



**Universidade Federal da Bahia  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Instituto de Saúde Coletiva**

**MARIA DORALICE DE SOUSA**

**POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:  
CRITÉRIOS E INDICADORES  
PARA UTILIZAÇÃO EM AUDITORIAS  
DE HOSPITAIS DO SUS**

**SALVADOR- 2010**

**MARIA DORALICE DE SOUSA**



**Universidade Federal da Bahia  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Instituto de Saúde Coletiva**

**POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: CRITÉRIOS E INDICADORES  
PARA UTILIZAÇÃO EM AUDITORIAS DE HOSPITAIS DO SUS.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Planejamento e Gestão.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Alcione Brasileiro Oliveira Cunha**

**Salvador – 2010**



**Universidade Federal da Bahia  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Instituto de Saúde Coletiva**

**BANCA EXAMINADORA:**

**Profa. Gerluce Alves Pontes da Silva –Universidade de Brasília /UnB**

---

**Profa. Sônia Cristina Lima Chaves – Faculdade de Odontologia /UFBA**

---

**Profa. Alcione Brasileiro Oliveira Cunha – Orientadora -ISC /UFBA**

---

## AGRADECIMENTOS

A minha querida orientadora Alcione Cunha por ter aceito me iniciar pelo árduo ritual do caminho acadêmico e pela disponibilidade em compartilhar o seu conhecimento, num momento tão delicado da sua existência.

A todos os professores do Instituto de Saúde Coletiva, em especial, a Prof<sup>a</sup>. Ligia Rangel por me reacender a chama do amor pela comunicação, na disciplina Comunicação e Saúde, a Prof<sup>a</sup> Isabela Pinto pelo carinho com que sempre atendeu as nossas necessidades. Às professoras Gerluce Alves, Sonia Chaves e Marilene Melo pelas valiosas contribuições para qualificação do trabalho.

Especialmente agradeço ao grupo de especialistas, Almir, Matary, Veronica, Paulinho, Rosana, Denise e Tatiana, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

A minha querida Secretária do Curso Sonia Malheiros, “Soninha”, que sempre me presenteou com um sorriso de encorajamento, mesmo nos momentos de muitos afazeres e visível preocupação.

A minha turma de mestrado, com agradecimento especial para as companheiras Matá e Veca pela disponibilidade em participar do grupo de consenso num momento tão difícil que foi o do final de curso.

À Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em especial, aos Drs. Jorge Solla e José Raimundo Mota: ao Secretário por ter viabilizado a realização deste curso e ao Diretor e amigo por nos possibilitar a realização na prática.

À minha amiga e colega, Dra. Denise Pestana de Castro, meu agradecimento especial pelo acolhimento, por sua amizade, por seu desprendimento em compartilhar os seus conhecimentos, pela importante colaboração na construção do consenso e pela nobreza e humildade como conduz a sua sabedoria.

À minha amiga e colega, Dra. Rosana Bezerra Batista Neves, agradeço especialmente pela sua amizade, pela importante colaboração na construção do consenso e pelo exemplo de compromisso e perseverança na defesa dos seus ideais.

Aos colegas da Auditoria, pela compreensão com relação as dificuldades para conciliar trabalho e curso.

À minha família: minha filha – Irene; minhas mães – Bela e Luiza; pais - Otavio e Mundinho; meus irmãos, Prof. Messias, e Jair e irmãs Helena e Gerusa – pelo apoio incondicional e exemplo de confiança e estima.

Aos meus companheiros do Movimento Negro pelo apoio e pelas lições de coragem e resistência.

Aos meus ancestrais por terem transposto obstáculos e por até terem garantido com a própria vida a minha sobrevivência.

A meu preto, o meu amor e admiração pela paciência, apoio e companheirismo com que sempre acolheu meus projetos e os assumiu me dando suporte para que fosse possível dar continuidade e realizar os sonhos.

Meu muito obrigado ao Universo que me presenteia a cada dia com dádivas maravilhosas, como paisagens, aromas, plantas, água, o céu, lindas estrelas, conhecimento, músicas que amo... e maravilhosas pessoas...

*Eu Apenas Queria Que Você Soubesse*

*Composição: Gonzaguinha*

*Fu apenas queria que você soubesse  
Que aquela alegria ainda está comigo  
F que a minha ternura não ficou na estrada  
Não ficou no tempo presa na poeira  
Fu apenas queria que você soubesse  
Que esta menina hoje é uma mulher  
F que esta mulher é uma menina  
Que colheu seu fruto flor do seu carinho  
Fu apenas queria dizer a todo mundo que me gosta  
Que hoje eu me gosto muito mais  
Porque me entendo muito mais também  
F que a atitude de recomeçar é todo dia toda hora  
F se respeitar na sua força e fé  
F se olhar bem fundo até o dedão do pé  
Fu apenas queira que você soubesse  
Que essa criança brinca nesta roda  
F não teme o corte de novas feridas  
Pois tem a saúde que aprendeu com a vida...*

## RESUMO

Introdução- A Política Nacional de Humanização (PNH) nasceu com a proposta de ser transversal a todas as atividades do SUS e vem sendo implementada nos diferentes níveis de atenção, cabendo aos órgãos de fiscalização deste sistema a sua avaliação e acompanhamento. Objetivo – Identificar e validar por consenso critérios e Indicadores da PNH para auditoria hospitalar do SUS. Metodologia – Foi realizado um estudo de desenvolvimento segundo a tipologia de Cotandriopoulos, onde foram priorizados por grupo de especialistas indicadores/critérios significativos para a avaliação da PNH no âmbito hospitalar. Utilizou como base o documento “Monitoramento e Avaliação da Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS, do Ministério da Saúde (Brasil, 2009). Adaptou-se a matriz I desse documento, que foi submetida a um grupo de 07 especialistas para se chegar a um consenso acerca da relevância dos indicadores propostos. Resultados - Foram identificados 204 critérios/indicadores e ao final, após a realização do consenso foram selecionados 102 critérios/indicadores da Política Nacional de Humanização para utilização em auditorias de hospitais do SUS. Entre eles, 26 foram considerados muito importantes por absoluto consenso, 29 foram considerados importantes por elevado consenso, e 47 foram considerados importantes com pouco consenso. Foram excluídos todos os indicadores considerados pelo grupo como pouco importantes ou com elevado dissenso. Com a disponibilização destes indicadores pretende-se contribuir para maior incorporação das diretrizes da PNH nas ações da Auditoria.

**Palavras-chave:** Indicadores; Política Nacional de Humanização; Auditoria Hospitalar.

## Summary

**Introduction** -The National Humanization Policy (NHP) was born with the proposal to be cut across all the activities of SUS and has been implemented at different levels of attention, leaving it to the surveillance system of its assessment and monitoring. **Objective** - To identify and validate by consensus criteria and indicators for hospital audits HNP SUS. **Methodology** - A study of development by type of Cotandriopoulos, which were prioritized by the expert group indicators / criteria for meaningful evaluation of the HNP in the hospital. Used based on the document "Monitoring and Evaluation of the National Policy on Humane Care and Management Network of the SUS, the Ministry of Health (Brazil, 2009). Adapted the matrix I of that document which was submitted to a group of 07 experts to reach a consensus about the relevance of indicators and criteria proposed. **Results** - We identified 204 criteria / indicators and the end, after the completion of 102 were selected consensus criteria / indicators of the National Policy of Humanization for use in audits of hospitals in the SUS. Among them, 26 were considered very important by absolute consensus, 29 were considered important by a large consensus, and 47 were considered important with little consensus. We excluded all indicators considered by the group as unimportant or high dissent. With the availability of these indicators is intended to contribute to greater incorporation of the guidelines of the HNP in the actions of Audit.

**Keywords:** Indicators; National Policy of humanizing; Auditing Hospital.



## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1 – Modelo Lógico**

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1 – Síntese do consenso de especialistas para avaliação da Política Nacional de Humanização em hospitais por objetivos**

**Tabela 2 – Lista de critérios/indicadores e respectivas dimensões\* considerados “ *muito importantes*” e de “*consenso absoluto*” pelo grupo de especialistas na primeira rodada**

**Tabela 3 – Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo 1**

**Tabela 4 – Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo 2**

**Tabela 5 – Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo 3**

**Tabela 6 – Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo 4**

**Tabela 7 – Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo 5**

**Tabela 8 – Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo 6**

**Tabela 9 – Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo 7**

**Tabela 10 – Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo 8**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

DP - Desvio Padrão

DNC - Doenças de Notificação Compulsória

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EPC - Equipamentos de Proteção Coletiva

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

GTH - Grupo de Trabalho de Humanização

MA - Média Aritmética

MS - Ministério da Saúde

NBR – Norma Brasileira

PCCSSUS - Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde

PFST - Programa de Formação em Saúde e Trabalho

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNUD – Programa Nacional das Nações Unidas

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

RDC - Resolução de Diretoria Colegiada – Regulamento Técnico

RH – Recursos Humanos

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESAB – Secretara de Saúde do Estado da Bahia

SiNNP-SUS - Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS

SNA – Sistema Nacional de Auditoria

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

## **Sumário**

	<b>Pág</b>
<b>1 Introdução</b>	<b>11</b>
<b>2 Objetivos</b>	<b>15</b>
<b>3 Metodologia</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Marcos de referência</b>	<b>16</b>
<b>3.2 Estratégia da pesquisa</b>	<b>20</b>
<b>3.3 Seleção do grupo de especialistas</b>	<b>24</b>
<b>3.4 Momentos do grupo</b>	<b>24</b>
<b>4 Resultados e discussão</b>	<b>27</b>
<b>4.1 Seleção dos Indicadores</b>	<b>27</b>
<b>4.2 Consensos e dissensos dos Indicadores</b>	<b>27</b>
<b>4.3 Sugestões dos especialistas</b>	<b>53</b>
<b>5 Considerações</b>	<b>55</b>
<b>6 Referências bibliográficas</b>	<b>58</b>
<b>Apêndice A – Termo de consentimento</b>	<b>66</b>
<b>Apêndice B - Matriz com critérios e indicadores pontuada por especialistas</b>	<b>68</b>

## 1 Introdução

A Constituição Brasileira de 1988 garante no seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Em 1990, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), através das Leis 8080 e 8142/90, criou as condições necessárias para a viabilização desse dispositivo constitucional (GERSCHMAN, 2009), pautando-se nos princípios de integralidade, universalidade e igualdade (BRASIL, 1990).

A importância do SUS para a saúde da população Brasileira se reflete nos avanços obtidos em todas as áreas do setor. Na atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem viabilizado a reorganização da atenção tornando-se importante porta de entrada aos serviços (SCOREL et al, 2007). Buscando superar os limites dos modelos hegemônicos vigentes, a Vigilância da Saúde propõe a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária (TEIXEIRA e cols., 2003). Em menos de duas décadas, a descentralização da gestão do sistema para estados e municípios viabilizou grandes mudanças no modo de prestação do cuidado (VIEIRA DA SILVA et al, 2007). Além disso, difundiu-se a consciência do direito à saúde na população (VAITSMAN et al, 2009).

Apesar de todos esses avanços e do aumento expressivo da oferta de serviços, evidenciado com o aumento da cobertura e com as elevadas taxas de utilização de serviços, (PNAD, 2005), o objetivo de aliar a abrangência da oferta à qualidade no atendimento com a garantia da humanização na prestação do cuidado, tem sido um grande desafio (TEMPORÃO, 2008).

Nesse contexto de consolidação do SUS, a humanização do cuidado ganha expressão. As últimas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) expuseram a necessidade de ampliar o debate com destaque para a “humanização”, culminando com a prescrição da implantação de uma política (BRASIL, 2004; FALK, 2009). Esse processo, aliado à necessidade de mudança no modo como as ações de cuidado eram prestadas, constituiu-se num contexto propício à germinação dos processos que fomentaram a criação da Política Nacional de Humanização (BENEVIDES & PASSOS, 2005).

Para Heckert et al (2009), a PNH traz como proposta inovadora a inclusão em sua essência da prescrição de tornar a gestão e a atenção indissociáveis e complementares, quando a superação desta dicotomia histórica resultará em ganhos tanto na forma de cuidar, como de gerir o processo de saúde. O trânsito dos atores pelas diferentes instâncias lhes permitiria modificar o olhar e conseqüentemente o resultado da suas ações, superando as barreiras do autoritarismo, da hierarquização e da alienação do profissional com o seu processo de trabalho.

Estudos sobre a implementação dessa política vem sendo desenvolvidos a partir de diversas perspectivas e abordagens. Estudo realizado a partir da percepção do usuário revelou que a satisfação quanto ao atendimento está relacionada com as características facilitadoras do acesso e em virtude da qualidade dos serviços prestados (AZEVEDO & BARBOSA, 2007). Os autores assinalam que a responsabilidade, o vínculo e a abordagem dos indivíduos como sujeitos participantes de todo o processo de recuperação, resolução e integração ao sistema de saúde são dimensões assistenciais que devem ser desenvolvidas no serviço com intuito de buscar a melhoria da qualidade de vida e resgatar a saúde como direito de todos (PINHO & SANTOS, 2008).

Já os profissionais, apresentam percepções diferenciadas da política a depender da sua categoria profissional e inserção no SUS. Estudos realizados em UTI com enfermeiros revelam que estes profissionais reconhecem a importância de se prestar uma assistência integral, mas que ainda convivem em seu cotidiano de trabalho com inúmeras dificuldades para efetivar uma assistência humanizada (SALICIO & GAIVA, 2006). Na rede básica os resultados evidenciaram que os trabalhadores têm alto nível de consciência e motivação, entretanto, mostraram-se insatisfeitos quanto à participação e autonomia no processo de trabalho (RIOS, 2008).

Por sua vez, o contexto hospitalar convive com uma dura e penosa realidade. Estudos referem um longo percurso enfrentado pelos usuários, caracterizado pelas múltiplas triagens que passam para ter validado seus pedidos e necessidades de acesso ao atendimento. Este percurso se caracteriza, seja pela necessidade de ter de se enquadrar no que é ambivalentemente entendido como urgência/emergência com base no discurso biomédico e nos heterogêneos critérios dos diferentes profissionais envolvidos, seja no enfrentamento de preconceitos de classe social, escolha sexual e de modos de ser (NEVES, 2006).

Esse ambiente é caracterizado pela crescente racionalização das práticas, é necessariamente multidisciplinar, e somatório de um grande número de pequenos cuidados

parciais que vão se complementando numa complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa (MERHY & CECILIO , 2003). É neste universo que se dá a atenção hospitalar, caracterizada principalmente para eventos agudos em casos de possibilidades terapêuticas e necessidade de tratamento intensivo e semi-intensivo que necessite de elevada densidade tecnológica (BRASIL, 2004).

Apesar de iniciativas governamentais para concretizar as premissas para funcionamento das unidades hospitalares, a realidade aponta para a necessidade de implementação de ações que possam contribuir para a redução dos problemas enfrentados pelo setor. A PNH pode contribuir de forma importante, na mudança desse cenário, já que sua proposta contempla as várias áreas de intervenção, com orientações específicas para a implementação das ações na atenção hospitalar.

Nesse sentido, cabe ressaltar, que o hospital é o serviço de saúde que oferece mais oportunidades de maximização do lucro aos prestadores de serviços privados e de maximização do orçamento pelos prestadores de serviços públicos, partindo-se da visão de que para o alcance de bons resultados ocorre com a realização de intervenções complexas e onerosas, bem como com o emprego de técnicas, equipamentos e profissionais altamente especializados (CALVO,2002).

Desse modo, os serviços de saúde passam a ser objeto de avaliação periódica dos órgãos de controle e fiscalização no sentido de identificar a forma como estão sendo conduzidas as atividades, a utilização dos recursos e o alcance dos resultados esperados (MEDINA et al, 2005).

A fiscalização dos serviços e sistemas de saúde do SUS é feita pelo Sistema Nacional de Auditoria – SNA, constituído pelas três esferas de governo. Esse sistema tem o propósito de complementar as outras instâncias de controle e regulação, buscando contribuir para as mudanças necessárias no planejamento, na gestão, execução e avaliação das ações de saúde (MELO, 2007).

A auditoria no âmbito do SUS torna-se então um importante instrumento de gestão do sistema de saúde, “com a finalidade de produzir informações para subsidiar o planejamento e o replanejamento das ações de saúde, colaborar com o gestor e com a gestão e contribuir para o aperfeiçoamento do SUS, favorecendo a melhoria da qualidade do sistema de saúde, a correta aplicação dos recursos e a satisfação do usuário do SUS” (BRASIL, 2007).

Revisão sistemática da literatura revelou poucos trabalhos acadêmicos com foco na Auditoria do SUS. Os identificados tratam de análise de implantação da auditoria em municípios de pequeno porte, descrição sobre a implantação do SNA e distinção entre os termos avaliação e auditoria (CASTRO 2004; MELO, 2007; MELO & VAITSMAN, 2009).

Torna-se importante ressaltar que no processo de auditoria em saúde, a atenção não deve se deter na verificação de irregularidades no uso dos recursos financeiros, ou na adequação de estruturas e produtividade dos serviços, mas deve incorporar elementos que contribuam para a avaliação de resultados com ênfase na busca da qualidade dos serviços. Além disso, as informações geradas pela auditoria devem contribuir para o redirecionamento das políticas e objetivos e, conseqüentemente, das atividades e ações dos serviços de saúde (MELO & VAITSMAN, 2009).

Diante da análise e identificação de lacunas para a avaliação da PNH no roteiro de auditoria operativa hospitalar que é utilizado pelos auditores da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), e visando contribuir com essa discussão, este trabalho pretende identificar e validar critérios/indicadores para a avaliação da implementação das ações da PNH em hospitais do SUS utilizando como referência documentos normativos da PNH.

## **2 Objetivos**

- Identificar critérios e indicadores relevantes para a avaliação da implementação da PNH em hospitais do SUS;
- Validar por consenso os critérios e indicadores para a avaliação e monitoramento da implementação da PNH em hospitais do SUS;



## **3 Metodologia**

### **3.1 Marco de referência**

De modo abrangente, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi formulado em 2000, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada ao usuário dos serviços (BRASIL, 2002). Inicialmente, tinha como alvo principal projetos pontuais a exemplo de “Parto Humanizado” e a “Humanização da Atenção Hospitalar”, propondo uma mudança nos padrões de assistência aos usuários. Foi implantado como projeto piloto em 10 hospitais da rede pública no Brasil, e em 03 anos já se estendia para mais de 500 hospitais em todo o país. A partir dessa experiência, o Ministério da Saúde propôs que se expandissem as ações de humanização para além do ambiente hospitalar ampliando desta forma os propósitos de abrangência do programa. Passa a partir de então, a ser estruturado como uma política, com o intuito de intervir nos diferentes setores da saúde, buscando um plano comum e transversal através da humanização das práticas de saúde (PEDROSO & VIEIRA, 2009).

Nasce desta forma a Política Nacional de Humanização, PNH do SUS - Humaniza SUS, entendendo a humanização como uma transformação cultural. Na sua gênese quatro objetivos a nortearam: reduzir as filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e do atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; dar autonomia e valorização ao usuário do SUS; garantir ao usuário o acesso a informações, o acompanhamento de pessoas de sua rede social e a participação social nos processos de gestão; garantir aos trabalhadores a participação na gestão e o acesso a estratégias de educação permanente (BRASIL, 2006).

