

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

BACHARELADO EM GESTÃO EM SAÚDE

Yasmin Chaves Strehlau

**ANÁLISE DO POTENCIAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UM HOSPITAL
PEDIÁTRICO**

Porto Alegre

2025

Yasmin Chaves Strehlau

**ANÁLISE DO POTENCIAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UM HOSPITAL
PEDIÁTRICO**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado ao Departamento de Gestão em Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Gestão em Saúde.

Orientador: Professor Dr. Raphael Maciel da Silva Caballero.

Porto Alegre

2025

RESUMO

O conceito de *Health Promoting Hospitals (HPH)* teve origem na Declaração de Alma-Ata (1978) e foi ampliado pela Carta de Ottawa (1986). Desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o modelo propõe integrar a promoção da saúde ao contexto hospitalar. O presente estudo tem como objetivo analisar a promoção da saúde por meio da iniciativa *HPH* no Hospital da Criança do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre. Metodologicamente, trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, realizado mediante análise documental e entrevista com o gestor administrativo da instituição, utilizando como instrumento o *Manual and Self-Assessment Forms* da OMS. Os resultados demonstraram que a conformidade da instituição com os padrões do modelo *HPH* foi classificada como parcial, evidenciando que, embora existam práticas de promoção da saúde, estas ainda não estão sistematizadas conforme as exigências globais. Conclui-se que a implementação integral do modelo é viável, contudo, requer uma mudança significativa na cultura organizacional e o desenvolvimento de estratégias de adoção contextualizadas para alinhar as práticas de gestão e qualidade à promoção da saúde.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Hospitais Promotores de Saúde. Gestão em Saúde. Autoavaliação e Qualidade. Saúde Pediátrica.

ABSTRACT

The concept of Health Promoting Hospitals (HPH) originated in the Alma-Ata Declaration (1978) and was expanded by the Ottawa Charter (1986). Developed by the World Health Organization (WHO), the model proposes integrating health promotion into the hospital context. This study aims to analyze health promotion through the HPH initiative at the Hospital da Criança of the Grupo Hospitalar Conceição (GHC), in Porto Alegre. Methodologically, this is a qualitative case study conducted through document analysis and an interview with the institution's administrative manager, using the WHO Manual and Self-Assessment Forms as an instrument. The results indicated that the institution's compliance with the HPH model standards was classified as partial, evidencing that while health promotion practices exist, they are not yet systematized according to global requirements. It is concluded that the full implementation of the model is feasible; however, it requires a significant change in organizational culture and the development of contextualized adoption strategies to align management and quality practices with health promotion.

Keywords: Health Promotion. Health Promoting Hospitals. Health Management. Self-assessment and Quality. Pediatric Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	6
2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	6
2.2 INICIATIVA HEALTH PROMOTING HOSPITALS (HPH).....	7
3. METODOLOGIA.....	9
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	9
3.2 CENÁRIO E JUSTIFICATIVA DO CASO.....	9
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES.....	9
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	10
3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	10
3.6 ASPECTOS ÉTICOS (INTEGRADOS AO MÉTODO).....	11
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	12
EIXO 1 – POLÍTICA DE GERENCIAMENTO (MANAGEMENT POLICY).....	12
EIXO 2 – AVALIAÇÃO DO PACIENTE (PATIENT ASSESSMENT).....	13
EIXO 3 – INFORMAÇÃO E INTERVENÇÃO (PATIENT INFORMATION AND INTERVENTION).....	15
EIXO 4 – AMBIENTE DE TRABALHO SAUDÁVEL (PROMOTING A HEALTHY WORKPLACE).....	16
EIXO 5 – CONTINUIDADE E COOPERAÇÃO (CONTINUITY AND COOPERATION).....	17
5. CONCLUSÕES.....	20
REFERÊNCIAS.....	22
APÊNDICES E ANEXOS.....	26
APÊNDICE A: Listagem de documentos da instituição hospitalar para análise das potencialidades de promoção da saúde:.....	26
APÊNDICE B: Versão em português, livremente traduzida pela equipe de pesquisa, do formulário constante no Manual and Self-Assessment Forms.....	29
ANEXO A: Termo de anuência institucional para realização do projeto de pesquisa.....	38
ANEXO B: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	39

1. INTRODUÇÃO

O conceito de Health Promoting Hospitals (HPH), ou Hospitais Promotores de Saúde, tem origem na Declaração de Alma-Ata (1978) (WHO, 1978) e foi fortalecido pela Carta de Ottawa (WHO, 1986), documentos que consolidaram a terminologia e os princípios da Promoção da Saúde (PS) em âmbito global. A partir desses marcos, a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveram o modelo HPH como uma abordagem inovadora no contexto hospitalar, voltada à integração de diferentes segmentos da sociedade no processo de cuidado à saúde.

A iniciativa propõe a reorientação dos serviços de saúde, tradicionalmente centrados na doença, para práticas voltadas à prevenção e à melhoria contínua da qualidade de vida. No cenário atual, marcado pela transição epidemiológica, pelo aumento das condições crônicas e pela superlotação dos serviços de emergência, o modelo biomédico puramente curativo mostra-se insuficiente. Nesse sentido, o HPH introduz uma visão sistêmica que valoriza a participação ativa do paciente e de sua família, a humanização e a integração de políticas de saúde, gestão e educação permanente.

No Brasil, a promoção da saúde é um eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), prevista na Constituição de 1988 e na Lei 8.080/90, e operacionalizada pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Contudo, a implementação do modelo HPH em instituições nacionais ainda é incipiente. Essa lacuna na literatura e na prática não reflete apenas uma ausência acadêmica, mas aponta para a dificuldade dos hospitais em superarem o foco no "doente agudo" para assumirem seu papel na rede de atenção como observatórios de saúde e agentes de bem-estar.

A relevância deste estudo justifica-se sob três perspectivas: para a Gestão em Saúde, ao propor uma mudança de paradigma que desloca o foco do mero cumprimento normativo para a valorização da saúde como construção coletiva, fortalecendo a governança e a cultura organizacional; para o Cuidado Pediátrico, ao evidenciar a necessidade de diretrizes que garantam a integralidade, a participação familiar e a continuidade do cuidado pós-alta; e para o SUS, ao buscar estratégias para tornar o sistema mais sustentável, participativo e articulado intersetorialmente.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a promoção da saúde por meio da iniciativa HPH no Hospital da Criança do Grupo Hospitalar Conceição (HCC), localizado em Porto Alegre (RS). A pesquisa fundamenta-se em referenciais teóricos

e documentos oficiais e inclui a aplicação do instrumento de autoavaliação da OMS (Manual and Self-Assessment Forms), com vistas a verificar a aderência institucional aos padrões internacionais.

Especificamente, busca-se avaliar a viabilidade de implementação do modelo HPH na instituição e identificar estratégias de adoção contextualizadas à sua realidade organizacional, bem como propor ações alinhadas às práticas de gestão e qualidade para potencializar a promoção da saúde na instituição.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito de Promoção da Saúde (PS) foi introduzido como uma estratégia global pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da Declaração de Alma-Ata (1978) (WHO, 1978), que lançou o movimento Saúde para Todos. Essa declaração propôs a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante dos sistemas de saúde, enfatizando a descentralização dos serviços e o fortalecimento da participação comunitária (BRASIL, 2002).

O marco seguinte ocorreu em 1986, com a Carta de Ottawa, resultado da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Esse documento definiu a promoção da saúde como o processo de capacitar indivíduos e comunidades a atuarem na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo (WHO, 1986). A Carta também destacou cinco campos de ação fundamentais: a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

No Brasil, a institucionalização da promoção da saúde encontra suas bases legais na Constituição Federal de 1988, que reconhece a saúde como 'direito de todos e dever do Estado', e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que estabelece a integralidade da assistência e a participação da comunidade como diretrizes do SUS. Esses marcos jurídicos anteciparam a necessidade de articular ações preventivas e curativas, criando um terreno fértil para políticas transversais que viriam a se consolidar posteriormente, como a PNPS.

