



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Edelaide Raquel Pilau Frazão

**Avaliação do grau de implantação do Programa de Certificação de Hospital de Ensino
no Hospital Materno Infantil do Distrito Federal com foco na doença hipertensiva
específica da gestação**

Brasília

2022

Edelaide Raquel Pilau Frazão

Avaliação do grau de implantação do Programa de Certificação de Hospital de Ensino no Hospital Materno Infantil do Distrito Federal com foco na doença hipertensiva específica da gestação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Elizabeth Moreira dos Santos.

Brasília

2022

Título do trabalho em inglês: Evaluation of the level of implementation of the Certification Program of the Maternal Infant Hospital of Brasilia (HMIB) as a Teaching Hospital (TH), focused on the Specific Pregnancy-Induced Hypertension Disease (SPIHD).

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

F848a Frazão, Edelaide Raquel Pilau.
Avaliação do grau de implantação do Programa de Certificação de Hospital de Ensino no Hospital Materno Infantil do Distrito Federal com foco na doença hipertensiva específica da gestação / Edelaide Raquel Pilau Frazão. -- 2022.
106 f : il. color. ; tab.

Orientadora: Elizabeth Moreira dos Santos.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, DF, 2022.

1. Avaliação em Saúde. 2. Hospitais de Ensino. 3. COVID-19. 4. Pandemias. 5. Hipertensão. 6. Gravidez. 7. Hipertensão Induzida pela Gravidez. 8. Avaliação de Implantação. I. Título.

CDD – 23.ed. – 618.9201098174

Edelaide Raquel Pilau Frazão

Avaliação do grau de implantação do Programa de Certificação de Hospital de Ensino no Hospital Materno Infantil do Distrito Federal com foco na doença hipertensiva específica da gestação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 17 de janeiro de 2022.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dra. Adriana Haack de Arruda Dutra
FEPCS – Escola Superior de Ciências da Saúde

Prof^ª. Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dra. Elizabeth Moreira dos Santos (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Brasília

2022

Dedico este trabalho a Deus, que é o autor da minha vida e do meu destino;

a minha família: meu porto seguro e razão do meu viver;

aos meus pais Linneu e Dolores, pelo amor e apoio constante, exemplos de responsabilidade, generosidade, amor e dedicação para os filhos. Amo vocês;

ao meu esposo Odilon, por todo amor, carinho, dedicação, generosidade, companheirismo e incentivo, e por ter acreditado em mim e me sustentado nos momentos mais difíceis dessa caminhada. Te amo infinitamente;

aos meus filhos Victor e Sofia, pelo apoio, carinho, amor, e por serem minha fonte de inspiração constante.

Nada disso teria sentido sem vocês na minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Elizabeth Moreira, pela orientação, competência e dedicação. Obrigada por acreditar em mim nesse longo caminho que teve tantos percalços. A senhora é muito mais que uma orientadora e mestre: é uma amiga querida.

À Prof. Dra. Marcela Abreu, que, mesmo não participando da orientação da minha pesquisa me orientou por todo o caminho. Tenha certeza de que seu apoio e ajuda foram fundamentais para finalizar esta dissertação.

À Prof. Dra. Gisela Cardoso, pelas grandes contribuições à minha pesquisa em todas as etapas, até a banca final.

À Prof. Dra. Adriana Haack, pelo apoio desde o início, quando o ingresso no mestrado era apenas um sonho, e pela sua preciosa contribuição à pesquisa na banca examinadora.

À Enfermeira Iolanda Coelho, pela generosidade, empatia, amizade e apoio constantes nesse longo caminho.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”.

(Albert Einstein)

RESUMO

Este estudo avaliou o grau de implantação dos componentes da regulamentação legal que dispõe sobre a certificação do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) como Hospital de Ensino (HE), com foco na Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), como um norte avaliativo do perfil assistencial do Hospital. A pesquisa avaliou o grau de conformidade dos componentes técnicos insumo e atividade, sob duas subdimensões da conformidade: disponibilidade e qualidade técnica. Os componentes foram avaliados em duas células operacionais: “pré-parto” e “parto e pós-parto”, em dois momentos distintos: antes e durante a pandemia. O estudo teve por objetivo verificar se os insumos e as atividades na maternidade do HMIB seguem as normas preconizadas pelo Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (PCHE) para a atenção à doença hipertensiva na gestação, classificar o grau de implantação das ações de adequação do Programa e identificar os fatores do contexto, as barreiras e os facilitadores do processo de implantação do Programa. A pesquisa seguiu a metodologia avaliativa do tipo normativo, formativa de caso único, usando as normas e critérios definidos nas diretrizes vigentes do Programa. As etapas metodológicas observadas foram: revisão bibliográfica; análise documental; desenho da avaliação; coleta de evidências incluindo o diagrama da teia ou de critério; matrizes de informação; matrizes de relevância; matrizes de análise e de julgamento, com padrões e parâmetros de classificação para avaliação. O grau de implantação foi resultado da análise dos indicadores, de acordo com a conformidade. A partir das evidências encontradas no estudo, pode-se dizer que as ações no momento pré-pandemia foram implantadas em conformidade com o Programa. Durante a pandemia, os insumos mantiveram o grau de implantação, o que não ocorreu com as atividades, que alcançaram grau de implantação parcial, tanto na célula pré-parto como na célula parto e pós-parto. O desconhecimento e as incertezas que a pandemia do novo coronavírus trouxe ao mundo e a falta de preparo das instituições de saúde em lidar com uma emergência em saúde foram fundamentais para o alcance desse resultado.

Palavras-chave: avaliação em saúde, hospital de ensino, avaliação de implantação, doença hipertensiva específica da gestação, Covid-19, pandemia.

ABSTRACT

This study assessed the degree of deployment of the components of the legal regulation on the certification of the Maternal Infant Hospital of Brasilia (HMIB) as a Teaching Hospital (TH), focused on the Specific Pregnancy-Induced Hypertension Disease (SPIHD), as an evaluative aim at the Hospital's care profile. The research evaluated the extent of compliance of the technical components, input, and operation, under two subdimensions of conformity: readiness and technical expertise. The components were analyzed in two working cells: “pre-birth” and “delivery and post-birth”, in two separate moments: before and during the pandemic. The study aimed to verify whether the inputs and operations in the HMIB follow the appropriate standards set by the Teaching Hospitals Certification Program (THCP) for the attention on SPIHD, evaluate the degree of implementation of the Program's adequacy actions and identify the background variables, obstacles, and facilitators of its implementation process. The research followed the evaluation methodology of the normative type, formative of a single case, using the norms and criteria defined in the current guidelines of the Program. The methodological stages applied were: bibliographic review; document analysis; evaluation design; evidence gathering including the web criterion or diagram; information matrices; relevance matrices; assessment and evaluation matrices, with standards and rating parameters for evaluation. The degree of implementation was due to the analysis of indicators, according to compliance. Based on the indications found in the study, one may say that the actions in the pre-pandemic period were implemented according to the Program. Through the pandemic, the inputs kept the state of implantation, which did not happen with the activities, having reached an unsatisfactory state of implantation, both in the prenatal cell and delivery and postnatal cell. The unawareness and uncertainties that the new coronavirus disease pandemic brought to the world and the lack of readiness of healthcare facilities in dealing with a health emergency were crucial for achieving this result.

Keywords: health assessment, teaching hospital, implantation assessment, pregnancy-specific hypertensive disease, Covid-19, pandemic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Linha do tempo; histórico contextualizado do Programa de Hospital de Ensino - Brasil.....	24
Quadro 2- Modelo lógico do Programa de Certificação dos Hospitais de Ensino	27
Quadro 3 - Mapeamento dos stakeholders – GTRHE	29
Quadro 4 - Estratégias de busca	30
Quadro 5 - Pontos de convergência do PCHE com as demais normativas	33
Quadro 6 - Dimensões utilizadas para a caracterização da implementação	40
Quadro 7 - Critérios de conformidade na célula operacional pré-parto no componente técnico assistência e gestão	41
Quadro 8 – Critérios de conformidade na célula operacional do pré-parto no componente técnico ensino e pesquisa.....	43
Quadro 9 – Critérios de conformidade na célula operacional parto e pós-parto no componente técnico assistência e gestão.....	45
Quadro 10 – Critérios de conformidade na célula operacional parto e pós-parto no componente técnico de ensino e pesquisa	46
Quadro 11 - Diagrama da teia.....	48
Quadro 12 - Momentos das coletas de evidências.....	50
Quadro 13 - Matriz de informação da dimensão conformidade, avaliando as sub dimensão disponibilidade e qualidade técnica, nos componentes técnico assistência e gestão, ensino e pesquisa	52
Quadro 14 - escala com valores para a matriz de relevância.....	54
Quadro 15 - Matriz de relevância na célula operacional pré-parto, do componente operacional insumo com foco na DHEG (valor de R=10).....	56
Quadro 16 - Matriz de relevância na célula operacional pré-parto, do componente operacional atividade com foco na DHEG (valor de R=10).....	58
Quadro 17 - Matriz de relevância na célula operacional de parto e pós-parto, do componente operacional insumo, com foco na DHEG (valor de R=10)	60
Quadro 18 - Matriz de relevância do parto e pós-parto do componente operacional atividade, com foco na DHEG (valor de R=10).....	63
Quadro 19 - Modelo Lógico da Avaliação	65
Quadro 20 - Síntese de evidências que compõem esta seção	69
Quadro 21 - Índices de conformidades avaliados.....	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural insumo no momento pré pandemia.....	70
Tabela 2 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural insumo no momento pandêmico.....	72
Tabela 3 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural insumo no momento pré pandêmico.....	74
Tabela 4 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural insumo no momento pandêmico.....	76
Tabela 5 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural atividade no momento pré pandêmico.....	78
Tabela 6 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural atividade no momento pandêmico.....	79
Tabela 7 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural atividade no momento pré pandêmico.....	81
Tabela 8 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural atividade no momento pandêmico.....	83
Tabela 9 – O componente estrutural insumo, os resultados dos índices na célula pré-parto, no momento pré-pandemia e durante a pandemia.....	85
Tabela 10 – O componente estrutural insumo, os resultados dos índices na célula parto e pós-parto, no momento pré-pandemia e durante a pandemia.....	86
Tabela 11 – O componente estrutural atividade, os resultados dos índices na célula pré-parto no momento pré-pandemia e durante a pandemia.....	88
Tabela 12 – O componente estrutural atividade, os resultados dos índices na célula parto e pós-parto, no momento pré-pandemia e durante a pandemia.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DF	Distrito Federal
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
GTRHE	Grupo Técnico Regional do Hospital de Ensino
HE	Hospital de Ensino
HMIB	Hospital Materno Infantil de Brasília
HU	Hospital Universitário
HUE	Hospital Universitário e de Ensino
IHAC	Incentivo Hospital Amigo da Criança
IES	Instituição de Ensino Superior
IVH	Índice de Valorização Hospitalar
MAC	Média e alta complexidade
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MEC	Ministério da Educação e Cultura
ML	Modelo lógico
MPOG	Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NCIH	Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCHE	Programa de Certificação dos Hospitais de Ensino
PEHUF	Programa de reestruturação dos Hospitais Universitário Federais
PNH	Política Nacional de Humanização

PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPP	Pré-parto, parto e pós-parto
RC	Rede Cegonha
RCLE	Registro de consentimento livre e esclarecido
SIPAC	Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade
SUS	Sistema Único de Saúde
URD	Unidade de referência Distrital
USP	Universidade de São Paulo
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. OBJETIVOS.....	20
2.1. OBJETIVOS GERAIS	20
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
2.3. PERGUNTA AVALIATIVA.....	20
3. A INTERVENÇÃO: O PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO HOSPITAL DE ENSINO E SEUS DISPOSITIVOS DE IMPLANTAÇÃO	21
3.1. O MODELO LÓGICO DA INTERVENÇÃO	25
3.2. ANÁLISE <i>STAKEHOLDERS</i>	28
4. MATERIAIS E MÉTODOS	30
4.1. DESENHO DA AVALIAÇÃO.....	37
4.2. CRITÉRIOS OU DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO.....	39
4.2.1 Coleta de evidência	49
4.2.2 Matriz de Informação.....	51
4.2.3 Matriz de Relevância	54
4.3. LOCAL DA PESQUISA.....	66
5. ASPECTOS ÉTICOS	67
6. RESULTADOS ENCONTRADOS	68
6.1. GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE ESTRUTURAL INSUMO	70
6.2. GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE ESTRUTURAL ATIVIDADES..	77
6.3. RESULTADO COMPARATIVO.....	84
7. CONSIDERAÇÕES.....	90
8. DISCUSSÃO.....	94
9. CONCLUSÃO.....	99
REFERÊNCIAS.....	101

APRESENTAÇÃO

Este estudo avaliou a implantação da Portaria para a Certificação do Hospital de Ensino (HE) do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) com foco na Doença Específica da Gestação (DHEG). O interesse pelo tema do trabalho é resultado da relação direta entre o objeto da pesquisa e o campo de atuação profissional da pesquisadora na saúde pública do Distrito Federal (DF), com registro especial das atividades desenvolvidas no atual momento em que o mundo se vê assolado pela pandemia da Covid-19, causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). Espera-se que esta pesquisa oportunize o entendimento e o aprofundamento do conhecimento profissional pessoal e da equipe que operacionaliza as ações estudadas, tanto na área de assistência como na de gestão, além de proporcionar, com seus resultados, melhorias dos processos nos diferentes eixos no HMIB e nos demais HE que integram a rede da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

O estudo está dividido em nove sessões que estão apresentadas a seguir: a introdução, os objetivos, a intervenção, os materiais e métodos, os aspectos éticos, os resultados, as considerações, a discussão e a conclusão e, por último, as referências bibliográficas.

A introdução apresenta a importância do tema da pesquisa e exibe a atual situação dos Hospitais de Ensino, da Doença Hipertensiva Específica da Gestação e da pandemia do Covid-19 no Brasil e no mundo. O objetivo geral da pesquisa e os quatro objetivos específicos, norteados pela pergunta avaliativa, são apresentados na sessão dos objetivos.

A intervenção foi apresentada de forma detalhada, identificando-se sua trajetória desde o início da política até suas características nos dias atuais, sendo apontados todos os pontos de maiores destaques. Foi construído o modelo lógico (ML) da intervenção, e realizou-se a caracterização dos stakeholders² que validaram o ML, os objetivos, e a pergunta avaliativa da pesquisa.

A pesquisa foi uma avaliação do tipo normativa formativa, de caso único realizada no HMIB, avaliando a conformidade dos insumos e das atividades com o Programa de Certificação do Hospital de Ensino (PCHE). Para operacionalizar o estudo, optou-se por dividir as ações de atendimento em duas células operacionais: “pré-parto” e “parto e pós-parto”, considerando dois momentos, pré-pandemia e momento pandêmico.

A metodologia inicia apresentando a revisão da literatura que proporcionou a exploração do tema no contexto, por meio de procura nas principais plataformas de buscas em pesquisa em português e inglês. A seguir, realizou-se a análise documental que permitiu a construção do quadro comparativo entre a PCHE e as demais políticas públicas vigentes, demonstrando os

inúmeros pontos de interseção e o alinhamento entre elas. A definição das dimensões da avaliação e da forma da coleta de evidências, e a apresentação da matriz de relevância, de julgamento e de avaliação foram os próximos passos desenvolvidos.

Os aspectos éticos apresentam a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal (FEPECS), e a necessidade de adequação da pesquisa devido, destacando-se, entre outros pontos, a demora da aprovação do Comitê de Ética.

Os indicadores foram agrupados em índices por semelhança e avaliados inicialmente separadamente nas diferentes células operacionais e nos diferentes momentos; em seguida, eles foram avaliados comparativamente nos diferentes momentos, sendo identificada a piora do grau de conformidade dos insumos e das atividades com o Programa, nos momentos pandêmicos nas diferentes células avaliadas.

As considerações e recomendações detalharam os índices e os indicadores que não alcançaram grau de conformidade de 100% e as recomendações relativas a esses resultados.

Finalmente, a discussão e a conclusão apresentaram os resultados encontrados e como eles influenciam na qualidade da assistência com base na literatura mundial, e a importância dos HE como instituição de ensino e assistência.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo avaliou o grau de implantação dos componentes previstos na regulamentação legal brasileira, dispostos na Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015, do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação e Cultura (MEC), que trata da certificação, entre outras instituições, do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) como Hospital de Ensino (HE), por meio de um agravo que reflete o perfil assistencial do Hospital: a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG).

Entre as categorias de pesquisa avaliativa encontra-se a apreciação de implementação, aqui também chamada de implantação. A análise de implementação tem como finalidade estudar as relações entre uma intervenção, podendo ser um programa ou uma política, e o contexto delimitando os fatores facilitadores ou os obstáculos envolvidos no processo (BROUSSELLE *et al.*, 2011). Nesta pesquisa, o foco da avaliação foi o Programa de Certificação dos Hospitais de Ensino (PCHE).

Os HE são hospitais associados a uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, e servem de campo para a prática de atividades de ensino em saúde, tendo sido certificados conforme a legislação vigente (BRASIL, 2015). A certificação representa um selo de qualidade que reconhece a instituição como adequada para o desenvolvimento de boas práticas assistenciais e educativas (DISTRITO FEDERAL, 2012). Os HE podem ser Hospitais Universitários (HU) ou não; no entanto, a maioria dos HU é certificada como HE. Essa proximidade possibilitou serem tomados como semelhantes para fins deste estudo, apesar de apresentarem estrutura, financiamento e funcionamento diferentes.

