



Texto 17

Unidade de Aprendizagem III

Gestão do cuidado¹

Victor Grabois

A leitura do caso de Carlos nos faz refletir sobre nossas práticas e talvez, mais que tudo, permite a emoção, pois Carlos é um entre milhões de usuários que, apresentando um problema de saúde, tem que lutar para ser cuidado. Cuidado como expressão de direitos, cuidado como expressão de responsabilização pelo outro, como expressão de diferentes combinações de tecnologias efetivas e adequadas a cada situação e como expressão de um trabalho de equipe, solidário e articulado. Neste texto, aprofundaremos a noção de cuidado, mostrando o que é um cuidado de qualidade; discutiremos sobre a possibilidade e a necessidade de gerenciar o cuidado, e que ferramentas e arranjos os profissionais e as equipes podem incorporar em seu trabalho para coproduzir um cuidado efetivo e humanizado. Venha conosco nesta viagem, olhando para as unidades de saúde, para seus colegas de trabalho e para dentro de você mesmo, identificando as práticas adotadas e pensando se devemos mudá-las, se for o caso, e como fazer isso.

Conceitos básicos sobre o cuidado

Vamos discutir agora a noção de cuidado de modo mais aprofundado, com base nas definições e classificações de vários autores. Antes, porém, sugerimos que você construa o seu próprio conceito de cuidado.

Para refletir

Como você entende o cuidado em saúde?

¹ Texto extraído e adaptado de: GRABOIS, Victor. Gestão do cuidado. In: GONDIM, R. (Org.). *Qualificação de gestores do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

Ainda que possamos intuitivamente definir o cuidado, dada a complexidade tanto das necessidades apresentadas por cada paciente como do trabalho em saúde, é interessante observar como diferentes autores apresentam suas definições e/ou classificações quanto ao cuidado.

Para Merhy e Cecílio (2002):

O cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde.

O cuidado ao paciente também pode ser definido pelas diferentes atividades que o compõem.

Determinadas atividades são básicas para o cuidado ao paciente. Estas atividades incluem: planejar e prestar assistência a cada paciente; monitorar o paciente no entendimento dos resultados do cuidado; modificar o cuidado quando necessário; prestar o cuidado e planejar o acompanhamento (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2000).

Em realidade, o cuidado é um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves), de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada paciente.

Tecnologia dura, leve-dura e leve é como Merhy (1997) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Para outros autores (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004), a definição do cuidado é indissociável de sua integralidade. “É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social” (LUZ, 2003 apud PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

A noção de integralidade já aparece na Constituição de 1988, “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988 apud MATTOS, 2009). Um dos pilares dessa noção seria uma visão mais global, mais ampla do indivíduo, que agregasse seus aspectos físicos, psíquicos e sociais, entre outros.

[...] integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa deste paciente (MATTOS, 2009).

Boff (1999) compartilha do mesmo ponto de vista:

A racionalidade médica ocidental contemporânea evidencia, através de suas práticas e de seus critérios decisórios, a persistência do modelo tecnicista, no qual o cuidado e atenção integral à pessoa do doente na maior parte das vezes ficam em segundo plano, quando aparecem. O sintoma mais doloroso, já constatado há décadas por sérios analistas e pensadores contemporâneos, é um difuso mal-estar da civilização. Aparece sob o fenômeno do descuido, do descaso e do abandono, numa palavra, da falta de cuidado.

Podemos dizer que, atualmente, esse modelo se perpetua na biomedicina, visto que os avanços tecnológicos são utilizados como meios superiormente eficazes para aumentar a acurácia nas investigações sobre doenças, muitas vezes deixando em segundo plano a pessoa doente e se distanciando das concepções mais amplas de saúde.

Alguns adeptos dessa área possuem uma visão otimista, que consiste em afirmar que a postura da medicina vem mudando bastante e que no terceiro milênio os profissionais de saúde e as práticas afins terão um cunho chamado por muitos de biopsicossocial. É bem verdade que os avanços tecnológicos trouxeram e ainda trazem benefícios inestimáveis à população, ampliando a sobrevida e dominando muitas doenças que anteriormente eram fatais. Mas não se pode negar que, apesar de ocupar lugar importante, a técnica sozinha não elucida todas as verdades, tendo também seus limites para lidar com questões multidimensionais que envolvem a saúde. É necessário buscar, na compreensão de saúde, os diversos fatores que possam estar articulados com qualidade de vida, tais como: alimentação, justiça social, ecossistema, renda, educação, dignidade.

Na realidade, pensar em integralidade do cuidado pode significar incorporar à produção de cuidados em saúde as diferentes necessidades dos usuários e o contexto em que essas necessidades de saúde são produzidas.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente se produz através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há uma produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidade, nos quais há produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY apud GUIZARDI; PINHEIRO, 2004, p. 38).

Se existe um conjunto de necessidades expressas e vividas pelos usuários, a estas corresponde um conjunto de práticas, habilidades e saberes que são articulados pelos profissionais de saúde na oferta de cuidados a esses usuários. Essas práticas, saberes e habilidades incluem o estabelecimento de vínculos, a responsabilização pelo usuário, o acolhimento e escuta, o emprego de conhecimentos específicos de cada profissão, a indicação adequada da realização de exames e procedimentos, sem uma supremacia de uma ou outra tecnologia, por definição.

Podemos citar alguns exemplos de integralidade do cuidado em uma unidade hospitalar (BRASIL, 2002a):

- a equipe de uma enfermaria aproveita a internação de um paciente diabético, que também é tabagista, para incentivá-lo a abandonar o fumo;
- numa unidade de terapia intensiva, uma mulher em coma por eclâmpsia, que fez cesariana e cujo filho passa bem no berçário, tem seu leite retirado com auxílio de bomba, com vistas ao seu possível aleitamento materno futuro;
- no tratamento de uma ferida, o paciente é perguntado sobre seu estado vacinal contra o tétano e, dependendo de suas vacinações prévias, recebe ou não uma dose de vacina antitetânica;
- uma mulher que acompanha o marido numa consulta é abordada sobre quando teve sua pressão medida pela última vez e tem sua pressão aferida.

Os mesmos autores também afirmam que, para que sejam possíveis essas práticas, cada equipe necessita:

conhecer os riscos do fumo e poder conversar sobre eles com o paciente. Precisa saber também sobre as formas de apoio ao fumante que deseja deixar de fumar. A equipe de terapia intensiva

tem que estar sistematicamente informada sobre a situação do bebê e avaliar juntamente com os pediatras as possibilidades do aleitamento materno futuro (BRASIL, 2002a).

A integralidade do cuidado também exige que os profissionais se articulem, seja no plano das diferentes unidades de saúde que compõem a rede, seja entre os diferentes serviços que compõem um hospital. Esse é um dos grandes desafios a serem superados no cotidiano do funcionamento do SUS. Como falar em integralidade sem a garantia de um acompanhamento pela equipe da Saúde da Família no período pós-alta de um paciente que havia sido internado devido a um quadro de diabetes descompensado? Ou como no caso de Carlos, apresentado no início desta unidade de aprendizagem, no seguimento após uma cirurgia e um processo de quimioterapia bastante doloroso para o paciente?

Essa articulação depende da troca de informações sobre as terapias dispensadas ao paciente e sobre as necessidades de cuidados continuados identificadas pelos profissionais que foram/são responsáveis por seu cuidado. No entanto, não se trata apenas de troca de informações, mas de como facilitar ao máximo o trabalho em conjunto com centralidade no paciente, ainda que parte dos profissionais possa atuar em uma equipe da Saúde da Família, e outra parte, em um hospital regional ou na policlínica.

É nítido que a integralidade do cuidado tem uma clara correspondência com o trabalho em equipe. Existem várias possibilidades de construção de equipes; algumas têm potência superior a outras.

Segundo Cecílio e Merhy (2003, p. 199):

Uma coisa é pensar a equipe [...] como somatório de ações específicas de cada profissional, como uma linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal [...] a hierarquia e a rigidez de papéis codificados; a outra é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma ação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado.

Para o cuidado integral com o paciente (usuário) ser viabilizado, dependeria pois, por um lado, de uma abordagem em cada **ponto de atenção** que considerasse o conjunto de suas necessidades e riscos. E, por outro lado, da articulação pactuada entre profissionais de diferentes pontos de atenção ou de diferentes setores em um mesmo ponto (hospital, por exemplo).

Ponto de atenção é uma expressão utilizada por Mendes et al. (2008) quando se refere às unidades de saúde, seja na atenção primária, secundária ou terciária, fazendo parte de redes de atenção organizadas não de forma hierárquica, mas sim poliárquica, em um *continuum* de atenção e articuladas por diretrizes clínicas.

Você conhecerá mais detalhadamente o Projeto Terapêutico Singular no item “Gestão da clínica no Brasil”, neste mesmo texto.

