



CESF
Curso de Especialização
em Saúde da Família



MÓDULO	Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde
AULA 04	A qualidade na prestação do cuidado em saúde
TÓPICO 1	Atributos da qualidade do cuidado em saúde

Olá! Chegamos à última aula do módulo Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde do nosso curso. Até o momento conversamos sobre o conceito de Modelo, refletimos a cerca dos modelos assistenciais em saúde e sobre a importância da Atenção Básica à Saúde para a consolidação do modelo assistencial do SUS. Conversamos sobre o trabalho da Equipe de Saúde da Família e a mudança do Modelo Assistencial considerando o desejo da equipe em mudar suas práticas realizadas no dia a dia da equipe.

Esta aula tem como objetivo discutir a qualidade na prestação de serviços de saúde, seus atributos, e o modelo de gestão do trabalho da Equipe. Vamos lá!

Critérios

Quando dizemos que um objeto é melhor, ou tem mais qualidade, baseamos essa afirmativa em algum motivo ou critério, objetivo ou subjetivo. Tomemos como exemplo a escolha de uma cadeira. Para quem compra uma cadeira, a escolha envolve algum grau de subjetividade, o que faz com que dois sujeitos escolham cadeiras diferentes. Mas para quem produz a cadeira, principalmente numa produção em escala, é importante trabalhar com critérios mais objetivos.

No caso de uma cadeira...

...a durabilidade, o conforto, o custo, a beleza, a adequação ao seu uso provável, podem ser critérios ou atributos que vão nortear a produção de cadeiras e também a escolha de cadeiras pelo consumidor. Dessa forma, a qualidade de um objeto pode ser avaliada pela presença/ausência de atributos e da subjetividade com que julgamos a presença/ausência desses atributos no objeto, uma vez que esse julgamento está sempre vinculado a expectativas, individuais ou coletivas, que construímos em relação a ele.

Assim como no caso dos objetos, é importante identificarmos quais os critérios/atributos que vão nortear o nosso trabalho na busca da qualidade do cuidado prestado aos indivíduos, às famílias e à comunidade. Na definição desses atributos, devemos sempre ter em mente as diferentes expectativas que os diversos atores têm da prestação do cuidado. É possível que a

expectativa de um gestor de saúde seja diferente da expectativa do paciente ou da comunidade ou dos profissionais de saúde. O entendimento dessas expectativas e o atendimento a elas devem estar sempre presentes no planejamento, na execução e avaliação das ações desenvolvidas pela Equipe de Saúde.



Para refletir...

Quando falamos em uma prestação de serviços de saúde, o que nos faz pensar que um cuidado de saúde é melhor do que outro?

Além dos princípios e **diretrizes constitucionais** que devem reger os processos de atenção à saúde, alguns atributos dizem respeito à qualidade do cuidado, conforme apresentado a seguir.

Você acha que o cuidado prestado pela sua equipe de saúde é de qualidade? Por quê?



Atributos de qualidade do cuidado

Atributos



...qual é o problema que tentamos resolver...

Eficácia: este atributo diz respeito à possibilidade da ação desenvolvida resultar na solução do problema para o qual a ação está dirigida. Quando alguém nos procura em um serviço de saúde com uma dor, a expectativa – teórica é de que façamos algo que acabe com a dor. Aqui, podemos encontrar algum problema com respeito às expectativas dos diferentes atores envolvidos. Para o cidadão que nos procura, o importante é acabar com a dor e, neste caso, um tratamento sintomático pode ser, momentaneamente, “eficaz”, considerando essa expectativa. Para o profissional de saúde, a expectativa é controlar o motivo da dor, e, neste caso, um tratamento sintomático, certamente não será eficaz. E qual seria a expectativa do gestor de saúde ou do prefeito? Um tratamento sintomático seria eficaz? Neste caso é sempre importante nos perguntarmos qual é o problema que estamos tentando resolver e de quem é esse problema.

Atributos



...utilizamos “bem” os nossos recursos...

Eficiência: este atributo diz respeito à relação custo/benefício, da nossa capacidade de utilizarmos bem os recursos disponíveis e produzirmos a maior quantidade possível de ações. Por exemplo: se gastarmos pouco tempo com cada consulta poderemos, num determinado período de tempo, produzir muitas consultas. Essa é, geralmente, uma expectativa muito presente entre os administradores e mesmo na população. Não importa aqui se essas consultas vão gerar o resultado esperado, qual seja o de resolver os problemas, e sim se estamos utilizando “bem” os nossos recursos, no caso, o tempo.