Para o alcance destes objetivos baseia-se nos princípios metodológicos: 1) a transversalidade, entendida como aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos; 2) a inseparabilidade entre atenção e gestão; 3) o protagonismo dos sujeitos e coletivos (HECKERT, et al, 2009).

Como diretrizes a PNH preconiza a clínica ampliada, co-gestão e participação, valorização do trabalho e do trabalhador, o acolhimento, a ambiência, direitos dos usuários, ativação das redes sociais e educação permanente em serviço. A partir dessas diretrizes se busca a qualificação das práticas de saúde, abrangendo a garantia do acesso, com atenção para a garantia da integralidade valorizando a responsabilização e o vínculo, a participação dos

envolvidos no processo, incluindo os trabalhadores e usuários (BENEVIDES & PASSOS, 2005).

### **Humanização do cuidado**

Um dos grandes desafios na implementação da PNH, tem sido a polissemia e subjetividade do termo humanização. Nesse sentido, existem autores que colocam a humanização como a busca da atenção que vai além da técnica e preocupação com a doença, outros se preocupam em modificar determinadas práticas, principalmente quanto à melhoria e qualificação da assistência por meio da atenção ao profissional de saúde com o objetivo de torná-la humanizada (PUCCINI & CECILIO, 2004; AYRES, 2005; OLIVEIRA & KRUSE, 2006; DESLANDES, 2009).

Um primeiro conjunto de significados para a humanização da assistência está relacionado ao ideal da profissão de enfermagem cujo tema era o amor ao próximo. Os avanços técnico científicos da década de 70, levaram a enfermagem a assimilar os signos da tecnologia para fazer face as novas exigências mercadológicas, constituindo ameaça ao cuidado humanizado. Posteriormente, nas décadas de 80 e 90, houve um retorno ao conceito da humanização da assistência, agregando-se a preocupação com o sujeito enquanto paciente, bem como algumas considerações acerca da equipe de enfermagem, a qualidade do atendimento prestado, o respaldo técnico-científico das ações implementadas, as boas condições de trabalho, a habilidade na comunicação interpessoal e a integração com toda a equipe hospitalar (OLIVEIRA & KRUSE, 2006).

Para Ayres, (2005) a problemática de que trata a humanização não se restringe ao plano das relações pessoais entre terapeutas e pacientes e não se detém em rearranjos técnicos ou gerenciais das instituições, embora dependa deles, donde conclui que se trata de um projeto existencial de caráter político.

Puccini e Cecilio, (2004) associaram as ações da PNH às mudanças sociais decorrentes das formulações teóricas da "Gestão pela Qualidade Total", articulando um conceito paradigmático para a formulação de modelos gerenciais, desenvolvidos como resposta a certas dificuldades das empresas privadas, também, muitas vezes, transpostos para o setor público. Neste trabalho, a **Humanização** será tratada conforme a definição de Deslandes, (2009) “Entende-se a proposta de humanização como um conjunto de princípios e diretrizes que afirma a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); o fomento da autonomia e do protagonismo desses

sujeitos; o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde, dos usuários e dos trabalhadores; e o compromisso com a ambiência, com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento. O debate de humanização produzido pelos autores brasileiros vai enfatizar, entre tantos aspectos e desafios, as dimensões éticas do cuidado, a importância da comunicação e do diálogo para projetos terapêuticos comprometidos com a vida e os direitos dos usuários”.

### **Auditoria em saúde**

No mesmo período da criação do SUS, década de 90, também foi criado o Sistema Nacional de Auditoria, cujas atividades concentram-se nos processos e resultados da prestação de serviços e pressupõem o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado em relação às normas de acesso, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Consistem em acompanhar e avaliar a atenção efetivamente prestada pelo sistema, comparando a um modelo estabelecido no aparato legal (Brasil, 1995).

O conceito de auditoria (audit) tem como premissa a “avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do cliente” (LAMBECK apud CALEMAN et al 1988).

Segundo os manuais de Normas de Auditoria (BRASIL, 1996; BRASIL, 1998) o processo de auditoria teria como principal objetivo “a qualidade das ações de serviços prestados no campo da saúde”. Conforme orientação para a sua realização ocorrem ações em períodos distintos que se configuram em fases (BRASIL,2007):

1. Fase analítica se constitui de conjunto de procedimentos especializados, que consiste na análise de relatórios do sistema de informação, processos existentes e documentos diversos, com a finalidade de avaliar se os serviços e os sistemas de saúde atendem as normas e padrões previamente definidos;

2. Fase operativa onde é feita verificação *in loco* do atendimento aos requisitos legais ou normativos, que regulamentam os sistemas, serviços ou atividades relativas à área da saúde, por meio do exame direto de fatos, documentos e situações.

Na execução destas fases são utilizadas várias tecnologias pelo auditor, constituindo-se como instrumentos essenciais que devem sempre subsidiar as suas atividades, variando apenas

de acordo com o objeto a ser auditado. Para fins de auditoria de serviço, destaca-se o uso das informações de saúde (estatísticas vitais, informações epidemiológicas e dados de morbidade, indicadores de saúde e informações demográficas e sócio-econômicas); legislação atualizada (leis, decretos, portarias, normas, resoluções); e orientações técnicas (roteiros, manuais, protocolos clínicos e operacionais).

## **A avaliação em saúde**

A necessidade de levantamento de informações para que a gestão dos serviços e sistemas de saúde possa se embasar para tomar decisões conduz à reflexão sobre a importância da avaliação das ações em saúde (VIEIRA DA SILVA, 2005).

A avaliação apresenta diferentes concepções, sendo que a definição de Contandriopoulos da avaliação como julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões, é considerada uma das mais abrangentes (VIEIRA DA SILVA, 2005). Neste contexto a existência de indicadores é condição importante para que se processe a avaliação.

Indicadores de saúde são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre dimensões do estado de saúde além do desempenho do sistema de saúde. São “instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas; variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, uma quantificação inicial para termos como referência de avaliação no momento ou comparação posterior” (SANTOS, 2009).

Quando manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, constituindo-se em insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2002).

Na avaliação de um programa é importante determinar se o que foi planejado realmente ocorreu, além de avaliar os produtos e o impacto do programa, associando os resultados as ações desenvolvidas. Para tanto são necessários critérios, indicadores, parâmetros e fontes de informação. O critério é considerado um componente ou aspecto da estrutura de serviço/sistema de saúde. O parâmetro se trata da quantificação e deve estar

relacionado ao critério. E os indicadores que não devem ser tratados de forma isolada, representam medidas de impacto dos serviços sobre a saúde da população (MEDINA et al, 2005).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde se dá em três abordagens – estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1988). A abordagem de estrutura inclui os recursos ou insumos utilizados no sistema de saúde, que podem ser sintetizados em humanos, materiais e financeiros; a de processo englobam as atividades e procedimentos envolvidos na prestação de serviços; e a de resultados, efeitos ou impactos incluem as respostas das intervenções para a população que tenha sido beneficiada por elas e avaliam as mudanças na saúde da população, relacionadas à mortalidade e morbidade, qualidade de vida em geral, graus de incapacidade, autonomia, avaliações de satisfação dos usuários, mudanças de comportamento das pessoas e outras situações similares. Sendo que os efeitos de uma intervenção também podem ser avaliados segundo os atributos de eficiência, eficácia e efetividade (FAGUNDES & MOURA, 2009).

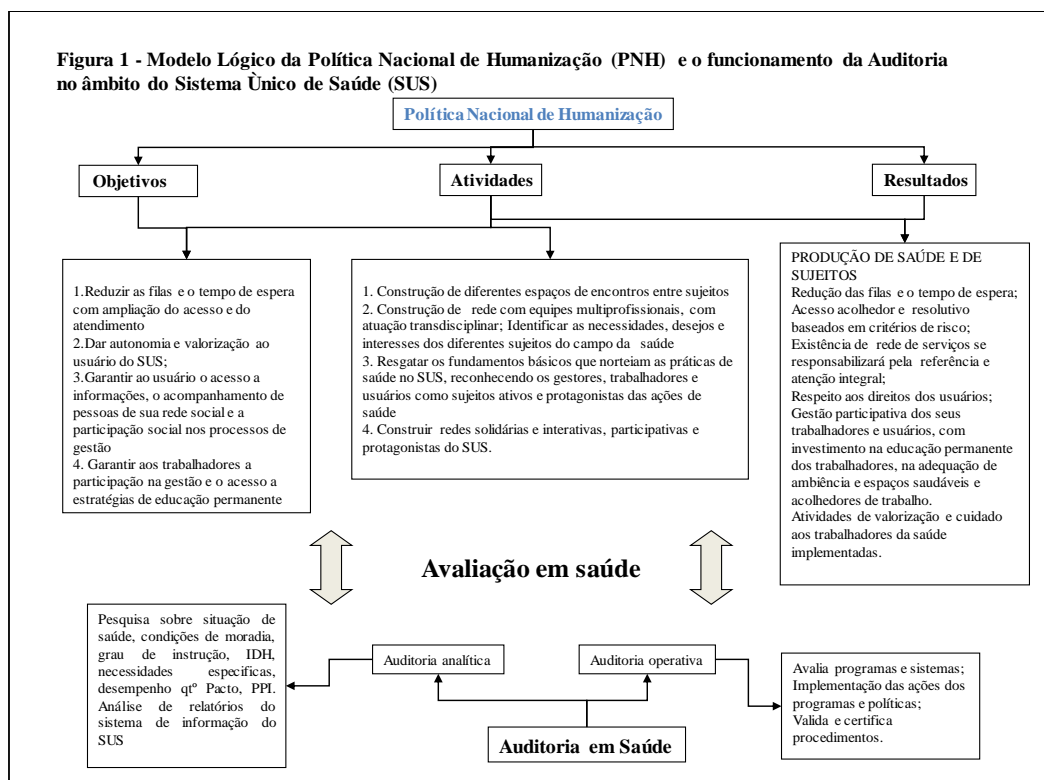
O processo de avaliação pela ótica da Humanização se apresenta complexo implicando na necessidade de selecionar critérios e indicadores capazes de captar as mudanças propostas em todas as dimensões da atenção e da gestão.

### **3.2 Estratégia da pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento, que segundo Contandriopoulos et al (2002) objetiva desenvolver ou melhorar uma intervenção ou um instrumento de medição, partindo do conhecimento existente (FERRARO et al. 2009). Para melhor compreensão acerca do objeto, foi elaborado modelo lógico (MEDINA et al, 2005) (Figura 1), buscando articular a proposta da PNH com as atribuições da auditoria.

O desenvolvimento do modelo lógico se faz necessário quando se quer estabelecer a relação entre diferentes tipos de intervenção, uma vez que permite, através da visualização, o conhecimento esquemático da lógica do programa ou intervenção, seus componentes e os resultados esperados. Traz como vantagem que no processo de construção é possibilitada a participação dos envolvidos com identificação de fragilidades e busca de assessoria para superação de obstáculos (MEDINA et al, 2005). Com base no Manual de auditoria e no Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS deu-se a construção de Modelo Lógico da Política Nacional de Humanização e sua articulação com as ações de auditoria.

Partindo das Diretrizes<sup>1</sup> propostas pela PNH para a atenção hospitalar, buscou-se identificar os objetivos, as atividades propostas e os resultados esperados, cujo produto será objeto das ações da auditoria. Neste sentido, foi explicitado no modelo lógico, a articulação entre o papel da auditoria em saúde e a avaliação das ações da atenção humanizada.



Para o desenvolvimento do trabalho foram revisados os seguintes documentos normativos voltados para orientar as ações da PNH no ambiente hospitalar: a) Roteiro de auditoria hospitalar da SESAB; b) Manual da AIH; c) Documento base para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2006); d) Documento Monitoramento e Avaliação da Política Nacional de Humanização na Rede de atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2009) do qual foi retirado a Matriz<sup>2</sup> de objetivos e indicadores para monitoramento e avaliação da PNH

<sup>1</sup> As diretrizes que se expressam em documentos normativos da PNH para a atenção hospitalar, se constituem em orientações sobre a forma como devem ser realizadas as ações por ela transversalizadas em consonância com os princípios do SUS (BRASIL, 2006).

<sup>2</sup> Matriz I - Objetivos de desenvolvimento de ações (metas) e indicadores na atenção hospitalar como base para seleção dos indicadores (Brasil, 2009), que pode ser encontrada na íntegra em [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_5.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_5.pdf) e apresenta-se com a pontuação dada pelo grupo de especialistas.

na atenção básica e na atenção hospitalar, a qual foi utilizada na íntegra para consenso dos especialistas, e que será objeto de análise cujos objetivos estão descritos a seguir:

1. **Implementar gestão descentralizada e participativa:** Entendida como a construção de espaços coletivos em que se dão a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços estão incluídos a sociedade civil, o usuário e seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde. Implica a existência de colegiados e conselhos de gestão, contratos de gestão e Grupo de Trabalho de Humanização (GTH).
2. **Assegurar ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo:** Nesse caso inclui o acolhimento que significa a recepção do usuário, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. Prevê, portanto, a cobertura de serviços em diferentes níveis, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral. Como critérios associados, têm-se o acolhimento em função de vulnerabilidade/risco, apoio matricial e mecanismos de desospitalização com cuidado domiciliar.
3. **Organizar a atenção e oferta de cuidados a partir da implementação de equipes multiprofissionais, com métodos e instrumentos de orientação do trabalho:** Propõe o trabalho a partir de equipe de referência ou multiprofissional que se constitui por profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar, transdisciplinar), organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço (clientela que fica sob a responsabilidade desse Grupo/Equipe). Como indicadores associados, estão as equipes multiprofissionais de referência, projetos terapêuticos singulares e clínica ampliada.
4. **Propiciar participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho:** Busca através da inserção e vinculação ao trabalho, da participação dos trabalhadores na organização e gestão do trabalho, incentivar o desempenho profissional. Trata-se de considerar os colegiados de gestão, sistemas de escuta, gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação, projetos de valorização e cuidado ao trabalhador e projeto para adequação de ambiente (Ambiência).
5. **Promover educação permanente dos trabalhadores:** Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das práticas. Busca através de estratégias para fomentar e assegurar a educação permanente dos trabalhadores, a

apropriação do conhecimento e mudanças das práticas profissionais. Valoriza-se a existência de um Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização e de programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST).

6. **Assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à saúde no âmbito hospitalar:** O compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão. Entre os critérios e indicadores associados estão a Visita aberta, acompanhante, sistemas de escuta resolutivos, gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação, carta de direitos do usuário, conselhos de gestão e projeto para adequação de ambiente (Ambiência).
7. **Adequar áreas físicas (segundo o conceito de ambiência nos projetos arquitetônicos), e provisão de recursos materiais e insumos:** Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc. Os critérios e indicadores são projetos ou iniciativas para adequação de ambiente (ambiência).
8. **Promover qualificação e otimização do trabalho, a partir de instrumentos sistemáticos de avaliação:** Trata da adoção de estratégias de qualificação do processo de trabalho e das ações, considerando políticas e instrumentos de avaliação e utilização da informação.

Esse conjunto de objetivos revela alguns aspectos importantes. Primeiro é a ênfase na participação dos diferentes sujeitos, (gestores, trabalhadores, usuários, pesquisadores, apoiadores), essenciais para a identificação de situações a serem avaliadas, desde a sua conceitualização, até a demarcação de objetivos, interpretação e validação dos dados. A segunda é considerar que as instituições de saúde têm como principal finalidade o alcance da produção e prestação de serviços em associação com a produção de sujeitos. E por fim, aponta caminhos para que o processo de acompanhamento e avaliação aconteça de forma seqüencial em eventos ou etapas, levando em consideração a situação de estágio inicial em que se encontra o objeto da avaliação/auditoria (BRASIL, 2009).

Diante da complexidade da matriz e extensão da lista de critérios/indicadores (apêndice 1) sugeridos no Documento (Brasil, (2009), buscou-se validar através de um



consenso de especialistas, aqueles mais relevantes ou prioritários, tendo em vista o atual estágio de desenvolvimento da PNH nas instituições onde estão inseridos os sujeitos e desenvolvidas as ações.

A matriz foi submetida a um grupo de especialistas a partir de uma técnica conhecida como Conferência de Consenso (SOUZA et al, 2005), técnica mista, que consiste em associação da Técnica Delphi e a do Grupo Nominal, que possibilita a construção de um consenso mínimo entre os especialistas de determinada área VIEIRA DA SILVA et al, (2005) e FERRARO et al, (2009).

### **3.3 Seleção do Grupo de especialistas e critérios para pontuação**

Para a realização da Conferência, o primeiro passo foi a identificação de atores relevantes ao processo de implantação da PNH, ou com reconhecida experiência na prática hospitalar e de auditoria.

O grupo foi composto por técnicos de diferentes profissões da área da saúde. Foram dois enfermeiros, dois médicos, uma assistente social, uma odontóloga e uma farmacêutica, sendo que dois estavam lotados em hospitais de urgência e emergência de grande porte e de referência estadual, dois auditores do SUS e três ocupavam diferentes cargos relacionados à gestão hospitalar ou à implantação da PNH.

Critérios para Pontuação :

Quanto à importância:

- A) Muito importante -  $MA = 10$
- B) Importante -  $MA \leq 9,9 \geq 7$
- C) Pouco importante -  $MA < 7$

Magnitude do consenso

- a) Consenso absoluto -  $DP = 0$
- b) Elevado consenso -  $DP \leq 1$
- c) Pouco consenso -  $DP > 1 \leq 3$
- d) Grande dissenso -  $DP > 3$

### **3.4 Consenso dos Critérios e indicadores da PNH**

A formação do consenso para a identificação dos critérios se deu em três momentos:

No primeiro momento foi feita consulta aos especialistas individualmente, de forma presencial ou por telefone sobre o desejo de participar do grupo. Posteriormente procedeu-se encaminhamento via correio eletrônico do convite para participação no grupo de especialistas, explicando sobre o projeto em desenvolvimento e a planilha com a Matriz para preenchimento/pontuação individual, com a orientação de que cada critério/indicador da matriz deveria ser pontuado de zero a dez, significando zero, sua exclusão e dez, sua importância máxima. Com orientação de que poderiam ser feitas observações, sugestões e justificativas das escolhas realizadas.

Das 07 matrizes encaminhadas, por correio eletrônico no primeiro momento, apenas duas foram devolvidas, fato que inviabilizou o cálculo da média aritmética (MA) e do Desvio padrão (DP) das notas dadas individualmente para serem utilizados na primeira reunião presencial (2º. momento).

No segundo momento, houve reunião presencial com apresentação dos objetivos do trabalho, e orientação para que os membros que não haviam concluído a pontuação o fizessem, ficando estabelecida data para o segundo encontro presencial devido a complexidade da tarefa e ao interesse do grupo em participar de discussão sobre critérios não contemplados ou repetitivos.

