

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

**O Cuidado Centrado na Vida:**  
***A Integralidade como Eixo Norteador da Assistência em***  
***Onco-hematologia no Instituto de Puericultura e Pediatria***  
***Martagão Gesteira***

**POR**

***Anna Carolina Coelho Araripe***

Rio de Janeiro

Dezembro/2005

Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Curso Técnico em Educação Profissional de Gestão em Serviços de Saúde

**O Cuidado Centrado na Vida:  
A Integralidade como Eixo Norteador da Assistência em Onco-  
hematologia no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão  
Gesteira**

**POR**

***Anna Carolina Coelho Araripe***

Monografia apresentada ao Curso de  
Educação Profissional de Gestão em  
Serviços de Saúde da Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

**Orientadora: *Ana Lúcia Abrahão da Silva*  
Co-orientadora: *Adriana Ribeiro Rice Geisler***

*Agradeço aos meus pais, pelo “colo” e pelas palavras de incentivo em momentos em que tudo parecia impossível; ao meu irmão, pela preocupação, companheirismo e paciência; a Carol, a Raquel e ao Francis, pelo apoio e incentivo, a Fernanda, Rodolfo e Lucas, pelas “discussões” exaustivas sobre os “caminhos” da gestão, a “equipe” do IPPMG, principalmente a Juliana e a Ana Paula, por acreditarem que esta pesquisa era possível e a Ana Lúcia e a Adriana, pelo estímulo e pelas críticas construtivas que auxiliaram no desenvolvimento deste trabalho.*

## Sumário

Resumo	05
Introdução	06
Capítulo I	
O Cuidado Integral como crítica a racionalidade biomédica hegemônica	07
Um pouco da história das políticas de saúde no Brasil: avanços e potencialidades	09
Capítulo II	
A integralidade como eixo (re) estruturante das práticas do cuidado e da gestão em saúde	13
A integralidade do cuidado no contexto da atenção hospitalar	17
A gestão hospitalar sob a perspectiva do cuidado integral	21
Capítulo III	
Metodologia	25
Capítulo IV	
Campo de investigação: Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira	28
O Serviço de Onco-Hematologia Pediátrica	31
Capítulo V	
Apresentação do Fluxograma Analisador	33
Diagrama do Fluxograma Analisador da Assistência	43
Considerações sobre o Fluxograma da Assistência	49
Conclusão	52
Referências Bibliográficas	54

## Resumo

Esta pesquisa aborda integralidade da atenção, tomando a gestão como viabilizadora do desenvolvimento de uma malha de cuidados integrais, ininterruptos e humanizados, por meio da articulação dos processos de trabalho em saúde.

Através do desenvolvimento de um fluxograma analisador será traçado um perfil da assistência onco-hematológica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) a fim de identificar os fatores que influenciam positiva ou negativamente a integralidade da assistência, contribuindo para a implantação de um modelo de gestão e de atenção voltado para o desenvolvimento da integralidade do cuidado.

**Descritores:** Gestão em saúde, Integralidade do cuidado, humanização.

## Introdução

Com a implantação do Sistema Único de Saúde grandes avanços foram conquistados, principalmente em termos de ampliação de cobertura e acesso. Apesar disto, ainda há uma série de dificuldades para o pleno desenvolvimento dos princípios do SUS, principalmente no que se refere à integralidade da assistência.

A partir de uma abordagem dos diversos aspectos da integralidade do cuidado esta pesquisa sistematiza conhecimento teórico e suas aplicações práticas no campo do planejamento e da gestão em serviços de saúde, fornecendo subsídios para profissionais e gestores no que diz respeito a uma das maiores lacunas a serem enfrentadas para o avanço na consolidação do Sistema Único de Saúde: a abordagem integral do sujeito.

Através da construção do fluxograma analisador, é traçado um perfil da assistência onco-hematológica desenvolvida no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira – IPPMG/UFRJ, possibilitando uma visualização detalhada do processo de trabalho no interior deste serviço, bem como a identificação de suas interfaces com atores externos.

A identificação dos “ruídos” que dificultam o processo do cuidado integral, contínuo e humanizado e a apreensão dos arranjos organizacionais, iniciativas, ações e programas, potencialmente capazes de contribuir para tal, fornecerão subsídios para o desenvolvimento de um processo de alteração no modo de produzir o cuidado aos serviços de saúde, materializado através de uma nova modalidade de trabalho em saúde, voltada para a apreensão das necessidades dos usuários.

## Capítulo I

### O Cuidado Integral como crítica a racionalidade biomédica hegemônica

*“Como todas as coisas são causadoras e causadas, auxiliadoras e auxiliadas, mediatas e imediatas, e todas se acham presas por um vínculo natural e insensível que une as mais afastadas e diferentes, parece-me impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, bem como conhecer o todo sem entender particularmente as partes.”*

PASCAL, Blaise

Nos últimos séculos, o acelerado processo de desenvolvimento tecnológico e a crescente especialização do saber médico-científico possibilitaram importantes avanços na área biomédica, como o nascimento da clínica, a teoria dos germes de Pasteur, no século XIX, até os recentes sucessos nos estudos de genética, imunologia e biotecnologia. Entretanto, tais avanços custaram um alto preço. Sob a perspectiva de que o corpo humano funcionava como uma máquina, a medicina optou por “desmontá-lo” para então estudar isoladamente e minuciosamente cada uma de suas “peças”. Afinal, seria mais “fácil” estudar o todo a partir de suas partes. Cada vez mais a biomedicina voltava-se para o particular/micro, procurando conhecer o todo a partir das partes, esquecendo-se de que é “impossível conhecer as partes sem [re] conhecer o todo, bem como conhecer o todo sem entender particularmente as partes” (Pascal, 1973).

Esta visão mecanicista teve reflexos sobre a organização das práticas e dos serviços de saúde. O conceito de saúde foi por muito tempo caracterizado como ausência de doença, isto é, inexistência de qualquer anomalia nos processos vitais, em relação ao padrão de funcionamento biológico estabelecido por médicos, enfermeiros, acadêmicos e pesquisadores. Esta concepção de saúde, extremamente reducionista, associada à crescente valorização da racionalidade técnico-científica e à superespecialização do saber técnico-científico, fragmentou o todo no processo de cuidado à saúde, reduzido à mera repetição dos conhecimentos habilitados pela ciência, baseados no binômio *queixa-conduta*. Deste modo, caberia a cada especialidade zelar por uma determinada “peça” ou “engrenagem”. O atendimento clínico descontextualizava o indivíduo, voltando-se para a doença e seus sintomas, se preocupando apenas com o “reparo” da complexa máquina denominada corpo humano. Os profissionais de saúde atentavam apenas para aquela “peça defeituosa” que era objeto do saber reconhecido cientificamente e estava sob sua “responsabilidade”.

Ao longo do tempo, as práticas em saúde foram voltando-se apenas para os aspectos que se referem à anatomia, à fisiologia, à patologia, desconsiderando a totalidade do paciente. Sua singularidade, emoções, crenças e valores, já não encontrava espaço na prática biomédica, sendo colocada em segundo plano. O doente se apagou diante da doença e o profissional de saúde se apagou diante da exigência do saber. Isto advém do fato de que o indivíduo foi reduzido ao seu organismo. O sujeito passou a ser visto como um conjunto de órgãos, onde cada um teria a sua função (Cecin & Feuerwerker, 2004).

O modelo biomédico hegemônico, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar as lesões e doenças, se afastou do sujeito humano sofredor enquanto totalidade viva, acolhendo a doença e não o sujeito, preferindo a quantidade e não a qualidade, preocupando-se com a causalidade e não com a finalidade, ocupando-se do diagnóstico e da medicação e não do cuidado. Esta abordagem fragmenta o todo, reduzindo o indivíduo a um somatório de órgãos e sistemas, inviabilizando a atenção integral à saúde.

A integralidade do cuidado surge como uma crítica a esse modelo biomédico pautado no diagnóstico e tratamento das doenças definidas pelo saber científico, em que há a priorização das alterações e lesões corporais em detrimento dos sujeitos e suas necessidades, reconhecendo que “a relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito (...) a relação não é de domínio sobre, mas de con-vivência. Não é pura intervenção, mas inter-ação.” (Boff, 1999 pág. 95)

Assim, segundo Xavier e Guimarães (2004) a construção da integralidade implica, necessariamente, em uma transformação no agir que o afaste da referência da intervenção e o aproxime da noção de cuidado, afinal é “praticamente impossível pensar em alguma ‘materialização’ da Integralidade na Saúde sem que haja fundamentalmente alguma relação com o cuidado, sem que haja ‘cuidar’, seja na íntima relação médico-paciente, seja na integração de saberes vários, seja na formulação de uma política ou sistema de saúde. (...) Promover o cuidado em seus vários aspectos é promover a Integralidade” (Xavier & Guimarães, 2004 pág. 142).

No entanto, a idéia é de um cuidar mais amplo do que a simples habilidade técnica, um cuidar pensado, baseado na preocupação, responsabilização e envolvimento com o outro. Nessa dimensão plural, cuidar significa acolher, integrar, humanizar, oferecendo ações e serviços de saúde resolutivas, centradas no sujeito e em suas necessidades singulares.

## **Um pouco da história das políticas de saúde no Brasil: avanços e potencialidades**

O modelo assistencial brasileiro foi fortemente influenciado por essa “racionalidade científica” hegemônica. Ao longo da década de 1970/80 a situação da saúde no país tornou-se insustentável. O sistema de saúde vigente, historicamente reconhecido pela sua ineficácia e ineficiência no enfrentamento dos problemas de saúde da população, contribuía para a conformação de um modelo de atenção à saúde excludente e pouco resolutivo, em que a dicotomia entre as ações de saúde pública e a assistência médica tornava-se cada vez mais evidente.

Desenvolvia-se uma política de saúde pública universal e com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis, e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com ênfase na assistência curativa. De modo que o direito a saúde integral e irrestrito ainda não era assegurado a todo cidadão brasileiro até o final da década de 1980 (Baptista, 2005).

Dentro deste contexto iniciou-se uma progressiva movimentação social que teria um desdobramento significativo na história das políticas de saúde. Com o respaldo teórico de estudos sobre as condições sociais e de saúde da população, o Movimento Sanitário questionava o paradigma biomédico hegemônico, criando o cenário que viabilizaria a constituição da Reforma Sanitária Brasileira.

Com processo de discussão da Reforma tornou-se necessário incorporar uma nova concepção de saúde, mais abrangente e capaz de compreender o indivíduo em sua totalidade. Neste contexto, emerge a compreensão de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS): *saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade* (Organização Mundial da Saúde, 1978).

Essa concepção ampliada de saúde orientou e deu unidade política ao processo de luta pela democratização da saúde. Fundamentados neste novo conceito de saúde, os reformistas criticavam o modelo de atenção à saúde vigente no país, propondo alternativas para a sua reestruturação. Buscava-se a extensão do direito a saúde a todo cidadão brasileiro, a integração de todas as ações de saúde (preventivas e curativas) em um único sistema, a participação popular e a descentralização da gestão administrativa e financeira.

Com a intensificação dos debates em torno da saúde e o processo de redemocratização do país, foi convocada a VIII Conferência Nacional da Saúde (VIII CNS) para discutir o modelo de atenção à saúde desenvolvido no país. Realizada em março de 1986, a VIII CNS contou com ampla participação de usuários, políticos, técnicos e trabalhadores da saúde. Inspirada nos ideais da Reforma Sanitária Brasileira, tinha como tema “*Democracia e Saúde*” e seus debates organizavam-se em torno de três eixos temáticos: *Saúde como dever do Estado e direito do cidadão, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial*. (Nascimento, 2005)

A VIII CNS apresentou importantes desdobramentos no processo de reformulação das políticas de saúde no Brasil. A partir da concepção de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu-se que, em seu sentido mais abrangente, a *saúde é a resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde* (Brasil, 1986). Além disto, seu relatório final fundamentou a elaboração da proposta de (re) estruturação do sistema de saúde brasileiro a ser defendida na Assembléia Nacional Constituinte, que se encarregaria da elaboração da nova Constituição Brasileira.

A atual Constituição Federal Brasileira, promulgada em outubro de 1988, realizou uma série de mudanças na estrutura e na política de saúde do país, impulsionada pelos debates ocorridos durante a VIII Conferência e, conseqüentemente, pelos ideais do Movimento da Reforma Sanitária. A saúde tornou-se direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). “Mas, para além do acesso universal, busca-se, com a implementação do SUS, a superação da histórica dicotomia existente entre serviços preventivos e curativos e a passagem da ênfase na assistência individual para a ênfase na prevenção de doenças e na promoção da saúde” (Silva & Lima, 2005 pág. 44). Assim, o texto constitucional delineou o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo como diretrizes básicas à *descentralização*, ou seja, distribuição das responsabilidades e recursos entre as três esferas governamentais; o *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais; e a *participação da comunidade*, também chamada de controle social. Tais princípios apresentam-se como uma “imagem objetivo”, ou seja, “um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas

práticas que são consideradas por alguns desejáveis” (Mattos, 2004 pág. 41), indicando a direção a ser seguida para a transformação da realidade.

Com a institucionalização do SUS iniciaram-se os debates e as negociações em torno da sua operacionalização. A fim de definir com maior nível de detalhamento os objetivos e atribuições do sistema de saúde, foi aprovada em 1990 a Lei Orgânica da Saúde (LOS nº 8.080/90), dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde. Para tanto, reafirma e regulamenta as diretrizes estabelecidas pela Constituição e define alguns princípios para o SUS como a *universalidade* do acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros, independentemente de vínculo empregatício ou contribuição previdenciária; a *equidade* na oferta de recursos de atenção à saúde, seguindo os critérios de justiça social, observando que todos os usuários são iguais e devem receber atendimento sem preconceitos ou privilégios; o *direito a informação* às pessoas assistidas sobre sua saúde; a *conjugação dos recursos* financeiros, materiais e humanos das três esferas de governo na prestação de serviços de saúde; dentre outros.

Os princípios e diretrizes do SUS definem para os gestores da saúde e governantes em geral quais as características desejadas para o modelo de atenção, ou seja, quais são as bases para a construção das políticas de saúde. A Constituição afirmou um direito e cabe ao Estado, na figura de seus governantes, implementá-lo. Entretanto, não é simples colocar em prática uma política tão abrangente (Baptista, 2005).

