzido e consumido em ato), os importantes graus de autonomia dos trabalhadores, a multiplicidade de planos que constituem as organizações de saúde – histórias de vida, cultura, religião, projetos corporativos, projetos políticos, estilos de gestão, etc. – e que interferem no modo como os encontros entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários acontecem, a multiplicidade de projetos em disputa. Desse modo, praticamente nada pode ser considerado “dado”, tudo precisa ser construído e pactuado, tudo precisa ser “significado” no cotidiano, ativamente, envolvendo todos e cada um dos trabalhadores dos diferentes serviços. Do contrário, deixados às normas e

ao automático, já sabemos que os (trabalhadores dentro dos) serviços tendem a reproduzir o hegemônico, tendem a produzir descuidado (6), (20), (21).

### **Agenda e dispositivos para gestão do cuidado dentro das unidades**

Em geral, é preciso reorganizar o processo de trabalho e repensar as ofertas. Além do modelo médico-hegemônico, centrado em procedimentos, há outras lógicas que precisam ser superadas ou relativizadas. O olhar epidemiológico sobre a população revela riscos e permite eleger problemas prioritários. O mesmo em relação a certas políticas, como a de saúde mental e a agenda prioritária de desmanicomialização. No entanto, prioridades não deveriam definir agendas exclusivas ou excludentes, nem desresponsabilização e despreparo e/ou má vontade para enfrentar outros tipos de problemas e questões. A demanda espontânea precisa não somente ser gerenciada, mas analisada, por ser reveladora de necessidades não percebidas ou valorizadas pelos serviços. Ao invés de rejeitada, por não prioritária (22).

Para ampliar a escuta, favorecer a responsabilização e as relações cooperativas dentro das unidades, é necessário mobilizar dispositivos para análise do trabalho – entender e problematizar as lógicas que orientam a organização do processo em si, as relações que se produzem, analisar os resultados do trabalho que é feito e assim produzir novos sentidos e pactos. Não há mágica. Há dispositivos para serem trabalhados em espaços coletivos, tais como fluxograma analisador, mapas analíticos, eventos-sentinela, redes de petição e compromisso, dramatizações, etc. (23), (24)

A discussão coletiva de casos tem sido um dispositivo potente para identificar a complexidade dos problemas, tornando evidentemente necessário articular diferentes saberes e recursos na produção de projetos terapêuticos em defesa da vida. Quando os trabalhadores são provocados e desafiados pela complexidade das situações, ampliam-se as possibilidades de se mobilizarem para produzir equipe, pois nessas situações é que vale a pena o esforço da articulação e da interdisciplinaridade. Casos traçadores e projeto terapêutico singular têm sido bons dispositivos para disparar esse tipo de conversa com as equipes (24), (7).

Para esse tipo de trabalho geralmente tem sido necessária mediação e também aportes. Apoio institucional, apoio matricial ou uma combinação dos dois tem sido experimentados, com sucesso, em diversos municípios. Há que investir, responsabilizar, criar as figuras para dar conta da gestão da produção do cuidado nos vários âmbitos.

## **Agenda e dispositivos para gestão do cuidado no território**

No território, para começar, é importante produzir um olhar interessado não somente para buscar e reconhecer os problemas, mas também as potencialidades, os recursos, as redes sociais, a produção das relações. Há um investimento a ser feito no reconhecimento dos modos de viver, dos contextos, arranjos, saberes, crenças e valores com que os diferentes grupos populacionais e indivíduos produzem suas conexões e sua vida e, por extensão, sua saúde (14).

O mergulho no contexto e nas vidas dos usuários é fundamental, e a vivência no território é indispensável. Todos os tipos de profissionais se beneficiam de um convívio mais intenso com o cotidiano das pessoas, das famílias, dos grupos. Principalmente quando esse encontro se faz com um olhar mais desarmado, mais interessado, menos preconceituoso e menos prescritivo. Não somente os agentes comunitários, não somente para verificações pontuais, não somente os acamados, não somente para ações educativas. Os casos complexos pedem uma aproximação mais intensa e cuidadosa e intervenções mais coordenadas.