Atributos



... poucos grupos funcionando...

Efetividade: este atributo diz respeito à combinação dos dois atributos anteriores, ou seja, a eficiência e a eficácia. Nesse caso o que nos interessa é resolver os problemas do maior número de pessoas, utilizando eficientemente os recursos disponíveis. Às vezes, na busca da eficácia nos esquecemos da eficiência, e vice-versa. Por exemplo: uma Equipe tem sob sua responsabilidade em torno de 400 portadores de hipertensão arterial e, entre suas atividades, em busca de uma maior eficácia do cuidado, resolve trabalhar com grupos operativos. O objetivo do trabalho, nesse caso, é melhorar a informação dos portadores de hipertensão arterial sobre o seu problema, melhorar a adesão ao tratamento, fazer com que cada um adote hábitos de vida mais saudáveis e aumente seu grau de autonomia em relação a esse problema de saúde. Não é incomum observarmos, na prática das Equipes, que a abrangência desse tipo de atividade seja pequena, com alguns poucos grupos funcionando e com poucas pessoas participando, muito embora consumindo um tempo de trabalho razoável da Equipe nessa atividade.

Atributos



...conhecer as situações de risco...

Eqüidade: como já dito anteriormente, este atributo diz respeito à forma como distribuimos as ações que oferecemos. Aqui, devemos considerar que os problemas e necessidades de saúde têm uma distribuição desigual na sociedade, fruto da distribuição e da ação também desigual dos seus determinantes e condicionantes. Buscar a eqüidade implica conhecer as situações de risco e de vulnerabilidade e distribuir as ações em função desse diagnóstico.

Atributos



...um cuidado inoportuno quase sempre é...

Oportunidade: este atributo diz respeito ao momento em que oferecemos o cuidado, ou seja, se ele acontece no momento em que é necessário. Uma situação infelizmente bastante comum é propiciarmos um tratamento quando sua eficácia já está comprometida. A demora entre o diagnóstico ou a suspeita diagnóstica e o início do tratamento, como costuma acontecer, por exemplo, no câncer de mama, compromete a possibilidade de sucesso do tratamento. O mesmo ocorre quando a demora no início do tratamento de algumas infecções leva a um quadro de septicemia, ou quando há demora para indicar ou realizar uma cirurgia. São exemplos em que a efetividade da ação é comprometida por não acontecer no momento oportuno. Um cuidado inoportuno quase sempre é pouco eficiente e pouco eficaz.

Atributos



...uma linha de atenção fundamental...

Continuidade: este atributo diz respeito à forma como o cuidado iniciado em um nível assistencial se articula e continua em outros níveis assistenciais em função das necessidades do usuário. Não adianta apenas fazermos o diagnóstico de câncer de mama na atenção básica, se não conseguimos o atendimento de nosso paciente nos outros níveis do sistema de saúde para iniciar o tratamento o mais precocemente possível. Essa integração entre os níveis assistenciais, e mesmo dentro de cada nível assistencial, constitui uma linha de atenção fundamental para que o cuidado seja oportuno e eficaz.

Atributos



...quando centralizamos o atendimento ou...

Acessibilidade: este atributo diz respeito à dificuldade ou facilidade de se ter acesso a uma ação de saúde. Muitas vezes, barreiras de naturezas diversas (administrativas, geográficas, entre outras) dificultam ou mesmo impedem o acesso das pessoas a uma ação de saúde, como, por exemplo, quando centralizamos o atendimento ou quando limitamos o atendimento a determinados dias e/ou horários.

Atributos



... aceitação de uma determinada ação...

Aceitabilidade: este atributo está relacionado com a aceitação de uma determinada ação pela população. Informa sobre a adaptação da ação às expectativas e valores individuais e coletivos. Hoje em dia, ações voltadas para o diagnóstico do câncer de mama e colo uterino são mais aceitas, entretanto as ações direcionadas para o diagnóstico precoce do câncer de próstata não são bem aceitas.

Atributos



... continuarmos investindo esforços...

Otimidade: este atributo diz respeito ao custo/benefício de uma ação. Devemos sempre estar refletindo se é correto e desejável continuarmos investindo esforços e recursos em uma atividade se o seu retorno já não é tão significativo.