Em complemento, Hancock (HANCOCK, 1999) ressalta que a Carta de Ottawa representou uma mudança de paradigma, deslocando o foco da saúde do tratamento de doenças para a valorização dos determinantes sociais, econômicos e ambientais. Esse enfoque

foi aprofundado nas conferências subsequentes e incorporado por políticas nacionais, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída no Brasil em 2006 (BRASIL, 2006) e atualizada em 2010 (BRASIL, 2010) e 2021 (BRASIL, 2021). Essas versões ampliaram a compreensão da promoção da saúde como um processo que articula dimensões sociais, econômicas e ambientais, reconhecendo a necessidade de políticas públicas intersetoriais e de espaços participativos para o exercício da cidadania (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Segundo Mendes (MENDES, 2004), a efetivação da promoção da saúde requer reorientar os serviços de saúde para além da lógica curativa, incorporando práticas que fortaleçam o protagonismo social e o cuidado integral. Essa perspectiva envolve a responsabilidade compartilhada entre indivíduos, comunidades, profissionais e gestores, e demanda políticas abrangentes que respeitem as especificidades culturais e as condições locais.

No contexto brasileiro, Silva et al. (SILVA, 2011) e Negri Filho e Barbosa (NEGRI FILHO, 2014) destacam que a incorporação da promoção da saúde nos ambientes hospitalares ainda representa um desafio, especialmente pela predominância do modelo biomédico. Contudo, apontam avanços significativos em instituições que buscam alinhar suas práticas à integralidade do cuidado e à humanização dos serviços. Assim, a promoção da saúde passa a ser entendida como uma estratégia de gestão e de transformação institucional, capaz de aproximar os hospitais das necessidades reais da comunidade.

A partir desses fundamentos conceituais e políticos, a OMS propôs a criação dos Hospitais Promotores de Saúde (HPH) como uma estratégia operacional para traduzir, na prática, os princípios da promoção da saúde no contexto hospitalar.

2.2 INICIATIVA *HEALTH PROMOTING HOSPITALS* (HPH)

A iniciativa *Health Promoting Hospitals* (HPH) surgiu como desdobramento direto da Carta de Ottawa (WHO, 1986), a fim de adaptar os princípios da promoção da saúde ao ambiente hospitalar. A OMS identificou que os hospitais poderiam desempenhar papel estratégico não apenas no tratamento das doenças, mas também na prevenção e promoção da saúde coletiva, atuando como agentes transformadores dentro do sistema (Groene, García-Barbero, 2005).

A proposta dos HPH parte da premissa de que os hospitais são organizações complexas e influentes, com potencial de impacto direto na saúde de pacientes, trabalhadores

e comunidades. Dessa forma, o modelo propõe uma reorientação das práticas hospitalares para incorporar ações educativas, ambientais e sociais, de modo a otimizar o bem-estar, a equidade e a qualidade dos serviços (HPH, 2021).

Em 1991, a Declaração de Budapeste sobre Hospitais Promotores de Saúde definiu os princípios e objetivos da rede, consolidando a criação da Rede Internacional de Hospitais Promotores de Saúde (HPHNET). Entre 1993 e 1997, o estudo *Pathways to a Health Promoting Hospital*, conduzido em vinte hospitais de onze países europeus, validou diretrizes e indicadores de avaliação para a implementação da iniciativa (Pelikan et al., 1998). Desde então, o modelo expandiu-se para diversos continentes, contando atualmente com centenas de hospitais e serviços de saúde que compartilham práticas e padrões de qualidade (HPHNET, 2017).

Os HPH se diferenciam dos hospitais tradicionais por adotar uma abordagem integral e participativa, que considera os determinantes sociais e culturais da saúde e envolve os profissionais, pacientes e comunidade em processos de decisão compartilhada. Além disso, buscam garantir ambientes de trabalho saudáveis, colaboração intersetorial e melhoria contínua baseada em evidências.

A reforma hospitalar global, como apontam Pelikan, Garcia-Barbero e Krajic (GARCIA-BARBERO, 1998), vem sendo impulsionada pela necessidade de modelos mais eficientes e centrados na pessoa. Os autores defendem que o HPH representa uma alternativa sustentável para a gestão hospitalar contemporânea, pois integra dimensões clínicas, educativas e organizacionais.

No Brasil, a implementação de modelos alinhados ao HPH ainda é incipiente. Essa baixa adesão pode ser atribuída à predominância histórica do modelo biomédico e hospitalocêntrico, que prioriza a alta complexidade e o tratamento de agudos em detrimento da atenção primária e da promoção da saúde (MENDES, 2011). Além disso, a fragmentação do sistema de saúde e a rigidez das estruturas organizacionais dificultam a adoção de abordagens transversais e intersetoriais exigidas pelo modelo HPH. Apesar disso, a proposta encontra respaldo em marcos regulatórios como a Portaria de Consolidação nº 3.390/2013 do Ministério da Saúde, que reforça o papel dos hospitais como pontos de atenção estratégicos na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com foco em qualidade, integralidade e vínculo territorial. Essa diretriz converge com os princípios do HPH, que defende o hospital como espaço de aprendizagem, corresponsabilidade e integração comunitária.

Dessa forma, a literatura evidencia que o modelo *HPH* constitui não apenas uma proposta organizacional, mas uma mudança de paradigma no modo de conceber o cuidado hospitalar. Sua adoção requer compromisso institucional, capacitação multiprofissional e integração entre políticas públicas e práticas de gestão. No contexto brasileiro, o estudo da viabilidade e das estratégias de implementação do *HPH* é fundamental para compreender como hospitais públicos podem incorporar a promoção da saúde como valor institucional e consolidar um sistema de saúde mais participativo, inclusivo e sustentável.

3. METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado com aplicação de instrumento padronizado de autoavaliação institucional para verificar a viabilidade de implementação da iniciativa *Health Promoting Hospitals (HPH)* em um hospital pediátrico público. A abordagem privilegiou a análise descritiva qualitativa das cinco dimensões do instrumento *HPH*, com classificação dos subitens em “Sim”, “Parcial” ou “Não” e síntese interpretativa dos achados.

3.2 CENÁRIO E JUSTIFICATIVA DO CASO

O estudo foi conduzido no Hospital da Criança do Grupo Hospitalar Conceição (HCC), em Porto Alegre/RS, referência hospitalar pediátrica do estado, contando com 204 leitos e alto volume assistencial, incluindo consultas, internações gerais e UTIs neonatal e pediátrica, além de programas específicos como o Programa de Atenção Domiciliar Infantil (PADI) e a onco-hematologia. A escolha do HCC justificou-se por quatro fatores: (i) oferecer atendimento integralmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS); (ii) ser referência regional na atenção pediátrica; (iii) permitir acesso aos processos e documentos institucionais necessários à autoavaliação (conforme o APÊNDICE B), viabilizado pela política interna de transparência administrativa; e (iv) apresentar potencial de generalização prática para hospitais públicos de porte semelhante.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Utilizou-se o *Manual and Self-Assessment Forms* (APÊNDICE B) (WHO, 2006) para implementação dos Padrões 2020 da Rede *HPH*, contendo cinco dimensões: (1) Política de

Gerenciamento (*Management Policy*), (2) Avaliação do Paciente (*Patient Assessment*), (3) Informação e Intervenção (*Patient Information and Intervention*), (4) Promoção de Local de Trabalho Saudável (*Promoting a Healthy Workplace*) e (5) Continuidade e Cooperação (*Continuity and Cooperation*).

Cada dimensão reúne itens operacionais com respostas “Sim/Parcial/Não”, espaços para evidências documentais e comentários. Para viabilizar a aplicação local, foi utilizada versão traduzida para o português pela equipe de pesquisa, mantendo a estrutura e a semântica do original.

O instrumento de coleta, traduzido livremente pela equipe de pesquisa, encontra-se no Apêndice B.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu presencialmente no dia 12 de agosto de 2025, previamente agendada com a gestão do Hospital da Criança do Grupo Hospitalar Conceição (HCC). Participaram da atividade dois pesquisadores — identificados como P.1 (autora do estudo) e P.2 (orientador acadêmico) — e o gerente administrativo da instituição. O hospital disponibilizou sala de reuniões, bem como acesso a prontuários, documentos institucionais e normas/protocolos pertinentes.

Os pesquisadores conduziram a leitura item a item do instrumento de autoavaliação, solicitaram evidências documentais (por exemplo, POPs, protocolos, atas, relatórios, registros em prontuário, listas de atividades e indicadores) e registraram as respostas diretamente no formulário, incluindo observações qualitativas que auxiliaram na contextualização dos achados.