Mas também é preciso criar modalidades de cuidado que correspondam às necessidades dos usuários. Um olhar mais cuidadoso sobre o território revela uma infinidade de situações que demandam um cuidado mais intensivo do que as equipes de saúde da família conseguem propiciar. A atenção domiciliar tem-se mostrado um dispositivo potente para responder a algumas dessas necessidades. Sua intervenção é necessária durante períodos às vezes prolongados até que o usuário ou os cuidadores adquiram a autonomia necessária para levar adiante aquele novo contexto de produção da vida sem uma ajuda tão próxima (14), (25).

E também tem oferecido interessantes oportunidades de reflexão sobre as possibilidades de inovar a produção do cuidado. A desinstitucionalização do cuidado aí produzido, o compartilhamento indispensável com o cuidador, o maior protagonismo da família e do cuidador na gestão do cuidado que é produzido em seu próprio território (o domicílio) parecem ser elementos que favorecem a produção de relações mais horizontalizadas, em que efetivamente existe uma produção compartilhada (com o usuário, com o cuidador e entre os trabalhadores) dos projetos terapêuticos e a produção de uma profusão de arranjos cuidadores que favorecem inclusive a ressignificação das tecnologias leve-duras (14), (25).

No entanto, a atenção domiciliar não tem sido uma aposta ampla dos gestores de saúde no âmbito do SUS. São poucos os municípios, e mesmo assim com um número limitado de equipes, muitas vezes focadas prioritariamente na desospitalização, não aberta a todas as situações que se beneficiariam desse tipo de cuidado. Aliás, a disposição para produzir arranjos diversificados de produção do cuidado de acordo com diferentes necessidades é outra novidade a encarar no âmbito da gestão do cuidado.

O arranjo UBS – Ambulatório de Especialidades – Hospital é pobre para assegurar essa oferta, e as inúmeras situações – idosos, hipertensos e diabéticos de difícil controle, portadores de HIV que não aderem ao tratamento, pessoas com restrição aos deslocamentos e que precisam acessar cuidados, acamados por sequelas de AVC e de diferentes tipos de trauma, etc. – que ficam de fora ou que recebem atenção insuficiente são uma evidência importante dessa limitação.

Não há cadeia de cuidado sem ampliar e diversificar as ofertas, sem produzir articulação com outros setores que não os da saúde. Assim, além da atenção domiciliar, outros dispositivos importantes têm sido: o trabalho de acompanhantes terapêuticos, programas de redução de danos, projetos Cuidadores de Idosos, Oficinas de Criação/Criatividade e Arte-Terapia (com dança, música e teatro), diversificadas atividades de Educação Popular em Saúde, Casas de Parto, Centros de Parto Normal, Academia da Cidade, Centros de Atenção Psicossocial, Clínicas de Quimioterapia e Radioterapia, Centros de Especialidades Odontológicas, Pensões Protegidas, Moradias Terapêuticas, Centros ou Abrigos de Convivência, Casa da Gestante, Centros de Orientação, Testagem e Aconselhamento e diversos Centros de Atenção Integral à Saúde (26).

Na relação com outros equipamentos e secretarias, é importante reconhecer que também neste caso é preciso produzir sentidos e valores compartilhados. Não basta fazer circular papéis e encaminhamentos. A linguagem, os modos de operar e, às vezes, as prioridades são distintos, então é preciso produzir uma agenda comum. A disposição política de articular é importante para mobilizar recursos, mas é indispensável operar micropoliticamente, favorecendo os encontros, as agendas comuns e a potencialização das ações (17).

### **Agenda e dispositivos para gestão do cuidado entre os serviços**

Assim como junto aos equipamentos de outros setores, também na relação entre equipamentos da saúde é preciso sair da formalidade, reconhecer que também são produzidos por trabalhadores e que toda aquela babel existe no interior de cada um e na relação entre eles: expectativas não comunicadas, valores e lógicas distintos, preconceitos de parte a parte, etc. Então, para superar a falência da referência e da contrarreferência, é preciso criar espaços de conversa para reconhecimento mútuo entre profissionais e equipes, identificação de potencialidades e possibilidades de cooperação, e produção de novos pactos em relação às responsabilidades de cada parte, aos critérios de encaminhamento e de regresso dos usuários às unidades (construindo estratégias para seu acompanhamento, mecanismos para tirar dúvidas, combinação de abordagens, reavaliação de decisões, combinação de iniciativas e responsabilidades, etc.) (17).