Atributos



... representação social de uma ação...

Legitimidade: este atributo diz respeito à representação social de uma ação. Hoje as ações de vacinação estão legitimadas porque se entende que trazem um benefício para toda a comunidade e por isso são bem aceitas pela população.

Atributos



... é eticamente adequado...

Ética: na busca da qualidade do cuidado, além dos atributos anteriormente considerados temos que avaliar também se o cuidado prestado pela Equipe é eticamente adequado.

Fazendo uma análise dos atributos vistos no tópico anterior nos permite avaliar até que ponto as ações que desenvolvemos e o cuidado que proporcionamos satisfazem às expectativas dos diferentes atores envolvidos na prestação de serviços de saúde, até que ponto estamos conseguindo resolver os problemas e até que ponto estamos utilizando adequadamente os recursos e preciosos recursos disponíveis.

Caso

Leia o caso relatado a seguir e identifique quais os atributos de qualidade presentes e ausentes na prestação de cuidados de saúde a Dona Maria relacionando com os problemas apresentados por ela.

Sobre negociação

FONTE: PHOTOPRESS

Dona Maria é viúva e tem 65 anos. Mora na comunidade de Vila Formosa há cerca de 10 anos.

Anteriormente, morava na zona rural de onde saiu juntamente com várias outras famílias em função da expansão do plantio de soja por grandes empresas e da concentração fundiária decorrente dessa expansão. Há cerca de oito anos procurou a unidade de saúde com queixas de cefaléia, tendo sido diagnosticada hipertensão arterial. Desde então, vem fazendo uso irregular de anti- hipertensivos. Apresentou um quadro de acidente vascular cerebral (AVC) e foi internada no hospital local por 15 dias. Recebeu alta hospitalar com limitações importantes de movimentos

Três dias após a alta hospitalar, o agente comunitário responsável pela microárea onde Dona Maria reside tomou conhecimento de sua saída do hospital e comunicou o fato a um dos membros da Equipe.

Quinze dias após a alta hospitalar, numa sexta feira à tarde, sua filha procurou a unidade e solicitou à Equipe uma visita domiciliar. O auxiliar de enfermagem realizou a visita no mesmo dia e encontrou Dona Maria emagrecida, com cuidados higiênicos precários, níveis pressóricos elevados, uso irregular da medicação prescrita e com escaras de decúbito. Frente a essa situação, realizou o curativo das escaras, orientou sobre os cuidados de higiene, a alimentação, o uso correto da medicação e os cuidados com as escaras. Retornando à unidade de saúde, comunicou o caso à enfermeira, que decide realizar uma visita na segunda-feira pela manhã com o auxiliar de enfermagem.

Em sua visita, a Enfermeira constatou que Dona Maria encontrava-se bastante debilitada, com níveis pressóricos elevados e as escaras apresentando sinais de infecção. Diante desse quadro, orientou a família sobre os cuidados gerais com a higiene e alimentação, o uso

correto da medicação. Realizou o curativo das escaras, aproveitando para demonstrar aos familiares e ao auxiliar de enfermagem a técnica e os cuidados a serem prestados em pessoas que desenvolvem ou apresentam o risco de desenvolver escaras de decúbito.



Leitura Complementar

Como você já deve ter percebido ao longo de nossas discussões e atividades, a comunicação tem um papel fundamental no trabalho de qualquer equipe. Para aprofundar a reflexão sobre esse tema, você deve ler o texto "[Comunicação, informação e ação social](#)".

A partir da leitura faça uma avaliação crítica da comunicação de sua equipe (interna e externa) identificando fatores facilitadores e dificultadores, assim como os meios de comunicação mais utilizados. No "Fórum – Comunicação" desta aula, poste sobre sua avaliação e comente a avaliação de dois de seus colegas.

Como vimos anteriormente, a busca pela qualidade do trabalho exige que a Equipe repense seu processo de trabalho: suas finalidades, os objetos de intervenção, os meios que utiliza, as competências e a capacitação dos seus membros, e também quais os agentes com os quais interage. Mas é fundamental nessa reflexão que a Equipe também contemple como está sendo conduzida a "gestão" do seu processo de trabalho. O texto seguinte tem como objetivo contribuir para essa reflexão.