Exemplificando, um idoso que possui sua autonomia e independência preservadas é acompanhado em uma unidade básica, mas ele está profundamente ansioso, pois sua família se encontra com graves dificuldades financeiras e ele não tem recursos para ajudar, visto que sua renda mal dá conta de suas necessidades. A equipe responsável pelo paciente se reúne, discute seu caso, não apenas seu quadro clínico, mas como ajudá-lo a reduzir sua ansiedade.

Esse idoso, devido ao quadro de ansiedade agravado, desenvolve hipertensão arterial sistêmica grave.

A equipe resolve solicitar parceria ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) de referência e, nessa discussão coletiva, é construído para esse paciente um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que inclui a sua inserção no grupo terapêutico desenvolvido pela equipe do Nasf, para o cuidado de pacientes com ansiedade e depressão, bem como no Programa Academia da Saúde, onde são desenvolvidas atividades físicas, sociais e de educação em saúde.

Para refletir

Considerando o que foi discutido sobre o cuidado, e observando os serviços em sua área de atuação, que atributos do cuidado você identifica nas práticas correntes, nesses serviços?

Com base nessa reflexão, que outros atributos você acrescentaria, além dos apresentados neste texto?

Optamos por problematizar algumas das dimensões da qualidade propostas por Donabedian (1988) com significativa importância em nossa realidade, como o cuidado acessível, efetivo, eficiente, seguro e aceitável.

Segundo Starfield (2002), um dos elementos essenciais na acessibilidade é a atenção no primeiro contato na atenção básica, composta pelos seguintes elementos:

- horário de disponibilidade;
- acessibilidade ao transporte público;
- oferta de atenção sem exigências (no nosso caso, sem qualquer pagamento);
- instalações para pessoas com deficiências;
- providências para horários tardios;

- facilidade da marcação de consulta e do tempo de espera para isso; e
- ausência de barreiras linguísticas e de outras barreiras culturais.

Se considerarmos a efetividade do cuidado, pode-se apontar: (1) pertinência do cuidado; (2) conformidade do cuidado. A pertinência representa o “fazer a coisa certa”. Exemplos: utilização do protocolo de acolhimento e classificação de riscos na Porta de Urgência; utilização de protocolos de administração de aspirinas em dor torácica no atendimento pré-hospitalar, entre outros exemplos. A conformidade significa o “fazer certo a coisa certa”. Exemplos: preenchimento adequado do prontuário do paciente; utilização adequada de antibióticos (dose, espectro, tempo adequados), passagem do plantão na enfermaria, entre outros.

A segurança no cuidado representa não causar danos ao paciente na realização de procedimentos. Exemplos: executar cateterismo vascular ou ventilação mecânica sem provocar infecção hospitalar; administrar quimioterápicos sem extravasamentos; evitar a queda do paciente das macas ou camas, entre outros.

O cuidado eficiente significa utilizar plenamente os recursos disponíveis para obter um resultado adequado às necessidades do paciente. Exemplos: utilização dos consultórios de um centro de saúde pela manhã e à tarde sem horários ociosos; utilização plena do centro cirúrgico de um hospital; manutenção de estoques de medicamentos adequados ao volume de dispensação na Farmácia Popular, entre outros.

A aceitabilidade do cuidado diz respeito aos valores, expectativas e cultura dos pacientes (usuários) e de suas famílias durante o processo do cuidado. Exemplos: como abordar e/ou comunicar notícias ruins ao paciente e sua família; como abordar a necessidade de realizar sorologia anti-HIV, entre outros.

Em realidade, essa pergunta tem várias respostas. Sim, é possível que o cuidado seja integral em uma unidade de saúde – se o cuidado oferecido pela equipe não se limita apenas aos órgãos, aparelhos ou sistemas que apresentam problemas, mas sim considera o indivíduo (sujeito) como um todo, a sua história de vida e seu contexto social. Quando conseguimos reunir em torno do paciente os diversos saberes e conhecimentos das várias categorias de profissionais da saúde, de forma integrada, estamos nos aproximando de uma abordagem mais integral. Magalhães Junior e Oliveira (2006) denominam essa faceta da integralidade de integralidade vertical.

No entanto, a resposta à pergunta também pode ser outra. A possibilidade de um cuidado integral para muitos pacientes/usuários depende

diretamente da oferta de um caminhar que seja facilitado pela rede de serviços de saúde no território onde esse(s) paciente(s) habita(m). Esse caminhar/trajetória se assenta em vários aspectos: (1) identificação adequada de necessidades na porta de entrada que se pretende preferencial (MAGALHÃES JUNIOR; OLIVEIRA, 2006), no caso a atenção básica; (2) construção de compromissos entre profissionais e unidades de saúde entre si que permitam elaborar propostas mais consensuais para encaminhamento, troca de informações, acolhimento, projetos terapêuticos e oferta de diferentes tecnologias durante essa trajetória; e (3) existência de mecanismos de regulação baseados em regulamentos e ferramentas.

O que é, pois, gerir o cuidado, fazer a gestão do cuidado? Isso é realmente necessário?

O cuidado como área da gestão

Vimos ao longo da primeira parte deste texto que a concretização de um cuidado com qualidade adequada está diretamente articulada ao funcionamento de uma ou mais unidades de saúde; à participação de uma ou mais equipes de saúde, que, por sua vez, podem estar localizadas em uma ou em diversas unidades de saúde; à oferta de múltiplas tecnologias e à qualidade da formação técnica e ética dos profissionais de saúde. Segundo Magalhães Junior e Oliveira (2006), a formação técnica seria determinante para a resolutividade clínica do caso; e a formação ética, para definir o grau de vínculo e responsabilização dos profissionais com o usuário e seus problemas.

A gestão do cuidado tem foco tanto em uma unidade como na trajetória do usuário/paciente. Deparamo-nos com questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas. Oferecer um cuidado com qualidade não se dá espontaneamente; é necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta desses recursos.

Esta última afirmativa coloca uma nova questão: quem são os responsáveis pela gestão quando se trata da oferta de cuidado com qualidade?

São os diretores das unidades de saúde, os coordenadores de programas, os coordenadores das portas de urgência, os chefes de serviço nos hospitais? Esses, com certeza, fazem parte do rol de profissionais que devem estar profundamente implicados na qualidade do cuidado. No entanto, se considerarmos os atributos de um cuidado com qualidade, centrado nas necessidades e singularidade de cada usuário e com pressupostos de estabelecimento de vínculo e responsabilização com as suas demandas, talvez devamos ter como consequência um processo de gestão mais participativo, com maior implicação das equipes no desenho das propostas que concretizarão o cuidado.

Isso significa trabalhar em algumas direções, entre outras, de um ponto de vista mais prático: (1) que a construção absolutamente necessária de diretrizes clínicas ocorra de maneira mais dialógica (CAMPOS; AMARAL, 2007). Inicialmente trabalhado por especialistas ou por encarregados que estejam mais diretamente vinculados aos problemas, o documento seria analisado e reelaborado pelos profissionais e equipes mais vinculados à implementação e/ou cujo trabalho seja afetado pelas diretrizes em tela; (2) a elaboração de planos e projetos se dando em uma base mais coletiva, assim como o processo de avaliação da qualidade do cuidado, utilizando padrões e/ou indicadores.

Os indicadores também podem refletir uma discussão mais ampla dos trabalhadores envolvidos no cuidado, de forma que a avaliação possa gerar maior comprometimento na melhoria dos processos de trabalho. Esse modo de pensar a concretização/avaliação do cuidado envolvendo as equipes e profissionais, Campos e Amaral (2007) denominam cogestão ou gestão compartilhada.

A linha de cuidado como forma de estruturação do cuidado/atenção à saúde de sujeitos

A linha de cuidado como conceito já foi previamente trabalhada no Texto 14 e sua aplicação na construção de redes de atenção foi abordada no Texto 15. Aqui nos interessa conversar sobre sua contribuição para a organização do cuidado em cada ponto de atenção e ao longo das redes de atenção.

A linha de cuidado pode funcionar, antes de tudo, como uma estratégia de aproximação da integralidade do cuidado, na medida em que são articulados profissionais e unidades de saúde com diferentes papéis e aportes tecnológicos, que possam ser necessários a um ou mais pacientes. Ela



Para maior aprofundamento da cogestão em saúde, sugerimos a seguinte leitura:

“A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico operacionais para a reforma do hospital”, de Gastão Wagner Souza Campos e Marcia Amaral (2007), publicado em *Ciência & Saúde Coletiva* e disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf>

também é uma aproximação de uma concepção de rede estabelecida em um território, organizada em função de trajetórias, pensada em círculos ou de corte horizontal, mas sem a rigidez de uma rede hierarquizada. A hierarquia pressuporia papéis com pouca ou nenhuma flexibilidade, comunicação por meio de canais preestabelecidos e supremacia de um nível sobre outro. A título de exemplo, pensar a atenção básica como coordenadora da atenção não significa colocá-la no topo ou na base da pirâmide, mas sim conceber um sistema mais flexível, mais coordenado, mais longitudinal.

