

Inovações na gestão de internações sensíveis à atenção primária: a percepção de gestores e trabalhadores de serviços envolvidos

Innovations in the management of hospitalizations sensitive to primary care: the perception of managers and service workers involved

Edson Malvezzi

Mestre em Saúde Coletiva. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos.

E-mail: edsonmalvezzi@yahoo.com.br

José Maurício de Oliveira

Doutor em Saúde Coletiva. Docente do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.

Resumo

O artigo tem por objetivo analisar o processo de implantação de sistema de gestão de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo a percepção de gestores e trabalhadores dos serviços da atenção primária e unidade hospitalar envolvidos. Fruto de pesquisa de campo de matiz qualitativa, realizada no sistema público de saúde, utilizou de observação participante, entrevistas e construção de narrativa como instrumentos de coleta e análise. Os resultados demonstram a percepção de inovação em processos de saúde, a partir da construção coletiva, com valorização e compromisso dos participantes, da implementação de novas práticas de gestão e de construção de cuidado em rede.

Palavras-chave: Inovação; Atenção Primária; Hospitalização, Sistema de Saúde.

Abstract

The purpose of this article is to analyze the process of implantation of a management system for hospitalizations for conditions sensitive to primary care, according to the perception of managers and workers of the primary care services and hospital unit involved. Product of a qualitative research, conducted in the public health system, used participant observation, interviews and construction of narrative as instruments of collection and analysis. The results demonstrate the perception of innovation in health processes, from the collective construction, with the participants' appreciation and commitment, the implementation of new

management practices and the construction of network care.

Keywords: Innovation; Primary Health Care; Hospitalization; Health Systems.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política estabelecida a partir da lógica inclusiva, solidária e universal, que concebe a saúde como direito dos cidadãos, contribuindo significativamente para a construção de cidadania e provocando mudanças estruturantes do Estado¹.

São indiscutíveis seus avanços e crescente seu grau de acesso à integralidade das ações à saúde², assim como a necessidade constante de sua reorganização dada as reconhecidas mudanças nas características demográficas com a ampliação da expectativa de vida da população e, conseqüentemente, no perfil de morbimortalidade desta³.

Reconhecendo esse cenário, o SUS vem adotando estratégias como o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora do sistema, com vistas à implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e, complementarmente, tomando a Gestão da Clínica como ferramenta de qualificação das ações ofertadas⁴. Esta lógica de organização visa oferecer acesso e qualidade ao sistema, orientada pelas necessidades de seus usuários, possibilitando e oferecendo-lhes atenção integral⁵.

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades

tecnológicas, que buscam garantir a integralidade do cuidado⁴. Lima e Padilha⁶ reforçam esta concepção como uma modelagem alternativa e inovadora para a organização dos serviços de saúde que possibilita a reversão da fragmentação e segmentação do cuidado.

Silva⁷ destaca aspectos necessários para a operacionalização das RAS: (i) definição de território e análise da situação de saúde deste; (ii) criação e estabelecimento de regulação e governança para o funcionamento da rede, com espaços decisórios compartilhados e atribuição de competências e responsabilidades para cada serviço incluído; (iii) planejamento participativo e orientado por resultados; (iv) construção de diretrizes clínicas para a assistência e para a regulação de procedimentos; (v) construção de sistemas integrados de informação, sobretudo para a continuidade de ações assistenciais ou de promoção de saúde.

Nesta construção de novas formas de produção do cuidado, as ferramentas de Gestão da Clínica trazem importantes contribuições. Gomes et al⁸ apontam que, apesar de polissêmico, na essência, o conceito de gestão da clínica está intrinsecamente relacionado à melhoria

contínua da qualidade na oferta de serviços de cuidados à saúde com dimensão sistêmica^{9,10}. Em sistemas universais, como no Canadá e Nova Zelândia, este tema está na pauta política dos governos, fazendo contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas, que acarretam necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde¹¹.

No SUS adota-se Gestão da Clínica como a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde, fornecendo elementos de apoio à decisão e manejo clínico, organizando o processo e os fluxos de trabalho e apontando as competências e responsabilidades dos serviços, das equipes e dos profissionais. Tais tecnologias operam com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, e prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade de atenção à saúde⁴.

