

Limites e potencialidades da assistência domiciliar pediátrica em um município do estado do Ceará

Marcelo Bitu de Almeida¹ , Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque² ,
Maria Adelane Monteiro da Silva² , Fernando Daniel de Oliveira Mayorga² ,
Héryca Laiz Linhares Balica¹ , Ana Beatriz Oliveira do Nascimento¹ 

RESUMO

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é o serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar. Diante disso, tem-se como objetivo do estudo, conhecer os limites e potencialidades da assistência domiciliar pediátrica do Programa Melhor em Casa, em um município do estado do Ceará. A escolha pelo público pediátrico se deu pelas suas especificidades, além da dificuldade dos outros níveis de atenção prestarem cuidados domiciliares a este público. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem qualitativa. Utilizou-se a avaliação da tríade estrutura-processo-resultado definida no referencial teórico-metodológico de Donabedian. Para este estudo, consideramos os dados e análises referentes à dimensão processo. No que concerne à coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a partir do roteiro adaptado de Oliveira Neto com os profissionais que atuam de forma direta no atendimento ao público pediátrico no município. As falas foram registradas com a utilização de gravador, além de registro em diário de Campo, destinado a anotações de manifestações com uso de linguagem não verbal como gestos, posturas e expressões faciais. Para tratamento dos dados, foi feita a análise temática dos discursos proposta por Minayo, subsidiada pelo *software* N VIVO 11 plus. A palavra mais frequente nos discursos foi "criança" (158 vezes), seguida de "atenção" (107 vezes), "cuidados" (80 vezes), "paciente" (76 vezes) e "domiciliar" (73 vezes). Vê-se que a palavra mais frequente denota a importância dada ao cuidado centrado no usuário, no caso, na criança. Na divisão de categorias, de acordo com a análise do discurso, foi mais presente a Interação com a RAS (39,02%), seguida pela categoria do Processo Estrutura-Dependentes (PED) com 27,64, Relações de Trabalho (RT) com 26,02% e Processos Profissional-Dependentes (PPD) com 7,32%. Dentre as limitações encontradas destaca-se a fragmentação da rede, falta de insumos, transporte e inexistência de algumas categorias profissionais. Como potencialidades expõe-se a minimização do número de internações pediátricas no município, como também a melhoria da qualidade de recuperação no âmbito do lar.

Palavras-Chave: Serviços de assistência domiciliar, Estrutura dos serviços, Avaliação de processos e resultados.

INTRODUÇÃO

A saúde brasileira é organizada e ofertada à população por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, tendo em vista seu acesso integral, universal e gratuito para toda a população¹. Neste contexto, Política de Atenção Domiciliar que vem, progressivamente sendo implantada no país, potencializa o atendimento e a efetivação dos princípios e finalidades do SUS e demanda a articulação dos processos de formação e de prestação de serviços de saúde.

De acordo com a Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS (Artigo 2º, itens I e II):

Atenção domiciliar é a "modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados"²

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é o serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência,

¹ Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, (CE) Brasil

² Universidade Federal do Ceará. (CE), Brasil



substitutivo ou complementar à internação hospitalar. O SAD tem como objetivos: a redução da demanda por atendimento hospitalar e do período de internação; a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia da pessoa; e, a desinstitucionalização de recursos financeiros e estruturais da RAS-SUS³.

Atualmente, no Brasil, existem 435 municípios com 1153 equipes do Programa Melhor em Casa (PMC) habilitadas, divididas em 26 estados e Distrito Federal. O Estado do Ceará possui 57 equipes habilitadas distribuídas em 30 municípios. Na macrorregião de saúde de Sobral existem três municípios com equipes implantadas: Acaraú com uma EMAD e uma EMAP, Ipu com uma EMAD e Sobral com duas EMAD e uma EMAP⁴.

Em uma perspectiva municipal, Sobral atende mais de 30 pacientes em domicílio, como parte das ações do PMC⁵. A lei n.º 1696 de 06 de dezembro de 2017 estrutura o Programa no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Sobral com o objetivo de reduzir a demanda por atendimento hospitalar no município, reduzir o período de internações, humanizar a atenção à saúde e otimizar os recursos financeiros e estruturais das Redes de Atenção à Saúde. O fluxo de atendimento desses pacientes na localidade ocorre semanalmente, em demandas contínuas, tendo dois públicos como alvos principais: o adulto e o pediátrico⁶.

