

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

Série B. Textos Básicos de Saúde



Brasília - DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:
<http://www.saude.gov.br/bvs>
O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:
<http://www.saude.gov.br/editora>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2006 – 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização
Esplanada dos Ministérios, Edifício
Sede, Bloco G, 9.º andar, sala 954
CEP: 70058-900 – Brasília – DF
Tel.: (61) 3315-3680 / 3315-3685
E-mail: humanizassus@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/humanizassus

Colaboração:
Alba Figueroa

Texto:
Serafim Barbosa Santos Filho

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. 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, 2006.
48 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 85-334-1230-4

1. Política de saúde. 2. SUS (BR). 3. Planejamento em saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 525-546

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/0902

Títulos para indexação:

Em inglês: Monitoring and Evaluation in the National Policy of Humanization in the SUS Attention and Management Net:
manual with avaliative axes and reference indicators

Em espanhol: Monitoramiento y Evaluación en la Política Nacional de Humanización en la Red de Atención y Gestión del SUS:
manual con ejes evaluativos y indicadores de referência

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774/2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:
Normalização: Karla Gentil
Revisão: Angela Nogueira e Mara Pamplona
Capa, projeto gráfico e diagramação: Denis Gonçalves

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Apresentação | 5 |
| A informação na perspectiva da avaliação formativa | 7 |
| Princípios do SUS e PNH no contexto da avaliação em Saúde | 8 |
| Modelo Lógico: referenciais da PNH, planejamento e desenho do monitoramento e avaliação | 8 |
| Alguns conceitos básicos | 11 |
| Processo de monitoramento (indicadores) e avaliação (pesquisas avaliativas) | 11 |
| Conceito de indicador | 12 |
| Compreensão “ampliada” de indicador | 12 |
| Monitoramento e movimentos para contratos de gestão | 12 |
| Estratégias na formulação das matrizes de indicadores | 13 |
| Matriz I | 16 |
| Matriz II | 28 |
| Alguns indicadores que podem ser utilizados como variáveis dependentes em avaliações de desempenho e resultados | 39 |
| Avaliação qualitativa | 43 |
| Referências bibliográficas | 45 |

APRESENTAÇÃO

Neste documento estão sistematizadas diretrizes para orientar a discussão sobre monitoramento, avaliação e a implementação de indicadores no âmbito da Política Nacional de Humanização (PNH). Contém uma parte introdutória contemplando marcos avaliativos e demarcação de um cenário de referência, em seguida encontra-se sistematizado um conjunto de indicadores atrelados aos princípios e dispositivos da PNH (matrizes lógicas de indicadores formatadas a partir dos marcos referenciais do SUS e Humanização), e por último encontram-se uma breve síntese de variáveis/indicadores que podem potencialmente ser utilizados em avaliações a partir da implementação de ações de humanização e uma lista com situações que podem compor análises qualitativas em torno dos objetivos e dispositivos do HumanizaSUS.

Serafim Barbosa Santos-Filho¹

¹ Consultor do Ministério da Saúde/PNH

A INFORMAÇÃO NA PERSPECTIVA DA AVALIAÇÃO FORMATIVA

A importância e o papel da informação já estão bem ressaltados no âmbito da gestão dos serviços/sistemas de saúde. Comumente se fala em informação estratégica para a gestão, que seja capaz de apoiar as tomadas de decisão e nesse sentido procura-se abranger diferentes dimensões de avaliação e qualidade.

Interessa-nos enfatizar aqui os modos de produção da informação e de sua análise no cotidiano dos serviços, de maneira a chamar a atenção para o próprio processo de construção e apropriação da informação pelos diferentes atores com ela envolvidos. Interessa, com isso, valorizar e pautar a informação em seu potencial de mobilizar as equipes em torno de dados objetivos e de todos os demais tipos de dados/informações que emergem do/no processo de produção de saúde. A informação em seu potencial de evitar a alienação dos trabalhadores, na medida em que possa permitir reflexão sobre seu fazer cotidiano, sendo utilizada como norte para pensar sua prática e os resultados de seu trabalho.

Não bastasse o próprio comprometimento da qualidade do serviço, sabe-se também que a falta de análise e de percepção dos resultados do próprio trabalho contribuem em muito para a desmotivação e sofrimento dos trabalhadores. Informação e o seu potencial de aumentar o coeficiente de comunicação entre os sujeitos. Interessa-nos a informação em seu potencial de fomentar autonomia e protagonismo de coletivos, na medida em que possa se colocar como elemento capaz de provocar a reunião de diferentes pessoas/profissionais/saberes (equipes) em torno de dados que passem a ser objeto de co-análise e co-decisões. Portanto, informação para nortear a configuração efetiva de equipes multiprofissionais atuando na perspectiva transdisciplinar e de modo compartilhado.

Nessas direções, *informação e movimento avaliativo* que provoque os coletivos para se capacitar, levantar, construir, inventar, e pactuar situações, metas e indicadores que orientem a renovação do trabalho/serviços e propiciem aprendizagens coletivas – fomentar análises na perspectiva de uma avaliação participativa, formativa, emancipatória.

Vale ressaltar, então, essa perspectiva teórico-política que desejamos para a avaliação em saúde, partindo dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH). Em tal concepção, enfatiza-se a participação dos diferentes sujeitos, gestores, trabalhadores, usuários, pesquisadores, apoiadores, nos processos avaliativos. Esses são essenciais em todas as suas fases: identificação de situações a serem monitoradas/avaliadas, conceitualização, demarcação de objetivos, critérios de representação/indicadores, mensuração, interpretação e validação dos dados.

Para se caracterizar como dispositivo da Política de Humanização, a avaliação reveste-se com os princípios mais centrais dessa Política, dentre eles a compreensão de que as institui-

ções de saúde têm como finalidades primordiais alcançar a produção/prestação de serviços e também a produção de sujeitos (CAMPOS, 2000). Na mira do seu planejamento e avaliação (dos serviços/instituições), deve-se portanto recortar indicadores relacionados tanto às dimensões de saúde e satisfação dos usuários, quanto aos movimentos institucionais, e indicativos do desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal dos trabalhadores/equipes. Isso vem realçar o princípio de indissociabilidade entre atenção e gestão, cenário no qual se deve buscar indicadores representativos do que acontece nessas faces e interfaces do trabalho em saúde. Em suma, avaliação que possibilite mudanças nas situações/serviços, e capacitação e desenvolvimento dos sujeitos envolvidos.

É esse contexto de complexidade da PNH que deve abrigar e reorientar o uso da informação e os processos de monitoramento e avaliação. Sobretudo deve-se partir do princípio de que são as próprias mudanças desejadas nos modelos de atenção e gestão que devem orientar mudanças na forma de se lidar com a informação e avaliação.

PRINCÍPIOS DO SUS E PNH NO CONTEXTO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Demarcado esse cenário, é importante salientar que a Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS e enfatiza a necessidade de assegurar acesso e atenção integral à população, e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Com isso, aponta a complexidade do que se pode constituir como âmbito de monitoramento e avaliação à luz da Humanização, desafiando para a necessidade de inventar indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos, em suas dimensões subjetivas, inclusive. Em meio a esses desafios, chamamos a atenção para o fato de que todas as dimensões da atenção e da gestão devem se transformar em importantes indicadores para a PNH, e por isso reunimos neste documento uma série de variáveis e situações abordadas/analizadas nos serviços de saúde, porém complementadas e acopladas a critérios e parâmetros que qualificam as práticas/processos/resultados à luz do HumanizaSUS.

MODELO LÓGICO: REFERENCIAIS DA PNH, PLANEJAMENTO E DESENHO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Os princípios, conceitos e dispositivos do HumanizaSUS são o ponto de partida para o desenho do Monitoramento e Avaliação na PNH. Vale ressaltar que os dispositivos são propostos para alcançar/atravessar os diferentes níveis de organização da rede de serviços, obedecendo ao princípio de transversalidade da Política de Humanização. É nesse/desse cenário

que se recortam objetivos e metas específicos de implementação de ações (estrutura e processos). O monitoramento e avaliação deve, então, contar com indicadores capazes de refletir esses eixos, isto é, vir representando as situações desejadas, enquanto processos desencadeados e seus resultados (esperados e alcançados).

As figuras 1 e 2 esquematizam esses marcos referenciais. As dimensões do planejamento e monitoramento refletem sobretudo qualidade, eficiência e eficácia, desdobrando-se em componentes relacionados a acesso, integralidade, resolubilidade, satisfação, autonomia, respeito e valorização dos direitos dos trabalhadores e usuários, e outros. As matrizes I (página 16) e II (página 28), pode-se observar esse detalhamento das dimensões/representação dos indicadores.

Figura 1 – A humanização como política transversal na rede SUS. Marco referencial para o planejamento, monitoramento e avaliação

