



FUNSAÚDE
CEARÁ



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

MODELO DE ATENÇÃO HOSPITALAR

ÍNDICE

- 5 **CONTEXTO E CENÁRIO**
- 12 **REFERENCIAL TEÓRICO**
- 14 **DETALHAMENTO DOS COMPONENTES DO MODELO DE GESTÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR**
 - 3.1 GESTÃO COMPARTILHADA (COGESTÃO) 14
 - 3.2 CLÍNICA AMPLIADA 16
 - 3.3. UNIDADE DE PRODUÇÃO 19
 - 3.4. EQUIPES DE REFERÊNCIA E EQUIPE MATRICIAL 23
 - 3.5 CONTRATOS INTERNOS DE GESTÃO 25
- 26 **OPERACIONALIZAÇÃO**
 - 4.1 HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA 26
 - 4.2. HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN 32
 - 4.3. HOSPITAL CARLOS ALBERTO STUDART GOMES - HOSPITAL DE MESSEJANA 38
- 44 **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

CONTEXTO E CENÁRIO

1

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o hospital é uma organização de caráter médico-social que deve garantir assistência - tanto curativa como preventiva - para a população, além de ser um centro de medicina e pesquisa. Observa-se ainda que a organização hospitalar se transformou durante os séculos. Desde a concepção do local destinado aos moribundos - tornando-se lugar de prática terapêutica-curativa e diagnóstica, demarcando o nascimento da clínica - até evoluir para uma organização completa e complexa. Esta incorpora os avanços frequentes dos conhecimentos e da tecnologia representados pela necessidade constante de modernização de instalações e equipamentos. De acordo com Mirshawka (1994): "De todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital". Seus processos são padronizados por regras impostas pelos governos, compradores de serviços e representantes de classe. A sua mão de obra é altamente especializada e qualificada. Gerenciar uma organização de saúde pressupõe o entendimento de toda essa complexidade (SCARPI, 2010).

Frente a essa enorme complexidade, a gestão constitui um grande desafio. Precisa estar inserida em um modelo que sistematiza as principais determinações, propósitos, expectativas e explicitar como as coisas devem acontecer na organização. Dessa forma, o modelo de gestão é um instrumento relevante e significativo. Constitui o conjunto de ações e princípios que orientam os gestores na escolha das melhores alternativas para

É necessário pensar a organização como algo vivo, biológico, que aprende, onde a missão é entendida e a visão é compartilhada por todos

levar a organização a cumprir sua missão com eficácia (CROZATTI, 1998). O modelo precisa garantir eficiência, inovação contínua e ambiente que possibilite o diálogo e a negociação. Precisa garantir um espaço de diversidade onde profissionais que requerem certa autonomia possam, ao mesmo tempo em que se preocupam com suas carreiras profissionais, sentirem-se envolvidos nos objetivos da organização.

No âmbito de atuação do gestor público, é substantivo o paradoxo da gestão com ênfase na responsabilidade sanitária, a partir de bases e normas para controle do trabalho, e uma proposta voltada para a inovação e criatividade que estimula a autonomia e construção de projetos. Estes, se configuram em objetos de investimento pessoal e profissional para as equipes. É necessário pensar a organização como algo vivo, biológico, que aprende, onde a missão é entendida e a visão é compartilhada por todos. Onde a liderança delega poderes, recompensa a aprendizagem e apoia sugestões de inovação e, por fim, onde o trabalho em equipe, rico em diversidade, conhecimento e experiência, estimula o diálogo e a solução dos problemas.

No atual Plano Estratégico Integrado 2019-2023, da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (Sesa-Ce), foram traçadas cinco diretrizes a serem consideradas no processo de gestão da saúde: resultado centrado no cidadão, humanização do atendimento, valorização das pessoas, transparência, conhecimento e inovação. A FUNSAÚDE foi criada para operacionalizar as diretrizes e tem por



finalidade desenvolver e executar, de modo regionalizado, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ações e serviços estaduais, assim como apoiar municípios e consórcios públicos em seus serviços de referência nas regiões de saúde, nos termos da Lei, cabendo-lhe, ainda, desenvolver atividades de caráter científico e tecnológico em saúde.

Considerando que os hospitais a serem geridos pela Funsauúde no primeiro momento são unidades tradicionais do Estado do Ceará, com toda uma história e cultura organizacional instituída e que prestam relevantes serviços à

população usuária, o que poderia justificar a necessidade de rever a natureza jurídica e a gestão desses hospitais? Atualmente, esses hospitais são geridos pela Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa-Ce) utilizando-se de instrumentos da administração direta. Transferir a gestão para a Funsauúde, fundação estatal componente da administração indireta do Estado visa, primordialmente, melhorar os mecanismos de gestão utilizando instrumentos inexistentes na administração direta para estimular a produção de serviços e ações de saúde sem perda da qualidade e

do controle dos serviços prestados. O resultado esperado é o equilíbrio econômico financeiro com otimização na utilização dos recursos para modernização tecnológica e investimentos necessários para formulação de uma política salarial diferenciada.

O modelo de gestão atual dos hospitais é centrado na figura de um diretor geral e um corpo clínico organizado em corporações ou grupos resultando em um modelo burocrático e centralizador. Conseqüentemente, na prática, recai numa baixa capacidade de governança dos gestores em relação à equipe de saúde, onde a autonomia das corporações predomina.



A assistência ao paciente é impessoal e fragmentada. A maioria dos profissionais do cuidado assistencial é formada por pessoas sem vínculo empregatício estável, contratados por meio de cooperativas com jornadas de trabalho organizadas em plantões de 12 horas. No caso da enfermagem, a rotatividade é ampla, pois nem sempre a equipe escalada em um mês retorna no mês seguinte. O usuário não consegue saber quem é o responsável pelo seu cuidado. O paciente é avaliado a cada dia por um médico, um enfermeiro e um técnico diferentes e, até em um mesmo plantão, não é incomum que diferentes médicos o avaliem. Considerando que se tratam de hospitais de grande porte, com diferentes especialidades, essa situação fica mais crítica. A indefinição de responsabilidades e vínculos dos pacientes com os profissionais causa retrabalho. Esta situação gera aumento de solicitações de exames e de interconsultas, a partir da forma de trabalho burocrática e desvinculada entre os profissionais que as solicitam e aqueles que as realizam. Estas práticas, só atrasam o diagnóstico e a terapêutica, aumentando o tempo de permanência, reduzindo o giro de leito e impactando negativamente na satisfação do usuário, que se sente abandonado.