A entrada de um usuário nas linhas de cuidado pode, preferencialmente, se dar na atenção básica, mas seu acesso pode ser também pela Porta de Urgência ou em uma internação por outro motivo ou agravo.

O que materializa uma linha de cuidado? Em primeiro lugar, o fator que motiva a organização da linha de cuidado – ciclos de vida, gênero, patologias ou problemas de saúde. Dependendo do fator em tela, serão definidos:

- o leque de cuidados necessários à abordagem das necessidades e riscos mais presentes em cada um desses fatores;
- que serviços podem oferecer tais cuidados;
- trajetórias possíveis nessa linha de cuidado;
- diretrizes voltadas aos fatores que motivam a organização da linha de cuidado.

■ As linhas de cuidado serão semelhantes em territórios diferentes?

Possivelmente não. Ainda que voltadas a um mesmo problema de saúde ou patologia, é provável que essas linhas de cuidado sejam organizadas de forma muito diferente, dependendo do território em questão. Em um território, a atenção de média complexidade é ofertada por uma policlínica; em outro, pelo hospital regional. Em um território existem, por exemplo, centros de referência para Aids ou para saúde mental (agregando serviços que, em geral, estão isolados ou na atenção básica ou na média e alta complexidade); em outros, esses centros de referência não existem. Em um território, a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é significativa; em outros ela ainda é pequena. Além disso, a magnitude do problema pode variar de território para território (incidência ou prevalência, mortalidade, letalidade etc.), implicando maior ou menor descentralização da oferta de certas ações ou procedimentos.

Em cada um desses exemplos, as linhas de cuidado orientadas para um mesmo ciclo de vida ou patologia não terão conformações semelhan-

tes, ainda que utilizem diretrizes clínicas semelhantes, com pontos de atenção diferentes e responsabilidades específicas quanto ao cuidado.

Segundo Magalhães Junior e Oliveira (2006), a linha de cuidado permite ao gestor simular todas as situações possíveis decorrentes de um determinado problema de saúde ou outro fator que a tenha motivado. A ideia de simulação é bastante adequada se considerarmos que dois usuários que demandam cuidados mais orientados a uma determinada patologia podem ter trajetórias na linha de cuidado bastante diferenciadas entre si. Se, de fato, lidamos com usuários e não com doenças, pode-se compreender que aqueles com patologias de base similares (exemplo: HAS) mas com diferentes comorbidades e em contextos geográficos diferentes terão trajetórias diversas, ainda que tenham como referência a linha de cuidado de doenças cardiovasculares. Voltaremos a esse tema em outro trecho do capítulo, quando abordaremos a proposta de Projeto Terapêutico Singular.

As linhas de cuidado (à medida que as considerarmos uma proposta de organização dos cuidados em dado território) trazem, por um lado, a necessidade da construção de consensos técnicos e científicos; por outro, acordos e pactos entre gestores. Esses consensos e pactos, segundo inúmeros autores (CAMPOS; AMARAL, 2007; MAGALHÃES JUNIOR; OLIVEIRA, 2006), devem agregar a participação das equipes e dos trabalhadores envolvidos na linha de cuidado em questão como forma de aumentar sua potência e efetividade.

Gestão da clínica

As unidades do SUS se deparam com vários desafios significativos em seu funcionamento e possivelmente o maior deles seja o de oferecer aos pacientes cuidados que tenham qualidade. Segundo o Institute of Medicine (IOM, 1990), “a qualidade seria o grau no qual serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade da obtenção de resultados de saúde desejados e na sua coerência com o conhecimento profissional corrente”. Segundo Brook e Lorh (1985), a qualidade seria “a diferença entre a eficácia e a efetividade”.

A qualidade de um serviço de atenção teria três componentes em sua determinação: excelência técnico-científica, qualidade da relação entre profissionais e pacientes, e aspectos de organização e distribuição de recursos. A excelência técnico-científica corresponderia ao que alguns autores descrevem como fazer a coisa certa de modo certo (exemplo: utilização das diretrizes clínicas). A qualidade da relação estaria diretamente ligada à empatia com o paciente e seu sofrimento, respeitando

suas preferências e valores (exemplo: realização do acolhimento em uma unidade de saúde). O terceiro componente é relacionado à forma como as organizações desenham a oferta de cuidados em um contexto de limitação de recursos, de forma a otimizá-los, melhorando o acesso, a prontidão e reduzindo o retrabalho (exemplo: implementação da dose unitária em hospitais).

Esforços para garantir qualidade devem prevenir ou, alternativamente, detectar e superar três problemas: (a) superutilização de serviços desnecessários ou inapropriados; (b) subutilização de serviços necessários; e (c) desempenho ruim em termos técnicos e interpessoais. Teremos obtido um cuidado com qualidade se não houver dano ao paciente, se utilizarmos a melhor evidência científica, evitando a sobreutilização ou a subutilização de recursos; se centrarmos o cuidado nas necessidades dos pacientes; e se garantirmos o cuidado no momento adequado e de forma a obter os melhores resultados com o mais baixo custo possível. Um exemplo bastante atual seria a indicação, sob critérios clínicos baseados em evidências científicas, da realização de parto cesáreo em primíparas. Vemos hoje em nosso país taxas bastante elevadas de cesarianas. Se, por um lado, muitos desses procedimentos são realizados sem base em diretrizes clínicas, por outro, gestantes com indicações clínicas precisas para a realização do parto cesáreo não o fazem e evoluem para quadros clínicos de enorme gravidade, ou mesmo para o óbito.

As questões levantadas são desafios presentes não apenas nas unidades do SUS, mas em todo o mundo. Oferecer cuidados de saúde com qualidade é uma questão absolutamente globalizada e que atravessa sistemas de saúde com acesso universal ou baseados em seguros de saúde, entre outros tipos de sistemas. Inúmeras metodologias de avaliação da qualidade e de acreditação de serviços têm sido utilizadas, obtendo mais efetividade naquelas organizações que posicionaram a qualidade do cuidado como objetivo estratégico e transversal.

No setor saúde, as dimensões administrativas e assistenciais sempre atuaram em paralelo, falando línguas absolutamente incompreensíveis. Os profissionais de saúde e, principalmente, os médicos, têm uma liberdade de determinar gastos muito maiores que os trabalhadores de outros setores produtivos.

Tornar gerenciável o processo de cuidar, ou fazer a gestão da clínica seria possível em organizações nas quais o núcleo operativo possui grande autonomia?

A definição de Mendes (2001) para a gestão da clínica coloca isso como uma possibilidade e indica um caminho específico:

A gestão da clínica pode ser compreendida como a aplicação de tecnologias de **microgestão** dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Para alguns autores, a centralidade na doença, o emprego hegemônico das tecnologias duras, a padronização e o controle dos processos poderiam induzir à redução do objeto da clínica (CAMPOS, 2006) ou à perda da dimensão cuidadora (MERHY, 2003). Essa questão é um dos desafios mais relevantes nesse debate, pois o reducionismo a causas orgânicas e/ou simplesmente à “doença do paciente” vem se mostrando como uma abordagem incapaz não só de produzir saúde, mas também de cogerar maior autonomia do paciente, aqui entendida como maior autonomia em conduzir sua vida, em cuidar-se, em construir e participar de redes sociais de apoio.

Podemos apontar para a necessidade da construção de um conceito e de práticas de gestão da clínica, ainda que seja preciso reconhecer desde já os limites para gerir um processo tão rico de subjetividade, variabilidade e enfoques. As práticas de gestão da clínica devem incorporar as diferentes tecnologias (leves, leves-duras e duras), combinando seu uso de acordo com as necessidades dos pacientes. O paciente/usuário apresenta uma doença, é certo, mas tem uma vida, com desejos, aspirações e expectativas, e esses aspectos devem ser considerados nessa combinação das tecnologias a serem utilizadas.

A gestão da clínica no Brasil

No Brasil, o foco tem sido na utilização de ferramentas, ou seja, em tecnologias de gestão da clínica. Mendes (2005) atribui a essas tecnologias o papel de mediar processos que envolvem bastante autonomia dos profissionais em uma organização de burocracia profissional (MINTZBERG, 1989) com os esforços para redução da variabilidade na atenção aos pacientes e na adoção de práticas que sejam baseadas em evidências científicas.

Segundo Portela et al. (2008, grifos nossos):

A **Medicina baseada em Evidência** é a integração da evidência proporcionada por pesquisas clinicamente relevantes, da experiência do clínico e das preferências do paciente (SACKETT et al., 2000). A evidência proporcionada por pesquisas pode

Microgestão dos serviços de saúde, para Oteo (2006), corresponde à gestão das áreas envolvidas nas atividades-fim de uma organização de saúde (hospitalar ou não), como os serviços, departamentos, enfermarias. São as áreas de contato direto com o paciente, responsáveis pelo cuidado. Parte-se do pressuposto de que a qualidade institucional depende diretamente da qualidade das áreas assistenciais, para as quais devem ser desenvolvidas estratégias de gestão da clínica.

