



Pesquisa, Teoria e Metodologia - Dossiê

Medicalização e Gestão do Cuidado em Saúde

Medicalization and Management of Health Care

Gustavo Corrêa Matta¹

¹Doutor em Saúde Coletiva. Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

RESUMO - Partindo da referência de alguns autores sobre o conceito de medicalização, este ensaio crítico pretende refletir sobre a temática destacada no Documentário Solitário Anônimo de Débora Diniz e suas repercussões para o cuidado em saúde. O trabalho enfatiza as práticas disciplinares ainda presentes no cuidado em saúde, bem como, procura enfatizar os dispositivos biopolíticos em jogo nas políticas sociais e nas instituições de saúde. Por fim, partindo da crítica aos limites do conceito de medicalização procura discutir as alternativas pautadas no direito à vida e à saúde como uma forma de construção dos sujeitos contemporâneos e das políticas públicas que pretendem defender esse direito.

Palavras-chave: Medicalização; Biopolítica; Cuidado em Saúde; Políticas da Vida.

ABSTRACT - Based on the reference of some authors about the concept of medicalization, this critical essay aimed to reflect on the themes highlighted in Documentary Solitary Anonymous of Deborah Diniz and its repercussions for health care. The work emphasizes disciplinary practices still present in health care as well, seeks to emphasize the biopolitical dispositives into play in social policies and health institutions. Finally, starting from the limits of the concept of medicalization the work discusses alternatives grounded in the right to life and health as a form of construction of contemporary subjects and public policies that aim to protect that right.

Keywords: Medicalization; Biopolitics; Health Care; Politics of Life.

“o hospital ali aquela in... engrenagem hospitalar... teria vencido... porque eles têm na mão um... um elemento... eh... que tira a vontade do individuo tira até a consciência... do individuo... que é o... a sedação.” (Solitário Anônimo - Livre transcrição).
(Solitário Anônimo, 2007)

“Não desprezo que a Constituição garante o direito à vida e à liberdade como garantias invioláveis do povo brasileiro. Mas levanto a questão: entre a liberdade e a vida, com qual você fica? O fato é que, sem vida, não há como reivindicar liberdade. A liberdade tem limites. O que não tem limites e é inquestionável é o direito à vida. Direito esse que deve ser compreendido ainda de acordo com uma visão global, incluindo na interpretação outros valores, entre os quais se destaca a dignidade humana. O dependente químico é um doente que necessita de atenção e atendimento especializado porque já está sentenciado à prisão sem grades, determinada pelo uso das drogas. Para o dependente químico e sua família, a internação compulsória, muitas vezes, se torna a única garantia de vida ou qualidade de vida.”

Jornal O Globo, 27/5/2012). Rodrigo Bethlem (Secretário Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro)

1. INTRODUÇÃO

Impactante, provocante, atual e principalmente incomodamente questionador. O documentário Solitário Anônimo possui uma estética que expõe contradições sobre o cuidado, as instituições e o dever humano. Diversas são as perspectivas abertas no filme de Débora Diniz. Desde a questão dos discursos e práticas sobre a morte até as temáticas da atenção à saúde do idoso, passando pelas técnicas de silenciamento dos desejos e pelo governo dos corpos.

A provocação imediatamente construída pelos meus sentidos ao assistir o filme, foi das formas de tutela dos sujeitos produzidas pelas instituições de saúde, remetendo às antigas, mas ainda atuais, tensões entre medicina e práticas sociais, entre ciência e políticas da vida, entre Estado e medicina.

A utilização da epígrafe sobre o suposto conflito entre direito a vida e direito a liberdade na atenção aos dependentes químicos do município do Rio de Janeiro, logo abaixo da transcrição de uma passagem do filme, expressa a medicalização da vida que está presente não apenas no cotidiano dos serviços de

Autor correspondente

Gustavo Correa Matta

Fundação Oswaldo Cruz.

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 Sala 716.