A gestão de pessoas prescinde de uma política que contemple minimamente questões básicas, tais como valorização do trabalhador, avaliação de desempenho, educação permanente e segurança no trabalho. No que diz respeito às áreas administrativas, o cenário também aponta para fragilidades que demandam estratégias de mudança, tais como, grande quantidade de recursos humanos terceirizados, ausência de processos alinhados de compras, contratos e convênios, assim como falta de metodologia de controle regular de estoques e do patrimônio. Destaca-se certo grau de informalidade no gerenciamento dos recursos e ressalta-se, sobremaneira, a falta de informatização dos processos, observando-se controle de compras e estoques ainda sendo realizados em planilhas.

Cumpra ainda mencionar o atraso tecnológico evidenciado pela grande quantidade dos equipamentos numa situação de impossibilidade de aquisição no mercado das peças de manutenção, pois foram retirados de linha de produção. Atraso que também se observa nas edificações com ausência de acessibilidade, sinalização e adequações estruturais para, minimamente, respeitar às normativas de humanização e segurança do paciente e da equipe de trabalho. Aqui, novamente, o fato de se tratarem de hospitais de grande porte que atendem os casos de maior complexidade do Estado, todas essas inadequações descritas resultam em significativo aumento do custo de operacionalização.

A indefinição de responsabilidades e vínculos dos pacientes com os profissionais causa retrabalho



O alto custo operacional, por sua vez, resulta em redução dos investimentos em recursos tecnológicos e no desenvolvimento dos recursos humanos. Este quadro, aliado a uma gestão despersonalizada e alienante, que não vincula os trabalhadores com seus resultados, produzem um cenário de aparente ausência de gestão. Isto impacta diretamente nos usuários, submetidos à uma realidade cotidiana de restrição de acesso, com cuidados fragmentados e inseguros.

A organização Pan-Americana de Saúde, desde 2004, enfatiza que, para definir uma organização de saúde moderna, é preciso: 1) arti-

cular um processo permanente de escuta e reflexão; 2) formular uma proposta estratégica compartilhada; 3) manter uma liderança que leve à mudança; 4) elaborar um plano compartilhado; 5) assumir uma nova posição na organização para aprender a mudar por meio de uma cultura de aprendizado institucional (OPAS/MS, 2004).

A reorientação do modelo de gestão nos hospitais demanda arranjos técnicos e assistenciais alterando o olhar, mobilizando a escuta, através do acompanhamento horizontal dos usuários e dos problemas por eles enfrentados. Estes aspectos estão diretamente relacionados

à saúde no sentido amplo, compreendida como bem-estar físico, psíquico e mental. Direcionar o hospital para as necessidades de quem utiliza o SUS é de extrema relevância. É agregar valor ao que interessa de fato ao paciente, é voltar-se para um movimento atual que foca e direciona as ações da equipe para melhorar a experiência do paciente. Fazer o hospital se organizar na sua capacidade produtora de serviço, olhando para o paciente e seu percurso de adoecimento integrado ao sistema de saúde, é fazer cumprir a promessa de integralidade e humanização. É promover a realidade dos cuidados ininterruptos e não o que se apresenta atualmente: um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamento.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi instituída em 2011 reconhecendo a necessidade de avançar na direção de uma maior resolutividade dos serviços prestados em rede. É fato inquestionável a necessidade de trabalhar a melhoria organizativa do sistema em rede como um todo. Ampliar o acesso por meio da articulação responsável e racional dos serviços, da desburocratização e da descentralização das ações. Contudo, por outro lado, são urgentes as mudanças conceituais no foco da atenção prestada, deslocando-a da ótica privilegiada da doença e centrada na disponibilidade dos serviços e dos profissionais de saúde, para um modelo de cuidado com foco nas efetivas necessidades de saúde do usuário, contemplando suas relações e espaços de vida, bem como a sua qualidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Fazer o hospital se organizar na sua capacidade produtora de serviço, olhando para o paciente e seu percurso de adoecimento integrado ao sistema de saúde, é fazer cumprir a promessa de integralidade e humanização

REFERENCIAL TEÓRICO



Segundo Campos, o hospital é uma das instituições contemporâneas mais impermeáveis à mudança. Nessa mesma linha, o autor assegura que há décadas, os hospitais brasileiros vêm sendo organizados segundo a mesma racionalidade: baixo grau de interação entre as distintas profissões e especialidades, com conseqüente fragmentação da prática clínica. Há ainda, segundo o autor, subordinação extrema do usuário às normas administrativas e técnicas, e pequena capacidade de governo, por parte dos gestores, sobre as corporações, particularmente em relação aos médicos. Características que em sua análise impõem resultados negativos para os hospitais (CAMPOS, 2007).

A partir da análise do autor e de outras evidências relacionadas ao tema, fica evidente para a Funsáude que para construir o resultado esperado é preciso rever completamente a gestão dos hospitais. A mudança passa inicialmente pelos modelos de contratação e desenvolvimento de pessoas, fluindo pela reorganização dos processos de compras de insumos, aquisição de serviços, contratos e convênios, chegando finalmente na alteração do modelo de gestão da atenção à saúde.

Os futuros dos serviços de saúde serão fortemente influenciados pela *eHealth* e adaptação de tecnologia, pressões de contenção de custos e funções fortalecidas dos clientes (FELLOWS e EDWARDS, 2016; SERMEUS, 2017; FADDIS, 2018; HELGHEIMET et al., 2019). Para lidar com essas questões, as organizações de saúde têm se concentrado, cada vez mais, em resultados mensuráveis,



melhores práticas, integralidade e continuidade do atendimento, além de contenção de custos.

O modelo de gestão hospitalar proposto pela Funsauúde considera que mudanças estruturais e organizacionais têm maior eficácia quando são acompanhadas pelos sujeitos envolvidos. Assim, proporcionar o engajamento de trabalhadores e usuários no processo de reforma e de reorganização é o eixo mobilizador da reestruturação.

Para obter êxito na oferta dos serviços de saúde, a Funsauúde reconhece como um valor inegociável: **o profundo respeito pelo equilíbrio entre o técnico e o humano**, onde o humano se apre-

senta de forma viva, pulsátil, natural e genuína. Espera-se de todos gestores e colaboradores envolvidos, atitudes construtivas, assim como interesse genuíno de ser útil, de servir, de contribuir para os clientes e para todos que estarão, direta ou indiretamente, utilizando-se dos produtos e serviços gerados. Trata-se de um perfil altruísta e de um grau de comprometimento que não é fácil de atingir. Por este motivo, a decisão foi buscar o engajamento pelo agrupamento de serviços, desfazendo “feudos”, instituindo equipes multiprofissionais de trabalho que devem atuar como cogestores dos seus processos de trabalho e protocolos assistenciais.