Segundo Campos (2006), o objeto da clínica seria aquilo pelo qual a equipe se sente responsável em relação ao paciente (usuário), o que está ao seu encargo. Se o paciente é visto como alguém que é portador de uma patologia, mas com riscos e vulnerabilidades, encarnados em uma vida concreta, a equipe inclui, vendo como fazer, no seu trabalho: construir projetos terapêuticos mais de acordo com as singularidades do paciente, apoiá-lo (usuário) para ter maior autonomia, e não simplesmente realizar procedimentos, o que seria, na prática, uma redução do objeto.

focalizar a acurácia e precisão de testes diagnósticos, a força de marcadores prognósticos e a eficácia e segurança de protocolos de prevenção, tratamento ou reabilitação. Novas evidências podem invalidar testes diagnósticos e tratamentos previamente aceitos e proporcionar a sua substituição por outros mais acurados, eficazes e seguros. Como **experiência clínica**, entende-se a habilidade do clínico em usar o seu conhecimento e experiência para identificar rapidamente o diagnóstico e o estado de saúde de cada paciente, seus riscos e potenciais benefícios do uso de intervenções e seus valores e expectativas pessoais. Finalmente, os valores dos pacientes representam as suas preferências, preocupações e expectativas trazidas para o médico, que devem ser integrados à decisão clínica para que, de fato, lhe sirvam.

Segundo Mendes (2007) e Portela e Martins (2008), essas tecnologias de gestão da clínica seriam: (1) gestão de casos; (2) gestão de patologia; (3) adoção de diretrizes clínicas e; (4) monitoramento de indicadores de processo e resultado, entre outras.

A gestão do caso (*case management*) pressupõe, segundo Portela e Martins (2008), a identificação de casos (pacientes), em geral de natureza crônica, com potencial de elevada demanda por serviços, sejam pacientes de alto risco ou com condições crônicas de maior complexidade (comorbidades, idoso etc.) e um acompanhamento direcionado, objetivando uma adequação do uso de recursos às necessidades do paciente e à obtenção de uma relação entre o custo e a efetividade mais favorável.

O Projeto Terapêutico Singular pressupõe a participação e a reflexão de equipes multidisciplinares sobre as peculiaridades do paciente e a ampliação da “explicação” sobre o que traz o paciente à unidade de saúde, para além das causas orgânicas.

Com base em outro paradigma, Campos (2000) traz como questão central a singularidade, tanto dos indivíduos demandantes de cuidado como dos profissionais de saúde. Reconhecer as singularidades presentes em cada indivíduo permitiria a utilização de abordagens terapêuticas que dessem conta das diferenças e peculiaridades. Tratar um paciente hipertenso alcoólatra e um outro hipertenso não alcoólatra demandaria projetos terapêuticos específicos, denominados por Campos (2000) de Projeto Terapêutico Singular.

Outra ferramenta de gestão da clínica é a gestão de patologia. Segundo Portela e Martins (2008), ela envolveria o uso de intervenções clínicas, educacionais e gerenciais relativas a uma determinada condição ou doença, visando a adoção de práticas calcadas em evidências científicas, menor variabilidade de condutas e maior racionalidade no uso de recursos. Em geral, estão centradas em doenças como HAS, diabetes, Aids, asma, insuficiência coronariana e gestação de alto risco, entre outras. A adoção dessa ferramenta coloca desafios significativos, tanto no que diz respeito à consideração das singularidades de cada paciente

quanto às dificuldades de adesão a diretrizes clínicas, no que elas trazem de evidências científicas e sua relação com a experiência prévia de cada profissional.

As diretrizes clínicas constituem-se em posicionamentos ou recomendações sistematicamente desenvolvidos para orientar os médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990 apud PORTELA; MARTINS, 2008). Cuidados de saúde apropriados referem-se aos cuidados para os quais os benefícios esperados excedem, por uma margem razoável, as consequências negativas.

A utilização de diretrizes clínicas visa reduzir a variabilidade de condutas e decisões dos profissionais, que muitas vezes têm sustentação bastante frágil, do ponto de vista das evidências científicas.

Há dados espantosos sobre a alta variabilidade das decisões dos profissionais, de eventos adversos e do acesso às tecnologias e a seu uso dentro de um mesmo sistema – e até de uma mesma unidade assistencial. Dados que não são explicáveis apenas pelas diferenças de recursos nem pela consideração das singularidades dos pacientes; a dita variabilidade é atribuída à qualidade da atuação dos profissionais e dos processos assistenciais estabelecidos.

Como resposta a tal variabilidade, a estruturação de determinados processos assistenciais é uma das respostas possíveis, adotando algumas padronizações, principalmente naquelas áreas do cuidado que utilizam mais frequentemente tecnologias mais duras. A padronização pressupõe a capacidade de ordenar o processo da atenção em um sentido uniforme, com as vantagens de fazer seus resultados previsíveis e de racionalizar a gestão de recursos e dos custos. Essa padronização deve objetivar uma avaliação adequada por parte das equipes responsáveis pelo cuidado quanto a três alicerces fundamentais:

- reconhecer, mensurar e avaliar os diferentes riscos e necessidades (singularidade) de que cada paciente é portador (gravidade, úlceras, desnutrição intra-hospitalar; risco de vida);
- elaborar diretrizes para o cuidado que sejam compatíveis com as necessidades e os riscos reconhecidos, mensurados e avaliados, ou seja, definir, por exemplo, qual a complexidade adequada para o leito de internação; quais protocolos diagnósticos e terapêuticos se aplicam aos riscos identificados; que Projeto Terapêutico Singular responde de forma mais adequada às demandas do paciente e quais profissionais devem atuar em cada caso, entre outros pontos;

Fatores relevantes na seleção de tópicos para o desenvolvimento de diretrizes clínicas seriam: importância epidemiológica do agravo ou doença; custos da assistência; potencial de impacto nos resultados; e nível elevado de variação na prática.

- responsabilizar-se pelo cuidado contínuo nas 24 horas do dia, nos sete dias da semana, favorecendo a troca de informações, a vigilância contínua, a elaboração de projetos terapêuticos, e o seguimento horizontalizado, entre outros pontos.

O monitoramento de desempenho por meio da utilização de indicadores de processos e resultados ajuda a dar sustentabilidade ao processo de gestão da clínica como ferramenta de avaliação da efetividade da assistência, considerando os elementos que, a nosso ver, estruturam cuidado (risco/necessidade; organização do cuidado e responsabilização das equipes). Sua utilização permite verificar inadequações nas práticas, o alcance de mudanças propostas para os processos de trabalho e a obtenção de melhores resultados.

Segundo Donabedian (1988), a qualidade em saúde pode ser vista como uma atividade que tem os componentes de estrutura, processo e resultado. A estrutura diz respeito aos recursos materiais, recursos humanos (quantificação do número de trabalhadores, as categorias profissionais, sua especialização) e aos recursos organizacionais (estrutura organizacional, manuais e rotinas, entre outros pontos). O processo diz respeito ao modo como se presta a assistência. A abordagem de processo procura analisar se as atividades e tarefas são realizadas de modo adequado (fazer certo) e se as técnicas e procedimentos utilizados são apropriados, dado o conhecimento corrente (fazer a coisa certa). Ainda segundo o autor, se tudo isso acontece, é provável que os resultados sejam alcançados. São exemplos desse componente: observar se os trabalhadores lavam suas mãos durante o processo de cuidado; verificar se protocolos estabelecidos são utilizados pelos profissionais de saúde; observar o tempo para realizar um exame solicitado etc. O componente resultado expressa a capacidade do serviço em atingir seus objetivos, propiciando a melhoria das condições de saúde e também mudanças no conhecimento e comportamento dos pacientes.

Nas unidades de saúde, os indicadores podem dizer respeito à forma pela qual recursos são utilizados, à maior ou menor utilização de diretrizes clínicas relativas a problemas de saúde definidos, à observação de práticas seguras para o paciente, entre outros tópicos. Alguns indicadores são amplamente utilizados, por exemplo, nos hospitais brasileiros: taxa de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência, taxa de infecção hospitalar, taxa de reinternações, taxa de cesariana, taxa de suspensão de cirurgias, tempo-resposta para realização de exames e procedimentos, entre outros.

Campos e Guerrero (2008) afirmam que é relevante a participação dos profissionais e das equipes constituídas no processo de gestão da clínica.

Segundo esse autor, poderíamos falar em cogestão da clínica. Pensar em um processo mais compartilhado entre paciente/usuário, gestor/organização e clínico/equipe como forma de responder a várias questões presentes no trabalho em saúde: a singularidade de cada paciente, a subjetividade inerente ao profissional e ao paciente, as dimensões psicossociais do paciente etc.