Há consenso entre autores^{3,7} de que a proposta de implementação das RAS no Brasil aponta para uma necessária implicação dos serviços e seus profissionais, que se corresponsabilizam pela maior efetividade na produção de saúde e melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde em seus espaços de governabilidade.

Neste caminho, um dos desafios que se mantém é a integração entre os serviços de diferentes complexidades, destacando-se neste contexto o

distanciamento entre os hospitais e as unidades básicas de saúde. Um conceito que vem sendo utilizado para avaliar esta relação são as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que compreende um conjunto de agravos em que o cuidado oportuno e efetivo ofertado por ações típicas da APS pode reduzir o risco de hospitalização¹².

A Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária¹³ segue esta concepção, adotando sua mensuração como um indicador da atividade hospitalar que permite avaliar o acesso e a qualidade da APS, tornando-se dispositivo de planejamento e gestão do sistema de saúde¹⁴. Estudos quantitativos apontam, dentre outros fatores, que o acesso aos cuidados oportunos de saúde na APS contribui para variações na ocorrência dessas internações¹⁴⁻¹⁷.

Diante deste contexto e percebendo-se a escassez de estudos de abordagem qualitativa sobre este tema na literatura nacional, apresenta-se aqui estudo sobre a compreensão dos gestores e trabalhadores dos serviços envolvidos em processo de implantação de sistema de gestão de ICSAP, destacando a percepção de inovação em saúde com a instituição de novas práticas de gestão e na construção de rede de cuidados.

Ressalta-se aqui a opção pelo conceito de inovação como um conjunto de saberes e práticas sociais, historicamente construídas, num determinado espaço-tempo, na

interação entre sujeitos em suas práticas cotidianas nas instituições, tanto no plano micro como macro político¹⁸. A ideia de inovação nas organizações decorre da compreensão de sua estruturação em novas formas de gestão, novos processos decisórios e novas formas de provisão de serviços, consistindo na inclusão de novos atores nestes campos. Inovação como as tensões, rupturas e transição com o paradigma instituído¹⁸.

Metodologia

Este artigo apresenta parte dos resultados de pesquisa, de caráter qualitativo, com pesquisador participante¹⁹, concebida junto ao Programa de Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde do curso de mestrado do Instituto Sírío Libanês de Ensino e Pesquisa, que teve como objetivo analisar a percepção de gestores e trabalhadores implicados no processo de implantação de sistema de gestão de ICSAP junto ao Distrito de Saúde Sul (DSS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas, denominado “Projeto ICSAP”.

Adotou-se como suporte metodológico a Análise de Conteúdo²⁰ e a Hermenêutica-Dialética^{19,21} para a sistematização, análise e discussão dos resultados.

Foram realizadas 12 entrevistas individuais, do tipo aberta, com sujeitos incluídos por amostra intencional²², guardando a paridade entre representantes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do Hospital Municipal (HM), garantindo

a diversidade de inserção e formação profissional, identificadas aleatoriamente de “E1 a E12”. Pelo critério de saturação²³ não se julgou necessário a inclusão de novos sujeitos.

Complementarmente, a partir da sistematização das entrevistas, foi construída uma narrativa pelo pesquisador que, com o propósito de aprofundamento do seu conteúdo e garantia de participação dos sujeitos na validação²⁴, fora convalidada em oficina com os mesmos participantes, cuja citação neste artigo é identificada por “N”.

O referido projeto de pesquisa foi submetido e aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, CAAE 07541312.7.0000.5453, parecer 720.275, sendo adotados todos os procedimentos pertinentes.

O “Projeto ICSAP”

A cidade de Campinas-SP apresenta estrutura complexa de serviços públicos de saúde e histórico de pioneirismo na organização de seu sistema. Uma de suas principais características é a lógica da territorialização e adscrição da população aos serviços e a descentralização da gestão.

Da reconhecida parceria estabelecida entre o DSS e HM e do compartilhamento do conceito de que a efetividade dos serviços da atenção primária pode favorecer a diminuição do risco de internações hospitalares, nasce a proposta do “Projeto ICSAP”.