DETALHAMENTO DOS COMPONENTES DO MODELO DE GESTÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR



3.1 GESTÃO COMPARTILHADA (COGESTÃO)

A cogestão reconhece a importância das pessoas na organização, pois requer a inclusão de novos sujeitos nos processos (análise de contexto e problemas; tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns (oligogestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Para Campos (2007), cogestão é o exercício compartilhado de governo e implica coparticipação em todas as etapas: definição de objetivo e diretrizes, diagnóstico, interpretação de informações, tomada de decisão e avaliação. É fato que as metas já estão definidas pelo contrato de gestão entre a Sesa e a Funsauúde e não serão determinadas pela própria equipe. No entendimento de alguns, isto poderia descaracterizar a gestão compartilhada. Porém, o modo de fazer, as formas de atingir essas metas, os processos de trabalho intrínsecos ao operacional do cotidiano serão definidos pelas equipes nas suas respectivas Unidades de Produção.

A base psicodinâmica conceitual do modelo entende que todo sujeito exerce funções de gestão com graus variados de saber e poder. Segundo Motomura, o que faz as pessoas darem o melhor de si, gerando excepcionais níveis de qualidade em tudo que fazem, é a consciência do seu trabalho, dos resultados que pode produzir e, principalmente, a tradução desses resultados em

importância, bem comum, legado para futuras gerações (MOTOMURA, 2015).

A cogestão busca reformular os tradicionais mecanismos de governança. Pressupõe postura interativa, tanto analítica quanto operacional. Não se trata de uma proposta que busque suprimir as funções gerenciais estratégicas como as de coordenação, planejamento ou direção. Em geral, essas funções são exercidas com um importante grau de distância entre os responsáveis pela gestão e os operadores de atividades finais, por outro lado, a cogestão busca um modo complementar para realizar essas funções revisando a maneira de realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho (CAMPOS, 2014).

A cogestão demanda negociação, mediação de conflitos, composição articulada de projetos, planos, mas também, ajuda no envolvimento dos agentes visando cumprir com os vários compromissos. Ao mesmo tempo, o espaço cotidiano para reflexão dos resultados e avaliação do fazer permitem o conhecimento mútuo e o cuidado entre os pares, pois o que tradicionalmente se apresenta como tarefa passa a ser tratado como um projeto mútuo, compartilhado, produto de uma interação entre pessoas.

Trabalhar cogestão na prática demanda compreensão de que a constituição dos sujeitos, das necessidades sociais e das instituições é um produto de relações de poder, do uso de conhecimentos e dos afetos circulantes. A cogestão amplia a capacidade das pessoas de lidarem com o poder, com a apli-



cação de saberes e com seus afetos; ao mesmo tempo em que estão trabalhando, cumprindo tarefas, aprendendo ou sendo cuidadas por equipes de saúde (CAMPOS, 2014).

A criação de espaços permanentes de cogestão é fundamental para a operacionalização do modelo. São nas unidades funcionais ou de produção e seus respectivos colegiados de gestão, onde haverá participação de gestores e de trabalhadores, nos quais o conceito se traduz na prática e produz seus resultados.

3.2 CLÍNICA AMPLIADA

Outro componente estruturante do modelo é a gestão ampliada da clínica. Quando se considera que as

organizações de saúde prestam serviços a partir da tradução do conhecimento de seus profissionais em decisões clínicas, o grau de autonomia e de controle desses profissionais no processo decisório é um dos elementos mais sensíveis, tanto na governança clínica como na atenção gerenciada. São presentes e constantes, as tensões geradas pela tentativa de impor a gestão sobre a clínica. Sem a identificação de agendas comuns onde se compartilham conhecimentos e se implicam mutuamente, gestores e profissionais de saúde percorrem caminhos paralelos e muitas vezes antagônicos.

Campos e Amaral (2007) defendem que, quando se trata de embasamento para reformas de gestão

em hospitais, existem basicamente duas vertentes teórico-operacionais, uma mais tecnocrática e gerencial com ênfase nos mecanismos de qualidade total e a outra, a do managed care, centralmente voltada para diminuir a autonomia do médico e de outros profissionais de saúde. Os modelos são válidos, amplamente utilizados, mas, em essência, acabam apenas por controlar o trabalho em saúde, “valendo-se de métodos disciplinares e normativos, apostando pouco ou quase nada na modificação de valores ou de posturas dos profissionais”. Sem descartar a utilização dessas metodologias para padronização, a concepção epistemológica e organizacional denominada de clínica ampliada e compartilhada baseia-se na reconstrução do trabalho clínico segundo um “neo-artesanato”.

Padilha e Cols (2018) entendem que a gestão ampliada da clínica dá maior ênfase aos sujeitos envolvidos nas relações estabelecidas no cuidado integral à saúde e nos consequentes processos de aprendizagem, concebidos no trinômio atenção à saúde-gestão-educação. Esses autores validaram sete princípios da gestão da clínica, que são os princípios norteadores do modelo de atenção à saúde da Funsáude:

- 1** Orientação às necessidades de saúde e à integralidade do cuidado;
- 2** Qualidade e segurança no cuidado em saúde;
- 3** Articulação e valorização dos diferentes saberes e práticas em saúde para o enfrentamento dos problemas de saúde;
- 4** Compartilhamento de poder e responsabilização entre gestores, profissionais de saúde e cidadãos na produção da atenção em saúde;
- 5** Educação de pessoas e da organização;
- 6** Orientação aos resultados que agreguem valor à saúde e à vida;
- 7** Transparência e responsabilização com os interesses coletivos.

A prática da clínica ampliada avança no cuidado em saúde, pois trata o processo saúde-doença com perspectivas outras além das puramente biomédicas, centrando a atenção nas pessoas e nas suas singularidades.

A gestão ampliada da clínica traz uma oposição à postura pater-

nalista tradicional, que carrega um olhar sobre o paciente como um ser inerte, sem expressão ou vontade e com o dever de aceitar sem críticas todas as decisões da equipe de saúde. A mudança requer alterações no processo de trabalho, desde a elaboração das hipóteses diagnósticas, que ampliam a visão e contemplam as vulnerabilidades do paciente - prováveis influências no seu adoecimento - até a construção de um plano terapêutico individualizado e, portanto,

singular, incentivador da autonomia e do auto-cuidado.

A organização em Unidades de Produção, com gestão compartilhada e ampla valorização do trabalho em equipe, é a base que proporciona a prática da clínica ampliada. Sem a quebra da lógica engessada das estruturas disciplinares em que especialistas e profissionais vêm se encerrando, sem um espaço de gestão integrada dos casos pelas equipes, a clínica ampliada não se evidencia na prática.



Fig 1.
Representação esquemática dos elementos estruturantes do modelo



3.3. UNIDADE DE PRODUÇÃO

Unidade de Produção (UP) é o espaço onde o processo de trabalho é construído e desenvolvido por equipes multiprofissionais de forma interdisciplinar, e, não mais, por um agrupamento de profissionais sem objetivos comuns conhecidos ou compartilhados. Elas são constituídas por um agrupamento de serviços com características similares dentro de um mesmo espaço de gestão. O processo de vinculação da equipe com suas entregas podem melhorar a visualização de resultados pelos usuários e a satisfação dos trabalhadores que se enxergam no processo de trabalho. No âmbito da assistência à saúde, o coletivo das disciplinas organizadas em

unidades de produção transforma a atenção individual possibilitando que outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico possam ser acessados e trabalhados pelos profissionais de saúde integrando os meios curativos, preventivos, de reabilitação e os cuidados paliativos (CAMPOS e RATES, 2008).