O contexto de maior autonomia e responsabilização às equipes pode ensejar novas formas de organizar o cuidado, de maneira a permitir que o paciente possa ocupar um lugar de sujeito, que as necessidades, opiniões e valores dos pacientes sejam efetivamente considerados e, mais do que isso, que o paciente tenha voz durante o processo de cuidado.

Alguns novos formatos de organização e atividade das equipes podem ser utilizados: visita multiprofissional; definição de uma equipe de referência para um conjunto determinado de pacientes; elaboração de um projeto terapêutico singular para os casos mais complexos; adoção de formas mais interativas de suporte especializado (equipes matriciais); organização das unidades de cuidado mais multidisciplinares em vez das especialidades médicas, entre outros pontos.

Para refletir

Você já utiliza algumas dessas ferramentas de gestão da clínica?

Novos arranjos organizacionais nas unidades de saúde

A universalidade do acesso e a integralidade são dois dos princípios do funcionamento do SUS de maior relevância. Inúmeros **arranjos** foram viabilizados nas duas últimas décadas, no âmbito do SUS, no sentido de ampliar a cobertura de ações que, em seu conjunto, pudessem significar para o usuário o acesso mais facilitado a uma atenção integral – e não a segmentos da rede ou a procedimentos isolados.

Inúmeros exemplos podem ser citados: estruturação do Programa Saúde da Família, transformado em ESF; ampliação dos recursos repassados pelo MS a estados e municípios para a assistência farmacêutica; incentivos financeiros por parte desse mesmo ministério a ações consideradas estratégicas, como a resolução de agravos de grande incidência e a realização de transplantes ou para o acesso a procedimentos de alta complexidade, como ortopedia, neurocirurgia ou cardiovasculares.

Arranjos são definidos por Onocko Campos (2006) como formas de organização do trabalho e das práticas das equipes com certa permanência e estruturação, passíveis de serem institucionalizadas.

Da mesma forma, a estruturação de redes de atenção voltadas aos agravos de maior relevância epidemiológica e, mais recentemente, a proposição dos territórios integrados de saúde, visam articular um conjunto de ações e iniciativas empreendidas por estados e municípios, de forma a permitir trajetórias assistenciais que sejam resolutivas dos problemas de saúde dos usuários, sejam indivíduos ou comunidades.

Nesse cenário de ampliação progressiva do acesso e da atenção integral como um norte para a oferta do cuidado com base nas necessidades dos indivíduos e das comunidades, a efetividade das ações ganha relevância, em um contexto de grande demanda e de recursos finitos. A efetividade aqui é entendida como a capacidade de os serviços de saúde utilizarem o conhecimento científico acerca do manuseio de agravos para resolver problemas de saúde apresentados pelos usuários. Segundo Portela e Martins (2008), a efetividade pode ser definida como o grau com que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados.

Inúmeros fatores interferem na efetividade de um determinado serviço ou ação de saúde; entre outros, destacamos a disponibilidade das tecnologias adequadas às necessidades, conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde; a utilização de diretrizes clínicas voltadas aos agravos em tela; e a capacidade de identificar riscos e vulnerabilidade.

Considerar risco e vulnerabilidade relativos a um usuário e sua família pode contribuir para que se estabeleça, de forma mais pertinente e precisa, prioridades: no atendimento (urgência e emergência; ocupação de um leito; marcação de uma consulta etc.); no desenho de um plano terapêutico (tema que será abordado adiante); na adoção de determinados protocolos clínicos; na forma de organizar o cuidado em uma unidade de saúde (fluxo, realização do acolhimento, organização da Porta de Urgência, realização de visitas domiciliares, organização de redes de apoio social etc.).

Segundo Rangel-S (2006), no campo da saúde o conceito de risco fundamenta as práticas da clínica e da saúde pública, cujos significados desdobram-se da definição de risco utilizada na epidemiologia. Nesta, o risco corresponde à probabilidade de ocorrência de um evento em determinado período de observação e à incidência cumulativa. Aplicado para a planificação e a gestão, permite a identificação de grupos de maior risco para os quais se deveriam voltar as prioridades da atenção à saúde.

A discussão mais aprofundada quanto ao risco como construção social e política foge ao escopo deste capítulo e mesmo do livro. Existem fatores

de risco relacionados: aos indivíduos, seus hábitos e estilos de vida (que não são escolhas individuais); ao ambiente e condições em que vivem e trabalham; e aos fatores de risco vinculados à utilização dos serviços de saúde, derivados dos processos de trabalho, da utilização de determinadas tecnologias e da constituição de certos ambientes e estruturas nos serviços de saúde.

A consideração desses fatores de risco tem possibilitado a elaboração de políticas de prevenção clínica de determinados agravos (por exemplo, o manual do Ministério da Saúde quanto à prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas – CAB n. 14), ou de utilização de dispositivos de classificação do risco como forma de organizar a prioridade e a definição do ambiente adequado para o cuidado.

Conhecer o risco para condições agudas pode permitir que se definam adequadamente o tempo necessário e o ponto de atenção adequado para o cuidado; para as condições crônicas, possibilita definir a complexidade e o ponto de atenção adequado para o cuidado (MENDES et al., 2008).

A vulnerabilidade pode ser definida em três eixos: (1) individual; (2) institucional ou programática e (3) social.

A vulnerabilidade individual está relacionada ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre seu problema de saúde, à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e às possibilidades efetivas de transformar suas práticas (VALADÃO, 2004 apud AYRES et al., 2003).

A vulnerabilidade institucional poderia ser avaliada, em um determinado território ou unidade de saúde, tomando por base as ações propostas e efetivadas para o enfrentamento dos problemas de saúde apresentados pelo usuário, a existência de articulações interinstitucionais e intersetoriais (educação, saúde, transporte e lazer, entre outros) e o financiamento de recursos, entre outros pontos. Quanto menor for essa vulnerabilidade, mais chances existirão de que sejam canalizados recursos e o uso adequado para o enfrentamento dos problemas de saúde em tela.

A vulnerabilidade social está relacionada a aspectos sociopolíticos e culturais combinados, como o acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas e possibilidades de enfrentar barreiras culturais. O próprio acesso e a qualidade dos serviços de saúde disponíveis são parâmetros de avaliação da vulnerabilidade social.

Considerar não só os riscos mas também a vulnerabilidade dos indivíduos tem permitido um desenho de cuidados perante pacientes portadores de condições e agravos crônicos (hipertensão, diabetes, Aids, alcoolismo, entre outros) que considere a maior ou menor possibilidade de ação, compreensão, estabelecimento de redes de apoio diante de uma maior ou menor vulnerabilidade. As estratégias para aumentar a adesão a tratamentos continuados, a redução do abandono e a incorporação de práticas saudáveis devem levar em conta os fatores de risco presentes em cada situação concreta, além de dialogar com os aspectos individuais, institucionais e sociais que delineiam um perfil de vulnerabilidade do usuário.

Um exemplo relevante é o manuseio da tuberculose como agravo e cuidado de um usuário com diagnóstico de tuberculose pulmonar. Aplicar o esquema terapêutico, fazer recomendações, estimular o paciente a completar o tratamento podem não ser estratégias suficientes para reduzir o abandono de tratamento em muitos territórios sanitários. Considerar os elementos que tornam esse paciente mais vulnerável (fragilidade de suas redes de apoio, acesso difícil aos serviços de saúde, baixa escolaridade) e, portanto, mais propenso a abandonar o tratamento, pode ajudar a equipe a pensar em um projeto terapêutico que inclua ações que possam fortalecer a autonomia desse paciente.

Muitos dos municípios ou unidades de saúde que buscaram concretizar as formulações conceituais em torno da integralidade, da clínica ampliada e do reconhecimento do usuário como sujeito, ou que simplesmente tentaram modificar suas práticas de cuidado, defrontaram-se com o desafio de como incorporar essas inovações no cotidiano de trabalho das equipes, superando formas tradicionais ancoradas em uma formação de saúde orientada por outro olhar sobre os usuários e sobre os problemas que os acometem. Também se depararam com problemas como os múltiplos empregos assumidos pelos trabalhadores, a verticalização do trabalho, a insatisfação com os valores remuneratórios e as perspectivas de progressão na carreira, entre outros pontos.

O desafio de cuidar – e não apenas atender o usuário, não importa em que ponto de atenção ele se encontra ou qual o momento de sua trajetória em um dado território – precisa dar conta de construir um novo desenho do cuidado/novas práticas e, de forma articulada e simultânea, mobilizar os trabalhadores para participar dessa construção. Ainda que fuja ao escopo de nosso capítulo, vale apontar que a perspectiva da gestão do trabalho, aqui entendida como o conjunto de políticas e dispositivos para a organização e qualificação dos processos de trabalho, tendo por base a consideração dos trabalhadores como sujeitos e de um

olhar menos individual e mais coletivo, pode produzir avanços por não separar trabalho e trabalhador, pensando em seus direitos e deveres, qualificação profissional etc.