Uma observação pertinente deve ser feita: embora o manual recomende a participação de uma equipe multidisciplinar ampla, neste estudo a aplicação foi focal (pesquisadores e representante institucional), devido às restrições operacionais pactuadas com a gestão. Essa adaptação manteve o rigor documental como critério central de verificação, priorizando a análise de evidências objetivas para garantir a validade do processo avaliativo.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados e analisados de forma descritiva e qualitativa, considerando as cinco dimensões propostas pelo instrumento de autoavaliação *HPH*: Política

de Gestão, Avaliação do Paciente, Informação e Intervenção, Promoção de um Local de Trabalho Saudável e Continuidade e Cooperação.

As respostas de cada item foram consolidadas em planilha eletrônica, classificadas segundo os critérios “Sim”, “Parcial” ou “Não”, conforme a concordância dos avaliadores. Para cada subitem, foram vinculadas as evidências documentais correspondentes, como protocolos, atas, relatórios, registros em prontuário e políticas institucionais.

Durante a análise, os pesquisadores elaboraram memorandos analíticos — breves anotações qualitativas que registraram percepções, contextos e justificativas observadas durante a aplicação do instrumento. Esses registros auxiliaram na interpretação das evidências e na identificação de padrões e lacunas relacionados à promoção da saúde no ambiente hospitalar.

As avaliações dos dois pesquisadores (P.1 e P.2) foram, posteriormente, comparadas para verificação de concordância. Nos casos de divergência, as decisões foram resolvidas por consenso, com registro das justificativas.

O processo resultou na elaboração de sínteses descritivas para cada dimensão, destacando pontos fortes, fragilidades e oportunidades de melhoria, além de recomendações preliminares para o fortalecimento das práticas de promoção da saúde no contexto institucional.

Dessa forma, a análise buscou integrar a perspectiva quantitativa da classificação (“Sim”, “Parcial” ou “Não”) com a interpretação qualitativa das evidências e observações, permitindo uma compreensão abrangente e contextualizada sobre o grau de aderência do hospital aos princípios da Rede *HPH*.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS (INTEGRADOS AO MÉTODO)

O estudo foi conduzido após anuência institucional formal e seguiu as diretrizes da Resolução CNS nº 466/12 (pesquisas com seres humanos) e CNS nº 510/16 (Ciências Humanas e Sociais). O protocolo do estudo e seus materiais foram submetidos/avaliados pelo Comitê de Ética em Pesquisa competente - nº CAAE: 85846324.4.0000.5345/Número do Parecer: 7.809.335. A coleta ocorreu após a concordância institucional. O termo de anuência institucional e o termo de consentimento encontram-se, respectivamente, nos Anexos A e B.

O participante institucional assinou o TCLE antes das sessões e nenhum dado sensível de pacientes foi coletado. Quando necessária a checagem de protocolos, utilizou-se consulta *in loco*, sem cópia e sem identificação pessoal em quaisquer registros de pesquisa.

Os nomes de pessoas e de arquivos internos foram anonimizados, sendo que eventuais informações estratégicas ficaram restritas ao escopo de verificação (“existe/não existe” a evidência), sem transcrição de conteúdo sigiloso. Os registros da pesquisa (planilhas de classificação, memorandos e listas de evidências) serão armazenados por, no mínimo, cinco anos, uso exclusivo científico, conforme a Resolução 466/12.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados referente às cinco dimensões do instrumento de pesquisa estão listados no Apêndice A, e foi conduzida a partir das observações de dois pesquisadores (P1 e P2), cujos registros foram comparados e, posteriormente, sintetizados para compor a avaliação final. Cada subitem foi classificado segundo os critérios “Sim”, “Não” ou “Parcial”, conforme o método adotado, possibilitando uma apreciação sistemática do grau de conformidade da instituição com os princípios de promoção da saúde.

A seguir, apresentam-se as análises e discussões correspondentes às cinco dimensões avaliadas — Política de Gerenciamento, Avaliação do Paciente, Informação e Intervenção, Promoção de um Ambiente de Trabalho Saudável e Continuidade e Cooperação. Cada eixo é discutido de forma articulada, considerando a convergência das observações dos pesquisadores, as evidências coletadas e as implicações para o fortalecimento da promoção da saúde no contexto hospitalar.

EIXO 1 – POLÍTICA DE GERENCIAMENTO (*MANAGEMENT POLICY*)

De modo geral, identificou-se que a instituição apresenta avanços pontuais na incorporação da promoção da saúde em seus objetivos e práticas, porém ainda carece de sistematização e abrangência em aspectos estratégicos e estruturais, o que resultou na classificação final ‘Não’ pelos pesquisadores.

Ambos os pesquisadores apontaram reconhecimento parcial das responsabilidades organizacionais ligadas à promoção da saúde. Embora exista a identificação formal de funções no Núcleo de Inovação Hospitalar e na Educação Permanente, essas responsabilidades permanecem restritas principalmente ao corpo de enfermagem, sem contemplar outras categorias profissionais nem a comunidade externa. Essa limitação reflete uma visão setorial da promoção da saúde, que ainda não se traduz em uma política institucional integrada.

Os objetivos institucionais incluem explicitamente a promoção da saúde, indicando

um alinhamento formal com os princípios da Rede *HPH* (*Health Promoting Hospitals*). No entanto, ambos os avaliadores observaram que não há registro em atas do órgão diretor que reafirme periodicamente esse compromisso, o que evidencia fragilidade na institucionalização e continuidade das diretrizes *HPH*.

No que tange aos procedimentos operacionais e à infraestrutura, os registros dos pesquisadores destacam a presença de instrumentos e espaços voltados ao cuidado e à inclusão, como a *Cartilha do Cuidado para Crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)*, o *Protocolo Manchester com prioridade TEA*, e ambientes estruturados como a Sala de Descompressão e o Caminho Tetris. Esses elementos evidenciam boas práticas voltadas à promoção da saúde em contextos específicos, especialmente no cuidado de pessoas com TEA, embora ainda restritas a determinadas áreas temáticas.

Em contrapartida, ambos os pesquisadores relataram ausência de monitoramento sistemático e avaliação formal das atividades de promoção da saúde. Esse achado corrobora o que Groene e Garcia-Barbero (2005) apontam como um dos principais entraves para a efetividade do *HPH*: a falta de integração da promoção da saúde nos sistemas de gestão da qualidade. Sem indicadores definidos, a promoção da saúde corre o risco de permanecer como uma atividade periférica, e não estratégica. A lacuna identificada no HCC compromete o acompanhamento dos resultados e a gestão baseada em evidências, distanciando a instituição dos padrões de excelência preconizados pela OMS.

Em síntese, o eixo *Management Policy* revela um comprometimento institucional parcial com a política de promoção da saúde. As evidências indicam alinhamento formal com os princípios da Rede *HPH*, porém carecem de mecanismos robustos de planejamento, monitoramento e integração multiprofissional. A convergência entre as análises dos pesquisadores reforça a necessidade de fortalecer a governança, institucionalizar processos avaliativos e ampliar o envolvimento da comunidade hospitalar na construção de uma cultura organizacional promotora da saúde.

EIXO 2 – AVALIAÇÃO DO PACIENTE (*PATIENT ASSESSMENT*)

A análise da dimensão “Avaliação do Paciente” evidencia um comprometimento institucional consistente com a avaliação das necessidades dos pacientes, embora ainda existam lacunas quanto à padronização de diretrizes e à documentação sistemática das informações. As observações de ambos os pesquisadores convergem na identificação de práticas estabelecidas para avaliação inicial e acompanhamento de pacientes, mas também

apontam a ausência de diretrizes amplamente consolidadas dentro das rotinas e revisões regulares que sustentem uma abordagem mais uniforme e integrada à promoção da saúde.

Ambos os avaliadores reconheceram a existência de procedimentos operacionais para avaliação das necessidades de saúde, com especial atenção a grupos específicos, como adolescentes e crianças com transtornos do espectro autista. As evidências indicam que, embora os protocolos estejam disponíveis e aplicados de forma prática, sua revisão e atualização não ocorrem de maneira sistemática, sendo acionadas apenas em situações pontuais — por exemplo, nos casos de abuso infantil ou demandas emergenciais. Essa característica reforça a percepção de que o processo avaliativo é reativo e dependente da experiência individual dos profissionais e da organização de cada equipe, mais do que de uma estrutura organizacional consolidada.