Os conceitos e instrumentos discutidos neste texto são baseados na teoria das macroorganizações de Carlos Matus. Embora seja uma teoria desenvolvida para macroorganizações, procuramos adaptá-la para unidades básicas de saúde e para Equipes de Saúde da Família.

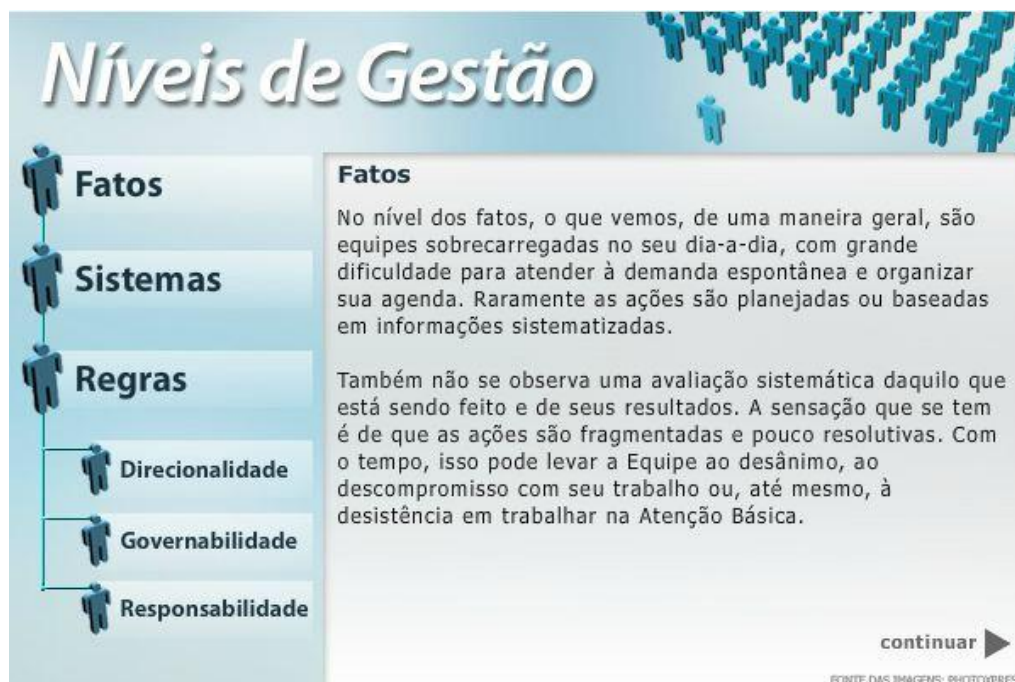
Desafio

Os serviços de saúde são organizações bastante complexas, e um de seus maiores desafios é implantar um modelo de gestão que seja compatível com o modelo de saúde proposto e que dê mais efetividade ao sistema de saúde.

Responsabilidade

No caso da Estratégia de Saúde da Família, na maior parte das situações, é a própria Equipe que tem a responsabilidade de gerir seu processo de trabalho. Nesse modelo de organização é exigido que a Equipe tenha competência, não somente técnica e política, mas também gerencial. Dessa forma, é da maior importância a discussão de um modelo de gestão que dê a essas Equipes instrumentos potentes para gerenciarem seu dia-a-dia.

Segundo o modelo proposto por Matus, podemos compreender a gestão em três níveis: das **regras**, dos **sistemas**, e o **nível dos fatos**.



Níveis de Gestão



Fatos



Sistemas



Regras



Direcionalidade



Governabilidade



Responsabilidade

Sistemas

No nível do sistema, podemos considerar alguns instrumentos como fundamentais. Para início de conversa, a Equipe de Saúde da Família tem que entender sua responsabilidade gestora e se preparar para isso. É preciso que ela desenvolva capacidades para tal. Essas competências envolvem três dimensões: cognitiva, analítica e comportamental.

a. A dimensão cognitiva diz respeito ao conhecimento de gestão e capacidade para lidar com os instrumentos gerenciais.

b. A dimensão analítica considera a capacidade da Equipe de analisar as situações e os problemas com o objetivo de propor intervenções efetivas.

continuar ►

FONTE DAS IMAGENS: PHOTOPRESS

Níveis de Gestão



Fatos



Sistemas



Regras



Direcionalidade



Governabilidade



Responsabilidade

Regras

O nível que determina a qualidade da gestão e, portanto, da organização, é o nível das regras ou dos pressupostos. Podemos falar, nesse nível, de uma cultura institucional. Para ele, existem três regras que são fundamentais e que determinam a qualidade da gestão. São elas: a regra da direcionabilidade, da governabilidade e da responsabilidade.