Deste processo resultou a pontuação de 06 matrizes que foram tabuladas, com os resultados:

- a) Critérios já consensuados como muito importantes ( $MA = 10$  e  $DP = 0$ );
- b) Critérios considerados “importantes” com  $MA$  médias  $\geq 7$  e  $\leq 9,9$  e com  $MA \leq 9,9$  e  $\geq 7$  e  $DP = 0$ ;  $DP \leq 1$ ;  $DP > 1 \leq 3$  ( “Consenso absoluto”; “Elevado consenso”; “Pouco consenso”). Vale ressaltar que os critérios/indicadores que obtiveram  $MA$  entre 7 e 9,9, e que tenham apresentado consenso entre 0 e 3 (consenso absoluto, consenso e pouco consenso) foram incorporados à análise do trabalho, por reconhecer a importância de serem considerados no processo de auditoria em saúde, sendo objeto de discussão, Ou seja, foram excluídos apenas os critérios/indicadores objeto de dissenso entre os especialistas com  $DP > 3$ .
- c) Critérios considerados pelo grupo como pouco importantes ou com elevado dissenso, que foram excluídos. Pontuação:  $MA < 7$  e  $DP > 3$ .

No terceiro momento houve reunião presencial e discussão com o grupo sobre os resultados da classificação, incluindo os critérios considerados “importantes” com  $MA \leq 9,9$  e  $\geq 7$  e  $DP = 0$ ;  $DP \leq 1$ ;  $DP > 1 \leq 3$  ( “Consenso absoluto”; “Elevado consenso”; “Pouco consenso”).

## 4 Resultado e discussão

### 4.1 Seleção dos critérios e indicadores

Diante da extensão da matriz, os momentos da Conferência de Consenso foram pautados por discussões tendo em vista a posição ocupada pelos especialistas nas distintas instituições. Esse aspecto foi considerado positivo, pela possibilidade de ampliar o diálogo acerca da PNH e das suas reais viabilidades de implantação no contexto hospitalar.

Após a seleção pelo grupo de especialistas os critérios/ indicadores foram reduzidos a 50%, sendo excluídos 102 indicadores da matriz original. Esta análise revela a importância da realização da conferência de consenso, visto que a magnitude no número de critérios/indicadores propostos pelo documento oficial do Ministério da Saúde, dificultaria a sua implementação pela auditoria em saúde (Tabela 1).

Tabela 1- Síntese do consenso de especialistas para avaliação da Política Nacional de Humanização em hospitais por objetivos, Salvador, 2010.

Objetivos	Número de critérios /indicadores da matriz original	Número de critérios /indicadores resultantes após o consenso
1. Implementar gestão descentralizada e participativa	8	4
2. Assegurar ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo	21	9
3. Organizar a atenção e oferta de cuidados a partir da implementação de equipes multiprofissionais, com métodos e instrumentos de orientação do trabalho:	20	6
4. Propiciar participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho:	34	13
5. Promover educação permanente dos trabalhadores	22	7
6. Assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à saúde no âmbito hospitalar	45	22
7. Adequar áreas físicas (seguindo o conceito de ambiência nos projetos arquitetônicos), e provisão de recursos materiais e insumos:	26	19
8. Promover qualificação e otimização do trabalho, a partir de instrumentos sistemáticos de avaliação:	28	22
Total	204	102

### 4.2 Consensos e dissensos entre os critérios/indicadores

De modo geral é possível dizer que os especialistas convidados consideraram de grande importância trazer para a discussão o elenco de critérios e indicadores propostos no documento Monitoramento e Avaliação da Política Nacional de Humanização na Rede de atenção e Gestão do SUS (Brasil, 2009) e a articulação com a auditoria em saúde.

Diante da quantidade de indicadores, optou-se por apresentar os resultados e discussão a partir das dimensões propostas na Matriz (apêndice 1), facilitando assim a compreensão acerca da posição dos especialistas e da importância do conjunto de indicadores e critérios.

Destaca-se que após a primeira etapa de pontuação pelos especialistas foram selecionados 26 indicadores/critérios que obtiveram pontuação máxima em termos de importância e de consenso, considerados Muito importante (MA = 10) e de Consenso absoluto (DP=0). Desse modo, a Tabela 2 busca evidenciar esses critérios separadamente, para chamar a atenção que devem fazer parte de qualquer avaliação relacionada à PNH no ambiente hospitalar.

Tabela 2 – Lista de critérios/indicadores e respectivas dimensões\* considerados “*muito importantes*” e de “*consenso absoluto*” pelo grupo de especialistas na primeira rodada. Salvador, 2010.

DIMENSÕES	Crítérios/Indicadores
<b>Assegurar ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo</b>	Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos;
<b>Propiciar participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho.</b>	Estratégias implementadas de inserção qualificada de trabalhadores no Serviço, mediante contratos prevendo atribuições, metas e responsabilidades, e capacitações introdutórias;
	Ouvidoria institucional ou Serviço implementado para Escuta dos trabalhadores com sistema de divulgação dos resultados/avaliações; % de acidentes de trabalho ocorridos e investigados
<b>Assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à saúde no âmbito hospitalar.</b>	Alojamento conjunto disponível para % da capacidade de realização de partos;
	% de nascidos-vivos instalados em alojamento conjunto;
	% de nascidos-vivos com atendimento por pediatra na sala de parto;
	Ouvidoria institucional ou Serviço implementado para Escuta dos usuários, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação do usuário (e familiares), com plano de divulgação e discussão com usuários e trabalhadores;
<b>Adequar áreas físicas (segundo o conceito de ambiência nos projetos arquitetônicos), e provisão de recursos materiais e insumos.</b>	Sinalização adequada, com identificação dos setores e orientando a movimentação geral do usuário no Serviço
	Acesso para deficientes
	Instalações sanitárias para usuários e trabalhadores adequadas e com higienização constante
	Equipamentos de proteção coletiva (EPC) e instalações atendendo às normas de segurança e higiene previstas em legislações específicas; Disponibilidade de vestuário e equipamentos de proteção individual (EPI) para os trabalhadores;
<b>Promover qualificação e otimização do trabalho, a partir de instrumentos sistemáticos de avaliação.</b>	Sistema implementado de Avaliação e Gestão baseados em desempenho/metad, e Comissão de Avaliação de Desempenho instituída, com participação dos trabalhadores;
	Estratégias implementadas de monitoramento e avaliação do funcionamento da referência e contra-referência;
	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com análise e condutas, Vigilância do óbito infantil, Materna e Neonatal, Farmacovigilância, Hemovigilância, Documentação Médica, de Ética;
	Alimentação regular dos sistemas de informação padronizados;
	Sistema implementado para notificação e comunicação de acidentes de trabalho de usuários e trabalhadores
	Estratégias implementadas de monitoramento da utilização do prontuário integrado, com critérios de avaliação da qualidade dos registros e divulgação de resultados em reuniões de equipe;

\* Indicadores/critérios resultantes da Matriz 1 – Objetivos de desenvolvimento de ações (metas) e indicadores na atenção hospitalar (APENDICE 1), (Salvador, 2010).

Quanto ao objetivo 1 “Implementar gestão descentralizada e participativa” 04 critérios foram considerados “Importantes” **Tabela 2**, sendo que três obtiveram “Elevado consenso” e um obteve “Pouco consenso”.

Os critérios que alcançaram elevado consenso foram a implementação do Colegiado de gestão, Conselho de gestão e Grupo de trabalho de Humanização e se concentram no modelo de gestão. A condução da gestão de forma participativa se constitui em premissa para as ações transversalizadas pela PNH (BRASIL, 2006). Quando asseguradas, as instâncias de participação possibilitam que todos os atores envolvidos tenham melhores condições e oportunidades de organizar respostas eficazes aos problemas que se apresentam, aumentando as possibilidades de sucesso nas ações. Com relação a esse objetivo vale lembrar que nas organizações de saúde ocorre tradicionalmente concentração de poder nos diretores, nos médicos e nos especialistas o que pode dificultar o funcionamento destas instâncias (CAMPOS, 2007).

**Tabela 3** – Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo 1 – Implementar gestão descentralizada e participativa na atenção hospitalar, Salvador, 2010.

Critérios/indicadores	MA	DP
1. Unidades de Produção de Serviços implementadas, com plano de gestão e avaliação baseado em metas	8,2	2,5
2.Colegiado de Gestão do Hospital implementado, com metodologia e plano de trabalho	9,5	0,8
3.Conselho de Gestão Hospitalar (Comissão de Acompanhamento ou equivalente de Controle Social) com metodologia e plano de acompanhamento	9,5	0,8
4.Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) implantado, com plano de ação e de avaliação de resultados	9,8	0,4

Legenda:

MA = Média aritmética (10 = muito importante;  $\leq 9,9 \geq 7$  = importante)

DP = Desvio Padrão (0=consenso;  $\leq 1$  = elevado consenso;  $DP > 1 \leq 3$  = pouco consenso)

Nesse sentido, ressalta-se a importância da PNH para mudança deste cenário, observando-se a partir de suas diretrizes de como deve se dar o processo de produção em saúde. O Grupo de Trabalho em Humanização, GTH considerado núcleo de referência que norteia, articula, promove e assessora os diversos setores na implementação das ações humanizadas, pode ser estratégia muito importante para catalisar as mudanças necessárias (BRASIL, 2006).

Apesar de considerado “importante”, destaca-se que o critério “Unidades de Produção de Serviços implementadas, com plano de gestão e avaliação baseado em metas”(1) apesar de

“importante”, obteve pouco consenso, entre os especialistas, o que pode refletir a baixa institucionalização de estratégias de planejamento e avaliação nesse nível organizacional.

Quanto ao Objetivo II traz 09 indicadores/critérios selecionados, 01 foi *consensuado* “muito importante”; 01 foi considerado “importante” e com “elevado consenso; e 07 foram considerados “importantes” com “pouco consenso” A **Tabela 4**. Neste grupo se encontram critérios e indicadores voltados para assegurar a ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo:

O critério “1 - Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos” que foi consensuado como “muito importante”, trazendo o acolhimento como uma diretriz de maior relevância política, ética e estética (BRASIL,2009). A priorização deste critério garante a abordagem de uma condição de extrema importância para o SUS que é a garantia da assistência aos usuários, uma vez que acolhimento significa a garantia de acesso a todas as pessoas, a responsabilização e resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde (SOLLA, 2005). Aspecto relevante na implantação de estratégias de acolhimento é o reconhecimento de que se trata de uma estratégia fundamentada em preceitos técnicos, não devendo ser reduzido a uma dimensão espacial, traduzida por recepção administrativa e ambiente confortável, nem por uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) (BRASIL, 2009). No contexto de observação desse critério, a ocorrência de superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros, se constitui em evidências da baixa implementação da PNH, já que tais problemas se constituem em desafios para superação pelos gestores (BRASIL, 2004).

Relacionado ao tema do acolhimento, temos o indicador, “% dos usuários que chegam à Central de Acolhimento avaliados em até 30 minutos”, ainda que tenha sido objeto de pouco consenso entre os especialistas, recomenda-se que seja observado nos hospitais. Uma vez que, o acolhimento com classificação de risco se apresenta como estratégia de extrema importância para o serviço de urgência e emergência, pelos benefícios apresentado para este tipo de atenção. Esta estratégia, além de organizar a fila de espera propõe outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, podendo garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado. Esse atributo o qualifica como uma das intervenções potencialmente



decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede (FRANCO,et al, 1999; SOLLA, 2005; BRASIL,2009).

Tabela 4 – Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo II Assegurar a ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo na atenção hospitalar, Salvador, 2010.

Critérios/indicadores	MA	DP
1.Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos	10,0	0,0
2.% de usuários internados com registros do atendimento conforme fluxos e rotinas padronizadas de acolhimento	9,3	1,0
3.% de acolhimento em “vaga zero”, das emergências encaminhadas pelo SAMU (nos casos em que esta rotina for acordada)	9,2	1,3
4.% dos usuários que chegam à Central de Acolhimento avaliados em até 30 minutos (conforme critérios previstos no protocolo)	8,7	2,0
5.Projeto de Integração com a rede básica implantado, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis por acompanhamento	9,2	1,6
6.Vínculo instituído com o sistema de urgência/emergência loco-regional	8,8	1,8
7.Procedimentos e normas documentadas e conhecidas por todos os trabalhadores sobre encaminhamento de usuários para outro Serviço em caso de falta de vaga para internação	7,7	2,3
8.% de mulheres com encaminhamentos para consulta de puerpério, com consulta marcada na rede através do hospital	8,3	2,3
9.% de altas de recém-nascidos de risco com encaminhamentos para seguimento na rede, com atendimento marcado através do hospital	8,5	2,3

Legenda:

MA = Média aritmética (10 = muito importante;  $\leq 9,9 \geq 7$  = importante)

DP = Desvio Padrão (0=consenso;  $\leq 1$  = elevado consenso;  $DP > 1 \leq 3$  = pouco consenso)

Ainda no conjunto de critérios e indicadores do objetivo II (Tabela 4) foi possível destacar o “pouco consenso” obtido nos itens 7, 8 e 9, que propõem maior articulação dos hospitais com as redes de atenção básica para acompanhamento dos pacientes em alta médica. A existência de redes, teor destes indicadores, é sem dúvida condição essencial para a organização de sistemas de saúde pautados pela integralidade do cuidado (FEUERWERKER & CECILIO, 2007). Porém, mesmo com o conhecimento da sua importância, ainda existe pouca articulação entre a atenção hospitalar e a atenção básica o que tem sido um grande desafio e que demanda investimento para a superação (MERHY & CECILIO, 2003). Neste sentido vale ressaltar que a abordagem deste tema nos processos de auditoria poderá servir de incentivo para a implementação das redes e melhor articulação entre os serviços do sistema.

No que diz respeito ao Objetivo III, que trata organização da atenção e oferta de cuidados a partir da implementação de equipes multiprofissionais, com métodos e instrumentos de orientação do trabalho na atenção hospitalar, apresenta 06

critérios/indicadores. Destes, 05 critérios/indicadores foram considerados “importantes” e com “elevado consenso; e 01 foi considerado “importante” com “pouco consenso”. (Tabela 5)

Tabela 5 – Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo III Organizar a atenção e oferta de cuidados a partir da implementação de equipes multiprofissionais, com métodos e instrumentos de orientação do trabalho na atenção hospitalar, Salvador, 2010.

Critérios/indicadores	MA	DP
1. Equipes multiprofissionais (interdisciplinares) implantadas, com metodologia e plano de atuação	9,7	0,8
2. % de usuários que sabem informar o nome dos profissionais de sua Equipe de Referência	7,7	2,3
3. Projetos de Saúde/Projetos Terapêuticos elaborados e implementados por Equipes multiprofissionais	9,7	0,8
4. Prontuário Integrado (Único) implementado, conforme critérios previstos nos protocolos (lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução)	9,7	0,8
5. Protocolos elaborados com participação da equipe e implementados para abordagem integral de problemas mais frequentes no Serviço	9,7	0,8
6. Protocolos de referência e contra-referência elaborados e implementados	9,7	0,8

Legenda:

MA = Média aritmética (10 = muito importante;  $\leq 9,9 \geq 7$  = importante)

DP = Desvio Padrão (0 = consenso;  $\leq 1$  = elevado consenso;  $DP > 1 \leq 3$  = pouco consenso)

Destaca-se o critério “1 - Equipes multiprofissionais (interdisciplinares) implantadas, com metodologia e plano de atuação”, que evidencia a importância dessa estratégia na Gestão de pessoas podendo se constituir em mecanismo para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde (PEDUZZI, 2001). Entre as condições necessárias para a efetivação dessa proposta (VELLOSO, 2005), considera que deva existir um processo permanente de capacitação profissional, e a valorização da interface do trabalho dos profissionais e a autonomia.

Os critérios de número 3, 4, 5 e 6 (Tabela 5), mesmo sendo considerados “importantes” e de “elevado consenso” estão condicionados a um satisfatório funcionamento do 1º critério, “Equipes multiprofissionais (interdisciplinares) implantadas”, pelo fato de serem intrinsecamente ligados e dependentes do mesmo.

Os Protocolos presentes nos critérios “5 - Protocolos elaborados com participação da equipe e implementados para abordagem integral de problemas mais frequentes no Serviço” e “6 - Protocolos de referência e contra-referência elaborados e implementados”, se constituem em ferramentas orientadas por diretrizes de natureza técnica que sistematizam tecnologias

disponíveis para condutas em ambientes ambulatoriais e hospitalares. Normalmente, são elaborados diante da necessidade de atender a complexidade da organização do processo de trabalho em saúde, se apresentando como instrumentos de grande apoio para os cuidadores, profissionais e os familiares ( SILVA et al, 2005).

O critério “3 - Projetos de Saúde/Projetos Terapêuticos elaborados e implementados por Equipes multiprofissionais” trata de iniciativa muito importante para a integralidade da atenção ao indivíduo e na prática se dá pela discussão de caso, onde após ponderação compartilhada pelos membros da equipe, quanto a avaliação de risco e de vulnerabilidade são acordados procedimentos a cargo dos diversos profissionais. Essa ação muito valiosa para o bom resultado nos tratamentos, implica em diálogo entre a equipe e compartilhamento de decisões, tarefas de muita utilidade no ambiente hospitalar que é um contexto onde os profissionais comumente estão habituados a valorizar a autonomia profissional, julgando-a conforme o direito que teriam de deliberar sobre casos de modo isolado e definitivo (CAMPOS, 2007).

A proposta de realização de Prontuário Integrado (Único) implementado, se revela como um item muito importante para a auditoria, uma vez que nas ações nas unidades os prontuários já são objetos de análise e com os requisitos da transdisciplinaridade terá ampliação da abrangência para conhecimento da forma como está se dando o atendimento na unidade, com comprovação da atuação dos profissionais e histórico de intervenções e condutas.

Cabe ainda ponderação quanto ao indicador 2, “% de usuários que sabem informar o nome dos profissionais de sua Equipe de Referência” único a obter pouco consenso (DP = 2,3), ainda que considerado “importante” (MA=7,7). Esse indicador pode revelar um dos resultados esperados com a implementação da PNH (BRASIL, 2006), que é o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, condição determinante para as ações humanizadas uma vez que criar vínculos implica na sensibilização com todo o sofrimento do outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente (GOMES & PINHEIRO, 2005).

O Objetivo IV - “Propiciar participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho” merece destaque por centralizar no processo de trabalho (Tabela 6). A PNH encontra nesta dimensão grande desafio, já que preconiza que no processo de trabalho em saúde as instituições devam ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, e

também espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos. Ao ressaltar a valorização dos trabalhadores, são propostas transformações no âmbito da produção de sujeitos que passam pela mobilização, crescimento, autonomia, protagonismo e satisfação (BRASIL, 2006).

Entre o conjunto de critérios relacionados a esse objetivo (Tabela 6), 03 foram *consensuados* “muito importantes” (MA = 10), 2 considerados importantes (MA  $\leq 9,9 \geq 7$ ) com elevado consenso (DP  $\leq 1$ ) e oito considerados importantes (MA  $\leq 9,9 \geq 7$ ) com pouco consenso (DP  $> 1 \leq 3$ ).