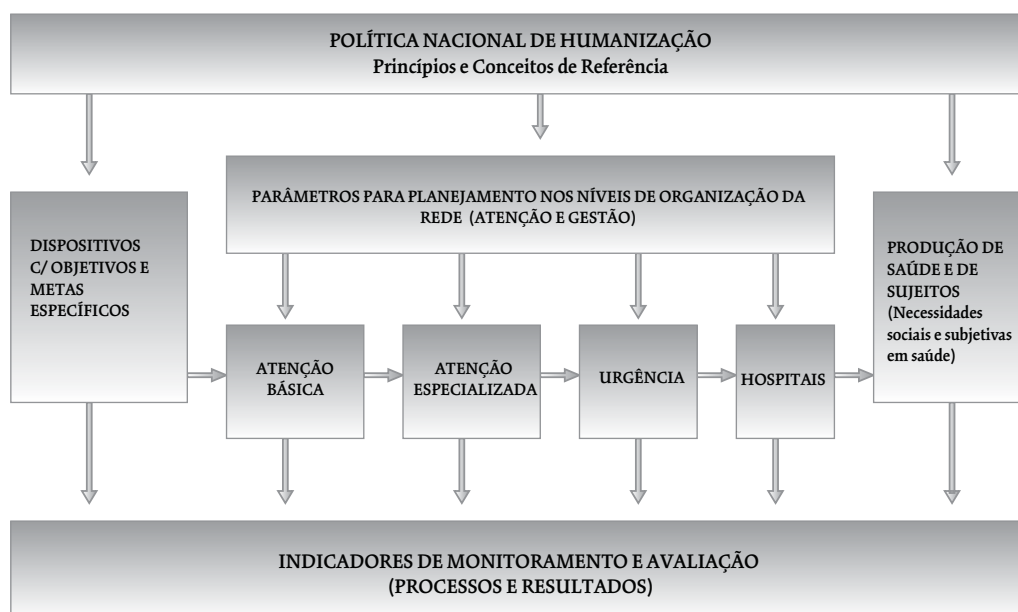


Figura 2 – Marcos referenciais, dimensões do planejamento e eixos avaliativos

| PRINCÍPIOS CONCEITOS DE REFERÊNCIA | PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO | | |
|---|--|---|--|
| | DISPOSITIVOS (atrelados a objetivos e metas específicos) | PROCESSO Dimensões/movimentos da Atenção e Gestão (Critérios) | RESULTADOS |
| <p>Considerar necessidades sociais e subjetivas em saúde; possibilitar produção de saúde e produção de sujeitos.</p> <p>Conceitos Âmbitos da gestão (co-gestão), atenção e formação/trabalho</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Colegiados e conselhos de gestão; • Contratos de gestão; • Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho; • Visita aberta; • Acompanhante; • Sistemas de escuta resolutivos: gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação (dos usuários e trabalhadores); | <p>Organização do processo de trabalho (implementação de dispositivos, instrumentos, padrões, para facilitar o acesso e qualidade).</p> <p>Gestão do trabalho (desenho e dinâmica da gestão compartilhada; modos de inserção dos atores no trabalho, direitos).</p> | <p>Dimensões do acesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • usuários; • familiar/rede social; • trabalhadores. <p>Satisfação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • usuários; • familiar/rede social; • trabalhadores. |
| <p>Direito à saúde; Rede; Coletivo; Grupo sujeito; Transversalidade; Transdisciplinaridade; Acolhimento; Referência; Vínculo; Responsabilização; Continuidade do cuidado em rede; Processo de trabalho/formação (trabalho criativo/inventivo e valorizado); Competências.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Equipe multiprofissional de referência para seguimento dos pacientes, com horário para atendimento à família e/ou sua rede social; • Apoio matricial; • Mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar; • Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco; • Clínica ampliada; • Projeto terapêutico singular; • Projeto de saúde coletiva; • Projeto para adequação de ambiente (ambiência); • Carta de direitos do usuário; • Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; • Projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde e Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST); • Projetos de articulação de talentos nos serviços (arte/cultura e técnico-científico); <p>Monitoramento e avaliação.</p> | <p>Integração de saberes e pessoas/profissionais (constituição de equipes, planejamento coletivo).</p> <p>Apropriação e uso articulado de conhecimento e habilidades (educação permanente).</p> <p>Inclusão dos usuários/população nos projetos terapêuticos.</p> <p>Formulação de projetos de saúde coletiva.</p> <p>Organização do ambiente de trabalho (implementação de projetos).</p> <p>Qualidade de vida e saúde no trabalho (implementação de ações).</p> <p>Normatizações (para documentos institucionais de pactuação).</p> | <p>Mudanças de comportamento (nas relações, hábitos, autonomia):</p> <ul style="list-style-type: none"> • usuários; • familiar/rede social; • trabalhadores. <p>RESULTADOS FINALÍSTICOS</p> <p>Mudanças no estado de saúde.</p> <p>Afirmção do protagonismo e co-responsabilização de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde.</p> |

ALGUNS CONCEITOS BÁSICOS

Processo de monitoramento (indicadores) e avaliação (pesquisas avaliativas)

O monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de determinadas ações, tomando-se como base o que um projeto (ou equivalente) estabelece como metas de sua implementação (planejamento). Refere-se ao acompanhamento, avaliação, monitoramento, de objetivos e metas alcançadas com uma intervenção (metas pré-estabelecidas, esperadas). É feito na rotina dos serviços, permitindo inclusive maior agilidade na correção de rumos. Para isso são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou não) dessas metas, indicadores esses que podem significar/representar os processos instalados e/ou produtos obtidos.

Apesar do monitoramento facilitar a avaliação, os indicadores utilizados nos processos de monitoramento não devem necessariamente ser tratados como indicadores de resultados; daí a necessidade das chamadas pesquisas avaliativas, tomando as ações como objetos de avaliação, buscando dimensionar o seu alcance nas populações por elas beneficiadas, isto é, sua efetividade ou impacto. Os indicadores devem subsidiar o desenho de avaliações de desempenho e impacto, buscando associações entre ações e suas repercussões/efeitos. (HARTZ, 1997, 2000).

De maneira sucinta, é bom ressaltar que no campo das pesquisas científicas avaliativas há um intenso debate sobre as limitações e avanços das metodologias quantitativas e qualitativas (em suas diferentes vertentes), debate que tem avançado na medida em que se observa a pertinência de se utilizarem dos diferentes métodos desde que adequadamente conformados ao objeto avaliado. No rastro dessas discussões, vêm uma série de conceitos operacionais, instrumentos e testes que devem ser aportados de forma criteriosa e crítica nas mensurações que se deseja fazer. Não é demais salientar esses aspectos quando projetos complexos como a Humanização/PNH são o alvo de análise. O próprio conceito clássico de indicador (a princípio reduzido a um aspecto quantificador) requer flexibilidade para as adequações pertinentes.

Vale lembrar que para capturar resultados significativos (no escopo do projeto/política), deve-se partir de modelos que contemplem indicadores que reflitam a concepção ou essencialidade desse projeto/política. Por tudo que já se pontuou sobre a amplitude e complexidade das ações de humanização, essa diretriz torna-se fundamental nas avaliações. Na composição e descrição de alguns indicadores, está-se buscando dimensionar não somente a estruturação de dispositivos, mas tentar capturar o seu funcionamento efetivo, para assegurar informações mais detalhadas e consistentes, a serem consideradas no monitoramento.

Conceito de indicador

Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre dimensões do estado de saúde, bem como 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, obter uma quantificação inicial para termos de avaliação no momento ou comparação posterior” (MALETTA, 2000).

“Uma meta é um objetivo específico, que é quantificado e deve ser atingido dentro de um certo período de tempo” (VAUGHAN; MORROW, 1992).

Compreensão “ampliada” de indicador

Nesses eixos, indicador seria “a quantificação da realidade a fim de planejar um modo de interferir nessa própria realidade” (MORAES, 1994). Porém, as problematizações em torno dessa concepção tornam-se bastante úteis ao campo do HumanizaSUS, porque abrem perspectivas de ampliação da compreensão desses instrumentos. Assume-se, então, que a quantidade mede somente um aspecto da qualidade (realidade concreta) e isso faz com que o conhecimento retirado dos números, muitas vezes, mascare aspectos importantes da realidade. E, ainda, que “os indicadores refletem o sistema de valores do profissional que os constrói, o que implica em que formule certas hipóteses e perguntas e não outras” (MORAES, 1994).

Ou seja, “escolher este ou aquele indicador, quantificar esta ou aquela variável pressupõe, antes de se constituir uma questão estatística ou epidemiológica, a explicitação da concepção, dos objetivos e metas a serem atingidos por uma política de saúde contexto de sua implementação” (MORAES, 1994; HARTZ, 1997). Nesse sentido é que se deve apropriar dos métodos e ferramentas da Avaliação, aproximando-os e ajustando-os no contexto dos princípios referenciais do HumanizaSUS.

MONITORAMENTO E MOVIMENTOS PARA CONTRATOS DE GESTÃO

Na construção das matrizes dos indicadores da Humanização/PNH estão sendo consideradas situações que podem ser tomadas como parâmetros para planejar e monitorar a implementação de ações.

Em termos de meta, nos processos de pactuação pode-se trabalhar com a sua decomposição em metas programadas de forma processual, atreladas a um cronograma de implementação. Pode-se falar em subcomponentes do produto/indicador, que demonstrariam uma seqüência de eventos (diferentes ou como etapas de um mesmo evento) para o alcance do produto final. Na perspectiva da avaliação como processo de negociação, tais metas devem ser pactuadas

considerando as diferentes realidades locais. O princípio do monitoramento reafirma-se aqui como estratégia de acompanhar o serviço, apontando ajustes e correções de rumo. E coincidindo com a idéia de contratos de gestão, um dos dispositivos caros à PNH, desejado como meio de criação de redes de compromissos entre os sujeitos do processo de trabalho.

A figura 3 ilustra o modelo de matriz na concepção de metas processuais para pactuação. Observe-se o exemplo a partir de uma situação/dispositivo.

Figura 3 – Pactuação – Contratos de gestão: indicadores e metas processuais

| Indicadores de implementação de ações, orientados por objetivos/ metas | Metas processuais (subcomponentes do produto/indicador) e Cronograma de implementação (Quadrimestre) | | |
|--|--|--|---|
| | 1.º Quadri | 2.º Quadri | 3.º Quadri |
| Ex.: Gestão Participativa • Colegiado Gestor. | Projeto elaborado para constituição de Colegiado Gestor, com estratégias de implementação. Oficinas realizadas para sensibilização. | Colegiado implementado, com definição de plano e metodologia de atuação e acompanhamento do funcionamento. | Relatórios periódicos com análise dos indicadores de monitoramento do funcionamento do Colegiado (e suas repercussões). |

Observação: no processo de contratualização dos hospitais de ensino este tem sido um modelo que sugerimos para orientar a inclusão dos indicadores da humanização.

ESTRATÉGIAS NA FORMULAÇÃO DAS MATRIZES DE INDICADORES

Na metodologia de reunião dos indicadores que se encontram nas matrizes I e II, foram realizados os seguintes movimentos:

- nessas matrizes preliminares optou-se por registrar um elenco mais amplo de situações, num arranjo mais livre, englobando processos, produtos e/ou resultados esperados com a implementação de ações;
- parte desses indicadores já podem ser observados nas experiências de alguns serviços, e o que se pretende é que também sirvam como indutores da implementação de outras experiências, tornando-se instrumentos de avaliações sistemáticas, inclusive comparativas e lhes conferindo maior visibilidade;
- aspectos metodológicos e operacionais deverão ser aprofundados, observando questões como adequação da descrição, métodos de cálculo e interpretação dos in-

dicadores, estratégias de produção e disponibilização de dados, fontes e métodos de coleta e de aferição, períodos de abrangência a serem considerados para coleta e análises, parâmetros de análise e outros aspectos relacionados à sistemática de obtenção dos dados, definindo os de produção e coleta rotineira e os que demandariam inquéritos pontuais e específicos;

