



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Zannis Benevides de Andrade

**HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE EM SANTA CATARINA:
UM PANORAMA QUANTO À HUMANIZAÇÃO, ACESSO E
PARTICIPAÇÃO NAS DECISÕES**

**Florianópolis/SC
2016**

Zannis Benevides de Andrade

**HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE EM SANTA CATARINA:
UM PANORAMA QUANTO À HUMANIZAÇÃO, ACESSO E
PARTICIPAÇÃO NAS DECISÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Avaliação e Gestão Pública.

Orientadora:
Prof^a. Maria Cristina Marino Calvo, Dr^a.

**Florianópolis/SC
2016**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Andrade, Zannis Benevides de.

A553h Hospitais de pequeno porte em Santa Catarina: um panorama quanto à humanização, acesso e participação nas decisões /, Zannis Benevides de Andrade; Orientadora, Maria Cristina Marino Calvo. - Florianópolis, SC, 2016.

128p.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

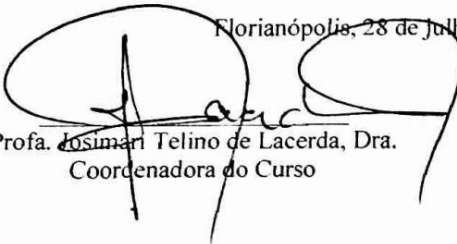
1.Hospitais de Pequeno Porte. 2. Humanização. 3. Acesso. 4. Participação. I. Calvo, Maria Cristina Marino. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Zannis Benevides de Andrade

**HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE EM SANTA CATARINA:
UM PANORAMA QUANTO A HUMANIZAÇÃO, ACESSO E
PARTICIPAÇÃO NAS DECISÕES**


Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Mestre (a) e pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 28 de Julho de 2016.




Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso

BANCA



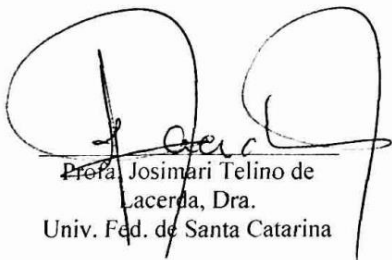
Prof. Maria Cristina Marino
Calvo, Dra.
UFSC (Orientador)



Prof. Douglas Francisco
Kovalski, Dr.
Univ. Fed. de Santa Catarina



Prof. Angela Maria Blatt Ortega,
Dra.
Sec. Do Estado de Saúde de SC
(SES/SC)



Prof. Josimari Telino de
Lacerda, Dra.
Univ. Fed. de Santa Catarina

Dedico essa dissertação a todos que usam os serviços de saúde no Brasil, a todos os profissionais de saúde do que cotidianamente dedicam suas energias para fazer a diferença no seu ambiente de trabalho, a todos os gestores que empenham suas forças para a construção e consolidação do sistema de saúde brasileiro público e de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Não é tão fácil colocar no papel todos os agradecimentos... cada instante, cada palavras de apoio e de interesse das pessoas amigas nos passam força para seguir em frente e concluir essa caminhada acadêmica.

Às forças e às energias superiores que me possibilitaram vivenciar esse momento de aprendizado e superação, que me possibilitou estar na turma que eu estive e conhecer pessoas maravilhosas e uma orientadora surpreendente.

Aos meus pais (Milton e Leci), que diariamente dedicam a mim amor incondicional e que torcem por minha felicidade e realizações nessa vida.

À Carol, minha irmã, companheira e amiga pelo apoio em todos os momentos. Agradeço por todo o amor e cuidado que vem tendo comigo.

À minha querida orientadora Cristina Calvo, pela paciência, escuta, dedicação, ajuda, apoio, calma, clareza, sabedoria, compreensão e tranquilidade durante a realização do mestrado. Para mim, você é um exemplo de mulher, um ser humano muito especial. Agradeço imensamente por ter sido sua orientanda.

À Rui, pelo amor, pelo apoio, pelo companheirismo e aprendizado nessa jornada.

À Jonas, que me apoiou nessa jornada e compartilhou comigo inúmeros momentos de alegrias e crises acadêmicas. Sua amizade para mim tem um valor inestimável.

À Cláudio Claudino, pelo apoio de perto ou de longe durante esse período e pelas infinitas risadas que me fez dar em todos esses anos de amizade.

Aos meus amigos e às minhas amigas que o mestrado me presentou, estar com vocês nesses anos foi uma das melhores coisas que aconteceu, um dos melhores presentes do mestrado. Em especial, Rodrigo, Estela, Gabi, Raquel e Geyson, os momentos com vocês são especiais dentro e fora da academia. Quero cultivar essa amizade sempre.

À Ana, à Luca e a toda a turma da Domingueira por compartilharem momentos tão lindos comigo e por fazerem meus

domingos mais leves, felizes e cheios de arte e música.

À Antonieta, minha tão querida e admirada professora de flauta, pela sabedoria, pela escuta, por me apoiar até quando tive que parar as aulas por um tempo para me dedicar ao mestrado. Os momentos com você são muito belos!

Aos colegas e amigos do HU/UFSC pela compreensão e ajuda durante o período de realização da dissertação. Em especial às enfermeiras da CCR1 pelas conversas, pelo apoio, pelas trocas de plantões.

Aos meus amigos de perto e de longe por terem feito mais leve. O apoio e a torcida de vocês foram muito importantes.

Aos integrantes do NEPAS, pelo conhecimento e experiências compartilhadas, pelo aprendizado acadêmico e pelos momentos de alegria e festa.

À UFMG por fornecer os dados para essa pesquisa.

Aos membros da banca de qualificação do projeto, Prof^ª Dr^a Josimari Telino Lacerda e Prof^ª. Dra. Cláudia Colussi pelas contribuições para melhor desenvolvimento do trabalho.

Aos membros da banca de defesa, agradeço por aceitarem participar desse momento importante e pelas contribuições.

Aos professores do PPGSC, por compartilhar seus conhecimentos, pelo aprendizado e pelas oportunidades de crescimento acadêmico.

ANDRADE, Zannis Benevides de. **Hospitais de pequeno porte em Santa Catarina**: um panorama quanto à humanização, acesso e participação nas decisões. 2016. 128f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Prof^ª. Maria Cristina Marino Calvo, Dr^ª.

Linha de Pesquisa: Avaliação e Gestão Pública.

RESUMO

Os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) são considerados serviços importantes do sistema de saúde brasileiro, estando diretamente relacionado ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O debate sobre a atenção hospitalar tem ganhado visibilidade devido à importância das unidades hospitalares na prestação de serviços à população, ao grande número de recursos utilizados e ao potencial desses serviços dentro do sistema de saúde. O objetivo desse estudo foi analisar os Hospitais de Pequeno Porte em Santa Catarina quanto aos dispositivos de humanização, acesso e participação nas decisões. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de caráter avaliativo, desenvolvido nos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) no Estado de Santa Catarina. O presente estudo faz parte de uma pesquisa elaborada, em 2013, pela Universidade Federal de Pelotas/ RS, Aquares – Acesso e qualidade na rede de saúde, Universidade Federal de Minas Gerais e o Observatório de Recursos Humanos na Saúde. Foram analisados os dados de 99 hospitais com até 50 leitos do estado e consideradas as dimensões Humanização, Acesso e Participação nas decisões. Na Dimensão Humanização, a maior parte dos HPP obteve classificação regular. Nas Dimensões Acesso e Mecanismos de Participação, a maior parte dos HPP recebeu classificação ruim. Na Classificação Geral dos HPP, considerando todas as dimensões, a maioria dos HPP foi classificada como ruim. Os resultados apresentados evidenciam que os HPP de Santa Catarina precisam avançar para fornecer atendimento humanizado, melhorar o acesso e propiciar maior participação nas decisões, estimulando o controle social na gestão dos serviços e implementação da democratização.

Palavras-Chave: Hospitais de Pequeno Porte. Humanização. Acesso. Participação.

ABSTRACT

The Small Hospitals (HPP) are considered important services of the Brazilian health system and is directly related to the consolidation of the Unified Health System (SUS). The discussion about hospital care has gained visibility because of the importance of hospitals in providing services to the population, the large number of resources used and the potential of these services within the health system. The aim of this study was to analyze the Small Hospitals in Santa Catarina as the humanization, access and participation in decisions. This is an exploratory, descriptive and evaluative character, developed in Small Hospitals (HPP) in the state of Santa Catarina. This study is part of an elaborate research in 2013, the Federal University of Pelotas / RS, Aquares. - Access and quality in the health system, Federal University of Minas Gerais and the Observatory of Human Resources in Health. Ninety-nine hospitals of the state were analyzed in terms of humanization, access and participation in decisions. In the Dimension Humanization, the majority of HPP obtained a regular classification. In Access and Participation Mechanisms Dimensions, most HPP received bad rating. In the General Classification of HPP, considering all dimensions, most HPP was classified as bad. The study results indicate that the HPP of Santa Catarina need to move forward to provide humane care, improve access and encourage greater participation in decisions, encouraging social control in the management of services and implementation of democratization.

Keywords: Small Hospitals. Humanization. Access. Participation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Tópicos gerais e subtópicos do questionário aplicado aplicados in loco.....	59
Quadro 2: Classificação dos hospitais de acordo com a prestação de serviços (SUS e Privados) e as variáveis natureza jurídica, perfil da clientela e percentual de leitos SUS.....	61
Quadro 3: Dimensões, Subdimensões e Medidas utilizadas no estudo.	62
Quadro 4: Parâmetros para análise da dimensão Humanização.	64
Quadro 5: Parâmetros para análise da dimensão Acesso.....	65
Quadro 6: Parâmetros para análise da dimensão Mecanismos de Participação.	66
ARTIGO:	
Quadro 1: Dimensões, Subdimensões e Medidas utilizadas.	71

LISTA DE TABELAS

Artigo:

- Tabela 1:** Percentuais dos HPP- SUS, percentuais de HPP- Privados e percentuais do total de HPP segundo medidas presentes em subdimensões e dimensões..... 73
- Tabela 2:** Percentual de HPP SUS e de HPP Privados de acordo com classificação Bom, Regular e Ruim segundo dimensões e subdimensões..... 75
- .

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	- Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACR	- Acolhimento com Classificação de Risco
BLS	- Basic Life Support
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DOGES	- Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde
HPP	- Hospitais de Pequeno Porte
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PNH	- Política Nacional de Humanização
PNHAH	- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNHOSP	- Política Nacional de Atenção Hospitalar
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PPI	- Programação Pactuada e Integrada
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
RC	- Rede Cegonha
RUE	- Rede de Atenção às Urgências e Emergências
Scielo	- Scientific Eletronic Library Online
SAI/SUS	- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS	- Sistema de Internações Hospitalares do SUS
SUS	- Sistema Único de Saúde
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	OBJETIVOS	27
2.1	OBJETIVO GERAL.....	27
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	29
2.1	HUMANIZAÇÃO	29
2.1.1	Acolhimento	31
2.1.2	Atividades de brincar	33
2.1.3	Visita Aberta e Direito a Acompanhante.....	35
2.1.4	Valorização do Trabalhador.....	38
2.1.5	Acessibilidade.....	39
2.2	ACESSO.....	42
2.2.1	Redes de Atenção à Saúde.....	45
2.2.2	Regulação e Pactuações.....	49
2.3	MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO	52
2.3.1	Democratização da Gestão e Governança	52
2.3.2	Satisfação dos Usuários	54
3	METODOLOGIA	57
3.1	TIPO DE ESTUDO	57
3.2	AMOSTRA/ LOCAL DA PESQUISA	58
3.3	COLETA DE DADOS	59
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	60
4	RESULTADOS	67
4.1	ARTIGO “HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE EM SANTA CATARINA: DISPOSITIVOS DE HUMANIZAÇÃO, ACESSO E PARTICIPAÇÃO NAS DECISÕES”	67
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS	89

APÊNDICE

APÊNDICE A – Artigos utilizados no trabalho pesquisados na base dados Scielo..... 113

ANEXOS

ANEXO A – Lista de hospitais de pequeno porte em Santa Catarina por município e Região de Saúde..... 119

ANEXO B – Questões selecionadas do questionário geral para compor a pesquisa 123

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a rede de atenção hospitalar, que foi construída ao longo de décadas, possui uma heterogeneidade na qual há uma grande concentração de trabalhadores e recursos em grandes hospitais em cidades de médio e grande porte e de pequenos hospitais espalhados pelo interior em cidades com baixa densidade populacional. Além disso, há um desequilíbrio regional favorecendo o sul e sudeste e diferentes formas de organização, gestão e oferta de serviços hospitalares (LÓPEZ, 2004).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os hospitais devem prestar atendimento de urgência e emergência e de condições que exigem internação, funcionar com eficiência e qualidade e possuir tecnologias e estrutura física compatíveis com suas funções e que seja acolhedor para os usuários (WHO, 2000). A atenção hospitalar tem sido muito debatida devido à importância que os hospitais possuem na prestação de serviços, à quantidade considerável de recursos humanos, tecnológicos e financeiros que agregam e ao papel que podem exercer na organização das redes de atenção (LÓPEZ, 2004).

No artigo 3º da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) os hospitais são definidos como:

Instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. (BRASIL, 2013a).

O Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde divide os hospitais brasileiros em quatro tipos seguindo alguns parâmetros, entre eles, o número de leitos. De acordo com a Portaria nº. 2.224, de 05 de dezembro de 2002 que instituiu esse sistema, os hospitais são classificados como de pequeno porte (com menos de 50

leitos), médio porte (de 50 a 149 leitos), grande porte (de 150 a 499 leitos) e porte especial (acima de 500 leitos) (BRASIL, 2002a). Essa portaria foi revogada em 2004 pela Portaria n°. 350, de 10 de março de 2004 (BRASIL, 2004c). No entanto, muitos estudos têm utilizado esses parâmetros de classificação, pois não há outra classificação em relação ao porte hospitalar, a exemplo de Corrêa (2009) que estudou Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e a segurança do paciente.

Os HPP são considerados elementos importantes no processo de reformulação do sistema de saúde brasileiro e na consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde). Através destes, pretende-se favorecer o processo de descentralização e de regionalização com a organização de redes de atenção à saúde, garantindo o acesso qualificado aos serviços e a continuidade da atenção prestada na atenção básica e média complexidade. Considerando a importância desses estabelecimentos, em 2004, foi instituída a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte através da Portaria GM/MS n° 1.044/2004 (BRASIL, 2004a).

Em relação a essa política, os HPP deverão adequar o seu perfil assistencial, preferencialmente, para as especialidades básicas (clínica médica, pediatria e obstetrícia), saúde bucal (especialmente urgências odontológicas), pequenas cirurgias e urgência e emergência. Além disso, caberá a esses estabelecimentos participar das principais políticas do SUS e colaborar para a estruturação das redes de cuidados, participar da Política Nacional de Humanização (PNH) e manter sob a regulação do gestor local do SUS a totalidade dos serviços contratados (BRASIL, 2004a).

Em 2013, quando foi instituída pelo Ministério da Saúde a PNHOSP através da Portaria N° 3.390/2013, foram estabelecidas as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS (BRASIL, 2013a). Em seu artigo 4° dispõe:

Os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da rede de atenção à saúde loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

Ugá e López (2007) realizaram estudo sobre os HPP brasileiros considerando os aspectos relacionados à distribuição geográfica, à natureza jurídica, ao tipo de unidade sanitária, à estrutura e à produção de serviços. Nesse trabalho, afirmaram que os HPP de até 50 leitos representavam cerca de 60% da rede hospitalar brasileira e 18% dos leitos existentes além de estarem localizados, em sua maioria, em pequenos municípios do interior do país. Esses hospitais apresentam baixa taxa de ocupação (32,8%), no entanto, trata-se de um segmento estratégico devido ao número, à distribuição no país e ao papel que ele pode desempenhar para consolidação da integralidade e resolubilidade no SUS.

Nesse mesmo estudo, é afirmado que 78% desses hospitais realizavam internações para o SUS. No entanto, 57% da totalidade desses hospitais eram privados e, entre estes, 39% do total eram entidades privadas com finalidade lucrativa enquanto 16% eram beneficentes sem finalidades de lucro. Em relação aos HPP públicos (43%), havia predominância de estabelecimentos sob administração direta da saúde (42%), a maior parte pertencia à esfera municipal, estando sob gestão estadual (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

Existem deficiências em relação à gestão dos HPP, pois o governo não realizou ações regulatórias para a abertura dos hospitais no Brasil. Do ponto de vista do financiamento, há um endividamento, pois o SUS baseia-se no pagamento por produção e como os procedimentos que esses hospitais realizam são mais baratos (baixa e média complexidade). Em relação aos recursos humanos, há falta de profissionais de saúde (médicos e de enfermagem) e da administração pois os municípios de pequeno porte muitas vezes não são atrativos para esses profissionais (CORRÊA, 2009).

López (2004) problematiza e propõe nova definição para o papel dos HPP no sistema de saúde. Para essa autora, os HPP devem agregar resolutividade ao sistema de saúde, garantir continuidade de assistência entre os demais níveis de assistência, contribuir para a organização do sistema de referência e contra-referência, estimular o controle social nos serviços de saúde, adequar o fluxo de demanda por internações, induzir a descentralização entre outros aspectos. Destaca-se também a potencialidade que os HPP possuem para responder às demandas locais de saúde, especialmente os atendimentos de urgência, emergência e partos, garantindo a complementariedade entre rede básica e o hospital (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

Frente a essas potencialidades, à importância desses hospitais nos diversos contextos (local, regional, estadual e nacional) e à necessidade

de implantação e articulação das redes de atenção, é imprescindível discutir o papel desses estabelecimentos no SUS e desenvolver estudos com o objetivo de identificar fragilidades e possibilidades de atuação e inserção desses hospitais na rede de atenção. Além disso, é relevante caracterizar os HPP visando garantir melhoria do acesso, da qualidade do cuidado, da humanização dos serviços, da democratização da gestão, da resolutividade e de outros aspectos visto que os hospitais continuam sendo um importante componente dos serviços de saúde.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) existem no Brasil 3.524 estabelecimentos públicos e privados com até 50 leitos sendo que 2.724 oferecem leitos ao SUS. A maior parte dos que possuem natureza pública pertencem à esfera municipal. Foi realizado esse recorte de porte hospitalar para o estudo, pois essas unidades estão distribuídas em todas as regiões brasileiras e, realizando-se uma análise dos dados de produção do SIA - SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS) e SIH – SUS (Sistema de Internações Hospitalares do SUS), há similaridade nas principais causas de internação podendo-se afirmar que possuem comportamentos assistenciais e administrativos idênticos (BRASIL, 2013d).

Esse estudo é derivado de uma pesquisa de maior abrangência elaborada em 2013, que está sendo realizada pelo Ministério da Saúde sobre avaliação dos HPP no Brasil intitulada “Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros – Diagnóstico, Avaliação e Espacialização”. De forma mais restrita, esse estudo abordará aspectos relativos à humanização, ao acesso e aos mecanismos de participação social nos HPP do Estado de Santa Catarina.

A humanização e a melhoria do acesso aos serviços de saúde de forma resolutiva e com qualidade aliados à escuta e participação dos usuários nas ações de construção dos serviços de saúde representam uma forma de reconhecimento do exercício de cidadania dos que constroem o sistema de saúde e uma forma de superação das barreiras existentes no mesmo. Considera-se que acesso, acolhimento, resolutividade, vínculo, unidades e serviços bem estruturados estão relacionados com maior democratização, participação social e envolvimento de sujeitos no sistema de saúde. No entanto, a mudança do processo de trabalho e o cuidado centrado no usuário muitas vezes encontram barreiras como a forma em que estão organizados os serviços (SOPELETE; BISCARDE, 2013).

Portanto, tem-se como um desafio a construção de “trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos”, a “valorização dos diferentes sujeitos implicados

no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” e a autonomia e o protagonismo dos mesmos bem como o trabalho multiprofissional e a formação de redes de atenção (BRASIL, 2004e). Esse desafio está em consonância com Schraiber (1995) que afirma que a construção dos sistemas de saúde envolve a cidadania, as relações usuários-serviços, as relações de poder nos espaços e a participação e o controle social.

1.1 PERGUNTA

Os HPP de Santa Catarina fazem uso de recursos que garantem a humanização, o acesso e a participação nas decisões?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os Hospitais de Pequeno Porte em Santa Catarina quanto ao uso de recursos para garantia de humanização, acesso e participação nas decisões.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Categorizar os hospitais quanto ao perfil da clientela, natureza jurídica e percentual de leitos para o SUS, diferenciando-os entre SUS e privado;
- Identificar os dispositivos de humanização da assistência;
- Identificar a adesão a programas e políticas que facilitem o acesso da população;
- Identificar a existência de mecanismos de participação nas decisões.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 HUMANIZAÇÃO

O tema humanização começou a ser inserido nas agendas das políticas públicas de saúde em 2000 com a XI Conferência Nacional de Saúde, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” (BENEVIDES, PASSOS, 2005a). É importante ressaltar que entre 1999 e 2002 foram propostas várias ações e programas que abordavam a humanização, entre eles programas de humanização do parto, vinculado à saúde da mulher e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Este foi lançado em 2001 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento aos usuários através de mudanças nos processos de trabalho, valorizar os profissionais que atuam nos hospitais e aumentar a satisfação tanto dos usuários quanto dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2001a; 2011a; BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003, deixando de ser um programa específico, com o objetivo de colocar em prática os princípios do SUS e promover mudanças no modo de gerir e cuidar em saúde (BRASIL, 2013c). A humanização deve estar presente em todas as políticas e programas de saúde do SUS e não se refere somente à melhoria das condições gerais de atendimento aos usuários do serviço, mas também à satisfação das necessidades dos usuários e de sua família não focando somente a doença e o profissional de saúde. Além disso, propõe a inclusão de trabalhadores, de usuários do sistema de saúde e de gestores na gestão e na produção do cuidado (BRASIL, 2013c; LÓPEZ, 2004).