Com o objetivo de qualificar a integração entre estes serviços, favorecendo a efetivação de uma rede integrada, esta intervenção teve início efetivo em 2012 com a participação de 16 UBS e o referido hospital, referências do mesmo território.

São ideias norteadoras a garantia de acesso e continuidade do cuidado aos usuários e a otimização dos recursos existentes, valorizando a autonomia e o protagonismo dos envolvidos. A intencionalidade é reorganizar o processo de trabalho, propondo um novo modo de operar em saúde, com centralidade no usuário, avançando na resolubilidade e efetividade dos serviços envolvidos.

Da análise de ocorrências das internações no HM foram escolhidos oito agravos prioritários para monitoramento: Hipertensão Arterial Sistêmica, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Diabetes Mellitus, Acidente Vascular Cerebral, Pneumonias, Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Infecção do Trato Urinário, em pacientes com idade igual ou superior a 20 anos.

Foram criadas linhas-guia para identificação de risco dos usuários internados e para o consequente seguimento nas UBS. Operacionalmente, a equipe assistencial aponta, na alta, classificação de risco para a continuidade do cuidado junto à UBS. São três níveis: vermelho quando o usuário deve ser atendido pela UBS em até sete dias; amarelo em até 15 dias; e verde em até 30 dias. As UBS

por sua vez, ao receber a informação da alta, via relatório eletrônico de alta, constrói o respectivo plano terapêutico.

Reuniões participativas e deliberativas, regulares, promoveram a integração entre as equipes e corresponsabilização pelo processo, tendo espaço privilegiado as discussões relacionadas às ferramentas da gestão da clínica e qualificação do cuidado.

Análise dos resultados e discussão

A partir da análise dos núcleos argumentais de sentido emergentes do material da pesquisa, destacam-se dois temas relacionados à instituição de novas práticas: na gestão e na construção do cuidado em rede.

- Novas Práticas na Gestão

A parceria entre os UBS e HM é reconhecida como fator que favorece a formulação e implementação do projeto de gestão de ICSAP. A construção de processos decisórios compartilhados e corresponsáveis, com valorização do protagonismo dos participantes, pode ser verificada na percepção dos implicados:

É unânime nossa identificação com a construção e com a condução deste Projeto. Avaliamos que são realizadas de forma democrática e participativa, com fortes componentes éticos, valorizando nosso protagonismo. Somos nós que o vivenciamos no dia-a-dia, somos nós que o conduzimos! E mais do que isso, ampliamos nossa visão, passamos de uma visão local, restrita, para uma dimensão mais sistêmica.(N)

Pode-se perceber também que este é um processo inovador, que permite a mudança de práticas. A identificação dos problemas e elaboração de soluções coletivas, respeitando as singularidades de cada serviço, fortemente relacionadas ao cotidiano, denota capacidade de captar, processar e analisar informações para transformar a realidade. Aspecto bastante presente na fala dos participantes é a capilarização destes movimentos para suas equipes locais, ampliando lá também a discussão e o protagonismo dos profissionais envolvidos, assumindo lugar de autores dos processos.

Neste sentido se assemelha muito à definição de espaço coletivo trazida por Campos²⁵:

Um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de Sujeitos e de Coletivos Organizados. Refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos). [...] um coletivo Organizado para a Produção constitui-se na medida em que logra produzir-se com capacidade de análise e com potência para agir^{25:147}.

Esta concepção, que pressupõe e implica em mudanças na cultura das instituições, se aproxima do que Motta²⁶ aponta ser um desafio do mundo contemporâneo para as organizações, que é a implementação de modelos gerenciais cada vez menos burocráticos, que permitam uma plasticidade

capaz de assimilar o que ocorre em seu interior e em sua volta, e de elaborar soluções adequadas para cada problema novo que lhe aparecer.