Linhas de cuidado – construídas coletivamente, levando em conta diversos pontos de vista e não somente as normas técnicas, inclusive ouvindo os usuários – podem servir como guias para ampliar a responsabilização e as garantias de acesso. Produção compartilhada de protocolos, produção de mecanismos e responsabilidades para construir a gestão dos casos são outras

estratégias indispensáveis para a continuidade, o vínculo, enfim, a integralidade (17).

É exatamente neste espaço – da relação entre serviços – que o tema da centralidade da atenção básica precisa ser trabalhado. Como? Por um lado, na preparação dos casos a serem discutidos em conjunto – trazendo o contexto, as singularidades, a escuta dos usuários, além do quadro clínico, para a mesa de conversação com os especialistas (claro que essa é uma produção, pois não é assim que as equipes geralmente trabalham) –, no acompanhamento da evolução com a manutenção das visitas domiciliares para alimentar vínculos e comunicação entre as partes. Essa é uma estratégia para evidenciar, para todos, a contribuição da atenção básica para a qualificação do cuidado, já que a contribuição das especialidades parece óbvia (hegemonicamente e ao senso comum). Mas todas essas atividades, envolvendo as diferentes equipes, também necessitam de mediação e de pessoas que se responsabilizem por acompanhar os processos. E todos os que acompanham e facilitam precisam de espaços coletivos para se colocar em análise, trocar, compartilhar estratégias, etc. – ou seja, precisam de espaços de educação permanente (27), (28), (29), (30).

### **COLOCAR A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM UM LUGAR NOBRE DA AGENDA DO GESTOR (E DA FORMAÇÃO)**

É claro que só será possível desencadear todos esses processos e arranjos se houver um reconhecimento por parte da gestão de que a produção do cuidado requer ser construída, cuidada, ativada, e de que deve haver pessoas da gestão (várias, em diferentes papéis) que se ocupem desse trabalho. Aliás, é preciso reconhecer que esse é um trabalho, uma função e que necessita ser viabilizado – com pessoas, com carga horária, com prioridade (27), (28), (29).

Quanto mais presente na agenda, maior a possibilidade de mobilizar todas as estruturas das secretarias a favor da produção do cuidado: removendo barreiras, produzindo encontros, apoiando, compartilhando saberes, mobilizando recursos.

A partir da compreensão da multiplicidade de planos e atores constitutivos das organizações e da gestão em saúde, é fundamental reconhecer que a “força” de todos esses processos é micropolítica e que, para instaurar uma micropolítica a favor da autonomia, é necessário operar nos diversos planos em que gestores, trabalhadores e usuários transitam para se produzir e encontrar em mútua afetação na vida e no sistema de saúde. Apreender o movimento que surge da tensão, seus fluxos de intensidades, escapando do plano de organização de territórios, desestabilizando as representações, canalizando as intensidades, dando-lhes sentido (6), (17), (21).

A partir de várias experiências e estudos, é possível perceber que há vários modos de construção das relações entre apoiadores e equipes, de gestores e de trabalhadores de saúde, e de trabalhadores e usuários na produção do cuidado. Mais permeáveis aos encontros e aos agenciamentos por eles mobilizados, menos permeáveis, mais provocadores de invenção, mais normativos. Essas diferentes possibilidades aparecem não nas figuras individuais, mas circulam entre elas, pois dependem mesmo dos encontros e dos agenciamentos que se produzem – uns disparam o que cada um tem de melhor, outros o que cada um tem de pior, e isso varia no tempo e no espaço (27), (28), (29)..

Experimentar esses vários arranjos de apoio e agenciamentos na gestão da produção do cuidado abre perspectiva para entender a porosidade na produção dos encontros, na criação incessante e efervescente nos movimentos instituintes e instituídos, possibilitando pensar e (re)inventar fora das regras, protocolos e certezas, abrindo espaços para os momentos imprevisíveis, para o inusitado. Trata-se de agenciar modos de fazer a gestão e o cuidado em saúde, dar espaços à diferença (6).

Os dispositivos disparados pela “equipe de gestão” só “viram alguma coisa” se alguém provocar e cuidar – esse é o papel dos diferentes tipos de apoiador, produzir conexão, problematizar em ambos os sentidos. O gerente de unidade de saúde pode ser um partícipe fundamental desse processo, mas precisa de companhia, de respaldo e de espelho. E quando não existe a figura do gerente, como acontece em várias cidades, o processo ganha complexidade ainda maior. O apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e equipes de saúde, apoiador e equipe de gestão, entre profissões, saberes e desejos, mobilizando distintas ofertas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado, reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e a gestão do cuidado (21), (17), (28).