No que se refere às diretrizes de avaliação de fatores comportamentais e psicossociais (como tabagismo, álcool, nutrição e status socioeconômico), os pesquisadores observaram adesão parcial. O P1 destacou o papel do psicopedagogo na condução dessas avaliações e na continuidade do tratamento, enquanto o P2 ressaltou que tais práticas não derivam de diretrizes formais, mas de iniciativas individuais de profissionais. Essa ausência de padronização institucional limita a consistência das abordagens e pode comprometer a integralidade do cuidado.

As análises também demonstram boas práticas relacionadas a grupos específicos, como pacientes com diabetes, asma e pertencentes a comunidades indígenas, onde há protocolos mais definidos e condutas alinhadas a linhas de cuidado específicas. Entretanto, ambos os avaliadores concordam que essas diretrizes não abrangem todos os serviços hospitalares, o que reforça a necessidade de ampliação e uniformização das práticas avaliativas.

Outro ponto de consenso entre os pesquisadores é que a avaliação inicial do paciente é realizada de forma rotineira, porém a documentação dessa avaliação no prontuário é uma fragilidade importante. As informações ficam restritas a determinadas categorias profissionais, como o psicopedagogo, e não são registradas de maneira padronizada ou acessível a toda a equipe multiprofissional. Situação semelhante é observada na reavaliação durante a alta hospitalar, que ocorre apenas parcialmente, com destaque para práticas específicas das áreas de nutrição e brinquedistas.

No que tange à consideração do contexto social e cultural dos pacientes, as observações convergem ao apontar que essa dimensão é contemplada sobretudo em função do

perfil pediátrico da instituição — e não como resultado de uma política institucional estruturada.

Em síntese, o eixo *Patient Assessment* revela uma estrutura avaliativa PARCIALMENTE consolidada, sustentada por práticas profissionais qualificadas, mas ainda carente de formalização e uniformidade institucional. A convergência das análises de P1 e P2 reforça a necessidade de desenvolver diretrizes integradas, revisões periódicas e sistemas de registro padronizados, que garantam a continuidade e a completude das informações sobre o paciente, ampliando a capacidade da instituição de promover um cuidado efetivamente integral e centrado na pessoa.

EIXO 3 – INFORMAÇÃO E INTERVENÇÃO (*PATIENT INFORMATION AND INTERVENTION*)

A análise do eixo *Patient Information and Intervention* demonstra que a instituição adota práticas consistentes de comunicação e orientação ao paciente, mas ainda enfrenta desafios para consolidar mecanismos sistemáticos de registro, integração e avaliação dessas ações. As observações dos pesquisadores convergem em apontar que as atividades de informação e intervenção ocorrem de forma contínua e contextualizada, embora com níveis distintos de formalização e abrangência entre os setores e profissionais envolvidos.

Ambos os pesquisadores afirmaram que, com base nas avaliações de necessidades, os pacientes, juntos dos familiares, recebem orientações sobre fatores que afetam a sua saúde e participam, em certa medida, da elaboração de planos de promoção da saúde. Entretanto, a documentação dessas atividades ainda é parcial, o que reflete um cenário de boas intenções práticas, mas baixa padronização organizacional.

A inclusão das informações no prontuário foi classificada como adequada, embora sujeita a variações conforme o contexto clínico e a área de atuação. Por outro lado, a documentação das atividades de promoção da saúde e a avaliação da satisfação do paciente apresentaram apenas adesão parcial. Em suas observações, os avaliadores citaram experiências específicas em que a satisfação é avaliada de forma lúdica, por meio de emojis na segunda infância e em unidades de oncologia, evidenciando boas práticas localizadas, mas sem integração com uma política institucional de monitoramento da experiência do paciente.

Quanto à disponibilização de informações gerais sobre fatores de saúde para pacientes, funcionários e visitantes, a avaliação conjunta indicou que a Instituição apresenta iniciativas pontuais e não sistemáticas. Ambos os pesquisadores classificaram esse item como parcial,

destacando que há ausência de informações gerais amplamente acessíveis nos espaços institucionais. Em contrapartida, informações mais específicas — relacionadas a doenças de risco e práticas preventivas — estão presentes, sobretudo com ênfase em abordagens de caráter higienista, como campanhas e protocolos sobre lavagem das mãos. Essa ênfase demonstra um viés preventivo importante, embora ainda limitado ao campo da biossegurança e da prevenção de infecções, sem incorporar de modo mais abrangente os determinantes sociais da saúde.

De modo geral, as análises dos avaliadores indicam que o eixo *Patient Information and Intervention* apresenta avanços na comunicação terapêutica e educativa, mas ainda requer maior integração entre avaliação, registro e devolutiva ao paciente. O fortalecimento de mecanismos de registro no prontuário, a ampliação de canais informativos acessíveis a todos os públicos e a implementação de estratégias institucionais de feedback podem potencializar a efetividade das ações de promoção da saúde, tornando-as mais inclusivas, rastreáveis e sustentáveis no longo prazo.

EIXO 4 – AMBIENTE DE TRABALHO SAUDÁVEL (*PROMOTING A HEALTHY WORKPLACE*)

A análise da dimensão *Promoting a Healthy Workplace* revela um cenário de avanços pontuais e ações fragmentadas em relação à promoção da saúde entre os trabalhadores, com concordância entre os pesquisadores quanto à predominância de iniciativas isoladas, sem consolidação de uma política institucional abrangente. De modo geral, observa-se o cumprimento básico das normativas legais de segurança e saúde ocupacional, mas com lacunas significativas na implementação de estratégias permanentes e participativas voltadas ao bem-estar físico, mental e social dos colaboradores. Ambos os pesquisadores destacaram que a instituição atende às Normas Regulamentadoras (NRs), especialmente no que tange ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e às condições mínimas de segurança.

Em relação à gestão de recursos humanos e desenvolvimento de competências, ambos os avaliadores identificaram práticas parciais. Existem iniciativas pontuais de treinamento – como a oferta de orientações introdutórias a novos funcionários e o uso de EPIs) – mas elas não compõem um programa estruturado de capacitação em promoção da saúde. Essa carência de uma política integrada de treinamento reflete a necessidade de fortalecer o desenvolvimento profissional como eixo da promoção da saúde no trabalho.

A análise também evidencia fragilidades na comunicação interna e na participação dos trabalhadores. Ambos os pesquisadores registraram que os funcionários não demonstram pleno conhecimento sobre as políticas institucionais de saúde, e que inexistem sistemas de avaliação de desempenho alinhados à promoção da saúde. Embora o trabalho multidisciplinar esteja presente em protocolos clínicos ele se restringe a práticas específicas, sem extrapolar para a gestão de recursos humanos ou bem-estar organizacional. Ainda assim, foi observado um movimento recente de gestão participativa, em que os colaboradores têm se envolvido mais ativamente nas decisões institucionais, o que pode representar um terreno fértil para o avanço das políticas de promoção da saúde.

No tocante à consciência dos funcionários sobre questões de saúde, ambos os avaliadores apontaram que as ações são predominantemente informativas e de baixo alcance. Além disso, não há registro de programas de cessação tabágica nem de pesquisas anuais de clima ou satisfação organizacional, sendo realizadas apenas avaliações periódicas obrigatórias. Essa ausência de mecanismos sistemáticos de escuta e avaliação do trabalhador compromete a retroalimentação das ações de melhoria e o engajamento dos profissionais.

Em síntese, o eixo *Promoting a Healthy Workplace* evidencia uma estrutura institucional focada no cumprimento normativo, com ações fragmentadas e pontuais de promoção da saúde no trabalho. A convergência das análises de P1 e P2 aponta para a necessidade de desenvolver uma política organizacional integrada, que articule segurança, saúde e bem-estar, promova capacitação contínua e fortaleça a participação ativa dos colaboradores. A transição de um modelo meramente regulamentar para uma abordagem proativa e participativa é essencial para consolidar um ambiente de trabalho efetivamente saudável e sustentável.

EIXO 5 – CONTINUIDADE E COOPERAÇÃO (*CONTINUITY AND COOPERATION*)

A análise do eixo Continuidade e Cooperação revela uma estrutura institucional parcialmente consolidada no que se refere à continuidade do cuidado e à cooperação intersetorial. As observações dos pesquisadores convergem ao destacar que a Instituição demonstra iniciativas relevantes dentro das linhas de cuidado, mas carece de mecanismos sistemáticos de articulação regional e intersetorial, bem como de estratégias formalizadas para garantir a manutenção da promoção da saúde após a alta hospitalar.