Rio de Janeiro, RJ - CEP: 21041210

Telefone: (21) 25982600

Email: gcmatta@ensp.fiocruz.br

Artigo encaminhado: 23/05/2013

Aceito para publicação: 27/06/2013

saúde, mas também nas inflexões das políticas públicas, no desenho das estratégias de governo e nas formas de judicialização da saúde.

Não é difícil imaginar cenas tão aterradoras e violentas quanto às vividas pelo “Solitário Anônimo” nas políticas de internação compulsória para usuários de drogas.

Neste sentido, não é nova a crítica sobre a forma com que hospitais e as práticas discursivas da medicina e do Estado instituem dispositivos disciplinares com o objetivo de controlar e intervir sobre corpos e mentes^{1,2,3,4}. O que chama a atenção é que após décadas de críticas e denúncias a respeito da rigidez e da tutela das instituições de saúde sobre os sujeitos que seriam objeto de atenção e tratamento, não houve grande mudança nas práticas sociais da medicina e dos cuidados em saúde no campo da saúde e fora dele. Pelo contrário, diversas têm sido as formas de expansão do poder e da ordem médicas na sociedade através do surgimento de novas doenças, medicamentos e do estímulo a comportamentos e políticas pautadas pelo discurso sobre doença e a medicalização da vida.

Se por um lado há dispositivos normativos e autoritários de tutela presentes nos hospitais que instituem, por exemplo, o controle sobre a entrada e saída de pessoas, restrição à visitação, expressão, informação, entre outras, por outro, as técnicas e dispositivos de vigilância da saúde presentes na atual organização da atenção primária em saúde^{1v} no Brasil, capilarizam estratégias sofisticadas de esquadramento, controle e governo dos microterritórios sociais, “sanitarizando-os”. - Atualizo aqui as origens da medicina social na Alemanha no século XVII e da saúde pública brasileira no início do século XX, na qual o controle e governo da saúde da população eram fundamentais para proteção e expansão da ordem política e econômica desses paísesⁱ. - São visitas domiciliares, protocolos de tuberculose, dispensação de antihipertensivos e demais fármacos para controle das doenças crônicas, entre outras ações, produzindo uma complexa ordem político-sanitária das populações, especialmente aquelas econômica e socialmente desfavorecidas.

A expansão e alcance do que vem sendo chamado de doença cresce vertiginosamente, principalmente entre os chamados comportamentos desviantes, rebeldes e não cooperativosⁱⁱ.

A descrição reificada da doença nos indivíduos e na população compromete a possibilidade de descrição teórica e heurística dessa categoria, estendendo-a para

espaços de produção social como uma forma de vida, como uma forma de produção dos sujeitos, das relações e dos ideais. Neste sentido, a própria concepção “positiva” de saúde é exemplo dessa extensão e não uma barreira para a própria medicalização como pretendido originalmente⁶.

Percebemos, já há algumas décadas, o avanço do discurso médico em diversos setores sociais, chamando à atenção a grande adesão social sobre seu “desenvolvimento”, sua ética e seus métodos.

Descrever um fenômeno como uma doença parece ter se tornado licença mais que suficiente para classificar, controlar e intervir sobre pessoas e grupos sociais mais diversos. A discussão dos sentidos de normal e patológico deixa o território das ciências da saúde e avança sobre as formas de governo e sociabilidade dos indivíduos.

Neste sentido, esta reflexão toma o rumo das formas, estratégias e processos de medicalização contemporâneos dos sujeitos e da sociedade, que envolvem desde práticas de silenciamento, tutela e governo dos sujeitos e população que observamos no filme até as políticas de Estado que visam à alteração e controle da vida “normal”.

Partindo da referência de alguns autores sobre o conceito de medicalização, este ensaio crítico pretende refletir sobre a temática destacada no filme e suas repercussões para o cuidado em saúde.