A PNH é norteada por princípios e diretrizes. Os princípios que a norteiam são a **Transversalidade**, a **Indissociabilidade entre Atenção e Gestão** e o **Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia dos Sujeitos e Coletivos**. A **transversalidade** dispõe que a humanização deve estar presente em todas as políticas e programas do SUS. A **Indissociabilidade entre Atenção e Gestão** dispõe que as decisões da gestão interferem diretamente na atenção, por isso, os trabalhadores e os usuários devem conhecer e participar dos processos de decisão. Por fim, o **Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia dos Sujeitos e**

coletivos reconhece cada pessoa como cidadã que possui direitos, valorizando e incentivando sua participação na produção de saúde (BRASIL, 2013c).

As diretrizes que norteiam a PNH são o **Acolhimento**, a **Gestão Participativa e a Cogestão**, a **Ambiência**, a **Clínica Ampliada e Compartilhada**, a **Valorização do Trabalhador** e a **Defesa dos Direitos dos Usuários**. O **Acolhimento** se refere ao reconhecimento e escuta das necessidades de saúde dos usuários e à construção de confiança, compromisso e vínculo entre a equipe e o serviço e entre a equipe e os usuários. A **Gestão Participativa e a Cogestão** dizem respeito à criação de espaços que possibilitem a atuação dos usuários nas análises e decisões da gestão e na ampliação das atividades dessa bem como a participação ativa dos usuários e familiares nas decisões cotidianas das unidades (BRASIL, 2013c).

A **Ambiência** preconiza a criação de espaços confortáveis e acolhedores que respeitem a privacidade do paciente. A **Clínica Ampliada e Compartilhada** se refere a uma ferramenta que propõe uma abordagem clínica que considere a singularidade de cada usuário no processo saúde-doença. A **Valorização do Trabalhador** trata da inclusão e participação dos trabalhadores nas decisões da gestão. Por último, a **Defesa dos Direitos dos Usuários** dispõe sobre o reconhecimento e a garantia dos direitos dos usuários garantidos por lei (BRASIL, 2013c).

A atenção humanizada em consonância com a PNH está presente como uma diretriz da Política Nacional de Atenção Hospitalar (BRASIL, 2013a). No caderno do HumanizaSUS são propostas diretrizes por nível de atenção para a implementação da PNH. Para a atenção especializada/hospitalar é necessário garantir agenda extraordinária considerando riscos e necessidades dos usuários, estabelecer critérios claros de acesso aos serviços, otimizar o atendimento do usuário aos diferentes profissionais e ações terapêuticas necessárias e definir protocolos clínicos para evitar intervenções desnecessárias aos usuários (BRASIL, 2004b).

Nesse mesmo documento, prevê-se a existência dos seguintes parâmetros para adesão à PNH: Grupo de Trabalho de Humanização, visita aberta respeitando as peculiaridades de cada setor e do paciente, acolhimento dos usuários, mecanismos de escuta de usuários e profissionais ou ouvidoria, equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico e enfermeiro e com a garantia de horário pactuado para atendimento ao usuário e à família, mecanismos de desospitalização e garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e

contra-referência (BRASIL, 2004b).

A proposta de humanização recebeu críticas que a denunciava como uma iniciativa que, na maioria das vezes, não questionava o modelo de atenção e gestão tradicional. Outros críticos apontavam que a humanização era a repetição do princípio da integralidade. No entanto, a humanização deve ser considerada um meio para colocar em prática os princípios do SUS nas práticas de saúde, devendo estar presente tanto na gestão quanto na atenção à saúde, sendo uma política transversal (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

O discurso do Ministério da Saúde (MS) sobre a humanização da assistência hospitalar está associado a quatro significados importantes: a oposição à violência, a capacidade de oferecer atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento, a melhoria das condições de trabalho do cuidador e a ampliação do processo de comunicação (DESLANDES, 2004).

Para haver melhoria da qualidade nos serviços de saúde, a humanização deve estar presente como elemento essencial e deve ser um processo de subjetivação que se efetiva com mudança dos modelos de atenção e de gestão do SUS, onde os sujeitos constroem novas práticas de saúde (CARVALHO *et al*, 2008; BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Muitas instituições hospitalares em todo o Brasil começaram a aderir aos diversos dispositivos de humanização e a desencadear mudanças no processo de trabalho tais como a gestão participativa, a visita aberta e o direito ao acompanhante, mudanças nas maternidades e nos serviços de emergência, o acolhimento e o trabalho multidisciplinar (BRASIL, 2011a).

3.1.1 Acolhimento

O acolhimento na saúde é uma diretriz ética/estética/política que compõe os modos de produzir saúde e uma ferramenta que possibilita escuta qualificada, construção de vínculo e acesso resolutivo aos serviços (BRASIL, 2010a). Na PNHOSP, o acolhimento é definido como “a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade” (BRASIL, 2013a).

O acolhimento não se refere somente à recepção do usuário no serviço de saúde, mas a todo o processo de atenção até a resolução do problema apresentado. Para expressar uma postura de acolhimento, os

profissionais de saúde podem se aproximar e cumprimentar os usuários de serviços e prestar um atendimento individualizado demonstrando envolvimento e comprometimento em relação aos problemas apresentados. Além disso, essa mudança na forma de atuação deve proporcionar a reorganização do processo de trabalho e garantir resolutividade dos problemas dos usuários dos serviços de saúde do SUS, garantindo o cumprimento das diretrizes desse sistema (universalidade, integralidade e equidade) e o estabelecimento de relação com outros serviços de forma hierarquizada e regionalizada (CARVALHO *et al.*, 2008; MATUMOTO,1998; CAMELO *et al.*, 2000).

No entanto, muitos trabalhadores não se percebem enquanto sujeitos produtores do acolhimento, realizando o trabalho técnico como se fosse algo externo a eles e, muitas vezes, não recebem orientações para realizar o acolhimento nos serviços em que trabalham (MATUMOTO, 1998; CAMELO *et al.*, 2000).

Os profissionais de saúde afirmam que fatores como ambiente acolhedor e humano, privacidade, segurança e conforto ao usuário, acolhimento do acompanhante e acolhimento e classificação de todos os pacientes são favoráveis ao Acolhimento com Classificação de Risco (ACR). Há problemas na referência e contrarreferência, priorização dos casos e comunicação entre a equipe, necessitando de melhoria na estrutura e no processo de trabalho (VITURI *et al.*, 2013).

Vale ressaltar que a implementação do ACR causou impacto na rotina dos serviços, pois é realizada a identificação dos riscos do paciente e determinado prioridades, o que leva a discussão do papel do hospital e de outros níveis de assistência (FERNANDES; LIMA; RIBEIRO, 2012; MORI; OLIVEIRA, 2014). Além disso, a implantação do acolhimento e do ACR possibilitou a realização de capacitação da equipe médica e de enfermagem sobre Basic Life Support (BLS) e a difusão de informações à população, funcionando como uma ferramenta que possibilita escuta, vínculo, acesso com responsabilização e resolutividade (MORI; OLIVEIRA, 2014).

A implantação do acolhimento proporciona o processo de humanização com o envolvimento de familiares nos cuidados, construção de vínculo entre profissionais e pacientes e mudanças de percepção na equipe de trabalho em relação ao paciente e família (MORSCH; DELAMONICA, 2005). Portanto, o acolhimento é uma ferramenta que possibilita a humanização e aponta para mudança de modelo de atenção de atenção à saúde - modelo neoliberal para modelos vindos do movimento sanitário (DESLANDES, 2004).

3.1.2 Atividades de brincar

O país que inicialmente mais valorizou o brincar e as atividades de brincar em hospitais foi a Suécia. Após algumas experiências que demonstravam o valor do brincar na vida das crianças hospitalizadas visto que essas se recuperavam mais rápido e estavam mais dispostas para o tratamento, foi criada uma lei em 1977 que obrigava todos os hospitais suecos infantis a adotarem a terapia do brincar/ brinquedoteca (CUNHA, 1988; VEIGAS, 2008).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar propõe ações que valorizem a dimensão subjetiva das práticas nos serviços de saúde do SUS e diminua os efeitos negativos da internação hospitalar (BRASIL, 2001a). Em consonância com essa proposta, foi criada a Lei nº 11.104/2005 que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Nessa lei, a “brinquedoteca é considerada como um espaço provido de brinquedos e jogos educativos destinados a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar” (BRASIL, 2005a). Em 2013, a PNHOSP dispôs que durante a assistência hospitalar, dever ser assegurado o direito de brincar e de estudar de crianças e adolescentes (BRASIL, 2013a).

O brincar é um direito de qualquer criança, mesmo em situação de internação, e reconhecer esse direito demonstra preocupação com a formação dos seres humanos adultos. As brinquedotecas em hospitais têm como objetivos auxiliar na recuperação da criança hospitalizada e amenizar os traumas psicológicos que a internação pode causar por meio de atividades lúdicas (KISHIMOTO, 1998).

Hoje, a presença de brinquedotecas em hospitais está se tornando uma realidade no Brasil e tem possibilitado a humanização no ambiente hospitalar, pois através de brincadeiras, crianças e adolescentes aprendem, exploram, descobrem o mundo à sua volta, socializam e interagem com os profissionais e com os familiares, possibilitando melhor enfrentamento da situação de adoecimento em que se encontram (NOFFS; CARNEIRO, 2010).

O brincar ou o jogar são ações desenvolvidas durante a infância. Através das brincadeiras, as crianças manifestam as representações do seu mundo. Essas atividades podem ser desenvolvidas dentro dos hospitais e possibilitará a interação com outros pacientes e a ressignificação dos sentimentos vividos durante a internação, tornando-a menos traumática e fazendo com que o tratamento e a doença sejam

aceitos (FONTES, 2012).

Muitos traumas decorrentes de internações durante a infância podem comprometer o emocional temporariamente ou para sempre. Muitas crianças desenvolvem medo de pessoas “vestidas de branco”, aumentam o grau de estresse e a desmotivação. Com a possibilidade de brincar no hospital, as crianças podem resgatar a auto-estima, diminuir o sofrimento e ter uma melhor resposta ao tratamento. No entanto, apesar de já existirem leis regulamentando a existência de brinquedotecas em hospitais, não há uma fiscalização para que todos os hospitais que atendam crianças cumpram essa lei (FONTES, 2012).

Barbosa Junior (2008) realizou um estudo que buscou compreender os efeitos do brincar na criança em tratamento de câncer e observou que o brincar melhora a auto-estima, auxilia crianças a expor as angústias, propicia a transição dos momentos de desconforto para os de conforto e momentos de sorrisos.

Fontes (2012) fez uma análise da brinquedoteca enquanto espaço utilizado para a prática do brincar e como instrumento para a proposta de humanização no ambiente hospitalar no Hospital Regional Amparo de Maria, no município de Estância (Sergipe). De acordo com o relato dos profissionais entrevistados, houve melhora na qualidade do tratamento e na redução do tempo de internação das crianças.

A visão de familiares sobre as atividades de brincar com crianças hospitalizadas mostra que essas atividades acalmam as crianças, reduz o estresse e a ansiedade dos pais ou outro acompanhante, ajudam na adaptação à situação de internação que está sendo vivenciada e se apresenta como mais uma forma de comunicação entre mãe e filho. Além disso, a experiência do brincar durante a hospitalização contribui para o atendimento humanizado fornecido pelos hospitais (MORAES; BUFFA; MOTTI, 2009; JUNQUEIRA, 2003).

Alguns estudos ressaltam a importância das atividades de brincar com crianças com deficiências. Em relação às atividades lúdicas desenvolvidas com crianças com paralisia cerebral e suas mães, evidenciou-se que elas auxiliam no desenvolvimento infantil, possibilita a adaptação ao ambiente e resgata a confiança e a segurança de mãe e filho (GOMES; DUARTE, 2009). Resultado semelhante foi encontrado em estudo com crianças com deficiência auditiva e suas mães, no qual foi afirmado que as atividades de brincar favorecem o desenvolvimento e interação social (DOMINGUES; MOTTI; PALAMIN, 2008).

Estudos com crianças mostraram que a maioria gostaria de brincar no hospital, pois as aproxima da realidade que vivenciava antes da internação, por esse ser um meio que facilita a adaptação das mesmas

no ambiente hospitalar e que as ajudam no enfrentamento da doença e tratamento (MOTTA; ENUMO, 2004; COSTA JUNIOR; COUTINHO; FERREIRA, 2006). Em revisão bibliográfica sobre o brincar da criança do câncer, foi evidenciada os benefícios e a ação terapêutica do brincar e da inserção de atividades lúdicas nos hospitais o que vem contribuindo para o processo de humanização nesses espaços (AZEVEDO, 2011).

Na perspectiva dos profissionais, a aceitação e o reconhecimento da equipe e da instituição em que trabalham são fatores que facilitam o desenvolvimento das atividades de brincar. No entanto, eles apontam a necessidade de capacitação e permanência da equipe e de reconhecimento por outros profissionais para desenvolver esse trabalho, ressaltando ainda como dificuldade o conflito vivenciado no ambiente hospitalar com o desenvolvimento das atividades de brincar e o cuidado exigido em alguns quadros clínicos de doenças (MITRE; GOMES, 2007).

A forma como estão estruturadas as unidades hospitalares influencia a vivência de brincadeiras, a interação entre crianças, a autoestima e a capacidade de resolução dos problemas, pois ambientes bem estruturados propiciam a continuidade do desenvolvimento infantil (CARVALHO; BEGNIS, 2006). Nesse sentido, profissionais sinalizam a importância dos hospitais fornecerem infraestrutura adequada para a realização das atividades de brincar como material, condições de trabalho e espaço físico (MITRE; GOMES, 2007).

3.1.3 Visita Aberta e Direito a Acompanhante

A visita aberta e o direito a acompanhante são dois dos dispositivos da PNH. O primeiro tem como objetivo ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação a fim de manter o elo entre o paciente e sua rede social e os serviços de saúde favorecendo o processo de vínculo e reabilitação. O segundo garante a presença de uma pessoa junto ao paciente durante toda a internação no serviço de saúde. Ambos contribuem para a concretização da diretriz da PNH Clínica Ampliada e Compartilhada, pois possibilita o envolvimento da família e amigos no processo de cuidado e a autonomia dos envolvidos (BRASIL, 2007a).

A necessidade de considerar a visita aberta e o direito a acompanhante para colaborar com a concretização da humanização veio da mudança dos aspectos relacionados à lógica biologicista do cuidado e de como foram construídos os hospitais ao longo de décadas, onde a estrutura física e organizacional não permitia a presença de familiares e

amigos junto aos pacientes, fazendo com que estes perdessem parte ou toda a sua autonomia. A presença do acompanhante ou visitante no ambiente hospitalar pode proporcionar maior atuação dos usuários dos serviços e mudanças nas práticas dos profissionais de saúde (BRASIL, 2007a).

Nesse estudo, a visita aberta diz respeito à permissão de realização de visitas aos pacientes sem restrição de horário e o horário ampliado para além de 1 hora se refere à permissão da permanência dos acompanhantes em visita mais do que 1 hora (tempo usualmente liberado).

Em um estudo que aborda o apoio institucional para a implantação da PNH em um hospital de Distrito Federal, a implantação da diretriz visita aberta e direito a acompanhante foi a primeira demanda apresentada. Após realização de oficinas e reuniões com os trabalhadores, gestores e acompanhantes sobre humanização teve-se como resultado a ampliação do horário de visita de trinta (30) minutos para seis (6) horas/ dia (MORI; OLIVEIRA, 2014).

O parto e o nascimento são acontecimentos fisiológicos, sociais, culturais e afetivos na vida da mulher e da sua rede social não havendo justificativa para que a gestante fique sozinha nesse momento. O acompanhante de gestantes durante o parto e no pós-parto imediato é a pessoa que a própria mulher escolhe para estar ao seu lado e que ela sinta confiança para compartilhar todo o processo do nascimento (BRASIL, 2007a). A humanização do parto inclui, entre outros aspectos, a garantia do direito de acompanhante à gestante no pré-parto, parto e pós-parto.

No Brasil, a cidade do Rio de Janeiro foi a pioneira na garantia da presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto da parturiente que assim desejasse através da Resolução nº 667 de outubro de 1998 (RIO DE JANEIRO, 1998; RATTNER, 2009). No Brasil, o direito à presença de acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato foi regulamentado pela Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005b). Em conformidade com essa lei, foi publicada a Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005 que regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em durante o trabalho de parto, parto e pós-parto em hospitais públicos ou conveniados ao SUS (BRASIL, 2005c).

Os pais que acompanharam a mulher durante o parto relataram que essa é uma experiência única de vivenciar o nascimento do filho e que eles entendem que faz parte do seu papel de acompanhante estar presente, dar carinho e apoio confortando, acalmando e dando segurança

à mulher (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

Para as puérperas, a presença do acompanhante durante o parto e nascimento torna o processo mais tranquilo e seguro e menos solitário para a mulher e contribui para que ele seja mais humanizado, pois resgata atitudes que foram perdidas ao longo do tempo com a parturiente como a escuta e o respeito às suas demandas estando diretamente relacionado ao alto grau de satisfação das puérperas (DODOU, 2014; DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004).

Muitas gestantes e puérperas sabem do seu direito de ter acompanhante durante o parto. No entanto, apesar do conhecimento, elas não tiveram direito à acompanhante ou chegaram a ter que pagar para que o pai assistisse ao parto (PINHEIRO; BITTAR, 2013). Em maternidades do SUS no Rio de Janeiro/ RJ, 21,4% das mulheres tiveram acompanhante no pré-parto, sendo mais comum ser a mãe ou o pai da parturiente ou o pai do bebê. Vale ressaltar que a presença de acompanhante foi inexistente nos hospitais privados contratados e maior nas maternidades militares e municipais (OLIVEIRA *et al.*, 2008). A não garantia do direito a acompanhante é confirmado também em relato de trabalhadores sobre práticas desenvolvidas na assistência de que o direito à acompanhante durante o trabalho de parto e parto não vem sendo respeitado (BUSANELLO *et al.*, 2011).

Em relação ao processo de formação, estudantes de medicina apontam que a concepção de parto humanizado está também associado ao direito de ter um acompanhante caracterizando mudança no processo de educação (REBELLO; RODRIGUES NETO, 2012).

O direito a acompanhante para crianças e adolescentes que necessitam de internação hospitalar é garantido através do artigo 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990c).

Muitos estudos relatam os benefícios da presença de acompanhante de crianças hospitalizadas. A presença de familiares acompanhantes durante a internação das crianças pode ajudá-las a vivenciar esse momento trazendo mais tranquilidade, servir de apoio e fortalecer o vínculo, reduzir traumas, possibilitar o cuidado e trazer mais segurança para a mãe (SANTOS *et al.*, 2011; MOLINA; MARCON, 2009). No entanto, apesar da importância do acompanhante durante a internação de crianças, muitas unidades não oferecem acomodação adequada (GUARESCHI; MARTINS, 1997).

Através da Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999, o Ministério da Saúde tornou obrigatório aos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o SUS dispor de meios viabilizassem a presença do acompanhante dos pacientes maiores de 60 anos (BRASIL, 1999a). Em

2003, o direito à acompanhante ao idoso, pessoa com mais de 60 anos, foi garantido por meio do artigo 16 da Lei nº 10.741/03 - Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Fatores como o interesse em participar no cuidado, a relação acompanhante/equipe de enfermagem, o conhecimento do idoso, a rede de apoio familiar e o controle emocional favorecem a participação do acompanhante no cuidado ao idoso hospitalizado (PENA; DIOGO, 2005). Os acompanhantes de idosos fazem parte do processo de cuidar e a presença desses torna o ambiente mais acolhedor a todos, pois geralmente a família quer exercer um papel solidário em relação ao doente, auxiliando a lidar com a doença e recebendo orientações dos profissionais para cuidar do idoso, com ambos (familiares e pacientes), se beneficiando emocionalmente (SILVA; BOCCHI; BOUSSO, 2008; CHERNICHARO; FERREIRA, 2015).

No entanto, outros estudos apontam que o familiar acompanhante tem que se adaptar a condições desfavoráveis no ambiente hospitalar sem condições mínimas para descanso sinalizando a precariedade da estrutura hospitalar (SILVA; BOCCHI, 2005; CHERNICHARO; FERREIRA, 2015).

Em relação à garantia de acompanhante para os indígenas, deve-se considerar a adequação do ambiente hospitalar, pois os indígenas hospitalizados têm a necessidade de ser acompanhados por um maior número de familiares por motivos culturais (BRASIL, 2007a).