No que se refere à coerência das ações com as políticas de saúde regionais, ambos os pesquisadores classificaram o desempenho institucional como parcial. P1 destacou a criação da figura da *Enfermeira Navegadora* no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Equidade (PMAE), uma prática que fortalece a coordenação do cuidado e a integração entre os serviços. A análise dos pesquisadores, entretanto, apontou a baixa visibilidade de ações articuladas com políticas regionais, restringindo-se a programas específicos dentro das linhas de cuidado. Apesar disso, foram registradas iniciativas de colaboração local, como campanhas de vacinação em parceria com a prefeitura, evidenciando um esforço institucional em alinhar-se às políticas públicas, ainda que de forma pontual.

A colaboração com entidades sociais e de saúde foi identificada como um ponto positivo. Ambos os avaliadores relataram parcerias com organizações como a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), a Fundação de *Lions Clubs International* (LCIF) e o Museu do Hip Hop, especialmente no atendimento a pacientes diabéticos e em ações de inclusão social. Essas iniciativas reforçam o papel comunitário do hospital e indicam uma abertura à cooperação externa, ainda que concentrada em nichos específicos. Entretanto, a colaboração intersetorial mais ampla permanece limitada: P1 mencionou a existência de colegiados multiprofissionais (nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e gestores), mas P2 observou a ausência de integração efetiva entre os diferentes setores, restringindo a atuação conjunta a áreas administrativas e clínicas pontuais.

Quanto à continuidade formal do cuidado, verificou-se a presença de planos de acompanhamento em nível ambulatorial, sobretudo para pacientes de primeira consulta ou reinternação. Foram identificados que essas práticas estão mais consolidadas em ambulatórios específicos, mas ainda não configuram uma política institucional abrangente. Tal constatação sugere a necessidade de institucionalizar protocolos escritos de colaboração e comunicação intersetorial, garantindo que a transição do cuidado entre níveis assistenciais seja contínua e documentada.

No âmbito das atividades de promoção da saúde durante o acompanhamento ambulatorial e pós-alta, ambos os pesquisadores destacaram práticas inovadoras e humanizadas, como contação de histórias, acesso livre à internet e o uso de brinquedotecas, que promovem o bem-estar e a reintegração psicossocial dos pacientes. Contudo, a formalização dessas ações como parte de um plano estruturado de promoção da saúde ainda é incipiente. As instruções na alta hospitalar são realizadas de forma setorializada — mais frequente na oncologia — e não seguem um modelo institucional padronizado.

A comunicação entre setores e serviços de referência apresenta níveis intermediários de consolidação. P1 relatou que a troca de informações ocorre quando o Serviço Social é acionado, e P2 complementa que essa prática depende fortemente da iniciativa individual do profissional responsável. Apesar disso, há consenso sobre a existência de registros formais de encaminhamento e resumo clínico no prontuário, especialmente nos casos de reinternação, o que evidencia o compromisso com a continuidade documental do cuidado. Ainda assim, os planos de reabilitação são aplicados apenas em situações específicas, normalmente quando há reingresso do paciente, indicando uma abordagem mais reativa do que preventiva.

De forma geral, o eixo *Continuity and Cooperation* revela avanços significativos em práticas de integração intra e extra-hospitalar, mas com lacunas importantes na consolidação de políticas permanentes de cooperação intersetorial e de continuidade pós-alta. A análise conjunta de P1 e P2 aponta para a necessidade de fortalecer mecanismos formais de comunicação e articulação regional, ampliando a coordenação com redes de atenção à saúde e entidades sociais. O estabelecimento de protocolos escritos de continuidade, planos de reabilitação padronizados e estratégias educativas para familiares e cuidadores constitui um passo essencial para transformar práticas isoladas em um sistema integrado e sustentável de promoção da saúde.

Dessa forma, conclui-se que a análise dos cinco eixos avaliados — Política de Gerenciamento, Avaliação do Paciente, Informação e Intervenção, Promoção de um Ambiente de Trabalho Saudável e Continuidade e Cooperação — evidencia que a instituição apresenta avanços significativos na incorporação de práticas de promoção da saúde, embora ainda de forma fragmentada e heterogênea entre os diferentes níveis organizacionais. Observa-se uma convergência entre os pesquisadores no reconhecimento de esforços institucionais concretos, especialmente na criação de núcleos de inovação, na atenção a grupos específicos e na implementação de práticas educativas e humanizadoras. Contudo, a ausência de políticas estruturadas, mecanismos formais de monitoramento e estratégias integradas de capacitação e avaliação limita o alcance e a sustentabilidade dessas ações.

A promoção da saúde, nesse contexto, ainda se apresenta mais como um conjunto de iniciativas setoriais do que como um princípio transversal de gestão e cuidado. Embora práticas exemplares sejam identificadas — como o trabalho multiprofissional, o protagonismo do Serviço Social, as ações de humanização e a articulação comunitária em campanhas —, a institucionalização dessas experiências depende da integração entre o planejamento estratégico, a formação profissional e a avaliação de resultados. Fortalecer a promoção da

saúde implica, portanto, consolidar uma cultura organizacional pautada na intersetorialidade, na educação permanente e na participação ativa de trabalhadores, pacientes e comunidade.

Assim, a partir das evidências analisadas, compreende-se que a consolidação de um Hospital Promotor de Saúde exige uma mudança paradigmática, na qual o foco se desloque do mero cumprimento normativo e da atenção centrada na doença para a valorização da saúde como construção coletiva e contínua. Essa transição requer investimento em políticas institucionais integradas, mecanismos de governança e processos de escuta e corresponsabilização que permitam alinhar as dimensões assistencial, educativa e organizacional. Em síntese, a promoção da saúde deve ser compreendida não apenas como um conjunto de práticas, mas como uma estratégia institucional de transformação, capaz de qualificar o cuidado, fortalecer vínculos e promover o bem-estar de todos os sujeitos envolvidos no ambiente hospitalar.

5. CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou uma compreensão aprofundada acerca da incorporação dos princípios da promoção da saúde no contexto hospitalar, evidenciando que sua efetivação depende de transformações estruturais, culturais e gerenciais que ultrapassam a execução de ações pontuais. A análise das cinco dimensões — Política de Gerenciamento, Avaliação do Paciente, Informação e Intervenção, Promoção de um Ambiente de Trabalho Saudável e Continuidade e Cooperação — revelou um cenário institucional que combina avanços significativos com desafios persistentes, refletindo tanto o potencial de inovação quanto às limitações da institucionalização plena da promoção da saúde hospitalar no SUS.

Observou-se que a instituição estudada apresenta iniciativas concretas alinhadas aos princípios de um Hospital Promotor de Saúde, com destaque para a criação de núcleos de inovação, a atenção a grupos específicos e o desenvolvimento de práticas educativas e humanizadoras. Tais ações demonstram o compromisso de diferentes setores com a melhoria da qualidade do cuidado e o bem-estar de pacientes e profissionais. No entanto, a análise conjunta dos eixos também apontou a ausência de políticas estruturadas, mecanismos formais de monitoramento, integração intersetorial e estratégias sistemáticas de capacitação e avaliação, fatores que limitam o alcance e a sustentabilidade dessas iniciativas.

Com base nessas evidências, conclui-se que o fortalecimento da promoção da saúde requer sua consolidação como princípio transversal de gestão, cuidado e cultura institucional. Isso implica desenvolver políticas integradas, baseadas em governança participativa e na

valorização do protagonismo dos profissionais e usuários. O compromisso com a promoção da saúde deve permear o planejamento estratégico, as práticas assistenciais e os processos educativos, promovendo uma mudança paradigmática na compreensão do cuidado: de um modelo centrado na doença para uma perspectiva de saúde como construção coletiva e contínua.

Assim, a transição rumo a um hospital efetivamente promotor da saúde demanda investimento institucional consistente, fortalecimento da educação permanente em saúde, criação de sistemas de monitoramento e avaliação de resultados, além de estratégias de comunicação e engajamento que envolvam toda a comunidade hospitalar. A promoção da saúde deve ser compreendida não apenas como um conjunto de intervenções, mas como uma estratégia de transformação organizacional e social, capaz de qualificar o cuidado, fortalecer vínculos, promover a equidade e gerar impactos positivos duradouros na vida de pacientes, profissionais e na comunidade em geral.