As unidades de produção se caracterizam, portanto, como coletivos organizados, voltados para a produção de serviços, mas com o diferencial de incentivo à participação dos sujeitos na gestão de seus processos de trabalho e, por conseguinte, da organização, constituindo-se em importante apoio institucional à gestão estratégica do hospital. O compartilhamento

Características de equipes de saúde de alto desempenho:

1. identidade
2. valores e objetivos compartilhados
3. papéis definidos e complementares
4. continuidade e reuniões regulares
5. pessoal adequado
6. espaço físico compartilhado
7. segurança psicológica
8. comunicação aberta e respeito mútuo
9. ajuda eficaz entre os membros da equipe
10. resolução construtiva de conflitos
11. compartilhamento e mudança de tarefas
12. observação
13. feedback

de poder amplia o foco, pois requer protagonismo e corresponsabilidade de todos os sujeitos envolvidos no cuidado requerendo ampliação da consciência crítica e reflexiva.

No cotidiano do funcionamento das UPs, as equipes de referência com seus rounds diários e “pit stops”, assim como, as equipes de apoio matricial são os elementos estruturantes. Todos esses espaços coletivos, para funcionarem em cogestão, devem ter um caráter deliberativo, isto é, devem permitir a tomada de decisões por parte dos atores envolvidos em cada uma dessas instâncias.

O trabalho em equipe é reconhecido por melhorar os resultados em hospitais, seja no nível clínico, organizacional ou científico. Alguns autores avaliaram 33 artigos sobre o tema e recomendam que o trabalho em equipe nas instituições de saúde deve ser cada vez mais incentivado, visto que o esforço individual muitas vezes é insuficiente para o resultado clínico ideal (KOSSAIFY et al, 2017).

Equipes de saúde de alto desempenho possuem composições variadas, mas todas possuem características-chave que as tornam bem-sucedidas. Isso inclui identidade, valores e objetivos compartilhados da equipe; papéis definidos e complementares; continuidade e reuniões regulares; pessoal adequado; espaço físico compartilhado; segurança psicológica; comunicação aberta e respeito mútuo; ajuda eficaz entre os membros da equipe; resolução construtiva de conflitos; compartilhamento e mudança de tarefas; observação e feedback. Em sistemas de saúde cada vez mais com-

plexos, equipes de alto desempenho são mais essenciais do que nunca e resta grande o desafio de desenvolvê-las e sustentá-las (SMITH E COLS, 2018).

As unidades de produção são caracterizadas por serem interdisciplinares e multiprofissionais constituídas por uma equipe com perfis

personais e técnicos adequados para as atividades das mesmas. Elas quebram paradigmas de hierarquia, horizontalizando a gestão por meio de um rearranjo institucional visando à cogestão. Abaixo é descrito minuciosamente as características fundamentais que compõem as unidades de produção.

CARACTERÍSTICAS DE UMA UNIDADE DE PRODUÇÃO (UP)

FUNÇÕES

Organizar o processo de trabalho motivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a resolução de problemas e conflitos;

Ampliar o fluxo comunicativo e a deliberação horizontal nos hospitais;

Elaborar o planejamento da Unidade de Produção;

Identificar as necessidades de educação permanente/continuada;

Compartilhar as informações e ações desenvolvidas nas reuniões semanais e no colegiado ampliado.

EQUIPE

Chefe da UP definido pela governança;

Um representante de cada categoria profissional do serviço/unidade.

RESULTADOS ESPERADOS

Melhoria no fluxo comunicativo e comunicação horizontal entre os profissionais;

Maior efetividade na resolução de problemas e conflitos com dimensões plurais;

Maior organização do processo de trabalho e geração de transformações nas práticas diárias;

Mais motivação e integração da equipe multiprofissional.

A liderança das unidades de produção será definida pela governança do hospital. O processo de escolha desses líderes deve ser baseada na identificação de algumas competências necessárias para contribuir na gestão do modelo de atenção, dentre elas: capacidade de relacionamento interpessoal, capacidade de negociação, gestão de conflitos, visão prospectiva, conduta ética, criatividade, inovação, espírito empreendedor, comunicação efetiva, pensamento estratégico, pensamento sistêmico, administração do tempo, efetividade, capacidade de motivação de equipes, tomada de decisões, interesse por se manter atualizado, interesse por aprender etc.

Em termos práticos, as UPs realizam reuniões periódicas com participação de várias categorias profissionais incumbidas de uma mesma entrega assistencial, sendo responsável por gerir atividades e indicadores clínicos e administrativos de desempenho relacionados à unidade de serviço de forma autônoma, descentralizada, horizontalizada, visando à transformação das práticas assistenciais e de gestão.

As unidades de produção terão um painel dos seus indicadores estratégicos que colaboram, contribuem como parcela para os indicadores contratuais, além de seus indicadores específicos. Este painel de indicadores deverá ser avaliado semanalmente, juntamente com a discussão de seus fluxos e processos. As reuniões devem ser objetivas, ter pauta previamente definida e ter duração de 30 minutos, no máximo, com o objetivo de avaliação pontual dos indicadores e elabora-

ção de planos de ação para correção de processos resultantes em metas não atingidas.

Mensalmente, reúne-se o colegiado ampliado. Este é formado por todas as lideranças de unidades de produção assistenciais e de apoio técnico e a governança do hospital para discussão da assistência (fluxos, protocolos, indicadores etc.) e sobre os equipamentos, as compras/licitações, os contratos, a cadeia de suprimentos, o orçamento e as finanças.

3.4. EQUIPES DE REFERÊNCIA E EQUIPE MATRICIAL

Cada Unidade de Produção, dependendo do número de leitos, possuirá uma ou mais equipes de referência. O número e as profissões componentes da equipe de referência podem variar, dependendo das características da unidade, mas será basicamente composta pelo médico diarista, enfermeira e técnico de enfermagem.

A equipe de referência são os profissionais que estarão mais próximos dos pacientes, eles serão capazes de acompanhar a "jornada" do paciente durante a internação e captarão também as especificidades da experiência vivida pelo paciente no seu processo de

adoecimento e como os processos assistenciais da unidade influenciarão nesse processo.