2. Medicalização: um conceito e múltiplos sentidos

Inicialmente, é importante ressaltar que a noção de medicalização, ordem médica e outras referências à medicina utilizadas nesse trabalho não se limita a crítica às formas de atuação profissional do médico ou a demonização do saber biomédico e suas formas de tratamento. O conhecimento produzido pelas ciências ditas médicas e a atuação profissional do médico tem sido fundamentais para o tratamento de doenças e alívio de inúmeros sofrimentos que afetam os indivíduos e a população.

O que está em questão aqui são as formas, estratégias e dispositivos que transformam um determinado fenômeno numa descrição médica e seus efeitos sobre o cuidado em saúde e os sujeitos na atualidade.

Uma leitura inicial da literatura identifica a medicalização como um conceito construído na trajetória da sociologia da saúde, tendo como um de seus precursores Ivan Illich, com o trabalho, considerado clássico nesta área, a Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina⁷.

A perspectiva apontada por Llich contribui para uma primeira crítica sistemática do alcance e relação do discurso e da prática médica nas formas de produção da sociedade capitalista industrial.

“A medicalização da vida é mais por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema.”⁷

O interesse de Llich está em denunciar as formas de expropriação do capital presentes nas instituições médicas e nas políticas sanitárias, submetendo os indivíduos à supressão da dor e a gestão do corpo e das sensações. Uma das maiores contribuições desse autor foi chamar a atenção para a produção iatrogênica da clínica, do social e da cultura promovidas pela medicina.

Gostaria de destacar aqui três contribuições de Llich que abrem perspectivas que serão seguidas por diversos autores. A primeira pela reificação da categoria doença, reduzindo os fenômenos humanos, sociais, políticos e culturais, tornando invisíveis processos complexos, históricos e dialógicos, bem como identifica a medicina e as práticas médicas como a única possibilidade de compreensão e intervenção sobre eles.

A segunda pela relação da medicina com o Estado Moderno nas formas e estratégias de governo da população através da detecção de riscos e vulnerabilidades que devem ser controladas através de políticas de saúde pública de base epidemiológica, da ênfase e estímulo à construção de estilos de vida saudáveis, bem como, políticas que tutelam e impõem o “direito à vida” como regra moral além e aquém dos sujeitos sociais.

E a terceira, pela identificação de grandes interesses econômicos na produção de medicamentos e equipamentos de saúde, que se não agem diretamente sobre a produção do conhecimento em saúde e a formulação de políticas de saúde, exercem influências e produzem sentidos sobre a formação, os saberes e as práticas de saúde, configurando aquilo que Luz⁸ denominou de Instituições Médicas e que

Cordeiro⁹, com configuração e objetivos diferentes, chamou de Complexo Médico-Industrial (CMI)¹⁰².

Mais recentemente, Conrad¹¹ fez uma revisão do conceito de medicalização e aponta mudanças na ampliação nos fatores que a motiva e em seus objetivos, respectivamente.

Para Conrad, o conceito de medicalização pode ser definido como: *“um problema em termos médicos, usualmente uma doença ou transtorno, ou o uso de uma intervenção médica para tratá-lo.”*⁹

Para o autor, o surgimento de novas drogas, principalmente aquelas dirigidas para os transtornos de humor e controle de hipertensão, diabetes e colesterol, bem como, as chamadas terapias genéticas têm borrado ainda mais as fronteiras entre o normal e o patológico, tornando a doença não só um alvo, mas uma estratégia médica de prevenção e promoção da saúde. Neste sentido, o mercado e as ciências da saúde têm construído um alinhamento que exige um novo foco sociológico para colocá-las em exame.

Camargo Jr.⁶, ao trazer à tona a discussão sobre medicalização e a naturalização dos processos nos quais ela se dá, realiza uma operação de desconstrução daquilo que se têm denominado “problemas de saúde” e que tem sido objeto de disputa entre o chamado complexo-médico industrial (CMI) e outros setores da saúde como a academia, associação de usuários e os atores que formulam políticas e ações de saúde no âmbito público e privado.