Com relação aos critérios “muito importantes” (1, 8 e 11) e “importantes” (5 e 7) tem-se:

a) O critério 1 representa a implementação de estratégias de inserção qualificada de trabalhadores no serviço. Destaca-se que esta qualificação deve ocorrer de forma a possibilitar que os profissionais adquiram a posse dos saberes técnico-profissionais com a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho (BRASIL, 2001).

b) Com relação à existência de “Ouvidoria institucional ou Serviço implementado para Escuta dos trabalhadores”, critério 8, observa-se que representa instrumento importante para complementar outras formas de participação e expressão dos trabalhadores, sendo especialmente importante no ambiente hospitalar, onde os processos de gestão estruturam-se na maioria das vezes de forma quase inflexível e com pouca participação de todos os profissionais (FALK, 2009; RAMOS, 2001; SALGUEIRO; 2009; CAMPOS, 2007).

c) O conhecimento do “% de acidentes de trabalho ocorridos e investigados”, proposta do indicador 11, se constitui em importante elemento a ser pesquisado nas atividades de auditoria, pois o trabalho em saúde para muitos profissionais implica em riscos graves. Os profissionais estão expostos, entre outros, a acidentes de trabalho ocasionados por material perfuro-cortante, lesões na coluna vertebral e Ler/Dort (MARZIALE e al, 2004; MAGNANO et al, 2007). A inserção desse indicador a PNH possibilita focalização no tema e observação das condições de trabalho e medidas de intervenção e de promoção da saúde dos trabalhadores, atendendo a uma necessidade de articulação dos setores para melhor análise das condições em que se está produzindo as ações de saúde.

d) O critério número 5 é relacionado à “existência de mesa de negociação permanente”, cujas ações devem se integrar às propostas do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS

(SiNNP-SUS), órgão criado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, MS, através do Protocolo – Nº 003/2005 e ainda pouco conhecido a nível dos serviços. Está constituído pelo conjunto de Mesas de Negociação Permanente, de forma articulada, nos níveis Federal, Estaduais e Municipais. Tem como objetivo a instituição de processos de negociação permanente entre trabalhadores e gestores para debater e pactuar questões pertinentes às relações de trabalho em saúde, visando à melhoria e à qualidade dos serviços em saúde.

e) Quanto ao indicador 7, “% de trabalhadores de nível elementar e médio que concluíram cursos de complementação de instrução e/ou de qualificação profissional, oferecidos através da Instituição” espera-se que o processo de formação adotado permita a construção de saberes, partindo das mais diversificadas experiências de vida indo além da aquisição formal de conhecimentos academicamente validado (RAMOS, 2001).

Tabela 6 - Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo IV - Propiciar participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho, Salvador, 2010.

Critérios/Indicadores	MA	DP
1. Estratégias implementadas de inserção qualificada de trabalhadores no Serviço, mediante contratos prevendo atribuições, metas e responsabilidades, e capacitações introdutórias	10,0	0,0
2. % de trabalhadores com contrato precário de trabalho	8,5	2,0
3. Plano de carreira, cargos e salários (ou equivalente) implementado.	9,2	2,0
4. Editais de contratação elaborados com a inclusão de princípios de humanização	8,2	2,2
5. Mesa de negociação permanente instituída para negociação entre trabalhadores e gestores	9,7	0,8
6. Sistema implementado de avaliação do trabalhador, baseado em desempenho/metasp	8,7	2,0
7. % de trabalhadores de nível elementar e médio que concluíram cursos de complementação de instrução e/ou de qualificação profissional oferecidos através da Instituição	9,2	1,0
8. Ouvidoria institucional ou Serviço implementado para Escuta dos trabalhadores, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações	10,0	0,0
9. % de reclamações e elogios recebidos na Ouvidoria ou Serviço de Escuta em relação ao total de registros	7,5	2,3
10. % de horas-extras realizadas pelos trabalhadores	8,7	1,6
11. % de acidentes de trabalho ocorridos e investigados	10,0	0,0
12. Áreas implementadas para “convívio”, descanso e lanche da equipe de trabalho	8,8	1,6
13. Plano de atividades de formação dos trabalhadores, com temas relacionados à gestão em sentido amplo (incluindo atividades de formação tradicionais e outras)	8,0	1,9

Legenda:

MA = Média aritmética (10 = muito importante;  $\leq 9,9 \geq 7$  = importante)

DP = Desvio Padrão (0=consenso;  $\leq 1$  = elevado consenso;  $DP > 1 \leq 3$  = pouco consenso)

Com relação aos critérios considerados “Importante” e que obtiveram “Pouco consenso” entre os especialistas (2, 3, 4, 6, 9, 10, 12 e 13) destacam-se (Tabela 6):

Os de número 2, 3 e 4, relacionados ao vínculo entre os trabalhadores e a instituição. Estes critérios se encontram estreitamente relacionados ao critério 1, que se refere a implementação de estratégias de inserção qualificada de trabalhadores no serviço atendendo a orientação com relação ao ingresso no serviço público devendo preferencialmente se dar por concursos públicos (BRASIL, 1988), além da adoção de estratégias de valorização e estabilidade dos profissionais.

Outro critério considerado importante, o número 6, “Sistema implementado de avaliação do trabalhador”, baseado em desempenho/metasp pressupõe processo pedagógico

focado no desenvolvimento profissional e institucional e é recomendação das Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCSSUS) (Brasil, 2004). Essas diretrizes foram propostas para orientar a elaboração de planos de carreiras com estruturas e formas de desenvolvimento que garantam a valorização dos trabalhadores através da equidade de oportunidades de desenvolvimento profissional, em carreiras que associem a evolução funcional a um sistema permanente de qualificação, visando melhorar a qualidade da prestação dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

A análise do indicador 9, “% de reclamações e elogios recebidos na Ouvidoria<sup>3</sup> ou Serviço de Escuta em relação ao total de registros”, se apresenta significativa, pela ouvidoria representar a voz dos usuários, influenciando a gestão nas decisões que dizem respeito a situações de trabalho e de conflito no espaço hospitalar. Esta também pode ter ação de forma disciplinar ao aplicar as normas institucionais, na investigação das reclamações e denúncias (PEREIRA, 2002).

O décimo critério, “% de horas-extras realizadas pelos trabalhadores”, também considerado importante pelos especialistas pode revelar fragilidades na gestão de pessoal podendo significar déficit no quadro de pessoal ou problemas na organização das escalas de serviço. Ressalta-se que estas situações podem se constituir em contextos favoráveis à ocorrência de acidentes uma vez que os profissionais com ampliação da jornada se encontrarão em situação de maior vulnerabilidade devido ao cansaço. Sem contar que a exposição contínua e prolongada do corpo aos fatores de risco de tal ambiente favorece o surgimento das doenças ocupacionais (LUCCA & MENDES, 1993).

O objetivo V, “Promover educação permanente<sup>4</sup> dos trabalhadores” implica no reconhecimento da Educação Permanente em saúde como um processo de análise e ação simultânea à formação, à atenção, à gestão e à participação para que o trabalho em saúde seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Deve se apoiar no conceito de ensino problematizador inserido de maneira crítica na realidade sendo contrária ao ensino-aprendizagem mecânico, quando os conhecimentos são

---

<sup>3</sup> Ouvidoria no hospital, que tem a função de ouvir e apurar as denúncias e apresentar soluções em relação ao problema levantado. Para tanto deve receber e analisar as reclamações e as sugestões, encaminhando o problema aos setores competentes, acompanhando providências adotadas, cobrando soluções e mantendo o usuário informado (Brasil, 2008).

<sup>4</sup> A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. (CECCIM, 2005).

considerados em si, sem a necessária conexão com o cotidiano e os alunos se tornam espectadores do processo. Essa abordagem implica em novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e muito maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho, necessitando vinculação profunda com os usuários dos sistemas de saúde (CECCIM, 2005).

Tabela 7 - Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo V- Promover educação permanente dos trabalhadores, Salvador, 2010.

<b>Critério/indicador</b>	<b>MA</b>	<b>DP</b>
1. Agenda implementada com critérios e formas de participação dos trabalhadores nas diferentes atividades de educação permanente e eventos, internos e externos à instituição	9,0	2,0
2. Biblioteca básica com material científico atualizado de interesse e utilização no âmbito do serviço	9,3	1,6
3. Nº. de eventos de desenvolvimento de RH realizados para os trabalhadores da Unidade	8,8	1,3
4. % de trabalhadores novos no Serviço que participaram de programa de ingresso qualificado, com capacitação introdutória	9,5	0,8
5. % de trabalhadores que participaram de algum tipo de atividade de educação permanente (período)	9,7	0,8
6. Estudos realizados para avaliação sobre mudanças nas práticas profissionais a partir de atividades de educação permanente	7,8	2,3
7. % de trabalhadores satisfeitos com os programas de capacitação	9,3	1,0

Legenda:

MA = Média aritmética (10 = muito importante;  $\leq 9,9 \geq 7$  = importante)

DP = Desvio Padrão (0=consenso;  $\leq 1$  = elevado consenso;  $DP > 1 \leq 3$  = pouco consenso)

A pontuação do grupo de especialistas quanto a esse objetivo resultou em 7 critérios, sendo 03 considerados “importantes” e de Elevado consenso” e 04 “Importantes” e “Pouco consenso”.(Tabela 7).

Quanto aos três critérios considerados “importantes” com “elevado consenso” destacam-se:

a) Os indicadores 4, “% de trabalhadores novos no Serviço que participaram de programa de ingresso qualificado, com capacitação introdutória” e 5 “% de trabalhadores que participaram de algum tipo de atividade de educação permanente” podem explicitar a forma como está se dando a introdução dos novos trabalhadores nos postos de trabalho, considerando a necessidade de processo de qualificação do mesmo para que desempenhe as funções de acordo com as necessidades da sua lotação (BRASIL, 2001).

b) O indicador 7 que trata do “% de trabalhadores satisfeitos com os programas de capacitação”, pode ter sua interpretação comprometida pelas condições práticas para aplicação dos conhecimentos que poderão se constituir em condição limitante e geradora de insatisfação a este respeito. Daí a importância da auditoria ao verificar este indicador adotar uma visão



abrangente e contextual que permita distinguir satisfação com a aprendizagem e condições para aplicação.

Quanto aos 04 critérios considerados “Importantes” e de “pouco consenso” (1, 2, 3 e 6), cabe ressaltar que se propõem a identificar e avaliar as estratégias funcionais para fomentar e assegurar a educação permanente dos trabalhadores. Para a educação permanente em saúde, a PNH preconiza que as ações se dêem a partir do planejamento e programação, que permitirá priorização e análise dos problemas relativos a carências de conhecimento para o desempenho das atividades. No âmbito dos serviços essa se constitui em ação pouco adotada nas práticas ou devendo ser estimulada para o dimensionamento das ações e visualização dos objetivos alcançados (CECCIM, 2005).

Em linhas gerais, o Objetivo VI, se propõe a “Assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à saúde no âmbito hospitalar”, o que representa condição importante para o sucesso na implementação das ações da PNH, com relação ao alcance da equidade, universalidade e integralidade (BRASIL, 2009). Neste sentido a PNH preconiza que a produção dos serviços se dê através da gestão participativa que envolva trabalhadores da saúde, gestores e usuários em um pacto de corresponsabilidade e reconhecendo claramente o princípio da democratização como um dos requisitos da humanização em saúde.

No entanto, apesar da participação se encontrar normatizada por legislação, estudos revelam que a questão da representatividade, da participação ativa como prática relevante para a consolidação da democracia e do acolhimento ainda se apresenta como desafio. Guimarães et al. (2008) discutem que a superação desses problemas/desafios requer uma maior conscientização política dos cidadãos, capaz de conduzi-los a uma participação ativa na reivindicação de direitos e proposição de mudanças na organização das ações e serviços de saúde.

Tabela 8 - Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo VI- Assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à saúde no âmbito hospitalar, Salvador 2010.

Critérios /indicadores	MA	DP
1. Informações visuais afixadas sobre identificação e funcionamento dos serviços (vinculação do Serviço ao SUS, nomes dos trabalhadores, horários e outras informações relevantes)	9,7	0,8
2. Crachás implementados para identificação dos trabalhadores	9,2	1,3
3. Placa afixada no leito, com identificação do usuário, da equipe de referência e data da internação	9,2	1,3
4. Cartilha (ou equivalente) com serviços e procedimentos disponíveis para o usuário	9,5	1,2
5. Visita aberta implementada (livre) para todos os usuários internados	9,7	0,8
6. Acompanhante permitido (livre) para todos os usuários internados	8,5	1,4
7. % de usuários internados com presença de acompanhante (em tempo parcial e integral)	8,0	2,4
8. Acompanhante permitido (livre) para todas as mulheres (gestantes) na sala de parto	9,2	2,0
9. Alojamento conjunto disponível para % da capacidade de realização de partos	10,0	0,0
10. Representante de Escritório de registro civil implantado nas dependências do Hospital-Maternidade, para registro de recém-nascidos	9,2	1,3
11. % de nascidos-vivos instalados em alojamento conjunto	10,0	0,0
12. Espaço destinado à permanência de mães de recém-nascidos que estão na UTI e não querem deixar o hospital	9,3	1,0
13. % de nascidos-vivos com atendimento por pediatra na sala de parto	10,0	0,0
14. Cardápio e horário de refeições flexibilizados, para atendimento aos casos justificados pelas Equipes de Referência	8,8	2,0
15. Atividades lúdicas, de lazer e “ocupacionais” programadas para acontecerem regularmente nas dependências do Hospital: jogos coletivos, teatro, vídeos, comemorações de datas festivas, “biblioteca viva”, brinquedoteca, parquinho, salão de costura, bazares, salão de beleza, pastoral dos enfermos e outros	8,5	2,0
16. % de usuários com horários acordados com seus familiares para serem atendidos pela Equipe de Referência	8,5	2,3
17. Mecanismos implementados de comunicação e justificativa formal ao usuário sobre as razões de suspensão de procedimentos agendados	9,7	0,8
18. % de usuários/familiares informados sobre custos do tratamento (destacando insumos mais significativos)	7,7	3,0
19. Ouvidoria institucional ou Serviço implementado para Escuta dos usuários, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações	10,0	0,0
20. % de respostas da Ouvidoria ou Serviço de Escuta providenciadas em 15 dias ou menos	8,0	1,9
21. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação do usuário (e familiares), com plano de divulgação e discussão com usuários e trabalhadores	10,0	0,0
22. Processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação de usuários, com plano e prazos de correções e adequações	9,0	2,0

Legenda:

MA = Média aritmética (10 = muito importante;  $\leq 9,9 \geq 7$  = importante)

DP = Desvio Padrão (0=consenso;  $\leq 1$  = elevado consenso;  $DP > 1 \leq 3$  = pouco consenso)

Em relação ao Objetivo VI, um grupo de 22 critérios foi selecionado. (**Tabela 8**) Destes, 05 consensuados como “muito importantes” e de “consenso absoluto”, (9, 11,13, 19, 21); 04 foram considerados “importantes” com “elevado consenso” (1, 5, 12, 17) e 13 foram considerados “importantes” com “pouco consenso” ( 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 14, 15, 16, 18, 20, 22). Devido ao grande número de critérios associados a esse objetivo e visando objetivar a discussão procedemos a organização destes critérios em 5 subgrupos relacionados às dimensões.

Dentre os critérios/indicadores considerados como “muito importantes” e “importantes” com “consenso absoluto” ou “elevado consenso”, destacam-se:

1) No primeiro subgrupo os que orientam para a adoção de estratégias para a divulgação de informações sobre o funcionamento dos serviços e direitos dos usuários estão os de números 1, 2, 3, e 4. Assim, o número 1- “Informações visuais afixadas sobre identificação e funcionamento dos serviços (vinculação do Serviço ao SUS, nomes dos trabalhadores, horários e outras informações relevantes)”, único do subgrupo considerado importante com elevado consenso pelos especialistas, se reporta à existência de informações visuais afixadas sobre identificação e funcionamento dos serviços, explicitando o tipo de vinculação do Serviço ao SUS, nomes dos trabalhadores, os horários de atendimentos e outras informações relevantes. Itens que se revestem de especial significado por possibilitar ao usuário a identificação do profissional que o atende, permitindo também que este possa se situar geograficamente e dispor de informações sobre horários de funcionamento e serviços (Brasil 2009).

Nesse subgrupo, observa-se que o critério de número 4, considerado importante e que obteve pouco consenso, também trata da disponibilização de informações e encontra-se relacionado ao número 1, sendo que desta vez sob a forma de cartilha (ou equivalente) com serviços e procedimentos disponíveis para o usuário. A elaboração da cartilha, no caso, instrumento facilitador representa uma possibilidade de superação de um grande desafio posto na atualidade para a saúde coletiva no Brasil e para os serviços que é a construção de propostas e instrumentos de intervenção e educação em saúde (GRIPPO & FRACOLLI, 2008)

Por fim, os critérios 2 e 3, também considerados importantes, tratam respectivamente do uso de crachás pelos trabalhadores e da correta identificação do paciente e da equipe através de placa afixada no leito com identificação do usuário<sup>5</sup> e da equipe de referência além

---

<sup>5</sup> Art. 4º - Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado ... Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços.. de saúde ser identificado pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do

da inclusão da data de internação. Embora tendo obtido pouco consenso, provavelmente por já constarem entre os itens rotineiramente observados pela auditoria, se apresentam de muita importância já que no ambiente hospitalar, podem contribuir para o enfrentamento do anonimato e de problemáticas já referidas anteriormente (BRASIL, 2009).

2) No segundo subgrupo encontram-se os critérios relacionados às práticas adotadas visando a garantia das visitas abertas<sup>6</sup>, acompanhantes<sup>7</sup> para os usuários internados, acompanhante permitido (livre) para todos os usuários internados, % de usuários internados com presença de acompanhante (em tempo parcial e integral) e acompanhante permitido (livre) para todas as mulheres (gestantes) na sala de parto (5, 6, 7 e 8). Esses critérios foram considerados “importantes” pelos especialistas, e à exceção do número 5, (Visita aberta implementada (livre) para todos os usuários internados) todos obtiveram pouco consenso, porém ainda assim são especiais para a atenção ao usuário internado por representarem a inclusão da rede social do usuário no contexto hospitalar, que significa benefícios para o tratamento (BRASIL, 2007). A implementação dessas estratégias depende da superação de desafio importante que está representado pela necessidade de mudança de percepção da visita e acompanhante como elementos de obstrução ao trabalho do hospital, quando na verdade devem ser percebidos como “elementos integrantes do projeto terapêutico”, com evidente eficácia clínica (BRASIL, 2007). Importante enfatizar que para alguns grupos esses direitos já estão normatizados, a exemplo da Criança e do Adolescente, do idoso e mulheres no parto (Fortes, 2004; Brasil, 2007). Mas, ainda que previstos em lei e comumente adotados no serviço privado, ainda encontram nos serviços públicos pouca efetivação. Talvez pelo fato de que na área da saúde, a população detenha pouca apropriação de conhecimentos relacionados aos direitos existentes, o que pode significar limite para as reivindicações desses direitos (OLIVEIRA, 2007). Nesses casos, os achados da auditoria se revestem de muita importância pois poderão estimular a observação das normas pelas instituições. Com relação ao acompanhante no parto, vale reforçar que evidências científicas têm comprovado que o apoio à mulher no momento do parto melhora as condições de nascimento, diminuindo os índices de cesarianas, de partos

---

usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas (BRASIL, 2009).