No contexto hospitalar, avaliar a jornada do paciente é fundamental para avaliação de processos de trabalho. Nessa avaliação, o paciente e a equipe de referência compartilham fluxos de ação e informações em vários pontos de contato. O objetivo é garantir um fluxo de atendimento seguro e eficaz ao paciente, garantindo o melhor uso dos recursos hospitalares (leitos, salas de cirurgia, clínicas e equipe especializada). Os pacientes desejam receber o melhor atendimento aliado a um serviço de alta qualidade. Na verdade, o paciente é o único ator que vivencia todo o caminho, conectando cada etapa da jornada. Portanto, os hospitais podem melhorar significativamente a qualidade do serviço prestado, explorando e entendendo a jornada individual do paciente (BEN-TOVIM E COLS, 2008).

Essa equipe precisa ter condições e tempo garantidos para discutir essa jornada, assim como ter treinamento para ser propositiva, apontar as melhorias necessárias, transformar e dispor de alguma autonomia deliberativa para executar, com método, as mudanças processuais que as análises apontarem.



Outros membros, tais como assistente social, farmacêutico, nutricionista, além de subespecialidades clínicas, irão trabalhar como equipes de apoio matricial. O apoio matricial é um arranjo na organização dos serviços que complementam as equipes de referência. Portanto, é uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência (BRASIL, 2004). Dependendo da especifici-

cidade da unidade e das normativas de habilitação do Ministério da Saúde, fisioterapeutas e nutricionistas poderão ser integrantes da equipe de referência.

A equipe de referência e de apoio matricial, juntas, permitem um modelo de atendimento voltado para as necessidades de cada usuário: as equipes conhecem os usuários que estão sob o seu cuidado e isso favorece a construção de vínculos terapêuticos e a responsabilização (definição de responsabilidades) das equipes.

3.5 CONTRATOS INTERNOS DE GESTÃO

As metas e os indicadores estarão explicitados em contratos internos de gestão, que serão pactuados entre as unidades de produção e o núcleo gestor de cada hospital. Os contratos internos são dispositivos que regulamentam as intervenções nas práticas de atenção e gestão em saúde.

O contrato significa ou aponta para uma formação de compromisso, não entre partes, mas entre sujeitos componentes das instituições hospitalares.

De acordo com Santos e Figueiredo, avaliando a implantação dos contratos internos de gestão em um hospital público, com a pactuação de metas e avaliação participativa, observaram os seguintes resultados: além de aumentar a eficiência e eficácia institucional, os efeitos desencadeados com esses dispositivos revelam seu potencial de transformação das relações de trabalho, promoção de responsabilização entre os sujeitos/equipes, valorização dos trabalhadores e formação de redes de compromisso para melhoria da atenção (SANTOS e FIGUEIREDO, 2009).

Por fim, é muito importante salientar que, a despeito de todo referencial teórico utilizado para

O objetivo é garantir um fluxo de atendimento seguro e eficiente, garantindo o melhor uso dos recursos hospitalares

proposição do modelo, os gestores da Funsauúde tem muito clara a concepção de que irão lidar com organizações que são sistemas vivos e versáteis que possuem história, assim como uma cultura organizacional bem estabelecida. Todos esses fatores tornam cada novo serviço a ser gerido uma organização única, o que demandará ações específicas de gestão. O modelo, contudo, fornece um eixo estruturante de atuação e, mais do que isso, traz expresso as premissas que guiam a forma de gestão da Funsauúde com ênfase na tarefa de agregar valores humanos ao trabalho e ao cuidado na saúde.

OPERACIONALIZAÇÃO

4

Os organogramas dos hospitais foram estruturados sob a lógica predominante da horizontalidade com uma superintendência estando a ela diretamente ligados unidades estratégicas e as coordenações que são responsáveis diretamente pelas unidades de produção, que por sua vez agrupam os serviços, conforme demonstrado nos quadros a seguir relacionados:

4.1 HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

4.1.1. ORGANOGRAMA GERAL





**UNIDADE DE
COMUNICAÇÃO**

**UNIDADE
DE
ASSESSORIA
JURÍDICA**

**UNIDADE DE
EPIDEMIOLOGIA
GERENCIAL E
PLANEJAMENTO**

**UNIDADE DE
TECNOLOGIA DA
INFORMAÇÃO E
PROCESSAMENTO
DE DADOS**

**Coordenação de
Gestão de Pessoas**

- Unidade de Desenvolvimento de Pessoas e Educação Permanente
- Unidade de Pessoal
- Unidade de Segurança e Saúde do Trabalhador

**Coordenação
Administrativo-Financeira**

- Unidade de Planejamento e Orçamento Financeiro
- Unidade de Suprimento e Logística
- Unidade de Hotelaria
- Unidade Contábil
- Unidade de Infraestrutura Predial / Gestão Ambiental e Patrimônio
- Unidade de Infraestrutura de Tecnologia da Informação
- Unidade de Faturamento

**Coordenação de
Ensino e Pesquisa**

- Unidade de Residência e Multiprofissional
- Unidade de Residência Médica
- Unidade de Ensino de Graduação e Estágios
- Unidade de Internato Médico
- Unidade de Pesquisa em Saúde

4.1.2.DETALHAMENTO DAS UPs (SERVIÇOS INTEGRANTES)

1 Unidade de Cuidado Cirúrgico

- Centro Cirúrgico
- Pequena Cirurgia
- Sala de Recuperação 1 e 2

2 Unidade de Cuidado Renal

- Nefrologia
- Urologia
- Tx Renal

3 Unidade de Cuidado em Clínica Médica

- Psiquiatria
- Clínica Médica
- Endocrinologia
- Cardiologia e Pneumologia
- Reumatologia

7 Unidade de Cuidado em Neurologia

- Neurologia Clínica
- Neurocirurgia
- UAVC Isquêmico
- UAVC Hemorrágico
- Neurointervenção

8 Unidade de Cuidado Materno-Infantil

- Emergência Obstétrica
- Centro Obstétrico
- Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
- (Ucinco)
- UTI Neonatal (UTIN)
- Cirurgia Neonatal
- Alojamento Conjunto
- Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
- Casa da Gestante
- Banco de Leite

9 Unidade de Cuidado Crítico

- Centro de TerapialIntensiva (CTI)
- UTI Geral 1
- UTI Pós-Operatória

13 Unidade de Apoio Diagnóstico

- Setor de Imagem
- Hemodinâmica
- Endoscopia, Broncoscopia, Colonoscopia
- Laboratório
- Anatomia Patológica

14 Unidade de Apoio Nutricional

- Nutrição Clínica
- Nutrição de Produção

15 Unidade de Apoio Terapêutico

- Centro de Infusão
- Terapia Antimicrobiana Parenteral Ambulatorial (OPAT)
- Hemoterapia
- Hemodiálise