- por outro lado, recomendamos a realização de pesquisas avaliativas tomando como objeto serviços, projetos, ações, etc. (que tenham implementado os chamados dispositivos da PNH), buscando avaliar tanto o seu grau de implantação quanto suas repercussões. Em outros textos demarcamos alguns referenciais teórico-metodológicos que devem ser considerados para implementar processos de monitoramento e avaliação no âmbito da PNH e apontamos alguns desenhos e diretrizes de pesquisas avaliativas;
 - Ao abordar a Humanização/PNH na perspectiva não somente de processos de monitoramento de rotina, mas também na ótica de pesquisas avaliativas, deve-se então ajustar metodologias para analisar processos e resultados (implementação e impactos), mas cuidando-se para não se proceder a simplificações ou análises reducionistas e descontextualizadas;
 - Esses são alguns desafios colocados para iniciar tal debate. Por outro lado, reafirma-se a pertinência de se pautarem as ações da PNH como objetos de avaliação, uma vez que se trata de uma política pública em implementação, carecendo de dados para avaliar resultados dos investimentos e correções de rumo necessárias;
- Essas extensas listas preliminares de indicadores servem apenas como referência, das quais devem ser apontadas, coletivamente (e levando em conta as diferentes realidades locais), as situações que se apresentam mais pertinentes e prioritárias de serem abordadas no escopo da humanização. Tanto acréscimos/complementações, como adaptações na formulação dos indicadores devem ser realizados, ampliando e aprimorando as ferramentas e parâmetros avaliativos;
- Ressaltam-se algumas limitações inerentes à lógica dos indicadores: mesmo abrangentes, sempre restringem tanto os princípios que os orientam (os marcos referenciais) quanto a apreensão/representação da realidade; por outro lado, os dados nunca falam por si mesmos e além disso espelham apenas um recorte (parcial) da realidade;

Finalmente, reafirmamos que, para além da simples reunião de indicadores a serem atrelados às intervenções, nossa ênfase recai sobre o modo (das equipes) de se chegar a essas infor-

mações e lidar com elas, sendo esse próprio modo um dos componentes centrais da avaliação enquanto dispositivo de humanização. Por isso, antes de se ater ao recorte de indicadores, é necessário ater-se à compreensão dos dispositivos, desvelando coletivamente seus significados, clareando e definindo seus possíveis objetivos específicos, em cada realidade específica.

MATRIZ I

Objetivos de desenvolvimento de ações (metas) e indicadores na atenção hospitalar

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|---|---|--|
| <p>I) IMPLEMENTAR GESTÃO DESCENTRALIZADA E PARTICIPATIVA</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • colegiados e conselhos de gestão; • contratos de gestão, • Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). | <p>Horizontalização da estrutura e linhas de mando (Unidades de Produção de Serviços).</p> <p>Capacidade de formulação e condução de políticas de forma participativa (gestão participativa, co-responsabilização, controle social).</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Unidades de produção de serviços implementadas, com plano de gestão e avaliação baseado em metas. 2. Colegiado de Gestão de Unidades de Produção implementado, com metodologia e plano de trabalho. 3. Colegiado de Gestão do Hospital implementado, com metodologia e plano de trabalho. 4. Conselho de Gestão Hospitalar (comissão de acompanhamento ou equivalente de controle social) com metodologia e plano de acompanhamento. 5. Plano Diretor de Desenvolvimento da Gestão elaborado e aprovado pelo Colegiado Gestor. 6. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) implantado, com plano de ação e de avaliação de resultados. 7. 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. 8. Contratos de gestão elaborados e implementados (baseados em metas acordadas). |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|--|---|---|
| <p>II) ASSEGURAR AMPLIAÇÃO DE ACESSO, CUIDADO INTEGRAL E ESOLUTIVO</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • acolhimento em função de vulnerabilidade/risco; • apoio matricial; • mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar. | <p>Ampliação de acesso.</p> <p>(Redução de filas e tempo de espera).</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Horário e agenda de atendimento expandidos e flexibilizados, incluindo horários de almoço e noturno. 2. Sistema implementado de cuidado/atenção domiciliar, com diretrizes e protocolos. 3. % de usuários encaminhados para serviço de atenção domiciliar, considerando os critérios previstos nos protocolos. 4. % de usuários encaminhados e acompanhados em serviço de atenção domiciliar, considerando os critérios previstos nos protocolos. 5. % de usuários encaminhados para reabilitação física e ocupacional (fisioterapia, T.O.), considerando os critérios previstos nos protocolos. |
| | <p>Acolhimento com avaliação de risco.</p> <p>(Redução de filas e tempo de espera).</p> | <ol style="list-style-type: none"> 6. Projeto de acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos. 7. % de usuários internados com registros do atendimento conforme fluxos e rotinas padronizadas de acolhimento. 8. % de acolhimento em “vaga zero”, das emergências encaminhadas pelo SAMU (nos casos em que esta rotina for acordada). |
| | <p>Atenção integral e resolutiva.</p> <p>(Integração da rede e continuidade do atendimento; referência e contra-referência).</p> <p>Obs.: incluídos indicadores específicos, considerando políticas institucionais prioritárias, especialmente em Saúde da Mulher e da Criança.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 9. % dos usuários que chegam à Central de Acolhimento avaliados em até ... minutos (conforme critérios previstos no protocolo). 10. Redução do tempo de espera em... minutos. 11. Projeto de integração com a rede básica implantado, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis por acompanhamento. 12. Vínculo instituído com o sistema de urgência/emergência locorregional. 13. 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. 14. % de altas com encaminhamentos para seguimento na rede, com atendimento marcado por meios do hospital. 15. % de altas com encaminhamentos para procedimentos na rede, com procedimentos marcados através do hospital. 16. % de altas de usuários de “grupos de risco” com encaminhamentos para a rede básica. 17. % de altas de usuários de grupos de risco com encaminhamentos para a rede básica, com consulta marcada através do hospital. 18. % de mulheres com encaminhamentos para consulta de puerpério, com consulta marcada na rede através do hospital. 19. % de altas de recém-nascidos de risco com encaminhamentos para seguimento na rede, com atendimento marcado através do hospital. 20. % de altas em crianças internadas com diagnóstico de IRA e diarreias, com consulta de acompanhamento agendada na rede através do Hospital. 21. % de “procedimentos” de urgência/emergência regulados no âmbito do sistema loco-regional. |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|---|--|--|
| <p>III) ORGANIZAR A ATENÇÃO E OFERTA DE CUIDADOS A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS, COM MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE ORIENTAÇÃO DO TRABALHO.</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • equipes multiprofissionais de referência; • projetos terapêuticos singulares; • clínica ampliada. | <p>Implementação de equipes multiprofissionais, com definição de métodos de atuação e como referência para o usuário e familiares.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Equipes multiprofissionais (interdisciplinares) implantadas, com metodologia e plano de atuação. 2. Médico horizontal, isto é, com permanência ao longo de toda a semana, atuando no serviço (unidade de produção). 3. Visita multidisciplinar integrada implantada no serviço. 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. 5. % de reuniões de equipe para planejamento, com participação de representantes de toda a equipe e encaminhamentos registrados em atas/relatórios. 6. % de usuários internados vinculados e acompanhados por equipes multiprofissionais de referência, com horários definidos para atendimento. 7. N.º de visitas integradas aos usuários (pela equipe interdisciplinar) por semana. 8. % de usuários que sabem informar o nome dos profissionais de sua equipe de referência. 9. % de cirurgias desmarcadas, sem informação à equipe interdisciplinar em tempo oportuno para providências quanto a cuidados com o paciente. |
| | <p>Condução do tratamento e abordagem do usuário com base em projetos individualizados de saúde (projetos terapêuticos singulares) e prontuários integrados.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 10. Projetos de saúde/projetos terapêuticos elaborados e implementados por equipes multiprofissionais. 11. Prontuário integrado (único) implementado, conforme critérios previstos nos protocolos (lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução) 12. % de pacientes internados com projetos de saúde/projetos terapêuticos elaborados pelas equipes multiprofissionais 13. % 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 extramuros. 14. % de prontuários com procedimentos registrados em acordo com rotinas protocolares. 15. % 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). 16. % de prontuários com anotações legíveis dos profissionais responsáveis pela condução dos projetos terapêuticos (equipes multiprofissionais). |
| | <p>Implementação de protocolos de condução dos trabalhos e abordagem do usuário.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 17. Protocolos elaborados com participação da equipe e implementados para abordagem integral de problemas mais frequentes no serviço. 18. Protocolos de referência e contra referência elaborados e implementados. 19. Protocolos implementados e conhecidos pela equipe do hospital sobre contatos com os profissionais de unidades básicas a respeito dos usuários internados procedentes dessas unidades. 20. Protocolos de acompanhamento de doentes terminais elaborados e implementados. |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|--|--|---|
| <p>IV) PROPICIAR PARTICIPAÇÃO E VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES NO PROCESSO E GESTÃO DO TRABALHO.</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • colegiados de gestão; • sistemas de escuta resolutivos: gerência de porta aberta, ouvidorias pesquisas de satisfação; • plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização. • projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde e Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST); • projetos de articulação de talentos nos serviços (arte/cultura e técnico-científico); • projeto para adequação de ambiente (Ambiência). | <p>Inserção e vinculação ao trabalho.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Estratégias implementadas de inserção qualificada de trabalhadores no serviço, mediante contratos prevendo atribuições, metas e responsabilidades, e capacitações introdutórias. 2. Equipes incrementadas, compond e recompondo o quadro de RH, conforme necessidades para o desempenho das equipes. 3. % de trabalhadores com contrato precário de trabalho. 4. Plano de carreira, cargos e salários (ou equivalente) implementado. 5. Editais de contratação elaborados com a inclusão de princípios de humanização. 6. % de trabalhadores com solicitação atendida de vagas em creche (nos casos previstos). |
| | <p>Participação dos trabalhadores na organização e gestão do trabalho, e projetos de incentivos por desempenho profissional.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 7. Mesa de negociação permanente instituída para negociação entre trabalhadores e gestores. 8. Sistema implementado de avaliação do trabalhador, baseado em desempenho/ metas. 9. Planos de trabalho estabelecidos com os trabalhadores, baseados nos resultados da avaliação de desempenho profissional. 10. Incentivos implementados para trabalhadores, com base em avaliação de desempenho. 11. Estratégias implementadas de fomentar a participação dos trabalhadores elegendo e premiando os melhores servidores do ano. 12. % de reuniões de colegiado de unidade com presença do gerente 13. Tipos de pautas e de encaminhamentos prevalentes a partir de reuniões de equipe. |
| | <p>Incentivos de qualificação no trabalho.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 14. % de solicitações atendidas para participação em eventos (discriminar tipos de eventos). 15. % de solicitações atendidas de liberação de carga horária regular para atividades/cursos de qualificação. 16. % de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária. 17. % de trabalhadores de nível elementar e médio inscritos em programas de complementação de instrução e/ou cursos de qualificação profissional, oferecidos por meio da Instituição. 18. % de trabalhadores de nível elementar e médio que concluíram cursos de complementação de instrução e/ou de qualificação profissional oferecidos por meio da Instituição. |
| | <p>Serviços de escuta dos trabalhadores, avaliação de satisfação e ações para melhoria da satisfação.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 19. Ouvidoria institucional ou serviço implementado para escuta dos trabalhadores, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações. 20. % de aumento ou redução de reclamações recebidas na ouvidoria ou serviço de escuta. 21. % de reclamações e elogios recebidos na Ouvidoria ou Serviço de Escuta em relação ao total de registros. 22. % de respostas da ouvidoria ou serviço de escuta providenciadas em 15 dias ou menos. 23. % de soluções consideradas satisfatórias pelos trabalhadores dentre as respostas providenciadas pela ouvidoria ou serviço de escuta. 24. Mudanças observadas na natureza das queixas dos trabalhadores na ouvidoria ou serviço de escuta (percentuais de tipos de queixas, comparando períodos diferentes). 25. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação dos trabalhadores, com plano de divulgação e discussão com os trabalhadores. 26. Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação dos trabalhadores. 27. 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. |