Apesar dos grandes avanços conquistados, principalmente em relação à expansão da rede de serviços e ações de saúde, a municipalização e a ampliação da capacidade gestora ainda há uma série de dificuldades para que o SUS se torne efetivamente universal, igualitário, humanizado e resolutivo no enfrentamento dos problemas de saúde individuais e coletivos da população. Embora o Movimento Sanitário tenha conseguido mudar a estrutura das políticas de saúde a serem desenvolvidas no país, ainda há uma forte tendência que aponta para a manutenção do modelo biomédico hegemônico, “procedimento-centrado”. Apesar da acelerada evolução na área biomédica, o cotidiano dos serviços de saúde brasileiros ainda é permeado por práticas fragmentadas e fragmentárias, em que o sujeito é reduzido a sua patologia, contribuindo para o fortalecimento de uma visão biologicista e tecnicista, onde o compromisso com a produção de saúde é cada vez menor. Afinal, Os profissionais e os serviços de saúde apreenderam durante anos uma prática em saúde essencialmente curativista, centrado na cura das doenças em detrimento da prevenção e

da promoção da saúde. A atenção à saúde estruturou-se em torno de uma lógica “hospitalocêntrica”<sup>1</sup> com ênfase no atendimento médico-hospitalar e na utilização crescente do aparato tecnológico (equipamentos e procedimentos).

Assim, as queixas dos usuários dos serviços de saúde, freqüentemente, referem-se à pequena responsabilização e resolutividade do atendimento. Portanto, é iminente a necessidade de resgatar os princípios do SUS, garantindo a transposição do texto constitucional para as práticas cotidianas. Deste modo, além de ser acessível a todo cidadão, o sistema de saúde deverá operar de modo articulado, no sentido de viabilizar a integralidade da atenção com qualidade e humanização do cuidado, tendo como objetivo central a prevenção e produção da saúde e não somente a cura de doenças.

---

<sup>1</sup> O termo “hospitalocêntrico” refere-se ao modelo de atenção à saúde centrado na assistência hospitalar. Neste modelo, em que os hospitais concentram grande parte dos recursos políticos, econômicos, humanos e tecnológicos, as ações e serviços desenvolvidos caracterizam-se pelo seu caráter essencialmente curativo.

## Capítulo II

### **A integralidade como eixo (re) estruturante das práticas do cuidado e da gestão em saúde**

A criação do Sistema Único de Saúde em 1988 representou uma evolução no modelo de atenção à saúde desenvolvido no Brasil. Entretanto, um breve olhar sobre o cotidiano dos serviços de saúde é suficiente para revelar a contradição entre essas conquistas estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada por usuários e profissionais de saúde.

Estruturado em torno da lógica da realização de procedimentos, com ênfase no complexo hospitalar, na utilização crescente de materiais e equipamentos e na produção de procedimentos, o modelo atual de atenção à saúde tem como resultado a fragmentação do cuidado e uma resolutividade muito aquém das necessidades da população.

Assim, um dos maiores desafios para governantes, gestores e profissionais de saúde na atualidade encontra-se em romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações em saúde, através de um processo de alteração no modelo de atenção à saúde. Substituindo este modelo biomédico hegemônico, essencialmente curativo e reducionista, por um modo de produção de cuidados comprometido com a defesa radical da vida, fundamentado na integralidade do cuidado.

A formulação do conceito de atenção integral e sua instituição como um dos princípios do SUS surgiu no contexto da reforma sanitária, como uma alternativa para a superação das dicotomias históricas entre preventivo/curativo e individual/coletivo, decorrentes da reprodução de práticas médicas reducionistas e da cisão entre as ações promovidas pela saúde pública e a assistência médico-hospitalar previdenciária.

A integralidade das ações de saúde foi definida como dispositivo jurídico-institucional com o intuito de assegurar aos indivíduos a atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão, em sua totalidade, dos indivíduos/coletividades em suas singularidades.

Nesta perspectiva, a Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080/90) define a integralidade como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, exigidos em cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Com esse princípio, o Estado compromete-se na garantia a todo e qualquer tipo de atenção à saúde, através da articulação dos diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal) e de atenção (primário, secundário e terciário) para a organização das políticas de saúde.

Como toda imagem objetivo, a noção de integralidade é polissêmica, correspondendo a conjunto de sentidos, cada um deles abordando uma particularidade do modo como os serviços e as práticas de saúde se desenvolvem.

Numa primeira aproximação, a integralidade da atenção pode ser compreendida como um esforço que os sujeitos implicados com a saúde (gestores públicos, pesquisadores, trabalhadores de saúde, movimentos sociais etc.) empreendem na busca pela satisfação das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos dos serviços de saúde. Nesse sentido destaca-se particularmente a articulação entre integralidade, universalidade e equidade. A visão (ampliada) da idéia de integralidade seria capaz de incorporar as propostas de integralidade (no seu sentido corrente), equidade e universalidade, constituindo-se, portanto, na essência da política pública de saúde. Entretanto, é preciso reconhecer que “a integralidade e a equidade, enquanto objetivos da atenção em saúde, vão além do simples ‘consumo’ ou acesso a determinados serviços e nos remetem ao campo da(s) micropolítica(s) de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos” (Cecílio, 2001 pág. 133).

No entanto, a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS instituída constitucionalmente. Seu significado é mais amplo que esta definição presente na legislação. No contexto do debate sobre os rumos do Sistema Único de Saúde, pelo menos três conjuntos de sentidos distintos podem ser identificados para este termo.

O primeiro refere-se às práticas de cuidado e de prestação de serviços de saúde, expresso na maneira como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram. Historicamente, a racionalidade técnico-científica privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais, dificultando, e até mesmo impossibilitando, a apreensão das necessidades mais abrangentes dos sujeitos. Deste modo, a atenção integral implicaria em uma recusa do profissional de saúde a fragmentação do sujeito e a redução das suas necessidades de ações e serviços de saúde à necessidade de identificar e dar resposta para a doença que suscita o sofrimento, ou seja, responder uma demanda espontânea. Isso pressupõe uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, incluindo desde as

ações de assistência e prevenção até o desenvolvimento de uma capacidade de contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas àquele sujeito, de modo a identificar os momentos propícios a tal oferta. Defender a integralidade aqui não implica deixar de lado todo o caudal de conhecimentos sobre as doenças e o processo de adoecimento que tem permitido tanto à medicina como à saúde pública alguns significativos sucessos, mas sim utilizá-lo de modo prudente, fundamentando-se em uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos sobre os quais as práticas de saúde incidem (Mattos, 2004).

Uma segunda definição relaciona-se ao modo como a rede de ações e serviços se organiza, criticando a estrutura dicotômica desenvolvida pelo sistema de saúde ao longo das décadas de 1960/70, em que as ações e instituições responsáveis pela saúde pública ficavam sob responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto os serviços e instituições que se ocupavam da assistência médica eram administrados pelo Ministério da Previdência Social. O cuidado integral, nesta abordagem, pressupõe certa horizontalização e articulação entre as diversas ações desempenhadas pelos serviços de saúde, tanto em relação aos diversos níveis de complexidade da atenção, como a prevenção e assistência. “O princípio da integralidade, em um dos seus sentidos, corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais” (Mattos, 2004 pág. 54). Nesta perspectiva, propõe-se a substituição dos programas verticais por políticas de atenção que articulem demanda programada e demanda espontânea, ações de saúde coletiva e atenção individual, prevenção e assistência, onde os profissionais e equipes de saúde organizem suas práticas observando a população que atendem e as suas necessidades, e não a partir de sua inserção específica neste ou naquele programa do Ministério.

Um terceiro sentido diz respeito às respostas governamentais aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional. A atenção integral neste contexto implicaria no desenvolvimento de políticas voltadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, sem descontextualizar os sujeitos sobre os quais incidem. É preciso reconhecer que necessidades diferenciadas da população devem ser enfrentadas por meio de ações governamentais também diferenciadas. Deste modo, deve haver certa “discriminação positiva”, em relação aos indivíduos ou grupos populacionais vulneráveis, quando políticas públicas de saúde forem formuladas (Mattos, 2001).

Para que seja alcançada da forma mais completa possível, torna-se imprescindível que a integralidade da atenção seja trabalhada nas suas diversas dimensões, reconhecendo que as práticas em saúde são sempre construções intersubjetivas, nas quais os profissionais de saúde se relacionam com sujeitos, e não com objetos. Isso implica em uma recusa ao reducionismo, através da construção de projetos terapêuticos individualizados que garantam que o sujeito e suas necessidades singulares sejam abordados em sua totalidade.

## **A integralidade do cuidado no contexto da atenção hospitalar (ou o hospital como espaço de construção da integralidade)**

Os sentidos da integralidade têm ocupado lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde, no sentido de garantir maior resolutividade, efetividade e acesso. Cada vez mais se torna evidente a necessidade de problematizar a organização dos serviços de saúde sob esta perspectiva, garantindo o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde em que o usuário seja envolvido por uma malha de cuidados integrais, humanizados e ininterruptos.

É inegável que houve um intenso desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde. Sofisticados aparelhos de diagnose, técnicas cirúrgicas cada vez mais avançadas associados à multiplicidade de medicamentos e ações na área da medicina preventiva possibilitam uma intervenção mais eficiente. No entanto, alguns serviços e profissionais de saúde não dispõem de tais avanços para realização do atendimento, ou quando dispõem, realizam-no desconsiderando as circunstâncias sociais, éticas, educacionais, psíquicas ligadas à saúde e à doença, fragmentando e descontextualizando os sujeitos sobre os quais as práticas em saúde incidem.

A busca pela integralidade do cuidado implica, necessariamente, em uma reflexão sobre aspectos importantes da organização dos processos de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde, voltada para a reestruturação dos serviços de saúde (Cecílio, 2001).

Os hospitais, historicamente reconhecidos como serviços mais ‘complexos’, têm sido encarados como lugares de finalização, responsáveis apenas pelo atendimento de demandas pontuais, superespecializadas e específicas. Assim, a integralidade no contexto hospitalar é freqüentemente reduzida a uma boa contra-referência para o serviço que encaminhou. “Temos desconsiderado que há espaço para (e necessidade de) escuta das necessidades singulares de saúde das pessoas e a criação de novas estratégias de qualificação e defesa da vida dos usuários, mesmo naqueles serviços pelos quais estão apenas de ‘passagem’, para consumo de um atendimento bem especializado” (Cecílio, 2001 págs. 118-119).

Quando um paciente procura atendimento médico, invariavelmente está buscando por cuidados que não se limitam simplesmente a livrar-se de um mal estar circunstancial. Diante da complexidade dos problemas de saúde-doença, em diversas

situações, os profissionais de saúde nem sempre vão conseguir ‘curar’ o adoecimento. No entanto, nenhuma pessoa que entra num serviço de saúde deve sair dele sem alguma resposta concreta desse serviço (Mattos, 2004). Nesse sentido, o cuidado pode ter papel importante diante das dificuldades encontradas pela população para utilizar os serviços e obter atenção integral (Pinheiro, 2001).

O cuidado pode contribuir para aliviar o impacto do adoecimento e o sofrimento, mesmo em situações onde a cura não é possível, ajudando os sujeitos a recuperar a autonomia sobre o seu “modo de andar a vida”, construindo novas perspectivas para enfrentar seus problemas. “A autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível” (Cecílio, 2001 pág. 115).

Por mais especializada que seja, a atenção hospitalar não pode deixar de fazer certa escuta de outras necessidades do paciente que vão além “desejo” de obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido a partir de uma experiência de sofrimento/doença. Apesar das necessidades de saúde serem individuais e humanas, em diversas situações, a demanda decorrente destas necessidades é modelada a partir da oferta de serviços de saúde (consultas, exames, medicamentos), uma vez que as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas e construídas (Sotz *apud* Cecílio, 2001).

Cabe a equipe de saúde escutar o indivíduo, identificando, além da demanda “manifestada”, as necessidades “ocultas” e “travestidas/distorcidas”, procurando articular os diversos saberes e práticas, para atender a todas as necessidades ou, quando não dispor de meios para atendê-las, garantir o encaminhamento para o serviço que tenha tal capacidade.

O hospital deve estar apto para, além atender a demandas espontâneas, resultantes da experiência do sofrimento, identificar outras necessidades ainda não explicitadas/verbalizadas. “A escuta dessas necessidades tem o potencial de ampliar a capacidade e as possibilidades de intervenção por parte dos trabalhadores de saúde em relação aos problemas daqueles que procuram os serviços de saúde” (Silva & Lima, 2005).

A “integralidade focalizada” desenvolve-se durante o encontro entre usuário e equipe/equipe no espaço concreto, singular e delimitado de um serviço de saúde. Neste contexto, pode ser encarada como uma síntese as pretensões da integralidade no espaço

da micropolítica de saúde. No cotidiano do hospital, quanto maior o esforço dos profissionais e equipes de saúde para identificar e atender as demandas e quanto maior a capacidade de *escuta-resposta* das necessidades individuais de saúde, maior será a possibilidade de se “envolver” o usuário em uma malha de cuidados integrais.

Frente a estas questões, é preciso (re) colocar o sujeito no centro do saber e da prática médica, proporcionando uma abordagem holística e interdisciplinar, através da ampliação da concepção do processo de saúde-doença e da compreensão do sofrimento decorrente do processo de adoecimento. A eficiência técnica e científica deve vir acompanhada de uma ética que considere a alteridade, respeite a singularidade e subjetividade, acolha o desconhecido e imprevisível, aceite os limites de cada situação e reconheça que cada pessoa adoecer de maneira particular não importando como os profissionais de saúde a classifiquem em tal ou qual categoria nosológica.

Nesta perspectiva, a integralidade do cuidado no contexto hospitalar seria o esforço para uma abordagem holística de cada pessoa adotando como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar todas as suas necessidades singulares. De forma a garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada. Sendo assim, “Tecnologia” e “Humanização” estariam combinadas a fim de proporcionar, a todos que buscassem atendimento em uma unidade de saúde, um cuidado cada vez mais completo e integral. (Cecílio & Merhy, 2003).

No entanto, o trabalho em saúde é permeado por diversas tecnologias, que em seu sentido ampliado, inclui, além dos tradicionais equipamentos e máquinas, certos saberes que são construídos para a produção de cuidados singulares e mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana (Merhy *apud* Abrahão, 2005).

Segundo Merhy, as tecnologias duras se referem ao que o uso comum chama de tecnologia, tais como máquinas, equipamentos, materiais, além das normas e estruturas organizacionais. São fundamentadas na produção de procedimentos dependentes de equipamentos. As tecnologias leve-duras são aquelas decorrentes do uso de saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, ligadas aos saberes tecnológicos que o profissional tem que ter para operar os demais tipos de tecnologias (saber-fazer). Já as tecnologias leves desenvolvem-se no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e paciente, referem-se modo como o profissional desenvolve o processo de intervenção, pressupondo um “cuidado” que envolva acolhimento, escuta e vínculo. (Merhy, 2003)

Nesse sentido, a partir da capacidade de “escuta” das necessidades daqueles que buscam atendimento hospitalar, todos os tipos de tecnologia têm que ser combinados com o intuito de responder, da melhor maneira possível, a tais necessidades. Articulando a assistência humanizada à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos. “Para os profissionais isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção” (Mattos, 2001 - Integralidade na prática ou sobre a prática da integralidade).