<sup>6</sup> Visita aberta é uma proposta da Política Nacional de Humanização cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente (BRASIL, 2007).

<sup>7</sup> Acompanhante: representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde (BRASIL, 2007).

complicados, a duração do trabalho de parto, a ocorrência de depressão pós-parto e o uso de medicações para alívio da dor (BRASIL, 2007).

Cabe ressalva para o critério número 5, Visita aberta implementada<sup>8</sup> (livre) para todos os usuários internados, uma vez que foi consensuado como muito importante pelos especialistas e a PNH preconiza na Carta de Direitos dos usuários (BRASIL, 2009) a concessão deste direito apenas em casos específicos em que o usuário se encontre com comprometimento da autonomia<sup>9</sup>. Assim, torna-se necessária a adequação das unidades com relação a espaço físico e cuidados com a privacidade dos usuários, a exemplo dos acompanhantes quando em enfermarias pertencerem ao mesmo gênero, de forma a evitar constrangimentos para os outros usuários internados. Para o pré - parto, a PNH recomenda a estruturação do espaço para que seja propiciado um ambiente de privacidade, que pode ser feito com biombos ou cortinas, em caso de espaço físico reduzido (BRASIL, 2005). Também, sugere a retirada da sala de parto normal do ambiente cirúrgico, a fim de facilitar a entrada do acompanhante (BRASIL, 2007).

3) Um outro subgrupo de critérios está relacionado a implementação de ações, experiências inovadoras e práticas de promoção à saúde no âmbito hospitalar, que possibilitem ao usuário internado a manutenção de sua rede social<sup>10</sup>. São os critérios de número 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15.

Dentre os critérios consensuados “muito importantes” encontram-se os 9, 11 e 13, critérios que têm relação com o direito da criança ao acompanhante já previstas pela legislação (Brasil, 2009). No entanto, devem ser observadas se ao atenderem essas recomendações as unidades as cumprem de forma a garantir ao acompanhante as condições adequadas para a permanência. Associa-se a esses, o critério 12 “espaço destinado à

---

<sup>8</sup> A presença do acompanhante no ambiente hospitalar é, indiscutivelmente, uma marca fundamental para mudar as relações de poder nas instituições de saúde, aumentando o grau de protagonismo dos usuários. A história da instituição hospitalar é marcada pelo viés autoritário nas práticas de gestores e trabalhadores, enquadrados por normas e procedimentos rígidos em relação ao acompanhante e à visita. No entanto, com o reconhecimento do direito a acompanhante e a visita aberta nos hospitais privados, um outro cenário se apresenta à realidade no SUS. A inclusão do familiar e do representante no espaço do cuidado provoca uma ressignificação do “lôcus hospitalar” como difusor do cuidado público da saúde, ampliando seu papel na comunidade, na medida em que promove mudanças na organização do processo de trabalho e de produção de saúde, numa perspectiva de solidariedade e de responsabilidade coletiva, marcas da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2007).

<sup>9</sup> VI - o direito a acompanhante, nos casos de internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida (Brasil, 2007).

<sup>10</sup> “Partimos do pressuposto de que as pessoas fazem parte de sistemas complexos e interconectados que abarcam os fatores individuais, familiares e extrafamiliares, os amigos, a escola, o trabalho e a comunidade. Nessa concepção ecológica, um membro da família (da rede social) presente configura-se essencial não só para acompanhar a pessoa internada, mas também para ser orientado no seu papel de cuidador leigo” (Brasil, 2007; p 4).

permanência de mães de recém-nascidos que estão na UTI e não querem deixar o hospital” pela similaridade do tema embora tenha sido considerado “importante” com “pouco consenso” (BRASIL, 2009). Vale a consideração quanto aos indicadores relacionados à atenção dispensada ao recém nascido e puérperas nas unidades hospitalares, pois são cuidados relacionados com a redução da mortalidade materna e infantil no Brasil (Victoria & Cesar, 2003).

Destacam-se, ainda, os critérios considerados “importantes” com “pouco consenso”<sup>10</sup>, 14 e 15 que incluem atividades programadas para acontecerem regularmente nas dependências do Hospital: jogos coletivos, teatro, vídeos, comemorações de datas festivas, “biblioteca viva”, brinquedoteca, parquinho, salão de costura, bazares, salão de beleza, pastoral dos enfermos e outros.

Em outro subgrupo estão contempladas os critérios considerados “importantes” 16, 17 e 18 referentes às estratégias institucionais de comunicação e informação ao usuário e familiares sobre o tratamento e procedimentos, além de mecanismos para estimular a participação e co-responsabilização dos usuários na utilização racional dos serviços, que se constitui em direitos dos usuários (Brasil, 2009). O indicador 16, considerado “importante” com “pouco consenso” se apresenta útil para garantir a participação da rede social do usuário como apoio ao seu tratamento, sendo ocasião onde podem ser disponibilizadas informações e discutidas questões com o consentimento do usuário (BRASIL, 2009).

O critério 17 evidencia o direito das pessoas em tratamento de terem conhecimento da sua situação de saúde e sobre as condições das intervenções realizadas. A partir de informações que lhes permitam acompanhar a sua evolução e compreender a razão para adoção de procedimentos ou suspensão dos mesmos. Com estas intervenções se proporciona ao usuário a possibilidade de interação, ao tempo em que domínio do conhecimento das ocorrências a eles relacionada vão contribuir para um maior conforto psicológico (BRASIL, 2009). Em decorrência, o critério 18, prevê a quantificação dos indivíduos que tiveram acesso à informação com relação a despesas originadas pelo tratamento, possibilitando controle e responsabilização do usuário no seu tratamento (BRASIL, 2009).

O último subgrupo de critérios e indicadores do objetivo VI, engloba os critérios relacionados a serviços de escuta e avaliação de satisfação dos usuários como instrumentos que contribuem para assegurar os direitos dos usuários. Nesta dimensão se destaca o papel da ouvidoria como ferramenta. Órgão cuja função essencial é o diálogo com a população, ouvindo, disseminando informações, registrando e sendo um canal de articulação entre o

gestor e o controle social na busca da melhoria da qualidade dos serviços prestados ao cidadão no SUS. Trazendo no seu cotidiano vocábulos significativos a exemplo de denúncia, reclamação, elogio e sugestão, as ações desenvolvidas pela ouvidoria, conforme propostas pelo Ministério da Saúde, devem ser organizadas de forma a permitir resposta a situação apresentada. Para tanto, ao serem recebidas as demandas, o órgão determina que sejam cumpridas as etapas de encaminhamento, e após a análise, a demanda seguirá um fluxo diferenciado, conforme sua categoria, e será encaminhada ao órgão ou entidade competente para a solução da questão. Cabe à Ouvidoria avaliar a resposta do setor, órgão ou entidade demandada em casos específicos de denúncias, reclamações e solicitações, e, se a resposta não for satisfatória, procurar a instância imediatamente superior para nova avaliação ou esclarecimentos. Também cabe à Ouvidoria acompanhar as demandas sem respostas, em busca da plena defesa dos direitos dos usuários do SUS (BRASIL, 2008). Neste subgrupo estão os critérios 19, 20, 21 e 22. Destes, dois (19 e 21) foram consensuados “muito importantes” e dois considerados “importantes” com “pouco consenso” (20 e 22). Como visto tais critérios vão refletir na forma de condução das demandas apresentadas ao órgão, sendo que o critério 21 permite a quantificação em relação a agilidade para a abordagem do problema, situação relevante quando em se tratando da área da saúde onde os processos demandam resolutividade (BRASIL,2008).

No Objetivo VII, são abordadas necessidades de implementação de ações em duas dimensões, que são a adequação de áreas físicas, seguindo o conceito de ambiência<sup>11</sup>, e incorporação e disponibilização de recursos materiais conforme necessidades dos projetos e atividades. A primeira dimensão, por sua vez, na PNH, encontra-se atrelada à segunda dimensão no que se refere a proporcionar estrutura para que as ações possam ser desenvolvidas, com conforto para os profissionais e usuários. Lembrar que as ações da ambiência para a atenção e gestão na urgência devem estar articuladas à diretriz do acolhimento com classificação de risco<sup>12</sup> como guia orientador, implicando outros modos de estar, ocupar e trabalhar que se expressarão nesse lugar e solicitarão arranjos espaciais

---

<sup>11</sup> A adequação das áreas físicas, seguindo o conceito de ambiência, compreende ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente, além da provisão de recursos materiais e insumos para a melhoria das condições de trabalho e de atendimento (Brasil,2004).

<sup>12</sup> Pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL,2009).

singulares, com fluxos adequados que favoreçam os processos de trabalho (Brasil 2009), conforme discutido anteriormente no Objetivo II. Ressalta-se que o acolhimento com classificação de risco foi assinalado pelos especialistas como estratégia importantíssima a ser implementada em unidade hospitalar.

Com relação aos materiais, é necessário existir uma política de gestão de materiais, que envolva as atividades relacionadas à aquisição, à conservação e ao uso apropriado de imóveis, equipamentos, veículos e insumos, onde a eficiência é fundamental. Essa gestão exige a articulação dos processos de trabalho da área administrativa com aqueles das áreas técnicas, haja vista a dependência mútua entre ambas, sendo necessária a superação do desafio que é a falta de práticas regulares de planejamento e avaliação das atividades administrativas típicas (SOUZA, 2009).

Na **Tabela 9** são apresentados os 19 critérios, em que 05 foram considerados como “muito importante”, (1, 2, 8, 11 e 12), e 14 foram considerados “importantes”. Entre os considerados “importantes” tem-se 2 categorias: a) 06 (seis) que obtiveram “Elevado consenso” (3, 4, 5, 19, 17 e 18); b) 08 (oito) que tiveram “Pouco consenso” (6, 7, 9, 13, 14, 15, 16 e 19).

Como visto, o objetivo VII aborda duas dimensões aqui consideradas subgrupo 1, que agrega os critérios/indicadores relacionados a adequação da estrutura física, e subgrupo 2, que contempla os critérios/indicadores relacionados a provisão de recursos materiais e insumos.

Para o subgrupo 1, Adequar áreas físicas (seguindo o conceito de ambiência nos projetos arquitetônicos) foram selecionados os critérios/indicadores de 1 a 10, sendo considerados:

- 03 critérios “muito importantes” (1, 2 e 8); 04 critérios/indicadores “importantes” com “elevado consenso” (3, 4, 5 e 10); 03 critérios/indicadores “importantes” com “pouco consenso” (6, 7 e 9). Destaca-se o critério 2 “Acesso para deficientes” que foi consensuado pelos especialistas como “Muito importante” e com “Consenso absoluto” e que se destina a garantia do acesso. Com relação ao acesso para deficientes nas unidades hospitalares existe norma para orientação quanto à estrutura física e equipamentos que é a ABNT NBR 9050/2004<sup>13</sup>, que deve embasar as avaliações referentes a esse critério.

---

<sup>13</sup> A ABNT NBR 9050 foi elaborada no Comitê Brasileiro de Acessibilidade (ABNT/CB-40), pela Comissão de Edificações e Meio (CE-40:001.01). Esta Norma substitui a ABNT NBR 9050:1994. Pode ser acessada no site: <http://www.mpdf.gov.br/sicorde/NBR9050-31052004.pdf>



Tabela 9 - Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo VII- Adequar áreas físicas (seguindo o conceito de ambiência nos projetos arquitetônicos), e provisão de recursos materiais e insumos, Salvador, 2010.

Critério/indicador	MA	DP
1. Sinalização adequada, com identificação dos setores e orientando a movimentação geral do usuário no Serviço	10,0	0,0
2. Acesso para deficientes	10,0	0,0
3. Salas de espera com ambiente acolhedor, assentos em número suficiente, equipamento audiovisual ativo, e com disponibilidade de brinquedos nos casos de serviços para crianças	9,7	0,8
4. Área de recepção com espaço suficiente e disposição adequada de modo a permitir fácil movimentação do usuário e trabalhadores	9,5	0,8
5. Consultórios adequados, com conforto e privacidade visual e auditiva	9,5	0,8
6. Instalações para abrigar serviços de atenção a mulheres com aborto inseguro	9,3	1,2
7. Instalações para abrigar serviços de atenção a situações de violência	9,5	1,2
8. Instalações sanitárias para usuários e trabalhadores adequadas e com higienização constante	10,0	0,0
9. Sala de reuniões	7,8	1,3
10. Sistema de telefonia que atenda de modo suficiente às necessidades do usuário e dos trabalhadores	9,7	0,8
11. Equipamentos de proteção coletiva (EPC) e instalações atendendo às normas de segurança e higiene previstas em legislações específicas	10,0	0,0
12. Disponibilidade de vestuário e equipamentos de proteção individual (EPI) para os trabalhadores	10,0	0,0
13. Certificados atualizados de qualidade da água consumida	9,3	1,6
14. Armazenamento e remoção adequados dos produtos residuais e lixos específicos	9,5	1,2
15. % de medicamentos que estouraram o estoque mínimo/mês	7,8	2,0
16. % de exames não realizados por falta de material/filmes ou quebra de equipamentos	9,2	1,3
17. N°. e % de cirurgias desmarcadas por falta de campos ou rouparia	9,7	0,8
18. N°. e % de cirurgias desmarcadas por falta de higienização das salas em tempo oportuno	9,7	0,8
19. N°. e % de equipamentos danificados	8,5	2,8

Legenda:

MA = Média aritmética (10 = muito importante;  $\leq 9,9 \geq 7$  = importante)

DP = Desvio Padrão (0=consenso;  $\leq 1$  = elevado consenso;  $DP > 1 \leq 3$  = pouco consenso)

Destaca-se neste objetivo: a) as propostas arquitetônicas adotadas pelas Unidades hospitalares que contribuam para que se diferenciem as urgências das emergências, a exemplo da divisão do espaço em cores, que podem ser caracterizadas por dois eixos: o vermelho da

emergência e o azul do pronto atendimento. Estratégia que pode se investir de muita importância para a eficiência dos serviços, visto que possibilita maior resolutividade, melhor organização das funções, mais facilidade de atendimento e acolhimento (BRASIL, 2004); b) as estratégias adotadas com relação a informação e sinalização, já que os hospitais “devem contemplar projeto de sinalização e placas de informação de toda ordem, que não exclua pessoas com necessidades especiais ou que não saibam ler, tenha linguagem clara e representativa, identificando os espaços e suas funções” (BRASIL, 2004, p.15 ).

Dentre os critérios selecionados, vale ressaltar o critério (6) “Instalações para abrigar serviços de atenção a mulheres com aborto inseguro”, por se constituir em necessidade importante nos serviços para o atendimento a pacientes. A magnitude dos problemas relacionados ao aborto quando realizado em condições inseguras levou o governo a priorização do problema e a buscar meios de minimizá-lo. Dentre estes, consta a elaboração da Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento <sup>14</sup> onde são sistematizadas formas de abordagens e tratamento para as mulheres em situação de aborto que visa o enfretamento do importante problema de saúde pública brasileiro que é a morte materna (BRASIL, 2005; 2007).

Outro critério considerado importante refere-se ao número 7 “Instalações para abrigar serviços de atenção a situações de violência”. A violência é um problema grave na sociedade e não se restringe enquanto um campo da Saúde, ao contrário, é um problema que demanda a atuação interdisciplinar e dos vários setores da sociedade civil e das organizações governamentais. O papel das emergências hospitalares para a prevenção de reincidências das violências domésticas é fundamental, pois a emergência é, via de regra, a porta de entrada e, em muitos casos, o único contato com o sistema de saúde. Para outras vítimas em situações de trauma ou iminência de morte representa para os poderes públicos uma possibilidade de acesso ao problema para intervenção já que a maioria dos casos de violências reincidirá (com igual ou superior gravidade) se não houver alguma ação que interrompa sua dinâmica (DESLANDES, 2010).

Para o subgrupo 2, que abrange os critérios/indicadores relacionados a provisão de recursos materiais e insumos, que tratam de disponibilização de recursos para viabilização das

---

<sup>14</sup> Esta Norma fornece aos profissionais subsídios para que possam oferecer além do cuidado imediato às mulheres em situação de abortamento, disponibilizar alternativas contraceptivas, evitando o recurso a abortamentos repetidos. Para que sejam cumprido estes objetivos é necessário que nas ações estejam incluídos aspectos relativos a humanização, necessitando que os profissionais, independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, preservem postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2005).

ações, levando em consideração questões relativas à segurança dos profissionais, comunicação e utilização de espaços estratégicos para o funcionamento hospitalar, foram selecionados os critérios/indicadores de 11 a 19, sendo considerados:

- 02 critérios “muito importantes e com “elevado consenso” (11 e 12); 02 outros considerados “importantes” com “elevado consenso” (17 e 18); e 05 critérios/indicadores considerados “importantes” com “pouco consenso” (13, 14, 15, 16 e 19). Observa-se que entre esses nove critérios selecionados encontram-se formas de assegurar condições materiais para o desempenho das atividades, que vão atender as necessidades geradas por objetivos anteriores, a exemplo dos critérios 9 e 16. Também estão contempladas as condições da gestão quanto aos resíduos e insumos, expressos pelos indicadores 13, 14 e 15.

Destaca-se que com relação à ambiência foi sugerido pelos especialistas a observação na Unidade da presença de boxes nas salas de observação com cortinas previstas pela RDC 50 com objetivo de preservar a intimidade da(o)s usuária(o)s, além da porta de entrada separada para crianças e gestantes.

A Tabela 10 apresenta os critérios/indicadores do Objetivo VIII- Promover qualificação e otimização do trabalho, a partir de instrumentos sistemáticos de avaliação. Estudos demonstram que a avaliação é parte integrante do processo de aprendizagem e tem como objetivo a obtenção de informação que deverá ser usada como subsídio para a tomada de decisão. Para a avaliação do trabalho em saúde, é importante que se parta da premissa que a construção dos saberes se dá de forma dinâmica devendo ser incorporados mecanismos no processo de avaliação que possam dar conta das características do trabalho realizado. Neste sentido, a avaliação de desempenho não deve se ater apenas a indicadores de produtividade e sim associar a estes, os que permitam observar as estratégias para enfrentamento das demandas cotidianas. Faz parte deste contexto o estabelecimento de metas que devem estar atreladas a realidade e relacionadas a constantes modificações decorrentes das demandas dos serviços (SANTOS, 2009).

Ainda neste objetivo se encontram inseridos os indicadores relacionados ao funcionamento de comissões de vigilância em saúde e sistemas de informação, que se constituem em aspectos de grande relevância para a saúde coletiva, já que a unidade se apresenta com papel muito importante de ser fonte de informações das quais poderão ser originadas ações, estudos para intervenções e dimensionamentos quanto a riscos, condições de vida, acesso e eficácia dos serviços de saúde (HARTZ et al, 2005).

Tabela 10 - Pontuação do grupo de especialistas, média ponderada e desvio padrão atribuídos aos critérios/indicadores referente ao Objetivo VIII- Promover qualificação e otimização do trabalho, a partir de instrumentos sistemáticos de avaliação, Salvador 2010.