No país, há 209 Hospitais de Ensino, quatro deles no Distrito Federal (DF): Hospital Regional da Asa Norte; Hospital de Base (agora Instituto Hospital de Base); Hospital Regional de Sobradinho (HRS); e Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB). Em 2018, o HMIB deixou de compor uma Superintendência Regional de Saúde, assumindo o papel de Unidade de Referência Distrital (URD), especializada na saúde da criança e da mulher, com foco na gestante de alto risco.

Também no Distrito Federal, existem três serviços de alto risco obstétrico para onde as gestantes com DHEG são direcionadas, sendo o HMIB o único certificado como HE e que dispõe de equipe especializada, enfermagem de alto risco e leitos de cuidados intensivos, conforme esse perfil assistencial. Nesse sentido, a Comissão Nacional de Pré-Eclâmpsia da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) conceitua a

Doença Hipertensiva específica da gestação como sendo a identificação da hipertensão arterial pela primeira vez a partir da vigésima semana de gestação, associada a proteinúria. Atualmente, ampliou-se o conceito de DHEG, que passou a compreender a possibilidade de ausência da proteinúria, desde que presentes alguns sintomas, como cefaleia, turvação visual, dor abdominal, edema pulmonar, distúrbios visuais ou cerebrais, ou alterações laboratoriais como a plaquetopenia, a elevação de enzimas hepáticas e comprometimento renal (FEBRASGO, 2017).

De outro lado, Brown *et al.* (2018), em artigo publicado pela International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (2018), define a hipertensão arterial como a presença de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e/ou a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg. A medida deve ser feita em um dos antebraços elevados à altura do átrio, repetida em um ou dois intervalos de cinco minutos com a paciente sentada. A proteinúria é definida pela perda de 300mg ou mais em urina de 24 horas. Devido à necessidade de rapidez nos diagnósticos de DHEG para definição de condutas, pode ser considerada amostra isolada de urina que apresente relação proteinúria/creatininúria (ambas em mg/dl) igual ou superior a 0,3, e ainda, em alguns casos, a presença de menos 1+ em fita reagente, desde que assegurada a qualidade do método. (BROWN *et al.* 2018).

Quando se avalia a DHEG, é preciso avaliar também os desfechos associados diretamente a ela, como a pré eclampsia e a eclampsia, o acidente vascular cerebral hemorrágico e a síndrome de HELP, responsáveis por uma alta porcentagem de morbimortalidade. Giordano (2014) avaliou 82.322 mulheres em 27 centros de atendimento em todo o Brasil no período de 2009 a 2010 e evidenciou a prevalência da eclampsia, intimamente ligada à DHEG, sendo essa patologia responsável por 20% de todos os desfechos maternos graves da pesquisa. (GIORDANO, 2014). Souza *et al.* (2020), em sua pesquisa, avaliou 11 pacientes em ambulatório de alto risco, no período de outubro de 2015 a julho de 2016, em um hospital público de São Paulo, e evidenciou uma porcentagem de 23,7% de gestantes com DHEG. (SOUZA *et al.*, 2019).

No Brasil, entre as patologias específicas da gestação de alto risco, a doença hipertensiva específica da gestação tem grande relevância na morbimortalidade, sendo uma das cinco patologias responsáveis por 75% dos óbitos maternos no país, segundo relatório da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2018). O ano de 2018 foi um marco na valorização da saúde da gestante, quando a OPAS destacou a necessidade de focar ações de atenção à assistência à saúde da gestante. O Brasil seguiu o mesmo caminho, estabelecendo

naquele mesmo ano a meta de diminuir a mortalidade materna em 50%, saindo de 59,1 óbitos/100 mil nascidos vivos para menos de 30/100 mil até 2030. (BRASIL, 2021).

O boletim epidemiológico do MS, ao informar a mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil no período de 2010 e 2019, apresentou a doença hipertensiva da gestação como principal causa de mortalidade materna no país, aumentando seu grau de risco em relação aos anos anteriores. (BRASIL, 2021).

O MS acompanha a razão de mortalidade materna como indicador da assistência prestada à gestante em todas as regiões do país, com o objetivo de atingir a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no sentido da redução para 30 óbitos por 1000 nascidos vivos. O Distrito Federal apresentou razão média de 54% no período de 10 anos, e em 2019 alcançou a marca de 21,2%, enquanto a média do Brasil era de 57,9%, demonstrando uma melhora da assistência às gestantes de alto risco e, conseqüentemente, à doença hipertensiva específica da gestação. (BRASIL, 2021).

Os Hospitais Universitários e de Ensino (HUE) têm papel fundamental no mundo e no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, devido à especificidade de suas atribuições. Esses hospitais agregam à atenção à saúde o ensino e a qualificação de profissionais; a produção do conhecimento e a geração de inovações tecnológicas para o setor (BRASIL, 2004). Os hospitais são referência em procedimentos complexos, representando 80% das internações de média e alta complexidade no país e são centros de formação e ensino, responsáveis por mais de 50% da formação de profissionais de saúde brasileiros. Também abrigam um número significativo de médicos especialistas que contribuem nos processos de inovação, tanto assistencial como na incorporação de novas tecnologias (BRASIL, 2019).

Silber (2020) apresentou e reforçou a importância dos HE na assistência à saúde, em seu estudo realizado no período de 1º de julho de 2019 a 30 de novembro de 2020, na Califórnia, quando avaliou 43.990 pares de pacientes, atendidos devido a infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e pneumonia em hospitais de ensino e nos hospitais tradicionais da rede. Foi constatado que os pacientes atendidos nos Hospitais Universitários e de Ensino (HE) apresentaram taxa de mortalidade menor, tempo de uso de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) menor, tempo de internação maior, e taxas de readmissão e de óbito menores. Como esperado, o autor constatou que as características estruturais dos hospitais universitários apresentam tecnologia de alto nível e melhores desfechos na assistência. (SILBER *et al.*, 2020).

Apesar da reconhecida importância desses hospitais, há poucas políticas públicas voltadas a eles e, no momento, apenas o Programa de Certificação do Hospital de Ensino (PCHE) está vigente. Da mesma forma, há poucas experiências de avaliação destinadas aos

Hospitais Universitários e de Ensino documentadas, conforme constatado na revisão bibliográfica. Pode-se considerar que não há cultura de avaliação sistemática de intervenções de programas para HE (CHIORO, 2011), ressaltando-se a relevância desse estudo.

O Brasil e o mundo foram devastados pela pandemia do novo coronavírus, que causa a Covid-19, sigla derivada do nome da doença em inglês – *Corona Virus Disease* acrescida do ano de surgimento. Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recebeu o comunicado da China sobre o surgimento de uma nova pneumonia de causa desconhecida em moradores de Wuhan e, no início de 2020, descobriu-se tratar do novo coronavírus Sars-CoV-2. (CRODA; GARCIA, 2020).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou a nova doença uma emergência de saúde pública, sendo esse o mais alto nível de alerta da organização. Após 40 dias, ela declarou que as proporções da nova doença já eram de pandemia - uma distribuição geográfica da doença em diferentes continentes do mundo. (WHO, 2020).

As proporções alcançadas pela pandemia foram inimagináveis. Em 12 de novembro de 2021, havia 251.788.329 casos confirmados no mundo e 5.077.907 mortes causadas pela Covid-19. No Brasil, em 14 de novembro de 2021, o painel coronavírus disponível no site do MS registrava 21.957.96 casos confirmados, 611.283 óbitos e uma incidência de 10.448,9 por 1.000 habitantes. Nas mesmas data e fonte, as informações referentes ao Distrito Federal apresentavam 516.470 casos, 10.957 óbitos e uma incidência de 17.128,5 por 100.000 habitantes.

Por meio do Decreto nº 40.528, de 17 de março de 2020, posteriormente alterado pelo Decreto nº 40.530, de 18 de março de 2020, o Distrito Federal estabeleceu o primeiro *lockdown*, termo em inglês para medida de fechamento de regiões na pandemia de Covid-19, que obriga ao isolamento social quando as atividades comerciais foram suspensas e apenas estabelecimentos destinados a atividades essenciais, como os das áreas de saúde, segurança, vigilância sanitária, comunicação e órgãos de fiscalização do consumidor, ficariam abertos e em funcionamento. No mesmo período, o governador decretou a suspensão de todas as licenças não médicas da área da saúde, afastou da linha de frente da assistência os servidores dos grupos de risco, remanejou servidores para áreas administrativas e instituiu o teletrabalho (DISTRITO FEDERAL, 2020).

As inúmeras incertezas sobre a pandemia, o insuficiente conhecimento científico sobre o novo coronavírus, a alta velocidade de transmissão e a taxa de mortalidade provocaram incertezas sobre as melhores estratégias para o enfrentamento da pandemia na sociedade, na economia e na saúde. A preocupação sobre a melhor forma de prestar assistência à saúde atingiu

grande importância e provocou mudanças significativas nos processos de trabalho em todo o país. No DF, as alterações foram sendo apresentadas pelo governo à sociedade, com certa autonomia às instituições para ajustes no âmbito local, de acordo com o perfil de cada uma delas.

Esses ajustes implicaram mudanças no escopo e na metodologia inicial desta dissertação, sendo duas as mais relevantes. A primeira é relacionada à abordagem colaborativa prevista para a avaliação. Foram planejadas consultas intermitentes aos envolvidos nos serviços avaliados, com o objetivo de promover o engajamento e a apropriação do processo avaliativo. Pretendia-se assim viabilizar a reflexão e o aprendizado sobre a própria prática e a construção da legitimidade dos achados, aumentando as chances de sua utilização. A segunda mudança diz respeito ao momento de coleta de evidências. Optou-se por realizar a coleta de dados secundários em dois momentos, um pré-epidêmico e outro durante o curso da pandemia. As entrevistas previstas não foram realizadas. Esses aspectos estão detalhados na seção que trata de material e métodos desta dissertação.

O trabalho consta de nove seções que estão apresentadas a seguir: os objetivos gerais e específicos, a intervenção e seu modelo lógico, materiais e métodos, aspectos éticos, resultados, considerações, discussão e a conclusão.

2. OBJETIVOS

Os objetivos desta dissertação estão descritos na sequência.

2.1. OBJETIVOS GERAIS

Avaliar o grau de implantação do programa de certificação dos Hospitais de Ensino no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), com foco na Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG).

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a certificação do Hospital de Ensino;
- Analisar se os insumos e as atividades na maternidade do HMIB seguem as normas preconizadas pelo PCHE para a atenção à doença hipertensiva na gestação;
- Classificar o grau de implantação das ações de adequação do PCHE, considerando a dimensão de conformidade;
- Identificar os fatores do contexto, as barreiras e os facilitadores do processo de implantação do Programa no HMIB.

2.3. PERGUNTA AVALIATIVA

A pergunta avaliativa a ser respondida neste estudo foi: As ações no atendimento a paciente com DHEG estão sendo implantadas conforme o Programa de Certificação Hospital de Ensino? Sim? Não? Por quê?

Enfatiza-se que pergunta avaliativa é norteadora do processo avaliativo, delimitando e articulando o foco da avaliação (CARZARIN, 2010). Ela deve expressar o interesse dos *stakeholders*, pessoas físicas ou jurídicas direta ou indiretamente afetadas pelas atividades de uma empresa ou organização e que, em contrapartida, também exercem sobre ela algum tipo de influência. O mesmo que parte interessada e ser o fio condutor da avaliação para análise e atribuição das explicações dos achados (HARTZ; SILVA, 2005a).

3. A INTERVENÇÃO: O PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO HOSPITAL DE ENSINO E SEUS DISPOSITIVOS DE IMPLANTAÇÃO

Os Programas de Saúde são planejados para modificar uma situação, em momento e contexto específicos, utilizando-se um conjunto de meios organizados (HARTZ, 1997). O PCHE surgiu como proposta para resolver as dificuldades institucionais encontradas pelos hospitais de ensino, para ampliar a inserção e o alinhamento de suas diretrizes e princípios do SUS. Operacionalmente, visava adequá-las a novos arranjos contratuais implantados nas políticas públicas do momento (LIMA, 2009).

O marco inicial de ações voltadas para os HE ocorreu em 22 de maio 1987, com o estabelecimento do Índice de Valorização Hospitalar (IVH) para valorização do desempenho dos HE. Esse índice parte de um valor de repasse básico, podendo ser acrescido dependendo das atividades desenvolvidas pelo hospital. Essa iniciativa não teve sucesso principalmente pela ausência de acompanhamento e avaliação dos hospitais. Assim, em 1991, o Secretário de Assistência à Saúde do MS extinguiu o IVH e criou para os HE o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), aplicável aos hospitais reconhecidos pelo MEC, o qual está em funcionamento há mais de cinco anos, vinculado a algum Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC) do MS, como centro de referência nacional.

Em 1990, a Lei nº 8.080, que dispõe sobre as condições para promoção da proteção e recuperação da saúde e sobre o funcionamento dos serviços correspondentes, integrou os serviços dos HE ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo todos os seus serviços remunerados por aquele Sistema (BRASIL, 1990). Nos termos da legislação vigente, os serviços dos HE integram-se ao SUS por força de um convênio, mantendo sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ao ensino, à pesquisa e à extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estavam vinculados (BRASIL, 2010).

Em 2003, em meio a um ambiente de muitos questionamentos sobre o real papel de alguns hospitais recebedores do FIDEPS, houve um movimento liderado pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino e apoiado pela Frente Parlamentar da Saúde. Esse movimento promoveu sucessivas audiências públicas que resultaram no envolvimento de quatro ministérios e várias entidades relacionadas ao assunto, contempladas na Portaria Interministerial nº 562, de 12 de maio de 2003, dos Ministérios da Educação e Cultura (MEC), da Saúde (MS), da Ciência e Tecnologia (MCT) e do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Essa portaria cria uma comissão para avaliar e diagnosticar a situação dos HE e para

reorientar ou reformular a política hospitalar, sendo composta por representantes das seguintes instituições: MS; MEC; MPOG; MCT; Associação Nacional de Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior; Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais e Municipais; Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde; Associação Brasileira de Educação Médica; Diretório Nacional dos Estudantes de Medicina; Associação Brasileira de Enfermagem; Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem; Comissão de Seguridade Social e Família e Comissão de Educação da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2004).

Chioro aponta que:

No contexto dos debates produzidos nessa Comissão, em outros espaços e com distintos atores sociais, foi sendo concebida a nova política para os HEs. De maneira prioritária, apontava-se a necessidade de mudança do modelo de financiamento e contratualização com a adoção de um sistema global que permitisse a superação do modelo de pagamento por produção, a ser iniciado com os hospitais públicos federais/estaduais e filantrópicos. (CHIORO, 2009)

Assim, a necessidade de um novo modelo de financiamento consolidou-se no MS aos poucos, com a implantação de contratos de metas e a redefinição de compromissos com os HUEs em termos de assistência, de ensino, de formação e de educação permanente, produção de pesquisa e inserção de novas tecnologias. Esse modelo ainda tem o importante papel de indutor de diversas políticas prioritárias do SUS com interfaces com HUE, como a Política Nacional de Humanização, a participação nos sistemas estaduais de urgência e a implantação de mecanismos de gestão participativa e controle social (CHIORO, 2009).

Desse movimento, resultaram também a Portaria Interministerial MEC/MS n.º 1.000, de 15 de abril de 2004, que estabeleceu as bases para o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino; a Portaria Interministerial MEC/MS n.º 1.006, de 27 de maio de 2004, e a Portaria MS n.º 1.702, de 17 de agosto de 2004, revogada pela Portaria n.º 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013. Os anos de 2003 e 2004 foram os anos de ouro, momento de visibilidade do Programa nos ministérios e na sociedade. Quando o Programa foi formalizado, estabeleceram-se os critérios de certificação e contratualização e de seu funcionamento. A nova proposta de certificação incorporou a possibilidade de avaliação e fornecimento de informações sistemáticas sobre o perfil das instituições, como também a inclusão de critérios mínimos relacionados ao ensino, à pesquisa e à assistência.

Durante o período entre 2004 e 2006, muitos hospitais estavam em processo ou foram certificados e contratualizados. No ano de 2006, ocorreu a extinção do FIDEPS e o repasse

financeiro foi incorporado ao PCHE. A Portaria Interministerial n.º 2.988, de 22 de novembro de 2006, do MS, MEC, MPOG, MCT, segundo movimento conjunto dos quatro ministérios, alterou a composição da comissão constituída em 2003. O MPOG, entre os inúmeros desafios, registra que: “a implantação de modelos de gestão adequados a organizações complexas – e o HE é uma das mais complexas – pouca atenção se dedicou ao acompanhamento desse programa” (LAMPERT *et al.*, 2013). O MCT também diminuiu sua atenção sobre o assunto. Já o MEC voltou sua atenção ao Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais e depois de um período retornou parcialmente sua atenção ao HE com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, em 2011. O Ministério da Saúde, que liderou o início do processo e financiou o Programa em sua quase totalidade, com o tempo passou a tratá-lo como mais um entre tantos programas existentes na sua pasta (LAMPERT *et al.*, 2013).