continua

continuação

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|---|---|---|
| | Oportunidades para que os trabalhadores exercitem outras habilidades fora da rotina de trabalho e desenvolvam atividades alternativas com usuários, familiares e comunidade hospitalar. | 28. Horários definidos para lanches coletivos, com agenda livre para atividades lúdicas e culturais organizadas pelos trabalhadores. 29. % de horas destinadas aos técnicos que queiram desenvolver atividades alternativas com usuários internados. |
| | Estratégias de análise do processo e condições de trabalho e medidas de intervenção e de promoção de ambientes saudáveis de trabalho. | 30. % de horas-extras realizadas pelos trabalhadores. 31. % de acidentes de trabalho ocorridos e investigados. 32. Programas de prevenção de riscos e/ou mudanças no processo de trabalho implementados e avaliados quanto aos resultados. 33. Áreas implementadas para convívio, descanso e lanche da equipe de trabalho. |
| | Estratégias para desenvolvimento de habilidades para exercício da gestão participativa e autonomia. | 34. Plano de atividades de formação dos trabalhadores, com temas relacionados à gestão em sentido amplo (incluindo atividades de formação tradicionais e outras). |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|---|--|---|
| <p>V) PROMOVER EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES.</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; • programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST). | <p>Estratégias institucionais para fomentar e assegurar Educação Permanente dos trabalhadores.</p> <p>Processos de educação permanente para os trabalhadores, com ampliação de métodos de discussão e produção coletiva de conhecimento sobre o trabalho.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Grupo interdisciplinar permanente (ou similares) implementado e com plano de educação permanente voltado para os trabalhadores. 2. Plano e agenda de educação permanente para os trabalhadores. 3. Levantamentos atualizados sobre necessidades de capacitação de RH. 4. Agenda implementada com critérios e formas de participação dos trabalhadores nas diferentes atividades de educação permanente e eventos, internos e externos à instituição. 5. Biblioteca básica com material científico atualizado de interesse e utilização no âmbito do serviço. 6. Mecanismos implementados de divulgação sobre eventos e atividades de educação permanente internas e externas ao serviço. 7. Estratégias sistemáticas implementadas de Supervisão/Apoio para as Equipes Interdisciplinares. 8. Estratégias implementadas de incentivo a práticas de investigação/pesquisa em serviço, por meio de acréscimo de horas para atividades não diretamente assistenciais. 9. % de trabalhadores desenvolvendo (ou concluído) pesquisas, utilizando incentivos procedentes do serviço. <ol style="list-style-type: none"> 10. N.º de reuniões clínicas por semana. 11. N.º de eventos de desenvolvimento de RH realizados para os trabalhadores da unidade. 12. % de trabalhadores novos no serviço que participaram de programa de ingresso qualificado, com capacitação introdutória. 13. % de deferimento dos pedidos de participação em eventos (discriminar tipos de eventos). 14. % de trabalhadores que participaram de algum tipo de atividade de educação permanente (período). 15. % de trabalhadores com participação em programas de educação permanente. 16. % de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária. 17. % de trabalhadores liberados do serviço para participação em eventos externos (discriminar tipos de eventos). 18. N.º de estagiários da rede de serviços recebidos para atividades de atualização. |
| | <p>Processos de avaliação das atividades educativas, e da apropriação do conhecimento e mudanças das práticas profissionais.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 19. Mecanismos sistemáticos implementados para compartilhamento das experiências e conhecimentos obtidos em atividades de educação permanente. 20. Estudos realizados para avaliação sobre a apropriação e domínio de conhecimentos básicos (previstos nos protocolos) pelos trabalhadores. 21. Estudos realizados para avaliação sobre mudanças nas práticas profissionais a partir de atividades de educação permanente. 22. % de trabalhadores satisfeitos com os programas de capacitação. |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|--|--|---|
| <p>VI) ASSEGURAR DIREITOS DOS USUÁRIOS, CONTROLE SOCIAL E AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO HOSPITALAR.</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • visita aberta; • acompanhante; • sistemas de escuta resolutivos: gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação; • carta de direitos do usuário; • conselhos de gestão; • projeto para adequação de ambiente (Ambiência). | <p>Estratégias de informação sobre funcionamento dos serviços e direitos dos usuários.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Informações visuais afixadas sobre identificação e funcionamento dos serviços (vinculação do serviço ao SUS, nomes dos trabalhadores, horários e outras informações relevantes). 2. Crachás implementados para identificação dos trabalhadores. 3. Placa afixada no leito, com identificação do usuário, da equipe de referência e data da internação. 4. Cartilha (ou equivalente) com serviços e procedimentos disponíveis para o usuário. 5. Boletins informativos (e equivalentes) disponibilizados regularmente em locais de circulação. |
| | <p>Visitas abertas e acompanhante aos usuários internados.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 6. Visita aberta implementada (livre) para todos os usuários internados. 7. Acompanhante permitido (livre) para todos os usuários internados. 8. % de usuários internados com presença de acompanhante (em tempo parcial e integral). 9. % de usuários internados sem presença de acompanhante, e justificativas dos usuários e familiares. 10. Acompanhante permitido (livre) para todas as mulheres (gestantes) na sala de parto. 11. % de gestantes que tiveram pedido atendido (pelo hospital) de presença de acompanhante na sala de parto. |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|---|---|--|
| | <p>Ações, experiências inovadoras e práticas de promoção à saúde no âmbito hospitalar, possibilitando ao usuário internado a manutenção de sua rede social.</p> | <p>12. Alojamento conjunto disponível para % da capacidade de realização de partos.</p> <p>13. % de nascidos vivos instalados em alojamento conjunto.</p> <p>14. Banco de leite humano instalado em hospitais que têm UTI neonatal.</p> <p>15. Espaço destinado à permanência de mães de recém-nascidos que estão na UTI e não querem deixar o hospital.</p> <p>16. % de nascidos vivos com atendimento por pediatria na sala de parto.</p> <p>17. Projeto implementado de atendimento escolar para crianças e adolescentes internados.</p> <p>18. Refeitório estruturado e implementado como local para as refeições regulares dos usuários internados.</p> <p>19. Cardápio e horário de refeições flexibilizados, para atendimento aos casos justificados pelas equipes de referência (e pela reivindicação apresentada por representantes de grupos culturalmente diferenciados).</p> <p>20. Atividades lúdicas culturais, 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 outras manifestações religiosas específicas dos usuários culturalmente diferenciados, como indígenas, ciganos e praticantes de religiões de matrizes afro-brasileiras.</p> <p>21. Aparelhos de televisão instalados nas enfermarias.</p> <p>22. Uso livre de roupas pessoais permitido para usuários internados.</p> <p>23. Liberação para crianças internadas permanecerem com seus objetos de estimação (brinquedos).</p> <p>24. Representante de escritório de registro civil implantado nas dependências do hospital-maternidade, para registro de recém-nascidos.</p> <p>25. Estratégias implementadas para busca e incorporação de voluntários para desenvolver atividades no serviço.</p> <p>26. N.º de pessoas da comunidade atuando como voluntários na unidade em projetos ou atividades de promoção da saúde, educativas, de lazer e cultura.</p> |
| | <p>Estratégias institucionais de comunicação e informação ao usuário e familiares sobre o tratamento e procedimentos.</p> | <p>27. % de usuários com horários acordados com seus familiares para serem atendidos pela equipe de referência.</p> <p>28. N.º de reuniões com familiares de usuários internados, por semana.</p> <p>29. % de acompanhante/familiar informado pela equipe cirúrgica após término da cirurgia.</p> <p>30. Mecanismos implementados de comunicação e justificativa formal ao usuário sobre as razões de suspensão de procedimentos agendados.</p> |
| | <p>Mecanismos de estimular a participação e co-responsabilização dos usuários na utilização racional dos serviços.</p> | <p>31. % de usuários/familiares informados sobre custos do tratamento (destacando insumos mais significativos).</p> |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|---|--|---|
| | <p>Serviços de escuta e avaliação de satisfação dos usuários.</p> | <p>32. Ouvidoria institucional ou Serviço implementado para Escuta dos usuários, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações.</p> <p>33. % de aumento ou redução de reclamações recebidas na Ouvidoria ou Serviço de Escuta.</p> <p>34. % de reclamações e elogios recebidos na Ouvidoria ou Serviço de Escuta em relação ao total de registros.</p> <p>35. % de respostas da Ouvidoria ou Serviço de Escuta providenciadas em 15 dias ou menos.</p> <p>36. % de soluções consideradas satisfatórias pelos usuários dentre as respostas providenciadas pela Ouvidoria ou Serviço de Escuta.</p> <p>37. Mudanças observadas na natureza das queixas dos usuários no Serviço de Escuta ou Ouvidoria (percentuais de tipos de queixas, comparando períodos diferentes).</p> <p>38. % de redução de queixas nos meios de comunicação.</p> <p>39. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação do usuário (e familiares), com plano de divulgação e discussão com usuários e trabalhadores.</p> <p>40. Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação de usuários.</p> <p>41. 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.</p> <p>42. % 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).</p> |
| | <p>Estratégias para desenvolvimento de habilidades para exercício da participação e controle social.</p> | <p>43. Plano de atividades de formação de conselheiros de saúde e comunidade em geral (incluindo atividades de formação tradicional e outras).</p> <p>44. Nº. de conselheiros de saúde e/ou pessoas da comunidade que participaram de atividades de formação.</p> <p>45. 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).</p> |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|---|--|--|
| <p>VII) ADEQUAR ÁREAS FÍSICAS (SEGUINDO O CONCEITO DE AMBIÊNCIA NOS PROJETOS ARQUITETÔNICOS), E PROVISÃO DE RECURSOS MATERIAIS E INSUMOS.</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • projeto para adequação de ambiente (ambiência); • acolhimento. | <p>Adequação de áreas físicas, seguindo o conceito de ambiência.</p> | <p>1. Projeto Arquitetônico elaborado e executado com adequações nos ambientes, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sinalização adequada, com identificação dos setores e orientando a movimentação geral do usuário no serviço; • acesso para deficientes; • salas de espera com ambiente acolhedor, assentos em número suficiente, equipamento audiovisual ativo, e com disponibilidade de brinquedos nos casos de serviços para crianças; • área de recepção com espaço suficiente e disposição adequada de modo a permitir fácil movimentação do usuário e trabalhadores; • consultórios adequados, com conforto e privacidade visual e auditiva; • instalações para abrigar serviços de atenção a mulheres com aborto inseguro; • instalações para abrigar serviços de atenção a situações de violência; • instalações sanitárias para usuários e trabalhadores adequadas e com higienização constante; • sala de reuniões; • sistema de telefonia que atenda de modo suficiente às necessidades do usuário e dos trabalhadores; • 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; • certificados atualizados de qualidade da água consumida; • armazenamento e remoção adequados dos produtos residuais e lixos específicos. <p>2. Telefones públicos instalados nas dependências do hospital.</p> |