Neste contexto, optou-se por investigar a assistência domiciliar pediátrica devido além de limitações técnicas e tecnológicas para a atenção primária prestar auxílio adequado ao serviço de assistência domiciliar pediátrica. Diante disso, tem-se como objetivo do estudo, conhecer os limites e potencialidades da assistência domiciliar pediátrica na visão dos profissionais e cuidadores do Programa Melhor em Casa, em um município do estado do Ceará.

MÉTODOS

O presente artigo consiste em um recorte do estudo: "Avaliação da qualidade do serviço de assistência domiciliar pediátrica no "programa melhor em casa": a experiência de uma cidade de grande porte do Ceará." Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem qualitativa.

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde que prestam assistência aos usuários do serviço de assistência domiciliar pediátrica em Sobral/CE. Foram retirados da amostra os profissionais que estavam há menos de seis meses no programa e que prestavam assistência eventual a estes pacientes. A exclusão destes profissionais ocorreu devido à impossibilidade de incorrer em respostas sem viés para as perguntas sobre a integralidade e a longitudinalidade dos cuidados prestados a esses usuários.

A coleta de dados foi feita a partir de uma entrevista semiestruturada baseada em um roteiro adaptado por Oliveira Neto⁷. As falas foram registradas com a utilização de gravador digital, além de registro em diário de Campo, destinado a anotações de manifestações com uso de linguagem não verbal como gestos, posturas e expressões faciais.

A pesquisa utilizou a avaliação da tríade estrutura-processo-resultado definida no referencial teórico-metodológico de Donabedian⁸. Para este estudo consideramos apenas os dados e análises referentes à dimensão processo. A análise dos dados qualitativos foi feita a partir do referencial de análise temática dos discursos proposta por Minayo⁹. Para o suporte no processo de análise foi utilizado o *software* N VIVO 11 plus. Dentre as funcionalidades do *software*, os discursos foram analisados com relação a sua divisão em ideias, temas ou conceitos similares.

A pesquisa foi submetida à Comissão Científica do município de Sobral com aprovação pelo parecer n.º 0074/2019 e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú – UVA sendo aprovado pelo parecer n.º 3.434.187.

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta uma nuvem das palavras mais frequentes na pesquisa. Quanto mais vezes a palavra aparece nas respostas, maior é o seu tamanho, isto é, apresenta uma maior frequência. A palavra mais frequente no discurso foi "criança" (158 vezes), seguida de "atenção" (107 vezes), "cuidados" (80 vezes), "paciente" (76 vezes) e "domiciliar" (73 vezes). Vê-se que a palavra mais frequente denota a importância dada ao cuidado centrado no usuário, no caso na criança.



Figura 1: Modelo de nuvem das palavras mais frequentes nos discursos dos Profissionais do Programa Melhor em Casa no município de Sobral (CE).

A correlação entre as palavras referidas compõe os discursos e enfatizam aquelas que servem de parâmetro na estruturação do conteúdo. A análise identifica os princípios semânticos basilares que determinam as correlações observadas¹⁰. Na divisão de categorias, de acordo com

a análise do discurso, foi mais presente a Interação com a RAS (39,02%), seguida pela categoria do Processo Estrutura-Dependentes (PED) com 27,64, Relações de Trabalho (RT) com 26,02% e Processos Profissional-Dependentes (PPD) com 7,32%, como demonstrado no Quadro 1:

Quadro 1Divisão das categorias e subcategorias com base no *Software NVivo*.

Categorias (nós)	n (%)	Descrição	Sub-Categorias (sub-nós) / n (%)
Interação com a RAS	48 (39,02)	Relacionamento e interação do PMC com os diversos equipamentos da RAS	Atenção Terciária 23 (18,70)
			Atenção Primária 19 (15,45)
			Atenção Secundária 6 (4,88)
			Transporte 14 (11,38)
Processos Estrutura-Dependentes	34 (27,64)	Processos de trabalho que estão intimamente relacionados à presença ou não de estrutura. Insumos 10 (8,13)	Insumos 10 (8,13)
			Composição das equipes 07 (5,69)
			Estrutura Física 3 (2,44)
			Relação com a gestão 17 (13,82)
Relações de Trabalho	32 (26,02)	Relacionamento entre os profissionais e com a gerência/gestão municipal	Relação 15 (12,20)
			Interprofissional 15 (12,20)
			Capacitação 3 (2,44)
Processos Profissional-Dependentes	09 (7,32)	Processos que dependem diretamente das características dos profissionais	Comprometimento 3 (2,44)
			Comunicação 3 (2,44)

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A primeira categoria elencada fora “Interação com a RAS”, que apresentou como foco o relacionamento e interação do PMC com os diversos equipamentos da RAS. Esta categoria foi subdividida posteriormente em três sub-nós: Atenção Terciária, Atenção Primária e Atenção Secundária.