Em 2015, foi publicada a Portaria Interministerial n.º 285, de 24 de março, último instrumento a definir os critérios de certificação dos HE e, desde então, havia uma promessa, informal, da publicação de novas diretrizes. A partir daquele ano, as portarias seguintes prorrogaram as certificações existentes e alteraram a forma de financiamento, levando o incentivo para dentro do bloco de investimento na alta e média complexidades (MAC), alterando seu discricionário inicial.

Em resumo, o Programa foi idealizado com o objetivo de garantir de forma progressiva e planejada a melhoria da qualidade da assistência, do ensino, da pesquisa e da gestão; garantir a qualidade de formação de profissionais de saúde; estimular a inserção da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na gestão de tecnologias; garantir a inserção dos HUE na rede de atenção à saúde; estimular e integrar os hospitais aos programas e projetos que ampliam a oferta de profissionais médicos ao SUS (BRASIL, 2015).

A recuperação da história do programa para os HE no decorrer dos anos pode ser constatada ao longo da linha do tempo, que revela o caminho percorrido na sua construção, evidenciando suas transformações, controvérsias e adequações. A linha do tempo está demonstrada no Quadro 1, a seguir, e foi construída com base na análise documental, tendo como objetivo descrever a origem e o estabelecimento do Programa de Hospital de Ensino no Brasil.

Quadro 1- Linha do tempo; histórico contextualizado do Programa de Hospital de Ensino - Brasil

Normativa	Assunto
Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990.	Integra os HUE ao SUS.
Portaria GM/MS nº 1.127, 1999.	Avalia os Hospitais recebedores do FIDEPS.
Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPGO nº 562, de 12 de maio de 2003.	Cria a Comissão para avaliar e diagnosticar a situação dos HUE e propor melhorias.
Portaria MS/GM nº 1.098, de 10 de julho de 2003.	Estipula valor de repasse financeiro aos Hospitais.
Portaria MS/GM nº 1.560, de 11 de agosto de 2003.	Suspende as novas habilitações para o recebimento do FIDEPS
Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.000, de 15 de abril de 2004.	Define a certificação dos HUE
Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.005, de 27 de maio de 2004.	Define a documentação comprobatória para certificação
Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.006, de 27 de maio de 2004.	Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde.
Portaria MS/GM nº 1.007, de 27 de maio de 2004.	Estabelece o recurso financeiro destinado aos HUE.
Portaria MS/GM nº 1.702, de 17 de agosto de 2004.	Cria o programa de reestruturação dos Hospitais Universitários Federais.
Portaria MS/GM nº 1.703, de 17 de agosto de 2004.	Destina verba aos HUE.
Portaria MS/GM nº 2.352, de 26 de outubro de 2004.	Regulamenta a alocação dos recursos financeiros destinados ao processo
Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.355, de 26 de outubro de 2004.	Altera os arts. 4º e 5º da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.005/2004, que trata da documentação comprobatória para certificação
Portaria nº 1.082, de 04 de julho de 2005.	Extingue o FIDEPS e o recurso passa a ser incorporado ao programa de certificação dos HE
Portaria Interinstitucional MS/MEC/MCT/MPOG nº 2.988, de 22 de novembro de 2006.	Reformula a comissão de acompanhamento do Programa
Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.400, de 07 de outubro de 2007.	Estabelece os requisitos para a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.
Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPOG nº 68, de 16 de janeiro 2008.	Inclui membros na comissão interministerial.
Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.916, de 21 de setembro 2008.	Constitui a comissão de certificação.
Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013.	Define diretrizes para contratação
Portaria GS/MS nº 142, de 27 de janeiro de 2014.	Institui IGH e regras para contratualização.
Portaria Interministerial MS/MEC nº 285, de 24 de março de 2015.	Define as diretrizes para a certificação dos HE
Portaria de Consolidação GS/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017.	Regula formas de transferência de recursos para o SUS
Portaria MS nº 2.925, de 1 de novembro de 2017.	Revoga as legislações que instituem o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH).
Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.302, de 30 de julho de 2018.	Prorroga o prazo da certificação

Fonte: Elaboração da autora

Observa-se assim que, desde o início da concepção da intervenção, os componentes estruturais norteadores do programa foram o ensino e a pesquisa, a assistência e a gestão. A priorização do ensino e da pesquisa pode ser constatada desde a sua formulação, voltada especificamente para o setor, colocando os Hospitais de Ensino no mais alto índice de qualificação hospitalar. A promoção do conhecimento está atrelada aos quesitos obrigatórios e indispensáveis aos HE, que são a presença de internato médico e as residências médicas e multiprofissionais, além da existência de Plano de Educação Permanente e do Plano Institucional de Pesquisa. A assistência com foco na sua melhoria permeia o Programa inúmeras vezes, direta ou indiretamente, sendo de forma direta, quando solicita a identificação do paciente, o acolhimento e a classificação de risco, os leitos de retaguarda, a clínica ampliada. Na gestão, está embutida a necessidade de optar-se por uma estratégia que viabilize a operacionalização do Programa.

A estratégia da intervenção, ao encontro dos seus objetivos, conta com duas etapas de alcance distintos: a certificação e a contratualização. A primeira etapa exige da instituição uma adequação a requisitos normativos que estão em consonância com outros programas, políticas e redes do SUS, como a Política Nacional de Humanização (PNH), a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e a Rede Cegonha (RC). A segunda etapa consiste na pactuação de normas e critérios por meio de um acordo de gestão.

3.1. O MODELO LÓGICO DA INTERVENÇÃO

A partir da definição de intervenções como sistemas de ações organizadas que, em contexto, buscam modificar em um período estabelecido o curso de uma situação problemática, procurou-se caracterizar os seus componentes: uma estrutura (insumos e recursos humanos), os seus componentes técnicos ou eixos de ação, isto é, seus processos/atividades; os seus efeitos de curto, médio e longo prazos, respectivamente produtos, resultados e impacto (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1993).

Assim, um dos primeiros passos para uma avaliação é a descrição do objeto a ser avaliado, o que implica a confecção do modelo lógico (ML) (RENGER; TITCOMB, 2002). Trata-se de um esquema visual que apresenta como uma intervenção deve ser executada e que resultados são esperados (ROWAN, 2003).

A construção do ML, segundo Medina, é:

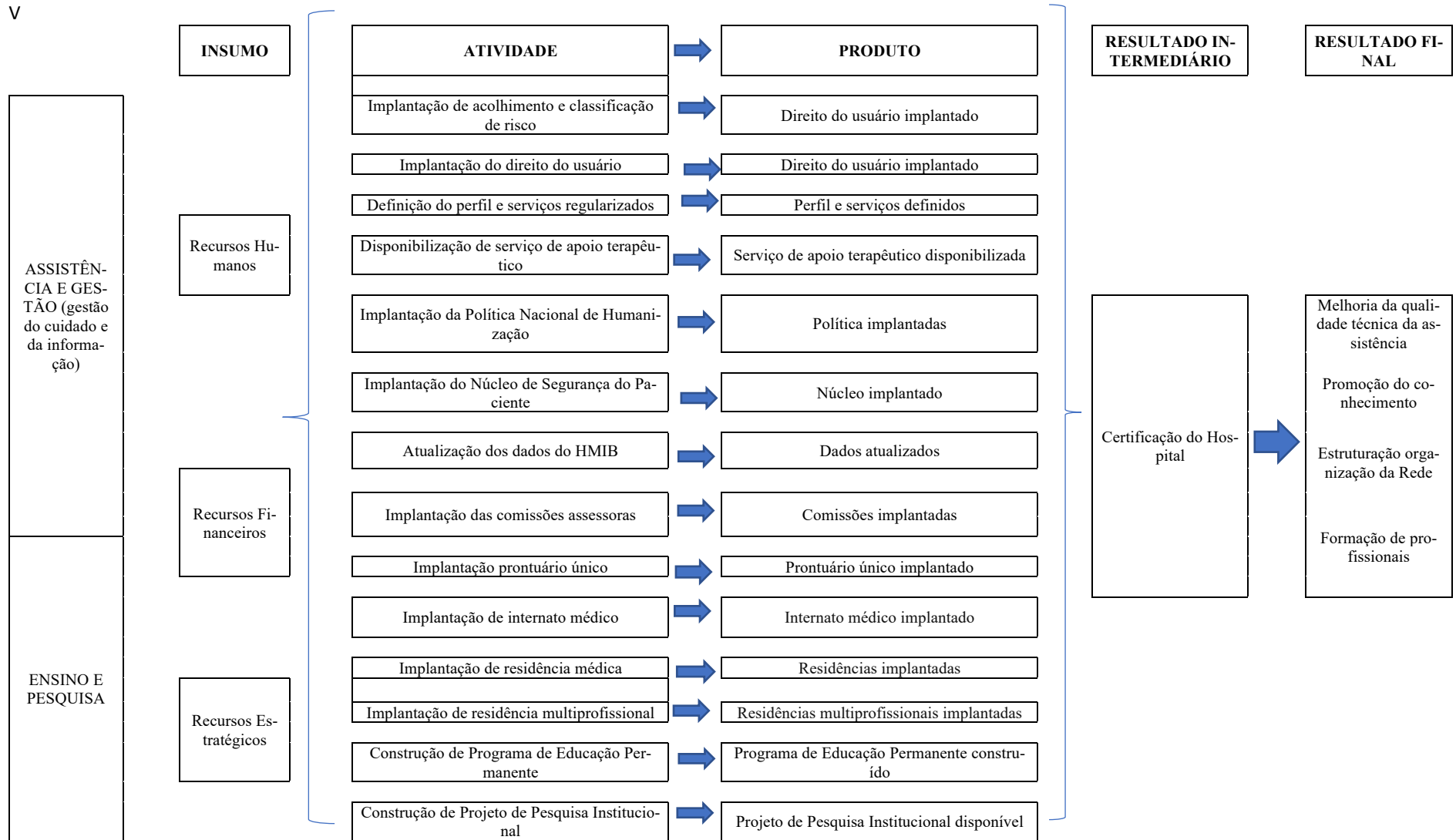
Construir o desenho lógico de um programa significa esquadrinhá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando

todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, abstraindo-se aqui suas determinações contextuais (MEDINA, 2005).

Os modelos lógicos tradicionalmente consideram as dimensões baseadas na tríade de Donabedian quanto à estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1981). Nesse trabalho, utilizaremos o modelo descrevendo a estrutura como insumo e atividades como processo. Na construção do modelo, a pesquisa bibliográfica e a análise documental foram fundamentais para a formulação do embasamento teórico sob o qual o modelo foi estruturado.

A pesquisa bibliográfica e a análise documental serviram como fonte para elaboração da representação gráfica do Programa, possibilitando definir os componentes técnicos que foram analisados nas diferentes células operacionais, isto é, pré-parto; parto; e pós-parto, caracterizando a possível parcela de contribuição do Programa nos efeitos observados. Também possibilitaram identificar os insumos, as atividades e os produtos normatizados no Programa, conforme detalhado no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2- Modelo lógico do Programa de Certificação dos Hospitais de Ensino



Fonte: elaboração da autora

No modelo apresentado, assumiu-se a certificação como resultado intermediário e condição para a obtenção nos efeitos esperados. A estratégia de implementação envolve dois mecanismos indutores, a certificação e a contratualização. Para a certificação, foco dessa pesquisa, ocorre primeiramente a adequação da instituição aos diversos quesitos exigidos, e secundariamente com a celebração do contrato de gestão, um acordo entre gestores, que define o repasse financeiro do MS para a instituição. O processo de certificação é iniciado no momento que a instituição solicita, de maneira voluntária, ao MS na sua visita ao hospital. MS e MEC são os responsáveis por esse processo que, depois de concluído, pode ter validade de 1 a 3 anos, podendo ser renovado. O HMIB iniciou seu processo de certificação em 2007 e finalizou no ano seguinte e, desde então, tem mantido sua certificação.

3.2. ANÁLISE *STAKEHOLDERS*

Uma consideração especial deve ser feita ao se caracterizar os envolvidos na intervenção e na avaliação. Esse grupo de atores, denominados de *stakeholders*, que tem papel prioritário na intervenção e na avaliação, merece atenção especial. Os *stakeholders* têm seus próprios interesses, concepções de mundo e crenças. Alguns controlam recursos estratégicos, como os financeiros ou o poder de decidir. Suas ações são interdependentes, isto é, como um ator pode influenciar os outros, podem tanto facilitar como criar barreiras para a intervenção. Além disso, quando qualificados demandam abordagem diferenciada, uma vez que o tempo e o custo de sua produção são bastante altos.

Adicionalmente, o avaliador tem como parte fundamental do seu trabalho facilitar a utilização da avaliação. O conhecimento dos interesses, das divergências e dos conflitos que existem entre estes atores é relevante para não só facilitar a avaliação, mas possibilitar o uso de seus achados. Uma forma de atingir esse objetivo é a incorporação de diferentes atores com interesse no processo avaliativo. (CARDOSO *et al.*, 2019).

Os *stakeholders* relacionados a este estudo foram localizados a partir do Grupo Técnico Regional do Hospital de Ensino (GTRHE) do HMIB. O grupo é composto por servidores da ativa, representantes da assistência, ensino, pesquisa e gestão. O grupo teve sua constituição publicada no Diário Oficial do Distrito Federal em 2019, e modificada cada vez que ocorrem alterações na direção do hospital devido à mudança no governo do DF, sendo a última em agosto de 2021. O grupo tem regimento interno constituído, reúne-se periodicamente e tem como sua principal função acompanhar, monitorar e avaliar assuntos referentes ao HE. No ano

de 2019, as reuniões do colegiado gestor do hospital ocorreram juntamente com as do GTRHE, e na reunião de dezembro de 2019 foi apresentado a ele a pesquisa e o ML da PCHE para análise, modificações e aprovação.

O Quadro 3, a seguir, apresenta os principais atores, que participaram do processo com seus possíveis interesses no estudo, e as propostas de estratégias de envolvimento

Quadro 3 - Mapeamento dos *stakeholders* – GTRHE

Atores	Possível interesse na avaliação	Estratégia de envolvimento
Diretores do HMIB	Interesse na avaliação de implementação e nos resultados.	Validação do ML e das matrizes avaliativas. Oficina de apresentação dos resultados. Formulação e implantação de melhorias para a intervenção.
Docentes dos programas do HMIB	Interesse na valoração do Programa, e na obtenção de um espaço para discussão do tema com a alta gestão local.	Validação do ML e das matrizes avaliativas. Apresentação da avaliação. Formulação de melhorias para a intervenção.
Servidores da Saúde	Interesse nos resultados e nas recomendações.	Validação do ML e das matrizes avaliativas. Oficina de apresentação dos resultados. Formulação de melhorias para a intervenção.
Pesquisadores do HMIB	Interesse na valorização do programa e da pesquisa e na obtenção de um espaço para discussão do tema com a alta gestão local.	Validação do ML e das matrizes avaliativas. Apresentação da avaliação. Formulação de melhorias para a intervenção.
Chefe da GO	Interesse nos resultados encontrados e nas recomendações de melhoria.	Validação do ML e das matrizes avaliativas. Apoio do setor no projeto. Oficina de apresentação dos resultados. Formulação de melhorias para a intervenção.
Diretor Geral e instância máxima do HE no HMIB	Interesse na avaliação de implantação, nos resultados e nas recomendações de melhorias. Interesse na permanência do PCHE	Validação do ML e das matrizes avaliativas. Oficina de apresentação dos resultados. Formulação e implantação de melhorias para a intervenção.
Usuário	Interesse nas melhorias da assistência resultante das recomendações do processo de avaliação.	Presentes nas comissões e comitês. Apresentação dos resultados da pesquisa.

Fonte: Adaptado de Souza.

Os *stakeholders* apresentaram grande interesse nessa pesquisa, pois visualizaram uma oportunidade para adequações ao Programa, melhoria da assistência à saúde da gestante com DHEG e de evidenciar o ensino e pesquisa na instituição.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo exhibe as seguintes etapas metodológicas: 1) revisão bibliográfica; 2) análise documental; 3) desenho da avaliação; coleta de evidências incluindo o diagrama da teia ou de critério; as matrizes de informação; as matrizes de relevância; as matrizes de análise e de julgamento, incluindo os padrões e parâmetros de classificação; e, por fim, os procedimentos mobilizados para a realização da síntese avaliativa. A seguir, uma descrição de cada uma dessas etapas metodológicas.

1) **A revisão da bibliografia** é uma etapa imprescindível para o trabalho científico, pois proporciona o aprofundamento e a abrangência do conhecimento sobre o tema escolhido como objeto do projeto. Proporciona conhecer as diretrizes e normativas detalhadamente, além dos pensamentos dos autores que se debruçaram anteriormente sobre o objeto a ser estudado, permitindo formular as bases intelectuais sobre as quais a lógica da pesquisa está sendo estruturada (ECHER, 2001).

A estratégia de busca para revisão bibliográfica foi realizada em três etapas. Inicialmente, desenvolveu-se uma pesquisa dos descritores bolerianos: hospitais de ensino; avaliação em saúde; hospital universitário e avaliação; hospital universitário e educação; educação médica; doença hipertensiva específica da gestação – nas bases de dados Scielo, Medline e Lilacs, conforme detalhado no Quadro 4, a seguir.