FONTE DAS IMAGENS: PHOTOPRESS

Níveis de Gestão



Fatos



Sistemas



Regras



Direcionalidade



Governabilidade



Responsabilidade

Regra de Direcionalidade

Diz respeito à clareza que a organização tem de sua missão, ou seja, de seu papel social. É fundamental que a organização, e no nosso caso a Equipe de Saúde da Família, tenha o máximo de clareza da sua missão, de suas atribuições, de suas responsabilidades para com sua clientela adscrita.

FONTE DAS IMAGENS: PHOTOPRESS

Níveis de Gestão



Fatos



Sistemas



Regras



Direcionalidade



Governabilidade



Responsabilidade

Regra de Governabilidade

Corresponde ao grau de descentralização ou de autonomia que a Equipe tem para decidir e controlar os recursos necessários ao cumprimento de sua missão. Recursos devem ser aqui entendidos como recursos organizacionais (materiais, humanos etc.), recursos políticos, de tomada de decisão e capacidade de mobilização da população.

FONTE DAS IMAGENS: PHOTOPRESS



Observação

Como foi dito anteriormente, essas regras estão relacionadas com a cultura institucional. Historicamente, o que vemos nas instituições de saúde é uma cultura onde as Equipes locais têm pouca clareza de sua missão, têm pouca autonomia e, conseqüentemente, pouco compromisso com sua missão e com o projeto político proposto. Como conseqüência disso, todo o processo de gestão local é de baixa qualidade. Não há planejamento das ações, há pouco uso da informação para tomada de decisão, não se avaliam os resultados alcançados, e assim por diante.

O desafio que temos é promover uma mudança de cultura, o que demora certo tempo. Se fosse possível uma mudança no nível das regras, isso determinaria uma mudança no processo de gestão local. A Estratégia da Saúde da Família, ao definir uma área de abrangência e vincular a Equipe a uma dada população, aumenta o grau de responsabilidade da Equipe com sua clientela. Isso, aliado à clareza da missão e ao aumento da autonomia da Equipe, pode propiciar um aprimoramento do processo de gestão local e a obtenção de melhores resultados e satisfação com o trabalho.



Referências

FEKETE, Maria Christina. A QUALIDADE na prestação do cuidado em saúde. In: BRASIL. **Organização do cuidado a partir do problema**: uma alternativa metodológica para atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2000. p. 65-74.

ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4 . n. 2, p. 263-286, 1999.

ALMEIDA, Célia Maria de. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (suplemento), p. 23-36, 2002.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital**: instituição e história social. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

ARAÚJO, Aquiles Ribeiro de. **Assistência médica hospitalar no século XIX**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Cultura, 1982.

ARISTÓTELES. **A Constituição de Atenas**. São Paulo: Hucitec, 1995.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Trad. Leonel Vallandro e Gerd Bornheim (versão inglesa de W. A. Pickard). São Paulo: Abril Cultural, 1973. (Coleção Os Pensadores)

BARRETO, Maria Renilda Nery. **A medicina luso-brasileira**: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851). [Tese de Doutorado] curso de História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005. 254 p.

CAMPOS, G.W.S. **Modelos de atenção em saúde pública**: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em Debate*, n. 37, p. 38, 1992.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**. Porto: Afronta- mento, 1998.

CHAUVENET, A. **Medecines au choix medecine de classes**. Paris: PUF, 1978.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Equidade e reforma na saúde nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (suplemento), p. 173-180, 2002.

CURI, L.M. **Defender os sãos e consolar os lázaros**: lepra e isolamento no Brasil - 1935/1976. [Dissertação de Mestrado] curso de História, Instituto de História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.

DEVERS, G. E. A. An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. **Social Indicators Research**, v. 2, p. 453-466, 1977.

DONABEDIAN, A. **The Seven Pillars of Quality**. Arch Pathol Lab Med, 114, p. 1.115-1.118, 1990.

ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX/IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. 543 p.