CRITÉRIO/ indicador	MA	DP
1. Sistema implementado de Avaliação e Gestão baseados em desempenho/metasp, e Comissão de Avaliação de Desempenho instituída,com participação dos trabalhadores	10,0	0,0
2. Estratégias implementadas de monitoramento e avaliação do funcionamento da referência e contra-referência	10,0	0,0
3. Estabelecimento sistemático de Metasp a serem alcançadas com as ações desenvolvidas nas Unidades de Produção, incluindo grupos operativos, atividades educativas e outros	9,0	2,0
4. Recorte de Eventos-Sentinela a serem tomados como situações para vigilância no âmbito hospitalar e também como geradores de ações no nível local (situações a serem abrangidas por Projetos de Saúde Coletiva, integrando Hospital e outras unidades de saúde)	8,8	2,0
5. Comissão de Revisão de Prontuários	9,5	0,8
6. C. de Revisão de Óbitos	9,7	0,8
7. C. de Controle de Infecção Hospitalar, com análise e condutas	10,0	0,0
8. C. de Vigilância ao Óbito Infantil	10,0	0,0
9. C. de Mortalidade Materna e Neonatal	10,0	0,0
10. C. de Farmacovigilância	10,0	0,0
11. C. de Hemovigilância	10,0	0,0
12. C. de Documentação Médica	10,0	0,0
13 C. de Ética	10,0	0,0
14. Alimentação regular dos sistemas de informação padronizados	10,0	0,0
15. Preenchimento regular de boletins de DNC	9,7	0,8
16. Sistema implementado para notificação e comunicação de acidentes de trabalho de usuários e trabalhadores	10,0	0,0
17. Estratégias implementadas de monitoramento da utilização do prontuário integrado, com critérios de avaliação da qualidade dos registros e divulgação de resultados em reuniões de equipe	10,0	0,0
18. % de prontuários auditados com e sem irregularidades	9,8	0,4
19. Apresentação mensal de relatórios, com análises dos indicadores de produção e resultados dos serviços	9,7	0,8
20. Manuais de procedimentos e normas documentadas e conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento do transporte	8,2	1,9
21. Manuais de procedimentos e normas conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento da higienização da Unidade	8,8	2,0
22. Publicações regulares sobre os diferentes projetos e resultados de trabalho, contemplando iniciativas de divulgação para diferentes públicos: na imprensa em geral, boletins internos e outros	8,5	2,3

Legenda:

MA = Média aritmética (10 = muito importante;  $\leq 9,9 \geq 7$  = importante)

DP = Desvio Padrão (0=consenso;  $\leq 1$  = elevado consenso;  $DP > 1 \leq 3$  = pouco consenso)

Foram selecionados 22 critério/indicadores, sendo 12 considerados “muito importantes” e de consenso absoluto, 05 “importantes” com “elevado consenso” e 5 “importantes” e de “pouco consenso”. (Tabela 10)

Entre os 12 critérios considerados “muito importantes” estão aqueles relacionados aos sistemas de vigilância em saúde e informação, sendo referências importantes para a atenção a saúde, por possibilitarem a identificação do perfil de morbidade e mortalidade e principais fatores de riscos a que está exposta a população. As unidades de saúde se constituem em fonte importante para a captação das informações decorrentes do atendimento, cujos conteúdos devem servir como subsídio pelos gestores para a abordagem de problemas individuais e coletivos (MOTA & CARVALHO, 2003).

Dois critérios estão relacionados diretamente com a avaliação do desempenho e do funcionamento da rede, itens 1 e 2. Vale ressaltar que eles devem ser observados e em caso de ausência, deve ser estimulada a sua implementação uma vez que nas instituições há dificuldades, entre gestores e equipes, sobre métodos para programar trabalho e processos de contrato em que se estabeleçam metas e critérios para avaliação do trabalho (CAMPOS, 2005). Quanto ao número 2, “Estratégias implementadas de monitoramento e avaliação do funcionamento da referência e contra-referência”, vai possibilitar ao gestor do sistema ter conhecimento de como está se dando a continuidade da atenção, esta ação é muito importante para dimensionar necessidade de serviços e monitorar atividades pactuadas com outros serviços visando a integralidade da atenção (FEUERWERKER&CECILIO, 2007; MERHY&CECILIO, 2003).

Um subconjunto desses indicadores considerados “muito importantes” (7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13) revela a importância da existência e atuação de comissões, que se apresentam com papel muito importante por ser fonte de informações das quais poderão ser originadas ações, estudos para intervenções e dimensionamentos quanto a riscos, condições de vida, acesso e eficácia dos serviços de saúde (HARTZ et al, 2005).

Também nesse grupo é possível encontrar indicadores relacionados aos sistemas de informação em saúde e à utilização das informações geradas internamente para divulgação no ambiente de trabalho. Esses critérios (14, 16 e 27) se apresentam de extrema importância e devem ser criteriosamente identificados na ocasião da auditoria, uma vez que as unidades de saúde se constituem em fonte importante para a captação das informações decorrentes dos atendimentos, que como visto representam o substrato para o norteamento das ações ( MOTA & CARVALHO, 2003; HARTZ et al, 2005).

Outros 05 critérios/indicadores foram considerados “importantes” com “elevado consenso” (5, 6, 15, 18 e 19). Vale esclarecer que uma das finalidades destes indicadores é notificar os gestores de serviços para intervenções que possam prevenir sofrimento, incapacidade e morte. Além disso, devem fornecer subsídios para a implantação de metodologias de avaliação de serviços de saúde e estimular os corretos registros conforme orientações normatizadas. Desempenham importante papel na captação das informações decorrentes dos atendimentos com relação aos riscos, causas de morte e também devem ser criteriosamente identificados na ocasião da auditoria (MOTA & CARVALHO, 2003; HARTZ et al, 2005).

Entre os 05 (cinco) critérios/indicadores considerados “importantes” com “pouco consenso” (3, 4, 20, 21 e 22), é possível destacar o indicador 4 pela importância do hospital na identificação de eventos sentinelas e no desempenho das suas atribuições relacionadas a vigilância em saúde. Os sistemas de vigilância epidemiológica vêm utilizando hospitais especializados em doenças transmissíveis como unidades de saúde sentinelas, onde se coleta informações com sensibilidade para monitorar um universo de fenômenos. Estas unidades funcionam como alerta para investigação e adoção de medidas de controle de doenças graves que exigem atenção hospitalar (TEIXEIRA et AL 2003; PUCCINNI, 2008).

Ainda, os critérios 20, 21 e 22 trazem importantes sinalizações para a socialização de informações estratégicas e padronização com a finalidade de garantir que as ações se dêem de modo padronizado e de forma acessível, condição importante para o alcance finalístico das proposições (SILVA et al, 2005; WERNECK e al 2009).

#### **4.3 Sugestões de novos indicadores**

Durante o processo de pontuação dos critérios e indicadores da Matriz, foi solicitado aos especialistas sugestões quanto a novos critérios/indicadores, sendo apresentadas 09 (nove) propostas, descritas a seguir.

1. Existência na Unidade de equipamentos básicos para o pronto atendimento referidos nas normas para urgência e emergência;

2. Presença de boxes nas salas de observação com cortinas – privacidade do paciente RDC 50;
3. Escala de trabalho de médicos/enfermeiros para acolhimento com avaliação de risco;
4. Médico exclusivo na unidade do PA- não passando enfermarias;
5. Visita diária de médico diarista para avaliação dos pacientes em observação que permaneceram após mudança da equipe;
6. Porta de entrada separada para crianças e gestantes;
7. Tempo de permanência do paciente na unidade no PA – não excedendo as 24 horas;
8. Condições mínimas de conforto aos acompanhantes – poltrona/cadeira;
9. Estratégias para minimizar a situação de stress vivida pelos trabalhadores.

## 5. Considerações Finais

A identificação e seleção de indicadores da Política Nacional de Humanização para utilização em auditorias de hospitais do SUS foi realizada através de Conferência de consenso em que participaram 07 especialistas. Tendo sido utilizado como base para seleção dos indicadores o documento Monitoramento e Avaliação da Política Nacional de Humanização na Rede de atenção e Gestão do SUS, cuja Matriz I - Objetivos de desenvolvimento de ações (metas) e indicadores na atenção hospitalar, traz um extenso elenco de indicadores. Composta originalmente por 08 objetivos e 204 indicadores/critérios, após a conferência de consenso foram selecionados 102, sendo 26 considerados como “muito importantes” alcançando “consenso absoluto” entre os especialistas, 76 considerados “importantes” sendo 29 de “elevado consenso” e 47 considerados de “pouco consenso”.

Tendo em vista o desenvolvimento deste trabalho algumas situações devem ser consideradas:

- O processo de priorização dos critérios pelos especialistas evidenciou que alguns deles levaram em conta a viabilidade de aplicação dos indicadores, considerando o atual estágio de desenvolvimento das instituições as quais estavam vinculados, justificando assim, a baixa pontuação dada a alguns critérios. Nestes casos, o grupo considerou que na ocasião de utilização destes critérios e indicadores os mesmos deveriam estar associados às legislações de origem para garantia de legalidade ao se constituírem em objeto de recomendação pelo processo de auditoria.
- O grupo de especialistas deixou claro quanto à discordância de critérios como por exemplo “Armazenamento e remoção adequados dos produtos residuais e lixos específicos” ou “percentual de medicamentos que estouraram o estoque mínimo/mês” entre outros, por considerar que extrapolam o âmbito da pesquisa sendo justificada a não priorização. Importante salientar que estes itens já constam entre os que rotineiramente são objetos de auditoria o que sugere, que a baixa pontuação, não tenha relação com o grau de importância e sim como tentativa de evitar possível repetição.
- As estratégias para desenvolvimento de habilidades para exercício da participação e controle social foi objeto de discussão, sendo que ao final os especialistas convergiram para a conclusão de que embora se apresentem



relevantes, não devem ser atribuição do hospital, portanto não devem ser cobrados destes.

- Cabe ressaltar a importância explicitada para o “percentual de mulheres com encaminhamentos para consulta de puerpério, com consulta marcada na rede através do hospital” devendo ser priorizado em todos os trabalhos. Ainda, consideraram que caberia à gestão a análise quanto a opção de “incorporação de voluntários para desenvolver atividades no Serviço”.
- Na pesquisa em documentos oficiais e produção acadêmica com foco na PNH, observou-se lacuna quanto a relação entre essa política e a atenção a saúde da população negra. No entanto, as precárias condições de saúde vivenciadas por este segmento da população e revelada por dados oficiais (PNUD,2001; BRASIL,2007) aponta para necessidade de que as intervenções estejam embasadas nas diretrizes e objetivos desta política. Compreendendo a importância da relação entre a PNH e a atenção a saúde da população negra é que, embora não tenha sido sugerido pelos especialistas, propõe-se a introdução de dois Indicadores 1- “% de documentos preenchidos com o *quesito Raça cor*”, e 2- “*Capacitação dos trabalhadores para coleta da auto declaração do preenchimento do quesito raça cor*”, que vão permitir que a instituição a partir dos atendimentos realizados, visualize os problemas relativos a saúde da população negra de forma a poder tratá-los conforme a sua especificidade.
- Os especialistas sugeriram a inclusão de 09 indicadores, considerados relevantes do ponto de vista de melhoria do acolhimento e garantia da integralidade.
- A experiência do grupo com relação ao tema possibilitou que fosse realizada a síntese necessária para a viabilização do uso dos indicadores com relação ao quantitativo, além de funcionar como fator de equilíbrio na priorização quanto à viabilidade de averiguação das ações pelos indicadores na prática da auditoria.
- No processo de elaboração deste trabalho fez-se necessário a superação de limites, constituídos por dificuldade de conciliação de tempo para reunião com o grupo, uma vez que o período em que se deu o seu desenvolvimento com

relação aos momentos presenciais, foram no início do ano, ocasião de férias ou recesso por conta de eventos no Município, situação que influenciou de forma importante o desenvolvimento das atividades previstas para o primeiro momento da pesquisa.

Espera-se que com esses indicadores/critérios seja possível, ao realizar auditorias operativas nas Unidades Hospitalares do SUS, dimensionar de que forma estão se processando os serviços de acordo com a proposta da PNH. Nesse processo é importante que a utilização destes indicadores/critérios esteja associada à consideração do estágio de implementação da política no local auditado, já que a implementação da PNH, ainda que necessária para o SUS, ainda não se deu de forma substancial em todo o Sistema. Nesse sentido são válidas as recomendações sobre a necessária implementação das recomendações da PNH nos serviços com intuito do fortalecimento do SUS.

A PNH vem se estruturando junto como o SUS num processo dinâmico. A implementação das suas ações contribuirá para que se estabeleça um sistema de saúde consistente e adequado para atender as necessidades de saúde da sociedade brasileira. A responsabilidade desta política para o fortalecimento do SUS, se traduz na sua complexidade e abrangência e implica em necessidade da contínua avaliação e adaptação das suas ferramentas para dar conta das demandas que vão se apresentando. A contribuição deste trabalho é estreitar relações entre PNH e SNA, com vistas a promover o aumento do potencial de ambos. Neste sentido, recomenda-se

1. Que seja dada continuidade a esta discussão através de novos estudos para aprimoramento e complementação;
2. Que a SESAB através da Diretoria de Auditoria proceda a incorporação dos indicadores ora selecionados no Roteiro de Auditoria Hospitalar, de forma a facilitar o uso na prática dos profissionais.

## 6. Referências

1. Ayres, JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005.
2. Azevedo, JMR; Barbosa, M A. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. Rev. enferm. UERJ v.15 n.1 Rio de Janeiro jan./mar. 2007.
3. Benevides, R; Passos, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 17, Aug. 2005.
4. Benevides, R; Passos, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005, vol.10, n.3.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde : ilustrada / Ministério da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
6. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
7. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
8. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Glossário temático : ouvidoria do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2. ed. rev. e atual. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.
9. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 32 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

10. \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Para entender a gestão do SUS. CONASS, PROGESTORES 2007 - Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2007.
11. \_\_\_\_\_. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/ Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. 2007.
12. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.
13. \_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
14. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
15. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada Coordenação de Atenção Hospitalar. Reforma do sistema hospitalar brasileiro. Pequenos hospitais: Uma estratégia alternativa de organização e financiamento. (Versão Preliminar) DF: Ministério da Saúde, 2004.
16. \_\_\_\_\_. 12ª conferência nacional de saúde. “Saúde: um direito de todos e dever do estado – a saúde que temos, o SUS que queremos”., 15 a 19 de dezembro de 2004.
17. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
18. \_\_\_\_\_. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
19. \_\_\_\_\_. PNHAH. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

20. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em saúde - SIS. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Maio 2001.
21. \_\_\_\_\_. Governo Federal. Lei Orgânica N° 8.080 de 19 de setembro de 1990.
22. \_\_\_\_\_. Governo Federal. Lei 8.142 de 28 de dezembro 1990.
23. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.
24. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.
25. \_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.
26. Caleman, G. Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde Org.) Caleman, G; Sanchez, MC; Moreira, ML. Volume 5. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. -- (Série Saúde & Cidadania).
27. Calvo, MCM. Hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde do Brasil: O mito da eficiência privada no estado de Mato Grosso em 1998. 2002, 223pg. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.
28. Campos, GWS; Domitti, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Feb. 2007 .
29. Castro, DP. Análise de implantação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS: proposta de um instrumento de avaliação. Tese apresentada a Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva para obtenção do grau de Mestre em 2004.
30. Ceccim, RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005.
31. Chor, D; Klein, CH; Marzochi, KBF. Infecção hospitalar: comparação entre dois métodos de vigilância epidemiológica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, Junho 1990 .

32. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc. Saúde Coletiva janeiro-março 2004.
33. Deslandes, SF; Mitre, RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, 2009.
34. Deslandes, SF.. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1. 2010.
35. Donabedian A. Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. 1a Ed. México DF: Editora Biblioteca de La Salud; 1988.
36. Escorel, LS; Giovanella, MH; Magalhães, M; Senna, MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2), 2007.
37. Fagundes, H.; Moura, A. B. Avaliação de programas e políticas públicas, Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 8 n.1 p. 89-103. jan. /jun. 2009.
38. Falk, MLR; Ramos, M Ziebell; S, J B. A rede como estratégia metodológica da Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. Interface (Botucatu), Botucatu, 2009.
39. Ferraro, AHA; Costa, E A; Silva, L M V. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.
40. Feuerwerker, L C M; Cecilio, L CO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007.
41. Fortes, P AC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde soc., São Paulo, v. 13, n. 3, Dec. 2004.
42. Franco, T B; Bueno, W, S; Merhy, E E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Apr. 1999.
43. Gerschman, S. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Posfácio. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009.
44. Guimarães ET AL. 2008. Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo>.

45. Gomes, M C P A; Pinheiro, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 17, Aug. 2005.
46. Grippo, M LV S; Fracolli, L Ap. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, Sept. 2008.
47. Hartz, Z. M. A. ET al. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
48. Hartz, Z. M. A. & Silva, L. M. V. (Organizadora). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
49. Heckert, ALC; Passos, E; Barros, MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, 2009 .
50. Lucca, SR.; Mendes, R. Epidemiologia dos acidentes do trabalho fatais em área metropolitana da região sudeste do Brasil, 1979-1989. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, n. 3, June 1993.
51. Magnago, TSBS et al . Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 60, n. 6, Dec. 2007.
52. Marziale, M H P; Nishimura, K Y N; Ferreira, MM. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, Feb. 2004.
53. Medina, GM; Silva, GAP; Aquino, R; Hartz, ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. *Uso de Modelos teóricos na Avaliação em saúde: Aspectos conceituais e operacionais*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
54. Melo , M.B. “O Sistema Nacional de Auditoria do SUS: estruturação, avanços, desafios e força de trabalho” Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública. Rio de Janeiro, junho de 2007.
55. Melo , M.B.; Vaitsman, J. Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 152-164, jan./jun. 2008.

56. Merhy.E.E. & Cecilio, L.C.O “A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar” . Campinas, 2003. Pesquisado no dia 1.04/2010 no site: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>.
57. Mota, E; Carvalho, DM T. Sistema de Informação em Saúde. ROUQUAYROL, Maria Zélia. Epidemiologia& Saúde/ Maria Zélia Rouquayrol, Naomar da Almeida Filho-6ª Ed.Rio de Janeiro:MEDSI, 2008.
58. Neves, C A B. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, Mar. 2006.
59. Oliveira, CP; Kruse, M H L. A humanização e seus múltiplos discursos: análise a partir da REBEn. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 59, n. 1, Feb. 2006.
60. Oliveira, S G. Humanização da assistência: um estudo de caso. RAS \_ Vol. 9, No 35 – Abr-Jun, 2007.
61. Pedroso, RT; Vieira, MEM. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. Interface (Botucatu), Botucatu, 2009.
62. Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.Rev Saúde Pública 2001;35(1):103-9 103 [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp).
63. Pereira, L H. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. Sociologias, Porto Alegre, n. 7, June 2002.
64. Pinho, L B; Santos, SMA. Dialéctica del cuidado humanizado en la UCI: contradicciones entre el discurso y la práctica profesional del enfermero. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 1, Mar. 2008 .
65. PNUD et al. Política nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade. Documento resultante do Workshop Interagencial de Saúde da População Negra, 6, 7 dez., 2001. Brasília: PNUD/OPAS/DFID/UNFPA/UNICEF/UNESCO/UNDCP/UNAIDS/UNIFEM.
66. Puccini, PT; Cecilio, LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004.
67. Puccini, PT; Cornetta, V K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, set. 2008.