Quadro 4 - Estratégias de busca

ESTRATÉGIAS DE BUSCA UTILIZADAS NAS BASES DE DADOS
Busca realizada na BVS - portal regional - Busca avançada- Palavras-chave (DECS): HOSPITAIS DE ENSINO; AVALIAÇÃO EM SAÚDE. Pesquisa realizada primeiramente sem filtro e depois com o Filtro de: avaliação em saúde, avaliação econômica, síntese de evidências.
Busca realizada na BVS - portal regional - Busca avançada- Palavras-chave (DECS): HOSPITAL UNIVERSITÁRIO AND AVALIAÇÃO; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO AND EDUCAÇÃO; EDUCAÇÃO MÉDICA; sem filtro.
Busca realizada na BVS - portal regional - Busca avançada- Palavras-chave (DECS): Doença Hipertensiva Específica da Gestação

Fonte: Elaborado pela autora.

Nesse estágio, foram encontrados 15.653 artigos, número que diminuiu para 5.563 quando foi acrescentado o filtro de estudos em avaliação, avaliação econômica e síntese de evidência. Aplicando-se o filtro de língua inglesa, portuguesa e espanhola, o número de artigos encontrados foi de 193. Nesse momento, a busca foi ampliada para repositórios institucionais

da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Todos os documentos passaram por critérios de inclusão e exclusão após a leitura e análise de seus títulos e abstract. Os critérios de inclusão utilizados foram publicações relacionadas aos HUE e avaliação em saúde e educação; e os critérios de exclusão foram as publicações nas quais os HUE figuravam como o local e não o foco das pesquisas, ou aqueles que não atenderam aos interesses da pesquisa em todas as suas etapas.

Na segunda etapa, foi realizada uma busca nas plataformas abertas com as palavras-chave portaria e hospital de ensino. A partir da primeira portaria encontrada, iniciou-se uma pesquisa retroativa sobre os documentos citados e assim sucessivamente. As portarias não foram encontradas nas bases de dados foram solicitadas ao Ministério da Saúde e ao Ministério de Educação e Cultura, que deveriam enviar suas respectivas publicações na íntegra. Dessas, três foram encaminhadas até o momento.

A terceira etapa foi a procura em plataforma de busca aberta de todas as palavras-chave referentes às atividades apontadas no modelo lógico (ML) da intervenção. Primeiramente, buscou-se apenas as palavras-chave: acolhimento e classificação de risco; identificação do paciente; visita aberta e acompanhante; leitos de retaguarda; perfil assistencial hospitalar; comissões assessoras; clínica ampliada; dados hospitalares; perfil hospitalar; prontuário único; residência médica e multiprofissional; educação permanente; e plano institucional de pesquisa. Posteriormente, acrescentaram-se à busca as seguintes palavras: portaria; diretriz; protocolo; RDC; DHEG; alto risco; maternidade ou HUE. Em cada uma dessas etapas, procedeu-se à separação entre artigos e documentos oficiais sobre o Programa para o desenvolvimento da análise documental.

2) A **análise documental** proporciona extrair uma riqueza de informações dos documentos públicos, ampliando o entendimento da intervenção dentro de uma contextualização histórica e social, além de acrescentar a dimensão do tempo nesse entendimento. A análise favorece a observação do processo de maturação, evolução e transformação na construção do Programa, proporcionando ao autor interpretar, sistematizar as informações e, na medida do possível, fazer inferências sobre o assunto, compreendendo os fenômenos envolvidos (SILVA, 2009).

Adicionalmente, realizou-se uma busca por dados institucionais dos Hospitais Universitários e de Ensino nos sistemas de informação do SUS. A busca aberta sobre os dados institucionais atualizados dos Hospitais Universitários e de Ensino, nos sistemas de informação do SUS, apresentaram resultados infrutíferos. Durante todo o período de elaboração da

dissertação, foi realizada, também, a busca constante de publicações relacionadas ao tema, abrangendo pesquisas na área de educação, as quais apresentaram também poucos resultados com temas que evidenciavam pontos de convergência com o PCHE, sempre mantendo o foco da pesquisa.

O pesquisador solicitou informações, por via eletrônica, ao MS e à Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABHUE) e, até o momento da escrita deste texto, tais informações não tinham sido enviadas.

Nesse sentido, solicitou-se também à chefia do Centro Obstétrico (CO) e à gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) do HMIB, o fluxograma do atendimento e da linha de cuidado da gestante de alto risco implantada no HMIB.

A busca ampliada e a análise documental permitiram a identificação dos pontos de convergência entre as normativas que se referem ao objeto deste estudo. Essa abordagem orientou a seleção de pontos de atenção que, articulados à literatura à análise documental, contribuíram para a seleção de indicadores de relevância a serem considerados para a verificação da implementação.

A construção da linha do tempo, apresentada na descrição da intervenção, tornou-se uma ferramenta capaz de organizar cronologicamente os acontecimentos da intervenção e facilitar a exploração do contexto. Dessa forma, foi construído o Quadro 5, a seguir, que apresenta os critérios, primeiramente definidos na Portaria nº 285 de Certificação e depois nas demais normativas, sinalizando os pontos de encontro das normas vigentes com a PCHE.

Quadro 5 - Pontos de convergência do PCHE com as demais normativas

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
Portaria de Certificação do Hospital de Ensino, Art. 6, Portaria nº 285 Adotar programa de acolhimento com protocolo de classificação de risco quando dispuser de serviço de urgência e emergência ou maternidade	
Rede Cegonha, Diretriz 1, Portaria nº 1459	Garantia de acolhimento com avaliação de classificação de risco
Rede Cegonha, Componente parto e nascimento, nº 1459	Realizar acolhimento com classificação de risco
Rede de Urgência e Emergência, Portaria nº 1600	Ampliação do acesso e acolhimento, contemplando a classificação de risco.
Portaria de Consolidação do SUS, Portaria nº 01	Implantação de acolhimento e classificação de risco.
Política Nacional de Humanização – Humana SUS (2004)	Acolhimento com Classificação de risco
QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	
Portaria de Certificação do Hospital de Ensino, Art. 6, Portaria nº 285 Garantir a implementação das seguintes ações de segurança do paciente: a) ter implementado Núcleo de Segurança do Paciente; b) ter elaborado um Plano de Segurança do Paciente; c) manter ativa a Notificação de Eventos Adversos (Notivisa); d) ter, no mínimo, implementados os protocolos de Identificação do Paciente e Higienização das Mãos; e) desenvolver um plano de implantação dos demais protocolos	
Rede Cegonha – Diretriz 1, Portaria nº 1459	Garantia de acolhimento com avaliação de classificação de risco
Rede Cegonha, Portaria componente parto e nascimento nº 1459	Realizar acolhimento com classificação de risco
Rede de Urgência e Emergência, Portaria nº1600	Ampliação do acesso e acolhimento, contemplando a classificação de risco.
Portaria de Consolidação do SUS, Portaria nº01	Implantação de acolhimento e classificação de risco.
Política Nacional de Humanização (2004)	Implantação de acolhimento com classificação de risco
Política Nacional de Segurança do Paciente	Primeira meta: identificação do paciente
Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente na Saúde	Núcleo, obrigadoriedades, protocolos, Plano de Segurança do Paciente
Obrigadoriedade do Núcleos nos serviços RDC36-2013 – Anvisa	Composição e obrigadoriedades, Plano de Segurança do Paciente
DIREITOS DOS USUÁRIOS	
Portaria de Certificação do Hospital de Ensino, Art. 6, Portaria nº 285 Garantir o direito do usuário ao acompanhante, à visita aberta, com de condições técnicas, humanas e de ambiência;	
Certificação do HE, Art 15	Garantia aos direitos do usuário: documento emitido pelo estabelecimento hospitalar

Portaria nº 285	informando: a) regras praticadas para as visitas; b) regras praticadas para acompanhantes para crianças, idosos e gestantes; e c) aos usuários, os horários praticados para a visita aos pacientes, as normas utilizadas para a permanência de acompanhantes e a política adotada para o atendimento aos casos obstétricos.
Portaria de consolidação do SUS	Permitir a presença de acompanhante.
Rede Cegonha	Permitir a presença de acompanhante nos PPPs.
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	
Portaria de Certificação do Hospital de Ensino, Art. 10, Portaria nº 285 Implantar diretrizes recomendadas na Política Nacional de Humanização (PNH) para ambiência, clínica ampliada, cogestão, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e redes de produção de saúde	
PNHOSP Portaria-3390-2013	A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita aberta com a presença do acompanhante e com a valorização de fatores subjetivos e sociais
COMISSÕES OBRIGATÓRIAS	
Portaria de Certificação do Hospital de Ensino, Art 6, Portaria nº 285 Determina a existência de todas as comissões aqui relatadas	
CFM nº 2.152/2016	Comissão de Ética Médica.
COFEN nº 564/2017	Comissão de Ética de Enfermagem.
CFM – resolução nº 1.638/2002	Comissão de Documentação Médica e Estatística.
MS-CNS – Norma operacional nº 001/2013	Comitê de Ética em Pesquisa.
GS – Portaria nº 2616 ,1998	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
MS – Portaria nº 55 ,2012	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.
MS – Portaria nº 1405/GM/MS, 2006	Comissão de Óbitos.
CFM – resolução nº 1.638/2002	Comissão de Revisão de Prontuários.
MS – ANVISA Resolução nº 63, 2000	Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional.
GM – Resolução nº2325/2017	Comissão de Farmácia e Terapêutica.
MS – PNHOSP, nº 3.390/GM/MS, 2013 MS – Portaria nº 529/GM/MS, 2013	Comissão de Proteção Radiológica.

MS – Portaria nº2.600, 2009	Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos.
MS –Portaria nº 158, 2016	Comitê Transfusional.
DADOS HOSPITALARES	
Portaria de Certificação do Hospital de Ensino, Art. 6, Portaria nº 285 Atualizar de forma regular e sistemática os sistemas de alimentação obrigatória do SUS;	
PERFIL E SERVIÇOS HOSPITALARES	
Portaria de Certificação do Hospital de Ensino, Art. 6, Portaria nº 285 Constituir-se como um ponto de atenção, missão e perfil assistencial a ser definido conforme o perfil demográfico e epidemiológico	
Certificação do HE, Art. 6, Portaria nº 285	Disponibilizar para a regulação do SUS os serviços contratualizados, de acordo com as pactuações loco-regionais
Portaria de Consolidação do SUS, Portaria nº 01	Receber todas as pacientes vinculadas pela atenção básica e/ou aquelas encaminhadas pela Central de Regulação
PRONTUÁRIO ÚNICO	
Portaria de Certificação do Hospital de Ensino, Art. 6, Portaria nº 285 Manter o prontuário único dos pacientes padronizados e com registros completos	
Certificação do HE Art. 6, Portaria nº285	Clínica ampliada: descrição do projeto de organização de módulos de cuidado e/ou unidades de produção do hospital com constituição de equipes multiprofissionais, projeto de implementação de Prontuário Integrado (único) executado ou em execução.
Portaria de Consolidação do SUS, Portaria nº 01	Promover melhorias contínuas na rede SUS, como a informatização, para implantar o Cartão SUS e o Prontuário Eletrônico. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico, contendo as seguintes informações: a. Identificação (nome social e nome de registro); b. Anamnese; c. Avaliação multiprofissional e interdisciplinar d. Evolução; e. Prescrição; f. Exames laboratoriais e de imagem e sumário de alta
PHNOS – Portaria 3390/2013	O Plano Terapêutico será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional
Cuidados prolongados na Rede de Atenção à Saúde – Portaria 2809/2012	Utilização de prontuário clínico unificado
Alta Hospitalar responsável, Portaria 2809/2012	Desenvolvimento de ferramentas que auxiliem a clínica ampliada e a gestão da clínica, a

	exemplo do matriciamento, do Plano Terapêutico, do prontuário clínico unificado e dos protocolos clínicos
RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL, INTERNATO MÉDICO	
Portaria de Certificação do Hospital de Ensino, Art. 5, Portaria nº 285 Possuir oferta de programas de residência médica, ou em outras áreas profissionais da saúde. Ser campo de prática para atividades curriculares na área da saúde, para programas de residência médica e em outras áreas profissionais da saúde;	
Certificação do HE, Art. 8, Portaria nº 285	Quando se tratar de hospital especializado ou maternidade, este deverá ofertar cursos de residência de acordo com sua área de atuação
EDUCAÇÃO PERMANENTE	
Portaria de Certificação do Hospital de Ensino, Art. 10, Portaria nº 285 Dispor de programa de educação permanente para seus trabalhadores.	
Portaria de consolidação do SUS – 2017, Portaria nº 01	São políticas de organização do SUS: II- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
Política Nacional de Promoção à Saúde	Apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável.
Portaria de consolidação do SUS	Os hospitais adotarão as seguintes estratégias de valorização dos trabalhadores: I - avaliação de desempenho II - educação permanente.
PROJETO INSTITUCIONAL DE PESQUISA	
Portaria de Certificação do Hospital de Ensino, Art. 10, Portaria nº 285 Dispor de projeto institucional para o desenvolvimento de atividades regulares de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e de pesquisa científica em áreas da saúde.	
Portaria de consolidação do SUS - 2017, Portaria 01 Política Nacional de Promoção à Saúde	Estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde

Fonte: elaboração da autora

Como pôde ser observado, a Rede Cegonha, nos artigos referentes a alto risco, está quase que em sua totalidade dentro do Programa, assim como a Política Nacional de Humanização do Parto, evidenciando o alinhamento entre os programas. Vale ainda salientar que as diretrizes de formação de profissionais médicos colocam os HE como ponto obrigatório para a formação.

4.1. DESENHO DA AVALIAÇÃO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo normativo, usando as normas e critério definidos nas diretrizes vigentes do PCHE com finalidade formativa, fornecendo informações úteis para a melhoria da intervenção em curso da atividade avaliativa (WORTHEN, 2004). Ela foi realizada em uma instituição pública certificada como HE, com atendimento voltado para o Sistema Único de Saúde e que utiliza a linha de cuidado integral para as DHEG, sendo o local onde a pesquisadora desempenha suas atividades. A apreciação normativa apresenta valoração do avaliando ou de qualquer um de seus componentes, insumos, atividades e efeitos, tomando como padrão de comparação critérios predefinidos ou normas estabelecidas. Esta abordagem da avaliação tem dois pontos que podem comprometer a sua qualidade: ela não discute a relevância da intervenção objeto da investigação, nem as escolhas de como operacionalizá-las. A escolha adequada desses dois pontos está intimamente relacionada à validade das conclusões encontradas. Por isso, neste estudo, escolheu-se utilizar a Portaria nº 285, de 25 de março de 2015, do MS, último documento formalizado referente às exigências de certificação.

Os diferentes tipos de avaliações apresentam particularidades distintas. Segundo Whorten (2004), apesar das avaliações formativas e somativas se entrelaçarem constantemente, elas se distinguem pela singularidade de suas características. Os atributos das formativas vão ao encontro a esse trabalho, que tem como propósito, ao determinar a conformidade à portaria, utilizar esse tipo de avaliação para melhorar as práticas relativas ao programa. Nessas avaliações, os executores geralmente são avaliadores internos, podendo ter ou não apoio de avaliadores externos; há uma continuidade na coleta de dados e tem como sua principal vantagem o fato de, ao gerar evidências compartilhadas em tempo real, facilitar a utilização de seus resultados para produzir melhorias na intervenção (WHORTEN, 2004). Destaca-se que, conforme descrito por Patton (2011) a participação mista de avaliadores internos e externos pode ser uma condição de trocas mútuas de experiências e aprendizado, reforçando o processo de influência ou efeitos processuais da avaliação (PATTON, 2011).

O estudo de caso foi o desenho escolhido por ser adequado quando se pretende efetuar uma análise do processo da implantação (HARTZ, 2011). O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa abrangente, muito mais que uma tática de coleta de dados e uma característica de pesquisa, e sim um método que engloba a lógica do planejamento, incorporando abordagens específicas, coletas e análise de dados que possibilitam a exploração das relações entre a intervenção e seu contexto.

Há quatro tipos básicos de estudos de caso cuja classificação é baseada no tipo de projeto e nas unidades de análise. Os estudos chamados de Incorporados são projetos em unidades múltiplas de análise e podem ser do tipo 2, que aborda caso único, ou do tipo 3, que aborda caso múltiplo. O estudo denominado Holístico é realizado em uma unidade única de saúde, podendo ser do tipo 4, no qual o projeto aborda caso múltiplo, ou do tipo 1, que utiliza caso único, esse último compatível com a abordagem desse projeto (YIN, 2003, p. 61).

O estudo de caso único proporciona uma análise em profundidade de sua unidade de análise, com coleta de evidências, podendo utilizar-se de várias fontes de informação. Assim sendo, o fator mais importante é a escolha da unidade a ser estudada. Ela deve ser proposital no sentido de potencialmente ser um caso crítico e revelador (CONTANDRIOLOUPOS *et al.*, 1997b, p. 76). Segundo Yin, esse tipo de estudo pode servir para despertar interesse para um novo tipo de problema até então adormecido (YIN, 2003, p. 62).

O sistema de saúde é muito complexo e necessita equilibrar na balança da saúde os serviços, as necessidades do usuário, as novas tecnologias, a expectativa de vida da população e os orçamentos públicos, tornando indispensável a promoção da avaliação dos programas e políticas públicas (HARTZ, 1997). Segundo Drummond *et al.* (1998), a avaliação constitui um dos melhores mecanismos para apresentar evidências aos gestores, sustentando suas decisões em referências legítimas e cientificamente embasadas, justificando suas escolhas. (DRUMMOND *et al.*, 1998).