O desenvolvimento técnico e científico influenciou o modo como tais tecnologias disponíveis para a produção do cuidado em saúde seriam utilizadas e combinadas. Intensificou-se a incorporação de “tecnologias duras”, que seriam mais “complexas”, em detrimento das “tecnologias leves”. Entretanto, é necessário abandonar qualquer pretensão de hierarquizar estas tecnologias, substituindo a lógica de complexidade, pela idéia de “valor de uso” (Campos *apud* Cecílio, 2001), reconhecendo que a “dosagem” de cada tecnologia de saúde é sempre determinada pelas necessidades de cada pessoa, em cada momento de sua vida. Como afirma Cecílio: “A ‘hierarquia’ de importância do consumo das tecnologias, não a estabelecemos unicamente nós, técnicos, mas também as pessoas, com suas necessidades reais” (Cecílio, 2001 pág. 115).

A organização dos serviços e dos processos de trabalho no interior do hospital deve ter como pressuposto a idéia de que há necessidades diferentes de vínculos para diferentes pessoas em diferentes momentos, assim como diferentes necessidades de consumo de determinadas tecnologias de saúde, diferentes necessidades ligadas às condições de vida e diferentes necessidades de construção da autonomia no modo de andar a vida (Cecílio, 2001). Assim, os conhecimentos e tecnologias disponíveis, que se faziam cada vez mais particularizados e isolados, devem possibilitar um grande esforço de entendimento integrador e globalizante, no sentido de apreender e responder as demandas de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares, reconhecendo que as necessidades de saúde só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual.

## **A gestão hospitalar sob a perspectiva do cuidado integral**

Para enfrentar as graves lacunas quanto ao acesso à atenção integral a saúde, é preciso interrogar o cotidiano do hospital, pensar a qualidade do atendimento, a relação intrínseca entre os atores (usuários, gestores e profissionais de saúde) e os serviços que dão suporte às práticas do cuidado. O planejamento em saúde precisa atentar para as questões inerentes a disponibilidade e organização das ações e serviços de saúde, considerando que a gestão, a organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de ampliar a capacidade de escutar e atender as necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção. (Cecílio, 2001).

O hospital tem se organizado como um verdadeiro sistema, consumindo recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, para desenvolver certos processos internos que vão resultarem determinados produtos/serviços para os seus clientes. A construção da integralidade neste espaço depende diretamente da disponibilidade e do modo como estes recursos se articulam, relacionando-se, inclusive, com as práticas cotidianas dos profissionais de saúde envolvidos, direta ou indiretamente, com o cuidado.

O gestor tem papel fundamental no processo de coordenação do cotidiano do hospital. Cabe a ele “criar” as condições necessárias para que os demais profissionais, que atuam diretamente na assistência, desenvolvam práticas voltadas para o cuidado integral, garantindo, de acordo com o perfil de complexidade da instituição na qual está inserido, a disponibilidade de todos os tipos de tecnologias para promoção da saúde, desde equipamentos, insumos, medicamentos até o saber do profissional de saúde.

Em diversas situações, os médicos, principalmente, agem como clientes do hospital que lhe garante os insumos para a sua prática profissional: exames complementares, hotelaria, medicamentos, etc, inclusive o cuidado da enfermagem (Merhy, 2005). No entanto, os profissionais de saúde não devem “atuar” como clientes do hospital, mas sim agir como sujeitos implicados na construção da integralidade do cuidado que necessitam “operar” certas tecnologias para que isto aconteça.

A atenção hospitalar envolve uma quantidade significativa de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes multidisciplinares. A gestão deve compreender que “o cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, não importa a sua

‘complexidade’, está sempre atento à possibilidade e à potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não” (Cecílio, 2001 pág. 120). Deste modo, a organização de equipes multiprofissionais é fundamental para o cuidado integral, uma vez que estimula a interdisciplinaridade, favorecendo uma compreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos indivíduos. Assim, o cuidado hospitalar pode ser entendido como a síntese de múltiplos cuidados, que, necessariamente, envolvem o trabalho de diversos profissionais, que atuam como “operadores” das tecnologias e devem estar voltados para o desenvolvimento de um cuidado integral, com resolutividade, acolhimento, responsabilização e vínculo.

As organizações onde diversos atores entram em cena se caracterizam pela existência de opiniões e interesses distintos e, conseqüentemente, de projetos em disputa. No interior do hospital não seria diferente. Entretanto, deve haver certa direcionalidade para que o cuidado se materialize.

A coordenação dos hospitais deve atentar para o modo como cada um destes atores constrói suas práticas cotidianas, na medida em que a maneira como tais práticas se articulam causa certo impacto sobre a integralidade do cuidado.

O hospital é, tradicionalmente, permeado por diversas lógicas de coordenação do seu cotidiano. Pode-se identificar que, por diversas vezes, a coordenação de práticas, ou saberes diferentes no interior de um hospital é caracterizada por uma relação *comando-execução*, conduzida pelo ato médico. Segundo esta “lógica das profissões, corporações e/ou especialidades”, os profissionais de nível universitário (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais) que atuam diretamente na assistência aos pacientes, organizam, isoladamente, a maneira como trabalham. Estabelecem as escalas de trabalho, rotinas, trocas de plantão, como cobrir as faltas de colegas, solicitam outros pareceres técnicos etc. (Merhy, 2005).

Esta lógica pode causar, em alguns casos, certos conflitos, disputas e tensões, prejudiciais ao delicado processo de coordenação do cuidado. Por isso, as diversas lógicas de coordenação do cotidiano do hospital precisam ser mais bem compreendidas e trabalhadas na e pela gestão, para que haja um aperfeiçoamento e uma melhor “sintonia” do trabalho em equipe.

Os processos de trabalho no hospital devem estar voltados para o usuário e suas necessidades. As práticas cotidianas devem ser orientadas a partir da “lógica de unidades de produção”, em que múltiplos tipos de trabalhadores ou uma equipe

coordenam seus processos de trabalho, voltados para os serviços/produtos, contribuindo para a integração e a integralidade. Essa forma de coordenação é frequentemente adotada nas “áreas de meio”, que fornecem certo “suporte” a prática do cuidado, sejam elas mais técnicas, laboratório, radiologia, banco de sangue, serviço de esterilização de materiais, etc; ou mais administrativas (pessoal, finanças, manutenção, serviços gerais, almoxarifado etc. (Merhy, 2005).

O desenvolvimento de um modelo de atenção fundamentado na “lógica das unidades de produção” é uma potencialidade a ser explorada, entretanto, ainda existem outras dificuldades e contradições a serem trabalhadas pelo planejamento e gestão em saúde ao lidarem com a complexidade e a especificidade da micropolítica do trabalho em saúde.

Equipes e serviços de saúde seguem entendendo a atenção hospitalar como o somatório dos múltiplos cuidados realizados de forma dissociada, por diferentes serviços em diferentes momentos e circunstâncias. Esta concepção resulta em um modo de organizar o cotidiano do hospital desarticulado e desconexo, incoerente com as propostas de desenvolvimento de um cuidado integral, integrado e unificado.

A busca por uma abordagem integral do sujeito implicaria em uma gestão da micropolítica do cotidiano das unidades assistenciais voltada para a articulação dos diversos profissionais, equipes e serviços de saúde, imprimindo certa centralidade aos saberes e práticas. A coordenação dos hospitais deve atentar para as interfaces entre as equipes/serviços, estabelecendo fluxos e processos de trabalho voltados para uma abordagem holística do sujeito e suas necessidades de saúde (Merhy, 2005).

Contudo, a integralidade não pode ser pensada apenas dentro do espaço singular e limitado de um serviço de saúde. Frequentemente, ela “transborda” o espaço do hospital, uma vez que, o sistema de saúde encontra-se organizado em torno de uma lógica de “complexidade crescente”, ou seja, nem todos os serviços, insumos ou tecnologias necessários a um dado usuário em um dado momento, estarão disponíveis em uma mesma unidade. Assim, uma das atribuições do gestor é garantir a “articulação” da “sua” unidade de saúde com toda a rede de serviços do sistema. Considerando que a integralidade só será alcançada em rede, os fluxos internos e externos devem ser definidos, identificando os “pontos de conexão” entre profissionais, equipes, serviços e unidades de saúde.

Para a organização de modelos de atenção capazes de trabalhar com esta complexidade, voltados para a construção da atenção integral, o esforço de cada

profissional para proporcionar um cuidado integral, não fragmentado, com responsabilização e vínculo deve ser articulado, em uma perspectiva do trabalho em rede, pois as varias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas pelos diversos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde. A gestão em saúde precisa enxergar como o “micro” está no “macro” e o “macro” no “micro” (Cecílio, 2001), articulando as das múltiplas “integralidades focalizadas”, desenvolvidas no interior das equipes de saúde, para então alcançar a “integralidade ampliada” do cuidado em saúde.

## Capítulo III

### Metodologia

A pesquisa desenvolvida encontra-se no campo do planejamento e dos serviços de saúde, considerando o potencial de articulação da gestão na re-estruturação dos processos de trabalho no interior de um serviço de saúde. Nesta perspectiva, esta pesquisa tem caráter qualitativo, analisando o cotidiano de um serviço de saúde para o desenvolvimento de uma malha de cuidados integrais, ininterruptos e humanizados.

Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica que forneceu subsídios para a compreensão dos conceitos de integralidade do cuidado, qualidade da assistência, humanização dos serviços de saúde, e suas relações. Sem, contudo, desconsiderar a inclusão de outros conceitos na revisão bibliográfica, à medida que a pesquisa se desenvolveu e tal necessidade foi notada.

Um segundo momento consistiu na pesquisa de campo, que incluiu, além da coleta de dados e informações a respeito do campo de pesquisa, a observação participante do cotidiano da unidade de saúde, bem como a análise do cuidado, realizado através da construção do fluxograma analisador da assistência.

O fluxograma é um instrumento de gestão em saúde que viabilizará o estudo e problematização da prática do cuidado, a partir da observação dos processos e dos atores envolvidos, direta ou indiretamente, com a assistência.

Este instrumento é uma representação gráfica do fluxo do cuidado e do processo de trabalho em um determinado serviço, possibilitando a análise do perfil da assistência com certa profundidade e certo nível de detalhe. A partir da sua construção e análise, pode-se identificar os ruídos que estão acarretando prejuízo para o processo de trabalho e para o cuidado dos pacientes, ou seja, as falhas referentes ao que foi pactuado entre a equipe e à articulação desta com os demais serviços envolvidos na assistência.

Assim, torna-se possível a avaliação de aspectos importantes da micropolítica do trabalho em saúde e suas repercussões sobre o atendimento (Campos *et al*, 2003) a fim de propor estratégias para o desenvolvimento de um modelo de atenção fundamentado na lógica da “Linha do Cuidado” (Cecílio & Merhy, 2003).

Para a montagem do fluxograma foi utilizado o programa VISIO 3.0 – 1991-1994: Shapewre Corporation. Com o intuito de facilitar a visualização e a compreensão

de todo o fluxo, as diversas etapas da dinâmica do cuidado foram representadas através de alguns símbolos padronizados, são eles (Schiffler *et al.*, 2003):

**Círculo:** início do processo produtivo;

**Elipse:** representa fechamento, conclusões parciais ou final, saída de uma unidade produtiva;

**Retângulo:** processo, realização de exames, procedimentos, tratamentos;

**Paralelogramo:** informações relevantes, como as conclusões da equipe sobre diagnósticos com base em resultados de exames;

**Losango:** inflexão para informações sobre a história da doença, sintomas, queixas, possibilidades de resultados que podem mudar condutas terapêuticas, suspeita diagnóstica;

**Documento:** registros de resultados de exames, pareceres e de solicitações entre serviços.

Inicialmente, foi realizada uma reunião com a equipe do serviço para a apresentação do fluxograma analisador, procurando identificar pacientes que possam participar da apreciação. O projeto foi desenvolvido contemplando as seguintes etapas:

- Coleta de dados no prontuário, no senso diário da enfermagem e em outros documentos que forneçam informações a respeito da atenção prestada ao paciente.
- Identificação dos serviços e unidades assistenciais envolvidos no processo de cuidado de onco-hematologia.
- Entrevista não-estruturada com pacientes, cuidadores/acompanhantes e profissionais para coletar informações adicionais sobre o processo de cuidado.
- Síntese e sistematização dos dados coletados.
- Montagem do fluxograma.
- Análise do fluxograma e Identificação dos ruídos e suas possíveis causas.

Posteriormente, o marco teórico foi articulado com os dados coletados. Neste momento foi dada ênfase ao perfil da assistência traçado, a fim de apreender quais os fatores que influenciam positiva ou negativamente a integralidade do cuidado.

O campo de investigação escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa foi o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - IPPMG, hospital pediátrico da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

O Instituto de Puericultura e Pediatria, especializado nos problemas de saúde na infância, desenvolve ações nas áreas de ensino e pesquisa, além de prestar assistência a crianças de 0 a 13 anos, dedicando toda a sua capacidade de atendimento à clientela do Sistema Único de Saúde.

Dentre as especialidades pediátricas existentes no Instituto, a Onco-hematologia pediátrica foi eleita para o desenvolvimento do fluxograma analisador da assistência, em função da complexidade dos casos assistidos por este serviço.

## Capítulo IV

### Campo de investigação: Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira



O Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) foi inaugurado em 2 de outubro de 1953 e desenvolve ações nas áreas de ensino e pesquisa, além de prestar assistência a crianças de 0 a 13 anos em pediatria geral e em outras especialidades pediátricas. Localizado na Ilha do Fundão, o prédio do Instituto, cujo projeto arquitetônico é de autoria de Jorge Machado Moreira e do paisagista Roberto Burle Marx, foi o primeiro a ser construído no Campus da Cidade Universitária e recebeu o primeiro lugar na categoria de Edificação Hospitalar, na Segunda Bienal de Arquitetura do Estado de São Paulo, em 1953. Atualmente, suas instalações encontram-se inseridas no complexo de unidades acadêmico-assistenciais da UFRJ, e funcionam como sede do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina.