Inúmeros dispositivos e instrumentos, em maior ou menor grau, têm sido institucionalizados e incorporados às políticas oficiais do Ministério da Saúde e de estados e municípios por seu potencial em impactar a qualidade do cuidado, considerando a efetividade, a continuidade e o acesso como os parâmetros essenciais. Neste capítulo, optamos por abordar alguns desses dispositivos que, em seu conjunto, podem representar mudanças na organização das equipes, nas práticas adotadas e se relacionam à maior capacidade de produzir um cuidado mais longitudinalizado, mais contínuo e em rede.

Acolhimento nas unidades de saúde

Segundo o documento-base para gestores sobre a política de humanização do SUS (BRASIL, 2008c), o acolhimento seria um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica a responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a chegada até a saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

O acolhimento como dispositivo teria potência para superar os limites burocráticos das recepções de caráter administrativo ou até mesmo – o que ainda é frequente em muitas unidades de saúde – a recepção na porta da unidade, feita por um guarda de segurança ou um porteiro, às vezes com atribuição de impedir ou facilitar a entrada dos usuários. O acolhimento dá significado e importância ao momento da chegada e à consequente trajetória do usuário pela unidade, e este torna-se objeto da responsabilidade de um profissional de saúde. O acolhimento pode e deve acontecer em cada setor por onde o usuário caminha e é mais uma atitude, uma postura das equipes, e não apenas um lugar, ainda que possam ser destacados profissionais com maior foco no acolhimento, principalmente nas Portas de Urgência e em unidades de saúde com grande movimento. O acolhimento é um ato de escuta, de empatia para com o usuário, de realizar uma avaliação do risco e da vulnerabilidade e de responsabilização pelo que é trazido como queixa, como demanda, como expectativa.

O acolhimento pode significar uma mudança na forma de acesso por hora de chegada do usuário (filas que se formam à noite) e formação de filas por uma outra que privilegie riscos (agravos presentes, gravidade do caso, forma pela qual o usuário percebe e vive estar doente, entre outros pontos) e vulnerabilidade (idade, local de moradia, acesso a redes sociais, entre outros pontos identificados); pode significar novos compromissos na organização do cuidado, com o estabelecimento de uma equipe multidisciplinar que cuida de um indivíduo com demandas de diferentes tecnologias e saberes, e não apenas de um profissional que trata de uma doença.

Implantar o acolhimento implica o estabelecimento de alguns pontos: (1) conhecimento do perfil da clientela, quantidade e horários de pico de atendimentos diários; (2) definição de fluxos para o paciente, protocolos de atendimento e classificação de risco; (3) qualificação das equipes (recepção, enfermagem e segurança e, dependendo do porte da unidade, um orientador de fluxo); e (4) adequação das áreas de atendimento, seja para o acolhimento e a classificação de risco, seja nas áreas de pronto-atendimento e de emergência.

O acolhimento é um momento de estabelecimento de vínculos, confiança e um local privilegiado para a construção de responsabilizações para com o usuário, não apenas do profissional ou da equipe cuidadora, mas da unidade. No entanto, a força desse dispositivo repousa na implementação de outros, como a classificação de riscos, a existência de equipes de referência e de equipes matriciais, compromissos estabelecidos nas unidades (redes internas) e pelas/entre as unidades de saúde (redes externas).

Classificação (estratificação) de risco

Adotaremos aqui dois exemplos para abordagem da utilização da classificação de risco como dispositivo nas unidades de saúde: (1) na atenção de urgência e emergência; e (2) nas unidades de saúde no manuseio de doenças crônicas, em particular quanto ao risco cardiovascular, cerebrovascular e da doença renal crônica.

Os serviços de urgência e emergência têm utilizado, em muitos países do mundo, critérios para classificar risco dos pacientes que demandam cuidados. Existem vários modelos; os dispositivos adotados pelo Ministério da Saúde a partir de 2002 têm sua inspiração no Modelo de Manchester (Manchester Triage System – MTS), que utiliza algoritmos e determinantes associados a tempos de espera identificados por uma

cor. Baseiam-se em categorias de sintomas, o que é desejável em um protocolo de classificação de risco.

A Prefeitura de Belo Horizonte adotou, a partir de 2005, a seguinte classificação de risco:

- vermelho, ou seja, emergência (será atendido imediatamente na sala de emergência);
- amarelo, ou seja, urgência (será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como verde no consultório ou no leito da sala de observação);
- verde, ou seja, sem risco de morte imediato (somente será atendido após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo); e
- azul, ou seja, quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social (deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em unidade básica de saúde ou atendido pelo serviço social). Se desejar, poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como vermelho, amarelo e verde.

Lá se adota um processo qualificado de classificação em que constam sintoma/queixa/evento; qualificadores (parâmetros); a classificação, a clínica relacionada e sinais de alerta/observações.

Segundo Mendes et al. (2008), há necessidade de um redesenho dos fluxos de encaminhamento, após a classificação de risco, que considere os seguintes elementos: (1) atribuir tempos de espera para o atendimento médico; (2) definir modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída; (3) avaliar a estrutura física do atendimento; (4) modificar os fluxos e processos de trabalho; e (5) medir os resultados obtidos.

Mendes et al. (2008) apontam que o protocolo de classificação de risco pode funcionar como uma poderosa ferramenta de comunicação, responsabilização e regulação da rede de urgência e emergência, no sentido de definir papéis, estrutura de regulação e fluxos do paciente nessa rede, e compartilhamento de regras com as estruturas de logística (regulação, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e prontuário eletrônico).

O Ministério da Saúde, na publicação *Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica*, da série Cadernos de atenção básica, n. 14 (BRASIL, 2006b), que trata da prevenção clínica das doenças cardiovasculares, das doenças cerebrovasculares e da doença renal crônica, trabalha com a noção de fatores de risco associados a essas patologias e considera que a presença de nove deles explica quase 90% do risco atribuível de doença na população ao redor do mundo.

A seguir relacionamos esses fatores de risco:

- história familiar de doença aterosclerótica do coração (DAC) prematura;
- 1º grau, sexo masculino < 55 anos e sexo feminino < 65 anos;
- homem > 45 anos e mulher > 55 anos;
- tabagismo;
- hipercolesterolemia (LDL-c elevado) ;
- hipertensão arterial sistêmica;
- diabetes *melittus*;
- obesidade (IMC > 30 kg/m²);
- gordura abdominal;
- sedentarismo;
- dieta pobre em frutas e vegetais;
- estresse psicossocial.

Segundo a mesma publicação:

A intensidade das intervenções preventivas deve ser determinada pelo grau de risco cardiovascular estimado para cada indivíduo e não pelo valor de um determinado fator. Em termos práticos, costuma-se classificar os indivíduos em três níveis de risco – baixo, moderado e alto – para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares maiores. Os eventos tradicionalmente computados incluem morte por causa vascular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. A estratificação de risco baseia-se na classificação inicial levando-se em conta o exame clínico e avança para a indicação de exames complementares quando o exame clínico apontar que o grau de risco sugere risco moderado a alto. A classificação de risco pode ser repetida a cada 3 a 5 anos ou sempre que eventos clínicos apontarem a necessidade de reavaliação (BRASIL, 2006b).