De acordo com P7, há uma falta de conhecimento dos profissionais de outros níveis assistenciais sobre o papel da AD. Este fato prejudica a continuidade do cuidado, haja vista que o fato da criança ser acompanhada pelo PMC não retira a corresponsabilização do atendimento da Estratégia Saúde da Família. O acompanhamento na Rede de Saúde será crucial para a continuidade do cuidado e disponibilização do acesso às consultas especializadas e a realização dos exames para complementação dos diagnósticos.

Outro aspecto apontado nos discursos no que concerne à categoria Interação com a RAS é o papel da Atenção Terciária. P8 afirma que este nível de atenção atua positivamente quando há um agravamento do quadro de saúde dos usuários pediátricos, no entanto, refere que ainda existe um bloqueio quando há necessidade de articulação não emergencial.

A qualidade do trabalho realizado pelo PMC foi destacada por P2, que reforçou o impacto da

estratégia na minimização do número de interações pediátricas no município, como também a melhoria da qualidade de recuperação no âmbito do lar. O entrevistado reforça que apesar de haver uma desarticulação entre alguns pontos da rede, ainda existe uma substitutividade positiva.

A Categoria “Processos Estrutura-Dependentes” subdividiu-se em: Transporte, Insumos, Composição das equipes e Estrutura Física. P1 evidenciou a falta de estrutura do PMC, o que acaba limitando o atendimento que deve ser prestado e interferindo no tratamento dos usuários atendidos em domicílio. Além disso, aponta a carência de transportes e de uma estrutura física exclusiva para o PMC.

Percebe-se que mesmo com a composição das equipes estando de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, através da Portaria 825 de 2016, a falta de algumas categorias essenciais para o cuidado ao público pediátrico prejudica a integralidade do cuidado, como citado pelos profissionais P2 e P4.

Na subcategoria “Insumos” oito profissionais sinalizaram dez vezes sobre a temática. O viés maior é sobre a dificuldade dos profissionais em prestar o atendimento de qualidade se não tem ao seu dispor os insumos imprescindíveis para a melhoria da saúde e da qualidade de vida

das crianças assistidas pelo PMC. Os profissionais destacaram como pontos negativos:

“A falta de material para os nossos pacientes, e isso está incluso tudo, tanto material como sondas, como também material ao nível de medicação (P5)”.

(...) as dificuldades dos implementos, nem sempre a gente tem o material que deveria estar disponível na residência dessa criança, e quando falta, mesmo tendo as mães, algumas delas com muita carência econômica, são obrigadas a adquirir do próprio bolso. (P9)

A categoria “Processos Profissional-Dependentes” que teve como foco os processos que dependem diretamente das características dos profissionais, foi subdividida em capacitação, comprometimento e comunicação. Observa-se nas palavras mencionadas por P3 a necessidade de investimento na educação profissional e continuada dos membros da assistência domiciliar do Programa Melhor em Casa, não apenas por ser preconizado pelo Ministério da Saúde, mas para qualificar a assistência prestada a este público.

Na última categoria “Relações de Trabalho”, que tem como foco o relacionamento entre os profissionais com a gerência/gestão municipal, apontaram-se como subdivisão as temáticas: Relação Interprofissional e Relação com a gestão. São observados alguns pontos mencionados pelos profissionais, tais como: a falta de estreitamento da relação entre os profissionais do Programa Melhor em Casa e a Gestão da Atenção Primária (P3 e P4) e o processo de mudanças dos profissionais a cada ciclo do contrato de trabalho, cortando o vínculo do profissional com o usuário e o novo profissional sendo comparado com o profissional anterior, por parte da família deste usuário.

DISCUSSÕES

Ao se abordar a categoria “Interação com a RAS”, destaca-se que as limitações apontadas se centralizavam no rompimento do acompanhamento do paciente pelos diversos níveis de atenção após ser atendido pelo PMC, ocasionado principalmente pela comunicação inadequada e falta de compreen-

são dos profissionais acerca do programa. Castro¹² defende que a interlocução entre os profissionais que atuam na atenção domiciliar com os de outros pontos assistenciais da Rede de Atenção à Saúde é imprescindível para consolidação dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde.