O IPPMG tem como missão o *desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, articuladas à assistência especializada, de média e alta complexidade para crianças e adolescentes do Rio de Janeiro, com excelência técnica, ética e humanizada, em consonância com os preceitos do SUS.*

Como unidade de ensino e pesquisa, oferece formação teórica e prática para os estudantes de graduação da Faculdade de Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. Anualmente, aproximadamente, 1.250 alunos e estagiários, participam de seus vários Programas de Educação Continuada. O Instituto também desenvolve Programa de Pós-Graduação *lato sensu*, incluindo residência médica em Pediatria geral e nas suas especialidades; Programa de Pós-Graduação

*stricto sensu*, com mestrado e doutorado vinculados ao Programa de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ; além dos cursos de especialização e aperfeiçoamento nas diversas áreas da pediatria e dos projetos de pesquisa na área de saúde da criança e do adolescente, vários com apoio e cooperação internacional da OPAS e da OMS.

Em relação às atividades assistenciais, esta instituição tornou-se um hospital de referência para atendimento de condições clínicas complexas, voltado para o atendimento especializado dos problemas de saúde na infância, sem, contudo, perder de vista a importância e a necessidade de desenvolver atividades assistenciais ligadas à atenção primária. Assim, tem ação destacada no campo da assistência pediátrica, dedicando toda a sua capacidade de atendimento à clientela do Sistema Único de Saúde. Além da sua Área Programática (AP 3.1), o Instituto também é referência para pacientes encaminhados das demais Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro, de outros municípios da área metropolitana do Grande Rio e de municípios da região dos lagos, norte e sul fluminense, como Magé, Macaé, Campos, entre outros.

O IPPMG conta com uma Unidade de Pacientes Externos (UPE), composta pelo Ambulatório Geral, pelos 22 (vinte e dois) Ambulatórios de Especialidades Pediátricas, pelos Setores de Emergência e Materno-Infantil; uma Unidade de Pacientes Internos (UPI), correspondente as enfermarias disponíveis no hospital; além do suporte técnico-laboratorial de diversos serviços de apoio diagnóstico.

Pediatras, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais de saúde são responsáveis pela assistência no Instituto, além dos professores do Departamento de Pediatria com experiência e formação de pós-graduação nas referidas especialidades, e alunos de Graduação e Pós-graduação, que se encontram sob a supervisão dos profissionais do IPPMG.

A assistência ambulatorial abrange as seguintes especialidades pediátricas: Alergia/Imunologia, SIDA Pediátrica, Cardiologia, Cirurgia Pediátrica, Dermatologia, Genética, Doenças Infecto-Parasitárias, Endocrinologia/Diabetes, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurologia, Nutrologia (Nutrição), Oftalmologia, Hematologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Reumatologia, Atendimento ambulatorial a adolescentes, Avaliação do Crescimento Normal e seus Desvios, além dos serviços de Psicologia, Fonoaudiologia, e Fisioterapia.

O Setor Materno-Infantil compreende o ambulatório de atendimento pré-natal, o setor de atendimento pediátrico e um setor de vacinação. O ambulatório de atendimento pré-natal atende a adolescentes grávidas, gestantes HIV ou de alto risco. O atendimento

pediátrico neste Setor prevê o acompanhamento de crianças de 0 a 12 anos, com ênfase nos menores de 5 anos, priorizando-se as Ações Básicas de Saúde.

O Serviço de Emergência Pediátrica encontra-se aberto 24 horas por dia, realizando atendimentos de urgência e emergência. A UPI inclui as 6 (seis) enfermarias pediátricas divididas por faixas de idade, com um total de 87 leitos, sendo 80 leitos pediátricos e 7 leitos de Cirurgia Pediátrica. Esta unidade oferece apoio ao Setor de Emergência e aos Ambulatórios, quando a internação de uma criança se faz necessária. O hospital dispõe ainda de uma enfermaria de Hematologia, onde são realizados os protocolos de tratamento de pacientes portadores de doenças onco-hematológicas.

Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico contam com Laboratório de Patologia Clínica, Laboratório de Anatomia Patológica, Laboratório de Bacteriologia, Laboratório de Imunologia, Laboratório de Genética, Serviço de Radiologia e Serviço de Medicina Transfusional (SMT).

Atualmente são desenvolvidos, em convênio com outras instituições públicas e privadas, diversos programas específicos voltados para Humanização Hospitalar, Acompanhamento da Criança Portadora de Anemia Falciforme, Acompanhamento da Criança Diabética, Atenção à Criança Vítima de Violência, Atendimento de Crianças com Risco e/ou Portadoras de Deficiências do Ambulatório de Desenvolvimento Neuropsicomotor (ADN), Erradicação da Febre Reumática, Acompanhamento Pré-natal para Adolescentes, Acompanhamento de Gestantes HIV Positivo e de Gestantes de Alto Risco, Assistência às Crianças Portadoras de Diarréia Persistente (PRODIAPE), Onco-hematologia pediátrica (Projeto Expande).

Paralelamente, são desenvolvidas ações de extensão, incluindo a capacitação de profissionais e de voluntários em novas propostas de atenção à saúde da criança e do adolescente. São exemplos destas atividades: a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância, desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS) em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); o Projeto Biblioteca Viva em Hospitais, em parceria com o MS, a Fundação ABRINQ e o Citibank e a Política de Humanização Hospitalar, proposta pelo Ministério da Saúde.

Assim, são atendidas, mensalmente, aproximadamente, 10 mil crianças e adolescentes em regime ambulatorial, 600 em pronto-atendimentos, 3.300 na emergência. Além disto, são realizadas, em média, 250 procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, 40 cirurgias e 200 internações por mês.

## O Serviço de Onco-Hematologia Pediátrica

O serviço de hematologia pediátrica do IPPMG foi iniciado em 1967 pela Dra. Liselloti Laun, médica hematologista pediátrica. Em 1967-68, foram tratadas as primeiras leucemias no IPPMG. Em 1982, Dra. Liselote Laun, trouxe da Alemanha e traduziu para o português, os protocolos de tratamento de leucemias agudas (Leucemia Linfoblástica Aguda- LLA e Leucemia Mieloblástica Aguda- LMA) do grupo cooperativo Berlin-Frankfurt-Münster (BFM).

No entanto, em 1986, Dra. Liselote retorna a Alemanha, sendo contratadas duas novas médicas para o serviço, a Dra. Maria Célia Guerra, ex-aluna e residente da UFRJ e Dra. Alice Maria Boulhosa de Azevedo, formada em Hematologia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Em 1998 o Dr. Marcelo Gerardin Poirot Land, médico do setor de Hematologia desde 1991, foi aprovado no concurso para professor de hematologia pediátrica, ocupando a vaga da Professora Liselote Laun que havia se aposentado. No ano seguinte, foi criado o Curso de Especialização em Hematologia Pediátrica, o primeiro aprovado pelo MEC no Brasil.

Com a reestruturação do projeto Expande pelo Ministério da Saúde no ano de 2000, o IPPMG foi selecionado para a implantação de um serviço de oncologia pediátrica. Uma das etapas para a implantação deste projeto foi à composição de uma equipe multiprofissional e de seu treinamento no Instituto Nacional do Câncer. Pela sua estrutura, o IPPMG tornou-se apto a tratar crianças com tumores sólidos, exceto os originários do sistema nervoso central, oftalmológicos e ósseos. Em setembro de 2002, o primeiro paciente portador de tumor sólido foi atendido na unidade.

A partir de então, o número de pacientes em tratamento de neoplasias hematológicas no serviço vem aumentando progressivamente. Em seis anos, o número de pacientes triplicou, de 22 pacientes registrados em 1999 para 66 em janeiro de 2005.

O atendimento a crianças com doenças hematológicas é voltado para esclarecimento diagnóstico, oferecendo informações à criança e seus familiares sobre a doença, evolução e prognóstico, e tratamento especializado, com o intuito de possibilitar uma melhor qualidade de vida para estes pacientes. São atendidos casos de anemias típicas da infância, carências hemolíticas, pancitopenias, leucopenias, trombocitopenias e neoplasias hematológicas.

Em relação às atividades de ensino, o Curso de Especialização em Hematologia Pediátrica continua sendo oferecido, contando com atividades teóricas e práticas, que incluem atendimento ambulatorial, enfermaria, aulas e seminários, com duração de 2500 horas, distribuídas pelo período de 2 anos. O serviço também atua como campo prático para a Graduação em Medicina, incluindo bolsistas do Programa de Iniciação Científica da Faculdade de Medicina da UFRJ, para Residência médica e para estágio dos alunos do Curso de Aperfeiçoamento em Pediatria, além de desenvolver um Programa de Educação Continuada.

Em agosto de 2005, a Vigilância Sanitária inspecionou as dependências do IPPMG, inclusive a área destinada ao ambulatório de Onco-hematologia, apontando a inadequação do espaço da quimioterapia. Assim, verificou-se a necessidade de revisão do espaço utilizado para o serviço para a sua adequação às normas vigentes. Neste momento a quimioterapia encontra-se funcionando em área provisória no ambulatório de especialidades, aguardando a reforma de novo espaço que irá instalar o serviço.

Atualmente, o serviço dispõe de ambulatório, laboratório, e enfermaria com 6 (seis) leitos exclusivos para a especialidade, no entanto são utilizados leitos das enfermarias de pediatria geral conforme as necessidades do serviço.

A equipe médica conta com 01 (um) professor adjunto, 06 (seis) médicos onco-hematologistas pediátricos (efetivos da Universidade) e 01 (um) médico anestesiológico (Projeto de Cuidados Paliativos e Tratamento da dor). O ambulatório de Onco-hematologia atende de segunda a sexta-feira, exceto a sala de quimioterapia, que funciona de terça a sexta-feira.

A partir das dificuldades enfrentadas pela equipe da onco-hematologia e dos problemas emergentes, em outubro de 2005, foram realizadas reuniões de planejamento, procurando discutir as questões pelas quais o serviço estava passando.

## Capítulo V

### Apresentação do Fluxograma Analisador da Assistência

O fluxograma analisador apresentado a seguir mostra-se como uma das tecnologias de gestão do trabalho, que permite identificar ruídos e quebras ocorridos nos processos de trabalho, propiciando avaliações da assistência desenvolvida nos serviços de saúde.

Após a exposição da dinâmica a ser adotada para o desenvolvimento da pesquisa, a equipe da onco-hematologia identificou dois casos para a realização da análise. Dentre eles, elegeu-se o caso de uma criança de 3 (três) anos, com diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), acompanhada pelo serviço de Onco-hematologia do IPPMG desde 2004. Esta escolha foi orientada pela complexidade deste caso e pelo tempo de tratamento na unidade, o que possibilitaria uma visão mais ampla dos processos no interior da onco-hematologia e suas interfaces com outros serviços.

Como a assistência oncológica desenvolve-se em etapas sequenciais ou concomitantes, repetidas diversas vezes em um curto espaço de tempo, alguns processos podem ser omitidos durante a construção gráfica do fluxograma, com o intuito de facilitar o entendimento e permitir uma visão mais ampla sobre o processo do cuidado. Entretanto, ao longo do relato do caso analisado, as etapas da assistência foram descritas, possibilitando uma apreensão mais detalhada das especificidades da assistência onco-hematológica.

A partir de informações obtidas através do prontuário e de entrevistas com a equipe de saúde do IPPMG e com familiares da criança, o fluxograma a seguir foi montado, dando ênfase às fases da assistência:

Em 16 de novembro de 2004 a criança foi admitida na Unidade de Pacientes Internos (UPI) do IPPMG, encaminhada do Hospital da Lagoa, onde buscou atendimento após receber o diagnóstico de câncer em um serviço particular em Friburgo, município de origem. Com indicação clínica de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) a criança permaneceu internada na enfermaria H (Hematologia) até o dia 30 de novembro de 2004 para confirmação diagnóstica e início do tratamento. Neste período, foram realizados diversos exames laboratoriais (Laboratório Geral, Laboratório de Imunologia e Laboratório de Bacteriologia), que confirmaram o diagnóstico de LLA,

e foram utilizados como critério para o início do tratamento quimioterápico. Além dos exames laboratoriais, foi solicitado um parecer à cardiologia, para uma avaliação pré-tratamento quimioterápico. O parecer foi emitido em 18 de novembro de 2004, após uma consulta no ambulatório de cardiologia e a realização de um ecocardiograma, indicando ausência de anormalidades.

**Ruído:** *O ecocardiograma não foi localizado no prontuário, há apenas o parecer médico, afirmando a normalidade e liberando o início do tratamento quimioterápico.*

No dia 17 de novembro de 2004 foi realizado Mielograma (Aspiração de Medula Óssea) e Punção Lombar. Após exames laboratoriais, verificou-se a necessidade transfusional de 1 (um) concentrado de plaquetas, realizada sem anormalidades pelo Serviço de Medicina Transfusional. Ao longo da internação foram realizadas mais 3 (três) transfusões sangüíneas, em 19/11/04 (Concentrado de Hemácias), 24/11/04 (Concentrado de Plaquetas), 28/11/04 (Concentrado de Plaquetas). Ao total, a criança recebeu 1 (um) concentrado de hemácias e 6 (seis) concentrados de plaquetas.

**Ruídos:** *Não há laudo do mielograma a e da punção lombar no prontuário.*

Em 29 de novembro, foi realizada uma Punção Lombar, e posteriormente, foram solicitados exames ao Laboratório Geral (Líquido Cefalorraquidiano, Citometria Global, Leucometria Diferencial, Dosagem de Glicose, Dosagem de Proteína, LHN no Líquido Cefalorraquidiano).

**Ruído:** *Não há laudo da punção lombar no prontuário.*

Semanalmente, foram solicitados exames ao Laboratório de Bacteriologia, dentre eles a Pesquisa para BGN-ESBL, realizada em 18, 22 e 29 de novembro.

**Ruído:** *O material coletado (fezes) no dia 29 de novembro para a realização da Pesquisa para BGN-ESBL só foi recebido em pelo serviço de bacteriologia no dia seguinte (30/11/04), às 12h59min.*

Durante a internação, foram realizados 4 (quatro) dias de quimioterapia. Além disto, a criança também recebeu atendimento da clínica da dor e cuidados paliativos. A médica responsável por este serviço conversou com a família a respeito da descoberta da doença, as perspectivas relativas ao tratamento. Os familiares da criança foram orientados a procurar o serviço social para esclarecimentos sobre as rotinas e tratamento e receber informações sobre os seus direitos e os direitos da criança enquanto paciente do IPPMG. Em 30 de novembro, antes da alta da primeira internação, o pai da criança

foi novamente encaminhado ao serviço social para receber orientações de rotina do ambulatório de onco-hematologia.