68. Ramos, M N. Texto base da palestra proferida pela autora no Seminário Certificação de Competências para a Área de Saúde: os desafios do PROFAE, realizado em novembro de 2000, em Brasília-DF.
69. Rios, IC. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. Saúde soc., São Paulo, v. 17, n. 4, Dec. 2008. 2002. p. 361-397.
70. Salicio, D M B; Gaiva, M A M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 03, p. 370 - 376, 2006.
71. Silva, K L et al . Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 3, June 2005.
72. Solla, JJS P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife, v. 5, n. 4, Dec. 2005 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>.
73. Souza, LEPF. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009.
74. Teixeira ET AL. Áreas Sentinelas: uma estratégia de monitoramento em Saúde Pública. Epidemiologia e Serviços de Saúde Volume 12 - Nº 1 - jan/mar de 2003.
75. Teixeira, C. F. & Costa, E. A vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas1 Texto preliminar elaborado para debate no 20.º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, realizado em Brasília, em 26 de março de 2003 (Cooperação Técnica ISC/ANVISA).
76. Temporão, JG. Saúde da Família, agora mais do que nunca!. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2008.
77. Veloso, C. Equipe Multiprofissional de Saúde. Revista e.f. nº 17 - setembro de 2005. <http://www.confef.org.br/extra/revistaef/show.asp?id=3597>.
78. Victoria, CG; C, J A. Saúde Materno-Infantil no Brasil – Padrões de Morbimortalidade e possíveis intervenções. Rouquayrol, Maria Zélia. Epidemiologia& Saúde/ Maria Zélia Rouquayrol, Naomar de Almeida Filho-6ª Ed.Rio de Janeiro:MEDSI, 2008.
79. Vieira, LMS. Conceitos abordagens e estratégias para avaliação em saúde. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde/Zulmira Maria de Araújo Hartz . Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

80. Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SCL, Silva GAP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia – Brasil. Cad Saúde Pública 2007; 23:355-70.
81. Werneck, MA F; Faria , HP ; Costa , KF. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

## **Apêndice A - Termo de consentimento**

Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela  
Cep: 40.110-040- Salvador – BA  
3263-7407 (departamento) e 3263-7412 (diretoria)

Projeto – “POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO / HUMANIZA SUS EM HOSPITAIS DE URGENCIA E EMERGENCIA: PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO”

Carta de explicação

Convite para participar da pesquisa

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo desenvolvido por uma Mestranda do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. O sr. (a) foi escolhido (a) por ser do Grupo de Trabalho de Humanização ou Auditor em Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado.

Descrição da pesquisa e das principais questões

Este estudo tem como objetivos:

- Elaborar roteiro para a avaliação da implementação das ações da PNH em auditorias de hospitais de urgência e Emergência do SUS.
- Validar as questões do roteiro (matriz) entre o grupo de especialistas e auditores;
- Realizar o teste do instrumento através de sua aplicação em uma auditoria hospitalar;
- Ajustar o roteiro às observações/necessidades detectadas pela prática.

A sua participação nesse estudo consiste na discussão e validação de questões que contemplem os parâmetros para avaliação da PNH em Hospitais de Urgência e Emergência do SUS. E que serão inseridas, posteriormente no roteiro de Auditoria Hospitalar. Para tanto haverá uma conferencia de Consenso da qual fará parte cujas regras serão apresentadas no inicio dos trabalhos.

### Declaração de confidencialidade

Assumo o compromisso de que toda a informação que você irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome ou cargo não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado.

### Benefícios, riscos e caráter voluntário

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e inclui apenas proposições avaliadas como adequadas e que não apresentam qualquer tipo de risco ou constrangimento conhecidos para você. Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de participar do grupo e opinará com relação aos itens que desejar.

### Em caso de algum problema

Se o(a) senhor(a) vier sofrer algum problema decorrente da sua participação nessa pesquisa gostaríamos de informar que não poderemos fornecer nenhuma compensação financeira porém podemos prestar apoio técnico. Contatar nesses casos com Maria Doralice de Sousa, [mdoragt@gmail.com](mailto:mdoragt@gmail.com) telefone 3241-5543..

### Aceitação

Eu ( componente do grupo de especialistas) -----  
- pela pesquisadora -----, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa "POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO / HUMANIZA SUS EM HOSPITAIS DE URGENCIA E EMERGENCIA: PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO" e aceito nela participar.

Ou

Nome----- Rubrica da testemunha -----Data

Apêndice B – Matriz com critérios/indicadores pontuada por especialistas, adaptada originada no documento para monitoramento e avaliação da Política Nacional de Humanização na atenção hospitalar<sup>15</sup>, Salvador, 2010.

Objetivo	DIMENSÕES	Critérios/indicadores	Especialistas						MA	DP
			A	B	C	D	E	F		
<b>Objetivo I - IMPLEMENTAR GESTÃO DESCENTRALIZADA E PARTICIPATIVA</b>	<b>Horizontalização da estrutura</b>	1. Unidades de Produção de Serviços implementadas, com plano de gestão e avaliação baseado em metas	10	10	5	10	9	5	8.2	2.5
	<b>Capacidade de formulação e condução de políticas de forma participativa (gestão participativa, coresponsabilização, controle social)</b>	1.Colegiado de Gestão do Hospital implementado, com metodologia e plano de trabalho	8	10	10	10	9	10	9.5	0.8
		2.Conselho de Gestão Hospitalar (Comissão de Acompanhamento ou equivalente de Controle Social) com metodologia e plano de acompanhamento	8	10	10	10	9	10	9.5	0.8
		3.Plano Diretor de Desenvolvimento da Gestão elaborado e aprovado pelo Colegiado Gestor	7	10	0	10	10	10	7.8	4.0
		4.Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) implantado, com plano de ação e de avaliação de resultados	10	10	10	10	9	10	9.8	0.4
		5.Caracterização do funcionamento das instâncias colegiadas e seus encaminhamentos (definir variáveis, critérios e parâmetros de monitoramento): tipos de pautas predominantes; percentuais de pautas indicadas pelos diferentes atores; percentuais de encaminhamentos/viabilização pelos gestores das decisões tomadas	10	10	5	0	10	0	5.8	4.9
		6.Colegiado de Gestão de Unidades de Produção implementado, com metodologia e plano de trabalho	7	10	5	0	9	5	6.0	3.6
		7. Contrato de Gestão elaborado e implementado	8	10	5	0	9	10	7.0	3.9
<b>Objetivo II - Assegurar a ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo na atenção</b>	<b>Ampliação de acesso (Redução de filas e tempo de espera)</b>	1.Horário e agenda de atendimento expandidos e flexibilizados, incluindo horários de almoço e noturno	8	10	10	10	8	10	9.3	1.0
		2.Sistema implementado de cuidado/atenção domiciliar, com diretrizes e Protocolos	8	0	5	0	8	0	3.5	4.0
		3.% de usuários encaminhados para Serviço de Atenção Domiciliar, considerando os critérios previstos nos protocolos	5	0	5	0	8	10	4.7	4.1
		4.%de usuários encaminhados e acompanhados em Serviço de Atenção Domiciliar, considerando os critérios previstos nos protocolos	8	10	0	0	8	0	4.3	4.8
		5.% de usuários encaminhados para reabilitação física e ocupacional (fisioterapia, T.O.), considerando os critérios previstos nos protocolos	5	10	0	0	8	10	5.5	4.6

<sup>15</sup> Matriz adaptada para utilização do grupo de especialistas, elaborada a partir do documento para Monitoramento e avaliação na PNH na Atenção Básica e Hospitalar,.

Objetivo	Dimensão	Critérios/indicadores	Especialistas						MA	DP
			A	B	C	D	E	F		
Continuação Objetivo II	<b>Acolhimento com avaliação de risco (Redução de filas e tempo de espera)</b>	1. Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		2. % de usuários internados com registros do atendimento conforme fluxos e rotinas padronizadas de acolhimento	8	10	10	10	8	10	9.3	1.0
		3. % de acolhimento em “vaga zero”, das emergências encaminhadas pelo SAMU (nos casos em que esta rotina for acordada)	7	10	10	10	8	10	9.2	1.3
	<b>Atenção integral e resolutiva (Integração da rede e continuidade do atendimento; referência e contra-referência)</b>	1. % dos usuários que chegam à Central de Acolhimento avaliados em até 30 minutos (conforme critérios previstos no protocolo)	9	10	10	10	8	5	8.7	2.0
		2. Redução do tempo de espera em minutos	8	0	5	0	8	10	5.2	4.3
		3. Projeto de Integração com a rede básica implantado, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis por acompanhamento	6	10	10	10	9	10	9.2	1.6
		4. Vínculo instituído com o sistema de urgência/emergência loco-regional	6	10	10	10	7	10	8.8	1.8
		5. Procedimentos e normas documentadas e conhecidas por todos os trabalhadores sobre encaminhamento de usuários para outro Serviço em caso de falta de vaga para internação	8	10	5	10	8	5	7.7	2.3
		6. % de altas com encaminhamentos para seguimento na rede, com atendimento marcado através do hospital	9	0	5	10	8	10	7.0	3.9
		7. % de altas de usuários de “grupos de risco” com encaminhamentos para a rede básica	6	0	0	10	8	5	4.8	4.1
		8. % de altas de usuários de grupos de risco com encaminhamentos para a rede básica, com consulta marcada através do hospital	6	10	0	0		5	3.5	4.3
		9. % de mulheres com encaminhamentos para consulta de puerpério, com consulta marcada na rede através do hospital	6	10	9	10	10	5	8.3	2.3
		10. % de altas de recém-nascidos de risco com encaminhamentos para seguimento na rede, com atendimento marcado através do hospital	6	10	10	10	10	5	8.5	2.3
		11. % de altas em crianças internadas com diagnóstico de IRA e diarreias, com consulta de acompanhamento agendada na rede através do Hospital	6	10	0	0	10	5	5.2	4.5
12. % de “procedimentos” de urgência/emergência regulados no âmbito do sistema loco-regional	10	0	5	0	9	10	5.7	4.8		

Objetivos	Dimensão	Critérios/indicadores	Especialistas						MA	DP
			A	B	C	D	E	F		
Objetivo III Organizar a atenção e oferta de cuidados a partir da implementação de equipes multiprofissionais, com métodos e instrumentos de orientação do trabalho na atenção hospitalar	<b>Implementação de equipes multiprofissionais, com definição de métodos de atuação e como referência para o usuário e familiares</b>	1. Equipes multiprofissionais (interdisciplinares) implantadas, com metodologia e plano de atuação	10	10	10	10	8	10	9.7	0.8
		2. Médico "horizontal" atuando no Serviço (Unidade de Produção)	8	10	10	10	9	5	8.7	2.0
		3. Visita multidisciplinar integrada implantada no Serviço	9	0	10	10	8	5	7.0	3.9
		4. % de trabalhadores com domínio de informações sobre procedimentos e normas de encaminhamento de usuários para outro Serviço em caso de falta de vaga para internação	9	10	0	10	8	10	7.8	3.9
		5. % de reuniões de Equipe para planejamento, com participação de representantes de toda a Equipe e encaminhamentos registrados em atas/relatórios	6	0	0	0	9	5	3.3	3.9
		6. % de usuários internados vinculados e acompanhados por Equipes multiprofissionais de referência, com horários definidos para atendimento	5	10	0	10	7	5	6.2	3.8
		7. Nº. de visitas integradas aos usuários (pela Equipe Interdisciplinar) por semana	6	0	10	0	8	5	4.8	4.1
		8. % de usuários que sabem informar o nome dos profissionais de sua Equipe de Referência	8	5	5	10	8	10	7.7	2.3
		9. % de cirurgias desmarcadas, sem informação à Equipe Interdisciplinar em tempo oportuno para providências quanto a cuidados com o paciente	3	10	10	10	9	5	7.8	3.1
	<b>Condução do tratamento e abordagem do usuário com base em Projetos individualizados de Saúde (Projetos Terapêuticos Singulares) e prontuários integrados</b>	1. Projetos de Saúde/Projetos Terapêuticos elaborados e implementados por Equipes multiprofissionais	10	10	10	10	8	10	9.7	0.8
		2. Prontuário Integrado (Único) implementado, conforme critérios previstos nos protocolos (lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução)	10	10	10	10	8	10	9.7	0.8
		3. % de pacientes internados com projetos de saúde/projetos terapêuticos elaborados pelas Equipes multiprofissionais	7	0	0	10	8	10	5.8	4.7
		4. % de casos atendidos/internados e com alta, que resultaram/geraram Projetos Terapêuticos a serem conduzidos em parceria com a rede de atenção básica [apontando para novos modos, "ampliados", de assegurar a continuidade do cuidado, incluindo atividades extra-muros]	5	10	0	10	8	10	7.2	4.0
		5. % de prontuários com procedimentos registrados em acordo com rotinas protocolares	5	0	10	10	8	10	7.2	4.0
		6. % de prontuários com registros regulares pelo menos da equipe médica e de enfermagem (com lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução)	6	5	0	10	8	10	6.5	3.8

	7.% de prontuários com anotações legíveis dos profissionais responsáveis pela condução dos Projetos Terapêuticos (Equipes multiprofissionais)	8	5	0	10	8	10	6.8	3.8
<b>Implementação de protocolos de condução dos trabalhos e abordagem do usuário</b>	1. Protocolos elaborados com participação da equipe e implementados para abordagem integral de problemas mais frequentes no Serviço	10	10	10	10	8	10	9.7	0.8
	2. Protocolos de referência e contra-referência elaborados e implementados	10	10	10	10	8	10	9.7	0.8
	3. Protocolos implementados e conhecidos pela equipe do hospital sobre contatos com os profissionais de Unidades Básicas a respeito dos usuários internados procedentes dessas Unidades	10	0	0	10	8	10	6.3	5.0
	4. Protocolos de acompanhamento de doentes terminais elaborados e implementados	7	10	0	10	8	10	7.5	3.9



Objetivos	Dimensão	Critérios/indicadores	Especialistas						MA	DP
			A	B	C	D	E	F		
Objetivo IV - Propiciar participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho	Inserção e vinculação ao trabalho	1. Estratégias implementadas de inserção qualificada de trabalhadores no Serviço, mediante contratos prevendo atribuições, metas e responsabilidades, e capacitações introdutórias	10	10	10	10	10	10	10	0.0
		2. Equipes incrementadas, compondo e recompondo o quadro de RH, conforme necessidades para o desempenho das equipes	10	10	10	0	10	5	7.5	4.2
		3. % de trabalhadores com contrato precário de trabalho	8	8	5	10	10	10	8.5	2.0
		4. Plano de carreira, cargos e salários (ou equivalente) implementado.	10	10	5	10	10	10	9.2	2.0
		5. Editais de contratação elaborados com a inclusão de princípios de humanização	6	8	5	10	10	10	8.2	2.2
		6. % de trabalhadores com solicitação atendida de vagas em creche (nos casos previstos)	5	8	0	10	7	10	6.7	3.8
	Participação dos trabalhadores na organização e gestão do trabalho, e projetos de incentivos por desempenho profissional	1. Mesa de negociação permanente instituída para negociação entre trabalhadores e gestores	10	10	10	10	8	10	9.7	0.8
		2. Sistema implementado de avaliação do trabalhador, baseado em desempenho/metras	8	10	5	10	9	10	8.7	2.0
		3. Planos de Trabalho estabelecidos com os trabalhadores, baseados nos resultados da avaliação de desempenho profissional	8	10	5	0	9	10	7.0	3.9
		4. Incentivos implementados para trabalhadores, com base em avaliação de desempenho	9	0	5	0	9	10	5.5	4.6
		5. Estratégias implementadas de fomentar a participação dos trabalhadores elegendo e premiando os "melhores servidores do ano"	7	8	0	0	9	5	4.8	4.0
		6. % de reuniões de colegiado de unidade com presença do gerente	8	5	0	0	8	10	5.2	4.3
		7. Tipos de pautas e de encaminhamentos prevalentes a partir de reuniões de Equipe	6	5	5	0	7	0	3.8	3.1

Objetivos	Dimensão	Critérios/indicadores	Especialistas						MA	DP
			A	B	C	D	E	F		
Continuação Objetivo IV	<b>Incentivos de qualificação no trabalho</b>	1. % de solicitações atendidas para participação em eventos (discriminar tipos de eventos)	8	5	0	0	7	10	5.0	4.2
		2. % de solicitações atendidas de liberação de carga horária regular para atividades/cursos de qualificação	7	8	0	0	10	10	5.8	4.7
		3. % de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária	10	5	10	10	10	0	7.5	4.2
		4. % de trabalhadores de nível elementar e médio inscritos em programas de complementação de instrução e/ou cursos de qualificação profissional, oferecidos através da Instituição	7	0	0	10	9	10	6.0	4.8
		5. % de trabalhadores de nível elementar e médio que concluíram cursos de complementação de instrução e/ou de qualificação profissional oferecidos através da Instituição	8	8	10	10	9	10	9.2	1.0
	<b>Serviços de escuta dos trabalhadores, avaliação de satisfação e ações para melhoria da satisfação</b>	1. Ouvidoria institucional ou Serviço implementado para Escuta dos trabalhadores, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		2. % de aumento ou redução de reclamações recebidas na Ouvidoria ou Serviço de Escuta	10	0	5	10	8	10	7.2	4.0
		3. % de reclamações e elogios recebidos na Ouvidoria ou Serviço de Escuta em relação ao total de registros	7	10	5	10	8	5	7.5	2.3
		4. % de respostas da Ouvidoria ou Serviço de Escuta providenciadas em 15 dias ou menos	10	0	0	10	8	10	6.3	5.0
		5. % de soluções consideradas satisfatórias pelos trabalhadores dentre as respostas providenciadas pela Ouvidoria ou Serviço de Escuta	6	10	10	0	8	10	7.3	3.9
		6. Mudanças observadas na natureza das queixas dos trabalhadores na Ouvidoria ou Serviço de Escuta (percentuais de tipos de queixas, comparando períodos diferentes)	5	0	0	10	9	5	4.8	4.3
		7. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação dos trabalhadores, com plano de divulgação e discussão com os trabalhadores	10	10	0	10	9	10	8.2	4.0
		8. Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação dos trabalhadores	7	0	5	0	9	5	4.3	3.7
		9. Processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação dos trabalhadores, com plano e prazos de correções e adequações	10	10	10	0	9	10	8.2	4.0

<b>Continuação Objetivo IV</b>	<b>Oportunidades para que trabalhadores exercitem outras habilidades</b>	1. Horários definidos para lanches coletivos, com agenda livre para atividades lúdicas e culturais organizadas pelos trabalhadores	6	8	0	0	8	10	5.3	4.3
		2. % de horas destinadas aos técnicos que queiram desenvolver atividades alternativas com usuários internados	4	5	0	10	9	10	6.3	4.0
	<b>Estratégias de análise do processo e condições de trabalho</b>	1. % de horas-extras realizadas pelos trabalhadores	6	8	10	10	8	10	8.7	1.6
		2. % de acidentes de trabalho ocorridos e investigados	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		3. Áreas implementadas para “convívio”, descanso e lanche da equipe de trabalho	6	8	10	10	9	10	8.8	1.6
	<b>Estratégias para desenvolvimento de habilidades gestão participativa</b>	1. Plano de atividades de formação dos trabalhadores, com temas relacionados à gestão em sentido amplo (incluindo atividades de formação tradicionais e outras)	7	8	5	10	8	10	8.0	1.9