continua

continuação

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|---|--|---|
| | Adequação, incorporação e disponibilização de recursos materiais, conforme necessidades dos projetos e atividades. | <p>3. Reformas específicas e incorporação de materiais complementares para os serviços, atrelados a projetos e atividades específicos.</p> <p>4. Outros:</p> <ul style="list-style-type: none">• n.º e % de materiais, equipamentos e insumos de rotina indisponíveis no serviço;• tempo médio transcorrido entre a solicitação e a realização de serviços de reparos considerados essenciais;• % de medicamentos que estouraram o estoque mínimo/mês;• % de exames não realizados por falta de material/filmes ou quebra de equipamentos;• n.º e % de cirurgias desmarcadas por falta de campos ou roupa; • n.º e % de cirurgias desmarcadas por falta de higienização das salas em tempo oportuno;• n.º e % de peças de roupas danificadas e manchadas;• n.º e % de equipamentos danificados;• n.º e % de demandas de transporte atendidas;• tempo médio transcorrido entre a solicitação de um serviço de transporte e o seu atendimento;• tempo médio transcorrido entre a solicitação e a realização de serviços de reparos considerados essenciais. |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|--|--|--|
| <p>VIII) PROMOVER QUALIFICAÇÃO E OTIMIZAÇÃO DO TRABALHO, A PARTIR DE INSTRUMENTOS SISTEMÁTICOS DE AVALIAÇÃO.</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • monitoramento e avaliação; • contratos de gestão; • projetos de saúde coletiva. | <p>Estratégias de qualificação do processo de trabalho e das ações, considerando políticas e instrumentos de avaliação e utilização da informação.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema implementado de avaliação e gestão baseados em desempenho/ metas, e comissão de avaliação de desempenho instituída, com participação dos trabalhadores. 2. Estratégias implementadas de monitoramento e avaliação do funcionamento da referência e contra-referência. 3. Estabelecimento sistemático de metas a serem alcançadas com as ações desenvolvidas nas unidades de produção, incluindo grupos operativos, atividades educativas e outros. 4. Recorte de eventos-sentinel 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). 5. Apresentação mensal de relatórios, com análises e condutas, procedentes das comissões de vigilância: <ul style="list-style-type: none"> • de revisão de prontuários; • de revisão de óbitos; • de controle de infecção hospitalar, com análise e condutas; • de mortalidade por grupos de risco; • de vigilância ao óbito infantil; • de mortalidade materna e neonatal; • de farmacovigilância; • de hemovigilância; • de documentação médica; • de ética; • outros. 6. Alimentação regular dos sistemas de informação padronizados. 7. Atualização rotineira de dados hospitalares. 8. Preenchimento regular de boletins de Doenças de Notificação Compulsória (DNC). 9. Sistema implementado para notificação e comunicação de acidentes de trabalho de usuários e trabalhadores. 10. 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. 11. % de prontuários auditados com e sem irregularidades. 12. Apresentação mensal de relatórios, com análises dos indicadores de produção e resultados dos serviços. 13. % de altas com resumo de alta hospitalar preenchido pelo médico, conforme protocolo. 14. % de altas com preenchimento adequado de instrumentos de encaminhamentos para seguimento na rede, conforme protocolos. 15. % de redução dos casos notificados de mortes por causas mal definidas. 16. Manuais de procedimentos e normas documentadas e conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento do transporte. 17. Manuais de procedimentos e normas conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento da higienização da unidade. 18. 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. |

MATRIZ II

Objetivos de desenvolvimento de ações (metas) e indicadores na atenção básica

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|--|--|---|
| <p>I) IMPLEMENTAR GESTÃO DESCENTRALIZADA E PARTICIPATIVA.</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • colegiados e conselhos de gestão; • contratos de gestão; • Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). | <p>Horizontalização da estrutura e linhas de mando (unidades de produção de serviços).</p> <hr/> <p>Capacidade de formulação e condução de políticas de forma participativa (gestão participativa, co-responsabilização, controle social).</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Unidades de produção de serviços implementadas, com plano de gestão e avaliação baseado em metas (ex.: cada equipe de saúde da família funcionando como uma unidade de produção). 2. Colegiado de gestão da unidade de saúde implementado, com metodologia e plano de trabalho. 3. Equipes de saúde da família constituídas como equipes colegiadas. 4. Conselho gestor da unidade de saúde implementado, com metodologia e plano de trabalho. 5. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) implantado, com plano de ação e de avaliação de resultados. 6. 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. 7. Contratos de gestão elaborados e implementados (baseados em metas acordadas). |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|---|--|--|
| <p>II) ASSEGURAR AMPLIAÇÃO DE ACESSO, CUIDADO INTEGRAL E RESOLUTIVO.</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • acolhimento em função de vulnerabilidade/ risco; • apoio matricial; • mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar; • projetos de saúde oletiva; • clínica ampliada. | <p>Ampliação de acesso.</p> <p>(Redução de filas e tempo de espera).</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Horário e agenda de atendimento expandidos e flexibilizados, incluindo horários de almoço e outros. 2. Sistema implementado de cuidado/atenção domiciliar, com diretrizes e protocolos . 3. Serviço implementado de atendimento farmacêutico domiciliar para usuários com impossibilidade de deslocamento. 4. % de casos acolhidos dentre os usuários que procuram a unidade diariamente. 5. % de casos agudos acolhidos dentre todos os atendimentos. 6. % de casos acolhidos, não agudos, com consultas agendadas para até ... dias a partir da procura do serviço. 7. % de usuários com quadros agudos acolhidos e atendidos em até ... minutos a partir da chegada ao serviço. |
| | <p>Acolhimento com avaliação de risco.</p> <p>(Redução de filas e tempo de espera).</p> | <ol style="list-style-type: none"> 8. Projeto de acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos. 9. % de usuários atendidos com registros do atendimento conforme rotinas padronizadas de acolhimento. |
| | <p>Atenção integral e resolutiva.</p> <p>(Integração da rede e continuidade do atendimento; referência e contra-referência).</p> <p>Obs.: Incluídos indicadores específicos, considerando políticas institucionais prioritárias, especialmente em Saúde da Mulher, da Criança e programas voltados para doenças prevalentes.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 10. Redução do tempo de espera em... minutos. 11. Projeto de Integração com os demais níveis de organização da rede implementado, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis por acompanhamento: atenção especializada e hospitalar, maternidades, serviços de referência, apoio diagnóstico e terapêutico. 12. Projetos de saúde coletiva, embasados na clínica ampliada, a partir de necessidades e demandas populacionais específicas. 13. % de casos agudos acolhidos e resolvidos no serviço, e com retorno marcado pela unidade, nos casos necessários (grupos de risco). 14. % de encaminhamentos para a rede, com preenchimento adequado do instrumento de encaminhamento, conforme protocolo. 15. % de usuários com encaminhamentos para procedimentos na rede, com procedimento marcado através da unidade. 16. % de casos agudos acolhidos e encaminhados para outros serviços, conforme protocolos estabelecidos. 17. % de casos agudos acolhidos, encaminhados para outros serviços, e com atendimento marcado através da unidade (UBS). 18. % de encaminhamentos para consultas especializadas, com consultas marcadas e realizadas em até ... dias. 19. % de encaminhamentos para exames laboratoriais, com exames marcados e realizados em até ... dias. 20. % de usuários com todos os exames complementares solicitados marcados através da unidade de saúde e realizados na rede. 21. % de usuários de grupos de risco com encaminhamentos para a rede, com procedimento marcado através da unidade. 22. % de pacientes de grupos de risco cadastrados e acompanhados na unidade, conforme protocolo. 23. % de pacientes de grupos de risco que comparece à consulta agendada. 24. % de pacientes de grupos de risco que comparece às atividades de grupo agendadas. |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|---|---|--|
| | | 25. % de gestantes que foram encaminhadas pela unidade para maternidades de referência e que conseguiram internação. 26. % de mulheres com gestação de risco que foram atendidas nos locais para onde foram referenciadas. 27. % de mulheres com gestação de risco contra-referenciadas, acompanhadas pela unidade após serem atendidas no local de referência. 28. % de mulheres que fizeram pré-natal na unidade de saúde com consulta de puerpério agendada e realizada na unidade. 29. % de puérperas adolescentes acompanhadas pela unidade, conforme protocolos. 30. % de gestantes com pré-natal iniciado no 1.º trimestre. 31. Concentração de consulta de pré-natal. 32. % de gestantes acompanhadas com todos os exames recomendados em protocolo. 33. % de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. 34. % de gestantes acompanhadas que tomaram vacina anti-tetânica. 35. % de participantes em grupo de planejamento familiar dentre a população estimada em idade fértil da área de abrangência (4%). 36. % de mulheres com alteração de exame preventivo de câncer de colo uterino encaminhadas e com atendimento realizado em serviço de referência, conforme rotina e prazo estabelecido em protocolo. 37. % de cobertura vacinal, por DPT, em menores de 1 ano. 38. % de recém-nascidos de risco acompanhados segundo protocolo. 39. % de busca ativa de crianças de mães que abandonam o programa de controle do crescimento e desenvolvimento. 40. % de crianças atendidas com complicações por IRA e diarreias encaminhadas e com atendimento realizado em serviço de referência, conforme rotina de protocolo. 41. % de crianças com alta hospitalar por IRA e diarreias acompanhadas pelas equipes na área de abrangência, conforme rotina de protocolo. 42. % de usuários acompanhados em atenção domiciliar, considerando os critérios previstos nos protocolos. 43. % de unidades de saúde e ESF com todos os medicamentos padronizados pela atenção básica disponíveis. 44. % de usuários com todos os medicamentos prescritos viabilizados por meio da unidade de saúde. 45. % de itens de medicamentos atendidos por prescrição. 46. % de usuários que tiveram acesso a contraceptivos prescritos viabilizados através da unidade de saúde. 47. % de métodos contraceptivos disponíveis em relação às prescrições. |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|--|--|---|
| <p>III) ORGANIZAR A ATENÇÃO E OFERTA DE CUIDADOS A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS, COM MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE ORIENTAÇÃO DO TRABALHO.</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • equipes multiprofissionais de referência; • projetos terapêuticos singulares; • clínica ampliada; • projetos de saúde coletiva. | <p>Implementação de equipes multiprofissionais, com definição de métodos de atuação e como referência para o usuário e familiares.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Equipes de atenção básica/saúde da família constituídas como equipes multiprofissionais, com metodologia e plano de atuação. 2. Diagnóstico de situação e plano de ação elaborados pela equipe interdisciplinar, contemplando objetivos/metapas, prazos e indicadores de avaliação. 3. % de usuários inscritos na unidade de saúde que são acompanhados nos casos de internação, conforme protocolos estabelecidos. 4. % de usuários que sabem informar o nome dos profissionais de sua equipe de referência. 5. % de reuniões de equipe para planejamento, com participação de representantes de toda a equipe e encaminhamentos registrados em atas/relatórios. 6. % de reuniões da equipe com a comunidade, com participação de representantes da equipe. 7. % de usuários e famílias vinculados e acompanhados por equipes multiprofissionais, com agenda definida para atendimento pela equipe. 8. N.º de visitas multiprofissionais (integradas) realizadas pela equipe multiprofissional aos usuários e famílias. 9. % de usuários de grupos de risco que tiveram informação sobre possíveis complicações do quadro clínico, medidas preventivas, posologia e efeitos dos medicamentos prescritos. 10. % de internações de usuários inscritos na unidade de saúde, investigados. 11. % de óbitos de usuários inscritos na unidade de saúde, investigados. |
| | <p>Condução do tratamento e abordagem do usuário/população com base em projetos individualizados de saúde (projetos terapêuticos individuais e projetos de saúde coletiva) e prontuários integrados.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 12. Projetos terapêuticos singulares elaborados por equipes multiprofissionais, para usuários e famílias. 13. Projetos de saúde coletiva, embasados na clínica ampliada, a partir de necessidades e demandas populacionais específicas. 14. Prontuário integrado (único) implementado. 15. % de projetos de saúde/projetos terapêuticos elaborados por equipes multiprofissionais. 16. % de casos atendidos no acolhimento que resultaram/geraram projetos terapêuticos (individuais e coletivos), apontando para novos modos ampliados, de assegurar a continuidade do cuidado, incluindo atividades extra-muros. 17. % de casos atendidos (em acolhimento, procedimentos ou visitas domiciliares) que resultaram/geraram projetos terapêuticos envolvendo articulação intersetorial (refletindo a capacidade das equipes em disparar processos de parcerias e integração intersetorial, a partir das informações da rotina de trabalho, como por exemplo os dados coletados pelos ACS). 18. % de prontuários preenchidos por mais de um profissional da equipe, conforme protocolos de registro. 19. % de prontuários com anotações legíveis dos profissionais responsáveis pela condução dos projetos terapêuticos (equipes multiprofissionais). |
| | <p>Implementação de protocolos de condução dos trabalhos e abordagem do usuário.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 20. Protocolos clínicos elaborados e/ou validados com participação da equipe e implementados para problemas selecionados, conforme necessidades e demandas prevalentes. 21. Protocolos de referência e contra-referência elaborados e implementados. 22. Protocolos implementados para busca de usuários para comunicação sobre resultados de exames alterados em casos selecionados. 23. Protocolos implementados para solicitação de exames diagnósticos complementares. 24. Protocolos implementados de acompanhamento de doentes terminais. |