Parece que estamos instituindo uma nova cultura, colocando em discussão, democraticamente, nossas concepções de modelo, nossas ideias sobre a organização do sistema de saúde [...]. Achamos que este movimento pode ser indutor de um processo que reestabeleça o papel de cada serviço no sistema, pois tem nos permitido colocar em pauta o atual modelo de atenção, que nos parece ser tão medicocentrado, tão hospitalocêntrico, tão tradicional. Falamos disso há tanto tempo, mas porque agora parece que temos como mudar?(N)

- Novas Práticas no Cuidado em Rede

Da sua forma tradicional de aplicação de indicador focado na mensuração do acesso e qualificação da APS, a gestão das ICSAP passa a se constituir como dispositivo de aproximação entre os diferentes serviços de saúde, qualificando o acesso e garantindo a continuidade do cuidado aos seus usuários, com mecanismos de integração que favorecem a efetivação de um sistema em rede, apontando para a possibilidade de superação do modelo hospitalocêntrico hegemônico.

É consenso entre nós de que o Projeto significa uma aproximação entre Hospital e o Distrito, especialmente entre os serviços deste território, e como esta aproximação aumentou nossa integração, nossa credibilidade e o respeito entre as duas instituições.(N)

É reconhecido ainda, pelos participantes, que o exercício do cuidado compartilhado qualifica o seu próprio trabalho com a adoção e aplicação de novas tecnologias e saberes no cotidiano, gerando a percepção de valor de uso e transformando suas práticas.

O Projeto tem oportunizado mudanças no processo interno, na organização interna das unidades e das equipes.(E7)

Este Projeto tem permitido à equipe não ficar só no lugar da rotina, “do não penso” para assumir um lugar de sujeito do processo, “do penso”.(E8)

Constata-se que os conceitos e instrumentos da Gestão da Clínica (linhas-guia, diretrizes clínicas, protocolos de priorização, informação clínica compartilhada) favoreceram a integração, assim como ofereceram mecanismos para a qualificação do cuidado. Qualificação que reafirma a adoção e aplicação de novas tecnologias e novos saberes no cotidiano das equipes, transformando suas práticas, tal como Lima e Padilha⁶ atribuem potencialmente às ferramentas da Gestão da Clínica.

Dentre os argumentos, destaca-se o envolvimento das equipes de referência na construção conjunta de projetos terapêuticos a partir da discussão de casos, favorecendo o desdobramento de outras ações, tais como a reorganização dos fluxos internos dos serviços e a priorização dos grupos de agravos do Projeto; auditoria clínica nos prontuários sobre o cuidado prévio e posterior à internação; busca ativa dos pacientes de acordo com o critério de

risco da alta hospitalar; realização de visitas domiciliares; dentre outros cujo objetivo é a garantia de continuidade do cuidado.

A inclusão da discussão de caso foi uma alternativa para ampliar a integração e qualificar o cuidado.(E12)

Neste sentido, emerge a utilização de diretrizes clínicas pautadas pela simplicidade de critérios técnicos de fluxo, o que favorece sua utilização como dispositivo pactuado para garantia de acesso e continuidade do cuidado. Uma potente ferramenta destacada como um dos frutos mais importantes do Projeto foi a formulação e implantação de uma classificação de risco atribuída a cada paciente no momento da alta.

A classificação de risco foi uma construção do coletivo e foi uma das coisas mais importantes do Projeto.(E10)

Esta classificação, cuja lógica é construída coletivamente, através de pactos de confiança mútua entre os profissionais dos serviços, é apontada como um aspecto determinante para a adequação ao tempo ideal para oferta do atendimento e otimização dos recursos disponíveis, uma vez que define a expectativa de continuidade do cuidado de acordo com a gravidade avaliada de cada caso.

Viabilizando e agilizando o processo, outro destaque é a utilização do sistema informatizado de gestão hospitalar para a produção de relatórios eletrônicos de alta, que são disponibilizados diariamente para as

equipes das UBS, já incorporando o critério de risco, ampliando e mantendo a possibilidade de circulação das informações sobre os pacientes, favorecendo a continuidade ao cuidado.

O acesso ao relatório eletrônico de alta do hospital gera informação capaz de contribuir para a tomada de decisão em relação ao cuidado.(E11)

Ele facilitou muito a vida de todo mundo [...] o Relatório Eletrônico de Alta criou um mecanismo automático de grande potência para as equipes [...] que mudou o dia-a-dia do serviço [...] não dá para negar os ganhos, a qualidade dos relatórios de alta, por exemplo, que chega, faz toda a diferença, e isso também é para trabalho interno, isso também é mudança que tem haver com o Projeto.(N)

Outro ponto significativo é o acesso aos resultados de exames laboratoriais ou de imagem realizados durante a internação, evitando a replicação dos mesmos. Também foi assinalada a contribuição do REA para a composição e o enriquecimento do prontuário do paciente na UBS, uma vez que estes concretizam as informações sobre o episódio de internação, permitindo o acompanhamento mais adequado pela equipe cuidadora.