Objetivos	Dimensões	Critérios/indicadores	Especialistas						MA	DP
			A	B	C	D	E	F		
Objetivo V- Promover educação permanente dos trabalhadores	Estratégias institucionais de fomentar e assegurar Educação Permanente dos trabalhadores	1. Plano de Educação Permanente voltado para os trabalhadores	8	0	0	10	10	5	5.5	4.6
		2. Plano e Agenda de Educação Permanente para os trabalhadores	10	10	10	0	10	10	8.3	4.1
		3. Levantamentos atualizados sobre necessidades de capacitação de RH	9	8	0	10	9	10	7.7	3.8
		4. Agenda implementada com critérios e formas de participação dos trabalhadores nas diferentes atividades de educação permanente e eventos, internos e externos à instituição	10	10	10	10	9	5	9.0	2.0
		5. Biblioteca básica com material científico atualizado de interesse e utilização no âmbito do serviço	6	10	10	10	10	10	9.3	1.6
		6. Mecanismos implementados de divulgação sobre eventos e atividades de educação permanente internas e externas ao serviço	6	0	6	0	7	10	4.8	4.1
		7. Estratégias sistemáticas implementadas de Supervisão/Apoio para as Equipes Interdisciplinares	8	5	0	10	9	10	7.0	3.9
		8. Estratégias implementadas de incentivo a práticas de investigação/pesquisa em serviço.	7	8	0	10	8	5	6.3	3.5
		9. % de trabalhadores desenvolvendo (ou concluído) pesquisas, utilizando incentivos procedentes do Serviço	7	10	0	10	10	5	7.0	4.0
	Processos de educação permanente para os trabalhadores, com ampliação de métodos de discussão e produção coletiva de conhecimento sobre o trabalho	1. Nº. de reuniões clínicas por semana	6	0	10	10	7	5	6.3	3.7
		2. Nº. de eventos de desenvolvimento de RH realizados para os trabalhadores da Unidade	7	8	10	10	8	10	8.8	1.3
		3. % de trabalhadores novos no Serviço que participaram de programa de ingresso qualificado, com capacitação introdutória	9	8	10	10	10	10	9.5	0.8
		4. % de deferimento dos pedidos de participação em eventos (discriminar tipos de eventos)	7	8	0	0	9	10	5.7	4.5
		5. % de trabalhadores que participaram de algum tipo de atividade de educação permanente (período)	10	10	10	10	8	10	9.7	0.8
		6. % de trabalhadores com participação em programas de educação permanente	10	0	0	0	8	10	4.7	5.2
		7. % de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária	10	5	5	0	7	10	6.2	3.8
		8. % de trabalhadores liberados do Serviço para participação em eventos externos (discriminar tipos de eventos)	6	0	5	0	8	10	4.8	4.1
		9. Nº. de estagiários da rede de serviços recebidos para atividades de atualização	7	8	0	0	8	10	5.5	4.4
			1. Mecanismos sistemáticos implementados para compartilhamento das experiências e conhecimentos obtidos em atividades de educação permanente	8	0	0	0	10	10	4.7

<b>Processos de avaliação das atividades educativas, e da apropriação do conhecimento e mudanças</b>	2. Estudos realizados para avaliação sobre a apropriação e domínio de conhecimentos básicos (previstos nos protocolos) pelos trabalhadores	8	0	5	0	9	5	4.5	3.8
	3. Estudos realizados para avaliação sobre mudanças nas práticas profissionais a partir de atividades de educação permanente	9	10	5	10	8	5	7.8	2.3
	4. % de trabalhadores satisfeitos com os programas de capacitação	10	8	10	10	8	10	9.3	1.0

Objetivos	Dimensões	Critérios/indicadores	Especialistas						MA	DP
			A	B	C	D	E	F		
<b>Continuação Objetivo V</b>	<b>Estratégias de informação sobre funcionamento dos serviços e direitos dos usuários</b>	1. Informações visuais afixadas sobre identificação e funcionamento dos serviços (vinculação do Serviço ao SUS, nomes dos trabalhadores, horários e outras informações relevantes)	8	10	10	10	10	10	9.7	0.8
		2. Crachás implementados para identificação dos trabalhadores	7	8	10	10	10	10	9.2	1.3
		3. Placa afixada no leito, com identificação do usuário, da equipe de referência e data da internação	7	8	10	10	10	10	9.2	1.3
		4. Cartilha (ou equivalente) com serviços e procedimentos disponíveis para o usuário	7	10	10	10	10	10	9.5	1.2
		5. Boletins informativos (e equivalentes) disponibilizados regularmente em locais de circulação	10	0	10	10	10	10	8.3	4.1
	<b>Visitas abertas e acompanhante aos usuários internados</b>	1. Visita aberta implementada (livre) para todos os usuários internados	10	8	10	10	10	10	9.7	0.8
		2. Acompanhante permitido (livre) para todos os usuários internados	7	8	10	10	9	7	8.5	1.4
		3. % de usuários internados com presença de acompanhante (em tempo parcial e integral)	8	5	5	10	10	10	8.0	2.4
		4. % de usuários internados sem presença de acompanhante, e justificativas dos usuários e familiares	8	0	10	10	8	10	7.7	3.9
		5. Acompanhante permitido (livre) para todas as mulheres (gestantes) na sala de parto	5	10	10	10	10	10	9.2	2.0
		6. % de gestantes que tiveram pedido atendido (pelo Hospital) de presença	5	5	0	10	10	10	6.7	4.1

		de acompanhante na sala de parto									
<b>Objetivo VI- Assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à saúde no âmbito hospitalar</b>	<b>Ações, experiências inovadoras e práticas de promoção à saúde no âmbito hospitalar, possibilitando ao usuário internado a manutenção de sua rede social</b>	1. Alojamento conjunto disponível para % da capacidade de realização de partos	10	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		2. Representante de Escritório de registro civil implantado nas dependências do Hospital-Maternidade, para registro de recém-nascidos	7	8	10	10	10	10	10	9.2	1.3
		3. % de nascidos-vivos instalados em alojamento conjunto	10	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		4. Banco de Leite Humano instalado em hospitais que têm UTI neonatal	10	10	10	0	10	10	10	8.3	4.1
		5. Espaço destinado à permanência de mães de recém-nascidos que estão na UTI e não querem deixar o hospital	8	10	10	10	8	10	10	9.3	1.0
		6. % de nascidos-vivos com atendimento por pediatra na sala de parto	10	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		7. Projeto implementado de atendimento escolar para crianças e adolescentes internados	7	10	0	10	10	10	10	7.8	4.0
		8. Refeitório estruturado e implementado como local para as refeições regulares dos usuários internados	7	8	0	10	9	10	10	7.3	3.8
		9. Cardápio e horário de refeições flexibilizados, para atendimento aos casos justificados pelas Equipes de Referência	5	8	10	10	10	10	10	8.8	2.0
		10. Atividades lúdicas, de lazer e "ocupacionais" programadas para acontecerem regularmente nas dependências do Hospital: jogos coletivos, teatro, vídeos, comemorações de datas festivas, "biblioteca viva", brinquedoteca, parquinho, salão de costura, bazares, salão de beleza, pastoral dos enfermos e outros	10	8	5	10	8	10	10	8.5	2.0
		11. Aparelhos de televisão instalados em todas as enfermarias	5	8	10	0	10	7	10	6.7	3.8
		12. Uso livre de roupas pessoais permitido para usuários internados	0	7	5	10	7	10	10	6.5	3.7
		13. Liberação para crianças internadas permanecerem com seus objetos de estimação (brinquedos)	0	10	0	10	9	10	10	6.5	5.0
		14. Estratégias implementadas para busca e incorporação de voluntários para desenvolver atividades no Serviço	10	10	0	10	7	10	10	7.8	4.0
		15. Nº. de pessoas da comunidade atuando como voluntários na Unidade em projetos ou atividades de promoção da saúde, educativas, de lazer e cultura	5	5	0	10	7	5	10	5.3	3.3

Objetivos	Dimensões	Critérios/indicadores	Especialistas						MA	DP
			A	B	C	D	E	F		
Continuação Objetivo VI	<b>Estratégias institucionais de comunicação e informação ao usuário e familiares sobre o tratamento</b>	1. % de usuários com horários acordados com seus familiares para serem atendidos pela Equipe de Referência	6	10	5	10	10	10	8.5	2.3
		2. Nº. de reuniões com familiares de usuários internados, por semana	7	8	10	0	9	10	7.3	3.8
		3. % de acompanhante/familiar informado pela equipe cirúrgica após término da cirurgia	10	10	10	0	10	10	8.3	4.1
		4. Mecanismos implementados de comunicação e justificativa formal ao usuário sobre as razões de suspensão de procedimentos agendados	8	10	10	10	10	10	9.7	0.8
	<b>Mecanismos de estimular Participação/coresponsabilização dos usuários</b>	1. % de usuários/familiares informados sobre custos do tratamento (destacando insumos mais significativos)	3	8	10	10	10	5	7.7	3.0
	<b>Serviços de escuta e avaliação de satisfação dos usuários</b>	1. Ouvidoria institucional ou Serviço implementado para Escuta dos usuários, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		2. % de aumento ou redução de reclamações recebidas na Ouvidoria ou Serviço de Escuta	10	0	0	10	9	10	6.5	5.0
		3. % de reclamações e elogios recebidos na Ouvidoria ou Serviço de Escuta em relação ao total de registros	7	10	0	10	8	10	7.5	3.9
		4. % de respostas da Ouvidoria ou Serviço de Escuta providenciadas em 15 dias ou menos	10	8	5	10	8	7	8.0	1.9
		5. % de soluções consideradas satisfatórias pelos usuários dentre as respostas providenciadas pela Ouvidoria ou Serviço de Escuta	7	8	5	0	8	10	6.3	3.5
		6. Mudanças observadas na natureza das queixas dos usuários no Serviço de Escuta ou Ouvidoria (percentuais de tipos de queixas, comparando períodos diferentes)	7	0	0	10	8	10	5.8	4.7
		7. % de redução de queixas nos meios de comunicação	6	0	0	10	9	10	5.8	4.8
		8. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação do usuário (e familiares), com plano de divulgação e discussão com usuários e trabalhadores	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		9. Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação de usuários	10	0	5	10	10	5	6.7	4.1
10. Processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação de usuários, com		10	10	10	10	9	5	9.0	2.0	

		plano e prazos de correções e adequações								
		11. % de usuários (e familiares), segundo grau de satisfação com os serviços e atendimentos (considerando especificidades das unidades de produção e incluindo hotelaria, alimentação e serviços gerais/limpeza)	9	10	0	10	9	10	8.0	3.9
<b>Continuação Objetivo VI</b>	<b>Estratégias para desenvolvimento de habilidades para exercício da participação e controle social</b>	1. Plano de atividades de formação de conselheiros de saúde e comunidade em geral (incluindo atividades de formação tradicional e outras)	9	10	10	10	8	0	7.8	3.9
		2. Nº. de conselheiros de saúde e/ou pessoas da comunidade que participaram de atividades de formação	8	0	10	10	9	0	6.2	4.8
		3. Processo sistemático implementado para avaliação sobre o tipo e qualidade da participação dos conselheiros e pessoas da comunidade nas atividades colegiadas da Unidade (e mudanças observadas a partir das atividades de formação)	10	10	0	0	8	0	4.7	5.2

Objetivos	Dimensões	Critérios/indicadores (Projeto Arquitetônico elaborado e executado com adequações nos ambientes, considerando)	Especialistas						MA	DP
			A	B	C	D	E	F		
<b>Objetivo VII- Adequar áreas físicas (segundo o conceito de ambiência nos projetos arquitetônicos), e provisão de recursos materiais e insumos</b>	<b>Adequação de áreas físicas, segundo o conceito de ambiência</b>	1. Acesso para deficientes	10	10	10	10	10	10	10,	0.0
		2. Salas de espera com ambiente acolhedor, assentos em número suficiente, equipamento audiovisual ativo, e com disponibilidade de brinquedos nos casos de serviços para crianças	10	10	10	10	8	10	9.7	0.8
		3. Área de recepção com espaço suficiente e disposição adequada de modo a permitir fácil movimentação do usuário e trabalhadores	8	10	10	10	9	10	9.5	0.8
		4. Consultórios adequados, com conforto e privacidade visual e auditiva	8	10	10	10	9	10	9.5	0.8
		7. Instalações para abrigar serviços de atenção a mulheres com aborto inseguro	7	10	10	10	9	10	9.3	1.2
		8. Instalações para abrigar serviços de atenção a situações de violência	7	10	10	10	10	10	9.5	1.2
		9. Instalações sanitárias para usuários e trabalhadores adequadas e com higienização constante	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		10. Sala de reuniões	10	8	10	10	7	10	9.2	1.3
		11. Sistema de telefonia que atenda de modo suficiente às necessidades do usuário e dos trabalhadores	8	10	10	10	10	10	9.7	0.8



Continuação Apêndice B - Matriz com critérios/indicadores pontuada por especialistas

Continuação Objetivo VII		12. Equipamentos de proteção coletiva (EPC) e instalações atendendo às normas de segurança e higiene previstas em legislações específicas	10	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		13. Disponibilidade de vestuário e equipamentos de proteção individual (EPI) para os trabalhadores	10	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		14. Certificados atualizados de qualidade da água consumida	6	10	10	10	10	10	10	9.3	1.6
		15. Armazenamento e remoção adequados dos produtos residuais e lixos específicos	7	10	10	10	10	10	10	9.5	1.2
		16. Telefones públicos instalados nas dependências do Hospital	5	0	10	10	10	10	10	7.5	4.2
		<b>Adequação, incorporação e disponibilização de recursos materiais, conforme necessidades dos projetos e atividades</b>									
		1.. Reformas específicas e incorporação de materiais complementares para os serviços, atrelados a projetos e atividades específicos	6	8	5	0	10	10	10	6.5	3.8
		<b>Outros</b>									
		2. Tempo médio transcorrido entre a solicitação e a realização de serviços de reparos considerados essenciais	7	8	5	0	10	10	10	6.7	3.8
		3. % de medicamentos que estouraram o estoque mínimo/mês	6	8	5	10	8	10	10	7.8	2.0
		4. % de exames não realizados por falta de material/filmes ou quebra de equipamentos	10	8	10	10	7	10	10	9.2	1.3
		5. Nº. e % de cirurgias desmarcadas por falta de campos ou roupa	10	8	10	10	10	10	10	9.7	0.8
		6. Nº. e % de cirurgias desmarcadas por falta de higienização das salas em tempo oportuno	10	8	10	10	10	10	10	9.7	0.8
		7. Nº. e % de peças de roupas danificadas, manchadas	3	8	0	0	10	5	10	4.3	4.1
		8. Nº. e % de equipamentos danificados	3	8	10	10	10	10	10	8.5	2.8
		9. Nº. e % de demandas de transporte atendidas	8	8	5	0	9	5	10	5.8	3.3
	10. Tempo médio transcorrido entre a solicitação de um serviço de transporte e o seu atendimento	10	8	5	0	10	10	10	7.2	4.0	
	11. Tempo médio transcorrido entre a solicitação e a realização de serviços de reparos considerados essenciais	10	0	0	10	10	10	10	6.7	5.2	

Objetivos	Dimensões	Critérios/indicadores	Especialistas						MA	DP
			A	B	C	D	E	F		
Objetivo VIII - Promover a otimização do Trabalho, a partir de Instrumentos Sistemáticos de Avaliação	Estratégias de qualificação do processo de trabalho e das ações, considerando políticas e instrumentos de avaliação e utilização da informação	1. Sistema implementado de Avaliação e Gestão baseados em desempenho/metasp, e Comissão de Avaliação de Desempenho instituída, com participação dos trabalhadores	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		2. Estratégias implementadas de monitoramento e avaliação do funcionamento da referência e contra-referência	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		3. Estabelecimento sistemático de Metas a serem alcançadas com as ações desenvolvidas nas Unidades de Produção, incluindo grupos operativos, atividades educativas e outros	10	10	5	10	9	10	9.0	2.0
		4. Recorte de Eventos-Sentinela a serem tomados como situações para vigilância no âmbito hospitalar e também como geradores de ações no nível local (situações a serem abrangidas por Projetos de Saúde Coletiva, integrando Hospital e outras unidades de saúde)	8	10	5	10	10	10	8.8	2.0
		5. Apresentação mensal de relatórios, com análises e condutas, procedentes das <b>Comissões de Vigilância:</b>								
		6. de Revisão de Prontuários	8	10	10	10	9	10	9.5	0.8
		7. de Revisão de Óbitos	8	10	10	10	10	10	9.7	0.8
		8. de Controle de Infecção Hospitalar, com análise e condutas	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		9. de Mortalidade por Grupos de Risco	10	10	10	0	10	10	8.3	4.1
		10. de Vigilância ao Óbito Infantil	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		11. de Mortalidade Materna e Neonatal	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		12. de Farmacovigilância	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		13. de Hemovigilância	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		14. de Documentação Médica	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		15. de Ética	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		16. Alimentação regular dos sistemas de informação padronizados	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		17. Atualização rotineira de dados hospitalares	8	0	10		10	10	6.3	4.3
		18. Preenchimento regular de boletins de DNC	8	10	10	10	10	10	9.7	0.8

Objetivos	Dimensões	Critérios/indicadores	Especialistas						MA	DP
			A	B	C	D	E	F		
Continuação Objetivo VIII	Estratégias de qualificação do processo de trabalho e das ações, considerando políticas e instrumentos de avaliação e utilização da informação	19. Sistema implementado para notificação e comunicação de acidentes de trabalho de usuários e trabalhadores	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		20. Estratégias implementadas de monitoramento da utilização do prontuário integrado, com critérios de avaliação da qualidade dos registros e divulgação de resultados em reuniões de equipe	10	10	10	10	10	10	10.0	0.0
		21. % de prontuários auditados com e sem irregularidades	10	10	10	10	9	10	9.8	0.4
		22. Apresentação mensal de relatórios, com análises dos indicadores de produção e resultados dos serviços	10	8	10	10	10	10	9.7	0.8
		23. % de altas com "resumo de alta hospitalar" preenchido pelo médico, conforme protocolo	10	8	10	0	10	10	8.0	4.0
		24. % de altas com preenchimento adequado de instrumentos de encaminhamentos para seguimento na rede, conforme protocolos	10	10	10	0	10	10	8.3	4.1
		25. % de redução dos casos notificados de mortes por causas mal definidas	10	10	0	0	9	10	6.5	5.0
		26. Manuais de procedimentos e normas documentadas e conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento do transporte	10	8	5	10	9	7	8.2	1.9
		27. Manuais de procedimentos e normas conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento da higienização da Unidade	10	8	5	10	10	10	8.8	2.0
		28. Publicações regulares sobre os diferentes projetos e resultados de trabalho, contemplando iniciativas de divulgação para diferentes públicos: na imprensa em geral, boletins internos e outros	6	10	5	10	10	10	8.5	2.3