Oliveira Neto e Dias¹³ destacam que na atenção domiciliar, é imprescindível a articulação do Serviço de Atenção à Saúde (SAD) com os demais serviços, através da demanda de atendimento que são direcionadas às seguintes portas de entrada: usuários procedentes das equipes de Saúde da Família; da instituição hospitalar; e das unidades de pronto-atendimento. E, para que a Atenção Domiciliar seja eficaz, é imprescindível que haja uma articulação com o conjunto dos estabelecimentos e serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde, e esse processo representa um importante desafio para os Serviços de Atenção à Saúde.

Em relação à categoria Processo Estrutura Dependentes, Castro¹² defende que para a realização do atendimento ao usuário do Serviço de Atenção Domiciliar, é imprescindível que a residência tenha uma estrutura com os materiais permanentes e de consumo que viabilizem a recuperação e/ou estabilização da situação de saúde deste. Assim, se faz necessário que seja elaborado um plano de cuidados individualizados, onde sejam descritas todas as necessidades básicas e avançadas destes usuários.

Também enfocam Oliveira Neto e Dias¹³ sobre a consequente transferência de responsabilidades, tanto no cuidado quanto na aquisição de insumos/equipamentos/medicamentos, que deve ser do Estado. No entanto, é observado que esta responsabilidade está passando para o usuário e seus familiares/cuidador. Observa-se então que esta discussão não se tem o seu fim no campo da saúde, sendo necessário o estabelecimento de uma agenda intersectorial, especialmente com a assistência social para que não seja do usuário ou de seus familiares/cuidador uma responsabilidade e gastos de insumos que é obrigação do Estado e Município.

Em relação a capacitação, comprometimento e comunicação, explícitos na categoria “Processos Profissional-Dependentes”, Almeida¹⁴, ao realizar uma pesquisa acerca do comprometimento do profissional da atenção domiciliar, refere que as competências relacionais com o trabalho

desenvolvido pela equipe são descritas enquanto dispositivos de integração com a dinâmica familiar para que possa ser produzido conforto, o alívio do sofrimento e melhoria da condição de vida.

Observa-se que os profissionais pesquisados destacam a comunicação como um canal aberto entre eles e os usuários do Programa Melhor em Casa. Neste sentido Andrade menciona que a comunicação vai muito além das palavras e do conteúdo, pois considera a escuta atenta, o olhar e a postura¹⁵. Assim, a comunicação é imprescindível para que seja obtida uma assistência pautada na humanização, uma vez que ao empregar adequadamente esse recurso ele se transforma em uma terapêutica de grande relevância para pacientes que precisam desses cuidados, principalmente os que se apresentam em estado terminal.

Abordando-se a categoria Relações de Trabalho, Valentini¹⁶ destaca que o trabalho interprofissional tem como foco a melhoria da qualidade da atenção à saúde, integrando as forças de várias áreas, maximizando a chance de aprendizado com as várias situações encontradas por um determinado grupo profissional que presta serviço público. Através de uma permuta de saberes bem realizada, o serviço pode ser aprimorado e o maior beneficiado com isso é não só o usuário, mas também toda a equipe, uma vez que ao somar as experiências diferentes de cada membro do grupo, essas experiências merecem ser compartilhadas pelo bem do saber coletivo.

Lorenzetti¹⁷ acrescenta ainda que existe a constatação de que a gestão em saúde ainda está balizada em métodos e estratégias tradicionais, advindas da teoria clássica da administração. E a construção de novas formas de gestão na área da saúde, ancorada na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares onde trabalhadores e usuários sejam sujeitos ativos e atuantes, permanece como desafio.

CONCLUSÃO

A compreensão de vários olhares sobre o serviço de atenção domiciliar possibilitou realizar uma reflexão quanto à qualidade do serviço, observando questões significativas sobre esta modalidade de atenção à saúde e reconhecendo

a assistência domiciliar como um fortalecimento e continuidade do cuidado.

Entendendo que as práticas do SAD pediátrico são realizadas no próprio domicílio, verificou-se que é imprescindível a conexão e a efetivação da atenção integral. São compreendidas as fragilidades encontradas na atenção domiciliar tais como uma deficiência na interlocução e integração na Rede de Atenção, carência de transportes e de uma estrutura física, insumos insuficientes, ausência de profissionais de categorias específicas, além da falta de estreitamento dos profissionais do Programa com a gestão.