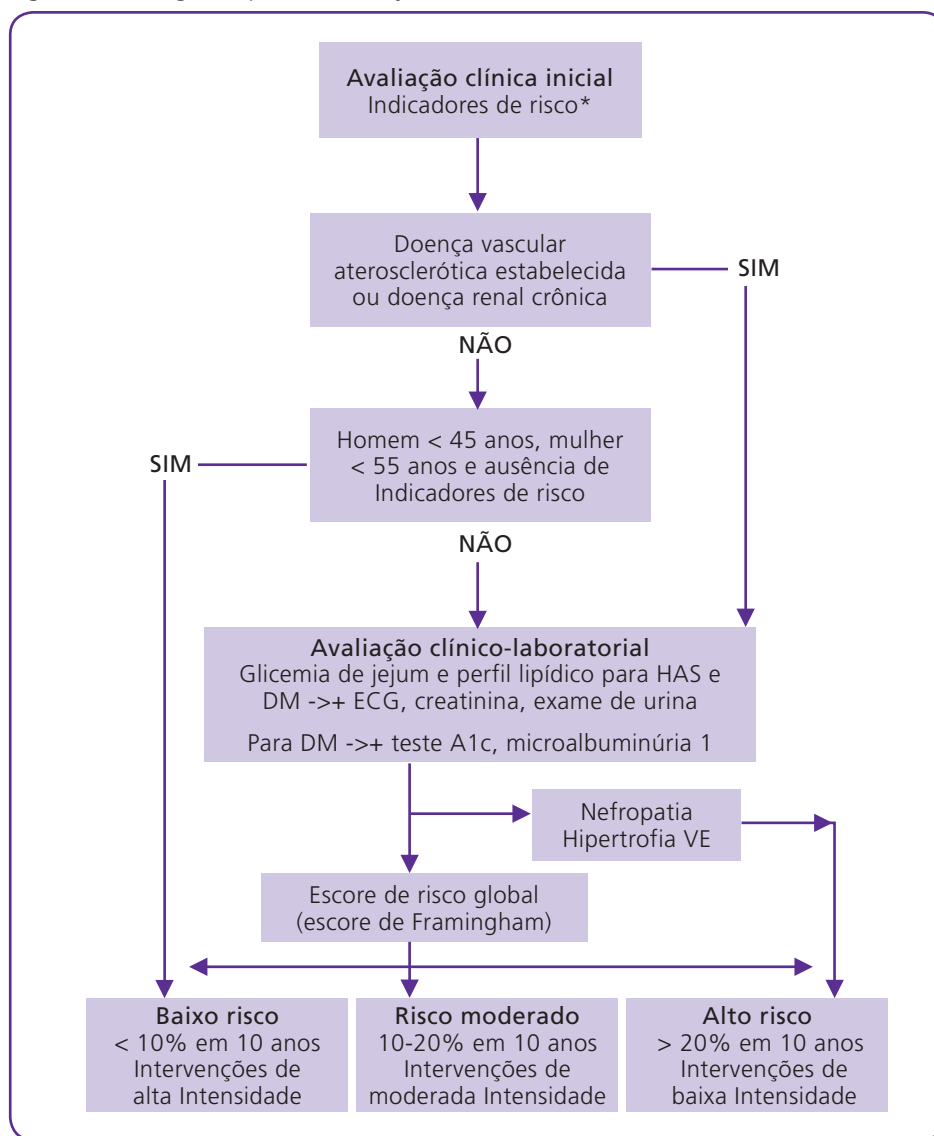
Por meio da avaliação clínica podem ser identificados indicativos de alto risco, de médio risco ou a necessidade de exames laboratoriais, como pode ser visto a seguir:

- Indicadores de alto risco
 - infarto do miocárdio prévio;
 - acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório prévio;
 - doença aneurismática de aorta;

- doença vascular periférica;
 - insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica;
 - angina de peito;
 - doença renal crônica.
- Indicadores intermediários de risco
- idade > 45 anos homens ou > 55 anos mulheres;
 - manifestações de aterosclerose;
 - sopros arteriais carotídeos;
 - diminuição ou ausência de pulsos periféricos;
 - história familiar de infarto agudo do miocárdio, morte súbita ou acidente vascular cerebral em familiares de 1º grau ocorrido antes dos 50 anos;
 - diagnóstico prévio de diabetes *melittus*;
 - tolerância à glicose diminuída, glicemia de jejum alterada, diabetes gestacional;
 - diagnóstico prévio de dislipidemia;
 - diagnóstico prévio de síndrome do ovário policístico;
 - tabagismo;
 - obesidade ($\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$) ou obesidade central (cintura medida na crista ilíaca > 88 cm em mulheres; > 102 cm em homens);
 - hipertensão (> 140/90 mmHg) ou história de pré-eclâmpsia;
 - história de doença renal na família (para risco de insuficiência renal).

Com a identificação dos indicadores em cada usuário, é aplicado o seguinte fluxograma para classificação do risco cardiovascular (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma para classificação de risco cardiovascular



Fonte: Brasil (2006b).

São definidas, para cada nível de risco, intervenções não farmacológicas e intervenções farmacológicas, sendo estabelecidas também as competências para os diversos profissionais que compõem a equipe da Estratégia Saúde da Família.

Visita domiciliar

A atenção domiciliar é definida pela Resolução de Diretoria Colegiada n. 11, da Anvisa, de 30 de janeiro de 2006, como o termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças

e reabilitação desenvolvidas em domicílio. Por sua vez, a assistência domiciliar é conceituada, na mesma resolução, como um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006).

Segundo Giacomozzi e Lacerda (2006), o atendimento domiciliar à saúde é uma categoria diretamente relacionada à atuação profissional no domicílio, que pode ser operacionalizada por meio da visita e da internação domiciliar, envolvendo, assim, atividades que vão da educação e prevenção à recuperação e à manutenção da saúde dos indivíduos e seus familiares no contexto de suas residências. Segundo as autoras, a visita domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações.

A assistência domiciliar e, em particular, a visita domiciliar (VD) podem expressar novas formas de cuidar, rompendo com a passividade das unidades tradicionais de atenção básica e estabelecendo vínculos e aproximações com os usuários e suas famílias, interagindo com os espaços-domicílios. O item IV da Portaria Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006a), relativo ao Processo de Trabalho da Saúde da Família, coloca como atribuição a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias com o objetivo de propor intervenções que influenciem os processos saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade, prática que só pode ser obtida por um processo sistemático de visitas domiciliares.

Na definição das atribuições de cada membro da equipe de Saúde da Família, cabe ao agente comunitário de saúde (ACS) desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada principalmente a respeito daquelas pessoas em situação de risco e acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe. No entanto, faz parte das atribuições dos demais profissionais da equipe realizar ações adequadas às suas competências nos domicílios, quando indicado ou necessário.

A atenção domiciliar foi redefinida pela Portaria n. 825/2016 como: “modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados”.

A visita domiciliar é um momento privilegiado para o fortalecimento do vínculo, como um elemento primordial na qualidade do cuidado. Segundo Abrahão e Lagrange (2007), na VD as relações equipe/família são otimizadas, aumentando o vínculo e a responsabilidade com as ações de saúde. Segundo as autoras, a VD tem vantagens trazidas pela aproximação com o ambiente do grupo familiar, tornando mais fácil o planejamento das ações de saúde; estreita o relacionamento com a equipe de saúde, devido ao fato de a ação ser menos formal; possibilita maior liberdade para conversar sobre problemas. As visitas domiciliares podem ser organizadas considerando seu foco (recém-nascidos, crianças com risco de desnutrição, mapeamento da imunização, adultos que necessitam de assistência em domicílio, idosos frágeis ou em risco de fragilização), a realização de procedimentos, a busca ativa de faltosos, portadores e comunicantes de doenças sexualmente transmissíveis (DST), gestantes faltosas, gestantes com gravidez de risco, a notificação de exames de risco (preventivo, por exemplo), portadores de transtornos mentais graves e acompanhamento de ações de saúde bucal.

Esses objetivos para a visita domiciliar só serão cumpridos com a participação efetiva de todos os membros da equipe de Saúde da Família no processo, não podendo ser olhada como algo exclusivo do ACS.

Devem ser identificados os passos que serão seguidos em cada visita e o tempo previsto, o melhor horário e as prioridades definidas no plano terapêutico.

A visita domiciliar, sendo realizada sistematicamente e encarada pela equipe de Saúde da Família como um momento especial de troca e de estabelecimento de relações de confiança, representa, no plano prático, uma das concretizações de um novo modelo de atenção que considere riscos e vulnerabilidade, que aposte em um papel mais proativo das equipes no cuidado e da possibilidade de um maior protagonismo por parte dos usuários e suas famílias. A força dos modelos tradicionais, a rotatividade dos profissionais e a existência de equipes incompletas têm sido obstáculos para que a VD seja um dispositivo de toda a equipe, mesmo quando realizada prioritariamente pelo agente comunitário de saúde.

Projeto Terapêutico Singular e discussão clínica multiprofissional

Segundo a cartilha do Programa Nacional de Humanização (PNH), denominada *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (BRASIL, 2008b), o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um

sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. A ideia-força é a consideração das singularidades de cada usuário na elaboração de um plano terapêutico que resulte de uma discussão de uma equipe multidisciplinar. Segundo o mesmo documento, o PTS tem quatro momentos: (1) o diagnóstico, que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário; (2) definição de metas, considerando que devem ser conversadas e negociadas com o usuário; (3) divisão de responsabilidades, com a definição de atribuições na equipe pelas metas constantes do plano terapêutico; e (4) reavaliação das metas do PTS.

Na atenção básica e na atenção especializada, em que a longitudinalidade é mais constante e a presença do usuário não é fugaz ou rápida, a construção de um PTS não precisa ser um processo de curta duração. A equipe deve incluir em suas reflexões não só os agravos e comorbidades apresentadas pelos usuários, seus fatores de risco e vulnerabilidade, mas também seus desejos e projetos, assim como informações sobre que representações a doença tem para ele. Em um hospital, a permanência é mais curta, mas os casos mais complexos podem se beneficiar da elaboração de um PTS.