LEGENDAS

UNIDADES DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAIS E DE APOIO DIRETO À ASSISTÊNCIA

SERVIÇOS INTEGRANTES

4 Unidade de Cuidado em Onco-Hematologia

- Oncologia
- Transplante de Medula Óssea
- Hematologia

10 Unidade de Cuidado Digestivo

- Cirurgia Digestiva
- Gastroenterologia
- Tx Hepático
- Coloproctologia

16 Unidade de Regulação

- Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC)
- Arquivo
- Núcleo Interno de Regulação (NIR)

5 Unidade de Cuidado em Clínica Cirúrgica 1

- Cirurgia Geral
- Bucomaxilo
- Cabeça e Pescoço
- Otorrinolaringologia Pediátrica
- Otorrinolaringologia Adulto
- Oftalmologia Pediátrica
- Oftalmologia Adulto
- Cirurgia Torácica

11 Unidade de Cuidado Crônico

- Cuidado Paliativo
- Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)
- Unidade de Internação Breve (UCE)

17 Unidade de Equipamentos e Materiais

- Central de Equipamentos
- Central de Material e Esterilização

6 Unidade de Cuidado em Clínica Cirúrgica 2

- Cirurgia Oncológica
- Ginecologia
- Mastologia
- Cirurgia Plástica
- Cirurgia Vascular
- Ortopedia Pediátrica
- Ortopedia Adulto

12 Unidade de Anestesiologia

- Emergência
- Eletivo
- Apoio Diagnóstico

18 Unidade de Emergência

- Pronto Atendimento
- Triagem Geral
- Triagem Neuro
- Reanimação
- Unidade de Tomada de Decisão (UTD)
- Time de Resposta Rápida Clínico e Cirúrgico (TRR)
- 1º Andar da Emergência
- Unidade de Internação Breve (UIB)

4.3.2. DETALHAMENTO DAS UPs (SERVIÇOS INTEGRANTES)



LEGENDAS

UNIDADES DE PRODUÇÃO DE APOIO ADMINISTRATIVO

SERVIÇOS INTEGRANTES

3 Unidade de Hotelaria

- Lavanderia
- Rouparia
- Serviços Gerais
- Transporte de Pacientes (Interno - Externo)
- Vigilância / videomonitoramento
- Segurança

4 Unidade Contábil

- Custos
- Contabilidade

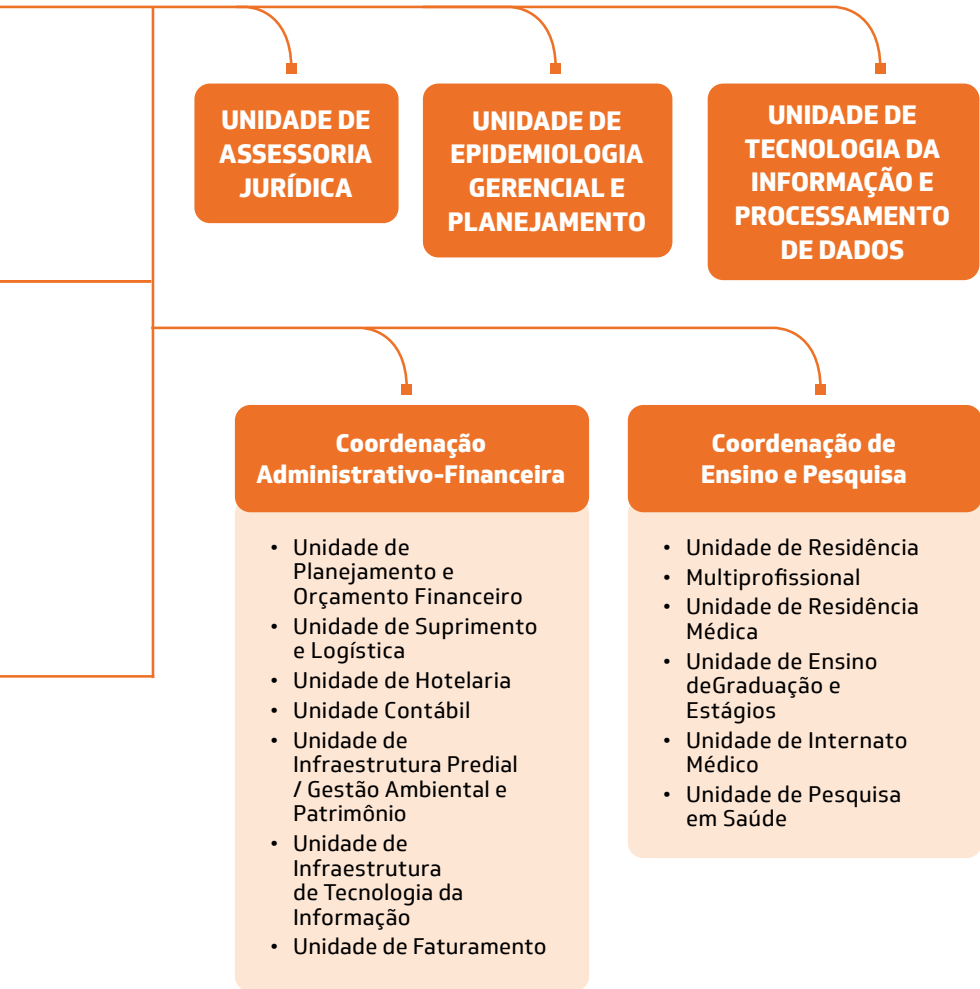
7 Unidade de Faturamento

- Faturamento
- Contas Médicas
- Auditoria Clínica

4.2. HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN

4.2.1. ORGANOGRAMA GERAL





4.2.2.DETALHAMENTO DAS UPs (SERVIÇOS INTEGRANTES)

1 Unidade de Cuidado em Pediatria Clínica 1

- Pediatria Geral – 1º Andar
- Pediatria Geral – 2º Andar

2 Unidade de Cuidado em Pediatria Clínica 2

- Pneumologia
- Gastroenterologia
- Cardiologia
- Reumatologia
- Endocrinologia
- Neurologia
- Alergologia / Imunologia
- Dermatologia
- Genética
- Infecç ologia
- Psiquiatria

3 Unidade de Cuidado Renal / Hemodiálise

- Diálise Hospital Dia
- Diálise Internamento
- Nefrologia

7 Unidade Ambulatorial

- Ambulatório de Especialidades Médicas - Logística
- Núcleo de Aten o Integral ao Fissurado (NAIF)
- Núcleo de Orienta o e Estimula o ao Lactente (NOEL)
- Núcleo de Incontinência Fecal
- Manejo do Intestino Curto

9 Unidade Neonatal

- UTI Neonatal (UTIN)
- Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (Ucinco)
- Banco de Leite

8 Unidade de Cuidado Crítico

- UTI 1
- UTI 2 - Pós-operatório
- UTI 3 - Emergência
- UTI 4 - Oncológica

14 Unidade de Apoio Diagnóstico

- Setor de Imagem
- Nasolaringoscopia
- Endoscopia / Colonoscopia
- Laboratório
- Anatomia Patológica / Centro de Referência