FLECK, Ludwik. The Genesis and Development of a Scientific Fact. In: TRENN, T. J.; MERTON, R. K. (Ed.). **Prefácio de Thomas Kuhn**. Chicago: University of Chicago Press, 1979.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FRIEDSON. The hospital in modern society. In: FREIDSON, Eliot. (Ed.). London: The Free Press of Glencoe, 1963.

FRIEDSON, E. **Profession of Medicine**. New York: Dodd Mead, 1970. FRIEDSON, E. Professional Dominance. Chicago: Aldine, 1970.

FRIEDSON, E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, ano 11, n. 31, p. 141-145, 1996.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. (português). São Paulo: Perspectiva, 2003.

GONÇALVES, E. L. **Equipamento hospitalar no Brasil**: presença, regionalização e tendências. *Saúde Pública*, São Paulo, 11, p.143-50, 1977.

GRABOIS, V; CASTELAR, R; MORDELET, P. **Gestão hospitalar – um desafio para o hospital brasileiro**. Rio de Janeiro: ENSP, 1995.

GRAÇA, L. **Evolução do sistema hospitalar**: uma perspectiva sociológica. Apostila da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Livre de Lisboa. Lisboa, 1996.

GUIMARÃES, C. Situação assistencial brasileira. In: GONÇALVES, E. (Org.). **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1989. p. 103-109.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **História geral da civilização brasileira**. 5. ed. São Paulo: Difel, 1982. Tomo I, v. 2.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2002). **Estatísticas da saúde**: assistência médico-sanitária, 2002. IBGE - Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

KLOETZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I- A satisfação do usuário. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, p. 623-628, 1998.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. Trad. Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 1982.

LANE, J-E. (Ed.). **Public Sector Reform**: Rationale, Trends, Problems. London: Sage Publications, 1997.

LECOVITZ, E. **A capacidade operativa da rede assistencial do SUS**: recuperação e adequação (o Ministério da Saúde na gestão de Adib Jatene). *Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 57, p. 1-83, 1993.

LEUCOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. C. **SIH/SUS (Sistema AIH)**: uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983-1991. *Estudos em*

Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 57, p. 1-83, 1993.

MATUS, C. **Adeus, Senhor Presidente**: Governantes Governados. São Paulo: Fundap, 1996.

MARTINS, M; TRAVASSOS, V; NORONHA, J. C. Sistema de informações hospitalares como ajuste em índice de desempenho. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n. 2, p. 185-192, 2001.

MCKEE, M; HEALY, J. (Ed.). **Hospitals in a Changing Europe**. Buckingham. Philadelphia: Open University Press, 2002. p. 50.

MEDEIROS, Marcelo. **A trajetória do Welfare State no Brasil**: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. Brasília: IPEA, 2001.

NUNES, Everardo Duarte. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã- Bretanha e França: panorama geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n.1, p. 79-95, 2003.

OLIVEIRA, Jaime A. de; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. **(Im) previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE OPAS. **Directorio de hospitales de América Latina y Caribe**. Washinton, DC: OPS, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

PEGO, Raquel Abrantes; ALMEIDA, Célia Maria. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 n. 4, jul./ago, 2002.

PLATÃO. **Sofista**. Trad. Jorge Paleikat e João Cruz Costa. São Paulo: Abril Cultural, 1972. p 135-203. (Coleção Os Pensadores)

PLATÃO. **A República**. Trad. M. H. R. Pereira. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993.

PORTELA, M. C. et al. Algoritmo para a composição de dados de internação a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS. Composição de dados por internação a partir do SIH/SUS. **Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 3, n. 4, out./dez. 1997.

PREKER, Alexander S.; HARDING, April (Ed.). **Innovation in Health Service Delivery**: The Corporatization of Public Hospitals. Washinton, DC: The World Bank, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

REINHARDT, U. E; HUSSEY, P. S. ANDERSON, G. F. **Cross-National Comparisons of Health Systems Using**: OECD, 1999. Health Affairs, 21, p. 169-81, 2002.

ROCHAIX, M. **Les questions hospitalières**: de la fin de l'Ancien Régime à nos jours. Paris: Berger-Levrault, 1996.

ROCHAIX, M. Les modes de rémunération des médecins. **Revue d'Economie Financière**, n. 76, p. 223-239, 2004.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1994.