*“...quaisquer agentes do CMI - e mesmo os praticantes não-hegemônicos, “alternativos” - podem ser agentes dessa medicalização em sentido lato, convencendo segmentos cada vez mais amplos de que um dado evento é um “problema de saúde”, que possuem uma solução para o mesmo, e ainda que sua solução, e não qualquer outra, é eficaz e segura - em outras palavras, confiável”*⁶.

*“pode-se dizer que uma peça fundamental das estratégias de legitimação e expansão de oportunidades de intervenção dos vários agentes do CMI - incluindo-se os alternativos - é o estabelecimento de “necessidades de saúde”, que, apesar de constantemente em expansão, são apresentadas como naturalmente existentes”*⁶.

A análise realizada por Camargo Jr. aponta não somente a externalidade da construção da agenda da saúde pela prática e envolvimento dos cientistas e pesquisadores da saúde pública com o chamado CMI,

mas também, para além disso, na construção social e no estabelecimento das descrições do que venha a ser um problema de saúde. Epidemiologistas, imunologistas, sanitaristas, sociólogos, entre outros, constituem aquilo que Bourdieu denominou campo científico, e que instituem, dentro e fora de seus campos disciplinares, uma disputa sobre as “reais” necessidades de saúde das populações.

Destaca-se, neste sentido, que as assim chamadas necessidades de saúde serão, nesta perspectiva, “realidades negociadas” entre os grupos, interesses e instituições que lutam por reconhecimento, prestígio e recursos.

Partindo de outro ponto de vista, Rose¹² ao analisar a medicalização, remete às formas de produção dos sujeitos e estratégias de governo sobre indivíduos e coletivos. Isto quer dizer que a metáfora médica está presente na cultura contemporânea como produção de formas de vida, na construção de sentidos para as sensações, experiências e sofrimento, e nas próprias especialidades médicas, incorporando cada vez mais objetos em sua província disciplinar. Esta perspectiva implica em consequências políticas, éticas e estéticas, formando um campo bastante heterogêneo e iterativo quando se descreve medicalização, muito mais voltado para identificar fenômenos que passam a ser descritos medicamente, reconhecendo a necessidade de análises e conclusões ulteriores. Ou seja, o conceito de medicalização não contribuiria para compreender como, porque e quais processos estão envolvidos nos eventos “denunciados” sob essa rubrica.

“O termo medicalização poderia ser o ponto de partida para uma análise, um sinal da necessidade para uma análise, mas não deve ser a conclusão de uma análise”¹².

Tomando como partida os desenvolvimentos da farmacologia, da genética e das terapias hormonais, Rose também adverte que a medicina contribuiu para borrar os limites entre o natural e o artificial, sendo necessário analisar as formas de produção da vida e das pessoas que a medicina tem se empenhado em construir.

“A divisão entre natural e o cultural tem deixado de ser útil no trabalho analítico. A medicina tem ajudado a nos tornar totalmente artificiais”¹².

Uma perspectiva construcionista da ciência não estranharia essa démarche anti-essencialista da medicina, seu saber e suas políticas. Mas é necessário

destacar os usos e conseqüências da ordem médica e sanitária na produção da vida, ou melhor, da doença enquanto uma construção presente no cotidiano e em nós mesmos.

“Por isso, para além da medicalização, a medicina tem formatado nossos regimes éticos, nossas relações com nós mesmos, nossos julgamentos sobre os tipos de pessoas que queremos ser, e as vidas que queremos levar. Mas se a medicina tem estado totalmente engajada em nos tornar os tipos de pessoas que temos nos tornado, isto não é em si base para crítica. Uma avaliação crítica desses desenvolvimentos heterogêneos é essencial”¹².

Ao descrever as questões enfrentadas atualmente, o autor propõe uma análise que supere a medicalização e ajude a analisar e avaliar as formas de vida que têm sido construídas pela medicina e por nós mesmos. E, para além disso, quais alternativas podem ser construídas para produção de um novo regime ético para o cuidado em saúde.