13 Unidade de Anestesiologia

- Emergência
- Eletivo
- Apoio Diagnóstico

LEGENDAS

UNIDADES DE PRODU O ASSISTENCIAIS E DE APOIO DIRETO   ASSISTÊNCIA

SERVIÇOS INTEGRANTES

4 Unidade de Cirurgia Pediátrica 1

- Cirurgia Pediátrica
- Vias Aéreas

5 Unidade de Cirurgia Pediátrica 2

- Cirurgia Plástica
- Bucomaxilo
- Ortopedia
- Neurocirurgia

6 Unidade de Emergência

- Pronto Atendimento
- Triagem Geral
- Reanimação
- Sala de Decisão Clínica
- Time de Reposta Rápida Clínico e Cirúrgico (TRR)
- Unidade de Internação

10 Unidade de Cuidado Crônico

- Programa de Apoio Ventilatório Domiciliar (PAVD)
- Programa de Apoio Domiciliar (PAD)
- Unidade de Cuidados Especiais (UCE)

11 Unidade de Cuidado em Onco-Hematologia

- Oncologia
- Hematologia
- Transplante de Medula Óssea (TMO)

12 Unidade de Cuidado Cirúrgico

- Centro Cirúrgico Principal
- Sala de Recuperação Principal
- Centro Cirúrgico
- Sala De Recuperação

15 Unidade de Apoio Nutricional

- Nutrição Clínica
- Nutrição de Produção

16 Unidade de Regulação

- NAC
- Arquivo
- Núcleo Interno de Regulação

17 Unidade de Equipamentos e Materiais

- Central de Equipamentos
- Central de Material e Esterilização

4.3.2. DETALHAMENTO DAS UPs (SERVIÇOS INTEGRANTES)



LEGENDAS

UNIDADES DE PRODUÇÃO DE APOIO ADMINISTRATIVO

SERVIÇOS INTEGRANTES

3 Unidade de Hotelaria

- Lavanderia
- Rouparia
- Serviços Gerais
- Transporte de Pacientes (Interno - Externo)
- Vigilância / videomonitoramento
- Segurança

4 Unidade Contábil

- Custos
- Contabilidade

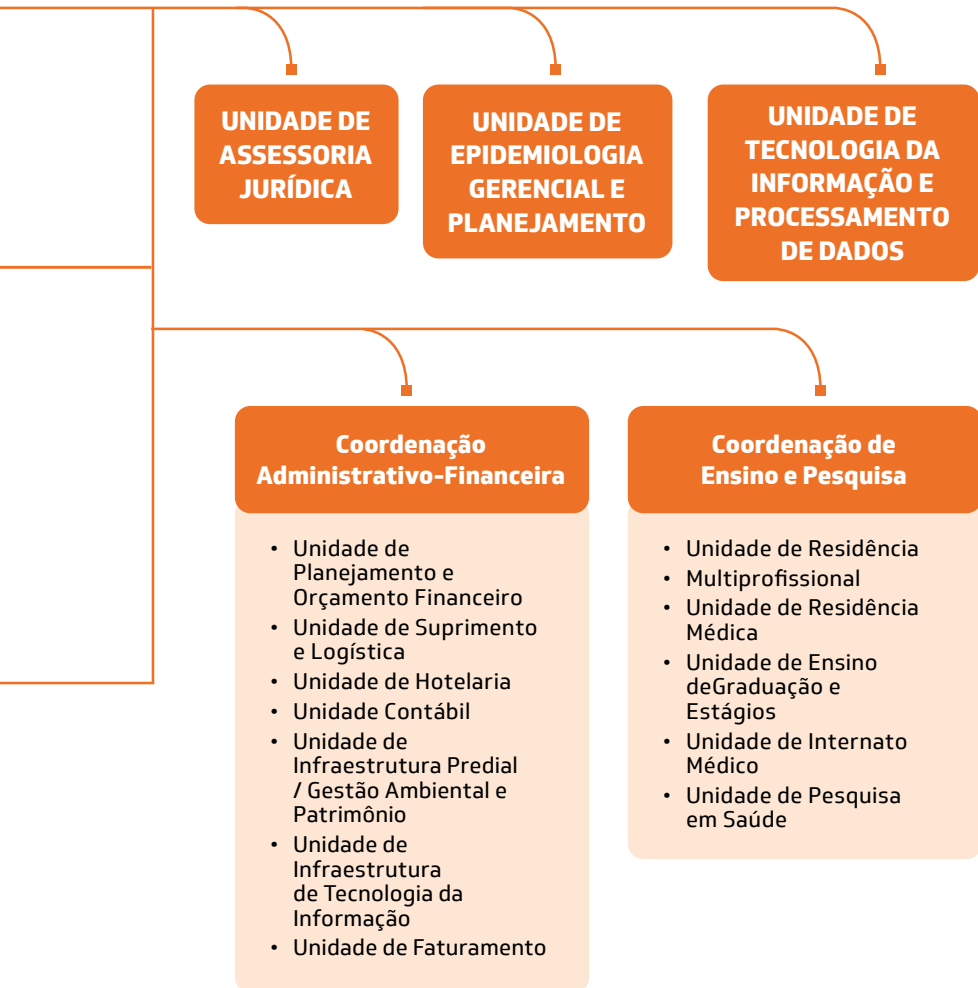
7 Unidade de Faturamento

- Faturamento
- Contas Médicas
- Auditoria Clínica

4.3. HOSPITAL CARLOS ALBERTO STUDART GOMES - HOSPITAL DE MESSEJANA

4.3.1. ORGANOGRAMA GERAL





4.3.2. DETALHAMENTO DAS UPs (SERVIÇOS INTEGRANTES)

1 Unidade de Cuidado Cardiovascular

- Unidade B- Cardiológica
- Unidade C- Cardiológica
- Unidade G- Cardiológica
- Transplante Cardíaco
- Cirurgia Vascular / Cardíaca
- Unidade 1 - Cardiológica

2 Unidade de Cuidado Pulmonar

- Cirurgia Torácica
- Tx Pulmonar
- Unidade J - Pneumologia
- Unidade H - Pneumologia

3 Unidade de Cuidado Cirúrgico

- Centro Cirúrgico
- Pequena Cirurgia

7 Unidade de Emergência

- Pronto Atendimento
- Triage Geral
- Eixo Vermelho
- Risco
- Time de Reposta Rápida Cirúrgico (TRR Cirúrgico)
- Time de Reposta Rápida Clínico (TRR Clínico)