SCOTTI, Richard W. et al. **INSTITUTIONAL CHANGE AND HEALTH CARE ORGANIZATION**: From Professional Dominance to Managed Care. Chicago, USA: The University of Chicago Press, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do SUS - Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 84, n. 216, p. 22932, 6 nov. 1996. Seção 1.

STEUDLER, F. **L'evolution de la erofession medicale**: essai d'analyse socio-logique. Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales, n. 2, 1973.

STEUDLER, F. **L'hospital en observation**. Paris: Armand Colin, 1974.

STEUDLER, F. **Medecine liberale et conventionnement**. Sociologie du Travail, v. 2, 1977.

TEIXEIRA, Aloísio; BAHIA, Lúgia; VIANNA, Maria Lúcia W. Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & Saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p.18-34.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolfo. **Poder e saúde**: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Unesp, 1996.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Pan American Sanitary Bureau. Regional Office of the World Health Organization. **Ten-Year Health Plan for the Americas**: Final Report of the III Special Meeting of Ministers of Health of the Americas. Santiago, Chile, 2-9, out. 1972.

TOURAINÉ, A. A organização profissional da empresa. In: FRIEDMAN, G.; NAVILLE, P. **Tratado de sociologia do trabalho**. São Paulo: Cultrix, 1973. v. I, p. 445-468.

TOURAINÉ, A. Préface. In: STEUDLER, F. **L'evolution de la profession medicale: Essai d'analyse sociologique**. Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales, n. 2, 1973.

VIANA, Ana Luíza D'Ávila. **A América Latina no contexto de reformas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2002. Mimeografado.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **A americanização da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revam/UCAM/IUPERJ, 1998.

WHOSIS – Sistema de Informação Estatística da OMS. Disponível em: < <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm> >. Acesso em: 01 fev.2008.



Referência da aula

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de Especialização em Saúde da Família:** a qualidade na prestação do cuidado em saúde. Fortaleza, 2010.

TÓPICO 5 Créditos das Aulas



Créditos da Aula

Professor Conteudista:

Profa. Dra. Maria Valcecile Mota

Coordenação Pedagógica:

Profª. Dra. Andréa Silvia Walter de Aguiar

Gerência de Produção Didática

Profº. Diego Rodrigues Tavares

Transição Didática

Me. Silvania Maria Maia

Apoio Transição Didática

Maria Lucijane Gomes de Oliveira

Programação Web e Formatação

Luís Diego Pereira Cavalcante

Luís Ednardo Façanha Wenceslau

Design Gráfico

Alan Silva Oliveira dos Santos

Eliézer Nogueira Jr.

Mateus Pompeu

Normalização e Organização de Conteúdo

Ana Josiele Ferreira Coutinho

Maria Mirislene Vasconcelos Ferreira

Instituição parceira no desenvolvimento do Material Didático

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Medicina / UFMG (Nescon)



Equipe NUTEDS

Coordenador Pedagógico Geral

Profº. Dr. Luiz Roberto de Oliveira

Coordenação Executiva Interinstitucional

Raquel de Melo Rolim

Coordenação de Planejamento Pedagógico

Profª. Dra. Andréa Silvia Walter de Aguiar

Coordenação de Monitoramento e Avaliação

Profª. Dra. Lidia Eugenia Cavalcante

Coordenação de Tutoria e EaD

Profª. Dra. Andréa Soares Rocha da
Silva

Gerencia de Produção Didática e TI

Profº. Diego Rodrigues Tavares

Transição Didática

Ms. Silvania Maria Maia
Nídia Maria Barone

Apoio Transição Didática

Maria Lucijane Gomes de Oliveira

Programação Web e Formatação

Luís Diego Pereira Cavalcante
Luís Ednardo Façanha Wenceslau

Desenvolvedor de Sistemas Web

Wilmar Lima da Silva

**Normalização e Organização de
Conteúdo**

Ana Josiele Ferreira Coutinho
Maria Mirislene Vasconcelos Ferreira

Design Gráfico

Alan Silva Oliveira dos Santos
Eliézer Nogueira Jr.
Mateus Pompeu

Administração AVA – Moodle

Ms. Marcos Dionísio Ribeiro do
Nascimento

Suporte Moodle

Cleyson Carvalho Cândido

Suporte Técnico

Milício Custódio

Secretária Administrativo

Fabíola Narciso de Medeiros
Nalu Andrade

Apoio Administrativo

Regina Claudia
Mary da Silva Guimarães