3.1.4 Valorização do Trabalhador

Os trabalhadores são os principais sujeitos que executam diariamente o processo de trabalho nos serviços de saúde e possuem conhecimento para dialogar sobre saúde com gestores, pesquisadores, usuários dos serviços de saúde entre outros sendo peça importante para as práticas de atenção e gestão e para a construção da rede do SUS (BRASIL, 2008a).

No entanto, persistem problemas como a desvalorização do trabalhador, a precarização do trabalho, o pouco desenvolvimento de ações de educação permanente e a pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços. Assim, é necessário criar estratégias de valorização dos trabalhadores em saúde, melhorar as condições de trabalho e investir na qualificação, estimulando a prática da educação permanente (BRASIL, 2008a).

A valorização do trabalho e do trabalhador se constitui uma das

diretrizes da PNH com o objetivo de valorizar as experiências dos trabalhadores da saúde e incluí-los nos processos de decisão de forma a melhorar os processos de trabalho, reduzir a precarização do trabalho em saúde e aumentar a corresponsabilização, o protagonismo e a autonomia dos profissionais de saúde (BRASIL, 2011a).

Para Santos Filho e Barros de Barros (2009), a valorização do trabalhador inclui a ampliação dos direitos e de cidadania através da reorganização dos processos de trabalho, a implementação da gestão colegiada e a democratização dos processos de decisão. Essa valorização acontece quando se considera os trabalhadores como sujeitos do seu saber, seu fazer e do seu trabalho, promovendo sua capacidade analítica e de atuação coletiva.

Muitos profissionais não estão contentes com padrões rígidos e autoritários de administração hospitalar e criticam o fato da humanização estar centrada apenas no usuário, dando-se pouca atenção ao trabalhador (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006). No entanto, há relatos de implantação da humanização em ambiente hospitalar centrado inicialmente no trabalhador, valorizando as idéias e reflexões vindas dos profissionais e desenvolvendo ações de valorização do trabalho e trabalhador em saúde (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006; BARROS; GUEDES; ROZA, 2011).

3.1.5 Acessibilidade

A Constituição Federal, no artigo 23, capítulo II, determinou que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências” (BRASIL, 1988).

No Brasil, a Lei nº 7.853/89 é um dos principais documentos normativos relativos às garantias dos direitos das pessoas com deficiência. No artigo segundo, área da saúde, cabe aos estabelecimentos públicos e privados, garantir o acesso das pessoas portadoras de deficiência e seu adequado tratamento neles, seguindo normas técnicas e padrões de conduta adequados (BRASIL, 1989). Em 1999 foi publicado o Decreto nº 3.298 que regulamenta essa lei e dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Nesse documento, deficiência é "toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho da atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano" (BRASIL, 1999b).

Em 2000, as Leis nº 10.048 e nº10.098 estabeleceram as normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2000a; 2000b). No ano de 2004, essas leis foram regulamentadas pelo Decreto nº 5.296/2004, que trata, entre outros assuntos, da acessibilidade arquitetônica e urbanística com garantia de aproximação e uso seguro por pessoas de portadoras de deficiência visual, mental, auditiva e física de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT (BRASIL, 2004d).

No artigo 4 da Lei nº 10.048/2000, é disposto que:

Os logradouros e sanitários públicos, bem como os edifícios de uso público, terão normas de construção, para efeito de licenciamento da respectiva edificação, baixadas pela autoridade competente, destinadas a facilitar o acesso e uso desses locais pelas pessoas portadoras de deficiência. (BRASIL, 2000a).

A Lei nº 10.098/2000 estabelece que seja promovida a acessibilidade mediante a “supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação”(BRASIL, 2000b). De acordo com a Lei nº 10.098/2000 e o Decreto nº 5.296/2004 a acessibilidade é definida como:

Possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida. (BRASIL, 2000b; 2004d).

A Portaria nº 1.060/2002 aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência que trouxe o detalhamento para as ações tanto no SUS como nas diversas instancias governamentais e não governamentais. Entre as diretrizes estabelecidas nessa política, pode-se citar a “Promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência” que aborda entre outros aspectos a facilidade para locomoção e adaptação de espaços públicos eliminando barreiras arquitetônicas que dificultam a acessibilidade. Para tanto, pode-se construir rampas e corrimãos e adotar múltiplas formas de comunicação (BRASIL, 2002d). Na PNHOSP, a acessibilidade hospitalar é “a condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida,

dos espaços, mobiliários e equipamentos do hospital por uma pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida”. De acordo com essa política, a ambiência hospitalar deve adotar uma arquitetura que promova inclusão e acessibilidade de acordo com as normas e legislações vigentes (BRASIL, 2013a).

Em Sobral/ CE, pesquisa sobre barreiras arquitetônicas aos portadores de deficiência física em 4 (quatro) hospitais constatou a presença de rampas de acesso em 100% dos hospitais, escadaria sem corrimão em 50%, portas com largura ideal em 100%, piso das rampas não aderentes em 100%, rampas e escadarias com corrimão em 50% mas fora do recomendado pela ABNT, bebedouros e telefones não acessíveis. Nenhum dos hospitais apresentou área de circulação coletiva ampla (largura mínima de 1,20 m) e livres de obstáculos. Em 2 hospitais, as rampas não possuem corrimãos e em apenas 1, os corrimãos estão instalados em ambos os lados. Em relação aos bebedouros, 97,5% das instalações não respeitaram as medidas preconizadas por lei e o único que apresentou a medida possui inacessibilidade em razão da estrutura apresentada. Constatou-se que no interior de os hospitais havia barreiras arquitetônicas (escadas, rampas, mobiliários e equipamentos) que comprometessem o deslocamento de pessoas com deficiência física (PAGLIUCA; ARAGAO; ALMEIDA, 2007).

Estudos realizados com pessoas portadoras de deficiência ou com restrição permanente de mobilidade afirmaram que muitos serviços de saúde não possuem adaptações para atender esses usuários como rampas de acesso, elevadores, sinalização, sanitários para pessoas com deficiência constituindo obstáculos de acessibilidade aos serviços e contrariando o princípio da equidade do SUS (CASTRO *et al.*, 2011; AMARAL *et al.*, 2012).

No Brasil, as pessoas com deficiência possuem limitada participação social, pois muitas vezes não são garantidas a acessibilidade física e comunicacional e aceitação desse grupo. As pessoas com deficiência convivem com as incapacidades físicas e com as barreiras à sua participação na vida social (HAMMEL *et al.*, 2008). Portanto, alcançar o direito à acessibilidade em edificações de uso público é pré-requisito para exercerem e desfrutarem de seus direitos enquanto cidadãos como o direito à utilização de serviços de saúde (GODOY *et al.*, 2006).

3.2 ACESSO

A Constituição Federal Brasileira garante a todo cidadão o acesso às ações e aos serviços públicos de saúde e dispõe que essas ações e serviços devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituírem um sistema único (BRASIL, 1988). O SUS, política de Estado criado pela constituição de 1988 e regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90, tem como seus princípios fundamentais a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e a igualdade da assistência à saúde (BRASIL, 1988; 1990a,b).

Por meio do SUS, os cidadãos têm direito às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde através de ações assistenciais e de atividades preventivas (BRASIL, 1990a). No entanto, esse sistema de saúde, originado no Movimento da Reforma Sanitária, ainda está em construção e apesar da sua legalidade é um exemplo de que “não se cria igualdade por Lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a Lei” (FLEURY, 1997). Portanto, no contexto nacional, a criação de uma lei não garante a sua implementação tendo a legislação brasileira representado mais uma etapa para efetivação do direito do acesso aos serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

Devido a essa situação, a população brasileira é amparada por uma legislação que garante o direito à saúde e a universalidade do acesso, mas são muitos os debates, discussões e pesquisas que abordam a questões envolvidas à efetivação desses direitos.

O acesso alcançado tem sido considerado excludente, pois o serviço prestado às camadas mais populares tem sido acompanhado pelo racionamento de gastos causando queda na qualidade da atenção e auto-exclusão da classe média que opta por utilizar os planos privados de saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Grande parte dos hospitais brasileiros enfrentam problemas relacionados ao acesso à assistência como a superlotação nos pronto-socorros, filas para atendimento ambulatorial, falta de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), filas para cirurgias e falta de leitos para internações, demora para marcação de exames entre outros. Associado à dificuldade de acesso, existe a falta de integração do hospital à rede de serviços o que contribui para o isolamento das ações que são realizadas no âmbito hospitalar dos outros níveis de atenção no SUS, para a falta de confiança no sistema de saúde e para a ausência de integralidade da atenção aos usuários do SUS (LÓPEZ, 2004).

Assim, o debate sobre o setor hospitalar brasileiro vem apontando

a necessidade de uma reestruturação capaz de responder às necessidades da população e integrar os serviços de saúde garantindo a ampliação do acesso aos usuários do SUS. Os hospitais possuem grande importância na organização dessa rede devido ao tipo de atendimento prestado e ao elevado recurso que consome, por isso, tem-se trabalhado para se realizar diagnóstico e análise para melhor compreender os problemas e dificuldades e definindo ações prioritárias para o segmento hospitalar. Entre essas estratégias, visando maior eficiência do SUS, estão a garantia de acesso e a sua inserção na rede SUS (BRASIL, 2011a).

Como o primeiro e essencial eixo norteador da redefinição do papel dos HPP, López (2004) cita a Qualidade e Garantia de Acesso, pois existe uma dificuldade de acesso a diversos serviços, especialmente os hospitalares e torná-los acessíveis e com qualidade é um desafio.

Pensar em acesso à saúde remete às noções de desigualdade, equidade, justiça social, necessidade de saúde, uso/utilização e qualidade dos serviços, e a conceituação desse termo pode ter sentidos mais limitados ou mais amplos (ITURRI, 2014). O conceito de acesso à saúde é considerado complexo e multidimensional, muda com o passar do tempo a depender do contexto vivenciado, com a concepção dos autores e à medida que surgem novas necessidades na sociedade (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Andersen e Newman (1973), no seu modelo sobre a utilização dos serviços de saúde, enfatizou que este é influenciado por características/organização dos serviços de saúde, por mudanças nas tecnologias em saúde e as normas para a definição e tratamento da doença e por determinantes individuais de utilização. Nesse trabalho, o autor apresenta o acesso como um dos componentes da organização dos serviços de saúde e está relacionado à entrada do paciente no serviço de saúde bem como a continuidade do tratamento.

Para Giovanella e Fleury (1996, p. 189) para garantia da universalidade, o acesso deve ser a categoria central da análise:

É na unidade de relação do usuário com os serviços que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas. A categoria central para análise dessas inter-relações é o acesso.

Para Penchansky e Thomas (1981), o termo acesso tem grande importância na área da saúde, mas ainda não possui uma definição precisa. Alguns autores o conceituaram como a entrada do usuário no sistema de saúde enquanto outros descrevem fatores que influenciam a

entrada ou uso dos serviços de saúde.

De acordo com Penchanski e Thomas (1981), o acesso é composto de um conjunto de dimensões, definidas a seguir, que representa a adequação entre os clientes e o sistema de saúde:

- “**Disponibilidade** — relação entre o volume e o tipo de serviços existentes e o volume de clientes e o tipo de necessidades”.
- “**Acessibilidade** — relação entre localização dos serviços e a localização dos clientes, levando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos”.
- “**Acomodação ou adequação funcional** — relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar clientes (sistema de agendamento, horário de funcionamento, serviços de telefone) e a capacidade/habilidade dos clientes acomodarem-se a estes fatores e perceberem a conveniência dos mesmos”.
- “**Capacidade Financeira (affordability)** — relação entre os preços dos serviços segundo o mantenedor, o depósito requerido para a entrada de clientes e a capacidade de pagar, ou a existência de seguro-saúde por parte do cliente”.
- “**Aceitabilidade** — relação entre atitudes dos clientes sobre os profissionais e as características das práticas dos provedores de serviços assim como a aceitação pelos provedores de prestar serviços àqueles clientes”.

A PNHOSP dispõe que o “acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades”. Essa política estabeleceu diretrizes para a reorganização do componente hospitalar na RAS (Rede de Atenção à Saúde). Nesse item, destacam-se as seguintes: a) garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar; b) Regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais; c) continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS; d) acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação.

3.2.1 Redes de Atenção à Saúde

A fim de reduzir a fragmentação do sistema de saúde, facilitar o acesso e possibilitar a integralidade da atenção e a racionalização dos recursos, a conformação de redes de atenção é uma opção a ser operacionalizada (SHIMIZU, 2013).

O Relatório de Dawson, publicado na Inglaterra em 1920, foi o primeiro documento que mostrou iniciativas de ampliação do acesso e diminuição da fragmentação dos serviços e cuidado em saúde, descrevendo uma rede regionalizada de atenção (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

No Brasil, a Constituição de 1988 em seu artigo 198, afirma que o SUS deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada em rede (BRASIL, 1988). No entanto, estar presente na constituição, não garantiu que os serviços fossem organizados dessa forma, necessitando de outras intervenções para disparar o processo de formação das redes de atenção.

Em 2001 foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) que teve entre seus objetivos, estabelecer o processo de regionalização dos serviços e ampliar o acesso à assistência construindo uma rede de serviços (BRASIL, 2001b). Em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, no Pacto de Gestão, foram estabelecidas diretrizes para a gestão do sistema de saúde, entre elas, pode-se citar a descentralização e a regionalização visando à integração dos serviços (BRASIL, 2006a).

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 oficialmente estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS. Nesse documento, a RAS é conceituada como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Os objetivos da RAS são proporcionar a integração dos serviços de saúde e aumentar o acesso, equidade e eficácia do SUS (BRASIL, 2010b).

O Ministério da Saúde tem adotado a implantação das redes temáticas como forma de ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2013b). Pode-se citar como exemplos a Rede Cegonha (RC), Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Atenção a Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Cuidados a Portadores de Necessidades Especiais.

Estudo qualitativo analisou a percepção de gestores brasileiros

sobre a formação das redes de atenção e das falas, depreendeu-se três eixos. O primeiro aborda a fragmentação do SUS como empecilho para ter o direito efetivo à saúde, o segundo aborda a responsabilidade do Estado na estruturação das redes (regionalização, contratualização e governança) e o terceiro aborda a rede de atenção como forma de alcançar a integralidade (SHIMIZU, 2013).

Seguindo a perspectiva analítica, Silva *et al.*, (2011) realizou uma análise dos desafios para promover a integração dos serviços e organizar as redes de atenção à saúde no SUS. São citados como desafios a insuficiência de recursos financeiros públicos, as políticas de formação e educação que não estão de acordo com a necessidade do SUS, problemas inerentes à gestão e regulação das políticas e a falta de integração tendo a atenção primária como eixo central.

- Rede Cegonha (RC)

A Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS com o objetivo de ampliar o acesso e assegurar assistência com qualidade na gravidez, no parto e no puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida. A Rede Cegonha é composta de quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011c).

O componente Pré-Natal compreende ações como realização de consulta pré-natal, acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, realização dos exames de pré-natal, vinculação da gestante ao local do parto, qualificação do sistema e da gestão da informação, implementação de programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites e apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto (BRASIL, 2011c).

No componente Parto e Nascimento estão inclusas seguintes ações: disponibilidade de leitos obstétricos e neonatais, ambiência das maternidades, práticas de atenção baseadas em evidências científicas, garantia de acompanhante à mulher, realização de acolhimento com classificação de risco, estímulo à implementação de equipes horizontais nos serviços e de dispositivos de co-gestão (BRASIL, 2011c).

O componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança é composto por ações que promovam o aleitamento materno e a

alimentação complementar saudável, implementação programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites e orientação e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2011c).

Por último, no componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação estão presentes as ações de promoção do acesso ao transporte seguro para a mulher e recém-nascido nas situações emergenciais, vinculação da gestante ao local do parto e implantação da regulação de leitos obstétricos e neonatais e regulação ambulatorial (BRASIL, 2011c).

- Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

Em 2011, foi publicada, pelo Ministério da Saúde, a Portaria nº 1.600 que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a RUE no SUS (BRASIL, 2013b). Essa rede é composta por diversos componentes, sendo que o componente hospitalar foi instituído e organizado pela Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b). Os aspectos que serão abordados nesse estudo são: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde, Salas de Estabilização, Portas Hospitalares de Urgência e Emergência, Leitos de Cuidados Intensivos ou Leitos de Retaguarda, Enfermarias de retaguarda clínicas e de longa duração e linhas de cuidados prioritárias.

O componente “Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde” está voltado para o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente que vigiem e previnam acidentes e violências, lesões e mortes no trânsito e doenças crônicas não transmissíveis, colocando em prática ações que envolvam outros setores da sociedade (BRASIL, 2013b).

As Salas de Estabilização são ambientes que visam atender os pacientes graves/ críticos que poderão ser encaminhados para outros serviços da rede. Elas devem estar situadas em municípios distantes ou isolados ou que possuem isolamento difícil acesso, podendo ser instaladas em HPPs públicos ou privados (BRASIL, 2013b).

As Portas Hospitalares de Urgência e Emergência são serviços que podem ser instalados em hospitais para atender as demandas espontâneas ou referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental (BRASIL, 2013b).

As Enfermarias de retaguarda clínicas e de longa duração e os

leitos de cuidados intensivos foram criados para servirem de retaguarda para as portas hospitalares de urgências e emergências, devendo estar disponíveis nas centrais de regulação (BRASIL, 2013b).

O componente Linhas de Cuidados diz respeito à implantação e reorganização das linhas de cuidado prioritárias - cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica (BRASIL, 2013b).

- Rede de Atenção Psicossocial

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde, ampliando o para essa população (BRASIL, 2011d).

Essa rede é constituída por alguns componentes, sendo que nesse trabalho serão considerados Salas de Estabilização, Portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro, Enfermaria especializada em hospital geral e Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento mental e necessidades decorrentes de uso de álcool, crack e outras drogas.

- Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas

A Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 redefiniu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS e estabeleceu diretrizes para a organização de linhas de cuidados que tem como um dos seus objetivos aumentar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde (BRASIL, 2014a).

Os componentes dessa Rede são Atenção Básica, Atenção Especializada (ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência), Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos, Regulação e Governança. Esse trabalho abordará os componentes Atenção Básica e Atenção Especializada com os subcomponentes Ações eletivas em média e alta complexidade – ambulatorial, Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência (BRASIL, 2014a).

A Atenção Básica tem o papel de ser a ordenadora do cuidado, realizando a identificação, tratamento, rastreamento das pessoas com doenças crônicas. A atenção Ambulatorial (Ações eletivas em média e

alta complexidade) realiza ações/ serviços eletivos visando garantir a continuidade do cuidado na rede. A Atenção Hospitalar realiza internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados. Por fim, a atenção de Urgência e Emergência realiza cuidados imediatos aos pacientes que apresentam agudização das condições crônicas (BRASIL, 2014a).

- Rede de Atenção às Pessoas com Necessidades Especiais

A Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. Essa rede tem como objetivos ampliar o acesso e melhorar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável e intermitente ou contínua, promover o vínculo das pessoas com deficiência aos serviços e articular os diversos pontos dessa rede. Os componentes dessa rede são a Atenção Básica, a Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e a Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência (BRASIL, 2012a).

A Atenção Básica é responsável por ações como identificação de deficiências, acompanhamento e cuidados e educação em saúde. No componente Atenção Especializada em reabilitação, os pontos de atenção (Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, Centros Especializados em Reabilitação e Centros de Especialidades Odontológicas) serão serviços de referência regulados. A Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência deve realizar atendimento de urgência e emergência aos portadores de deficiência, instituir equipes de referência, garantir leitos de reabilitação entre outras ações (BRASIL, 2012a).

3.2.2 Regulação e Pactuações

Muitos sistemas de saúde deparam-se com barreiras para alcançar, em especial, a equidade do acesso, e a utilização de um processo regulatório pode contribuir para estruturar um sistema de saúde de forma menos desigual. No Brasil, a busca pelo cumprimento dos princípios do SUS tornou imprescindível a definição da regulação como instrumento de gestão para garantir um sistema equânime e que garanta a integralidade da assistência de forma universal e ordenada (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

De acordo com Mendonça, Reis e Moraes (2006, p. 41) a regulação é:
[...] uma função da gestão, a qual contempla uma atuação sobre os sistemas de saúde, sobre a produção direta de ações de saúde nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta) ambulatorial/hospitalar e sobre o acesso dos usuários a assistência nestes níveis.

A partir de 2001, com a publicação das Normas Operacionais de Assistência à Saúde, a regulação da assistência passou a ser definida como “a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”. Ela deverá ser efetivada através da implantação de complexos reguladores que reúnam “unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários” (BRASIL, 2001b, p. 15; BRASIL, 2002c, p. 25).

Em 2006, com a publicação da Portaria GM/MS nº 399/2006 que estabeleceu as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial é considerada o “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes” (BRASIL, 2006a, p. 35).

Em 2008, através da Portaria GM Nº 1.559, foi instituída a Política Nacional de Regulação do Ministério da Saúde, que tem como objetivo promover o acesso dos usuários ao SUS, garantindo os princípios da equidade, universalidade e integralidade. Essa política fomenta a formação de Complexos Reguladores, estruturas formadas pelas Centrais de Regulação e que operacionaliza as ações da regulação do acesso, orientando sua implantação em todas as unidades federadas, respeitando as pactuações entre os gestores (BRASIL, 2008b).