Broussele (2011) cita que as pesquisas avaliativas podem ser decompostas em seis tipos de análises: análise estratégica, que permite avaliar a pertinência da intervenção; análise lógica, que avalia o mérito e a validade operacional; análise da produção, focada na produtividade e nos determinantes da qualidade dos processos; análise de efeitos, que averigua a eficácia; análise de eficiência, que atesta a eficiência da intervenção; análise de implantação, que avalia as interações entre a intervenção e o contexto na produção de efeitos (BROUSSELLE *et al.* 2011).

A análise de implantação, fundamentalmente a análise lógica realizada em contexto, pode ser classificada, ainda segundo Broussele (2011), em quatro categorias diferentes:

Tipo 1a – análise da transformação da intervenção, que visa explicar a maneira como, no decorrer do tempo, a intervenção se adapta a seu contexto, isto é, como muda de forma e por vezes de natureza.

Tipo 1b – análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção, que contribui para a compreender as variações observadas no grau de implantação de uma intervenção no nível de implantação.

Tipo 2 – análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados, que permite distinguir os componentes da intervenção mais suscetíveis de facilitar a obtenção de resultados, medindo a influência da variação da implantação.

Tipo 3 – análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os seus efeitos, que visa explicar as variações dos efeitos observados após a introdução da intervenção. As características contextuais dos meios implantados podem modificar o impacto de uma intervenção (BROUSSELLE et al., 2011; p.223-229).

A intervenção do Tipo 1b visa explicar as diferenças entre as intervenções planejadas e a implantada, acrescentando uma dimensão analítica, muito apropriada quando se trata de intervenções complexas, como a do estudo.

4.2. CRITÉRIOS OU DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO

Neste estudo, dois critérios e 76 indicadores nos permitiram responder e articular o PCHE com os componentes estruturais, os efeitos e o contexto. Entre os critérios de avaliação normativa, estão a fidelidade ou conformidade e a qualidade técnica. Segundo Brousselle, o critério fidelidade, também conhecido como conformidade, permite compreender os desvios na implantação da intervenção e determinar as razões da diferença do que foi proposto e o que foi implantado (BROUSSELLE *et al.*, 2011). A qualidade técnica tem o objetivo de analisar a conformidade do processo do cuidado com as boas práticas normatizadas (CHAMPAGNE, 2011).

Nesta dissertação, foi utilizado o critério de conformidade subdividido em disponibilidade e qualidade técnica. Observe-se que, em avaliações baseadas em critérios, a intervenção é apreciada segundo uma ou mais dimensão de relevância. No caso em estudo, o alinhamento entre o planejado e o observado é o que confere significado de sucesso à intervenção e que respalda a abrangência da apreciação de disponibilidade e qualidade técnica. Assim, subdimensão da disponibilidade verificará se os insumos estão disponíveis para o atendimento da gestante com DHEG nas diferentes células operacionais, conforme o planejado. A qualidade técnica avaliará se as atividades estão de acordo com as boas práticas preconizadas pelas normativas, conforme sistematizado no Quadro 6, a seguir. É importante ressaltar que as

subdimensões são complementares entre si e, portanto, a separação é meramente didática (LOPES, 2010).

Quadro 6 - Dimensões utilizadas para a caracterização da implementação

Dimensão	Subdimensões	Componentes estruturais	Perguntas
Conformidade Que fatores facilitam ou dificultam a conformidade?	Disponibilidade	Insumos e Atividades	Os insumos e as atividades estão disponíveis para o atendimento da gestante com DHEG conforme preconizado pela PCHE?
	Qualidade Técnica		As ações estão implantadas conforme as boas práticas?

Fonte: Adaptação de Lopes 2010

A conformidade será avaliada nos componentes técnicos do PCHE, ou seja, ensino e pesquisa, assistência e gestão. O critério foi aplicado a seus componentes estruturais, isto é, insumos, atividades e efeitos, em dois locais da atenção à DHEG: pré-parto (célula operacional 1), e parto e pós-parto (célula operacional 2). Entende-se por célula operacional o arranjo operacional (sistema de ações coordenadas) do serviço em que os insumos, as atividades e seus efeitos imediatos serão apreciadas.

A qualidade técnica pode ser verificada nos recursos, atividades e resultados, conforme apresentado por Vuori (1991). Quando a qualidade está vinculada aos insumos, pressupõe-se que quando apropriados são condições para determinar que as atividades sejam adequadas. Atividades com qualidade são condições para o alcance dos efeitos esperados ou, em outras palavras, aumentam a chance de se chegar a bons resultados. (VUORI, 1991).

A qualidade técnica e a disponibilidade foram avaliadas segundo critérios construídos seguindo as normativas do Programa como referência de conformidade. Esses consideram os diferentes componentes técnicos e componentes estruturais, avaliados nos diferentes momentos da pesquisa. A seguir, os quadros 7, 8, 9 e 10 apresentam os critérios de conformidade nas diferentes células operacionais e componentes técnicos.

Quadro 7 - Critérios de conformidade na célula operacional pré-parto no componente técnico assistência e gestão

CONFORMIDADE: PRÉ PARTO		
INSUMOS	DISPONIBILIDADE	QUALIDADE TÉCNICA
	RH disponíveis para acolhimento e classificação de risco e acolhimento	RH capacitado para acolhimento e classificação de risco e acolhimento no pronto socorro.
	Existência de escala de profissionais na classificação de risco no PS	Existência de escala de profissionais 24h por dia, todos dias da semana.
	Existência de sala para acolhimento e classificação no PSO	Sala individualizada e conforme definição pela normativa com: esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, oxímetro, termômetro e computador.
	Existência de protocolo classificador na sala de acolhimento no PSO.	Sistema de protocolo classificador aprovado pela SES.
	Existência de Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente constituído	Núcleo constituído preconizado pela Anvisa com médico, enfermeiro e farmacêutico.
	Existência de fita de identificação individual.	Fita conforme norma da ANVISA: branca, ajustável, confortável (forma, borda e fixadores), material impermeável, limpáveis e com facilidade de uso.
	Existência de material para higienização das mãos	Existência de pia, sabão e álcool 70%.
	Existência de prontuário único	Existência de prontuário único padronizado com registro de dados pessoais, evolução, exames e alta.
	Existência de definição do papel da maternidade na rede de atenção do DF	Presença de documentação definindo a referência das gestantes da rede.
	Existência de convênio com unidade gestora do SUS local	Plano anual formalizado com metas e pactuações para o pré-parto.
	Existência de plano para garantir o direito do usuário	Plano dispor das condições técnicas de ambiência, humanas e para o acompanhante e a visita aberta.
	Existência de linha de cuidado para a DHEG	Existência dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, patologia clínica, radiologia simples, acesso à ECG, acesso à US, acesso à endoscopia, acesso a suporte avançado de vida e transporte seguro, acesso à UTI materna, assistência nutricional e farmacêutica, transporte sanitário, higiene e limpeza.
	Existência de cogestão representada pelo colegiado da maternidade	Documentação com a composição, as atas e relatórios das reuniões do colegiado.
	Existência de projeto de ambiência	Projeto apresentando a adequação dos PPP da maternidade.
	Existência de ouvidoria.	Publicação da ouvidoria no organograma.
Existência de plano para implantação dos demais protocolos da segurança do paciente	Existência de plano para a implantação da cirurgia segura, prevenção de quedas, segurança na prescrição e de úlcera de pressão.	

ATIVIDADES	Existência de fluxo de notificação de eventos adversos	Implementação da notificação de eventos adversos.
	Existência de plano de pactuação de metas para saúde da gestante	Implantação do plano anual de metas para saúde da gestante com DHEG.
	Existência de plano de valorização do trabalho	Implantação da valoração do trabalho por meio do plano de prevenção de risco
	Existência de regulação de serviços	Disponibilização de serviços voltados a DHEG para a rede, colocando a oferta sob regulação do SUS.
	Existência do papel do HMIB definido na rede	Definição do papel do HMIB contendo referências e formas de acesso com a rede.
	Existência de grupo condutor da Rede Cegonha	Participação nas redes prioritárias do SUS como a Rede Cegonha.
	Plano de segurança do paciente constituído.	Implementação do Plano de segurança do paciente.
	Existência de fluxo de notificação de eventos adversos	Implementação da notificação de eventos adversos.
	Existência do protocolo de identificação do paciente.	Implantação do protocolo de identificação da identificação do paciente.
	Existência do protocolo de higienização das mãos	Implementação do protocolo de higienização das mãos.
	Rh qualificado em direitos do usuário para produção do documento	Produção de documento contendo as regras praticadas para visitas e acompanhantes, com horários e normas para permanência.
	Número total de indicadores: 30	

Fonte: Elaboração da autora

Quadro 8 – Critérios de conformidade na célula operacional do pré-parto no componente técnico ensino e pesquisa

CONFORMIDADE: PRÉ-PARTO			
COMPONENTE TÉCNICO: ENSINO E PESQUISA	INSUMOS	DISPONIBILIDADE	QUALIDADE TÉCNICA
		Existência de Projeto Institucional de Ensino e Pesquisa constituído	O Plano e projeto contendo a descrição dos mecanismos organizacionais para gestão das atividades em Avaliação de Tecnologias em Saúde, e Ensino e Pesquisa.
		Existência de Internato médico	Relação das atividades curriculares da totalidade dos alunos em internato médico obrigatório na maternidade.
		Existência de Residência Médica	Credenciamento na Comissão de Residências Médicas, em pelo menos duas áreas prioritárias com o número mínimo de vagas anuais no percentual de 8% de seu número total de leitos disponíveis, e ter no mínimo 50 leitos disponíveis.
		Existência de cooperação técnica de ensino e pesquisa	Documentos discriminativos.
		Existência de Plano de trabalho da Residência Médica	Plano de trabalho com previsão de acompanhamento diário de preceptor: 1 preceptor 20h para cada 3 residentes.
		Existência de Plano de trabalho do Internato Médico	Plano de trabalho com previsão de acompanhamento diário de preceptor: 1 preceptor 20h para cada 12 internos.
	Existência de Residência Multiprofissional	Credenciamento na Comissão de Residências multiprofissionais em Saúde e possuir no mínimo 50 leitos disponíveis.	
	ATIVIDADES	Disposição da relação dos grupos de pesquisa, pesquisadores do HMIB.	Relação nominal dos grupos de pesquisa envolvendo o atendimento à gestante com DHEG nos últimos dois anos.
		Disposição da relação de pesquisadores e linhas de pesquisa do HMIB.	Relação nominal dos pesquisadores e linhas de pesquisa das unidades envolvidas no atendimento da DHEG nos últimos dois anos.
		Disposição dos projetos financiados por agências de fomento no HMIB.	Relação com apontamento das agências em relação a avaliação de tecnologia em saúde, das pesquisas concluídas ou publicadas nos últimos 2 anos.
		Disposição de Plano de Educação Permanente	Projeto de Educação Permanente com relação dos projetos institucionais de educação permanente, descrevendo o setor responsável com relatório de ações anteriores e propostas para o ano vigente, incluindo a relação nominal.
		Disposição do Plano de trabalho do internato médico	Plano com a relação nominal dos alunos grade curricular e locais, relação nominal dos docentes, suas titulações e cargas horárias.
Disposição do Plano de trabalho de residência médica		Plano com a relação nominal dos alunos grade curricular e locais, relação nominal dos docentes, suas titulações e cargas horárias.	

		Disposição do Plano de Trabalho Multiprofissional	Plano com a relação nominal dos alunos grade curricular e locais, relação nominal dos docentes, suas titulações e cargas horárias.
		Número total de indicadores: 13	

Fonte: Elaboração da autora

Quadro 9 – Critérios de conformidade na célula operacional parto e pós-parto no componente técnico assistência e gestão

		CONFORMIDADE: PARTO E PÓS-PARTO	
COMPONENTE TÉCNICO ASSISTÊNCIA E GESTÃO	INSUMOS	DISPONIBILIDADE	QUALIDADE TÉCNICA
		Existência de definição do papel da maternidade na rede de atenção	Presença de documentação definindo a referência das gestantes da rede.
		Existência de grupo condutor da Rede Cegonha	Participação nas redes prioritárias do SUS como a rede cegonha.
		Existência de regras para visitas e acompanhantes	Existência de documento com regras para visitas e acompanhantes, com horários e normas para permanência.
		Existência de prontuário único	Prontuário único padronizados com registro completo: dados pessoais, evolução, exames e alta.
		Existência de convênio com unidade gestora do SUS local	Plano anual formalizado com metas e pactuações para o parto e pós-parto
		Existência de plano para garantir o direito do usuário	Plano com condições técnicas de ambiência e humanas, para acompanhante e visita
		Existência de projeto de ambiência	Projeto apresentando adequação dos PPP da maternidade.
		Existência de dados atualizado	Dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
	ATIVIDADES	Existência de plano para implantação dos demais protocolos da segurança do paciente	Existência de plano para implantação da cirurgia segura, prevenção de quedas, segurança na prescrição e de úlcera de pressão.
		Existência das comissões assessoras da PCHE	Documentação com a composição, as atas e relatórios de todas as comissões* do último ano.
		Existência de grupo condutor da Rede Cegonha	Participar da rede prioritária do SUS - Rede Cegonha.
		Existência de plano de segurança do paciente constituído	Implementação do Plano de segurança do paciente.
		Existência de plano de notificação de eventos adversos	Implementação da notificação de eventos adversos.
		Existência do protocolo de identificação do paciente	Implantação do protocolo de identificação da identificação do paciente.
		Existência do protocolo de higienização das mãos	Implementação do protocolo de higienização das mãos.
		RH qualificado em direitos do usuário para produção do documento	Produção de documento contendo as regras para visitas e acompanhantes, com horários e normas.
Existência de Plano Anual	Construção do plano anual de pactuação de metas para saúde da gestante com DHEG,		
Existência de linha de cuidado da DHEG	Disponibilização de serviços de apoio diagnóstico contendo: patologia clínica, radiologia simples, acesso à ECG, acesso à US, acesso à endoscopia, acesso a suporte avançado de vida e transporte seguro, acesso à UTI materna, assistência nutricional e farmacêutica, transporte sanitário, higiene e limpeza.		
Número total de indicadores: 17			

Fonte: Elaboração da autora

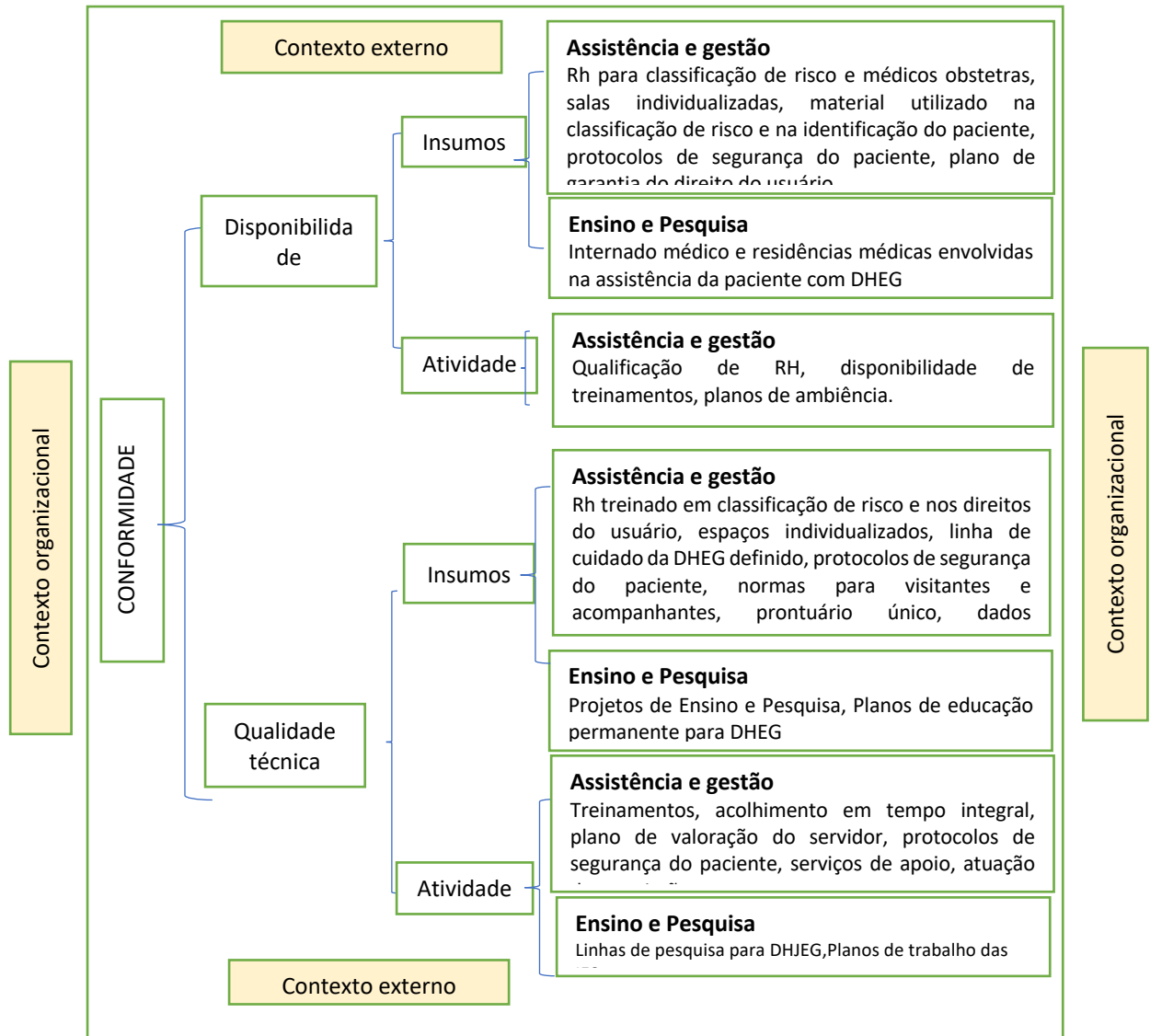
Quadro 10 – Critérios de conformidade na célula operacional parto e pós-parto no componente técnico de ensino e pesquisa