E como cuidar dos afetamentos provocados por apoiadores transversalizados na rede de serviços de saúde em seus movimentos intensos e densos? A experimentação e o ensaio não significam repetir, mas criar, ir a fundo no campo das intensidades. A repetição não pode ser vista como um *déjà vu*, como uma generalização. É importante criar zonas de visibilidade para as linhas de fuga em permanente construção no campo da gestão. É necessário, ensaiar, experimentar, até que algo novo se constitua. Para se desfazer em seguida... (6), (17)

E os formadores precisam compreender esse novo mundo que vem sendo produzido, tanto para ajudar a produzi-lo, como para inserir esses temas e vivências nos processos de formação. Equipes, apoio, matriciamento são novos dispositivos que podem ser muito potentes para trabalhar integralidade e para produzir novos sentidos para o cuidado, para a clínica e para a formação geral na graduação em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Cecílio, Luiz Carlos Oliveira. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 03, p. 469-478, jul./set., 1997.
2. Canguilhem, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1990.
3. Foucault, M. História da sexualidade – A vontade de saber. Edições Graal, 1988. 17ª edição.
4. MERHY, EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JR, H.M.; RÍMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
5. MERHY, EE. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005, p. 195-206.
6. MERHY, Emerson Elias ; FEUERWERKER, LAURA MACRUZ ; Gomes, M.P.C. . Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T.B; Ramos, V.C.. (Org.). *Semiótica, Afecção & Cuidado em Saúde*. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2010, v. , p. 60-75.
7. CAMPOS, GWS. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. In: Passos, Eduardo (org.) *Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde*. / Organizado por Eduardo Passos e Regina Benevides. — Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 2006. 2 v.
8. AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n. 1, p. 63-72, 2001.
9. AYRES, J.R.C.M. Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges, *Interface \_ Comunic, Saúde, Educ*, v.6, n.11, p.11-24, 2002.
10. Teixeira. R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (organizadores). IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111].

11. CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, 176 p. (55-77).
12. CECCIM, Ricardo Burg e CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARIN, João José Neves e outros (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 346-390.
13. FERLA, Alcindo Antônio. Pacientes, impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2004, p. 171-186.
14. Feuerwerker, L.C.M. & Merhy, E.E. "Atenção domiciliar na configuração de redes substitutivas: a desinstitucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde". *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24(3):180-8. ISSN 1020-4989.
15. Feuerwerker, L.C.M. and Cecílio, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Ago 2007, vol.12, no.4, p.965-971.
16. CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (Org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepsc/Uerj: Abrasco, 2005, p. 91-101.
17. Baduy, R. S. A gestão municipal e a produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento. Tese apresentada na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ para obtenção do título de doutor, junho de 2010.
18. Cecilio, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.
19. MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, Emerson Elias e outros (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103-120.
20. MERHY, E E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 67-92.

21. MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (org.) Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. 285 p.
22. FRANCO, Túlio Batista & MAGALHÃES Jr., Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, Emerson Elias e outros. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003, p.125-134.
23. FEUERWERKER, L.C.M; MERHY, E.E. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A.C.S; GOMBERG, E.(org). **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências**. 1 ed. Salvador: Editora da UFBA, 2011, v. 1, p. 5-21.
24. Merhy, Emerson Elias e Franco, Tulio Batista . Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Disponível no endereço [http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/mapas\\_anal%C3%ADticos.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/mapas_anal%C3%ADticos.pdf) (consultado no dia 30/8/2010).
25. Silva, Kênia Lara et al. **Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial**. *Rev. Saúde Pública*, Fev 2010, vol.44, no.1, p.166-176. ISSN 0034-8910.
26. CECCIM, Ricardo Burg. Diversidade e adversidade na prática da atenção à saúde. *Saúde: revista do Nipesc*, Porto Alegre, v. 03/v. 04, n. 3 e 4, 1998/1999.
27. Bertussi, D. C. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. Tese apresentada na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ para obtenção do título de doutor, setembro de 2010.
28. Oliveira, G. N. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. *Tese de Doutorado* – apresentada para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2011.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

30. SILVA Jr., Aluísio Gomes; ALVES, Carla Almeida e ALVES, Márcia Guimarães de Mello. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (Org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepsc/Uerj: Abrasco, 2005, p. 77-90.