De acordo com essa política, as centrais de regulação podem ser de 3 tipos:

- I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;
- II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência, e;
- III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

Análise sobre a regulação assistencial na perspectiva do acesso equânime e integral entre 2001 e 2008 mostrou que a gestão municipal não conseguiu promover acesso aos serviços de saúde baseado na equidade e integralidade, pois não incorporou serviços especializados pertencentes à própria esfera de gestão, a Central de Regulação absorveu percentual pequeno dos procedimentos de média complexidade, havia interesses do setor privado que impediam efetivar a regulação e não houve formação e articulação de redes de atenção à saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

A implantação da regulação através do Complexo Regulador em Ribeirão Preto/ SP melhorou o acesso a consultas e exames de maior densidade tecnológica e melhorou a classificação de risco, ordenando o fluxo de acesso e fazendo com que ele fosse mais equitativo (FERREIRA *et al.*, 2010). Outro estudo realizado em Marília/ SP mostrou que após a implantação da regulação de leitos houve melhora dos indicadores hospitalares e, conseqüentemente, da eficiência no hospital (RODRIGUES; JULIANI, 2015).

A falta de regulação na realização de exames pode interferir no acesso a outros procedimentos, a dificuldade na realização de exames pré-operatórios foi identificado como uma das barreiras de acesso para a realização de cirurgias eletivas (LIMA; VENTURA; BRANDT, 2005).

Estudo realizou uma revisão do termo regulação na área da saúde e concluiu que há uma polissemia em relação ao conceito, que ela necessita de melhoria tanto na oferta quanto na demanda serviços e que ela deve estar sempre em consonância com os princípios do SUS (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Ao se pensar a política de regulação, também foi construída uma lógica de Programação Pactuada e Integrada (PPI) que promovesse o acesso universal e equânime aos serviços de saúde, subsidiando o objetivo da regulação do acesso e organizando o sistema de saúde. A PPI da Assistência em Saúde é um processo no qual “são definidas e quantificadas as ações de saúde para população, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde” (BRASIL, 2006b). Os principais objetivos dessa programação são:

Organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. (BRASIL, 2006b, p.13).

Através da PPI e do Plano Diretor de Regionalização (PDR) os gestores deveriam realizar o planejamento de fluxos e pactuações no sentido de organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços (BRASIL, 2011e).

Nas pactuações, podem ser usados protocolos de regulação que colaboram na definição das redes de atenção e do caminho a ser percorrido pelos usuários, na definição da capacidade de atendimento dos serviços e na sistematização de critérios de regulação (FERREIRA *et al.*, 2010). Os fluxos assistenciais no âmbito do SUS são definidos pelos gestores públicos e garante o acesso baseado em protocolos, classificação de riscos e outros critérios de priorização (BRASIL, 2008b). Os protocolos podem ser usados para facilitar os fluxos e encaminhamentos pactuados dentro da rede de serviços, tais como os protocolos de transferência inter-hospitalares.

A realização de pactos entre os gestores representa uma ação onde está envolvida a responsabilização entre os envolvidos e a sociedade e favorece a transparência e atuação das instâncias de controle social (GUERREIRO; BRANCO, 2011). É importante salientar que o estabelecimento de fluxos e protocolos facilita o acesso dos usuários aos serviços de saúde e proporciona a reorganização do processo de trabalho das equipes em cada serviço.

3.3 MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO

3.3.1 Democratização da Gestão e Governança

O artigo 198 da Constituição Federal afirma que os serviços de saúde devem ser organizados de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1998).

A Lei nº 8142/1990 trata dos conselhos e conferências de saúde como instâncias de participação da comunidade na gestão do SUS. As conferências de saúde possuem caráter consultivo e propõe diretrizes para as políticas de saúde, já os conselhos de saúde são órgãos de caráter permanente e deliberativo que devem ter a participação de usuários dos serviços, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços, sendo que a representação dos usuários deve ser paritária em relação às demais (BRASIL, 1990b). Vale ressaltar que consta como uma das diretrizes da PNHOSP a participação e controle social nos processos de gestão dos hospitais (BRASIL, 2013a). Essa lei e política citada

possibilitam a participação social em todos os níveis de gestão do SUS, mas esse é um processo que depende do envolvimento de diversos sujeitos na defesa do SUS e dos direitos do cidadão.

A participação social não deve estar presente apenas em espaços como conselhos de saúde e conferência, mas cotidianamente em decisões das equipes de trabalho nas unidades e serviços que prestam atenção à saúde. A PNH propõe um modelo de gestão que leva em consideração o trabalho em equipe, o envolvimento dos diversos sujeitos e a construção de espaços coletivos de decisão democratizando as relações na saúde. A gestão participativa é um instrumento que pode ser usado para alcançar maior democratização nos espaços de decisão, tendo como atores os trabalhadores, usuários e gestores, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz e efetivo. Podem-se citar como dispositivos para operacionalizá-la como os conselhos de gestão participativa nas unidades de saúde, conselho gestor (por exemplo, conselho gestor do hospital ou da unidade de saúde) e mesas de negociação permanente (BARROS, 1994; BRASIL, 2007b; 2009a).

A PNHOSP afirma que a gestão participativa deverá ser usada como ferramenta para gestão como um dos dispositivos de avaliação da gestão interna do hospital e da atenção (BRASIL, 2013a). Portanto, como estratégia para ampliar a democratização e exercer um trabalho transparente e responsável, as instituições hospitalares devem garantir os mecanismos de participação como a presença do Conselho Gestor nas unidades hospitalares e a participação e fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde na gestão dos HPP (LÓPEZ, 2004).

Em Belo Horizonte/ MG foi implantada a PNH em uma instituição hospitalar pública focando os avanços e limites da gestão participativa. Nesse hospital, foi utilizada a gestão colegiada para buscar soluções conjuntas com os usuários e com profissionais de saúde e construir nova política institucional. No entanto, ocorreram resistências, pois os trabalhadores não conheciam a proposta, além de ela ter sido proposta pela direção do hospital. Foram empreendidos esforço tanto da instituição quanto do Ministério da Saúde tendo como resultados mudanças nos processos de trabalho, na estrutura física e na gestão, no entanto, não se conseguiu manter os sujeitos sensíveis e mobilizados como no início do processo (PEREIRA; FERREIRA NETO, 2015).

A governança é o “exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado”. Ela é composta de mecanismos, relações e instituições onde há a presença de cidadãos e grupos sociais que defendem seus interesses, realizam debates e formam consensos (RONDINELLI, 2006 apud MENDES, 2011).

Na RAS, o sistema de governança está presente como um dos seus componentes juntamente com a Atenção Primária à Saúde, a atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos. A governança na RAS é a “capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede”. Nos espaços onde é exercida a governança, devem ser realizadas pactuações e gestão solidária e cooperativa para que sejam tomadas decisões e resolvidos problemas comuns (BRASIL, 2010b). Fazem parte do sistema de governança os conselhos de saúde, os fóruns de reunião com a atenção básica ou com outros hospitais e os colegiados municipais e regionais de dirigentes da saúde.

No estudo selecionado, foram estudadas instâncias de participação coletiva no Grupo Hospitalar Conceição, no Rio Grande do SUS - o Conselho Gestor, o Conselho de Administração e o Plano de Investimento. Essas instâncias abriram espaços para a participação dos usuários e trabalhadores nas decisões do hospital proporcionando mudanças e envolvimento de outros atores, melhorou o conhecimento de usuários e trabalhadores sobre o funcionamento do serviço permitindo maior empoderamento em relação às suas demandas e ampliou os canais de diálogo (POSSA; CORTES, 2012).

3.3.2 Satisfação dos Usuários

A qualidade da atenção na avaliação dos serviços de saúde é um fator importante a ser considerado e avaliá-la sob a perspectiva do usuário permite a identificação de limitações e falhas existentes nos serviços, bem como contribui para a efetivação da participação social no setor. Assim é necessário saber como os usuários avaliam os serviços visando à melhoria da qualidade dos mesmos, no entanto, deve-se considerar que esse olhar deve ser complementar ao olhar técnico (VERAS, 2005; RAMOS; LIMA, 2003; SILVA; FORMIGLI, 1994).

A satisfação do usuário envolve a dimensão subjetiva do indivíduo e o cuidado recebido nos serviços de saúde. O grau de satisfação ou de insatisfação está relacionado a diversos fatores como: a) Relações interpessoais entre o profissional e o paciente; b) Aspectos da infra-estrutura dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos, ventilação, conforto, etc.) e c) Aspectos relacionados com a visão do usuário sobre o processo saúde-doença (SILVA; FORMIGLI, 1994).

As pesquisas de satisfação dos usuários são instrumentos

importantes de avaliação, pois apreendem a opinião dos usuários, permite avaliar o atendimento recebido e identifica os impasses e desafios do sistema de saúde (CASTRO *et al.*, 2008).

Alguns estudos mostram que a satisfação do paciente está diretamente ligado à qualidade do atendimento, adesão ao tratamento e uso dos serviços (JOAHANSSON; OLÉNI; FRIDLUND, 2002; TRAD *et al.*, 2002; BARON-EPEL; DUSHENAT; FRIEDMAN, 2001).

Em revisão de literatura dos estudos sobre avaliação de satisfação do usuário, afirmou-se que não há consenso de metodologia para realizar pesquisas de satisfação dos usuários. Destacou-se também que há diferença entre os serviços públicos e privados, no primeiro, as avaliações de satisfação podem dar maior visibilidade às necessidades dos usuários e permitir maior controle social, afirmando então a importância desse tipo de estudo em instituições públicas. No segundo, como há necessidade de conseguir e manter clientes, e dado à diferença de características da população que faz uso dos desses serviços, as necessidades e insatisfações apresentadas são levadas em consideração (ESPERIDIAO; TRAD, 2005).

Os estudos sobre a satisfação dos usuários nos serviços ofertados pelo SUS utilizam metodologias diferentes e apresentam resultados variados. Ao avaliar os serviços de grandes emergências em Recife/Pernambuco, foi encontrado grande percentual de usuários insatisfeitos (MENDES *et al.*, 2009). Já em uma maternidade, foi encontrado elevado grau de satisfação das mulheres atendidas durante o parto (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004). Outro estudo encontrou elevado grau de satisfação com a realização de cirurgia de esterilização em um município de São Paulo (VIEIRA; SOUZA, 2011).

Outra forma de analisar a satisfação dos usuários é através das ouvidorias. A Ouvidoria do SUS é um componente da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS e trata-se de um meio democrático de comunicação que fortalece o SUS, promove a cidadania garantindo a defesa do direito à saúde e a participação popular (BRASIL, 2009b). A Portaria nº 2.416, de 7 de novembro de 2014 estabeleceu as diretrizes para a organização e funcionamento de ouvidorias no SUS. Em seu artigo 2º, afirma que os serviços de ouvidoria têm como objetivo “aprimorar o acesso, pelos cidadãos, às informações sobre o direito à saúde e ao seu exercício e possibilitar a avaliação permanente dos serviços de saúde, com vistas ao aprimoramento da gestão do SUS” (BRASIL, 2014b).

A primeira ouvidoria unificada do SUS foi criada em 2003 ligada ao Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde

(DOGES) com o objetivo de articular a participação social e a gestão do SUS, ou seja, as necessidades dos usuários e as necessidades dos gestores (BRASIL, 2008c).

Os serviços de ouvidoria têm a função de analisar as necessidades e os interesses dos usuários do SUS recebidos por meio de sugestões, denúncias, elogios e reclamações sobre as ações e serviços de saúde e tomar as providências cabíveis para cada caso (encaminhamento, orientação, acompanhamento e retorno ao usuário) devendo o gestor considerar utilizar as informações obtidas para a melhoria do sistema de saúde (BRASIL, 2014b).

Na rede privada, as ouvidorias também realizam intervenções nas relações entre usuários e serviços. Entretanto, muitas vezes elas assumem uma postura clientelista, apoiando quem realizou a reclamação, mas sem deixar que isso interfira na rentabilidade (PINTO; LYRA, 2009).

A caixa de sugestões ou formulários online são recursos utilizados para coletar sugestões, críticas ou idéias dos usuários sobre os serviços com o objetivo de melhorá-los, muitas vezes, esse instrumentos são utilizados como ferramentas do processo de trabalho em ouvidoria. Na literatura, não foram encontrados artigos relacionados ao uso de caixa de sugestões e formulários online na área da saúde.

A criação de serviços de ouvidoria em hospitais públicos pode contribuir para a democratização das relações nas instituições, promover a escuta dos usuários e questionar estruturas de poder vigentes. No entanto, a depender do grau de comprometimento e envolvimento com as reclamações recebidas, podem manter as relações institucionais vigentes, assumindo um caráter ineficaz e burocrático (PEREIRA, 2002).

Pesquisa realizada numa instituição geriátrica sobre a opinião de usuários e funcionários sobre a ouvidoria mostrou que o principal motivo do seu uso foi devido à dificuldade de acesso aos serviços, especialmente à especialidades e sugere a ampliação da oferta destes à população idosa (PEIXOTO; MARSIGLIA; MORRONE, 2013).

Um dos estudos abordou o papel do psicólogo nas ouvidorias hospitalares, pois esses serviços funcionam como microestruturas de controle social que necessita de exploração pela psicologia social da saúde (CARVALHO; SANTANA, J.; SANTANA, V. M., 2009). O último estudo relata a experiência de uma Ouvidoria Coletiva como forma de sistematizar e permitir maior visibilidade dos problemas apresentados e promover a participação social e a formação de redes participativas que envolvam líderes comunitários e gestores (GUIMARAES *et al.*, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de caráter avaliativo desenvolvido nos Hospitais de Pequeno Porte de Santa Catarina que teve como objetivo caracterizar os Hospitais de Pequeno Porte em Santa Catarina quanto à humanização, ao acesso e à participação nas decisões.

O presente estudo faz parte de uma pesquisa elaborada, em 2013, pela Universidade Federal de Pelotas/ RS, Aquares – Acesso e qualidade na rede de saúde, Universidade Federal de Minas Gerais e o Observatório de Recursos Humanos na Saúde que almejava produzir evidências que subsidiassem debates sobre os papéis que os HPP poderiam desempenhar no SUS intitulado **Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros – Diagnóstico, Avaliação e Espacialização**. Esse projeto teve como objetivo realizar diagnóstico situacional dos estabelecimentos hospitalares com até 50 leitos existentes no Brasil, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a fim de subsidiar pressupostos e diretrizes para elaboração de Política de Gestão para este segmento hospitalar.

Para a execução desse projeto foi realizado um survey, censitário e in loco, de todos os HPPs brasileiros, pois inexistia base de dados sistematizada capaz de caracterizar tais instituições. O projeto foi realizado de acordo com os passos a seguir:

1. Definição do marco conceitual e do universo dos estabelecimentos hospitalares a serem pesquisados;
2. Realização de levantamentos de dados no SCNES, SIA e SIH, desses estabelecimentos hospitalares a fim de balizar as análises a serem realizadas;
3. Definição dos instrumentos de coleta de dados a serem utilizados no conjunto dos hospitais, de acordo com a sua natureza jurídica. As dimensões levantadas foram:
 - Infraestrutura: Nesta dimensão pretendeu-se confirmar a existência de dados selecionados da base CNES nos aspectos jurídicos/legais, físicos, equipamentos, administrativos.
 - Assistencial: Nos aspectos assistenciais foram pesquisadas variáveis indicativas da presença de ambulatórios, urgência,

internação, serviços de apoio diagnósticos, leitos, clínicas, especialidades, regulação assistencial, presença de profissionais, turnos de trabalho e outros que caracterizem a assistência prestada, origem da clientela, e dados de ocupação de leitos.

- Recursos Humanos: confirmação de categorias profissionais existentes, tipos de contrato informado, carga horária e outros quesitos a partir do perfil profissional do estabelecimento e informado no CNES.
- Financiamento: informações sobre as fontes regulares e extraordinárias de financiamentos de origem municipal, estadual e federal, bem como estabelecimento dos mecanismos de coleta de dados selecionados referentes à despesa, à juízo do Comitê Gestor do Projeto.
- Qualidade e Segurança do Paciente: estabelecimento dos quesitos de verificação em relação: qualificação profissional, estratégias e planos de ação visando a qualidade da atenção prestada e a segurança do paciente.
- Responsabilidades na Rede de Atenção à Saúde Local-Regional: informação sobre responsabilidades junto aos serviços loco-regionais, incluso relação com os gestores, instrumento, relação com regulação municipal/estadual, Conselho de Saúde e outros.
- Desempenho: balizar parâmetros de desempenho junto aos HPPs que permitam a realização de comparações entre os diferentes contextos, bem como análises com base em cortes.

4. Apresentação relatórios com o tratamento e análise dos dados coletados bem como a transferência eletrônica da base de microdados e de espacialização de oferta.

4.2 AMOSTRA/ LOCAL DA PESQUISA

Para a realização do projeto nacional foi considerada a totalidade de HPP cadastrados até novembro de 2013, na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - 3524 instituições espalhadas em todo o território brasileiro. Para o presente estudo, foram considerados apenas os HPP situados no Estado de Santa Catarina, totalizando 110 hospitais (ANEXO A). No entanto, foram analisados os dados de 99 HPP devido à grande quantidade de respostas inválidas de 11 hospitais.

4.3 COLETA DE DADOS

Na proposta técnica, considerando a necessidade de articular outras fontes de informações para a caracterização dos HPP no Brasil, foram utilizadas a Base de dados do Sistema de informação hospitalar (SIH), do Sistema de informação ambulatorial (SIA) e do CNES além dos dados primários obtidos através da aplicação dos questionários. Para o presente estudo, foram considerados apenas os dados diagnósticos referentes aos questionários aplicados in loco (dados primários). Os dados primários da pesquisa realizada em Santa Catarina foram obtidos nos meses de julho e agosto de 2014 por 11 avaliadores. Vale ressaltar que os dados utilizados nessa pesquisa foram coletados do banco disponibilizado pela Universidade Federal de Minas Gerais, responsável pela coleta dos dados em Santa Catarina. O questionário geral utilizado para coleta de dados era composto por mais de 700 perguntas distribuídas em 16 tópicos gerais e em subtópicos conforme o Quadro 1 abaixo. A partir do questionário geral, foram selecionadas questões relativas a humanização, acesso e participação nas decisões para fazerem parte dessa pesquisa (ANEXO B).

Quadro 1: Tópicos gerais e subtópicos do questionário aplicado aplicados in loco.

Tópicos Gerais/ Subtópicos
1. Identificação dos entrevistados
2. Identificação da instituição
3. Identificação da Instituição mantenedora
4. Informações gerais do Hospital: Itens de organização de gestão; Quanto à apuração de indicadores; Quanto à existência de dispositivos de humanização; Quanto às informações que constam nos prontuários; Quanto aos canais de comunicação que a instituição possui; Quanto aos mecanismos de aferição da satisfação do usuário; Quanto aos mecanismos de certificação e qualidade; Quanto aos mecanismos de incentivo às práticas de qualidade; Quanto à realização de censo hospitalar; Quanto às visitas.
5. Infraestrutura predial: Quanto à edificação do imóvel no qual funciona o hospital; Quanto à adequação da estrutura predial; Quanto à acessibilidade para portadores de necessidades especiais; Quanto à existência de estacionamento/veículos; Quanto à existência de equipamentos; Quanto aos leitos existentes no hospital; Quanto à existência de Instalações; Serviços de análises clínicas.
Continua...

Tópicos Gerais/ Subtópicos
Conclusão
6. Tecnologia da informação: Quanto à infraestrutura de tecnologia de informação; Quanto à quantidade de computadores com acesso à internet; Quanto aos sistemas institucionais de informação; Quanto à programação de ações/supervisão hospitalar.
7. Quanto à segurança do paciente: Quanto às ações preconizadas pelo programa nacional de segurança do paciente; Quanto às infecções relacionadas à assistência à saúde.
8. Inserção do hospital nas redes de atenção à saúde: Inserção nas redes temáticas; Quanto ao desenvolvimento conjunto de ações; Quanto à regulação; Quanto à existência de actualizações; Quanto à existência de plano diretor hospitalar; Quanto aos conselhos assistenciais.
9. Unidades de urgência: Quanto aos atendimentos; Quanto ao regime de funcionamento; Quanto ao atendimento de demandas; Quanto ao regime de funcionamento.
10. Unidades ambulatoriais: Quanto às especialidades médicas.
11. Unidades de internação: Quanto ao processo de trabalho da unidade; Quanto ao processo de trabalho da unidade.
12. Unidades de bloco cirúrgico: Quanto ao serviço de anestesiologia.
13. Unidades de apoio diagnóstico e terapêutico: Quanto ao serviço laboratorial; Quanto ao serviço de imagem; Quanto à farmácia; Quanto aos serviços de central de material esterilizados/serviços de nutrição/lavanderia/manutenção predial.
14. Informações sobre ensino e pesquisa: Programas de residência; Programas de estágio; Programas de educação permanente; Participação em projetos de pesquisa.
15. Informações econômico-financeiras: Receitas; Benefícios ou subsídios; Repasse de recursos para investimentos nos últimos 36 meses; Dívidas; Despesas; Despesas com folha de pagamento.
16. Gestão de recursos humanos: Práticas de Recursos Humanos; Quanto ao custo das ações de Gestão de Recursos Humanos.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados brutos fornecidos para esse estudo foram analisados em planilhas do Excel.