8 Unidade de Cuidado Pediátrico

- Posto Pediátrico
- UTI Pós-Operatória Pediátrica

9 Unidade de Cardiologia Invasiva

- Hemodinâmica
- Eletrofisio Cardiologia
- Sala de Recuperação da Hemodinâmica

13 Unidade de Apoio Nutricional

- Nutrição Clínica
- Nutrição de Produção

14 Unidade de Apoio Terapêutico

- Hemoterapia
- Hemodiálise
- Centro de Infusão
- Hospital Dia

LEGENDAS

UNIDADES DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAIS E DE APOIO DIRETO À ASSISTÊNCIA

SERVIÇOS INTEGRANTES

4 Unidade de Cuidado Crítico

- UTI Coronariana
- UTI Cardiopulmonar
- UTI Respiratória
- UTI Pós-Operatória Adulto

10 Unidade de Clínica Cardiopulmonar

- Posto 1
- Posto 2
- Posto 3
- Posto 4

15 Unidade de Regulação

- Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC)
- Arquivo
- Núcleo Interno de Regulação (NIR)

5 Unidade Ambulatorial

- Espirometria
- Ambulatório Tuberculose
- Anestesista
- Cardiologia
- Eletrofisiologista
- Cardiologia Pediátrica
- Pneumologia
- Cirurgia Cardiovascular
- Cirurgia Torácico
- Hemodinamicista

11 Unidade de Anestesiologia

- Emergência
- Eletivo
- Apoio Diagnóstico

16 Unidade de Equipamentos e Materiais

- Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC)
- Arquivo
- Núcleo Interno de Regulação (NIR)

6 Unidade de Cuidado Crônico

- Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)
- Cuidados Paliativos
- Semi-Intensiva

12 Unidade de Apoio Diagnóstico

- Setor De Imagem
- Broncoscopia / Endoscopia / Colonoscopia
- Anatomia Patológica
- Ergometria
- Ecocardiograma
- Laboratório

4.3.2. DETALHAMENTO DAS UPs (SERVIÇOS INTEGRANTES)



LEGENDAS

UNIDADES DE PRODUÇÃO DE APOIO ADMINISTRATIVO

SERVIÇOS INTEGRANTES

3 Unidade de Hotelaria

- Lavanderia
- Rouparia
- Serviços Gerais
- Transporte de Pacientes (Interno - Externo)
- Vigilância / videomonitoramento
- Segurança

4 Unidade Contábil

- Custos
- Contabilidade

7 Unidade de Faturamento

- Faturamento
- Contas Médicas
- Auditoria Clínica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5

BEN-TOVIM, DI; DOUGHERTY, ML; O'CONNELL, TJ; MCGRATH, KM. Patient journeys: the process of clinical redesign. *Med J Aust.* 2008 Mar 17; 188(S6):S14-7.

CAMPOS, GWS; Amaral, MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):849-859, 2007.

CAMPOS, GWS; DOMITTI, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(2):399-407.

CAMPOS, GWS; FIGUEIREDO, MD; PEREIRA JÚNIOR, N; CASTRO, CP. Application of Paideia methodology to institutional support, matrix support and expanded clinical practice. *Interface (Botucatu).* 2014; 18 Supl 1:983-95

CAMPOS, GWS; RATES, SMM. Segredos e impasses na gestão de um hospital público In: ARAÚJO, G. F; RATES, S. M. M. Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte: Sigma, 2008

CAMPOS, GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner; MINAYO, Maria Cecília; AKERMAN, Marcos; Yara Maria (Org.) *Tratado de Saúde Coletiva V.1*, p.197-199, São Paulo: Hucitec, 2006.

CROZATTI, Jaime. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. *Caderno de Estudos*, São Paulo, v. 10, n. 18, p.1-20, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1413-92511998000200004 & lng=en& nrm=iso. Acesso em: 16 jun. 2021

FADDIS, A. (2018), "The digital transformation of healthcare management", *Bio-medical Instrumentation & Technology: Analytics in Healthcare: Turning Data into Knowledge*, Vol. 52 No. 2, pp. 34-38.

FELLOWS, M. ; EDWARDS, J. (2016), *Future Skills and Competences of the Healthcare Workforce in Europe*, Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting, Centre for Workforce Intelligence, available at: http://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2016/07/JAHWF_WP6_D062-Future-skills-and-competences-of-the-health-workforce-in-Europe-Final-May-2016.pdf . Acessado em 13 de julho, 2021

HELGHEIM, B.I.; MAIA, R.; FERREIRA, J.C. ; MARTINS, A.L. (2019), "Merging data diversity of clinical medical records to improve effectiveness", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 16 No. 769, pp. 1-20.

KOSSAIFY, A.; HLEIHEL, W.; LAHOUD, J.C. Team-based efforts to improve quality of care, the fundamental role of ethics, and the responsibility of health managers: monitoring and management strategies to enhance teamwork. *Public Health*, Volume 153, 2017, Pages 91-98.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sus. *Cadernos HumanizaSUS*. Vol 3. Atenção Hospitalar. 2011.

Disponível em https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_hospitalar.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sus. *Gestão Participativa e Cogestão*. 2009. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf

MIRSHAWKA, Victor. Hospital: fui bem atendido - a vez do Brasil. In: *Hospital: fui bem atendido-a vez do Brasil*. São Paulo; Makron Books;1994. p. 422-422

MOTOMURA, O. *Empresa com Espírito*. Artigos extra. Curso Amana Key. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Ministério da Saúde (Brasília). *A gestão da mudança institucional*. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Brasil). *A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe*. Brasília: Focus Gráfica, 2004.

PADILHA, RQ et al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(12):4249-4257, 2018.

SANTOS FILHO, S.B.; FIGUEIREDO, V.O.N. Internal management contracts within the context of the Humanization Policy: experimenting with methodology within the reference frame of

co-management. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1,p.615-26, 2009.

SCARPI, Marinho Jorge. Introdução. In: SCARPI, Marinho Jorge. Administração em Saúde: autogestão de consultórios e clínicas. Rio de Janeiro: Doc, 2010. p. 17-18.

SERMEUS,W. (2017), "Global society and big data: here's the future we can get ready for", in DELANEY, C.W.,WEAVER, C.A., WARREN JUDITH, J., CLANCY THOMAS, R. and SIMPSON ROY, L. (Eds), Big Data Enabled Nursing: Education, Research and Practice, Springer, pp. 427-440, available at: <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.uef.fi:2443/lib/uef-ebooks/detail.action?docID=5122242>. Acessado em 14 de julho de 2021.

SILVA, L.A.; SANTOS, J.N.. Concepções e Práticas do Trabalho e da Gestão de Equipes Multidisciplinares na Saúde. Revista de Ciências da Administração 2012; 14(34):155-168.

SMITH, Cynthia D.; BALATBAT, Celynne ; CORBRIDGE, Susan et al. Implementing Optimal Team-Based Care to Reduce Clinician Burnout. NAM.edu/Perspectives.2018 Disponível em:<https://pdfs.semanticscholar.org/180a/263cef-0661c2b9c330d46599d1fa0c86c3c4.pdf>.