Neste sentido, identificamos alguns usos ou sentidos do conceito de medicalização:

1. Como uma operação reducionista da compreensão dos processos saúde-doença aos determinantes biomédicos, reduzindo a vida à expressão de processos biológicos e fisiopatológicos;
2. Como uma forma de disciplinarização, controle e tutela dos corpos forjada pelas práticas discursivas da medicina, presente nas instituições e serviços de saúde. Regime discursivo – regime moral;
3. Como uma estratégia de governo dos sujeitos e das populações, produzindo dispositivos para intervir sobre o cotidiano e as formas de vida, tornando-se uma forma de descrição e produção dos sujeitos e suas relações.

Essas classificações foram concebidas de forma didática, muito mais para identificar sentidos em uso no discurso acadêmico e político atualmente, do que servir como definições sobre a natureza da medicalização. Esses usos se misturam, se potencializam e por vezes rivalizam na arena de construção das políticas e práticas em saúde, bem como na formulação e implementação de políticas públicas.

3. Medicalização e Gestão do Cuidado em Saúde

As repercussões da perspectiva crítica que os discursos sobre a medicalização instituem, podem ser

observados em outros campos discursivos, políticos e sociais, tais como, a bioética, nas políticas de humanização da atenção à saúde, ou mesmo nas reivindicações de usuários do sistema por reconhecimento, tratamento e cidadania sanitária, por exemplo.

Se por um lado, há um processo de crítica e resistência às formas e processos de medicalização social, por outro, há também movimentos de grupos sociais que demandam uma “identidade sanitária” para conquistar visibilidade perante o Estado.

As disputas em torno da produção do cuidado em saúde que conteste as descrições forjadas pela medicalização, que valorize de um lado, os determinantes sociais de saúde e doença, e por outro, os sentidos dos sujeitos envolvidos no encontro do cuidado em saúde, entre usuário e cuidador, equipes de saúde e população, instituições e sociedade, dividem atores do chamado movimento da reforma sanitária brasileira.

Enquanto isso, as formas de padronização do trabalho em saúde, do cuidado, a definição de metas de produção para as equipes de saúde, e as estratégias de monitoramento e avaliação com repercussões financeiras para profissionais, equipes em municípios estão a pleno vapor nas estratégias de gestão do cuidado em saúde.

Diversas têm sido as iniciativas do ministério da saúde e municípios brasileiros em criar dispositivos de avaliação baseados em indicadores de atendimento, epidemiológicos, qualidade da assistência, entre outros, com a finalidade de produzir evidências que assegurem o atendimento de metas, a construção de protocolos e a premiação daqueles que atinjam seus objetivos.

A idéia de que os protocolos e a gerência por resultados produziram mais eficiência ao sistema de saúde, além de torná-lo cada vez mais seguro para trabalhadores e usuários, esta cada vez mais presente nas estratégias e políticas de gestão em saúde. Exemplos como Programas de Acreditação Hospitalar¹³, Contratos de Gestão¹⁴ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ¹⁵, entre outros, estão presentes nas políticas públicas de saúde, que até então eram características do setor privado-lucrativo.

Entender esses processos recentes que temos observado no Brasil, implicam certamente numa análise que envolveria a chamada moderna gestão por resultados, que tem como um dos seus objetivos o monitoramento, controle e aperfeiçoamento do

cotidiano de trabalho através da padronização de rotinas, e também o fortalecimento dos processos de medicalização do trabalho em saúde, baseado em evidências científicas, geradas por ensaios clínicos ou por indicadores epidemiológicos para o maior controle das doenças, suas manifestações e conseqüências.

A padronização de processos, o estabelecimento de metas e a avaliação por resultados descrevem uma sequência de acontecimentos que expressam valores, conceitos, condutas e concepções que parecem estáveis, consensuais, não havendo espaço para o questionamento do que pode ser o cuidado em saúde em seus diversos âmbitos e em seus dialógicos encontros, porém, os desafios que se apresentam são como padronizá-lo, quantificá-lo e avaliá-lo.