Em 02 de dezembro de 2004 a criança foi até o hospital para a realização de exames laboratoriais, retornando no dia seguinte para dar seguimento ao tratamento, realizando quimioterapia e Mielograma.

**Ruído: *O laudo do Mielograma não foi localizado no prontuário.***

No dia 06 de dezembro a criança deu entrada na emergência no hospital, queixando-se de dores abdominais e relatando episódios de vômito com sangue vivo. Após a consulta e a realização de exames laboratoriais (Contagem de Plaquetas, Hemograma, Amilase, Fibrinogênio, Glicose, TGO/AST, TGP/ALT) definiu-se como diagnóstico inicial: LLA associado à neutropenia e sangramento.

**Ruído: *Não foi possível a liberação de um resultado para o exame “Fibrinogênio”, pois a valor obtido está abaixo do limite de sensibilidade da curva de calibração ora em uso.***

Assim, procedeu-se a internação da criança na emergência devido a hemorragias digestivas. Novos exames (Contagem de Plaquetas e Hemograma), foram solicitados ao Laboratório geral para acompanhamento e avaliação do quadro clínico da criança.

**Ruído: *Apesar da hematoscopia referente ao hemograma solicitado ter sido realizada, a lâmina necessária para a composição deste exame foi, segundo o próprio laudo, precariamente confeccionada.***

Em 07 de dezembro, conforme orientação da hematologia, a criança recebeu alta da emergência e foi encaminhada para o ambulatório de quimioterapia para dar continuidade ao tratamento.

Entre 09 e 28 de dezembro, excetuando os dias 23 e 24, o tratamento segue de forma periódica: a criança vai ao hospital quatro vezes durante a semana. Na segunda-feira e na quinta-feira são realizados exames laboratoriais (Contagem de Plaquetas, Hemograma, Amilase, Fibrinogênio, Glicose, TGO/AST, TGP/ALT) para acompanhamento do tratamento. Na terça-feira e na sexta-feira, os resultados dos exames realizados no dia anterior são disponibilizados e avaliados em uma consulta no ambulatório de onco-hematologia, para a prescrição da quimioterapia a ser realizada naquele mesmo dia. Além disto, foram solicitadas uma urinocultura e uma hemocultura ao Laboratório de Bacteriologia em 17/12/04 e no dia 21/12/04 foram realizadas uma Aspiração de Medula Óssea e uma Punção Lombar.

**Ruídos:** *Em 16/12/04, 20/12/04 e 27/12/04 o exame “Amilase”, realizado pelo Laboratório Geral, foi suspenso por falta de reagentes; o resultado dos exames realizados em 20/12/04 só foi disponibilizado em 28/12/04.*

Em 07 de janeiro de 2005, a criança retornou ao hospital para consulta no ambulatório de onco-hematologia e realização de uma Punção Lombar. No dia anterior (06/01/05) foram realizados exames de rotina para acompanhamento do tratamento e liberação da Punção Lombar.

**Ruídos:** *O Laboratório Geral não pode realizar o exame, pois o Hemograma havia coagulado; não há laudo da punção lombar no prontuário.*

Neste mesmo dia, a criança é internada devido à intercorrências clínicas, permanecendo no hospital até 15/01/05. Ao longo da internação foram realizados alguns exames no Laboratório Geral, dentre eles hemograma completo e contagem de plaquetas. Além disto, a criança realizou uma transfusão sanguínea, contendo um concentrado de hemácias. O 2º e o 3º bloco de Ara C foram realizados durante a internação em 07/01 e 14/01, respectivamente.

Em 25/01/05 a criança retornou ao ambulatório de onco-hematologia para a quimioterapia (4º bloco de Ara C). Durante a consulta, a quimioterapia é liberada e os exames laboratoriais a serem realizados como critério para a próxima quimioterapia são agendados, como de costume. Deste o modo, o retorno da criança ao hospital é marcado para 01/02/05, para a realização da quimioterapia e de uma Punção Lombar.

**Ruído:** *A quimioterapia é “suspensa”, entretanto não há qualquer justificativa no prontuário a respeito. A mãe da criança informou que, durante o tratamento, uma dose da quimioterapia havia sido adiada, pois a criança estaria em jejum para a realização de um determinado exame, que acabou atrasando, fazendo com que a criança passasse mal, chegando até mesmo a desmaiar.*

Devido à “suspensão” da quimioterapia programada para 25/01/05, a criança retorna ao hospital em 28/01/05, realizando a quimioterapia que havia sido “adiada” e a Punção Lombar programada para 01/02/05. Além disto, novos exames foram solicitados ao Laboratório Geral (Hemograma e Contagem de Plaquetas). Em 31/01/05 são realizados outros exames laboratoriais (Hemograma, Contagem de Plaquetas, Uréia e Creatinina) como critério para quimioterapia a ser realizada em 01/02/05.

**Ruído:** *Os resultados dos exames solicitados em 28/01/05 e 31/01/05 foram disponibilizados apenas em 03/02/05, fazendo com que a quimioterapia programada para 01/12/05 fosse adiada para 04/02/05.*

Os resultados dos exames solicitados em 28/01/05, 31/01/05 e em 04/02/05 são avaliados em 04/02/05 em uma consulta ambulatorial, que além disto, prescreve a quimioterapia a ser realizada naquele dia e solicita novos exames.

No dia 17 de fevereiro a criança foi admitida na Emergência, pois apresentava febre, tosse rouca e esforço respiratório leve. Após um pronto-atendimento, foram solicitados EAS e hemocultura (Laboratório de Bacteriologia), além do Raio X de tórax, definindo-se que a criança apresentava um quadro de laringite e neutropenia. O exame físico segmentar e o Raio X não apresentavam alterações. A conduta a ser seguida previa a internação na emergência, com acompanhamento da curva térmica de modo rigoroso (4 em 4 horas), dieta própria para casos de neutropenia (sem alimentos crus ou traumatizantes) e nebulização. No entanto, a necessidade de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), fez com que a criança fosse transferida para outra unidade de saúde.

***Ruído: Em 19/02/05, devido à necessidade de uma UTI, e a indisponibilidade deste tipo de serviço de saúde no interior do IPPMG, a criança foi transferida para um hospital particular, uma vez que houve certa dificuldade para a obtenção de um leito de UTI pediátrico na rede do SUS.***

Em 25/02/05 após a internação, a criança retorna ao Ambulatório de Onco-Hematologia para dar prosseguimento ao tratamento. São solicitados alguns exames (Hemograma completo, Contagem de plaquetas e Creatinina) ao Laboratório Geral.

No dia 08 de março de 2005 iniciou-se uma fase do tratamento em que havia a criança ficaria internada por três ou quatro dias, em intervalos de dez dias por quatro eventos consecutivos. Assim, novos exames foram solicitados com critério para a quimioterapia de administração contínua e infusão, a ser realizada durante uma internação de 4 (quatro) dias. Após a avaliação do resultado destes exames, a criança foi internada para quimioterapia referente ao 1º bloco de metrotexate (MTX) do protocolo M, permanecendo no hospital até 11 de março, quando recebeu alta. No dia 09 de março, pela manhã, foi realizada uma punção lombar para o acompanhamento do tratamento. No dia 10, foi solicitado um parecer a Dermatologia, pois criança apresentava uma lesão no pé esquerdo. No mesmo dia o parecer foi emitido, contemplando, inclusive, a conduta a ser seguida (orientações e medicação a ser utilizada).

***Ruído: Não há laudo da punção lombar no prontuário.***

No dia 21 de março de 2005 a criança foi admitida na UPI para uma internação para quimioterapia de administração contínua e infusão, referente ao 2º bloco de

metrotexate do protocolo M. Após a realização do exame físico segmentar e de exames laboratoriais (Hemograma, Contagem de Plaquetas, Creatinina) a quimioterapia foi liberada. Também foram solicitados exames ao Laboratório de Bacteriologia.

**Ruído:** *A Coleta de material para a realização dos exames solicitados ao Laboratório de Bacteriologia foi realizada em 21/03/05. No entanto, o Material coletado foi recebido em 22/03/05.*

Em 22 de março foi realizada uma Punção Lombar conforme prescrição médica, sem intercorrências. Após 3 (três) dias de quimioterapia, a criança recebeu alta em 24/03/05, seguindo em tratamento ambulatorial.

**Ruído:** *Não há laudo da punção lombar no prontuário.*

Entre os dias 05 e 08 de abril de 2005 a criança esteve internada para a realização do 3º bloco de metrotexate relativas ao protocolo M. Novamente, foram realizados exames laboratoriais (Contagem de plaquetas, Creatinina, Hemograma). Entretanto, durante esta internação, a criança foi acomodada em outra enfermaria, diferente da Onco-hematologia. Assim, além dos médicos que estavam de plantão naquela enfermaria, a criança também recebia a visita de um médico da onco-hematologia, que acompanhava a evolução da criança e prescrevia a quimioterapia. Ao todo, foram realizados 4 (quatro) dias de quimioterapia e uma punção lombar sem intercorrências. Segundo o sumário de alta, a criança deveria retornar em 18 de abril de 2005 para continuar o tratamento ambulatorial.

**Ruídos:** *A mãe da criança relatou que há uma diferença entre a assistência prestada na enfermaria da onco-hematologia e nas outras. Há maior integração da equipe e maior “cuidado” na hematologia; A AIH referente a esta internação não foi localizada pelo serviço de contas médicas, apesar de constar na lista das AIHs que teria sido enviadas para serem faturadas; o laudo da Punção Lombar não foi localizado no prontuário.*

A criança retornou ao hospital em 12/04/2005, antes da data prevista, pois apresentava febre e diarreia, sendo admitida na emergência, onde recebeu atendimento. Alguns exames, como a hemocultura (sangue e fezes) e a pesquisa rotavírus, foram solicitados ao Laboratório de Bacteriologia.

No período de 18 a 21 de abril de 2005 a criança esteve internada para a realização de outra quimioterapia de administração contínua e infusão liberada após a realização de um exame físico e de exames laboratoriais (Contagem de plaquetas, creatinina, hemograma completo). Ao longo desta internação foram realizadas 3 (três)

dias de quimioterapia referentes ao protocolo M (4º bloco MTX). Em 18/04/2005 às 22 horas, a mãe da criança questionou a equipe de saúde que estava de plantão na enfermaria a respeito de uma medicação (mercaptopurina) que ainda não havia sido realizada naquele dia, sendo informada que tal medicação só seria realizada no dia seguinte, por volta das 6 horas da manhã, pois, segundo a prescrição médica, era necessário que a criança estivesse em jejum. Após a mãe da criança conversar com a enfermeira, a realização de tal medicação foi autorizada e realizada logo em seguida.

No dia 19 de abril, além da quimioterapia e outras eventuais medicações foi realizada uma Punção Lombar. Durante a noite houve um episódio de evacuação com sangue, acompanhado pela médica que estava de plantão na enfermaria que, depois de examinar a criança, prescreveu uma medicação para tal problema, recomendando observação por parte da mãe e da equipe que acompanha a criança. No dia 21 de abril a criança recebeu alta da internação e retornaria ao ambulatório em 10 de abril para o início do Protocolo 2 e realização de mielograma.

***Ruído: o laudo da Punção Lombar não foi localizado no prontuário.***

No dia 10/05/2005, como foi agendado, a criança retornou ao ambulatório, com o resultado dos exames (Hemograma completo, contagem de plaquetas, creatinina, TGO/AST, TGP/ALT, fosfatase alcalina e Lactato desidrogenase – LDH) feitos no dia anterior (09/05/2005). Iniciou-se o protocolo 2, referente a re-indução, nesta fase, a criança e realizou-se um Mielograma (Aspiração de medula Óssea) e uma Punção Lombar.

***Ruído: Não há laudo do Mielograma e da Punção Lombar no prontuário.***

Após uma semana, em 17/05/2005 a criança realizou exames laboratoriais (Hemograma, contagem de plaquetas e LDH), além de um mielograma e de uma punção lombar.

***Ruído: Não há laudo do Mielograma e da Punção Lombar no prontuário.***

Em 24/05/2005 e 31/05/2005, novos exames laboratoriais (Hemograma e contagem de plaquetas) foram solicitados para a liberação da quimioterapia, realizada logo após a liberação do resultado destes exames.

No dia 06 de junho de 2005 a criança foi admitida no ambulatório de quimioterapia para a realização da quimioterapia.

***Ruído: A prescrição da quimioterapia a ser realizada, bem como o resultado de qualquer exame que poderia ter sido solicitado como critério para esta quimioterapia não foram localizados no prontuário.***

Em 07/06/2005 foram solicitados novos exames laboratoriais (Hemograma e Contagem de Plaquetas) e a quimioterapia programada para aquele dia foi liberada após uma consulta no ambulatório de Onco-hematologia.

Em 14/06/2005 novos exames laboratoriais (TGO/AST, TGP/ALT, GGG, Amilase, Hemograma, Contagem de Plaquetas, Fibrinogênio, Glicose) foram solicitados e a quimioterapia programada para aquele dia foi realizada.

Em 16/06/2005, foram solicitados exames laboratoriais (Hemograma, Contagem de Plaquetas, Uréia, Creatinina) com critério para quimioterapia, realizada naquele mesmo dia e no dia seguinte. Em 17/06/2005 além da quimioterapia, foi realizado também um Mielograma.

**Ruído: Não há laudo do mielograma no prontuário.**

Em 21/06/2005 realizou-se, além quimioterapia, Punção Lombar. Também foram solicitados, exames (TGO/AST, TGP/ALT, Amilase, Hemograma, Contagem de Plaquetas, Fibrinogênio, Glicose), cujos resultados foram liberados em 24/06/04.

No dia 27/06/2005 houve uma solicitação de exames do Laboratório de Bacteriologia, cujo solicitante/destino era o serviço de emergência.

**Ruído: Não há qualquer referência ao atendimento na emergência. O boletim de atendimento não foi localizado.**

Em 05/07/05, após a realização de exames (Hemograma e Contagem de Plaquetas), o 2º bloco de Ara C é agendado para 1 (uma) semana depois. No entanto no dia 08/07 há solicitação de exames ao Laboratório de Bacteriologia (cultura) e ao Laboratório de Imunologia (anti HIV 1/2, anti htlv I/II, HBsAG, anti HBC , anti HBS, anti HCV), cujos destinos eram os serviços de emergência e hemoterapia, respectivamente.

**Ruído: Não há qualquer referência ao atendimento na emergência/hemoterapia. O boletim de atendimento não foi localizado.**

No dia 19 de julho, a criança retorna ao hospital e, após exames laboratoriais (Urina, Creatinina, Ácido Úrico, TGO/AST, TGP/ALT, LDM, Hemograma e Contagem de Plaquetas) cujos resultados são liberados no mesmo dia, realiza quimioterapia e Punção Lombar.