CONFORMIDADE: PARTO E PÓS-PARTO			
COMPONENTE TÉCNICO: ENSINO E PESQUISA	INSUMOS	DISPONIBILIDADE	QUALIDADE TÉCNICA
		Existência de Projeto Institucional de Ensino e Pesquisa constituído	O Plano e Projeto contendo a descrição dos mecanismos organizacionais para gestão da atividade em ATS, e Ensino e Pesquisa.
		Existência de Internato médico	Relação das atividades curriculares dos alunos em internato médico curricular obrigatório por área de atuação.
		Existência de residência em área de atuação básica	Residência Médica na área de Pediatria e Ginecologia conforme perfil assistencial do hospital.
		Existência de Plano de educação Permanente	Plano de Educação permanente abrangendo a saúde da mulher.
		Existência de Plano de trabalho da Residência Médica	Plano de trabalho com previsão de acompanhamento diário de preceptor: 1 preceptor 20h para cada 3 residentes.
	Existência de Plano de trabalho do Internato Médico	Plano de trabalho com previsão de acompanhamento diário de preceptor: 1 preceptor 20h para cada 12 interno.	
	ATIVIDADES	Disposição da relação dos grupos de pesquisa e pesquisadores	Relação nominal dos grupos de pesquisa envolvendo o atendimento a gestante nos últimos 2 anos.
		Disposição da relação de pesquisadores e as linhas de pesquisa	Relação nominal dos pesquisadores e linhas de pesquisa das unidades envolvidas com DHEG nos últimos dois anos.
		Disposição dos projetos financiados por agências de fomento	Relação das agências em relação a avaliação de tecnologia em saúde, das pesquisas concluídas ou publicadas nos últimos 2 anos.
		Disposição de Projeto de Educação Permanente	Projeto de Educação Permanente com relação dos projetos institucionais de recursos humanos e educação permanente, descrevendo o setor responsável com relatório de ações anteriores e propostas para o ano vigente, incluindo a relação nominal dos participantes.
		Disposição do Plano de trabalho do internato médico	Plano de trabalho com relação nominal dos alunos, grade curricular e locais, relação nominal dos docentes por programas, suas titulações e carga horárias.
		Disposição do Plano de trabalho da residência multiprofissional	Plano de trabalho com relação nominal dos alunos, a grade curricular com locais, relação nominal dos docentes por programas, suas titulações e carga horárias.
		Disposição do Plano de trabalho do internato médico	Plano de trabalho discriminando a relação nominal dos alunos, a grade curricular com locais, relação nominal dos docentes por programas, suas titulações e carga horárias.
Número total de indicadores: 14			

Fonte: Elaboração da autor

Os critérios envolvidos no atendimento da gestante com doença hipertensiva específica da gestação estão divididos em duas células operacionais, conforme suas semelhanças no local avaliado. Na célula pré-parto, os indicadores estão relacionados com o acolhimento e classificação de risco, existência de espaços adequados, materiais para classificação de risco, identificação do paciente e serviços de apoio, definição do papel do hospital na rede do DF, protocolos de segurança do paciente, treinamentos, estudantes e projetos de pesquisa com foco na DHEG. Na célula parto e pós-parto, os indicadores focados na DHEG são relacionados a equipe obstétrica, treinamentos, protocolos de segurança do paciente, normas para visitantes e acompanhantes, atualização de dados institucionais, estudantes e projetos de pesquisa com foco na DHEG. Alguns indicadores estão presentes nas duas células devido à sua importância no atendimento das gestantes com DHEG. Esses critérios estão separados nos componentes operacionais conforme os componentes técnicos estão representados no diagrama da teia, a seguir.

Quadro 11 - Diagrama da teia



Fonte: elaboração da autora

4.2.1 Coleta de evidência

A coleta de evidência foi planejada para acontecer em duas etapas metodológicas: a etapa A, em que foi solicitada a documentação comprobatória aos setores do HMIB e realizada a busca de documentos públicos disponíveis na internet; e a etapa B, em que os dados seriam obtidos a partir de questionários semiestruturados, aplicados aos servidores dos setores hospitalares envolvidos na pesquisa. Entretanto, a declaração pela OMS da pandemia do Covid-19, doença causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), ocorrida no dia 11 de março de 2020, e a declaração de emergência sanitária, decretada um pouco antes de se confirmar o primeiro caso da doença no país, em 26 de fevereiro de 2020, motivaram a reestruturação e a reorganização dos serviços de saúde, das prioridades institucionais e mesmo das consequências profissionais e pessoais no plano individual, impedindo, por consequência, a execução da etapa B.

Na expectativa de esclarecer o efeito da pandemia na implementação da pesquisa, optou-se então por realizar a coleta de evidências em dois pontos no tempo (T1 e T2). Dessa forma, os momentos para coleta e análise dos dados foram dois: um pré-pandemia e o outro no curso dela. Em cada um desses momentos tomou-se como medida a média dos dados de três meses consecutivos. O primeiro período escolhido foi o dos três meses anteriores ao anúncio da pandemia, isto é, dezembro de 2019, janeiro e fevereiro de 2020. O segundo período incluiu os meses de dezembro de 2020, janeiro e fevereiro de 2021.

A abordagem utilizada para a coleta foi realizada por meio de solicitações dos documentos institucionais por e-mail, após contato telefônico.

Em cada etapa os momentos estão sintetizados no Quadro 12, a seguir, no qual são apresentados os instrumentos utilizados, a técnica de coleta, os locais-setores e os responsáveis pelo fornecimento das informações no HMIB. Devido a problemas pessoais e profissionais, o surgimento da pandemia do novo coronavírus, que atingiu fortemente o país, e a demora na análise do Comitê de Ética, o momento B não foi realizado.

Quadro 12 - Momentos das coletas de evidências

COLETA DE EVIDÊNCIAS		
MOMENTO A		
Documentação	Local	Quem
	Unidade Ginecologia e Obstetrícia	Chefe ou servidor designado
	Gerencia de Enfermagem	Gerente ou servidor designado
	Núcleo de Ensino e Pesquisa	Chefia do ou servidor designado
	Núcleo de Educação Permanente	Chefia ou servidor designado
	Gerente de Emergência	Gerente ou servidor designado
	Núcleo de Segurança do Paciente	Chefia ou servidor designado
MOMENTO B		
Entrevistas	Local	Quem
	Unidade Ginecologia e Obstetrícia	Chefe ou servidor designado
	Gerencia de Enfermagem	Chefia ou servidor designado
	Gerencia de Emergência	Gerente ou servidor designado
	Núcleo de Ensino e Pesquisa	Chefia ou servidor designado
	Núcleo de Segurança do Paciente	Chefia ou servidor designado

Fonte: Adaptação de Lopes

O HMIB, por meio da sua diretora de assistência à saúde, solicitou que a pesquisa fosse apresentada pelo pesquisador para todas as chefias das áreas envolvidas. Feita a apresentação e sanadas as dúvidas, todas as áreas concordaram em participar da pesquisa. Os contatos telefônicos das chefias foram obtidos na direção do hospital e, após contato pessoal da pesquisadora com os participantes, foram obtidos os contatos eletrônicos necessários.

A coleta de evidências teve início com a solicitação da documentação. Para essa etapa, os dados e informações a serem coletados foram organizadas por semelhança de fontes, facilitando o direcionamento da coleta por fonte e ou por contato visando sua obtenção. Um e-mail foi produzido para cada unidade com a solicitação da listagem de dados, com base no Direito Constitucional de Acesso à Informação, previsto no artigo 5, inciso XIV, da Constituição da República, bem como na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso a informações. Antes do envio do e-mail, a pesquisadora realizou uma ligação telefônica para a chefia ou servidor da unidade, explicando o projeto de pesquisa, a sua relevância institucional e a importância da contribuição de cada um. Nesse momento, foi apresentada a autorização da instituição para a realização da pesquisa.

O processo foi repetido parcialmente ou integralmente diversas vezes em caso de não resposta. Mesmo após essas ações, alguns dados mantiveram-se incompletos, entendendo-se

como incompletos o não envio da totalidade dos dados solicitados, até a finalização da pesquisa. O contato direto com o servidor via telefônica por si só produziu uma grande quantidade de informações. Além disso, identificou-se a existência de uma série de dados e informações sem registro formal e algumas realmente desconhecidas institucionalmente. Somente a solicitação dos dados já provocou mudanças em diversos setores, pois, nesse processo, eles eram revistos, produzidos e até interpretados durante a interação avaliadora e o setor responsável pelos dados e informações.

Sob o olhar da dimensão da conformidade, a matriz de informação foi construída, diferenciando os critérios segundo os componentes técnicos de assistência e gestão e de ensino e pesquisa, facilitando o entendimento da matriz e sua representação visual. Essa construção apresentou-se assim devido à proximidade das técnicas de coleta e fontes de informação dos diferentes critérios nos componentes estruturais e células operacionais.

4.2.2 Matriz de Informação

A matriz de informação apresenta as fontes e técnicas de coleta dos dados e a matriz de relevância os valores atribuídos aos indicadores conforme detalhado a seguir. A de informação foi construída com base na literatura, dividida nos componentes técnicos assistência e gestão, ensino e pesquisa. O Quadro 13, a seguir, apresenta os indicadores, as fontes de informações e a técnica de coleta. Importante salientar que em todos os indicadores a fonte de verificação secundária está presente.

Quadro 13 - Matriz de informação da dimensão conformidade, avaliando as sub dimensão disponibilidade e qualidade técnica, nos componentes técnico assistência e gestão, ensino e pesquisa

CONFORMIDADE	DISPONIBILIDADE E QUALIDADE TÉCNICA	PÓS PARTOPRÉ PARTO, PARTO E	ASSISTÊNCIA E GESTÃO	Indicadores	Fonte de verificação		Técnica da coleta
					Secundária	Primária	
				Rh disponíveis e capacitado para acolhimento e classificação de risco.	Documentos NEPS/GEm	Entrevista UGO	E e D
				Existência de sala e protocolo para acolhimento e classificação no PSO.	Documentos Gem/SES	Entrevista Gem	Documento
				Existência de prontuário com identificação, evolução, exames e alta.	Documentos SES/Gem	Entrevista Gem	E e D
				Definição do papel da maternidade, e regulação de serviços.	Documento SES/Gem	Entrevista Gem	E e D
				Existência de convênio com unidade gestora do SUS local.	Documento institucional	Entrevista GPMA	E e D
				Existência de plano para garantir o direito do usuário: ouvidoria.	Documento SES	Entrevista GENf	E e D
				Existência de linha de cuidado a DHEG: serviço diagnóstico e terapêutico.	Documentos SES	Entrevista UGO	E e D
				Materiais para higienização das mãos e identificação do paciente.	Documentos SES/NQSP	Entrevista NQSP	E e D
				Plano anual formalizado com metas e pactuações para o pré-parto.	Documento NUEP	-	Documento
				Plano dispondo as condições técnicas de ambiência, humanas e para o acompanhante e a visita aberta.	Documento Gem/GENf	EntrevistaGem/Genf	Documento
				Existência dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico patologia clínica, radiologia simples, acesso a ECG, acesso a US, acesso a endoscopia, acesso a suporte avançado de vida e transporte seguro, acesso a UTI materna, assistência nutricional e farmacêutica, transporte sanitário, higiene e limpeza.	Documento SES	Entrevista GENf	E e D
				Existência de composição, as atas, relatórios das reuniões do colegiado e comissões assessoras.	Documento NUEP	-	Documento
				Implantação do plano anual de metas para saúde da gestante com DHEG.	Plano NUEP	-	Documento
				Existência plano de prevenção de risco de queda.	Plano NQSP	-	Documento

			Disponibilização de serviços colocados em oferta sob regulação do SUS.	Documentos UGO	Entrevista UGO	Documento
			Participação nas redes prioritárias do SUS como a rede cegonha.	Documento SES	-	Documento
			Produção de documento contendo as regras praticadas para visitas e acompanhantes, com horários e normas para permanência.	Documento Genf/Gem	Entrevista GENF	E e D
		ENSINO E PESQUISA	Existência de Projeto e Plano Institucional de Ensino e Pesquisa	Documento do NUEP	-	Documento
			Credenciamento na Comissão de Residências Médicas, em duas áreas prioritárias com o número mínimo de vagas anuais no percentual de 8% de seu número total de leitos disponíveis, e ter no mínimo 50 leitos disponíveis.	Documento NUEP/FEPECS-SES	-	Documento
			Credenciamento na Comissão de Residências multiprofissionais em Saúde e possuir no mínimo 50 leitos disponíveis.	Documentos SES/FEPCS	-	Documento
			Existência de documentação de cooperação técnica de ensino e pesquisa.	Documentos NEPS	-	Documento
			Disposição da relação dos grupos de pesquisa, pesquisadores, linhas de pesquisas e projetos com fomentos.	Documento da NUEP	-	Documento
			Projeto de Educação Permanente com relação dos projetos institucionais, relatório de ações e propostas para o ano.	Documento da NEPS	-	Documento
			Plano de trabalho detalhado da Residência médica e multiprofissional, internato médico grade curricular e cargas horárias.	Documentos NUEP	-	Documento
			Plano de trabalho detalhado da Residência médica e multiprofissional, internato médico grade curricular e cargas horárias.	Documentos NUEP	-	Documento

Fonte: Adaptado de Lopes, 2010. GEM: Gerência de Emergência, GENF: Gerência de Enfermagem, SES: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, NEPS: Núcleo de Educação Permanente em Saúde, GPMA, UGO: Ginecologia e Obstetrícia, NUEP: Núcleo de Ensino e Pesquisa, FEPECS: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

4.2.3 Matriz de Relevância

Após a construção da matriz de informação, construiu-se a matriz de relevância apresentando a valoração estabelecida dos componentes críticos para a implantação da intervenção. O encontro com o GTRHE presencialmente foi em dezembro de 2019 quando ocorreu a validação do modelo lógico do Programa e da pergunta avaliativa, e a atribuição de valores aos indicadores pelos *stakeholders*. Porém os demais encontros não foram presenciais devido ao estado de emergência na saúde pública em consequência da pandemia do novo coronavírus. Assim o processo de consulta exigiu realização por via eletrônica ou por telefone.

A escala de significância da matriz de relevância foi baseada na literatura, Sousa referiu sua escala como: muito relevante, que é representada por RRR; relevante, representada por RR; ou pouco relevante, representada por R, sendo essa utilizada na pesquisa (SOUSA, 2014).

A concepção da matriz de relevância foi baseada nos valores atribuídos aos indicadores pelos *stakeholders* na reunião presencial, com base na literatura, e na avaliação de experts na banca qualificatório, foram atribuídos para cada critério valores de R, RR ou RRR, conforme o peso de sua importância. Cada indicador teve sua relevância representada pelo valor de R, aqui atribuído a R=10, podendo o indicador variar a pontuação entre 10 e 30 (LOPES, 2010). O Quadro 14, a seguir, apresenta de forma sintetizada a matriz de relevância com sua escala de significância.

Quadro 14 - escala com valores para a matriz de relevância

SIGNIFICÂNCIA	ESCALA
Muito relevante	RRR =30
Relevante	RR= 20
Pouco relevante	R= 10

Fonte: Souza,2014

Os quadros 15, 16, 17 e 18, a seguir, apresentam as matrizes de relevância nas células operacionais pré-parto e parto e pós-parto, dos componentes insumos e atividades, com os valores atribuídos a cada indicador.

Para a construção das matrizes de julgamento, foram avaliados os seguintes componentes estruturais: insumos e atividades, apenas os indicadores que alcançaram o grau

de muito relevante, nas subdimensões de disponibilidade e da qualidade técnica, a dimensão de conformidade nos diferentes momentos e os parâmetros definidos para o julgamento.