Os problemas e as possíveis soluções passam a tomar a dimensão do conjunto dos serviços, sai da visão local para uma visão sistêmica, tem vocação sistêmica.(E6)

Ao tomar as redes como estratégia para a integralidade do cuidado, segundo a percepção dos sujeitos desta pesquisa, possibilita-se a construção de arranjos organizativos de ações e

serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, confluentes com o que aponta as diretrizes do Ministério da Saúde^{4,13}, assim como o que Mendes³ e Silva⁷ ressaltam em seus estudos como sendo o mecanismo de superação da fragmentação da atenção à saúde.

Conclusão

Percebeu-se que o processo favorece a construção e implementação de inovações que valorizam a realidade local e a possibilidade de criação de novas formas de fazer e ofertar cuidado em saúde, em rede, com autonomia e compromisso dos participantes.

Destaca-se a sensação de pertencimento dos participantes nesse processo, bem como o reconhecimento de que a sua diversidade e complementaridade são fatores importantes tanto para a constituição de espaços que criem condições para a transformação pretendida, como para a própria continuidade do projeto.

Considerando que o modo concreto de fomentar inovação é a construção coletiva de ferramentas e tecnologias, a partir do conhecimento e potência técnica e das pessoas envolvidas, de negociação de pactos e acordos entre as várias instâncias envolvidas, associado à incorporação tecnológica, a principal conclusão é que o sistema de gestão de ICSAP provocou mudanças organizacionais e foi instituinte de novas práticas de gestão e do cuidado em rede.

E, neste sentido, fica evidenciado que há coerência com o conceito de inovação aqui adotado.

Recomenda-se, dada a riqueza e complexidade do tema, que este estudo possa ter continuidade, especialmente dando voz às percepções dos usuários incluídos no Projeto ICSAP.

Referências

- ¹ Santos NR. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(supl.2):2009-18.
- ² Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):11-3.
- ³ Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, 2009.
- ⁴ Brasil. Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010*.
- ⁵ Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.
- ⁶ Lima VV, Padilha RQ. Ciência, tecnologias e inovações na gestão de serviços de saúde. In: Damázio LF, Gonçalves CA (org). *Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 191-215.
- ⁷ Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(6):2753-62.
- ⁸ Gomes R, Lima VV, Oliveira JM, Schiesari LMC, Soeiro E, Damázio LF, et al. A Polisssemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(8):2431-9.
- ⁹ Giovanella L. Redes integradas, programas de gestão da clínica e clínico geral: reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(supl.1):1081-96.
- ¹⁰ Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ*. 2001; 322(7299):1413-7.
- ¹¹ Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(supl.1):1493-7.
- ¹² Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saude Publica*. 2009; 25(6):1337-49.
- ¹³ Brasil. Portaria GM/MS nº 221 de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis a atenção primária. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 abr. 2008*.
- ¹⁴ Pereira FJR, Silva CC, Lima Neto EA. Condições sensíveis à atenção primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. *Saúde Debate*. 2014; 38(esp.):331-42.
- ¹⁵ Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martin-Mateo M. Aspectos conceituais e metodológicos no estudo das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(supl):1145-54.
- ¹⁶ Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*. 2011; 101(10):1963-70.
- ¹⁷ Nedel FB, Facchini LA, Martin-Mateo M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2010; 19(1):61-75.
- ¹⁸ Pinheiro R, Mattos RA (org). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.
- ¹⁹ Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.
- ²⁰ Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Editora 70, 2011

²¹ Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: Ed. Unicamp, 2011.

²² Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato, ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(2):388-94.

²³ Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(1):17-27.

²⁴ Onocko-Campos RT. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. Physis. 2011; 21(4):1269-86.

²⁵ Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal; considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In Merhy EE, Onocko R (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 229-266.

²⁶ Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 2003.

Submissão: 24/05/2018

Aceite: 21/01/2019