**Ruído: O resultado da Punção Lombar não foi localizado no prontuário.**

Em 25/07/2005 novos exames são realizados (Hemograma, Contagem Plaquetas, Tromboplastina Parcial TTPa, Tempo e Atividade Protombínica e Fibrinogênio). No

dia seguinte, (26/04) a quimioterapia referente a última dose do protocolo 2 é administrada.

**Ruído: *O exame “fibrinogênio” não foi realizado pelo Laboratório Geral devido a falta de reagente.***

Em 08/08/05, a criança vai ao ambulatório de onco-hematologia para, após a avaliação do resultado de exames (Contagem de plaquetas e Hemograma) realizados naquele dia, iniciar a manutenção definitiva do tratamento, retornando após 1 semana (15/08/2005) para uma consulta no ambulatório de hematologia, após a realização de exames laboratoriais (TGO/AST, TGP/ALT, hemograma, contagem de plaquetas, uréia, creatinina). No dia seguinte (16/08/2005), conforme prescrito durante a consulta foi realizada a Punção Lombar e o Mielograma.

**Ruído: *Os laudos da Punção Lombar e do Mielograma não foram localizados no prontuário.***

Em 18/08/2005 após consulta no ambulatório, exames laboratoriais para o acompanhamento do tratamento são realizados (hemograma e contagem de plaquetas). Após a liberação do resultado destes exames, em 22/08, a criança retorna ao ambulatório, novos exames são solicitados (Hemograma, Contagem de Plaquetas, Glicose, Creatinina, TGO/AST, TGP/ALT, Fosfatase Alcalina, Gama Glutamil Transferase – GGT) e ficam pronto no mesmo dia.

A partir de então, a criança passa a ir até o hospital de 2 (duas) em duas semanas para realização de exames e acompanhamento. Assim, em 05/09 há solicitação de exames (hemograma, contagem de plaquetas, glicose, creatinina, TGO/AST, TGP/ALT).

**Ruído: *Todos os exames solicitados ficaram prontos naquele mesmo dia, com exceção da “contagem de plaquetas”, que ficou pronta apenas no dia seguinte (06/09), um exame de rotina para pacientes onco-hematológicos.***

No dia 19/09 novos exames são realizados (hemograma e contagem de plaquetas). Após consulta no ambulatório, prescreve-se uma Punção Lombar realizada no dia seguinte.

**Ruído: *O laudo da Punção Lombar não foi localizado no prontuário.***

Em 03/10 foram realizados exames laboratoriais (hemograma, contagem de plaquetas, TGO/AST, TGP/ALT, GGT). Neste dia, o resultado da citogenética foi disponibilizado e avaliado pela equipe médica.

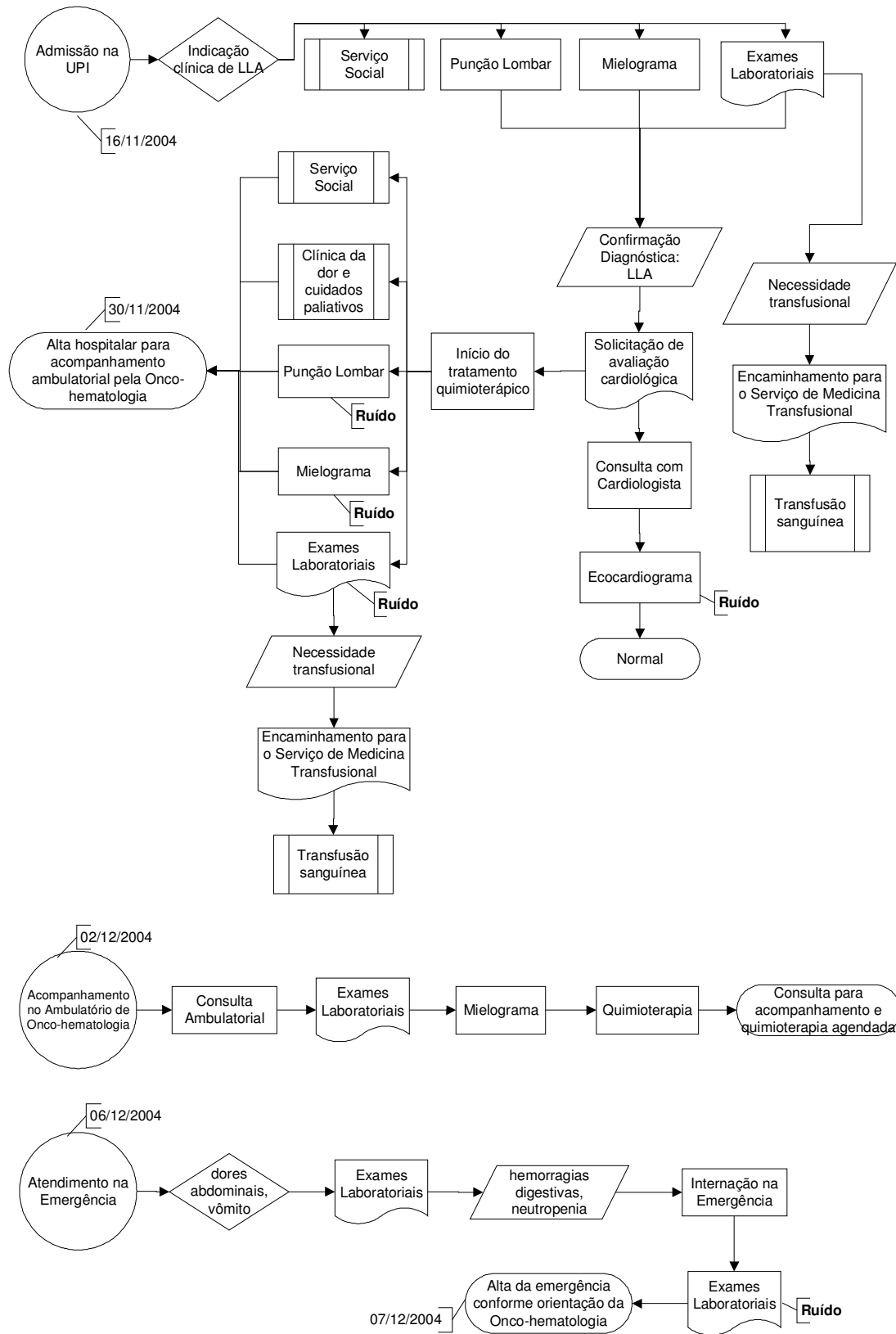
**Ruído:** *A “citogenética” é um exame solicitado logo após a confirmação diagnóstica, pois define o prognóstico, interferindo no tratamento a ser adotado. Seu resultado deve ser avaliado até 45 (quarenta e cinco) dias após o início do tratamento.*

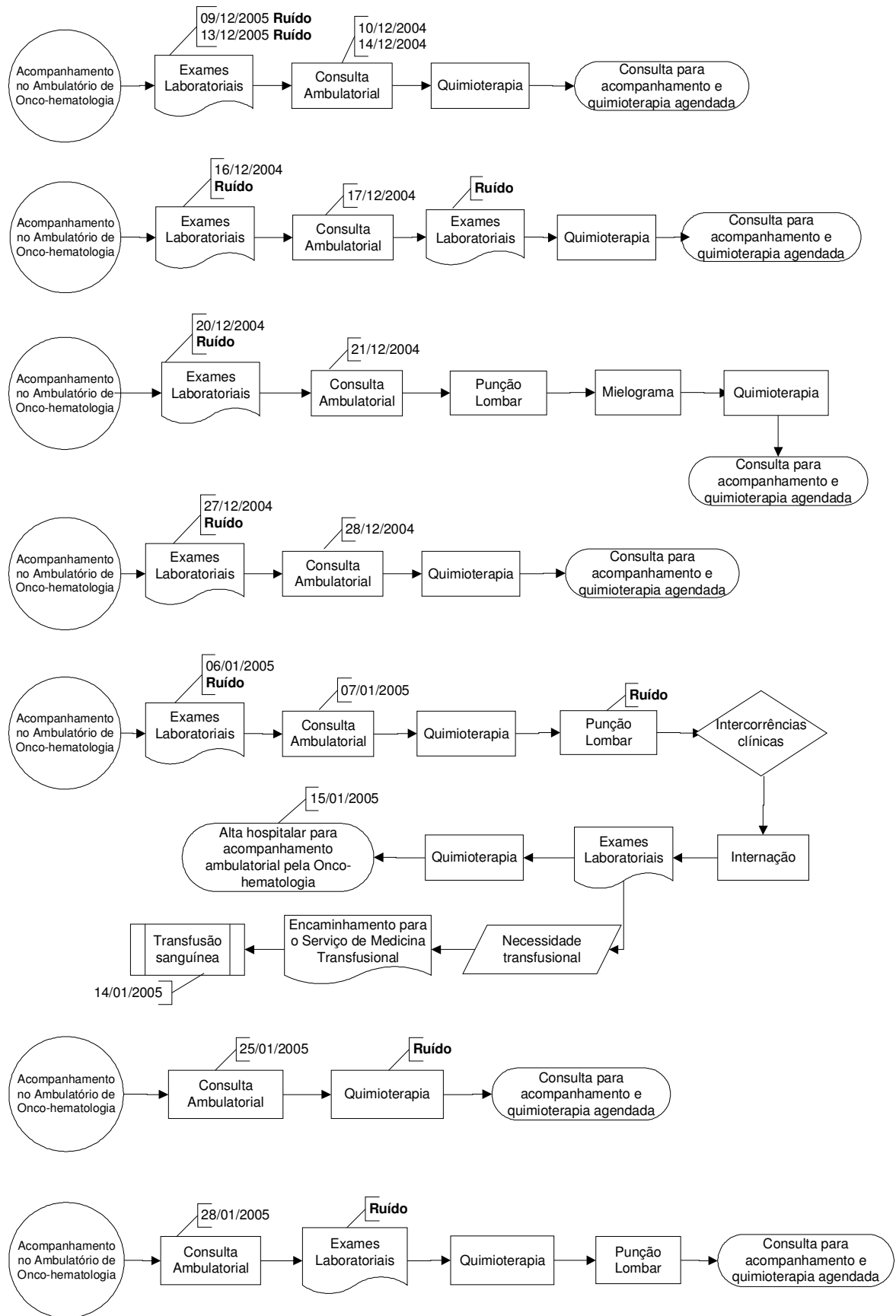
Em 17//10/05 a criança retorna ao ambulatório para uma consulta de monitoramento do tratamento. Foi prescrita uma Punção Lombar, realizada sem intercorrências no dia seguinte.

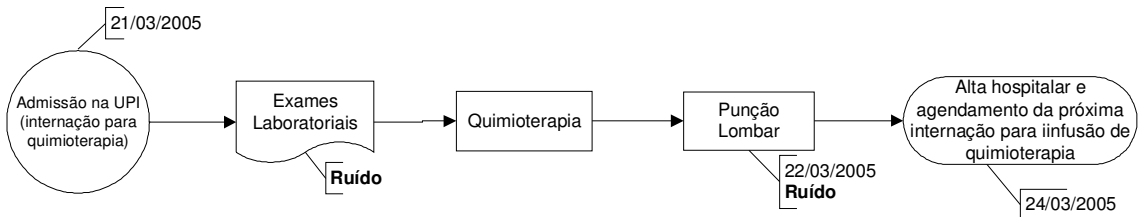
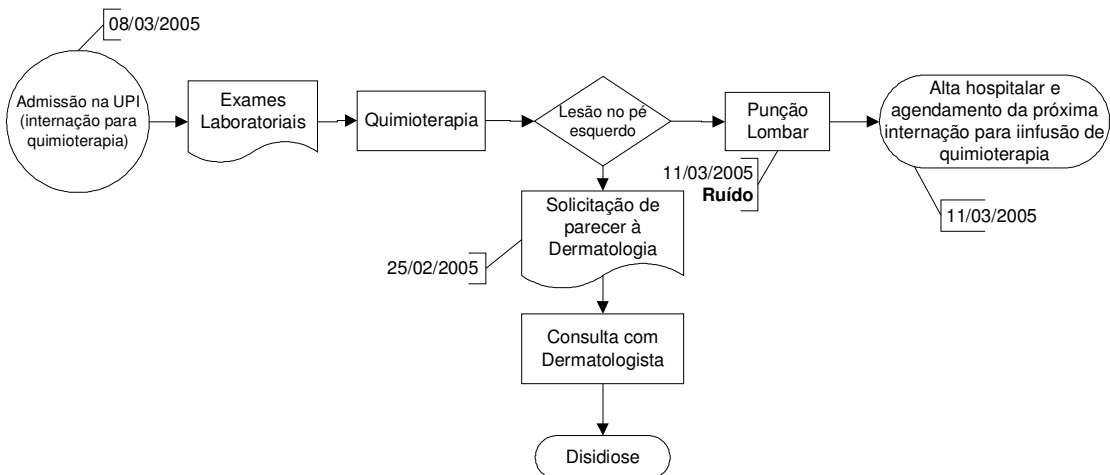
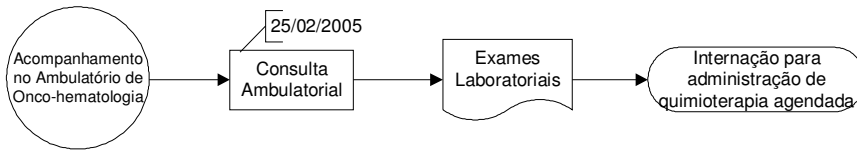
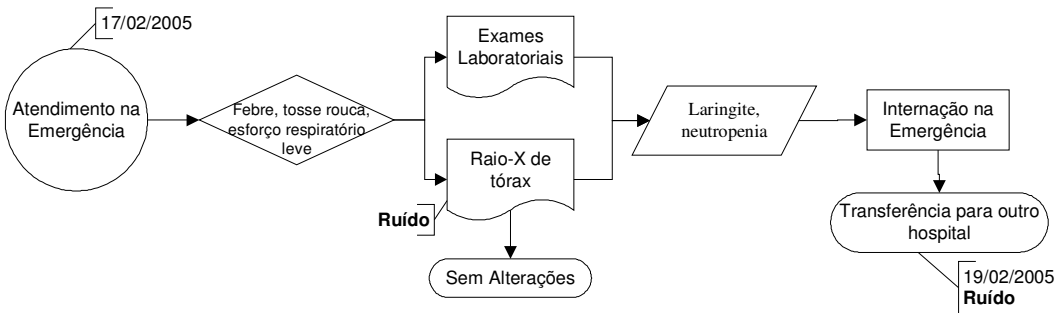
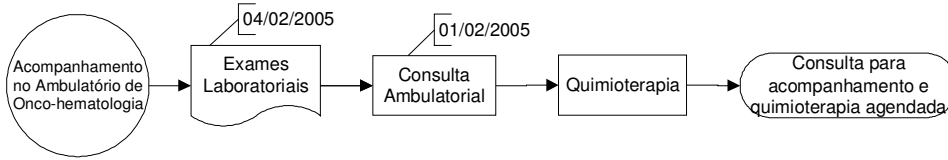
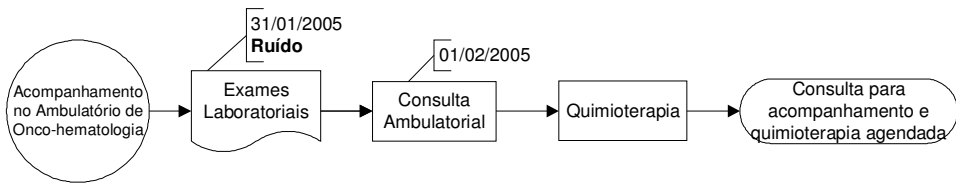
**Ruído:** *Nenhum exame que pudesse ter sido solicitado para avaliação do quadro clínico da criança e para a liberação da Punção Lombar realizada foi localizado, Não há laudo da punção lombar no prontuário*