Neste sentido, nosso personagem, solitário anônimo, ao dar entrada na emergência hospitalar, seria atendido por um trabalhador que ao receber o diagnóstico de desidratação grave, anemia e anorexia, cumpriria os protocolos de atenção aquelas “necessidades de saúde”, pois seu trabalho incluiu metas a serem cumpridas e o resultado pode contribuir para uma melhor remuneração ao final do mês.

Onde, nessas formas de gestão do cuidado e de vida nas instituições, haverá espaço para os sujeitos, suas histórias, seus desejos, seus encontros e a produção de novas histórias e processos?

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parece que, apesar da crítica à medicalização, seus dispositivos e estratégias como defende Rose, para além da medicalização há um regime ético, discursivo e formas de vida instituídas pela medicina que transformaram nossa relação com o ambiente, com os outros, com a natureza, onde a medicina clínica é apenas uma dessas formas de vida e de relação. Atentar para esta heterogeneidade é reconhecer a performatividade da vida contemporânea e os desafios da construção do cuidado em saúde.

Como afirmei no início do texto, apesar das críticas às formas de tratamento presentes nas instituições de saúde, muito pouco conseguimos avançar na produção de alternativas a esse modelo. Parece que o conceito/termo/noção de medicalização, fazendo coro com Rose, tem servido muito mais para denunciar práticas e políticas que ampliam o escopo daquilo que é governado por esses discursos do que conseguir analisar a diversidade e multiplicidades presentes neste modelo.

O direito à vida no sentido de sua descrição médica é algo que tem se tornado uma ética da vida ou uma

biopolítica, como diria Foucault. Esses referentes estão presentes nas falas da equipe de saúde que atendeu nosso solitário anônimo, e também nas atuais políticas de atenção aos dependentes químicos no Rio de Janeiro e em São Paulo.

Procedimentos, metas, indicadores e dispositivos de governo e controle dos corpos têm sido mais importantes que os sujeitos, suas trajetórias, seus desejos e toda a rede de relações sociais que produzem e reproduzem situações de abandono, dependência química e outros eventos tão em foco atualmente.

Atentar para o papel das políticas públicas e sociais na produção da pobreza e das diversas formas de exclusão social possibilita expor a rede de valores e sentidos que estão presentes quando se defende a vida ou a saúde.

Então, refletir e analisar a tão criticada medicalização, é se voltar para o nosso cotidiano, para as escolhas éticas e morais com as quais temos forjado processos e práticas sociais, dentro e fora das instituições de saúde, e, buscar alternativas que não sejam tão totalitárias quanto àquelas que pretendemos substituir.

NOTAS

- I. Atenção Primária em Saúde pode ser definida como “uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades”.
- II. Numa redescrição atual da relação público-privado na saúde: Complexo Produtivo da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foucault M. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
2. Matta GC. Da doença renal ao renal crônico. *Physis* 2000; 10(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312000000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 28. 01. 2013.
3. Mello Filho J. *Concepção psicossomática: visão atual*. 1 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1978.
4. Pitta A. Título: Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo; HUCITEC; 1990.
5. Matta GC, Morosini MVG. Atenção Primária à Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ; 2006.
6. Camargo Jr KR. As Armadilhas da "Concepção Positiva de Saúde". *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva* 2007; 76(1):63-76.
7. Ilich I. *A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira; 1975.
8. Luz MT. *As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
9. Cordeiro HA. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
10. Gadelha CAG. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(N Esp): 11-23.
11. Conrad P. The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior* 2005; 46(1): 3-14.
12. Rose N. Beyond medicalisation. *The Lancet* 2007; 369(9562)700-2.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Secretaria de Assistência à Saúde*. – 3 Ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
14. Ditterich RG et al. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(4):615-27.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.