Equipes de referência e equipes de apoio matricial (na atenção básica e no hospital)

Como já vimos, o alcance da efetividade nas ações de saúde é um dos grandes desafios colocados para os profissionais de saúde e para os gestores. A forma pela qual as equipes se organizam em uma determinada unidade de saúde é um aspecto importante na qualidade do cuidado. Já vimos também que o estabelecimento de vínculo da equipe com os usuários é um elemento que permite uma relação de confiança e de responsabilização para com as demandas dos usuários. Segundo a cartilha da PNH, *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (BRASIL, 2008b), a equipe de referência pode ser exemplificada pela equipe da ESF, que, por sua vez, é referência para uma dada população.

Esse mesmo conceito pode ser aplicado no âmbito de uma unidade tradicional da atenção básica e em uma unidade hospitalar. Em um hospital temos quartos e enfermarias, que estão distribuídos por nível e tipo de cuidados ou pelas especialidades médicas (modelo mais tradicional). Uma equipe multidisciplinar seria responsável por um número determinado de pacientes internados, e pela coordenação do cuidado

em todos os espaços e ambientes em que o usuário necessite transitar. Essa equipe discute os casos; assume as relações com a rede social do paciente, buscando informar, escutar e envolvê-la na elaboração do plano terapêutico singular; coordena a utilização de meios diagnósticos; articula com os especialistas e profissionais organizados matricialmente; prepara a pré-alta; elabora e trabalha com indicadores; e participa dos processos de educação permanente.

Horizontalização é uma forma de trabalho diário (manhãs, tardes ou manhãs e tardes), de caráter regular, ao longo da semana, ao oposto da verticalização, que se utiliza de plantões alternados.

Essa equipe não só cuida, também faz gestão. Gestão de seus espaços e ambientes de trabalho, das relações de trabalho, da organização do cuidado. Na medida em que essas equipes fortalecem sua capacidade de gestão, há uma **horizontalização** das relações de poder, e os membros da equipe poderão, progressivamente, prescindir da interveniência de terceiros (superiores hierárquicos em cada corporação) para dialogar sobre a organização do cuidado (BRASIL, 2008b).

A horizontalização das equipes é essencial para a qualificação desse processo, pois o cuidado continuado dispensado pelos mesmos profissionais oferece segurança aos pacientes, reduz a perda de informações e aumenta muito a interação entre todos. Diferentes instituições hospitalares se utilizaram desse dispositivo na última década, com sucessos evidentes na efetividade e na eficiência do cuidado.

A equipe de apoio matricial se relaciona com as equipes de referência, seja no âmbito de uma unidade de saúde, seja no âmbito de uma rede de atenção. Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade, tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.

O apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre a referência encarregada do caso e o especialista de apoio. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador.

A atuação dessa equipe matricial pode se dar em reuniões regulares e deve se mostrar cada vez mais possível e necessária, utilizando ferramentas de comunicação via web ou telefônicas, pois muitas vezes as equipes de referência e as matriciais podem estar separadas por dezenas ou até centenas de quilômetros.

Um bom exemplo é o Nasf, com uma composição variável de profissionais, mas com foco no suporte qualificado aos membros da equipe de Saúde da Família, para o manuseio de casos que envolvam outros conhecimentos e outros saberes profissionais. Assim fica destacado também o aspecto pedagógico da proposta de equipe matricial, pois seu foco é a qualificação da equipe para que esta possa oferecer um cuidado mais integral.

Diversas formas de atuação são possíveis no que diz respeito à equipe de apoio matricial: (1) atendimento de casos ou uma intervenção conjunta; (2) atendimento pela equipe de apoio matricial com garantia de comunicação entre as equipes e de pactuação quanto ao seguimento do paciente – dessa forma colaborando para que a equipe de referência continue acompanhando o usuário, mesmo que ele compareça periodicamente ao especialista; e (3) troca de conhecimento e de orientações, com permanência do paciente sob os cuidados da equipe de referência.

Também no hospital, os especialistas e os profissionais de saúde podem se organizar como equipes de apoio matricial. Muitas vezes, ainda que na mesma instituição, o contato das equipes responsáveis pelo paciente com um especialista se dá por meio de papel, no caso, o famoso pedido de parecer, sem prazos de resposta e, principalmente, sem o comprometimento do especialista em resolver o caso. A definição de equipes matriciais pode favorecer uma atuação mais conjunta, principalmente para a elaboração dos PTS. Essa participação pode ser inicialmente orientada por protocolos de avaliação de risco que contribuam para definir riscos e necessidades de cuidado.

Referências

ABRAHÃO, A. L. S.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D'Andrea (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 151-172.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). Resolução de Diretoria Colegiada n. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jan. 2006. Seção 1, p. 78. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642>>. Acesso em: 8 maio 2009.

AYRES, J. C. R. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

AYRES, J. C. R. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção em saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

AYRES, J. C. R. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: WAGNER, G. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *GESTHOS: gestão hospitalar: capacitação a distância em administração hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde: módulo I: os sistemas de saúde e as organizações assistenciais*. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *GESTHOS: gestão hospitalar: capacitação a distância em administração hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde: módulo II: gestão contemporânea nas organizações de saúde*. Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 71, 29 mar. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 825, de 25 de abril de 2016. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 abr. 2016. Seção 1, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS: acolhimento nas práticas de produção da saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 2008. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed_2008.pdf>. Acesso em: 8 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS: clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília, DF, 2008b. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf>. Acesso em: 8 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF, 2008c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_documento_base_4ed_2008.pdf>. Acesso em: 8 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica*. Brasília, DF, 2006b. (Cadernos da atenção básica, n. 14). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2009.

BROOK, R. H.; LOHR, K. N. Efficacy, effectiveness, variations, and quality: boundary crossing research. *Medical Care*, v. 23, p. 710-722, 1985.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. cap.2.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago. 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas: [s.n.], 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/integralidade.doc>>. Acesso em: 9 fev. 2008.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. *Manual de padrões de acreditação hospitalar*. Rio de Janeiro, 2000.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, n. 260, p. 1743-1748, 1988.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégias de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2009.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando dúvida se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco: IMS/UERJ, 2004. p. 37-56.

HOWELL, E. et al. Active bed management by hospitalists and emergency department throughput. *Annals of Internal Medicine*, v. 149, n. 11, p. 804-810, Dec. 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington, DC: National Academy Press, 1990. v. 2.

MAFRA, A. A. et al. *Protocolo: acolhimento com classificação de risco nas portas de entrada de urgências e emergências do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*. [S.l.: s.n.], 2006. Disponível em: <http://www.crh.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/revista_hob_mai06_versao_5.pdf>. Acesso em: 8 maio 2009.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Educs: IMS/UERJ: Cepesc, 2006. p. 51-64.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. p. 43-68.

MENDES, E. V. *A gestão dos sistemas de serviços de saúde no século XXI*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2007. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/apresentacaoeugenio2.ppt#256,1,>>. Acesso em: 8 maio 2009.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. Tomos I-II.

MENDES, E. V. et al. *A rede de atenção à urgência e emergência*: planejamento de oficinas a organização da rede de atenção à urgência e emergência. Brasília, DF: Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde, 2008. Mimeografado.

MENDES, E. V. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO CAMPOS, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar assistência*. [S.l.: s.n.], 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc>>. Acesso em: 8 maio 2009.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. *Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais*. Campinas: [s.n.], 2002. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/coordenacaohospitalar.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2009.

MINTZBERG, H. *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations*. [S.l.]: Ed. Free Press, 1989.

NAVARRETE, M. L. V.; LORENZO, I. V. *Organizaciones sanitárias integradas: um estúdio de casos*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.

OTEO, L. A. (Ed.). *Gestión clínica: desarrollo e instrumentos*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, 2006.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco: IMS/UERJ, 2004. p. 21-36.

ONOCKO CAMPOS, R. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

PORTELA, M.; MARTINS, M. Gestão da qualidade em saúde. In: LOPES, C. M. B.; BARBOSA, P. R. (Org.). *Educação a distância*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2008. p. 70-81.

PORTELA, M. C. et al. Fatores associados ao uso de diretrizes clínicas em operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares no campo da Saúde Suplementar no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1553-1565, 2008.

RANGEL-S, M. L. Interdisciplinaridade e transversalidade: operacionalizando o conceito de risco no âmbito da vigilância sanitária. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 30, n. 2, p. 322-331, jul./dez. 2006. Texto apresentado, em síntese, na mesa-redonda Interdisciplinaridade e Transversalidade: operacionalizando o conceito de risco no âmbito das vigilâncias, na I Jornada Norte-Nordeste de Vigilância Sanitária e III Semana de Vigilância Sanitária de Natal, realizadas em Natal, de 22 a 25 de novembro de 2005. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume30-n2/interdisciplinaridade_e_transversalidade.pdf>. Acesso em: 8 maio 2009.

SANTOS JUNIOR, E. A. et al. *Acolhimento com classificação de risco das Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) de Belo Horizonte*. [S.l.: s.n.], 2004. Disponível em <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaoderiscodasupasdebH.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2009.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

VUORI, H. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, São Paulo, v. 3, p. 17-24, 1991.