Os hospitais foram classificados em prestadores de serviços do SUS, cujo número de hospitais foi 56, e em prestadores de serviços privados, cujo número de hospitais foi 43, levando em consideração as seguintes variáveis: a natureza jurídica, o perfil da clientela e o percentual de leitos SUS. Essa etapa visou criar dois grupos de hospitais

relativamente homogêneos para que se fizesse a análise de diferenças dos recursos estudados nos distintos hospitais. A decisão por dois grupos decorreu do número de hospitais (99 com dados válidos), para não conformar grupos com número muito reduzido de elementos de análise.

Considerou-se ainda que o sistema de saúde brasileiro esteja organizado de maneira que permite a existência de subsistemas. Um subsistema é público baseado na integralidade e universalidade (SUS) e um segmento privado/complementar que atende a população que tem planos de saúde ou que optam pelo pagamento direto (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

A variável “Natureza Jurídica” foi dividida em Pública (hospitais de administração municipal, estadual ou federal) e Privada (hospitais privados com ou sem fins lucrativos). A variável “Perfil da Clientela” foi dividida em SUS (hospitais que atendiam SUS); Privada (hospitais que atendiam apenas via convênios ou desembolso direto) e Ambos (hospitais que atendiam SUS e hospitais que atendiam apenas via convênios ou desembolso direto). A variável “Percentual de leitos SUS” foi dividida em 80% ou mais (hospitais que possuíam 80% ou mais dos leitos para atendimento SUS) e menos de 80% (hospitais que possuíam menos de 80% dos leitos destinados ao SUS).

A partir dessas três variáveis, foram formados dois grupos (Hospitais SUS e Hospitais privados), conforme quadro 2. Foram considerados privados, os hospitais cuja natureza jurídica era privada, com perfil de clientela privada ou ambos e que destinavam menos de 80% dos leitos ao SUS, bem como os hospitais de natureza jurídica pública, que atendiam ambas as clientelas e destinavam menos de 80% dos leitos ao SUS. Para ser considerado SUS, a natureza jurídica dos hospitais tinha que ser pública ou privada, com perfil de clientela SUS ou Ambos e que destinassem mais de 80% dos leitos ao SUS.

Quadro 2: Classificação dos hospitais de acordo com a prestação de serviços (SUS e Privados) e as variáveis natureza jurídica, perfil da clientela e percentual de leitos SUS.

Classificação dos hospitais/ Variáveis	Hospitais SUS	Hospitais Privados
Natureza Jurídica	Pública ou privada	Privada
Perfil da Clientela	SUS ou Ambos	Privada ou ambos
Percentual de leitos SUS	Mais de 80% dos leitos SUS	Menos de 80% dos leitos SUS

Para compor o estudo, foram escolhidas três (3) dimensões de análise: Humanização, Acesso e Participação das Decisões.

A dimensão Humanização foi dividida em 4 subdimensões (Práticas Facilitadoras, Acompanhante, Trabalho e Acessibilidade). A dimensão Acesso foi dividida em 3 subdimensões (Redes de Atenção, Regulação e Pactualizações) e a dimensão Mecanismos de Participação foi dividida em 3 subdimensões (Conselhos Assistenciais, Governança e Satisfação do Usuário). Para cada subdimensão, são apresentadas medidas (Quadro 1). Essas medidas foram definidas a partir da disponibilidade no banco de dados, e foram validadas por meio de consulta em formulário eletrônico a sete especialistas na área de gestão, avaliação e serviços hospitalares. Os especialistas retornaram o formulário com as respostas em relação às dimensões, subdimensões e medidas a serem utilizadas no estudo, bem como o posicionamento sobre a forma de julgamento. Após, foi realizada uma compilação com as respostas de cada um e discutido com a orientadora do trabalho para que fosse possível chegar a um consenso.

Quadro 3: Dimensões, Subdimensões e Medidas utilizadas no estudo.

Dimensões	Subdimensões	Medidas
Humanização	Práticas facilitadoras	Acolhimento
		Atividades de brincar
		Horário ampliado para além de 1 hora
		Visita aberta
	Acompanhantes	Acompanhamento da gestante durante o parto e pós-parto imediato
		Acompanhante 24 horas para crianças
		Acompanhante 24 horas para idosos
	Trabalho	Acompanhante de indígenas
	Acessibilidade	Valorização do trabalhador
		Acesso por meio de rampas
		Bebedores adaptados
		Corredores ampliados
		Corrimão nos corredores
Instalações sanitárias adaptadas		
Portas com abertura para fora		
Totem em braile		
Continua...		

Dimensões	Subdimensões	Medidas
Conclusão		
Acesso	Redes de Atenção	Inserção na Rede Cegonha
		Inserção na Rede de Urgência e Emergência
		Inserção na rede de atenção psicossocial
		Inserção na rede de atenção a pessoas com doenças crônicas
		Inserção na rede de cuidados à portadores de necessidades especiais
	Regulação	Internação
		Exames
		Atendimento ambulatorial geral
		Atendimento ambulatorial especializado
		Referência para a UPA 24 horas
	Pactualizações	Central de regulação de Urgências SAMU
		Fluxos pactuados entre os serviços do município
		Fluxos intergestores pactuados
		Protocolos para Regulação de acesso
	Mecanismos de participação	Conselhos assistenciais
Conselho de saúde próprio		
Gestão Participativa		
Governança		Conselho Gestor
		Participação em instância de governança
Satisfação do Usuário		Mecanismos de satisfação do usuário

Para realizar o julgamento foi realizada agregação das medidas do estudo. As medidas em cada subdimensão foram consideradas de igual importância, com igual peso, ou seja, cada medida teve peso 1 na subdimensão. As três dimensões foram consideradas de igual importância, cada subdimensão teve mesmo peso na dimensão. Quando os parâmetros em cada medida eram binários (Sim ou Não), foi atribuído Sim= Bom e Não=Ruim. Nas dimensões Acesso e Mecanismos de Participação, quando os parâmetros não eram binários, foi realizada uma primeira análise transformando –as em binárias, o valor foi atribuído como Sim quando da existência dos itens

sublinhados, e não nas demais situações. Após essa conversão, seguiu-se a classificação geral das subdimensões.

Nas subdimensões com mais de duas medidas, foi considerado “Bom” quando havia 75% ou mais das medidas implantadas, “Regular” quando tinha implantado entre 50% e 74% das medidas e “Ruim” quando tinha implantado menos de 50% das medidas. Nas subdimensões com apenas 1 (uma) medida, foi considerada “Bom” se tivesse a medida implantada e “Ruim” se a medida não estivesse implantada.

Para cada Dimensão (Humanização, Acesso e Mecanismos de Participação) foi considerado como BOM quando havia 2 (duas) ou mais subdimensões com bom e nenhuma com ruim; RUIM quando havia 2 subdimensões com ruim e nenhuma como bom e as demais situações foram consideradas REGULAR.

Quadro 4: Parâmetros para análise da dimensão Humanização.

SUBDIMENSÕES	MEDIDAS	PARÂMETROS
Práticas facilitadoras	Acolhimento	Sim ou Não
	Atividades de brincar	Sim ou Não
	Horário ampliado para além de 1 hora	Sim ou Não
	Visita aberta	Sim ou Não
Acompanhantes	Acompanhamento da gestante durante o parto e pós-parto imediato	Sim ou Não
	Acompanhante 24 horas para crianças	Sim ou Não
	Acompanhante 24 horas para idosos	Sim ou Não
	Acompanhante de indígenas	Sim ou Não
Trabalho	Valorização do trabalhador	Sim ou Não
Acessibilidade	Acesso por meio de rampas	Sim ou Não
	Bebedores adaptados	Sim ou Não
	Corredores ampliados	Sim ou Não
	Corrimão nos corredores	Sim ou Não
	Instalações sanitárias adaptadas	Sim ou Não
	Portas com abertura para fora	Sim ou Não
	Totem em braile	Sim ou Não

Quadro 5: Parâmetros para análise da dimensão Acesso.

SUBDIMENSÕES	MEDIDAS	PARÂMETROS
Redes	Inserção na Rede Cegonha	Pré-natal; <u>Parto e nascimento</u> ; Puerpério e ASC; Transporte e regulação
	Inserção na Rede de Urgência e Emergência	Portas hospitalares; Enfermarias clínicas e de longa duração; Leitos cuidados intensivos; reorganização das linhas de cuidado; <u>sala de estabilização</u> ; <u>promoção e vigilância</u>
	Inserção na rede de atenção psicossocial	<u>Sala de estabilização</u> ; <u>portas hospitalares de urgência</u> ; enfermaria especializada; serviços de referência
	Inserção na rede de atenção a pessoas com doenças crônicas	AB; Ações eletivas MAC; <u>atenção hospitalar</u> ; <u>urgência e emergência</u>
	Inserção na rede de cuidados à portadores de necessidades especiais	AB; especializada em reabilitação; <u>urgência e emergência</u>
Regulação	Internação	Sim ou Não
	Exames	Sim ou Não
	Atendimento ambulatorial geral	Sim ou Não
	Atendimento ambulatorial especializado	Sim ou Não
	Referência para a UPA 24 horas	Sim ou Não
	Central de regulação de Urgências SAMU	Sim ou Não
Pactualizações	Fluxos pactuados entre os serviços do município	Sim ou Não
	Fluxos intergestores pactuados	Sim ou Não
	Protocolos para Regulação de acesso	Sim ou Não
	Protocolos para transferência inter-hospitalar	Sim ou Não

Quadro 6: Parâmetros para análise da dimensão Mecanismos de Participação.

SUBDIMENSÕES	MEDIDAS	PARÂMETROS
Conselhos assistenciais	Conselho de saúde próprio	Sim ou Não
	Conselho gestor	Sim ou Não
	Gestão participativa	Sim ou Não
Governança	Participação em instância de governança	CMS; Fórum com outros hosp; Fórum com AB; colegiado municipal; colegiado regional <u>Sim quando CMS e mais um item</u>
Satisfação do Usuário	Mecanismos de satisfação do usuário	Pesquisa de satisfação; caixa de sugestões; formulários on-line; ouvidoria própria; outro <u>Sim quando ouvidoria mais um item</u>

5 RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa, de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Santa Catarina, são apresentados na forma de artigo científico.

5.1 ARTIGO “HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE EM SANTA CATARINA: DISPOSITIVOS DE HUMANIZAÇÃO, ACESSO E PARTICIPAÇÃO NAS DECISÕES”

Hospitais de pequeno porte em Santa Catarina: dispositivos de humanização, acesso e participação nas decisões

Resumo: O objetivo desse estudo foi analisar os Hospitais de Pequeno Porte em Santa Catarina quanto aos dispositivos de humanização, acesso e participação nas decisões. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de caráter avaliativo, desenvolvido nos Hospitais de Pequeno Porte no Estado de Santa Catarina. Foram analisados os dados de 99 HPP do estado e consideradas as dimensões Humanização, Acesso e Participação nas decisões. Os resultados apresentados evidenciam que os HPP de Santa Catarina precisam avançar para fornecer atendimento humanizado, melhorar o acesso e propiciar maior participação nas decisões, estimulando o controle social na gestão dos serviços e implementação da democratização.

Palavras-Chaves: Hospitais de Pequeno Porte; Humanização; Acesso; Participação.

INTRODUÇÃO

A atenção hospitalar tem sido muito debatida devido à importância que os hospitais possuem na prestação de serviços, à quantidade considerável de recursos humanos, tecnológicos e financeiros que agregam, e ao papel que podem exercer na organização das redes de atenção (LÓPEZ, 2004).

No Brasil, a rede de atenção hospitalar, que foi construída ao longo de décadas, possui uma heterogeneidade na qual há uma grande concentração de trabalhadores e recursos em grandes hospitais em cidades de médio e grande porte e de pequenos hospitais espalhados pelo interior em cidades com baixa densidade populacional (LÓPEZ, 2004).

No artigo 3º, da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), os hospitais são definidos como:

Instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013).

Os hospitais menores, chamados de Hospitais de Pequeno Porte (HPP), são considerados elementos importantes no processo de reformulação do sistema de saúde brasileiro e na consolidação do SUS. Por meio deles pretende-se favorecer o processo de descentralização e de regionalização com a organização de redes de atenção à saúde, garantindo o acesso qualificado aos serviços e a continuidade da atenção prestada na atenção básica e média complexidade. Considerando a importância desses estabelecimentos, em 2004 foi instituída a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte através da Portaria GM/MS nº 1.044/2004 (BRASIL, 2004).

Em relação a essa política, os HPP's deverão adequar o seu perfil assistencial, preferencialmente, para as especialidades básicas (clínica médica, pediatria e obstetrícia), saúde bucal (especialmente urgências odontológicas), pequenas cirurgias e urgência e emergência. Além disso, caberá a esses estabelecimentos participar das principais políticas do

SUS, participar da Política Nacional de Humanização, manter sob a regulação do gestor local do SUS a totalidade dos serviços contratados, entre outras atribuições (BRASIL, 2004).

Em 2007, os HPP's de até 50 leitos totalizavam 4.705 estabelecimentos e representavam cerca de 60% da rede hospitalar brasileira e 18% dos leitos existentes. Localizados, em sua maioria, em pequenos municípios do interior do país, esses hospitais apresentavam baixa taxa de ocupação (32,8%), mas eram considerados um segmento estratégico devido ao número, à distribuição no país e ao papel que ele pode desempenhar para consolidação da integralidade e resolubilidade no SUS (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

Uma nova definição para o papel dos HPP no sistema de saúde deve agregar resolutividade ao sistema de saúde, garantir continuidade de assistência entre os demais níveis de assistência, contribuir para a organização do sistema de referência e contra-referência, estimular o controle social nos serviços de saúde, adequar o fluxo de demanda por internações, induzir a descentralização entre outros aspectos (LÓPEZ, 2004). Destaca-se também a potencialidade que os HPP possuem para responder às demandas locais de saúde, especialmente os atendimentos de urgência, emergência e partos, garantindo a complementariedade dos serviços (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

Considerando a importância desses hospitais, esse estudo tem como objetivo analisar os Hospitais de Pequeno Porte em Santa Catarina quanto aos dispositivos de humanização, acesso e participação nas decisões.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de caráter avaliativo desenvolvido nos Hospitais de Pequeno Porte de Santa Catarina. O presente estudo é derivado de uma pesquisa elaborada, em 2013, pela Universidade Federal de Pelotas/ RS, Aquares – Acesso e qualidade na rede de saúde, Universidade Federal de Minas Gerais e o Observatório de Recursos Humanos na Saúde que almejava produzir evidências que subsidiassem debates sobre os papéis que os HPP poderiam desempenhar no SUS intitulado **Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros – Diagnóstico, Avaliação e Espacialização** e realizar diagnóstico situacional dos estabelecimentos hospitalares com até 50 leitos existentes no Brasil, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a fim de subsidiar pressupostos e diretrizes

para elaboração de Política de Gestão para este segmento hospitalar.

No presente estudo, fizeram parte os HPP cadastrados até novembro de 2013 na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em Santa Catarina, totalizando 110 hospitais. No entanto, foram analisados os dados de 99 HPP devido à grande quantidade de respostas inválidas de 11 hospitais.

Os dados foram obtidos através da aplicação de questionários in loco nos meses de julho e agosto de 2014 por 11 avaliadores e disponibilizados pela Universidade Federal de Minas Gerais, responsável pela coleta dos dados em Santa Catarina. Os dados brutos fornecidos para esse estudo foram analisados em planilhas do Excel.

Os hospitais foram classificados em prestadores de serviços do SUS ou prestadores de serviços privados levando em consideração: a natureza jurídica (pública ou privada), perfil da clientela (atendia apenas SUS, apenas privados ou ambos) e o percentual de leitos (80% ou mais de leitos SUS ou menos de 80% de leitos SUS). Essa etapa visou criar dois grupos de hospitais relativamente homogêneos para que se faça a análise de diferenças dos recursos estudados nos distintos hospitais. A decisão por dois grupos decorreu do número de hospitais (99 com dados válidos), para não conformar grupos com número muito reduzido de elementos de análise.

A variável “Natureza Jurídica” foi dividida em Pública (hospitais de administração municipal, estadual ou federal) e Privada (hospitais privados com ou sem fins lucrativos). A variável “Perfil da Clientela” foi dividida em SUS (hospitais que atendiam SUS); Privada (hospitais que atendiam apenas via convênios ou desembolso direto) e Ambos (hospitais que atendiam SUS e hospitais que atendiam apenas via convênios ou desembolso direto). A variável “Percentual de leitos SUS” foi dividida em 80% ou mais (hospitais que possuíam 80% ou mais dos leitos para atendimento SUS) e menos de 80% (hospitais que possuíam menos de 80% dos leitos destinados ao SUS).

A partir dessas três variáveis, foram formados dois grupos (Hospitais SUS e Hospitais privados). Foram considerados privados, os hospitais cuja natureza jurídica era privada, com perfil de clientela privada ou ambos e que destinavam menos de 80% dos leitos ao SUS, bem como os hospitais de natureza jurídica pública, que atendiam ambas as clientelas e destinavam menos de 80% dos leitos ao SUS. Para ser considerado público, a natureza jurídica dos hospitais tinha que ser pública ou privada, com perfil de clientela SUS ou Ambos e que destinassem 80% ou mais dos leitos ao SUS.

As dimensões de análises consideradas foram Humanização,

Acesso e Participação das Decisões. Para cada dimensão, foram definidas subdimensões e medidas (Quadro 1). Essas medidas foram definidas a partir da disponibilidade no banco de dados, e foram validadas por meio de consulta em formulário eletrônico a sete especialistas na área de gestão, avaliação e serviços hospitalares. Os especialistas retornaram o formulário com as respostas em relação às dimensões, subdimensões e medidas a serem utilizadas no estudo, bem como o posicionamento sobre a forma de julgamento. Após, foi realizada uma compilação com as respostas de cada um para atingir o consenso quanto às dimensões, subdimensões e medidas a serem utilizadas e a forma de julgamento.

Quadro 1: Dimensões, Subdimensões e Medidas utilizadas.

Dimensões	Subdimensões	Medidas
Humanização	Práticas facilitadoras	Acolhimento
		Atividades de brincar
		Horário ampliado para além de 1 hora
		Visita aberta
	Acompanhantes	Acompanhamento da gestante durante o parto e pós-parto imediato
		Acompanhante 24 horas para crianças
		Acompanhante 24 horas para idosos
		Acompanhante de indígenas
	Trabalho	Valorização do trabalhador
	Acessibilidade	Acesso por meio de rampas
	Acessibilidade	Bebedores adaptados
		Corredores ampliados
		Corrimão nos corredores
		Instalações sanitárias adaptadas
Portas com abertura para fora		
Totem em braile		
Acesso	Redes de Atenção	Inserção na Rede Cegonha
		Inserção na Rede de Urgência e Emergência
		Inserção na rede de atenção psicossocial
		Inserção na rede de atenção a pessoas com doenças crônicas
		Inserção na rede de cuidados à portadores de necessidades especiais
	Regulação	Internação
		Exames
		Atendimento ambulatorial geral
		Continua...

Dimensões	Subdimensões	Medidas
Conclusão		
		Atendimento ambulatorial especializado
		Referência para a UPA 24 horas
		Central de regulação de Urgências SAMU
	Pactualizações	Fluxos pactuados entre os serviços do município
		Fluxos intergestores pactuados
Mecanismos de participação	Conselhos assistenciais	Protocolos para Regulação de acesso
		Protocolos para transferência inter-hospitalar
		Conselho de saúde próprio
	Governança	Gestão Participativa
		Conselho Gestor
Satisfação do Usuário	Participação em instância de governança	
		Mecanismos de satisfação do usuário

Para o julgamento, foi realizada agregação das medidas do estudo. As medidas em cada subdimensão foram consideradas de igual importância, com igual peso, ou seja, cada medida teve peso 1 na subdimensão. Na subdimensões com mais de duas medidas, foi considerado “Bom” quando havia 75% ou mais das medidas implantadas, “Regular” quando tinha implantado entre 50% e 74% das medidas e “Ruim” quando tinha implantado menos de 50% das medidas. Nas subdimensões com apenas 1 (uma) medida, foi considerada “Bom” se tivesse a medida implantada e “Ruim” se a medida não estivesse implantada.

Para cada Dimensão (Humanização, Acesso e Mecanismos de Participação) foi considerado como BOM quando havia 2 (duas) ou mais subdimensões com bom e nenhuma com ruim; RUIM quando havia 2 subdimensões com ruim e nenhuma como bom e as demais situações foram consideradas REGULAR.

RESULTADOS

As medidas foram analisadas segundo os critérios estabelecidos pelo consenso entre especialistas. Os valores são apresentados para os dois grupos definidos de hospitais - HPP-SUS e HPP-Privados, e indicaram diferenças em todas as medidas, embora exista diferença significativa em apenas algumas delas.

A Tabela 1 apresenta os percentuais dos HPP- SUS, os

percentuais de HPP- Privados e os percentuais do total de HPP segundo medidas presentes em subdimensões e dimensões. Na Tabela 2, são apresentados os percentuais de HPP- SUS e HPP-Privados, sendo especificados as dimensões e subdimensões e classificação dos HPP.