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|--|--|---|
| <p>IV) PROPICIAR PARTICIPAÇÃO E VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES NO PROCESSO E GESTÃO DO TRABALHO.</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • colegiados de gestão; • sistemas de escuta resolutivos: gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação; • plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; • projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde e Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST); • projetos de articulação de talentos nos serviços (arte/cultura e técnico-científico); • projeto para adequação de ambiente (ambiência). | <p>Inserção e vinculação ao trabalho.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Estratégias implementadas de inserção qualificada de trabalhadores no Serviço, mediante contratos prevendo atribuições, metas e responsabilidades, e capacitações introdutórias. 2. Mecanismos implementados para facilitar movimentação dos trabalhadores na rede, considerando suas necessidades e demandas de transferências de locais de lotação. 3. % de trabalhadores com contrato precário de trabalho. 4. % de trabalhadores com solicitação atendida de vagas em creche (nos casos previstos). |
| | <p>Participação dos trabalhadores na organização e gestão do trabalho, e projetos de incentivos por desempenho profissional.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 5. Mesa de negociação permanente instituída para negociação entre trabalhadores e gestores. 6. Sistema implementado de avaliação do trabalhador, baseado em desempenho/metas. 7. Planos de trabalho estabelecidos com os trabalhadores, baseados nos resultados da avaliação de desempenho profissional. 8. Incentivos implementados para trabalhadores, com base em avaliação de desempenho. 9. Estratégias implementadas de fomentar a participação dos trabalhadores elegendo e premiando os melhores servidores do ano. 10. % de reuniões de colegiado da unidade de saúde com presença do gerente. 11. Tipos de pautas e/ou de encaminhamentos prevalentes a partir de reuniões de equipe. |
| | <p>Incentivos de qualificação no trabalho.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 12. % de solicitações atendidas para participação em eventos (discriminar tipos de eventos). 13. % de solicitações atendidas de liberação de carga horária regular para atividades/cursos de qualificação. 14. % de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária. 15. % de trabalhadores de nível elementar e médio inscritos em programas de complementação de instrução e/ou cursos de qualificação profissional, oferecidos por meio da Instituição. 16. % de trabalhadores de nível elementar e médio que concluíram cursos de complementação de instrução e/ou de qualificação profissional oferecidos por meio da Instituição. |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|---|--|--|
| | Serviços de escuta dos trabalhadores, avaliação de satisfação e ações para melhoria da satisfação. | 17. Serviço implementado para escuta dos trabalhadores, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações. 18. % de aumento ou redução de reclamações recebidas no serviço de escuta dos trabalhadores. 19. % de reclamações e elogios recebidos no serviço de escuta em relação ao total de registros. 20. % de respostas do serviço de escuta providenciadas em 15 dias ou menos. 21. % de soluções consideradas satisfatórias pelos trabalhadores dentre as respostas providenciadas pelo serviço de escuta. 22. Mudanças observadas na natureza das queixas dos trabalhadores no serviço de escuta (percentuais de tipos de queixas, comparando períodos diferentes). 23. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação dos trabalhadores, com plano de divulgação e discussão com os trabalhadores. 24. Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação dos trabalhadores. 25. Processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação de trabalhadores, com plano e prazos de correções e adequações. |
| | Oportunidades para que os trabalhadores exercitem outras habilidades fora da rotina de trabalho e desenvolvam atividades alternativas com usuários, familiares e comunidade. | 26. Horários definidos para lanches coletivos, com agenda livre para atividades lúdicas e culturais organizadas pelos trabalhadores. 27. N.º e % de horas destinadas aos técnicos que queiram desenvolver atividades alternativas com a comunidade. |
| | Estratégias de análise do processo e condições de trabalho e medidas de intervenção e de promoção de ambientes saudáveis de trabalho. | 28. % de horas-extras realizadas pelos trabalhadores. 29. N.º e % de acidentes de trabalho ocorridos e investigados. 30. Programas de prevenção de riscos e/ou mudanças no processo de trabalho implementados e avaliados quanto aos resultados. 31. Áreas implementadas para convívio, descanso e lanche da equipe de trabalho. |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|---|--|--|
| <p>V) PROMOVER EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES.</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST). | <p>Estratégias institucionais de fomentar e assegurar educação permanente dos trabalhadores.</p> | <ol style="list-style-type: none"> Plano e agenda de educação permanente para os trabalhadores. Iniciativas implementadas para constituição de sistemas locais de educação permanente. Levantamentos atualizados sobre necessidades de capacitação de RH. Estratégias sistemáticas implementadas de supervisão/apoio para as equipes interdisciplinares (de atenção básica/saúde da família). Agenda e instrumentos definidos (telefone, e-mail ou outro) para contatos entre equipes da rede básica com equipes de referência e de especialistas dos serviços de atenção especializada para orientações. % de Equipes de Saúde da Família (ESF) que possuem um grupo de referência (equipes de apoio técnico, apoio matricial) para suporte (capacitação em serviço e/ou discussão de casos). Razão entre n.º de equipes de apoio técnico (grupos de referência) e n.º de ESF. Agenda implementada com critérios e formas de participação dos trabalhadores nas diferentes atividades de educação permanente e eventos, internos e externos à unidade. Biblioteca básica com material científico atualizado de interesse e utilização no âmbito da unidade. Mecanismos implementados de divulgação sobre eventos e atividades de educação permanente internas e externas à unidade. Estratégias implementadas de incentivo a práticas de investigação/pesquisa em serviço, por meio de acréscimo de horas para atividades não diretamente assistenciais. % de trabalhadores desenvolvendo (ou concluído) pesquisas, utilizando incentivos procedentes da unidade. |
| | <p>Processos de educação permanente para os trabalhadores, com ampliação de métodos de discussão e produção coletiva de conhecimento sobre o trabalho.</p> | <ol style="list-style-type: none"> N.º de eventos de desenvolvimento de RH realizados para os trabalhadores da Unidade. N.º e % de cursos programados e realizados com inclusão de temas relacionadas à humanização. N.º de reuniões clínicas (período). % de trabalhadores novos no serviço que participaram de programa de ingresso qualificado, com capacitação introdutória. % de deferimento dos pedidos de participação em eventos (discriminar tipos de eventos). % de trabalhadores liberados do serviço para participação em eventos externos. % de trabalhadores que participaram de algum tipo de atividade de educação permanente (período). % de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária (período). |
| | <p>Processos de avaliação das atividades educativas, e da apropriação do conhecimento e mudanças das práticas profissionais.</p> | <ol style="list-style-type: none"> Mecanismos sistemáticos implementados para compartilhamento das experiências e conhecimentos obtidos em atividades de educação permanente. Estudos realizados para avaliação sobre a apropriação e domínio de conhecimentos básicos (previstos nos protocolos) pelos trabalhadores. Estudos realizados para avaliação sobre mudanças nas práticas profissionais a partir de atividades de educação permanente. % de trabalhadores satisfeitos com os programas de capacitação. |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|--|--|---|
| <p>VI) ASSEGURAR DIREITOS DOS USUÁRIOS, CONTROLE SOCIAL E IMPLEMENTAR AÇÕES NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • acompanhante; • sistemas de escuta resolutivos: gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação; • carta de direitos do usuário; • conselhos de gestão; • projeto para adequação de ambiente (ambiência). | <p>Estratégias de informação sobre funcionamento dos serviços e direitos dos usuários.</p> <hr/> <p>Implementar ações, experiências inovadoras e práticas de promoção à saúde direcionadas aos usuários e comunidade em geral.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Informações afixadas em locais visíveis sobre: (i) vinculação do Serviço ao SUS; (ii) identificação dos setores, nome dos trabalhadores e responsáveis e horário de atendimento; (iii) serviços a serem procurados em casos agudos e de urgência nos momentos em que a unidade estiver fechada; (iv) direitos dos usuários; (v) horários pré-agendados para comunicação com familiares; (vi) ausências temporárias e férias de profissionais; (vii) critérios e fluxos do acolhimento e seguimento na rede. 2. Crachás implementados para identificação dos trabalhadores. 3. Material educativo-informativo de interesse em saúde disponibilizado para a população da área de abrangência. 4. Cartilhas (ou equivalentes) sobre o funcionamento do acolhimento disponibilizadas em locais de circulação. 5. Cartilha (ou equivalente) com serviços e procedimentos disponíveis para o usuário. 6. Boletins informativos (e equivalentes) disponibilizados regularmente em locais de circulação. 7. Estratégias implementadas para possibilitar que o usuário mude de médico nos casos desejados e justificados. 8. Boletins informativos (e equivalentes) disponibilizados regularmente em locais de circulação. <hr/> <ol style="list-style-type: none"> 9. Horário implementado para atendimento por telefone, para orientações sobre situações que não carecem de ir ao serviço. 10. N.º de projetos implementados no âmbito da promoção à saúde, contemplando objetivos/metos e indicadores de avaliação. 11. N.º de projetos implementados de ações conjuntas com instituições e entidades locais, conforme necessidades identificadas nos diagnósticos coletivos e demandas apresentadas pelas instituições e/ou população. 12. Atividades de promoção implementadas em salas de espera e outros espaços da unidade, direcionadas para os usuários que aguardam atendimento e abertas para a comunidade em geral. 13. Projetos desenvolvidos no serviço por voluntários da comunidade. 14. N.º de pessoas da comunidade atuando como voluntários na unidade em projetos ou atividades de promoção da saúde, educativas, de lazer e cultura. 15. Ações de vigilância sanitária implementadas nos locais de prestação de serviços à população da área de abrangência. 16. % de pacientes de grupos de risco em atividades de promoção dentre os inscritos na unidade. 17. Rádios comunitárias (ou iniciativas similares de comunicação) implantadas com participação da unidade de saúde. 18. Oficinas implementadas de formação de agentes multiplicadores de atividades promocionais e de comunicação. 19. Atividades lúdicas e de lazer programadas para acontecerem regularmente através do Serviço: jogos coletivos, teatro, vídeos, grupos de passeios em espaços culturais, comemorações de aniversários e outros. 20. Propostas implementadas de atenção a segmentos populacionais estratégicos, com diferenças étnicas e/ou em situações especiais de agravos, com plano de ação incluindo objetivos/metos e indicadores de acompanhamento e avaliação de resultados. 21. Estratégias implementadas de ações intersetoriais e ouvidorias municipais para acompanhamento do pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal. |