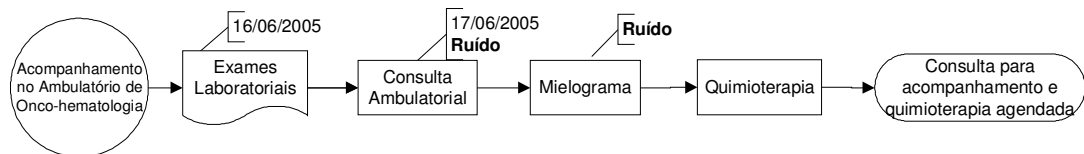
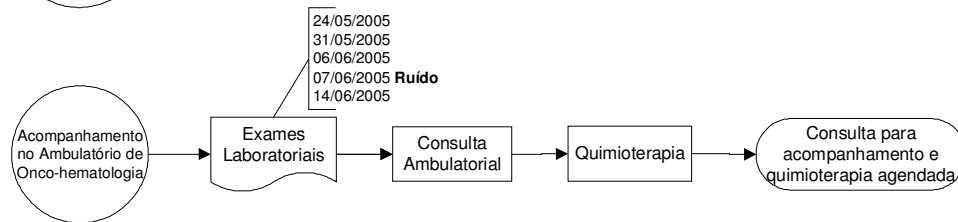
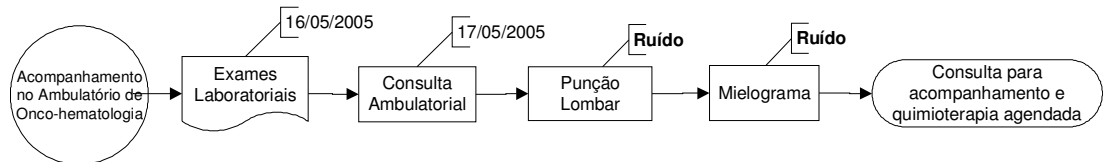
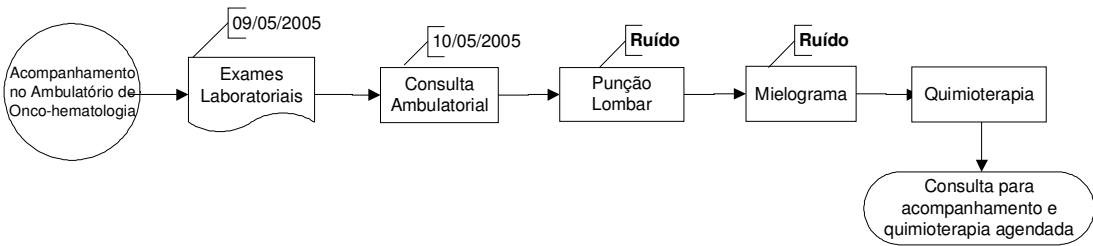
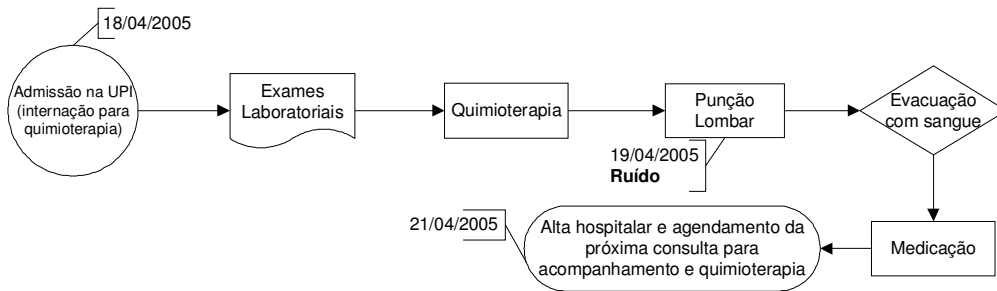
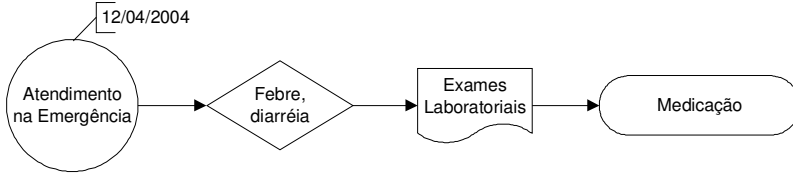
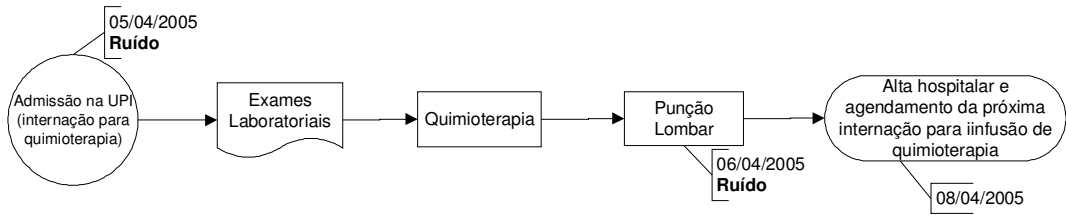
No dia 31/10 são realizados exames laboratoriais (hemograma e contagem de plaquetas) após os quais a criança faz uma consulta no ambulatório de onco-hematologia para acompanhamento e controle do tratamento.

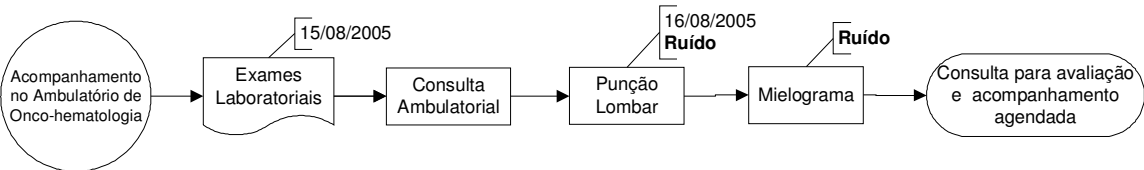
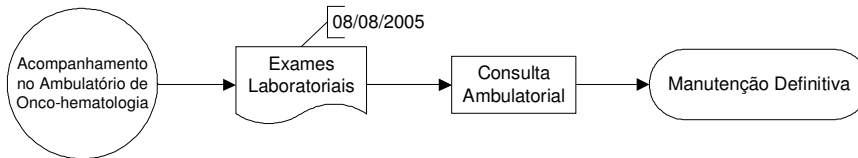
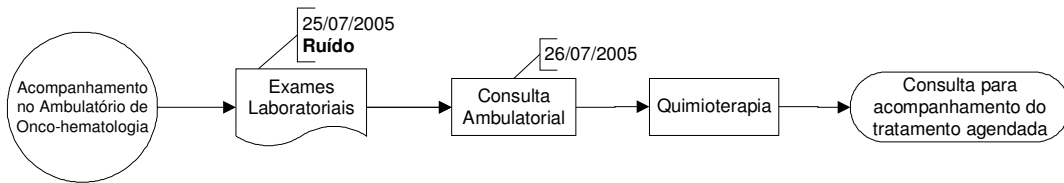
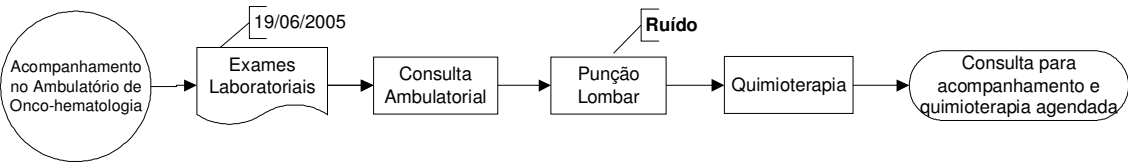
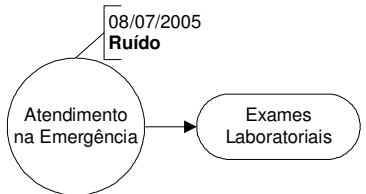
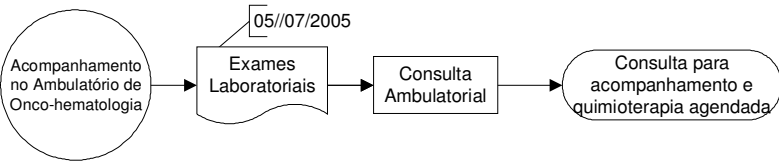
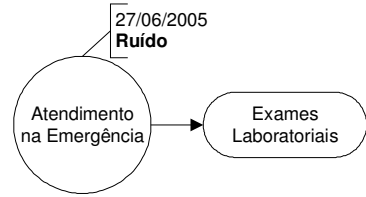
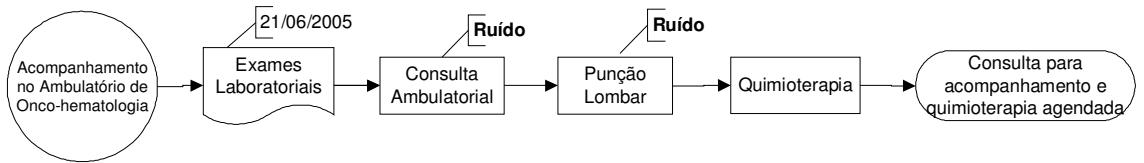
## Diagrama do Fluxograma Analisador da Assistência

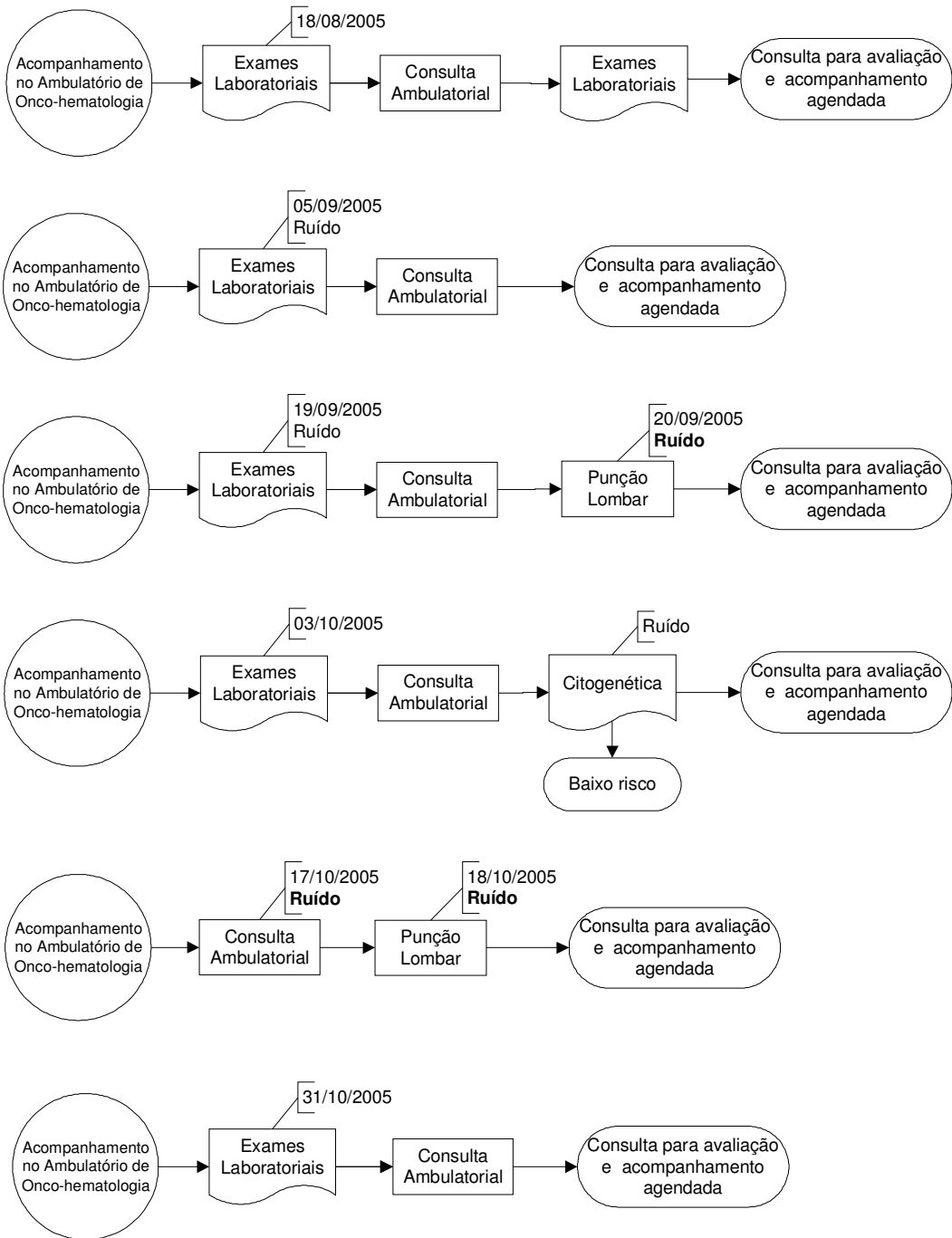












## Considerações sobre o Fluxograma da Assistência

Através da análise do fluxograma desenvolvido e da observação do cotidiano da onco-hematologia sob a perspectiva da integralidade, diversas questões referentes às práticas cotidianas no interior do IPPMG foram identificadas, dentre elas, potencialidades e “ruídos” que devem ser trabalhados na e pela gestão.