Tabela 1: Percentuais dos HPP- SUS, percentuais de HPP- Privados e percentuais do total de HPP segundo medidas presentes em subdimensões e dimensões.

DIMENSÃO/ Subdimensão	Medidas	HPP SUS (n=56)	HPP PRIV (n=43)	P	Total de HPP
Humanização					
Práticas facilitadoras	Acolhimento	71,4	60,5	0,176	66,7
	Atividades de brincar	41,1	23,3	0,049*	33,3
	Horário ampliado para além de 1 hora	78,6	81,4	0,465	79,8
	Visita aberta	39,3	46,5	0,303	42,4
Acompanhantes	Acompanhamento da gestante durante o parto e pós-parto imediato	53,6	69,8	0,076	60,6
	Acompanhante 24 horas para crianças	89,3	93,0	0,392	90,9
	Acompanhante 24 horas para idosos	92,9	93,0	0,646	92,9
	Acompanhante de indígenas	30,4	11,6	0,022*	22,2
Trabalho	Valorização do trabalhador	50,0	55,8	0,356	52,5
Acessibilidade	Acesso por meio de rampas	58,9	67,4	0,256	62,6
	Bebedores adaptados	41,1	44,2	0,457	42,4
	Corredores ampliados	62,5	72,1	0,216	66,7
	Corrimão nos corredores	16,1	18,6	0,472	17,2
	Instalações sanitárias adaptadas	50,0	53,5	0,444	51,5
	Portas com abertura para fora	30,4	55,8	0,009*	41,4
	Totem em braile	1,8	4,7	0,401	3,0

Continua...

DIMENSÃO/ Subdimensão	Medidas	HPP SUS (n=56)	HPP PRIV (n=43)	P	Total de HPP
Conclusão					
Acesso					
Redes	Rede Cegonha	8,9	2,3	0,176	6,1
	Rede de Urgência e Emergência	25,0	18,6	0,305	22,2
	Rede de atenção psicossocial	3,6	-	0,317	2,0
	Rede de atenção a pessoas com doenças crônicas	-	-	-	-
	Rede de cuidados a portadores de necessidades especiais	1,8	-	0,566	1
	Regulação	Internação	41,1	23,3	0,049*
Exames		16,1	11,6	0,371	14,1
Atendimento ambulatorial geral		19,6	11,6	0,214	16,2
Atendimento ambulatorial especializado		7,1	4,7	0,472	6,1
Referência para a UPA 24 horas		3,6	7,0	0,376	5,1
Central de regulação de Urgências SAMU		26,8	14	0,096	21,2
Pactualizações	Fluxos pactuados entre os serviços do município	58,9	30,2	0,004*	46,5
	Fluxos intergestores pactuados	33,9	14,0	0,019*	25,3
	Protocolos para Regulação de acesso	33,9	25,6	0,251	30,3
	Protocolos para transferência inter-hospitalar	41,1	46,5	0,368	43,4
Mecanismos de participação					
Conselhos assistenciais	Conselho de saúde próprio	8,9	32,6	0,003*	19,2
	Conselho gestor	12,5	30,2	0,027*	20,2
	Gestão participativa	33,9	27,9	0,338	31,3
Governança	Participação em instância de governança	23,2	4,7	0,009*	15,2
Satisfação do usuário	Mecanismos de satisfação do usuário	14,3	18,6	0,378	16,2

*diferenças significativas ($p < 0,05$)

Tabela 2: Percentual de HPP SUS e de HPP Privados de acordo com classificação Bom, Regular e Ruim segundo dimensões e subdimensões.

SUBDIMENSÃO/ DIMENSÃO	HPP – SUS (n=56)			HPP – PRIV (n=43)			P
	Bom	Regular	Ruim	Bom	Regular	Ruim	
Práticas facilitadoras	14,3	66,1	19,6	4,7	65,1	30,2	0,186
Acompanhante	21,4	67,9	10,7	4,7	86,0	9,3	0,051
Trabalho	50,0	0,0	50,0	55,8	0,0	44,2	0,356
Acessibilidade	7,1	39,3	53,6	14,0	32,6	53,5	0,492
Humanização	14,3	48,2	37,5	7,0	60,5	32,6	0,364
Redes	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	1,0
Regulação	3,6	17,9	78,6	9,3	2,3	88,4	0,032*
Pactualizações	16,1	35,7	48,2	9,3	25,6	65,1	0,235
Acesso	0,0	26,8	73,2	0,0	16,3	83,7	0,213
Conselhos assistenciais	0,0	12,5	87,5	11,6	14,0	74,4	0,029*
Governança	23,2	-	76,8	4,7	-	95,3	0,011*
Satisfação usuário	14,3	-	85,7	18,6	-	81,4	0,563
Mec de participação	3,6	30,4	66,1	0,0	27,9	72,1	0,424
Classificação geral	0,0	39,3	60,7	0,0	34,9	65,1	0,932

* diferença significativa ($p < 0,05$)

DISCUSSÃO

As Práticas Facilitadoras - acolhimento, visita aberta, horário ampliado de visitas para além de 1 hora e atividades de brincar - proporcionam o atendimento humanizado nos serviços. O acolhimento possibilita escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário, o vínculo, o acesso com responsabilização e o atendimento com resolutividade (BRASIL, 2013; MORI; OLIVEIRA, 2014). O horário ampliado de visita e a visita aberta têm como objetivo ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação a fim de manter o elo entre o paciente e sua rede social e os serviços de saúde favorecendo o processo de vínculo e reabilitação (BRASIL, 2007a). Nos HPP de SC, quase 80% possuem horário de visita ampliado para além de 1 hora; no entanto, menos da metade (42,4%) garante a visita aberta ao paciente, sendo este percentual maior no grupo dos hospitais privados. As atividades de brincar diminuem os efeitos negativos da internação hospitalar ao valorizar a dimensão subjetiva, resignificando os sentimentos vividos nesse período e devem ser asseguradas a crianças e adolescentes (BRASIL, 2001a; 2005a; 2013; FONTES, 2012). Apesar da importância

dessas atividades, apenas 33,3% da totalidade dos hospitais (SUS e privado) desenvolvem atividades de brincar, sendo presente em 41,1% dos hospitais SUS e apenas 23,3% dos hospitais privados ($p=0,049$).

O direito a acompanhante é um dos dispositivos da PNH que contribui para a concretização da diretriz da Clínica Ampliada e Compartilhada, pois possibilita o envolvimento da família e amigos no processo de cuidado e a autonomia dos envolvidos (BRASIL, 2007a). O direito a acompanhante para crianças e idosos que necessitam de internação hospitalar e para gestantes durante o trabalho de parto e pós-parto são garantidos por lei (BRASIL, 1990; 2003; 2005b), com benefícios comprovados na literatura (SANTOS *et al*, 2011; MOLINA; MARCON, 2009; CHERNICHARO; FERREIRA, 2015; DODOU, 2014). Em relação à garantia de acompanhante para indígenas, deve-se considerar a adequação do ambiente hospitalar visto que esses povos têm a necessidade de ser acompanhados por um maior número de familiares por motivos culturais (BRASIL, 2007a). Observou-se que cerca de 90% dos hospitais (públicos e privados) garantem o direito a acompanhante 24 horas para idosos e crianças; 69,8% dos hospitais privados e 53,6% hospitais públicos garantem acompanhamento da gestante durante o parto e pós-parto imediato; e apenas 22% dos hospitais garantem a presença de acompanhante para indígenas, com diferença significativa entre os tipos de hospitais ($p=0,022$).

Os trabalhadores são os principais sujeitos que executam diariamente o processo de trabalho nos serviços de saúde sendo fundamentais para as práticas de atenção e gestão e para a construção da rede do SUS (BRASIL, 2008a). A valorização do trabalhador, uma das diretrizes da PNH, tem como objetivo valorizar as experiências dos trabalhadores da saúde e incluí-los nos processos de decisão, reduzir a precarização do trabalho em saúde e aumentar a corresponsabilização, o protagonismo e a autonomia dos profissionais de forma a superar padrões rígidos e autoritários de administração hospitalar (BRASIL, 2011; AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006). Pouco mais da metade (52,5%) dos hospitais afirmam realizar ações de valorização do trabalhador.

As políticas de acessibilidade hospitalar nos serviços públicos e privados visam garantir a facilidade de locomoção e adaptação dos mobiliários, equipamentos e espaços eliminando barreiras arquitetônicas e garantindo a utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, a uma pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2002; 2013). A presença de alguns dispositivos que proporcionem acessibilidades nos HPP do estado ainda é muito baixa. No interior dos

hospitais, existem muitas barreiras arquitetônicas que comprometem a acessibilidade aos serviços a pessoas com deficiências (PAGLIUCA; ARAGAO; ALMEIDA, 2007; CASTRO *et al*, 2011; AMARAL *et al*, 2012). Destaca-se negativamente que apenas 3% dos HPP possuem Totem em braile e 17,2% possuem Corrimão nos corredores. Observou-se diferença significativa para “Portas com abertura para fora” ($p=0,009$), sendo esse item mais presente na rede hospitalar privada. 51,5% dos HPP possuem instalações sanitárias adaptadas. O Acesso por meio de rampas e a presença de Corredores ampliados são os dispositivos de acessibilidade mais presentes nessas instituições hospitalares, 62,6% e 66,7% respectivamente.

A conformação de Redes de Atenção é uma opção que pode ser utilizada para reduzir a fragmentação do sistema de saúde, facilitar o acesso e possibilitar a integralidade da atenção e a racionalização dos recursos (SHIMIZU, 2013). A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 oficialmente estabeleceu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS a fim de proporcionar a integração dos serviços de saúde e aumentar o acesso, equidade e eficácia do SUS (BRASIL, 2010). Na literatura não foram encontrados estudos sobre a implantação das RAS; os estudos seguem uma perspectiva analítica, tratando dos desafios para promover a integração dos serviços e organizar as redes de atenção à saúde no SUS (SILVA, 2011; SHIMIZU, 2013). Apenas a Rede de Urgência e Emergência possui mais de 20% dos HPP inseridos; nas outras redes de atenção, o percentual foi nulo ou muito baixo.

No Brasil, a regulação como instrumento de gestão, tem como objetivo garantir um sistema de saúde equânime e que garanta a integralidade da assistência de forma universal e ordenada e a utilização de um processo regulatório pode contribuir para estruturar um sistema de saúde de forma menos desigual e contribuir para o alcance da equidade do acesso (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012; BRASIL, 2008b). Experiências exitosas em relação à implantação da regulação mostram a melhora do acesso a consultas e exames de maior densidade tecnológica, da classificação de risco ordenando o fluxo de acesso e dos indicadores hospitalares e consequente eficiência dos hospitais (FERREIRA *et al*, 2010; RODRIGUEES; JULIANI, 2015). O percentual de hospitais que atuam sob regulação para internação foi de 33,3%, sendo 41,1% dos HPP SUS e 23,3% dos HPP privados ($p=0,049$). As demais medidas apresentaram percentuais baixos. Vale ressaltar que apenas 21,2% afirmaram atuar sob central de regulação de Urgências – SAMU.

Existem muitas barreiras que limitam o acesso aos serviços de saúde. A existência de fluxos pactuados entre serviços e gestores e de protocolos para regulação e transferência auxiliam no desenvolvimento das ações de regulação, colaboram para a definição da rede de atenção e o direcionamento do usuário que está sendo atendido e para melhor atuação das equipes qualificando a assistência (FERREIRA *et al.*, 2010). Em Pactualizações, 46,5% dos HPP possuem fluxos pactuados entre os serviços do município, sendo que 58,9% nos HPP SUS e 30,2% nos HPP privados ($p=0,004$). Também houve significância estatística para a medida “Fluxos intergestores pactuados” ($p=0,019$), na qual 25,3% dos HPP afirmaram possuir esses fluxos pactuados.

Os mecanismos de participação coletiva na gestão são fundamentais, pois abrem espaço para a participação dos usuários e trabalhadores nas decisões dos hospitais, melhora o conhecimento de usuários e trabalhadores sobre o funcionamento do serviço permitindo maior empoderamento em relação às suas demandas e ampliação dos canais de diálogo (POSSA; CORTES, 2012). A existência de conselhos de saúde, conselhos gestores e de gestão participativa contribuem para o alcance de maior democratização nos espaços de decisão, com maior participação e controle social, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz e efetivo. (BARROS, 1994; BRASIL, 2007b; 2009a; 2013a). Em Conselhos Assistenciais, houve significância estatística para a medida “Conselho de saúde próprio” ($p=0,003$), na qual 32,6% dos HPP privados afirmaram ter conselhos de saúde, enquanto nos HPP SUS esse percentual foi de 8,9%. Também houve significância para a medida “Conselho gestor” ($p=0,027$), na qual 30,2% dos HPP privados afirmaram possuir esse tipo de conselho, enquanto nos HPP SUS esse valor foi de 12,5%.

A governança é o “exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado”. Ela é composta de mecanismos, relações e instituições onde há a presença de cidadãos e grupos sociais que defendem seus interesses, realizam debates e formam consensos (RONDINELLI, 2006 apud MENDES, 2011). Nos espaços de governança devem ser realizadas pactuações e gestão solidária e cooperativa para que sejam tomadas decisões e resolvidos problemas comuns (BRASIL, 2010a). Fazem parte do sistema de governança os conselhos de saúde, os fóruns de reunião com a atenção básica ou com outros hospitais, os colegiados municipais e regionais de dirigentes da saúde entre outros. Para a medida “Participação em instância de governança”, houve significância estatística ($p=0,009$), na qual 23,2% dos HPP SUS afirmaram ter participação em instâncias de governança,

enquanto nos HPP privados esse percentual foi de 4,7%.

A avaliação da qualidade da atenção dos serviços de saúde sob a perspectiva do usuário é um fator importante a ser considerado, pois permite a identificação de limitações e falhas existentes nos serviços, bem como contribui para a efetivação da participação social no setor (VERAS, 2005; RAMOS; LIMA, 2003; SILVA; FORMIGLI, 1994). A Ouvidoria é um meio democrático de comunicação que fortalece o SUS, promove a cidadania e possibilita a avaliação permanente dos serviços de saúde com vistas ao aprimoramento da gestão do SUS (BRASIL, 2009b; 2014b). Outros instrumentos importantes para identificar a satisfação dos usuários são as pesquisas de satisfação, o uso de caixa de sugestões ou de formulários online. Esses recursos permitem avaliar o atendimento, identifica os impasses e desafios do sistema de saúde (CASTRO *et al.*, 2008). Em relação à satisfação do usuário, 18,6% dos HPP privados e 14,3% dos HPP SUS afirmaram utilizar mecanismos para fazer essa aferição.

A partir da análise da Tabela 2, podemos afirmar que tanto os HPP públicos quanto os privados precisam avançar nos aspectos relativos à humanização, acesso e mecanismos de participação para que possam oferecer melhor atendimento e garantir a consolidação, estruturação e acesso aos serviços. Como pode ser observado na Tabela 2, na Dimensão Humanização, a maior parte dos HPP obteve classificação regular. Na Dimensão Acesso, 73,2% dos HPP SUS e 83,7% dos HPP privados receberam classificação ruim, havendo significância estatística para a dimensão Regulação. Na dimensão Mecanismos de Participação, 66,1% dos HPP- SUS e 72,1% dos HPP Privados receberam classificação ruim, havendo significância para as subdimensões Conselhos Assistenciais e Governança. Na Classificação Geral dos HPP, considerando todas as dimensões, a maioria dos HPP foram classificados como "Ruim".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados permitem afirmar que os HPP de Santa Catarina precisam avançar para fornecer atendimento humanizado, melhorar o acesso e propiciar maior participação nas decisões, estimulando o controle social na gestão dos serviços e implementação da democratização.

Em relação à inserção dos HPP nas redes de atenção, há fragilidade assistencial nos aspectos básicos de cada rede de atenção

demonstrando que o acesso aos serviços e a atenção integral à saúde permanecem como desafios a serem superados no sistema de saúde.

Há falta de protocolos de regulação bem como necessidade de ampliação da regulação aos serviços em todo o estado através da implantação de centrais de regulação.

Para que se fortaleçam os mecanismos de participação nos HPP, evidencia-se a necessidade da participação em instâncias de governança, do uso de mecanismos para avaliar a satisfação do usuário em relação ao sistema de saúde, de criação de conselhos de saúde e conselhos gestores e de participação da sociedade nos processos decisórios.

Embora já se tenha avanços nos aspectos relativos à humanização, ainda é preciso avançar e consolidar as práticas dessa política nos serviços. Necessita-se de melhor articulação, regulação e actualizações dos serviços para promover acesso equânime e integral aos serviços de saúde. Também é imprescindível criar meios que promovam a democratização da gestão e aumente os mecanismos de participação da população nas decisões.

Esse estudo não permitiu investigar profundamente cada aspecto abordado em relação aos HPP devido ao seu caráter quantitativo e à limitação dos dados do questionário trabalhado. Espera-se que sejam desenvolvidos novos estudos sobre os temas abordados aqui abordados a fim de melhorar os serviços oferecidos pelos HPP no estado de Santa Catarina.

Sugere-se que sejam feitos estudos mais aprofundados sobre os temas abordados nesse estudo como acesso e os aspectos relativos à estruturação das redes de atenção no sistema de saúde, à regulação e à pactuações, a implementação da humanização nos hospitais e a participação social e governança nos hospitais.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Fabienne Louise Juvêncio dos Santos et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1833-40, jul. 2012.

AMESTOY, Simone Coelho; SCHWARTZ, Eda; THOFEHRN, Maria Buss. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 444-9, dez. 2006.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. O Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: IEC, 1994. p. 29-37.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 de julho de 1990, p. 13.563.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.060, de 05 de junho de 2002. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 de junho de 2002, Seção 1, p. 21.

_____. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 de outubro de 2003, Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.044, 1º de junho de 2004. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 02 de junho de 2004, Seção 1, p. 1.

_____. Presidência da República. Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 22 de março de 2005a, p. 1.

_____. Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto

imediatamente, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 08 de abril de 2005b, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: visita aberta e direito ao acompanhante. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Gestão participativa: co-gestão. 2. ed., 1. Reimp. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde**: valorização dos trabalhadores da saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Portaria n. 1559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 04 de agosto de 2008b, Seção 1, p. 48.

_____. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **HumanizaSUS**: Gestão participativa: co-gestão. 2. ed., 4. Reimp., Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**: ParticipaSUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 31 de dezembro de 2010, Seção 1, p. 88.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério

da Saúde, 2011. (Cadernos HumanizaSUS; v. 3, Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 31 de dezembro de 2013, Seção 1, Col. 3, p. 54.

_____. Portaria nº 2.416, de 7 de novembro de 2014. Estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 07 de novembro de 2014, Seção 1, Col. 1, p. 53.

CASTRO, Shamyry Sulyvan *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 99-105, fev. 2011.

CASTRO, Henrique Carlos de O. de *et al.* A satisfação dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 14, n.2 p. 113-34, jul./dez. 2008.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; FERREIRA, Márcia de Assunção. Sentidos do cuidado com o idoso hospitalizado na perspectiva dos acompanhantes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 80-85, mar. 2015.

DODOU, Hilana Dayana *et al.* A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 262-9, abr./jun. 2014.

FERREIRA, Janise Braga Barros *et al.* O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 345-58, jun. 2010.

FONTES, Adriana Rocha. **Pedagogia hospitalar**: atividades lúdicoeducativas no processo de humanização do Hospital Regional Amparo de Maria Estância (SE). 2012. 168 f. Dissertação (Mestrado em Educação)- Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade

Tiradentes, Aracaju, 2012.

LÓPEZ, Elaine Machado. **Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2004. 132 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto; MARCON, Sonia Silva. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 856-64, dez. 2009.

MORI, Maria Elizabeth; DE OLIVEIRA, Olga Vania Matoso. Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, Supl. 1, p. 1063-75, dez. 2014.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; ARAGÃO, Antônia Eliana de Araújo; ALMEIDA, Paulo César. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 581-8, dez. 2007.

POSSA, Lisiane Bôer; CORTES, Soraya Maria Vargas. Mecanismos de participação e atores sociais em hospitais: o caso do Grupo Hospitalar Conceição-RS. **Saude Soc**, São Paulo, v. 21, Supl. 1, p. 59-70, maio 2012.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, fev. 2003.

RODRIGUES, Luciane Cristine Ribeiro; JULIANI, Carmen Maria Casquel Montí. Resultado da implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um

hospital de ensino. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 96-102, mar. 2015.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos *et al.* Vivências de familiares de crianças internadas em um Serviço de Pronto-Socorro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 473-9, abr. 2011.

SILVA, Ligia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, mar. 1994.

SHIMIZU, Helena Eri. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-22, out./dez. 2013.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-62, jun. 2011.

UGA, Maria Alicia Domínguez; LOPEZ, Elaine Machado. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-28, jul./ago. 2007.

VERAS, Mirella Maria Soares. **A satisfação dos usuários do SUS com o serviço de ouvidoria em saúde de Fortaleza, CE.** 2005. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-7, out./dez. 2012.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse trabalho, pretendeu-se analisar as dimensões Humanização, Acesso e Participação nas Decisões nos HPP do estado de Santa Catarina. É importante considerar que devido à limitação dos dados do questionário trabalhado e a característica do estudo, não foi possível aprofundar os temas trabalhados nesse estudo.