Entre as principais limitações do estudo, destaca-se o número restrito de pesquisadores responsáveis pela coleta e interpretação dos dados (P1 e P2), o que pode ter influenciado a diversidade de percepções e a amplitude das análises. O caráter predominantemente qualitativo e descritivo da abordagem metodológica também representa uma limitação, uma vez que não foram aplicadas métricas quantitativas capazes de mensurar objetivamente o impacto das ações de promoção da saúde. Além disso, a disponibilidade e padronização dos registros institucionais mostraram-se limitadas em algumas dimensões, o que restringiu a profundidade das análises e a comparação entre setores.

Com base nessas evidências, conclui-se que o fortalecimento da promoção da saúde requer sua consolidação como princípio transversal. Para atingir o objetivo de propor ações alinhadas à gestão, recomendam-se as seguintes estratégias para a instituição:

- Criação de um Comitê Gestor de HPH: Instituir um grupo de trabalho multiprofissional responsável por planejar e monitorar as ações de promoção da saúde, garantindo a intersetorialidade.
- Educação Permanente: Incluir módulos sobre promoção da saúde e determinantes sociais nos treinamentos introdutórios e contínuos de todos os colaboradores, não apenas da equipe assistencial.

- Inclusão no Planejamento Estratégico: Inserir metas e indicadores de promoção da saúde (para pacientes e trabalhadores) no mapestratégico do hospital, assegurando orçamento e responsabilidade gerencial.
- Sistematização de Protocolos: Formalizar as rotinas de avaliação de necessidades sociais e educativas no prontuário eletrônico, tornando o registro obrigatório para garantir a continuidade do cuidado.

Assim, a transição rumo a um hospital efetivamente promotor da saúde demanda investimento institucional consistente. A promoção da saúde deve ser compreendida não apenas como um conjunto de intervenções isoladas, mas como uma ferramenta de gestão capaz de qualificar o cuidado, otimizar recursos e gerar impactos positivos duradouros na vida de pacientes, profissionais e na comunidade

REFERÊNCIAS

25TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTING HOSPITALS AND HEALTH SERVICES. *Directions for health promoting health care: lessons from the past, solutions for the future*. Vienna: University of Vienna, 12-14 Apr. 2017. Disponível em: <https://www.hphconferences.org/fileadmin/user_upload/conferences/Vienna2017/AbstractBook_2017_Vienna.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2025.

28TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTING HOSPITALS AND HEALTH SERVICES. *Abstract book: preliminary version*. Vienna: Gesundheit Österreich GmbH – Austrian National Public Health Institute, 2021. Disponível em: <https://www.hphconferences.org/fileadmin/user_upload/conferences/Paris2021/Abstractbook_2021_preliminary.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 03 de outubro de 2017: consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União – Suplemento: Seção 1, [Brasília], n. 190, p. 192–197, 3 out. 2017.

Disponível em:

<<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/10/2017&jornal=1040&pagina=192&totalArquivos=716>>. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão da Portaria nº 687/2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS: 2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2025.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Quem somos – Unidade Hospital Criança Conceição. Disponível em: <<https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=unidades&idSubMenu=3>>. Acesso em: 31 ago. 2025.

GROENE, Oliver; ALONSO, Jordi; KLAZINGA, Niek. Development and validation of the WHO self-assessment tool for health promotion in hospitals: results of a study in 38 hospitals in 8 countries. *Health Promotion International*, v. 25, n. 2, p. 221–229, 2010.

GROENE, Oliver; GARCÍA-BARBERO, Mila. Health promotion in hospitals: evidence and quality management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/240633752_Health_Promotion_in_Hospitals_Evidence_and_Quality_Management>. Acesso em: 31 ago. 2025.

HANCOCK, Trevor. Creating health and health promoting hospitals: a worthy challenge for the twenty-first century. *Leadership in Health Services*, v. 12, n. 2, p. 8–19, 1999.

INTERNATIONAL NETWORK OF HEALTH PROMOTING HOSPITALS AND HEALTH SERVICES (INHPH). The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals.

Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1991. Disponível em:
<<https://www.hphnet.org/budapest-declaration/>>. Acesso em: 31 ago. 2025.

INTERNATIONAL NETWORK OF HEALTH PROMOTING HOSPITALS AND HEALTH SERVICES (INHPH). The International HPH Network – a short story of two decades of development. Clinical Health Promotion – Research & Best Practice for Patients, Staff and Community, Copenhagen, v. 1, n. 1, p. 32–36, 2011.

LOPES, Maria do Socorro Vieira; SARAIVA, Klívia Regina de Oliveira; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; XIMENES, Lorena Barbosa. Análise do conceito de promoção da saúde. Texto & Contexto – Enfermagem, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461–468, 2010.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a Declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447–448, 2004.

NEGRI FILHO, Armando de; BARBOSA, Zilda. O papel dos hospitais nas redes de atenção à saúde: elementos para pensar uma agenda estratégica para o SUS. Consensus, Brasília, v. 11, n. 11, p. 1–8, 2014.

PELIKAN, Jürgen M.; GARCIA-BARBERO, Mila; LOBNIG, Hubert; KRAJIC, Karl (Ed.). Pathways to a Health Promoting Hospital. Hamburg: G. Conrad Health Promotion Publications, 1998.

SILVA, Maria Adelane Monteiro da; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra; ALVES E SOUZA, Ângela Maria; MOREIRA, Andréa Carvalho Araújo. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 64, n. 3, p. 596–599, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 Sept. 1978. Geneva: WHO, 1978. Disponível em:
<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2>. Acesso em: 31 ago. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health promotion in hospitals: evidence and quality management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em:

<<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>>.

Acesso em: 31 ago. 2025.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A: Listagem de documentos da instituição hospitalar para análise das potencialidades de promoção da saúde:

Dimensão 1 - Política de Gerenciamento

- Documento da política institucional;
- Plano de ação e cronograma de ação (mapa estratégico, plano de negócios ou similares) com promoção da saúde explicitada;
- Procedimentos Operacionais Padrão (relacionados à promoção à saúde);
- Orçamento disponível para atividades de promoção à saúde;
- Instalações referentes à promoção à saúde (saúde do paciente e do trabalhador - equipamento para levantar pacientes, EPIs, etc.);
- Dados e indicadores referentes à atividades de promoção à saúde;
- Programa de gerenciamento de atividades de promoção à saúde.

Dimensão 2 - Avaliação do Paciente

- Protocolos/procedimentos de identificação de condição de saúde dos pacientes - fumo, consumo de álcool, nutrição, situação econômico social, etc.;
- Verificação da existência de checagem de protocolos/procedimentos citados acima (data de checagem e responsável);
- Guia de como identificar necessidades de promoção à saúde para pacientes;
- Registro de avaliação e identificação de condições e necessidade de promoção à saúde - referente a itens supracitados (se há registro em prontuário do paciente);
- Protocolos/procedimentos para reavaliação de necessidades de promoção à saúde no momento da alta ou finalização de tratamento;
- Informações do médico de referência ou outras fontes relevantes disponibilizadas no prontuário do paciente (se há registro em prontuário do paciente);
- Registro de questões sociais e culturais relevantes para o cuidado em saúde (se há registro em prontuário do paciente);.

Dimensão 3 - Informação e Intervenção do Paciente

- Registro de informações passadas ao paciente (se há registro em prontuário do paciente);
- Registro atividades de promoção à saúde e resultados esperados (se há registro em prontuário do paciente);
- Avaliação do paciente a respeito da satisfação com a informação recebida (se há avaliação de satisfação do paciente);
- Disponibilização de informações gerais de saúde (campanhas publicitárias, website do hospital, outros meios de divulgação);
- Disponibilização de informações detalhadas sobre doenças de alto risco (campanhas publicitárias, website do hospital, outros meios de divulgação);
- Disponibilização de informações institucionais para os pacientes (contatos, endereços, etc.).