No entanto, os participantes listaram os benefícios que são direcionados pela equipe do Programa Melhor em Casa aos usuários atendidos, como também a humanização de alguns profissionais e o vínculo que é gerado entre estes e os usuários e cuidadores. A educação em saúde como ferramenta de prevenção e de uma intervenção rápida no surgimento de agravos dos usuários foi claramente relacionada pelos cuidadores, além da rápida resolubilidade em casos de urgência.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS, Travassos CMR, Almeida CM, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* [Internet]. 2011 [cited 2021 Feb 2];10(3):11-31. Available from: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/352546>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº825 de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União* [Internet]. 26 Abr 2016. [Cited 2021 Feb 2]; Seção 1. Available from: https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827
3. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Domiciliar: A segurança do hospital no conforto do seu lar. [Internet] Brasília, 2012. [Cited 2021 Feb 2]; Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica: Equipe de Saúde da Família. [Internet] 2019. [Cited 2021 Feb 2]; Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf
5. Sobral (CE). Secretaria da Saúde. Melhor em Casa - Sobral atende mais de 30 pacientes em domicílio. Secretaria da Saúde de Sobral [Internet]. 2020 [Cited 2022

- Jan 17]; Available from: <https://www.sobral.ce.gov.br/informes/principais/melhor-em-casa-sobral-atende-mais-de-30-pacientes-em-domicilio>
6. Sobral (CE). Lei nº 1696, de 06 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a estrutura do programa melhor em casa no município de Sobral [Internet]. 2017 [Cited 2022 Jan 17]; Available from: <http://transparencia.sobral.ce.gov.br/arquivo/nome:add5ea582bfda58264f8aaf30dfb9f42.pdf>
 7. Oliveira Neto AV. Análise do programa melhor em casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Dissertação on the Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2016; [cited 2021 Feb 2]; s. 160. Available from: <https://www.repositorio.unb.br/handle/10482/20974>
 8. Donabedian A. The quality of medical care. Science [Internet]. 1978 [cited 2021 Feb 2];200: 856-864. DOI <https://doi.org/10.1126/science.417400>. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/417400/>.
 9. Minayo MCS., Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1993 Sep [cited 2021 Feb 11]; 9(3): 237-248. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>.
 10. Alves da Silva DP, Figueiredo Filho DB, Silva AH. O PODE-ROSO NVIVO: UMA INTRODUÇÃO A PARTIR DA ANÁLISE DE CONTEÚDO. Revista Política Hoje [Internet]. 2015 [cited 2021 Feb 2];24(2):119-134. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politicohoje/article/view/3723>
 11. Ministério da Saúde. Brasil. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar do sistema único de saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Ministério da Saúde [Internet]. 2016 [Cited 2022 Jan 17]; Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
 12. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Caderno de Saúde Pública [Internet]. 2012 [cited 2021 Feb 2];28(9):1772-1784. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015
 13. Oliveira Neto AV, Dias MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa?. Divulgação em saúde para debate. 2014;1(51):43-57.
 14. Almeida SGF. Cada casa é um caso: Competências relacionais em assistência domiciliar, na perspectiva do profissional de saúde [Dissertação on the Internet]. Faculdade de Medicina, Botucatu; 2019. [cited 2021 Feb 2]; Available from: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/183507>
 15. Andrade CG, Costa SLF, Costa ICP, Santos KFO, Brito FM. Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. Revista Online de Pesquisa [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 1];9(1):215-221. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5368/pdf>
 16. Valentini PFC. A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO INTER-PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE E NA ODONTOLOGIA: UM PANORAMA BRASILEIRO E MUNDIAL [Trabalho de Conclusão de Curso on the Internet]. Universidade Estadual de Londrina; 2018 [cited 2021 Jan 31]. Available from: <http://www.uel.br/graduacao/odontologia/portal/pages/arquivos/TCC2018/Pedro%20Valentini.pdf>
 17. Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuti LFC, Pires DEP, Ramos FRS. GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL: DIÁLOGO COM GESTORES PÚBLICOS E PRIVADOS. Revista Texto e Contexto Enfermagem [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 1];23(2):417-425. Available from: https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf

Contribuição dos autores:

Contribuição substancial no esboço do estudo (MBA, IMANA);

Contribuição na interpretação dos dados (MAMS, FDOM);

Participação na redação da versão preliminar HLLB, ABON).

Autor Correspondente:

Héryca Laiz Linhares Balica
lais.heryca@gmail.com

Editor:

Prof. Dr. Felipe Villela Gomes

Recebido: 16/02/2021

Aprovado: 07/03/2022