Ao longo do período observado, a criança enfrentou, em diversas situações, dificuldades relativas a exames laboratoriais imprescindíveis para a confirmação diagnóstica e para o tratamento que não eram realizados pelo serviço de onco-hematologia, mas sim pelos laboratórios do próprio hospital ou por outros serviços.

A conduta terapêutica a ser seguida para o tratamento da LLA é definida a partir da avaliação de um conjunto de fatores prognósticos, na medida em que a intensidade terapêutica é estabelecida de acordo com o risco de recaída, a fim de evitar a administração excessiva de quimioterápicos para os casos de bom prognóstico e o tratamento insuficiente para os casos de mau prognóstico.

A *citogenética* é um dos exames que possibilitam a avaliação de determinados fatores que influenciam no prognóstico, por isso, seu resultado deve ser avaliado pela equipe de saúde até o 45º dia de tratamento. De acordo com a conduta terapêutica adotada pelo serviço de onco-hematologia do IPPMG, até este prazo, a conduta terapêutica adotada é igual para todas as crianças independentemente do prognóstico, após isso, o tratamento deve se adequar as especificidades de cada caso. Entretanto, o resultado da citogenética solicitada no início do tratamento foi liberado apenas em outubro de 2005, quando a criança já estava na fase final do tratamento. Devido a esse atraso, a equipe viu-se obrigada a definir o prognóstico, e conseqüentemente, o esquema terapêutico, considerando outras variáveis. Após a avaliação da citogenética, observa-se que o risco estabelecido pela equipe não sofreria alterações caso o resultado houvesse sido liberado em tempo, de modo que o tratamento oferecido à criança foi o adequado. Caso contrário, a conduta terapêutica adotada, destinada a casos com bom prognóstico e baixo risco de recidiva, estaria divergindo das reais necessidades da criança, que teria recebido um tratamento não adequado.

A dificuldade para a realização de outros exames laboratoriais, de extrema relevância para avaliação e acompanhamento do tratamento, causou impactos sobre a assistência, provocando alterações no esquema terapêutico, na medida em que foram

solicitados como critério para a realização da quimioterapia e de outros exames. Exames como *hemograma*, *contagem de plaquetas*, *fibrinogênio*, *amilase*, não foram realizados ou demoraram, adiando a infusão de certas drogas quimioterápicas e a realização de exames como o Mielograma e a Punção Lombar. Quando isto acontece, a equipe tem duas alternativas: ou remarca o procedimento para outro dia, causando transtornos a criança e familiares, que muitas vezes dependem da ambulância ou outro transporte cedido pelo município de origem para se deslocar até o IPPMG, ou avalia a prescrição da quimioterapia/exame apenas através dos outros exames que ficaram prontos a tempo, aumentando a probabilidade de haver intercorrências clínicas decorrentes do tratamento. Esse tipo de situação dificulta a continuidade e aumenta, desnecessariamente, os riscos do tratamento

Além disto, ainda existem outras questões relativas ao Mielograma e à Punção Lombar. Estes exames são realizados pela própria equipe de Onco-hematologia que, por diversas vezes, não registra os resultados no prontuário. Assim, caso haja a necessidade de uma re-avaliação destes exames, em virtude de alterações na composição da equipe que acompanha a criança ou da necessidade de um atendimento de urgência/emergência, pode haver prejuízos ao tratamento, na medida em que o histórico clínico do paciente não está completo.

Outro problema referente ao acesso às informações clínicas da criança é observado no serviço de emergência. Quando a criança chega ao hospital buscando um pronto-atendimento há certa dificuldade para a localização do prontuário. Por diversas vezes, são as informações fornecidas pelo seu acompanhante que orientam a equipe da emergência quanto à doença e o tratamento. Além disto, o boletim de emergência não se anexa ao prontuário da criança, dificultando o acompanhamento/avaliação da equipe de Onco-hematologia.

Ao longo do tratamento, a criança necessitou de uma UTI, sendo transferida para um hospital particular, pois o IPPMG não dispõe deste tipo de serviço e o encaminhamento desta criança para outro hospital da rede SUS não foi possível, na medida em que o número reduzido de leitos de UTI pediátrica disponíveis dificulta o acesso a este tipo de serviço.

Os familiares da criança queixaram-se que o cuidado variava conforme a enfermaria, afirmando que se sentiram mais acolhidos quando a criança ficou internada na enfermaria da hematologia, pois a equipe multiprofissional desta enfermaria se mostrava mais disponível e responsabilizada para/com a criança e suas demandas,

trabalhando de modo mais articulado. Além disto, a ausência do acompanhamento psicológico no momento do diagnóstico e ao longo do tratamento foi relatada, apesar do IPPMG dispor de um serviço de psicologia para atendimento de seus pacientes. Acredita-se que o acompanhamento psicológico auxiliaria a criança e seus familiares a lidarem com as diversas repercussões psicológicas que o diagnóstico e o tratamento desencadeia, favorecendo a adaptação no cotidiano hospitalar e reduzindo os impactos do processo de hospitalização.

A inadequação da área física destinada ao serviço de Onco-hematologia e a transferência provisória do ambulatório de quimioterapia para o interior das dependências do ambulatório também causaram diversos transtornos. Os consultórios tiveram que ser modificados para que houvesse a redistribuição do espaço físico. Dos três consultórios existentes originariamente, um foi associado à sala de quimioterapia, outro foi adaptado para funcionar como uma sala para realização de procedimentos e o terceiro foi reservado para a realização das consultas ambulatoriais. No entanto, o espaço destinado ao atendimento ambulatorial e a administração da quimioterapia é insuficiente e não está adaptado as reais necessidades do serviço.

Como acontece em grande parte dos serviços de referência, há uma busca por assistência no IPPMG muito intensa. Tal fato, diminui o acesso e a qualidade da atenção na medida em que existe certa dificuldade para absorver tamanha demanda. Frequentemente, apesar de serem programados e planejados para atender determinada população, diversos serviços, que se tornaram uma referência, acabam vendo-se obrigados a “abrir as portas” e atender a uma demanda maior do que aquela que era esperada e para a qual foi estruturado para responder. (Pinheiro, 2001).

O número restrito de profissionais em relação à demanda e a dificuldade da equipe em lidar com os processos relacionados à gestão/administração, além de acarretarem prejuízos à assistência, reduzem o tempo que a equipe dedica ao ensino e pesquisa, tão importantes quanto à assistência, uma vez que o IPPMG é um hospital voltado para o desenvolvimento de pesquisas e formação profissional.

A abertura de um “hospital-dia” para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos sem necessidade de internação, dentre eles, a administração de determinadas drogas quimioterápicas, poderia contribuir para um melhor atendimento aos pacientes, visto que reduziria o tempo de hospitalização, diminuindo o risco de infecção hospitalar e, conseqüentemente, o índice de re-internação, minimizando o impacto de uma hospitalização sobre a criança, além de reduzir o custo do tratamento.

## Conclusão

As práticas de saúde e dos processos de trabalho constituíram-se historicamente em um modelo hegemônico dissonantes aos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade do SUS. Centrados na oferta de consultas médicas e procedimentos, com a subutilização da capacidade de assistência dos demais profissionais e a crescente desvalorização da dimensão cuidadora, os modelos de atenção desenvolvidos no interior dos serviços de saúde têm como resultado um significativo distanciamento entre as necessidades de saúde da população que procura atendimento.

No processo de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde ainda há uma série de dificuldades a serem enfrentadas para a construção de um modelo de atenção que consiga escutar e responder às necessidades de saúde da população, garantindo o acesso universal aos serviços e a oferta de uma atenção integral, com qualidade e resolutividade. Cada vez mais, torna-se de fundamental importância a reformulação das práticas em saúde: de um modelo orientado para a cura de doenças e centrado no hospital, para outro voltado para as necessidades da população e não exclusivamente para a oferta.

Trabalhar na perspectiva da integralidade do cuidado implicaria na otimização dos recursos e tecnologias existentes nos serviços e entre esses, desenvolvendo uma capacidade de escuta entre os profissionais da equipe de saúde, considerando as dimensões biológicas, subjetivas e sociais no processo saúde-doença. Esta abordagem seria capaz de potencializar o conhecimento técnico e agregar resolutividade à intervenção dos diversos profissionais de saúde, promovendo o vínculo e a responsabilização com os usuários.

A assistência hospitalar em pediatria tem determinadas especificidades em relação às necessidades e impactos da doença e do tratamento. As ações de saúde desenvolvidas neste contexto devem preocupar-se com a compreensão das demandas características do ser criança. O diagnóstico e o tratamento devem vir acompanhados de uma escuta a dimensão vivencial da experiência do adoecimento. Para a criança, o hospital se apresenta como um ambiente estranho, permeado de dor, medo e insegurança, de modo que a hospitalização pode se configurar como uma experiência potencialmente traumática. (Lacerda & Valla, 2004; Ceccim & Feuerwerker, 2004).

A integralidade do cuidado, neste contexto, implica em uma “discriminação positiva”, voltada para responder às demandas específicas da infância, capaz de

minimizar os impactos negativos decorrentes da doença e do processo de hospitalização. Nesse sentido, a gestão e o planejamento em saúde devem fomentar a (re) estruturação do processo de trabalho em saúde, com o propósito de atender a tais exigências. Entretanto, são os profissionais de saúde os principais protagonistas do processo de reorganização das práticas em saúde. São eles quem têm domínio sobre a produção do cuidado e tomam as decisões cotidianas. Deste modo, qualificar a escuta e a capacidade resolutiva destes profissionais na atenção ao usuário deve ser um processo constante e permanente de apropriação e troca de saberes.

Pensar a gestão em saúde a partir da referencia do cuidado integral implicaria em atuar sobre as disputas que ocorrem entre os diferentes profissionais dos serviços, fomentando o desenvolvimento de processos de auto-análise e autogestão do trabalho. A construção de espaços nos serviços de saúde para a discussão coletiva de casos e do processo de trabalho, para o desenvolvimento de seus próprios fluxogramas e normas de atendimento e para adequação das normas, protocolos e orientações à realidade local pode atuar como um instrumento de mudança (Merhy, 2005).

Algumas apostas neste sentido, já foram iniciadas no interior do serviço de Onco-hematologia do IPPMG. Apesar dos diversos “ruídos”, identificados através do desenvolvimento do fluxograma, o processo de planejamento iniciado recentemente demonstra uma tentativa da equipe de discutir questões referentes ao processo de trabalho e suas implicações sobre o cuidado.

Assim, torna-se necessário atuar sobre a micropolítica do trabalho em saúde, articulando os diversos profissionais, equipes e serviços de saúde, imprimindo certa centralidade aos saberes e práticas. Assumir a integralidade como um eixo norteador das práticas em saúde exigiria o desenvolvimento de uma gestão de cuidados comprometida com a democratização do processo de trabalho na organização dos serviços, horizontalizando saberes, promovendo as atividades multiprofissionais e interdisciplinares, incorporando a renovação das práticas de saúde.

## Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, Ana Lúcia, 2005. *O Hospital e o Sistema Único de Saúde: a gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica*. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.), *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria, 2005. *O Direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele*. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.), *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

BETTS, Jaime, 2004. *Considerações sobre o que é humano e o que é humanizar*.

BOFF, Leonardo, 1999. *Saber cuidar*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

BRASIL, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>> Acesso em: 29 de outubro de 2004.

\_\_\_\_\_, *Lei nº.8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>> Acesso em 29 de outubro de 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde, 1987. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde

\_\_\_\_\_, 1993. *Norma Operacional Básica do SUS 01/93*. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_, 2000a. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_, 2000b. *Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_, 2003. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_, 2004. *Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz, 2004. *Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade*. Cadernos de Saúde Pública, Set./Out. 2004, volume 20 - número 5: Rio de Janeiro

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias, 2003. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. In: MATTOS, Ruben e Araújo de PINHEIRO, Roseni (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira, 2001. *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde*. In: MATTOS, Ruben e Araújo de PINHEIRO, Roseni (Org.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO.

FERNANDES, João Cláudio Lara, 1993. *A quem interessa a relação médico-paciente?* Cadernos de Saúde Pública, Jan./Mar. 1993, volume 9 - número 1: Rio de Janeiro

FERREIRA, Flávia Soares Geraldo, 2003. *A humanização da assistência hospitalar e suas implicações na qualidade dos serviços: O caso do Instituto Fernandes Figueira*. Monografia apresentada a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ: Rio de Janeiro.

LACERDA, Alda; VALLA, Victor Vicent, 2004. *As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento*. In: MATTOS, Ruben e Araújo de PINHEIRO, Roseni (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/UERJ/ABRASCO.

MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira, 2004. *Humanização na Saúde*. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br>> Acesso em 6 de novembro de 2004.

MATTOS, Ruben Araújo de, 2001. *Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: MATTOS, Ruben e Araújo de PINHEIRO, Roseni (Org.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO.

MATTOS, Ruben Araújo de, 2004. *A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)*. Cadernos de Saúde Pública, Set./Out. 2004, volume 20 - número 5: Rio de Janeiro.

MERHY, Emerson Elias, 2005. *Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais*. Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/merhy>> Acesso em 27 de Outubro de 2005.

NASCIMENTO, Álvaro, 2005. *História da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Disponível em: <[www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br)> Acesso em 7 de maio de 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978. *Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários de Saúde*. Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br>> Acesso em 02 de novembro de 2004.

ONOCKO CAMPOS, Rosana, 2004a. *Humanização da assistência hospitalar: um sonho em andamento*. Mimeo.

\_\_\_\_\_, 2004b. *Humano demasiado humano: um abordaje del mal-estar em la institución hospitalaria*. Mimeo.

PASCAL, Blaise, 1973. *Pensamentos*. São Paulo: Abril Cultural.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube, 2004. *Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano*. In: MATTOS, Ruben e Araújo de PINHEIRO, Roseni (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/UERJ/ABRASCO.

SCHIFFLER, Ângela Carla da Rocha, CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera, VIEIRA, Mellina Marques, MENDONÇA, Paulo Eduardo Xavier de, 2003. *Perspectivas da utilização do fluxograma analisador no ensino da administração em saúde na Faculdade de Medicina da UFRJ*. Mimeo.

SILVA, José Paulo Vicente da; LIMA, Juliano de Carvalho, 2005. *Sistema único de saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira*. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.), *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

XAVIER, Caco; GUIMARÃES, Cátia, 2004. *Uma semiótica da integralidade*. In: MATTOS, Ruben e Araújo de PINHEIRO, Roseni (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/UERJ/ABRASCO.