Dimensão 4 - Promovendo um ambiente de trabalho saudável

- Documentos referente a organização do trabalho alinhados com normas e regulamentos de condições de trabalho adequadas;
- Documentos referentes a identificação de riscos (dados sobre acidentes e investigação dos mesmos, mapas de risco, etc.);
- Treinamento da equipe sobre a política de promoção à saúde (dados de treinamentos);
- Registro de participação dos funcionários em programa de promoção à saúde;
- Avaliação de desempenho profissional e desenvolvimento profissional, incluindo promoção à saúde (registro em documentos de trabalhadores);
- Evidência de que os protocolos/procedimentos são elaborados por equipes multidisciplinares (conversa com a equipe, qualquer outra evidência disponível);
- Envolvimento dos trabalhadores com a criação de política e estratégias (atas de reunião, conversa com a equipe, etc.);
- Disponibilização de políticas de consciência sobre questões de saúde (política de combate ao fumo, política de combate ao álcool, política de atividades físicas, política de uso incorreto de substâncias, etc.);
- Oferecimento de programas de cessação de tabagismo (evidência de disponibilização do programa);

- Levantamento anual de dados dos trabalhadores incluindo autoavaliação, conhecimento dos serviços de suporte/políticas e uso dos programas oferecidos (questionário utilizado e o resultado do levantamento).

Dimensão 5 - Continuidade e Cooperação

- Evidência de que a alta administração leva em consideração a política e plano regional/municipal de saúde (tempo utilizado em reunião da administração para discussão da política e plano regional/municipal de saúde);

- Parceiras da instituição hospitalar com organizações sociais e de saúde (lista de parceiros, data de atualização da lista, contratos de parceria);

- Plano de colaboração entre parceiros para promover a continuidade do cuidado do paciente (plano de alta integrado);

- Evidência de que pacientes (e familiares, quando apropriado) recebem instruções claras de acompanhamento na consulta ambulatorial, no encaminhamento ou na alta (avaliação do paciente);

- Acordo entre organizações para troca de informações relevantes sobre o paciente (protocolo/procedimento);

- Evidência de que a organização parceira que recebe o paciente recebe em tempo hábil um resumo escrito das condições do paciente, necessidades de saúde e intervenções realizadas da organização de referência (verificação do resumo escrito);

- Plano de reabilitação descrevendo o papel da organização e dos parceiros no prontuário do paciente, quando apropriado (prontuário do paciente).

APÊNDICE B: Versão em português, livremente traduzida pela equipe de pesquisa, do formulário constante no *Manual and Self-Assessment Forms*

Dimensão 1: Política de gerenciamento

A organização tem uma política escrita para promoção à saúde. A política é implementada como parte do sistema geral de melhoria da qualidade da organização, visando melhorar os resultados de saúde. Esta política é destinada a pacientes, familiares e funcionários.

Objetivo: Descrever a estrutura para as atividades da organização referentes a promoção da saúde como parte integrante do sistema de gerenciamento da qualidade da organização.

Subdimensões:

1.1. A organização identifica responsabilidades para promoção da saúde

1.1.1. Os objetivos declarados do hospital e a missão incluem promoção da saúde.
[Evidência: calendário para ação].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

1.1.2. Atas do órgão diretor reafirmaram acordo no último ano para participar da Rede *HPH* da OMS.

[Evidência: data da decisão ou pagamento da taxa anual.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

1.1.3. Os atuais planos de negócio e qualidade do hospital incluem promoção da saúde para pacientes, funcionários e comunidade.

[Evidência: promoção da saúde é explícita no plano de ação.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

1.1.4. O hospital identifica pessoal e funções para a coordenação da Promoção da Saúde.

[Evidência: membro do quadro de funcionários escolhido para coordenar a Promoção à Saúde.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

1.2. A organização aloca recursos para a implementação da promoção da saúde.

1.2.1. Existe um orçamento identificável para serviços e material de promoção da saúde.

[Evidência: orçamento ou recursos de pessoal.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

1.2.2. Procedimentos operacionais, tais como diretrizes de práticas clínicas ou métodos para incorporar ações de promoção da saúde, estão disponíveis em departamentos clínicos.

[Evidência: diretrizes.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

1.2.3. Estruturas e instalações específicas necessárias para promoções de saúde (incluindo recursos, espaço, equipamentos) podem ser identificadas.

[Evidência: instalações para levantar pacientes está disponível.]

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

1.3 A organização assegura a disponibilidade de procedimentos para coleta e avaliação de dados, a fim de monitorar a qualidade das atividades de promoção da saúde.

1.3.1. Os dados são rotineiramente coletados em intervenções de promoção da saúde e disponibilizados ao quadro de funcionários para avaliação.

[Evidência: disponibilidade avaliada na pesquisa da equipe.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

1.3.2. Um programa de avaliação da qualidade das atividades de promoção da saúde é estabelecido.

[Evidência: cronograma para pesquisas é disponibilizado.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

Dimensão 2: Avaliação do Paciente

A organização garante que os profissionais de saúde, em parceria com os pacientes, avaliem sistematicamente as necessidades de atividades de promoção da saúde.

Objetivo: auxiliar o tratamento do paciente, melhorar o prognóstico e promover a saúde e bem estar dos pacientes.

Subdimensões:

2.1. A organização assegura a disponibilidade de procedimentos para que todos os pacientes avaliem sua necessidade de promoção à saúde.

2.1.1. Diretrizes sobre como identificar o status do tabagismo, o consumo de álcool, o estado nutricional, o status psicossocial e econômico estão presentes.

[Evidência: checar disponibilidade das diretrizes.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

2.1.2. Diretrizes / procedimentos foram revisados no último ano.

[Evidência: checar data e pessoa responsável por revisar as diretrizes.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

2.1.3. Diretrizes sobre como identificar as necessidades de Promoção à Saúde para grupos de pacientes estão presentes (por exemplo, pacientes com asma, pacientes com diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, cirurgia, reabilitação).

[Evidência: por exemplo para grupos de pacientes tratados especificamente no departamento clínico].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

2.2. A avaliação da necessidade de promoção da saúde de um paciente é feita no primeiro contato com o hospital. Isso é mantido sob revisão e ajuste conforme necessário, de acordo com as mudanças na condição clínica ou solicitação do paciente.

2.2.1. A avaliação está documentada no prontuário do paciente na admissão.

[Evidência: por exemplo, identificada pela auditoria de prontuários].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

2.2.2. Existem diretrizes/procedimentos para reavaliar as necessidades na alta ou no final de uma dada intervenção.

[Evidência: por exemplo, diretrizes presentes].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

2.3. A avaliação de necessidades do paciente reflete informações fornecidas por outras pessoas e garantem sensibilidade ao contexto social e cultural.

2.3.1. Informações do médico de referência ou outras fontes relevantes estão disponíveis no prontuário do paciente.

[Evidência: para todos os pacientes encaminhados pelo médico].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

2.3.2. O registro do paciente documenta apropriadamente o contexto social e cultural.

[Evidência: religião que requer dieta especial ou outra atenção específica. Condições sociais indicando que o paciente está em risco.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

Dimensão 3: Informação e Intervenção do Paciente

A organização fornece aos pacientes informações referentes a fatores significantes de sua doença ou condição de saúde, estabelecendo intervenções de promoção à saúde em suas trajetórias.

Objetivo: garantir que o paciente esteja informado sobre atividades planejadas, empoderar pacientes em uma parceria ativa nas atividades planejadas e facilitar a integração de atividades de promoção à saúde nas trajetórias dos pacientes.

Subdimensões:

3.1 Com base na avaliação das necessidades de promoção à saúde, o paciente é informado sobre os fatores que afetam a sua saúde e, em parceria com o paciente, um plano para atividades relevantes para a promoção da saúde é iniciado.

3.1.1. As informações fornecidas ao paciente são registradas no prontuário do paciente.

[Evidência: por exemplo, revisão aleatória dos prontuários de todos os pacientes].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

3.1.2. As atividades de promoção da saúde e os resultados esperados são documentados e avaliados nos registros.

[Evidência: por exemplo, auditoria de registros do paciente].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

3.1.3 A avaliação da satisfação do paciente com as informações fornecidas é realizada e os resultados são integrados ao sistema de gestão da qualidade.

[Evidência: por exemplo, vários métodos de avaliação: pesquisa, entrevista em grupo com foco, questionário, cronograma].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

3.2. A organização garante que todos os pacientes, funcionários e visitantes tenham acesso a informações gerais sobre fatores que influenciam a saúde.

3.2.1. Informação geral de saúde está disponível.

[Evidência: por exemplo, disponibilidade de informação impressa ou online, ou balcão de informações especiais.]

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

3.2.2. Informação detalhada sobre doenças de alto risco está disponível.

[Evidência: por exemplo, disponibilidade de informação impressa ou online, ou balcão de informações especiais.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

3.2.3. A informação está disponível em organizações de pacientes.

[Evidência: contato - endereço é fornecido].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

Dimensão 4: Promovendo um ambiente de trabalho saudável

A gestão estabelece condições para o desenvolvimento do hospital como um ambiente de trabalho saudável.