Os HPP são elementos importantes do sistema de saúde, através deles pretende-se favorecer o processo de organização das redes garantindo o acesso aos serviços e a continuidade do atendimento. No entanto, para que ocorram avanços no sentido de garantir integralidade do atendimento, fazem-se necessário esforços que garantam a operacionalização dos dispositivos de humanização na assistência hospitalar, da implementação de ferramentas de gestão que garantam o acesso aos serviços e do uso de mecanismos que propiciem a participação de gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde na gestão hospitalar.

Em relação à inserção dos HPP nas redes de atenção, há fragilidade assistencial nos aspectos básicos de cada rede de atenção demonstrando que o acesso aos serviços e a atenção integral à saúde permanecem como desafios a serem superados no sistema de saúde.

Há falta de protocolos de regulação bem como necessidade de ampliação da regulação aos serviços em todo o estado através da implantação de centrais de regulação.

Para que se fortaleçam os mecanismos de participação nos HPP, evidencia-se a necessidade da participação em instâncias de governança, do uso de mecanismos para avaliar a satisfação do usuário em relação ao sistema de saúde, de criação de conselhos de saúde e conselhos gestores e de participação da sociedade nos processos decisórios.

Embora já se tenha avanços nos aspectos relativos à humanização, ainda é preciso avançar e consolidar as práticas dessa política nos serviços. Necessita-se de melhor articulação, regulação e actualizações dos serviços para promover acesso equânime e integral aos serviços de saúde. Também é imprescindível criar meios que promovam a democratização da gestão e aumente os mecanismos de participação da população nas decisões.

Há um número reduzido de estudos disponíveis na literatura sobre os HPP. Portanto, sugere-se que esses hospitais sejam objeto de estudo em pesquisas para que cada vez mais se reconheça as possibilidades e as limitações dessas instituições dentro da rede de serviços de saúde e para que se consolidem os serviços oferecidos e o envolvimento dos gestores, profissionais e usuários.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de *et al.* Regulação assistencial no recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saude Soc. [online]**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 223-236, mar, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/20.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2015.
- AMARAL, Fabienne Louise Juvêncio dos Santos *et al.* Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1833-40, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/22.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.
- AMESTOY, Simone Coelho; SCHWARTZ, Eda; THOFEHRN, Maria Buss. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm. [online]**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 444-9, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a13.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2015.
- ANDERSEN, Ronald M.; NEWMAN, John F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem. Fund. Q. Health Soc.**, v. 51, p.95-124, 1973.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-75, nov. 2012.
- AZEVEDO, Adriano Valério dos Santos. O brincar da criança com câncer no hospital: análise da produção científica. **Estud. Psicol. (Campinas) [online]**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 565-72, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n4/15.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.
- BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson D.; LUNARDI,

Valéria Lerch. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-7, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/09.pdf>>. Acesso em: 31 ago 2015.

BARBOSA JUNIOR, Donizeti Ferreira. **O brincar de crianças acometidas pelo câncer: efeito e saberes**. 2008. 209f. Dissertação (Mestrado em Educação)- Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, MT, 2008.

BARON-EPEL, Orna; DUSHENAT, Marina; FRIEDMAN, Nurit. Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perception and satisfaction with care. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 13, n. 4, p. 317-23, 2001. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/13/4/317.full.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. O Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: IEC, 1994. p. 29-37.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GUEDES, Carla Ribeiro; ROZA, Monica Maria Raphael. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4803-14, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/29.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface (Botucatu) [online]**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-94, ago. 2005a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2015.

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-71, set. 2005b. Disponível em

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Justiça. Lei nº. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio as pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 de outubro de 1989, p. 1920.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990a, p.18055.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990b, p. 25694.

_____. Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 de julho de 1990c, p. 13.563.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 280, de 7 de abril de 1999. Torna obrigatório nos Hospitais Públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 de abril de 1999a, Seção 1, p. 14, Col. 2.

_____. Presidência da República. Decreto nº 3.298, de 20 de Dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 de dezembro de 1999b, p. 10.

_____. Lei nº. 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 de novembro de 2000a, p. 1.

_____. Lei nº. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para promoção de acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 de dezembro de 2000b, p. 2.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

_____. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de reorganização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 de janeiro de 2001b, Seção 1, p. 23, Col. 1.

_____. Portaria nº. 2.224, de 05 de dezembro de 2002. Estabelece o Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 de dezembro de 2002a, Seção 1, p. 37, Col. 2.

_____. Portaria MS/GM nº 1.060, de 05 de junho de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 de junho de 2002b, Seção 1, p. 21, Col. 1.

_____. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 de fevereiro de 2002c, Seção 1, p. 52, Col. 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.060, de 05 de junho de 2002. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 de junho de 2002d, Seção 1, p. 21.

_____. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 de outubro de 2003, Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.044, 1º de junho de 2004. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 02 de junho de 2004a, Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Portaria nº. 350, de 10 de março de 2004. Revoga as Portarias nº 2.224/GM e nº 2.225/GM, de 05 de dezembro de 2002, publicadas no DOU nº 236, de 6 de dezembro de 2002, seção 1, páginas 37 e 38. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 10 de março de 2004c, Seção 1, p. 34, Col. 3.

_____. Presidência da República. Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000,

que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, de 03 de dezembro de 2004d, p. 5.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Oficina HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – Relatório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

_____. Presidência da República. Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 22 de março de 2005a, p. 1.

_____. Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 08 de abril de 2005b, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 06 de dezembro de 2005c, Seção 1, p. 32, Col. 2.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Ministério da

Saúde, 2006b. (Séries Pacto pela Saúde, v. 5).

_____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: visita aberta e direito ao acompanhante. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Gestão participativa: co-gestão. 2. ed., 1. Reimp. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde**: valorização dos trabalhadores da saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Portaria n. 1559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 04 de agosto de 2008b, Seção 1, p. 48.

_____. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Glossário temático**: ouvidoria do SUS. 2. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **HumanizaSUS**: Gestão participativa: co-gestão. 2. ed., 4. Reimp., Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**: ParticipaSUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 31 de dezembro de 2010b, Seção 1, p. 88.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. (Cadernos HumanizaSUS; v. 3, Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 13 de outubro de 2011b, Seção 1, p. 79, Col. 2.

_____. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 27 de junho de 2011c, Seção 1, p. 109, Col. 1.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 26 de dezembro de 2011d, Seção 1, p. 230, Col. 1.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2011e.

_____. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 24 de abril de 2012a, Seção 1, p. 94, Col. 2.

_____. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 31 de dezembro de 2013a, Seção 1, Col. 3, p. 54.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. **Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros:** diagnóstico, avaliação e especialização. Projeto para Proposição e Avaliação de um Modelo de Análise de Desempenho de Instituições Hospitalares de Pequeno Porte. Brasília: Ministério da Saúde, Nov. 2013d.

_____. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS e estabeleceu diretrizes para a organização de linhas de cuidados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 02 de abril de 2014a, Seção 1, Col. 1, p. 50.

_____. Portaria nº 2.416, de 7 de novembro de 2014. Estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 07 de novembro de 2014b, Seção 1, Col. 1, p. 53.

_____; BOUSSO, Regina Szylyt. O papel da solidariedade desempenhado por familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados. **Texto Contexto Enferm. [Online]**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 297-303, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/11.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

BUSANELLO, Josefina *et al.* Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico. **Rev. Bras. Enferm. [online]**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 824-32, out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a04v64n5.pdf>>. Acesso em: 21 Ago. 2015.

CAMELO, Silvia H. Henriques *et al.* Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev.**

Latino-Am.Enfermagem [online], Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-7, ago. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000400005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 ago. 2015.

CARVALHO, Alysson Massote; BEGNIS, Juliana Giosa. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicol. Estud. [online]**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 109-17, abr. 2006 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a13.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

CARVALHO, Cristiane A. P. *et al.* Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arg. Ciênc. Saúde [online]**, v. 15, n. 2, p. 92-5, abr.-jun. 2008. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/iD%20253.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2015.

CARVALHO, Denis Barros de; SANTANA, Janaína Macêdo; SANTANA, Vera Macêdo de. Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. **Psicol. Cienc. Prof. [Online]**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 172-83, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n1/v29n1a14.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

CASTRO, Henrique Carlos de O. de *et al.* A satisfação dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). **Sociedade em Debate [Online]**, Pelotas, v. 14, n.2 p. 113-34, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/375/332>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

CASTRO, Shamyry Sulyvan *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Rev. Saúde Pública [Online]**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 99-105, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/2073.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; FERREIRA, Márcia de Assunção. Sentidos do cuidado com o idoso hospitalizado na perspectiva dos acompanhantes. **Esc. Anna Nery [Online]**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 80-85, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0080.pdf>>.

Acesso em: 25 ago. 2015.

CORRÊA, Luciana Reis Carpanez. **Os hospitais de pequeno porte do sistema único de saúde brasileiro e a segurança do paciente**. 2009. 126 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas)- Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo (SP), 2009.

COSTA JUNIOR, Áderson Luiz; COUTINHO, Sílvia Maria Gonçalves; FERREIRA, Rejane Soares. Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. **Paidéia (Ribeirão Preto) [Online]**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 33, p. 111-8, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n33/14.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

CUNHA, Nylse Helena da Silva. **Brinquedo, desafio e descoberta**. Rio de Janeiro: FAE, 1988.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

DODOU, Hilana Dayana *et al.* A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Esc. Anna Nery [Online]**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 262-9, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0262.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

DOMINGUES, Angela Ferreira; MOTTI, Telma Flores Genaro; PALAMIN, Maria Estela Guadagnucci. O brincar e as habilidades sociais na interação da criança com deficiência auditiva e mãe ouvinte. **Estud. Psicol. (Campinas) [Online]**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 37-44, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n1/a04v25n1.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad.**

Saúde Pública [Online], Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 1, p. S52-S62, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/06.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

ESPERIDIAO, Monique; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 10, Supl. p. 303-12, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a31v10s0.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2015.

FERNANDES, Flávia Saraiva Leão; LIMA, Beatriz de Souza; RIBEIRO, Maria Nazaré. Welcoming with Risk Classification in the Hospital São Paulo's Emergency Department. **Acta Paul. Enferm. [Online]**, São Paulo, v. 25, n. spe. 2, p. 164-8, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/26.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

FERREIRA, Janise Braga Barros *et al.* O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface (Botucatu) [Online]**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 345-58, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a09v14n33.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

FLEURY, Sonia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. (Série Epidemiológica, 1).

FONTES, Adriana Rocha. **Pedagogia hospitalar: atividades lúdicoeducativas no processo de humanização do Hospital Regional Amparo de Maria Estância (SE)**. 2012. 168 f. Dissertação (Mestrado em Educação)- Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Tiradentes, Aracaju, 2012.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina. (Org). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 177-92.

GODOY, Andréa *et al.* **Cartilha da inclusão: direitos da pessoa com deficiência**. Belo Horizonte: PUC/MG, 2006.

GOMES, Celina Aguilar; DUARTE, Edison. **Jogos materno-infantis:**

estimulação essencial para a criança com paralisia cerebral. **Estud. Psicol.** (Campinas) [Online], Campinas, v. 26, n. 4, p. 553-61, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n4/15.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

GUARESCHI, Ana Paula Dias França; MARTINS, Luciana Monteiro Mendes. Relacionamento multiprofissional X criança X acompanhante: desafio para a equipe. **Rev. Esc. Enferm. USP** [Online], São Paulo, v. 31, n. 3, p. 423-36, dez. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v31n3/v31n3a06.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2015.

GUERREIRO, Jória Viana; BRANCO, Maria Alice Fernandes. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [Online], Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1689-98, Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/06.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

GUIMARAES, Maria Beatriz Lisboa *et al.* Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva** [Online], Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 291-300, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a31.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

HAMMEL, Joy *et al.* What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. **Disabil. Rehabil.** v. 30, n. 19, p. 1445-60, 2008. doi: 10.1080/09638280701625534.

ITURRI, José Antonio. Acesso e integralidade da Atenção. **Tempus Actas Saúde Colet.** [Online], Brasília, v. 8, n. 1, p. 85-90, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1457/1301>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

JOAHANSSON, Peter; OLÉNI, Magnus; FRIDLUND, Bengt. Patient satisfaction with nursing care in the context of the health care: a literature study. **Scand J. Caring Sci.** v. 16, n. 4, p. 337-44, Dec. 2002.

JUNQUEIRA, Maria de Fátima Pinheiro da Silva. A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. **Estud. Psicol.**

(Natal) [Online], Natal, v. 8, n. 1, p. 193-7, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17250.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

KISHIMOTO, Tizuko M. Diferentes tipos de brinquedotecas. In: FRIEDMANN, Adriana *et al.* (Org). **O direito de brincar: a brinquedoteca**. 4. ed. São Paulo. Ed. Sociais; Abrinq, 1998. p. 53-63.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-16, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2015.

LIMA, Danielle Maria Gomes de; VENTURA, Liana Oliveira; BRANDT, Carlos Teixeira. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. **Arq. Bras. Oftalmol. [Online]**, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 357-62, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v68n3/24739.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2015.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. **Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica**. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p.89-120.

LÓPEZ, Elaine Machado. **Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2004. 132 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

MATUMOTO, Sílvia. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. 240f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem de Saúde Pública)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MENDES, Antonio da Cruz Gouveia *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Online]**,

Recife, v. 9, n. 2, p. 157-65, jun. 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n2/a05v9n2.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDONÇA, Claunara Schilling; REIS, Afonso Teixeira dos; MORAES, José Carlos de. (Orgs.) **A política regulação do Brasil**. Brasília: OPAS, 2006. 116 p.

MITRE, Rosa Maria de Araujo; GOMES, Romeu. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1277-84, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/19.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto; MARCON, Sonia Silva. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Rev. Esc. Enferm. USP [Online]**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 856-64, dez. 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a17v43n4.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2015.

MORAES, Márcia Cristina Almendros Fernandes; BUFFA, Maria José Monteiro Benjamin; MOTTI, Telma Flores Genaro. As atividades expressivas e recreativas em crianças com fissura labiopalatina hospitalizadas: visão dos familiares. **Rev. Bras. Educ. Espec. [Online]**, Marília, v. 15, n. 3, p. 453-70, dez. 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v15n3/a09v15n3.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vania Matoso de. Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil. **Interface (Botucatu) [Online]**, Botucatu, v. 18, Supl. 1, p. 1063-75, dez. 2014. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-576-icse-1807-576220130316.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

MORSCH, Denise Streit; DELAMONICA, Juliana. Análise das

repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: "Lembraram-se de Mim!". **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 677-687, set, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a24v10n3.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

MOTTA, Alessandra Brunoro; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 19-28, abr. 2004.

NOFFS, Neide de Aquino; CARNEIRO, Maria Angela Barbato. A educação e a saúde: brinquedoteca hospitalar espaço de ressignificação para a criança internada. **Rev. Ibero-Am. Estud. Educ.** Araraquara, v. 5, n. 3, [3470], 9fls, 2010.

OLIVEIRA, Irma de; ANGELO, Margareth. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora: a experiência da mãe acompanhante. **Rev. Esc. Enferm. USP [Online]**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 202-8, jun. 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a10.pdf>>. Acesso em 01 set. 2015.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto de *et al.* Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Rev. Saúde Pública [Online]**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 895-902, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6234.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; ARAGÃO, Antônia Eliana de Araújo; ALMEIDA, Paulo César. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. **Rev. Esc. Enferm. USP [Online]**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 581-8, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/06.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

PEIXOTO, Stefano Frugoli; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; MORRONE, Luiz Carlos. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. **Saude Soc. [Online]**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 785-94, set. 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/12.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2015.

PENA, Silvana Barbosa; DIOGO, Maria José D'Elboux. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [Online]**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 663-9, out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a09.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127-40, feb. 1981.

PERDOMINI, Fernanda Rosa Indriunas; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto Contexto Enferm. [Online]**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 445-52, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/04.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

PEREIRA, Alessandra Barbosa; FERREIRA NETO, João Leite. Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. **Trab. Educ. Saúde [Online]**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 67-88, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n1/1981-7746-tes-1981-7746-sip00024.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

PEREIRA, Luiza Helena. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. **Sociologias [Online]**, Porto Alegre, n. 7, p. 82-121, jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a04n7.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lôbo. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal, Rev. Psicol. [Online]**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 585-602, set./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n3/a11v25n3.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

PINTO, Eliana; LYRA, Rubens Pinto. **Modalidades de ouvidoria pública no Brasil**. João Pessoa: Ed da UFPB, 2009.

POSSA, Lisiane Bôer; CORTES, Soraya Maria Vargas. Mecanismos de participação e atores sociais em hospitais: o caso do Grupo Hospitalar Conceição-RS. **Saude Soc. [Online]**, São Paulo, v. 21, Supl. 1, p. 59-70, maio 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/05.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2015.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, fev. 2003. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface (Botucatu) [Online]**, Botucatu, v. 13, Supl. 1, p. 759-68, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s1.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

REBELLO, Maria Tereza Maia Penido; RODRIGUES NETO, João Felício. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. **Rev. Bras. Educ. Med. [Online]**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 188-97, abr./jun. 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/06.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS n. 667, de 20 de outubro de 1998. Direito do pai no parto. **Diário Oficial do Município**, Rio de Janeiro, RJ, 1998.

Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/acompanharj.html>>. Acesso em: 20 set. 2015.

RODRIGUES, Luciane Cristine Ribeiro; JULIANI, Carmen Maria Casquel Montí. Resultado da implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um hospital de ensino. **Einstein [Online]**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 96-102, mar. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt_1679-4508-eins-13-1-096.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**. n. 31, v. 3, p. 260- 8, 2012.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS DE BARROS, Maria Elizabeth. (Orgs.). **Trabalhador da Saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos *et al.* Vivências de familiares de crianças internadas em um Serviço de Pronto-Socorro. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n. 2, p. 473-9, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a23.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2015.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Políticas públicas e planejamento nas práticas de Saúde. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 47, p. 28-35, jun. 1995.

SHIMIZU, Helena Eri. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis [Online]**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-22, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/05.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2015.

SILVA, Ligia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, mar. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2015.

SILVA, Lucía; BOCCHI, Sílvia Cristina Mangini. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [Online]**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 180-7, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a08.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p.

2753-62, jun. 2011. Disponível em
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2015.

SILVA, Zilda Pereira da *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807-16, set. 2011. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a16v16n9.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2015.

SOPELETE, Mônica Camargo; BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos. Acesso aos serviços de saúde na realidade brasileira: sugestões para superação de alguns desafios. **Rev. Encontro de Pesquisa em Educação [Online]**, v. 1, n. 1, p. 140-53, 2013. Disponível em:
<<http://revistas.uniube.br/index.php/anais/article/view/705/1002>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

TRAD, Leny Alves Bomfim *et al.* Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. Saúde Coletiva [Online]**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 581-89, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13034.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2015.

UGA, Maria Alicia Domínguez; LOPEZ, Elaine Machado. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-28, jul./ago. 2007.

VEIGAS, Drauzio. (Org.). **Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização**. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2008.

VERAS, Mirella Maria Soares. **A satisfação dos usuários do SUS com o serviço de ouvidoria em saúde de Fortaleza, CE**. 2005. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

VIEIRA, Elisabeth Meloni; SOUZA, Luiz de. A satisfação com o serviço de esterilização cirúrgica entre os usuários do sistema único de saúde em um município paulista. **Rev. Bras. Epidemiol. [Online]**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 556-564, dez, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n4/03.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde Debate [Online]**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-7, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a16v36n95.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014.

VITURI, Dagmar Willamowius *et al.* Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [Online]**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1179-87, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1179.pdf>. Acesso em: 17 set. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Report**. Geneva: WHO, 2000.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Artigos utilizados no trabalho pesquisados na base dados Scielo.

Autores e ano	Título
VITURI et al, 2013	Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result
MORI; OLIVEIRA, 2014	Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil
DESLANDES, 2004	Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar
MORSCH; DELAMONICA, 2005	Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: "Lembraram-se de Mim!"
FERNANDES; LIMA; RIBEIRO, 2012	Welcoming with Risk Classification in the Hospital São Paulo's Emergency Department
MORAES; BUFFA; MOTTI, 2009	As atividades expressivas e recreativas em crianças com fissura labiopalatina hospitalizadas: visão dos familiares
GOULART; SPERB, 2003	Histórias de criança: as narrativas de crianças asmáticas no brincar
CARVALHO; BEGNIS, 2006	Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas
MOTTA; ENUMO, 2004	Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil
COSTA JUNIOR; COUTINHO; FERREIRA, 2006	Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais
JUNQUEIRA, 2003	A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência
AZEVEDO, 2011	O brincar da criança com câncer no hospital: análise da produção científica
GOMES; DUARTE, 2009	Jogos materno-infantis: estimulação essencial para a criança com paralisia cerebral
DOMINGUES; MOTTI; PALAMIN, 2008	O brincar e as habilidades sociais na interação da criança com deficiência auditiva e mãe ouvinte
MITRE; GOMES, 2007	A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais
MORI; DE OLIVEIRA, 2014	Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil
Continua...	