continua

continuação

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|---|--|--|
| | Estratégias institucionais de comunicação e informação ao usuário e familiares sobre o tratamento e procedimentos. | 22. N.º de reuniões com familiares de usuários. 23. Mecanismos implementados de comunicação e justificativa formal ao usuário sobre as razões de suspensão de procedimentos agendados. |
| | Mecanismos de estímulo à participação e co-responsabilização dos usuários na utilização racional dos serviços. | 24. Estratégias implementadas de informação atualizada sobre os quantitativos e custos de insumos envolvidos nos tratamentos e procedimentos realizados na UBS. 25. % de usuários/familiares informados sobre custos do tratamento (destacando insumos mais significativos). 26. Estratégias implementadas de divulgação dos resultados do acolhimento quanto à redução de filas e do tempo de espera, seguindo-se avaliação de necessidades e de riscos. |
| | Serviços de escuta e avaliação de satisfação dos usuários. | 27. Serviço implementado para escuta dos usuários, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações. 28. % de aumento ou redução de reclamações recebidas no serviço de escuta. 29. % de reclamações e elogios recebidos no serviço de escuta de usuários. 30. % de respostas do serviço de escuta providenciadas em 15 dias ou menos. 31. % de soluções consideradas satisfatórias pelos usuários dentre as respostas providenciadas pelo serviço de escuta. 32. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação dos usuários, com plano de divulgação e discussão com usuários e trabalhadores 33. Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação de usuários. 34. Processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação dos usuários, com plano e prazos e correções e adequações. 35. % de redução de queixas nos meios de comunicação. |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|---|---|---|
| <p>VII) ADEQUAR ÁREAS FÍSICAS (SEGUINDO O CONCEITO DE AMBIÊNCIA NOS PROJETOS ARQUITETÔNICOS), E PROVISÃO DE RECURSOS MATERIAIS E INSUMOS.</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • projeto para adequação de ambiente (ambiência); • acolhimento. | <p>Adequação de áreas físicas, seguindo o conceito de ambiência.</p> | <p>1. Projeto arquitetônico elaborado e executado com adequações nos ambientes, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ sinalização adequada, com identificação dos setores e orientando a movimentação geral do usuário no Serviço; ■ acesso para deficientes; ■ salas de espera com ambiente acolhedor, assentos em número suficiente, equipamento audiovisual ativo, e com disponibilidade de brinquedos nos casos de serviços para crianças; ■ área de recepção com espaço suficiente e disposição adequada de modo a permitir fácil movimentação do usuário e trabalhadores; ■ consultórios adequados, com conforto e privacidade visual e auditiva; ■ instalações sanitárias para usuários e trabalhadores adequadas e com higienização constante; ■ sala de reuniões; ■ sistema de telefonia que atenda de modo suficiente às necessidades do usuário e dos trabalhadores; ■ equipamentos e instalações atendendo às normas de segurança e higiene previstas em legislações específicas; ■ disponibilidade de vestuário e equipamentos de proteção individual para os trabalhadores; ■ certificados atualizados de qualidade da água consumida; ■ armazenamento e remoção adequados dos produtos residuais e lixos específicos; <p>2. Telefones públicos instalados nas dependências da unidade</p> |
| | <p>Adequação, incorporação e disponibilização de recursos materiais, conforme necessidades dos projetos e atividades.</p> | <p>3. Reformas específicas e incorporação de materiais complementares para os serviços, atrelados a projetos e atividades específicos.</p> <p>4. Outros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ n.º e % de materiais, equipamentos e insumos de rotina indisponíveis no serviço; ■ n.º e % de equipamentos danificados; ■ tempo médio transcorrido entre a solicitação e a realização de serviços de reparos considerados essenciais; ■ % de medicamentos que estouraram o estoque mínimo/mês; ■ tempo médio transcorrido entre a solicitação de um serviço de transporte e o seu atendimento; ■ % de demandas de transporte atendidas. |

continua

| OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS) | DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO | INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO) |
|---|--|--|
| <p>VIII) PROMOVER QUALIFICAÇÃO E OTIMIZAÇÃO DO TRABALHO, A PARTIR DE INSTRUMENTOS SISTEMÁTICOS DE AVALIAÇÃO.</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • monitoramento e avaliação; • contratos de gestão. | <p>Estratégias de qualificação do processo de trabalho e das ações, considerando políticas e instrumentos de avaliação e utilização da informação.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema implementado de gestão e avaliação baseados em desempenho/ metas, e comissão de avaliação de desempenho instituída, com participação dos trabalhadores. 2. Estratégias implementadas de monitoramento e avaliação do funcionamento da referência e contra-referência. 3. Estabelecimento sistemático de metas a serem alcançadas com as ações desenvolvidas na unidade, incluindo grupos operativos, atividades educativas e outros. 4. Apresentação mensal de relatórios, com análises dos indicadores de produção e resultados dos serviços. 5. % de encaminhamentos para especialistas com preenchimento adequado do instrumento de referência, conforme protocolo. 6. Alimentação regular dos sistemas de informação padronizados pelo SUS 7. % de ESF que utilizam os sistemas de informação padronizados pelo SUS (SIAB e outros) para planejamento das ações. 8. Preenchimento regular de boletins de DNC. 9. Sistema implementado para notificação e comunicação de acidentes de trabalho de usuários e trabalhadores. 10. 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. 11. % de prontuários com procedimentos registrados em acordo com rotinas protocolares. 12. % de prontuários auditados com e sem irregularidades. 13. Estratégias implementadas de monitoramento da prescrição de medicamentos, com emissão e repasse para os médicos de relatórios mensais com perfil de prescrições e custos. 14. Estratégias implementadas de monitoramento da solicitação de exames complementares, com emissão e repasse para os médicos de relatórios mensais com perfil de exames solicitados, custos e percentuais de resultados alterados (e normais). 15. Manuais de procedimentos e normas documentadas e conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento do transporte. 16. Manuais de procedimentos e normas conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento da higienização da unidade. 17. 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. |

ALGUNS INDICADORES QUE PODEM SER UTILIZADOS COMO VARIÁVEIS DEPENDENTES EM AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO E RESULTADOS

Nos quadros seguintes incluem-se situações e indicadores que são ou podem ser utilizados no cotidiano dos serviços em diferentes circunstâncias, inclusive para monitoramento de custos, produção e produtividade, além do dimensionamento da organização e repercussão dos serviços em diferentes vertentes. Tais indicadores podem também compor avaliações de desempenho e de resultados/impacto, sendo analisados à luz de intervenções que estejam relacionadas à humanização. Compreendem-se esses indicadores como variáveis dependentes, na medida em que podem ser analisados como efeitos a partir de intervenções realizadas (direta ou indiretamente relacionadas à humanização). Reafirma-se que nossa preocupação recai não somente no alcance desses indicadores, mas especialmente no modo de sua produção, por si mesmo trazendo embutidos vários outros indicativos de processos e movimentos que as equipes realizam quando se propõe a discussão em torno de metas a serem pactuadas coletivamente.