Objetivo: apoiar o desenvolvimento de um ambiente de trabalho seguro e saudável, assim como atividades de promoção da saúde para a equipe.

Subdimensões:

4.1 A organização garante o desenvolvimento e implementação de um ambiente de trabalho saudável e seguro.

4.1.1. As condições de trabalho estão de acordo com as diretrizes e indicadores nacionais/regionais.

[Evidência: regulações nacionais e internacionais são reconhecidas].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

4.1.2. O quadro de funcionários cumpre com requisitos de saúde e segurança e todos os riscos do ambiente de trabalho são identificados.

[Evidência: checar dados de acidentes de trabalho.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

4.2 A organização garante o desenvolvimento e implementação de uma Estratégia de Recursos Humanos compreensível que inclui treinamento e desenvolvimento de habilidades de promoção à saúde do quadro de funcionários.

4.2.1. Funcionários novos recebem um treinamento introdutório a respeito da política de promoção à saúde do hospital.

[Evidência: entrevistas com novos funcionários].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

4.2.2. Funcionários em todos os departamentos estão cientes do conteúdo da política de promoção à saúde do hospital.

[Evidência: avaliação anual de performance ou participação de funcionários em programas de promoção da saúde.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

4.2.3. Existe um sistema de avaliação de desempenho e desenvolvimento profissional contínuo incluindo promoção à saúde.

[Evidência: documentado por documentos de funcionários ou entrevistas.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

4.2.4. As práticas de trabalho (processos e diretrizes) são desenvolvidas por equipes multidisciplinares.

[Evidência: checar processos, checar com funcionários.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

4.2.5. O quadro de funcionários é envolvido na confecção de políticas, auditorias e revisões.

[Evidência: checar com funcionários, checar atas de grupos de trabalho para participação de representantes do pessoal.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

4.3 A organização garante a disponibilização de procedimentos para desenvolver e manter a consciência dos funcionários a respeito de problemas de saúde.

4.3.1. Políticas para consciência sobre problemas de saúde estão disponíveis para os funcionários.

[Evidência: checar políticas sobre fumo, álcool, mal uso de substâncias e atividade física.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

4.3.2. Programas de cessação tabágica são oferecidos.

[Evidência: disponibilidade de programas.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

4.3.3. Pesquisas anuais de pessoal são realizadas, incluindo uma avaliação do comportamento individual, conhecimento sobre serviços / políticas de apoio e uso de seminários de apoio.

[Evidência: checar questionário utilizado e resultados da pesquisa de funcionários.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

Dimensão 5: Continuidade e Cooperação

A organização tem uma abordagem planejada para a colaboração com outros serviços de saúde prestados e com outras instituições e setores de maneira contínua.

Objetivo: Garantir a colaboração com provedores relevantes e iniciar parcerias para otimizar a integração de atividades de promoção da saúde no caminho do paciente.

Subdimensões:

5.1 A organização garante que os serviços da promoção da saúde são coerentes com as disposições atuais e com as políticas de planos da saúde regional

5.1.1. O conselho de administração está contando com as políticas de plano da saúde regional.

[Evidência: regulamentos e provisões identificados e/ou comentados nos minutos da reunião do conselho de administração.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

5.1.2. O conselho de administração pode fornecer uma lista de prestadores de serviços sociais e da saúde que trabalham em parceria com o hospital.

[Evidência: checar a atualização da lista.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

5.1.3. A colaboração intra e intersectorial é baseada na execução das políticas de plano da saúde regional.

[Evidência: checar congruência].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

5.1.4. Existe um plano escrito para colaboração com parceiros para melhorar a continuidade dos cuidados dos pacientes.

[Evidência: critérios de admissão, planos de alta.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

5.2. A organização garante a disponibilidade e a implementação de atividades de promoção da saúde e procedimentos durante visitas ambulatoriais e após alta.

5.2.1. Os pacientes (e seus familiares, quando apropriado) recebem instruções claras para acompanhamento em consultas ambulatoriais, referência ou alta.

[Evidência: avaliação dos pacientes analisados nas pesquisas de pacientes.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

5.2.2. Existe um procedimento acordado para práticas de troca de informações entre organizações para todas as informações relevantes do paciente.

[Evidência: checar disponibilidade de procedimento.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

5.2.3. A organização receptora recebe em tempo hábil um resumo escrito da condição e necessidades de saúde do paciente, assim como as intervenções fornecidas pela organização de referência.

[Evidência: disponibilidade de cópias.].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

5.2.4. Quando apropriado, um plano de reabilitação descrevendo o papel da organização e dos parceiros colaboradores é documentado no prontuário do paciente.

[Evidência: revisão dos prontuários].

☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não

ANEXO A: Termo de anuência institucional para realização do projeto de pesquisa



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

Título do projeto de Pesquisa: "UMA ANÁLISE DA PROMOÇÃO DE SAÚDE ATRAVÉS DO MÊTODO 'HEALTH PROMOTING HOSPITALS' NO HOSPITAL DA CRIANÇA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO"

Eu, Diego Monroe Kurtz, CREFITO 5 F-31651, responsável pela Gerência Administrativa do Hospital da Criança Conceição, do Grupo Hospitalar Conceição, informo que estou ciente e de acordo com a realização do projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido pela pesquisador **Raphael Maciel da Silva Caballero**, dos objetivos e metodologia a ser utilizada, concordando com a realização da pesquisa no ambiente hospitalar.

Data, 20/05/2025

Assinatura manuscrita de Diego Monroe Kurtz, escrita em tinta preta sobre uma linha horizontal.

ANEXO B: Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: “UMA ANÁLISE DA PROMOÇÃO DE SAÚDE ATRAVÉS DO MÉTODO ‘HEALTH PROMOTING HOSPITALS’ NO HOSPITAL DA CRIANÇA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO ”. Neste estudo pretendemos analisar o potencial de promoção da saúde de um hospital pediátrico de médio porte.

A pesquisa utilizará um formulário padronizado Rede de Hospitais Promotores de Saúde, em versão adaptada para o português. Esse instrumento de pesquisa apresenta cinco dimensões voltadas para as temáticas “política de gerenciamento”, “avaliação do paciente”, “informação e intervenção do paciente”, “promoção de um espaço de trabalho saudável” e “continuidade e cooperação”. Considerando que esse formulário é considerado uma autoavaliação do hospital em relação a sua percepção como instituição promotora de saúde, você poderá colaborar na apresentação de documentos e de informações para o preenchimento do questionário.

A coleta dessas informações ocorrerá durante reuniões previamente agendadas na instituição, para qual será necessário um espaço para conversa e acesso à documentação (previamente solicitada à instituição). A reunião terá um tempo máximo de 2 horas, podendo ser necessário agendamento de até 2 momentos extra - conforme o desenvolvimento do processo de preenchimento das informações.

Você terá como incômodo a disponibilização do seu tempo para responder às questões propostas.

No entanto, você contribuirá com sua instituição no processo de autoavaliação sobre as possibilidades e desafios na implementação de promoção da saúde no âmbito hospitalar-pediátrico . Esse relatório final tem potencial de subsidiar revisão de processos para qualificar mais ainda o cuidado oferecido aos pacientes e o comprometimento das equipes de trabalho.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Além disso, você tem o direito de esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para recusar-se a participar. Você pode retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sendo que a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é tratado em sua instituição.



Os dados fornecidos por você referem-se à instituição a que está vinculado, sendo sua identidade tratada com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à disposição de sua instituição quando finalizados. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e a outra será fornecida a você.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Quaisquer dúvidas remanescentes podem ser direcionadas para o pesquisador responsável, prof. Dr. Raphael Caballero (telefone 51998433316; email raphaelmsc@ufcspa.edu.br) ou acadêmica Yasmin Strehlau (telefone 51992580715; email yasminstrehlau08@gmail.com). Outras informações podem ser obtidas também junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, situado na Rua Sarmento Leite, 245 - Porto Alegre/RS, CEP 90020-090 (fone 51-33038804).

Porto Alegre, 12 de agosto de 2025.

DIEGO MONROE KURTZ
Nome do participante

Data 12/08/2025
Assinatura do participante 

Nome do pesquisador Yasmin Chaves Strehlau

Data 12/08/2025
Assinatura do pesquisador 