Autores e ano	Título
Continuação	
PERDOMINI; BONILHA, 2011	A participação do pai como acompanhante da mulher no parto
OLIVEIRA et al, 2008	Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001
BUSANELLO et al, 2011	Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico
REBELLO; RODRIGUES NETO, 2012	A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina
PINHEIRO; BITTAR, 2013	Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres
DODOU et al, 2014	A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas
DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004	Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate
GUARESCHI; MARTINS, 1997	Relacionamento multiprofissional X criança X acompanhante: desafio para a equipe
OLIVEIRA; ANGELO, 2000	Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora: a experiência da mãe acompanhante
MOLINA; MARCON; SILVA, 2009	Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado
SANTOS et al, 2011	Vivências de familiares de crianças internadas em um Serviço de Pronto-Socorro
SILVA; BOCCHI; BOUSSO, 2008	O papel da solidariedade desempenhado por familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados
PENA; DIOGO, 2005	Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado
SILVA; BOCCHI, 2005	A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso
CHERNICHARO; FERREIRA, 2015	Sentidos do cuidado com o idoso hospitalizado na perspectiva dos acompanhantes
AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006	A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem
BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006	O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador
Continua...	

Autores e ano	Título
Continuação	
BARROS; GUEDES; ROZA, 2011	O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral
CASTRO et al, 2011	Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência
PAGLIUCA; ARAGÃO ALMEIDA, 2007	Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará
AMARAL, 2012	Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS
LIMA; VENTURA; BRANDT, 2005	Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura
LIMA; VENTURA; BRANDT, 2005	Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura
SHIMIZU, 2013	Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil
SILVA, 2011	Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)
VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012	A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais
ALBUQUERQUE, 2013	Regulação assistencial no recife: possibilidades e limites na promoção do acesso
FERREIRA et al, 2010	O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores
RODRIGUES; JULIANI, 2015	Resultado da implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um hospital de ensino
POSSA; CORTES, 2012	Mecanismos de participação e atores sociais em hospitais: o caso do Grupo Hospitalar Conceição-RS
GUERREIRO; BRANCO, 2011	Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde
PEREIRA; FERREIRA NETO, 2015	Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público
MENDES et al, 2009	Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil
DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004	Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate
Continua...	

Autores e ano	Título
Conclusão	
VIEIRA; SOUZA, 2011	A satisfação com o serviço de esterilização cirúrgica entre os usuários do sistema único de saúde em um município paulista
PEREIRA, 2002	A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias
PEIXOTO; MARSIGLIA; MORRONE, 2013	Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários
CARVALHO; SANTANA, J.; SANTANA, V. M., 2009	Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar
GUIMARAES et al, 2011	Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil)

ANEXOS

ANEXO A – Lista de hospitais de pequeno porte em Santa Catarina por município e Região de Saúde

Município	Região de Saúde	Estabelecimento Hospitalares
Abelardo Luz	Xanxerê	Hospital Nossa Senhora Aparecida
Agrolândia	Alto Vale do Itajaí	Fundação Hospitalar Alex Krieser
Água Doce	Meio Oeste	Hospital Nossa Senhora da Paz
Alfredo Wagner	Grande Florianópolis	Hospital de Alfredo Wagner
Anchieta	Extremo Oeste	Hospital Municipal Anchietaense
Anita Garibaldi	Serra Catarinense	Hospital Frei Rogério
Anitápolis	Grande Florianópolis	Hospital São Sebastião
Arabutã	Alto Uruguai Catarinense	Hospital Osvaldo Cruz
Armazém	Laguna	Hospital Santo Antônio - HSA
Arroio Trinta	Alto Vale do Rio do Peixe	Hospital São Roque
Aurora	Alto Vale do Itajaí	Hospital de Aurora
Balneário Camboriú	Foz do Rio Itajaí	Hospital e Maternidade Santa Luiza
Balneário Camboriú	Foz do Rio Itajaí	Hospital Unimed
Blumenau	Médio Vale do Itajaí	Hospital Unimed Blumenau Unidade Vila Nova
Bom Jardim da Serra	Serra Catarinense	Hospital Americo Caetano do Amaral
Bom Retiro	Serra Catarinense	Hospital Nossa Senhora das Graças
Caibi	Oeste	Hospital Caibi
Campo Alegre	Planalto Norte	Hospital Salvatoriano São Luiz
Campo Belo do Sul	Serra Catarinense	Hospital Nossa Senhora do Patrocínio
Campo Erê	Xanxerê	Hospital Santo Antonio Campo Ere
Canelinha	Grande Florianópolis	Fundação Hospitalar Municipal de Canelinha
Capinzal	Meio Oeste	Hospital São José
Catanduvas	Meio Oeste	Hospital Municipal Nossa Senhora do Perpétuo Socorro
Caxambu do Sul	Oeste	Fundação Médica Assistencial Do Trabalhador Rural
Chapecó	Oeste	Hospital da Criança Augusta

		Muller Bohner
Coronel Freitas	Oeste	Hospital Nossa Senhora da Saúde Coronel Freitas
Correia Pinto	Serra Catarinense	Hospital Faustino Riscarolli
Criciúma	Carbonífera	Hospital Materno Infantil Santa Catarina
Cunha Porã	Oeste	Hospital Cunha Porã
Descanso	Extremo Oeste	Fundação Médica
Dionísio Cerqueira	Extremo Oeste	Hospital Municipal de Dionísio Cerqueira
Florianópolis	Grande Florianópolis	Hospital Florianópolis
Florianópolis	Grande Florianópolis	Ilha Hospital e Maternidade
Florianópolis	Grande Florianópolis	Hospital Saint Patrick
Florianópolis	Grande Florianópolis	Hospital da Polícia Militar
Florianópolis	Grande Florianópolis	Clinica Santa Helena
Florianópolis	Grande Florianópolis	Casa de Saúde São Sebastião
Florianópolis	Grande Florianópolis	Hospital da Plástica de Santa Catarina Ltda
Florianópolis	Grande Florianópolis	Hospital Baía Sul
Guaraciaba	Extremo Oeste	Associação Beneficente Hospital São Lucas
Guarujá do Sul	Extremo Oeste	Hospital Guarujá
Imaruí	Laguna	Hospital São João Batista
Imbuia	Alto Vale do Itajaí	Fundação Hospitalar de Imbuia
Iporã do Oeste	Extremo Oeste	Hospital de Iporã
Ipumirim	Alto Uruguai Catarinense	Unidade Mista de Saúde Ary Giombelli
Ipumirim	Alto Uruguai Catarinense	Hospital São Camilo
Irani	Alto Uruguai Catarinense	Hospital São Jorge Ltda
Irineópolis	Planalto Norte	Hospital Municipal Bom Jesus
Itá	Alto Uruguai Catarinense	Hospital São Pedro Itá
Itaiópolis	Planalto Norte	Hospital Santo Antônio
Itapema	Foz do Rio Itajaí	Hospital Municipal Santo Antônio
Jaguaruna	Laguna	Hospital de Caridade de Jaguaruna
Jaraguá do Sul	Nordeste	Hospital São José
Joaçaba	Meio Oeste	Hospital São Miguel
José Boiteux	Alto Vale do Itajaí	Unidade Mista Saúde de José Boiteux

Lages	Serra Catarinense	Hospital de Clínicas Dr Bermiro Saggiolato Ltda
Lages	Serra Catarinense	Clinica Ana Carolina
Lindóia do Sul	Alto Uruguai Catarinense	Hospital Izolde Hubner Dalmora
Luiz Alves	Foz do Rio Itajaí	Hospital Hoscola
Mafra	Planalto Norte	Maternidade Dona Catarina Kuss
Major Vieira	Planalto Norte	Hospital Municipal São Lucas
Matos Costa	Alto Vale do Rio do Peixe	Hospital Municipal São João Batista
Meleiro	Extremo Sul Catarinense	Hospital São Judas Tadeu
Modelo	Extremo Oeste	Hospital de Modelo
Mondaí	Extremo Oeste	Hospital Mondai
Monte Carlo	Meio Oeste	Unidade mista de Saúde Nossa Senhora de Salete
Monte Castelo	Planalto Norte	Sociedade Hosp. Comun. Pe. Clemente Kampmann
Navegantes	Foz do Rio Itajaí	Hospital Nossa Senhora dos Navegantes
Nova Erechim	Oeste	Hospital Nova Erechim
Nova Trento	Grande Florianópolis	Hospital Nossa Senhora da Imaculada Conceição
Nova Veneza	Carbonífera	Hospital São Marcos
Orleans	Carbonífera	Fundação Hospitalar Santa Otília
Otacílio Costa	Serra Catarinense	Hospital Santa Clara
Palhoça	Grande Florianópolis	Clinica Ciência de Palhoça
Palma Sola	Extremo Oeste	Hospital Palma Sola
Papanduva	Planalto Norte	Hospital São Sebastião
Penha	Foz do Rio Itajaí	Hospital Nossa Senhora da Penha Ltda
Peritiba	Alto Uruguai Catarinense	Associação Beneficente Hospitalar Peritiba
Petrolândia	Alto Vale do Itajaí	Fundação Médico Social Rural de Santa Catarina
Pinhalzinho	Oeste	Hospital de Pinhalzinho
Pouso Redondo	Alto Vale do Itajaí	Hospital de Pouso Redondo
Presidente Getúlio	Alto Vale do Itajaí	Hospital e Maternidade Maria Auxiliadora
Rio do Campo	Alto Vale do Itajaí	Sociedade Cultural e Beneficente São José
Rio do Oeste	Alto Vale do Itajaí	Hospital de Caridade Luiz Bertoli
Rio Fortuna	Laguna	Hospital de Rio Fortuna

Salete	Alto Vale do Itajaí	Hospital e Maternidade Santa Terezinha
Santa Cecília	Alto Vale do Rio do Peixe	Clinica Santa Catarina
São Bonifácio	Grande Florianópolis	Hospital de São Bonifácio
São Francisco do Sul	Nordeste	Hospital Municipal Nossa Senhora da Graça
São João Batista	Grande Florianópolis	Hospital Municipal Monsenhor José Locks
São João do Oeste	Extremo Oeste	Hospital Santa Casa Rural
São José do Cedro	Extremo Oeste	Hospital Cedro
São José do Cerrito	Serra Catarinense	Fundação Médica Assitencial do Trabalhador Rural
São Martinho	Laguna	Fundação Médico Social Rural de São Martinho
São Miguel do Oeste	Extremo Oeste	Hospital São Miguel
Saudades	Extremo Oeste	Hospital Saudades
Taió	Alto Vale do Itajaí	Hospital e Maternidade Dona Lisette
Tangará	Alto Vale do Rio do Peixe	Hospital São Lucas Ltda
Tangará	Alto Vale do Rio do Peixe	Hospital Municipal Frei Rogério
Timbé do Sul	Extremo Sul Catarinense	Hospital Santo Antônio
Treze de Maio	Laguna	Hospital São Sebastião
Treze Tílias	Meio Oeste	Hospital Treze Tílias
Tunápolis	Extremo Oeste	Hospital de Tunápolis
Vargeão	Xanxerê	Associação Hospitalar de Vargeão
Vidal Ramos	Alto Vale do Itajaí	Hospital Vidal Ramos
Videira	Alto Vale do Rio do Peixe	Hospital Santa Maria Ltda
Vitor Meireles	Alto Vale do Itajaí	Associação Hospitalar Angelina Meneghelli
Witmarsum	Alto Vale do Itajaí	Hospital Witmarsum
Xavantina	Alto Uruguai Catarinense	Hospital São Lucas
Xaxim	Xanxerê	Hospital Frei Bruno

ANEXO B – Questões selecionadas do questionário geral para compor a pesquisa

Identificação da instituição	
Nome do estabelecimento	
Município:	Estado:
Região de Saúde:	
<p>Natureza Jurídica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Público Federal - Administração direta –Ministério da Educação <input type="checkbox"/> Público Federal- Administração direta –Ministério da saúde <input type="checkbox"/> Público Federal- Administração direta –Ministério da Defesa <input type="checkbox"/> Público Federal - Fundações <input type="checkbox"/> Público Federal- Autarquias (agências executivas e reguladoras) <input type="checkbox"/> Público Federal - Empresa pública <input type="checkbox"/> Público Estadual - Administração direta; <input type="checkbox"/> Público Estadual - Fundações de direito público, <input type="checkbox"/> Público Estadual - Fundações de direito privado, <input type="checkbox"/> Público Estadual - Autarquia <input type="checkbox"/> Público Estadual - Gerenciado por terceiros - Organizações sociais <input type="checkbox"/> Público Estadual - Gerenciado por terceiros - Parcerias público-privadas <input type="checkbox"/> Público Estadual - Gerenciado por terceiros - Outra. Qual? <input type="checkbox"/> Municipal - Administração direta, <input type="checkbox"/> Municipal - Fundações de direito público, <input type="checkbox"/> Municipal - Fundações de direito privado, <input type="checkbox"/> Municipal - Autarquia <input type="checkbox"/> Municipal - Gerenciado por terceiros - Organizações sociais <input type="checkbox"/> Municipal - Gerenciado por terceiros - Parcerias público-privadas <input type="checkbox"/> Municipal - Gerenciado por terceiros - Outra. Qual? <input type="checkbox"/> Privado com fins lucrativos - Sociedade (incluso Economia mista) <input type="checkbox"/> Privado com fins lucrativos - Cooperativa <input type="checkbox"/> Privado com fins lucrativos - Associação profissional <input type="checkbox"/> Privado com fins lucrativos - Sindicato <input type="checkbox"/> Privado com fins lucrativos - Serviço Social Autônomo (SESi, SESC) <input type="checkbox"/> Privado com fins lucrativos - Outras associações <input type="checkbox"/> Privado sem fins lucrativos - <u>OSCIPI</u> <input type="checkbox"/> Privado sem fins lucrativos - Entidade Social COM Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social <input type="checkbox"/> Privado sem fins lucrativos - Entidade Social SEM Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social 	
<p>Qual é o perfil da clientela atendida pelo hospital (<i>múltipla escolha</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Saúde suplementar <input type="checkbox"/> Desembolso direto 	

Quanto à existência de dispositivos de humanização			
* Quais dos seguintes dispositivos estão implantados	0.Não	1.Sim	Caso NÃO tenha implantado, quais as dificuldades para a implantação? 1. Inexistência/inadequação de área física; 2. Inexistência/inadequação de recursos humanos; 3. Desconhecimento do dispositivo; 4. Falta de recurso financeiro; 5. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu.
Acessibilidade			
Acolhimento			
Acompanhamento da gestante durante o parto e pós-parto imediato			
Acompanhante 24 horas para crianças			
Acompanhante 24 horas para idosos			
Acompanhante de indígenas			
Atividades de brincar			
Gestão participativa			
Horário ampliado para além de 1 hora			
Valorização do trabalhador			
Visita aberta			

Quanto à acessibilidade para portadores de necessidades especiais		
*O hospital dispõem de algum dos itens a seguir?	0.Não	1.Sim
▪ Acesso por meio de rampas		
▪ Bebedores adaptados		
▪ Corredores ampliados		
▪ Corrimão nos corredores		
▪ Instalações sanitárias adaptadas		
▪ Portas com abertura para fora		
▪ Totem em braile		

Inserção do hospital nas redes de atenção à saúde		
Inserção nas redes temáticas		
Como se realizam as internações neste hospital? (<i>múltiplas escolha</i>)		
<input type="checkbox"/> Serviço móvel de urgência SAMU; <input type="checkbox"/> Central de regulação de urgência; <input type="checkbox"/> Demanda espontânea;		
*Em quais redes o hospital está inserido	0.Não	1.Sim
O hospital está inserido na rede cegonha? (caso sim em qual componente)		
▪ Pré-natal;		
▪ Parto e nascimento;		
▪ Puerpério e atenção integral à saúde da criança;		
▪ Sistema logístico: transporte sanitário e regulação;		
O hospital está inserido na rede de urgência e emergência? (caso sim em qual componente)		
▪ Portas hospitalares de urgência;		
▪ Enfermarias de retaguarda clínicas e de longa duração;		
▪ Leitos de cuidados intensivos;		
▪ Reorganização das linhas de cuidado prioritárias;		
▪ Sala de Estabilização;		
▪ Promoção, prevenção e vigilância à saúde;		
O hospital está inserido na rede de atenção psicossocial? (caso sim em qual componente)		
▪ Sala de estabilização;		
▪ Portas hospitalares de atenção à urgência / pronto Socorro;		
▪ Enfermaria especializada em hospital geral;		
▪ Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento mental e necessidades decorrentes de uso de álcool, crack e outras drogas;		
O hospital está inserido na rede de atenção a pessoas com doenças crônicas? (caso sim em qual componente)		
▪ Atenção básica;		
▪ Ações eletivas em média e alta complexidade;		
▪ Atenção hospitalar;		
▪ Urgência e emergência;		
O hospital está inserido na rede de cuidados à portadores de necessidades especiais? (caso sim em qual componente)		
▪ Atenção básica;		
▪ Atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências;		
▪ Atenção hospitalar de urgência e emergência;		

Quanto à regulação			
*Quais ações são desenvolvidas		0.Não	1.Sim
O hospital atua sob regulação?			
*Caso sim, para quais níveis	0.Não	1.Sim	Qual é o nível da instância reguladora: 1. Municipal; 2. Estadual; 3. Dupla.
▪ Internação?			
▪ Exames?			
▪ Atendimento ambulatorial geral?			
▪ Atendimento ambulatorial especializado?			
▪ O HPP é referência para a UPA 24 horas?			
▪ O HPP atua sob central de regulação de Urgências SAMU 192?			

Quanto à existência de actualizações			
*Quais ações são foram consolidadas	0.Não	1.Sim	2.N.S./N.R. não sabe ou não respondeu
▪ Há existência de fluxos pactuados entre os serviços do município?			
▪ Há fluxos intergestores pactuados?			
▪ Há protocolos formalizados para Regulação de acesso?			
▪ Há protocolos formalizados para transferência inter-hospitalar			
▪ O Hospital é referência para atendimento à população indígena?			
Quais são as principais causas para referenciamento de pacientes? (<i>múltiplas escolha</i>)			
<input type="checkbox"/> Ausência de médicos 24 horas; <input type="checkbox"/> Dificuldades para a realização de exames clínicos laboratoriais; <input type="checkbox"/> Dificuldades para a realização de exames radiológicos; <input type="checkbox"/> Ausência de especialistas; <input type="checkbox"/> Inexistência de leitos de CTI; <input type="checkbox"/> Impossibilidade de realização de procedimentos cirúrgicos; <input type="checkbox"/> Impossibilidade de realização de procedimentos ortopédicos; <input type="checkbox"/> Outros.			

Quanto à existência de actualizações	
Quais são as dificuldades enfrentadas para o referenciamento a outros pontos de atenção? (<i>múltiplas escolha</i>)	
<input type="checkbox"/> Protocolos de difícil execução para o serviço de apoio à diagnose e terapia; <input type="checkbox"/> Inexistência de protocolos de transferência de pacientes; <input type="checkbox"/> Inexistência de pactuação para transferências de pacientes; <input type="checkbox"/> Transporte inadequado por ausência de profissionais ou ausência de veículo; <input type="checkbox"/> Inexistência de transporte; <input type="checkbox"/> Inexistência de médicos durante 24 horas; <input type="checkbox"/> Tempo maior que 3 horas para o deslocamento do paciente; <input type="checkbox"/> Condições inapropriadas das estradas para o transporte de pacientes.	
Qual é o tempo médio para se conseguir uma vaga de transferência?	
<input type="checkbox"/> Até 6 horas; <input type="checkbox"/> Até 48 horas; <input type="checkbox"/> Até 12 horas; <input type="checkbox"/> Mais que 48 horas; <input type="checkbox"/> Até 24 horas; <input type="checkbox"/> N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu.	
Como é feito o transporte de pacientes em casos de transferência? (<i>múltiplas escolha</i>)	
<input type="checkbox"/> SAMU; <input type="checkbox"/> Transporte Sanitário; <input type="checkbox"/> Transporte terceirizado; <input type="checkbox"/> Outro.	
O hospital participa de algum programa do Ministério da saúde para aumento do acesso aos procedimentos Cirúrgicos Eletivos (PT 1.340 de 2012) e aos procedimentos de Traumatologia Ortopedia de média complexidade (TOM – PT 880 de 2013)?	
<input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não; <input type="checkbox"/> N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu.	

Quanto aos conselhos assistenciais		
*Em relação aos itens pode-se afirmar	0.Não	1.Sim
▪ O hospital possui Conselho de saúde próprio?		
▪ O hospital possui Conselho Gestor?		
▪ O hospital tem participação nas instâncias de governança? (caso sim, em quais?)		
▪ Conselho municipal de saúde		
▪ Fórum de reunião com outros hospitais		
▪ Fórum de reunião com a atenção básica		
▪ Colegiado municipal de dirigentes de saúde		
▪ Colegiado regional de dirigentes de saúde		

Quanto aos mecanismos de aferição da satisfação do usuário		
*Quais dos seguintes itens o hospital possui	0.Não	1.Sim
▪ O hospital realiza algum levantamento de satisfação do usuário?		
▪ Pesquisa de satisfação;		
▪ Caixa de sugestões;		
▪ Formulários on-line;		
▪ Ouvidoria própria;		
▪ Outro mecanismo de aferição de satisfação do usuário.		