(Obs.: para melhor entendimento do contexto desses indicadores, ver antes as matrizes de indicadores de processo e também os textos que abordam marcos referenciais e perspectivas de avaliação no âmbito da PNH)

EXEMPLOS DE SITUAÇÕES E INDICADORES A SEREM UTILIZADOS COMO VARIÁVEIS DEPENDENTES ATENÇÃO HOSPITALAR

- Produção e produtividade do serviço e dos trabalhadores (n.º de atendimentos e procedimentos gerais e específicos por setores/unidades funcionais);
- Redução do tempo médio de espera (em %), considerando os diferentes procedimentos, nas diferentes unidades de produção;
- Taxas de ocupação de leitos (n.º pacientes-dia sobre n.º leitos-dia);
- Médias de permanência (tempo ou prazo médio de internação) (= n.º pacientes-dia sobre n.º pacientes-egressos);
- Índice de intervalo de substituição (% de desocupação X média de permanência em dias sobre % de ocupação);
- Giro de rotatividade ou índice de renovação (n.º de saídas sobre n.º de leitos);
- Tendências quanto à solicitação de exames complementares (% de redução de solicitação de exames);
- % de exames laboratoriais repetidos sem o recebimento do último resultado;
- % de prescrições em desacordo com os protocolos;
- % de exames solicitados em desacordo com os protocolos;
- % de exames repetidos por laudo duvidoso ou questionado;
- Taxas de cirurgias realizadas;
- Taxas de cirurgias canceladas, segundo motivos selecionados;
- Tempo médio de espera p/ cirurgias eletivas (a partir da internação);
- % de primeiras cirurgias iniciadas no horário previsto;
- % de visita pré-anestésica realizada antecipadamente nas cirurgias eletivas;
- Tendências temporais quanto a reinternações de casos (% de redução de reinternações);
- Taxa de re-operação;
- Proporção de cesáreas;
- % de índices de apgar considerados satisfatórios;

continua

continuação

- % de recém-nascidos que permanecem internados e em aleitamento materno exclusivo (e não-exclusivo);
- Taxas de infecção hospitalar (nos diferentes setores);
- Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar;
- Taxas de mortalidade hospitalar;
- Taxa de mortalidade materna;
- Taxa de mortalidade neonatal;
- Taxa de mortalidade intra-operatória;
- Taxa de acidentes com material biológico entre trabalhadores;
- Taxa de acidentes com perfurocortantes entre trabalhadores;
- Incidência de doenças relacionadas ao trabalho (por tipos de doenças);
- Incidência de acidentes de trabalho (por tipos de acidentes);
- Prevalência de doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho;
- Prevalência de afastamentos do trabalho por doenças ocupacionais e acidentes de trabalho;
- % de absenteísmo de trabalhadores por quaisquer motivos;
- % de absenteísmo de trabalhadores por motivos selecionados;
- % de licenças do trabalho por motivos selecionados;
- % de licenças prolongadas (> 60 dias);
- % de aumento ou redução de gasto (direto e estimado) por internação;
- % de aumento ou redução de gasto total estimado por cirurgia;
- Satisfação: % de usuários e trabalhadores, segundo grau de satisfação com os serviços e atendimentos;
- % de aumento do grau de satisfação dos usuários e trabalhadores ou;
- % de redução do grau de insatisfação dos usuários e trabalhadores.

**EXEMPLOS DE SITUAÇÕES E INDICADORES
A SEREM UTILIZADOS COMO VARIÁVEIS DEPENDENTES
ATENÇÃO BÁSICA**

- Produção e produtividade do serviço e dos trabalhadores (n.º de atendimentos e procedimentos gerais e específicos);
- % de aumento de atendimentos de casos agudos;
- % de aumento de casos agudos acolhidos e resolvidos no serviço;
- % de aumento na cobertura de programas oferecidos pela unidade;
- % de aumento de gestantes capturadas para pré-natal no 1.º trimestre de gravidez;
- % de aumento de usuários de grupos de risco cadastrados e acompanhados na unidade;
- % de aumento de captação de casos novos de agravos (grupos de risco);
- % de aumento de captação de faltosos de usuários de grupos de risco;
- % de redução do tempo médio de espera para: (i) primeiro atendimento/acolhimento; (ii) atendimento de caso agudo; (iii) outros atendimentos, conforme classificação de risco;
- % de aumento ou redução de usuários atendidos e encaminhados para consultas especializadas;
- % de aumento de gestantes que foram encaminhadas pela unidade para maternidades de referência e que conseguiram internação;
- % de redução de solicitação de exames complementares;
- % de redução de exames laboratoriais repetidos sem o recebimento do último resultado;
- % de resultados de exames complementares normais e alterados;
- % de redução de prescrições em desacordo com os protocolos;
- % de redução de exames solicitados em desacordo com os protocolos;
- % de redução de exames repetidos por laudo duvidoso ou questionado;
- Número absoluto de óbitos em menores de 1 ano;
- N.º e taxa de mortalidade infantil por diarreia e IRA;

continua

continuação

- Mortalidade infantil proporcional por diarreia e IRA;
- Taxa de mortalidade materna em mulheres em geral, comparadas com taxa em gestantes atendidas pelas equipes de saúde da família;
- % de redução de internações por causas evitáveis;
- Taxa de internação por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de 5 anos de idade;
- Taxa de internação por diarreia em menores de 5 anos de idade;
- Prevalência de desnutrição em < 1 ano;
- % de nascidos vivos com baixo peso ao nascer;
- % de crianças de risco menores de 1 ano e acompanhadas, e que foram internadas;
- % de gestantes menores de 20 anos de idade;
- % de redução de consultas médicas de pacientes de grupos de risco que participam de atividades de grupo;
- % de redução de consultas médicas de pacientes de grupos de risco que participam de atividades de promoção;
- % de redução de encaminhamentos para serviços hospitalares;
- % de internações e reinternações de usuários em atenção domiciliar;
- % de redução de reinternação de usuários inscritos na unidade de saúde;
- % de pacientes com TBC diagnosticados pelas ESF, com tratamento completado;
- % de pacientes com hanseníase diagnosticados pelas ESF, com tratamento completado;
- % de abandono de tratamento por TBC;
- % de abandono de tratamento por hanseníase;
- Taxa de acidentes com material biológico entre trabalhadores;
- Taxa de acidentes com perfuro-cortantes entre trabalhadores;
- Incidência de doenças relacionadas ao trabalho (por tipos de doenças);
- Incidência de acidentes de trabalho (por tipos de acidentes);
- Prevalência de doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho;
- Prevalência de afastamentos do trabalho por doenças ocupacionais e acidentes de trabalho;
- Prevalência de afastamentos do trabalho por outros motivos;
- % de absenteísmo de trabalhadores por quaisquer motivos;
- % de absenteísmo de trabalhadores por motivos selecionados;
- % de licenças do trabalho por motivos selecionados;
- % de licenças prolongadas (> 60 dias);
- % de aumento ou redução de gasto total estimado com os procedimentos por usuário e famílias;
- % de usuários de grupos de risco que demonstram conhecimento sobre seu quadro clínico, medidas preventivas, posologia e efeitos dos medicamentos prescritos;
- % de pessoas que consideram que seus problemas foram resolvidos pela equipe de acolhimento;
- % de pessoas que consideram ter tido encaminhamento adequado para seus problemas pela equipe de acolhimento;
- Satisfação: % de usuários e trabalhadores, segundo grau de satisfação com os serviços e atendimentos;
- % de aumento do grau de satisfação dos usuários e trabalhadores ou;
- % de redução do grau de insatisfação dos usuários e trabalhadores;
- % de gestantes que estão concluindo pré-natal com domínio de informações sobre sinais de alarme obstétrico
- % de mães com domínio de informações sobre alimentação, vacinação e cuidados com a criança;
- % de puérperas com domínio de informações sobre sinais de alarme do recém-nascido;
- % de mulheres em idade fértil com domínio de informações sobre prevenção de câncer de mama e colo uterino.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA

Tanto as variáveis mais estruturadas e clássicas quanto os aspectos inovadores e de formatos menos estruturados presentes nas ações relacionadas à humanização, devem ser objeto de avaliações quantitativas e também de abordagens qualitativas, compondo diferentes tipos de desenhos avaliativos, como tem sugerido várias experiências e vários autores. Nesse sentido, no quadro seguinte também se encontram exemplos de eixos e situações que devem ser destrinchados em variáveis e objetos de avaliação, buscando-se análises em profundidade para descrição e explicação da dinâmica de organização do trabalho e dos fenômenos associados às ações implementadas.

| Alguns eixos e dimensões | |
|---|---|
| <p>→ Relações sociais e significados da ação social na ótica dos sujeitos (abordagens qualitativas com usuários e trabalhadores).</p> <p>→ Processo e organização do trabalho e manifestações de desgaste, sofrimento e manifestações de defesas dos trabalhadores (abordagens qualitativas, no enfoque da ergonomia e psicodinâmica do trabalho).</p> <p>→ Satisfação (usuários e trabalhadores).</p> | <p>Variáveis que descrevem e explicam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adesão a tratamento, frequência a procedimentos marcados e a outras atividades que venham compor projetos terapêuticos e projetos de saúde mais ampliados; • o que determina a procura do serviço e vinculação a ele; • atributos de qualidade do serviço, na percepção do usuário e dos trabalhadores; • atributos de qualidade e competência profissional, na percepção do usuário e dos trabalhadores; • mudanças de comportamento de usuários com relação a hábitos; • mudanças de comportamento de usuários com relação à autonomia, mediante doenças limitantes (e outras situações); • mudanças no comportamento em situação de trabalho (trabalhadores); • aspectos do processo e organização do trabalho e suas repercussões em termos de desgaste, sofrimento e defesas dos trabalhadores. <p>Mudanças e percepção dos usuários e trabalhadores sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - resolubilidade; - relações e interação na equipe; - estilos de condução e gestão do trabalho; - relações e interação com comunidade (tipos e formas de vínculos); - qualidade da relação profissional-usuário; - integração organizacional dos profissionais; - satisfação; - outros. |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS*: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Oficina HumanizaSUS*: política nacional da humanização: relatório final. Brasília, 2004.

CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec. 1991.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec. 1997.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em saúde*: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

DEMO, P. *Mitologias da avaliação*: de como ignorar, em vez de enfrentar problemas. Campinas, SP: Autores associados, 2002.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

HABICHT, J. P.; VICTORA, C. G. E.; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Epidemiological Association*, [S. l.], v. 28, p. 10-18, 1999.

HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em saúde*: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

_____. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação em Saúde para Debate*, [S. l.], v. 21, p. 29-35, 2000.

MALETTA, C. H. M. *Bioestatística e saúde pública*. Belo Horizonte: Editora Independente, 2000.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MORAES, I. H. S. *Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

NOVAES, M. H. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, p. 547-59, 2000.

RICO, E. M. et al. *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez; IEE/PUC-SP, 2001.

SANTOS FILHO, S. B. *Perspectivas da avaliação na política nacional de humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. Relatório de consultoria realizada para o Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

SILVA, L. M. V. da; FORMIGLI, V. L. A. A avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun. 2006.

VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. *Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários*. São Paulo: Hucitec, 1992.

VICTORA, C. G. Editorial: avaliando o impacto de intervenções em saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 5, n. 1, 2002.

VICTORA, C. G. et al. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão e acabamento)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, novembro de 2006

OS 0902/2006