PRÉ-PARTO

Quadro 15 - Matriz de relevância na célula operacional pré-parto, do componente operacional insumo com foco na DHEG (valor de R=10)

INDICADORES	Disponibilidade	PMD	Qualidade Técnica	PMQ
RH existente para acolhimento e classificação de risco	RR	20	-	-
RH existente e capacitado para acolhimento e classificação de risco (IDRH)	-	-	RRR	30
Existência de escala no PSO	RR	20	-	-
Existência escala 24h/7dias	-	-	RRR	30
Existência de Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente constituído	RR	20	-	-
ÍNDICE DE IMPLANTAÇÃO DE RH	3	60	2	60
Existência de projeto de ambiência para o usuário no pré-parto	RR	20	-	-
Existência de espaço único para pré-parto, parto e pós-parto	RR	20		
Plano com condições técnicas de ambiência, humanas e visita aberta no pré-parto	-	-	RRR	30
ÍNDICE DE IMPLANTAÇÃO DE AMBIÊNCIA	2	40	1	30
Sala individualizada e conforme definição pela normativa com: esfignomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, oxímetro, termômetro e computador.	-	-	RRR	30
Existência de fita de identificação individual.	RR	20	-	-
Fita conforme norma da ANVISA: branca, ajustável, confortável (forma, borda e fixadores), material impermeável, limpáveis e com facilidade de uso	-	-	RRR	30
Existência de material para higienização das mãos	RR	20	-	-
Existência de insumos de higienização em conformidade com estratégia multimodal	-	-	RRR	30
Núcleo constituído preconizado pela Anvisa com médico, enfermeiro e farmacêutico	-	-	RRR	30
Existência dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, radiologia simples, acesso à ECG, acesso à US, acesso à endoscopia, acesso a suporte avançado de vida, acesso à UTI materna, assistência nutricional e farmacêutica, transporte sanitário e limpeza) disponível no pré-parto	-	-	RRR	30
ÍNDICE DE ESTRUTURA	2	40	5	150
Existência de definição do papel da maternidade na rede de atenção do DF	RRR	30	-	-
Existência de convênio com unidade gestora do SUS local	RR	20	-	-

Existência de plano para garantir o direito do usuário	RRR	30	-	-
Existência de linha de cuidado para a DHEG	RRR	30	-	-
Existência de ouvidoria.	RRR	30	-	-
Publicação da ouvidoria no organograma.	-	-	RRR	30
INDICE DE GESTÃO DO CUIDADO	5	140	1	30
Existência de cogestão representada pelo colegiado da maternidade	RRR	30	-	-
Existência de prontuário único	RR	20	-	-
Existência de prontuário único padronizado com registro de dados pessoais, evolução, exames do pré-parto das pacientes com DHEG	-	-	RRR	30
Presença de documentação definindo a referência das gestantes da rede	-	-	RR	20
Plano anual formalizado com metas e pactuações para o pré-parto	-	-	RR	20
INDICE DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO	2	50	3	70
Existência de Projeto Institucional de Ensino e Pesquisa constituído	RRR	30	-	-
Existência de Internato Médico	RRR	30	-	-
Existência de Residência Médica	RRR	30	-	-
Existência de cooperação técnica de ensino e pesquisa	-	-	RR	20
Existência de Plano de trabalho da Residência Médica	RR	20	-	-
Existência de Plano de trabalho do Internato Médico	RR	20	-	-
Existência de Residência Multiprofissional	RRR	30	-	-
Credenciamento na Comissão de Residências Médicas, em pelo menos duas áreas prioritárias com o número mínimo de vagas anuais no percentual de 8% de seu número total de leitos disponíveis, e ter no mínimo 50 leitos disponíveis	RRR	30	-	-
Plano de trabalho de acompanhamento de preceptor: 1 preceptor 20h /3 residentes	RR	20	-	-
Plano de trabalho com previsão de acompanhamento de preceptor: 1 preceptor 20h/ 12 internos	RR	20	-	-
Credenciamento na Comissão de Residências multiprofissionais em Saúde e no mínimo 50 leitos	-	-	RRR	30
O Plano e projeto contendo a descrição dos mecanismos organizacionais para gestão das atividades em ATS, e Ensino e pesquisa.	RRR	30	-	-
INDICE DE IMPLANTAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA	10	260	2	50

Fonte: elaboração da autora

Quadro 16 - Matriz de relevância na célula operacional pré-parto, do componente operacional atividade com foco na DHEG (valor de R=10)

INDICADORES	Disponibilidade	PMD	Qualidade técnica	PMQ
RH qualificado em direitos do usuário para produção do fluxo e informações	-		RRR	30
ÍNDICE DE IMPLANTAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS			1	30
Existência de projeto de ambiência para o usuário	RR	20		
Existência de espaço para pré-parto, parto e pós-parto	-	-	RRR	30
Plano com condições técnicas de ambiência, humanas e visita aberta	-	-	RRR	30
ÍNDICE DE IMPLANTAÇÃO DE AMBIÊNCIA	1	20	2	60
Existência de plano de valorização do trabalho dos profissionais do CO e maternidade, UTI neo e materna, que estão envolvidas no atendimento da DHEG			RRR	30
Existência de linha de cuidado da DHEG incluindo parto e pós-parto	RR	20		
ÍNDICE DE ESTRUTURA	1	20	1	30
Existência de plano de notificação de eventos adversos e segurança do paciente constituído	RR	20		
Implementação do Plano de notificação de eventos adversos e segurança do paciente			RRR	30
Existência do protocolo de identificação do paciente e higienização das mãos	RR	20		
Implantação do protocolo de identificação da identificação do paciente e higienização das mãos.			RRR	30
ÍNDICE DE GESTÃO DO CUIDADO	2	40	2	60
Existência de Plano Anual com as metas envolvendo a saúde da gestante	RR	20		
Implantação de Plano Anual com as metas envolvendo a saúde da gestante			RRR	30
Existência de grupo condutor da Rede Cegonha	RR	20		
Disponibilização de serviços voltados a DHEG para a rede, colocando a oferta sob regulação do SUS			RRR	30

Existência do papel do HMIB definido na rede no atendimento da gestante com DHEG			RRR	30
Definição do papel do HMIB contendo referências e formas de acesso com a rede			RRR	30
Participar da rede prioritária do SUS – Rede Cegonha			RRR	30
Produção de documento contendo as regras praticadas para visitas e acompanhantes, com horários e normas para permanência.			RRR	
ÍNDICE DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO	2	40	6	180
Relação nominal dos grupos de pesquisa, pesquisadores e linhas de pesquisa das unidades envolvidas com DHEG nos últimos dois anos			RRR	30
Disposição dos projetos financiados por agências de fomento	RR	20		
Relação das agências em relação a avaliação de tecnologia em saúde, das pesquisas concluídas ou publicadas nos últimos 2 anos.	RR	20		
Projeto de Educação Permanente com relação dos projetos institucionais de recursos humanos e educação permanente, descrevendo o setor responsável com relatório de ações anteriores e propostas para o ano vigente, incluindo a relação nominal dos participantes, no CO, maternidade e neonatologia			RRR	30
Disposição do Plano de trabalho das residências médicas, multi e internato que atuam no PSO			RRR	
Disposição do Plano de trabalho do internato médico, residência médica e multiprofissional nas áreas de assistência a DHEG (PSO, GO, NEO e UTIN, UTIM)			RRR	30
Plano de trabalho com relação nominal dos alunos, grade curricular e locais; relação nominal dos docentes por programas, suas titulações e carga horárias nas áreas de assistência a DHEG (PSO, GO, NEO, UTIM) das residências e internato do HMIB			RRR	30
ÍNDICE DE IMPLANTAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA	2	40	5	180

Fonte: elaboração da autora

PÓS-PARTO

Quadro 17 - Matriz de relevância na célula operacional de parto e pós-parto, do componente operacional insumo, com foco na DHEG (valor de R=10)

INDICADORES	Disponibilidade	PMD	Qualidade Técnica	PMQ
Gestantes do CO atendidas pela classificação de risco no PSO	RRR	30	-	-
ÍNDICE DE IMPLANTAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	1	30		
Existência de projeto de ambiência para o usuário	RR	20	-	-
Existência de espaço único para pré-parto, parto e pós-parto	RR	20		
Plano com condições técnicas de ambiência, humanas e visita aberta.	-	-	RRR	30
Existência de regras para visitas e acompanhantes	RR	20		
Existência de documento com regras para visitas e acompanhantes, com horários e normas para permanência			RRR	30
ÍNDICE DE IMPLANTAÇÃO DE AMBIÊNCIA	3	60	2	60
Existência de fita de identificação individual.	RR	20	-	-
Gestante com DHEG com fita de identificação no CO e maternidade	RRR	30		
Existência de material para higienização das mãos	RR	20	-	-
Existência de insumos de higienização em conformidade com estratégia multimodal	-	-	RRR	30
Existência dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, radiologia simples, acesso à ECG, acesso à US, acesso à endoscopia, acesso a suporte avançado de vida, acesso à UTI materna, assistência nutricional e farmacêutica, transporte sanitário e limpeza)	-	-	RRR	30
ÍNDICE DE ESTRUTURA	3	70	2	60
Existência de definição do papel da maternidade na rede de atenção do Distrito Federal	RRR	30	-	-
Existência de convênio com unidade gestora do SUS local	RR	20	-	-
Existência de plano de implantação da cirurgia segura, prevenção de quedas, segurança na prescrição e de úlcera de pressão	-	-	RRR	30
Existência de plano para garantir o direito do usuário	RRR	30	-	-

Existência de linha de cuidado para a DHEG	RRR	30	-	-
Participação nas redes prioritárias do SUS como a rede cegonha.	RRR	30		
INDICE DE GESTÃO DO CUIDADO	5	140	1	30
Existência de cogestão representada pelo colegiado da maternidade	RRR	30	-	-
Colegiado da maternidade atuante contendo representantes da linha de cuidado da DHEG: CO, maternidade, neonatologia, UTI materna e neonatal, áreas de apoio a assistência clínica	RRR	30		
Existência de prontuário único	RRR	30	-	-
Existência de prontuário único padronizado com registro de dados pessoais, evolução, exames e alta	-	-	RRR	30
Existência de dados atualizados	-	-	RRR	30
Existência das comissões assessoras	-	-	RR	20
Documentação com a composição, as atas e relatórios de todas as comissões* dos últimos 2 anos	-	-	RRR	30
Presença de documentação definindo a referência das gestantes da rede	-	-	RR	20
Dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	-	-	RRR	30
Plano anual formalizado com metas e pactuações para o pré-parto	-	-	RR	20
INDICE DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO	3	90	7	180
Existência de Projeto Institucional de Ensino e Pesquisa constituído	RRR	30	-	-
Existência de Internato médico GO	RRR	30	-	-
Existência de Residência Médica em GO e pediatria – neonatologia	RRR	30	-	-
Existência de Residência Multiprofissional	RRR	30	-	-
Existência de Plano de trabalho da Residência Médica e Residência Multiprofissional	RR	20	-	-
Existência de Plano de trabalho do Internato Médico	RR	20	-	-
Plano de trabalho de acompanhamento de preceptor: 1 preceptor 20h para cada 3 residentes	RR	20	-	-
Plano de trabalho com previsão de acompanhamento de preceptor: 1 preceptor 20h para cada 12 internos	RR	20	-	-
Existência de Projeto Educação Permanente	RR	20	-	-
O Projeto de institucionalização de Pesquisa contendo a descrição dos mecanismos organizacionais para gestão das atividades em ATS, e Ensino e pesquisa.	RRR	30	-	-

Relação das atividades curriculares dos alunos em internato médico curricular obrigatório na GO	RR	20	-	-
Plano de educação permanente com relação das capacitações voltadas a DHEG (GO, NEO, UTI materna)	-		RRR	30
INDICE DE IMPLANTAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA	11	270	1	30

PSO: Pronto Socorro Obstétrico; CO: Centro Obstétrico; ECG: Eletrocardiograma; US: Ultrassom; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; NEO: Neonatal
 Fonte: elaboração da autora

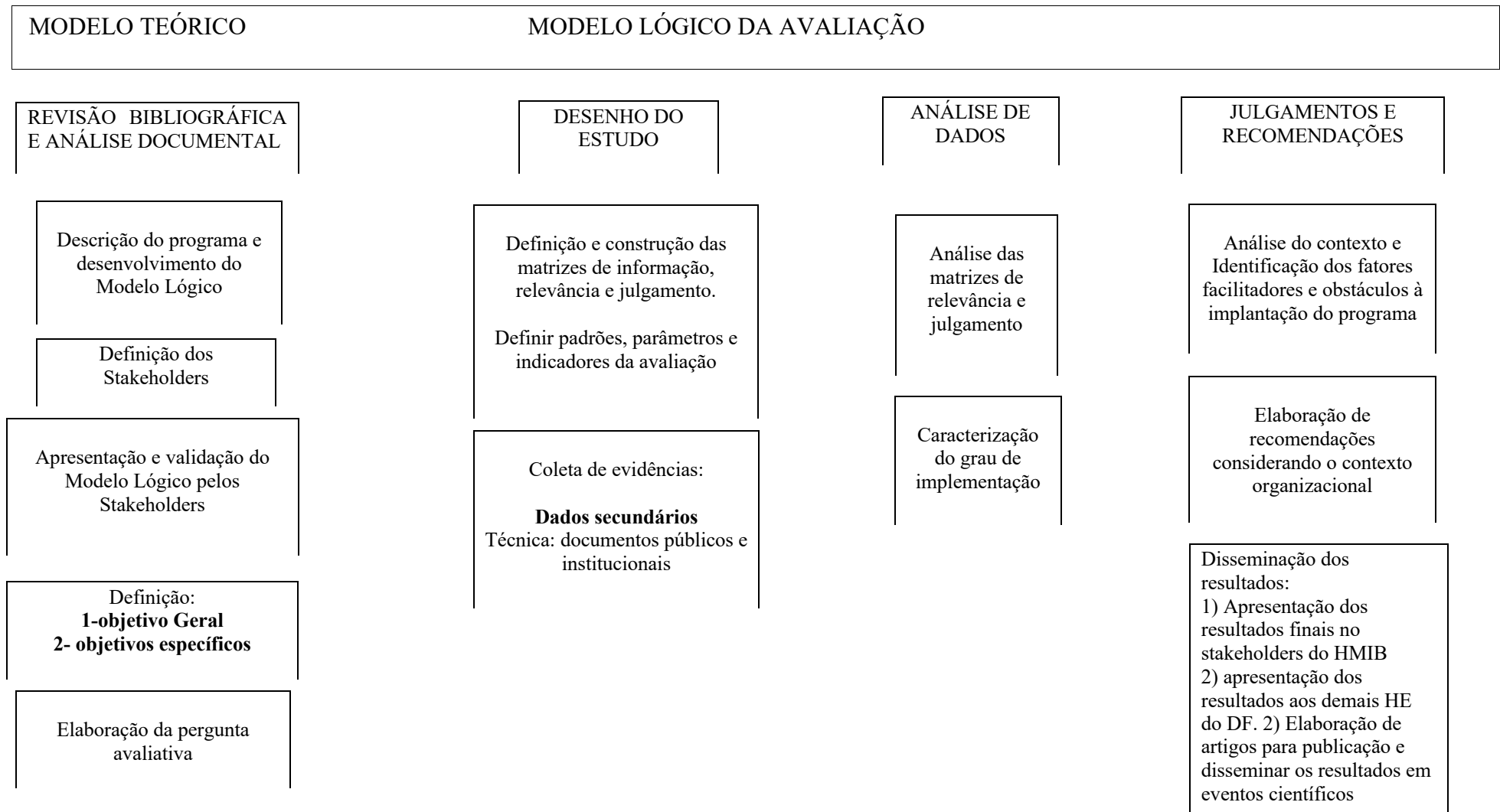
Quadro 18 - Matriz de relevância do parto e pós-parto do componente operacional atividade, com foco na DHEG (valor de R=10)

INDICADORES	Disponibilidade	PMD	Qualidade técnica	PMQ
Rh qualificado em direitos do usuário para produção do fluxo e informações	-		RRR	30
ÍNDICE DE IMPLANTAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS			1	30
Existência de projeto de ambiência para o usuário.	RR	20		
Existência de espaço para pré-parto, parto e pós-parto.	-	-	RRR	30
Plano com condições técnicas de ambiência, humanas e visita aberta.	-	-	RRR	30
ÍNDICE DE IMPLANTAÇÃO DE AMBIÊNCIA	1	20	2	60
Disponibilização de serviços de apoio diagnóstico contendo: patologia clínica, radiologia simples, acesso à ECG, à US, à endoscopia, a suporte avançado de vida e transporte seguro, à UTI materna, assistência nutricional e farmacêutica, transporte sanitário, higiene e limpeza.			RRR	30
Existência de linha de cuidado da DHEG	RR	20		
ÍNDICE DE ESTRUTURA	1	20	1	30
Existência de plano de notificação de eventos adversos e segurança do paciente constituído.	RR	20		
Implementação do Plano de notificação de eventos adversos segurança do paciente.			RRR	30
Existência do protocolo de identificação do paciente e higienização das mãos.	RR	20		
Implantação do protocolo de identificação da identificação do paciente e higienização das mãos.			RRR	30
ÍNDICE DE GESTÃO DO CUIDADO	2	40	2	60
Existência de Plano anual com as metas envolvendo a saúde da gestante.			RRR	30
Construção Plano anual de pactuação, com metas da saúde da gestante com DHEG.	RR	20		
Existência de grupo condutor da Rede Cegonha.	RR	20		

Participar da rede prioritária do SUS – Rede Cegonha.			RRR	30
Produção de documento contendo as regras para visitas e acompanhantes, com horários e normas.			RRR	30
ÍNDICE DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO	2	40	3	90
Relação nominal dos grupos de pesquisa, pesquisadores e linhas de pesquisa das unidades envolvidas com DHEG nos últimos dois anos.			RRR	30
Disposição dos projetos financiados por agências de fomento.	RR	20		
Relação das agências em relação a avaliação de tecnologia em saúde, das pesquisas concluídas ou publicadas nos últimos 2 anos.	RR	20		
Projeto de Educação Permanente com relação dos projetos institucionais de recursos humanos e educação permanente, descrevendo o setor responsável com relatório de ações anteriores e propostas para o ano vigente, incluindo a relação nominal dos participantes, no CO, maternidade e neonatologia.			RRR	30
Disposição do Plano de trabalho do internato médico, residência médica e multiprofissional nas áreas de assistência a DHEG (PSO, GO, NEO e UTIN, UTIM).			RRR	30
Plano de trabalho com relação nominal dos alunos, grade curricular e locais; relação nominal dos docentes por programas, suas titulações e carga horárias nas áreas de assistência a DHEG (PSO, GO, NEO, UTIM).			RRR	30
ÍNDICE DE IMPLANTAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA	2	40	4	120

Fonte: Elaboração da autora

Quadro 19 - Modelo Lógico da Avaliação



4.3. LOCAL DA PESQUISA

A escolha do HMIB como local da pesquisa foi definida por ser o hospital uma instituição pública com atendimento totalmente destinado a atendimento pelo Sistema Único de Saúde, possuir a linha de cuidado integral a doença hipertensiva específica da gestação, ser certificado como hospital de ensino e ser o local onde a pesquisadora desempenhava suas atividades.

5. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), atendendo aos requisitos da resolução n.º 466, de dezembro 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e a Resolução n.º 580, de 22 de março de 2018. Segundo a Secretaria de Estado de Saúde do DF, toda pesquisa realizada na rede da Secretaria deverá ser submetida ao Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS-SESDF). O Comitê de Ética em pesquisa da ESNP/Fiocruz aprovou o projeto sob o CAAE 46559220.0.0000.5240 e o Comitê de Ética em pesquisa da FEPECS, sob o CAAE 46559220.03001.5553.

Devido à demora na análise e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FEPECS e ao prazo para a apresentação da dissertação, a pesquisadora solicitou o fornecimento dos dados institucionais com base no Direito Constitucional de Acesso à Informação, previsto no artigo 5, inciso XIV, da Constituição da República, e dessa forma foi possível finalizar o momento A da coleta de dados.

Após a finalização e entrega da dissertação, e a finalização da análise do Comitê de Ética da FEPECS, a pesquisadora realizará as entrevistas para produção de artigo científico e posterior publicação.

6. RESULTADOS ENCONTRADOS

Este estudo avaliou o grau de implantação dos componentes da Portaria Interministerial nº 2.302, de 30 de julho de 2018, do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação e Cultura (MEC), para certificação de Hospital Materno Infantil de Brasília, um Hospital de Ensino (HE), por meio de um agravo que reflete o perfil assistencial do Hospital: a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG).

Os achados quantitativos estão descritos e apresentados em quadros e tabelas. São descritos para cada componente técnico (assistência e gestão, ensino e pesquisa) por componente estrutural (insumo e atividade) no momento de pré e durante a pandemia do novo coronavírus. Além disso, foram detalhados por células operacionais, isto é, para os arranjos operacionais específicos do pré-parto e do parto e pós-parto. Deve-se destacar que a divisão em pré-parto e parto e pós-parto, como já descrito, foi ditada por questões de afinidades, das equipes em atuação e do lócus da implantação, de forma a facilitar o acompanhamento e as recomendações e ajustes, se necessário.

A implementação foi avaliada a partir da análise documental das evidências obtidas oficialmente da instituição e incluem aquelas disponibilizadas até a finalização deste trabalho. Quando não disponíveis, estão incluídos nas tabelas como não disponíveis (ND) e foram excluídos da análise uma vez que comprometeriam os resultados. Em alguns casos, como por exemplo a disponibilização do plano para garantir o direito do usuário na instituição, foi relatado que o indicador não existia. Apesar de retirados do estudo, deve-se enfatizar a importância desse achado. A ausência de valores em indicadores pactuados não é rara em relatórios de gestão e pode ser fator de subestimação da execução das ações, tornando invisível o trabalho de equipe e ocasionando problemas com a prestação de contas e instabilidade nos relatórios de gestão perante os órgãos de controle.

O Quadro 19 apresenta resumidamente o descritivo dos quadros e tabelas que compõem os resultados dos componentes estruturais nas diferentes tabelas conforme a célula operacional e o momento da pandemia que as evidências foram coletadas para esta avaliação.

Quadro 20 - Síntese de evidências que compõem esta seção

Componente técnico	Componente estrutural	Célula operacional	Momento da pandemia	
			Pré-pandemia	Durante a pandemia
Assistência e gestão Ensino e pesquisa	INSUMO	Pré parto	Tabela 1	Tabela 2
		Parto e pós-parto	Tabela 3	Tabela 4
	ATIVIDADE	Pré parto	Tabela 5	Tabela 6
		Parto e pós-parto	Tabela 7	Tabela 8

Fonte: elaboração da autora

As matrizes de apreciação apresentam os percentuais alcançados pelos indicadores, sua pontuação máxima, sua pontuação obtida e o grau de conformidade na subdimensão, visando à caracterização do grau de implantação do indicador. Para cada indicador avaliado na subdimensão disponibilidade, quando em conformidade, foi determinada uma pontuação máxima de 30, ou seja, indicador de relevância (RRR), sendo o valor de R igual a 10. No caso de insumos, se não existentes, obtiveram o valor de 0 (zero). Da mesma forma, as atividades não realizadas pontuaram zero. Os indicadores que atingiram 80% ou mais nas dimensões analisadas receberam a pontuação máxima significando que o componente estava implantado. (SOUSA, 2014).

Nesse estudo, como já descrito, assumiu-se que a disponibilidade já existe como pressuposto da qualidade técnica, que engloba dois núcleos de relevância: a disponibilidade em magnitude necessária para que a atividade ocorra e seu alinhamento às boas práticas. Dessa forma, assume-se que não haverá qualidade técnica em insumo e atividade se ambos não estiverem disponíveis com a magnitude necessária para que os efeitos ocorram. Assim, quando o indicador se referir à subdimensão qualidade técnica, a pontuação máxima será de soma dos pontos máximos das duas subdimensões e a pontuação mínima será 0 (zero).

As tabelas a seguir apresentam os índices dos componentes estruturais para cada um dos componentes estruturais e detalha os indicadores avaliados no momento específico e a sua porcentagem de conformidade. Os parâmetros adotados para avaliação do grau de implantação foram aplicados com base na relevância pactuada e na literatura. Os pontos de corte considerados foram: implantado para porcentagem acima de 80%, implantado insatisfatoriamente ou parcialmente para valores entre 80 e 40%, e crítico para valores de 39,9% e menos (SANTOS, 2010).

A caracterização do grau de implantação será apresentada na seguinte ordem: insumos nas células operacionais pré-parto e parto e pós-parto nos momentos pré-pandêmicos e

pandêmicos. Posteriormente, serão apresentadas as atividades nas células operacionais pré-parto e parto e pós-parto, nos dois momentos avaliados na pesquisa.

6.1. GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE ESTRUTURAL INSUMO

A Tabela 1, a seguir, apresenta o componente insumo na célula operacional pré-parto no momento pré-pandemia, enquanto a Tabela 2 refere-se ao mesmo componente, mas no momento pandêmico.

Tabela 1 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural insumo no momento pré pandemia

DIMENSÃO: CONFORMIDADE							
CÉLULA OPERACIONAL: PRÉ-PARTO							
COMPONENTE ESTRUTURAL: INSUMO							
MOMENTO 1: PRÉ-PANDEMIA							
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
Índice de conformidade de RH	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de RH treinada em classificação de risco	30	30	100	30	30	100	100
Existência de escala de classificação 24h/7d	30	22,2	75	30	22,2	75	75
Grau de implantação							100
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Índice de conformidade de ambiência	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de consultório individualizado				30	30	100	100
Existência de Observação				30	30	100	100
Existência de Sala vermelha				30	15	50	50
Existência de sala individualizada para classificação de risco	30	30	100	-	-	-	100
Existência de espaço de PPP	30	30	100	-	-	-	100
Grau de implantação							83,3
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Índice de conformidade de estrutura	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de glicosímetro na CR	30	30	100	-	-	-	100
Existência de oxímetro na CR	30	30	100	-	-	-	100
Existência de termômetro na CR	30	30	100	-	-	-	100
Existência de medidor de PA CR	30	30	100	-	-	-	100
Existência de computador na CR	30	30	100	-	-	-	100
Existência de fita de identificação disponível	30	30	100	-	-	-	100
Existência de serviço apoio diagnóstico	30	30	100	-	-	-	100
Existência de serviço apoio terapêutico	30	30	100	-	-	-	100
Grau de implantação							100
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
Índice de conformidade da gestão do cuidado	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de definição do papel da maternidade na rede do DF	30	30	100	-	-	-	100
Existência de plano para garantir o direito do usuário	30	ND	-	-	-	-	0
Existência de linha de cuidado para a DHEG abrangendo o pré-parto	-	-	-	30	30	100	100
Existência de ouvidoria no organograma da instituição	-	-	-	30	30	100	100

Existência de protocolo para identificação do paciente com fluxo				30	30	100	100
Existência de protocolo para higienização das mãos	30	30	100	-	-	-	100
Grau de implantação			100			100	100
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
Índice de conformidade de informação	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de colegiado materno com o usuário na composição	-	-	-	30	0	0	0
Existência de prontuário único desde o início do atendimento na instituição	-	-	-	30	30	100	100
Grau de implantação						50	50
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Índice de conformidade de ensino e pesquisa	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de Projeto Institucional de Ensino e Pesquisa	30	30	100	-	-	-	100
Existência de internato médico	30	30	100	-	-	-	100
Existência de residência médica	30	30	100	-	-	-	100
Existência de residência multiprofissional	30	30	100	-	-	-	100
Projeto Institucional de Ensino e Pesquisa com descrição das atividades em ATS, ensino e pesquisa.				30	30	100	100
Plano de Educação Permanente com capacitações voltadas para o atendimento das pacientes com DHEG.				30	0	0	0
Grau de implantação			100			50	83,5

PM - pontuação máxima, PO - pontuação obtida, GC- grau de conformidade, ND - dado não disponibilizado, GI- Grau de Implementação PPP- pré-parto, parto e pós-parto CR- classificação de risco
Fone: elaboração da autora

Os resultados apresentados na tabela acima são referentes aos indicadores que compõem os índices dos insumos na célula pré-parto do momento pré pandemia, e seu grau de conformidade com a PCHE e as boas práticas. Alguns indicadores não atingiram 100% de conformidade, como os apontados a seguir: a existência de escala de classificação de risco 24h por semana durante os sete dias da semana foi responsável pela porcentagem alcançada no índice de recursos humanos de 87,5%. A inexistência de sala vermelha no pronto-socorro obstétrico na estrutura hospitalar determinando o alcance de 90% de conformidade de índice de ambiência. Todos os indicadores avaliados no índice de estrutura alcançaram 100% de conformidade com as normas do Programa. O índice relativo à gestão do cuidado alcançou o grau de conformidade de 100%, mesmo a instituição não disponibilizando o plano institucional para garantir o direito do usuário, pois o indicador quando não disponibilizado não pode ser avaliado, conforme apresentado anteriormente. A participação do usuário nas tomadas de decisões da instituição foi avaliada por meio da presença do usuário na composição do colegiado da maternidade, o que não foi encontrado na instituição. As ações no Plano de Educação Permanente voltadas para a gestante com DHEG não foram identificadas, o que

resultou no grau de conformidade do índice de ensino e pesquisa de 83,7%.

A Tabela 2, a seguir, apresenta os mesmos indicadores presentes na Tabela 1, mudando apenas o momento da avaliação, agora no pandêmico.

Tabela 2 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural insumo no momento pandêmico

DIMENSÃO: CONFORMIDADE							
CÉLULA OPERACIONAL: PRÉ-PARTO							
COMPONENTE ESTRUTURAL: INSUMO							
MOMENTO 2: PANDEMIA							
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
Índice de conformidade de RH	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de RH treinada em CR	30	30	100	30	30	100	100
Existência de escala de classificação 24h/7d	30	22,5	75	30	22,	75	75
Grau de implantação			75			100	87,5
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
Índice de conformidade de ambiência	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de consultório individualizado				30	30	100	100
Existência de Observação				30	30	100	100
Existência de Sala vermelha				30	15	50	50
Existência de sala individualizada para classificação de risco	30	30	100	-	-	-	100
Existência de espaço de PPP - pré-parto, parto e pós-parto	30	30	100	-	-	-	100
Grau de implantação			100			83,3	90
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Índice de conformidade de estrutura	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de glicosímetro na CR	30	30	100	-	-	-	100
Existência de oxímetro na CR	30	30	100	-	-	-	100
Existência de termômetro na CR	30	30	100	-	-	-	100
Existência de medidor de PA na CR	30	30	100	-	-	-	100
Existência de computador na CR	30	30	100	-	-	-	100
Existência de fita de identificação disponível	30	30	100	-	-	-	100
Existência de serviço apoio diagnóstico	30	30	100	-	-	-	100
Existência de serviço apoio terapêutico	30	30	100	-	-	-	100
Grau de implantação			100				100
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Índice de conformidade do cuidado	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de definição do papel da maternidade na rede do DF	30	30	100	-	-	-	100
Existência de plano para garantir o direito do usuário	30	ND	-	-	-	-	0
Existência de linha de cuidado a DHEG abrangendo o pré parto	-	-	-	30	30	100	100
Existência de ouvidoria no organograma da instituição	-	-	-	30	30	100	100
Existência de protocolo para identificação do paciente com fluxo	-	-	-	30	30	100	100
Existência de protocolo para higienização das mãos	30	30	100	-	-	-	100
Grau de implantação			100			100	100

Índice de conformidade da informação	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de colegiado materno com o usuário na composição	-	-	-	30	0	0	0
Existência de prontuário único desde o início do atendimento da gestante com DHEG	-	-	-	30	30	100	100
Grau de implantação							50
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI
Índice de conformidade de ensino e pesquisa	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de Projeto Institucional de Ensino e Pesquisa	30	30	100	-	-	-	100
Existência de Internato médico	30	30	100	-	-	-	100
Existência de residência médica	30	30	100	-	-	-	100
Existência de residência multiprofissional	30	30	100	-	-	-	100
Projeto Institucional de Ensino e Pesquisa com descrição das atividades em ATS, ensino e pesquisa.	-	-	-	30	30	100	100
Plano de Educação Permanente com capacitações voltadas para o atendimento das pacientes com DHEG.	-	-	-	30	0	0	0
Grau de implantação			100			50	83,3

Fonte: elaboração da autora

Pode-se observar na tabela acima que, dos 29 indicadores avaliados referentes ao insumo na célula pré-parto no momento pandêmico, seis não atingiram 100% de conformidade. A inexistência de escala de classificadores de risco 24h por dia, sete dias na semana, foi responsável pelo alcance de apenas 87,5% no grau de conformidade do índice. A sala vermelha do centro obstétrico inexistente na estrutura hospitalar, determinando o alcance de 90% no índice de conformidade de ambiência. A conformidade de 100% com o Programa de Certificação do Hospital de Ensino foi alcançada em todos os indicadores avaliados no índice de ambiência. A não disponibilização do plano definido que garanta os direitos do usuário não foi avaliada nos resultados do índice. A ausência do usuário no colegiado da maternidade foi determinante para o alcance de apenas 50% do grau de implantação. O grau de implantação de 83,3% do índice ensino e pesquisa foi resultante da ausência de qualidade técnica no Plano de Educação Permanente da instituição.

Na Tabela 3, a seguir, são apresentados os insumos avaliados na célula operacional parto e pós-parto no momento pré-pandêmico.

Tabela 3 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural insumo no momento pré pandêmico

DIMENSÃO: CONFORMIDADE							
CÉLULA OPERACIONAL: PARTO E PÓS-PARTO							
COMPONENTE OPERACIONAL: INSUMO							
MOMENTO 1: PRÉ-PANDEMIA							
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Índice de conformidade de RH	PM	PO	GC%	PM	PO	CG%	
Existência de equipe médica obstétrica disponível 24h/dia	30	30	100	-	-	-	100
Existência de equipe médica treinadas no IHAC	-	-	-	30	30	100	100
Grau de implantação			100				100
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
Índice de conformidade de ambiência	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de plano de adequação de ambiência	30	0	0	-	-	-	0
Existência de documentos com horários para visitas e acompanhantes	-	-		30	30	100	100
Existência de normas de permanência	-	-	0	30	30	100	100
Grau de implantação			0			100	66,6
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Índice de conformidade de estrutura	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de fita de identificação conforme preconizado	30	30	100	30	30	100	100
Existência de sabonete líquido de acordo com estratégia multimodal.	30	30	100	30	30	100	100
Existência de álcool de acordo com a estratégia multimodal.	30	30	100	30	30	100	100
Existência de serviço de apoio diagnóstico	30	30	100	-	-	100	100
Existência de serviço de apoio terapêutico	30	30	100	-	-	100	100
Grau de implantação			100			100	100
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
Índice de conformidade do cuidado	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de definição do papel da maternidade na rede de atenção do DF	30	30	100	-	-	-	100
Existência de plano para implantação da segurança na prescrição.	30	30	100	-	-	-	100
Existência de plano para implantação da cirurgia segura.	30	30	100	-	-	-	100
Existência de plano para implantação da prevenção de úlceras de pressão.	30	30	100	-	-	-	100
Existência de plano para garantir direito do usuário.	30	30	100	-	-	-	100
Existência de linha de cuidado da DHEG.	30	30	100	-	-	-	100
Participação nas redes prioritárias do SUS como Rede Cegonha.	30	30	100	-	-	-	100
Grau de implantação			100				100
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
Índice de conformidade de informação	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Colegiado da maternidade com representantes área de apoio	-	-	-	30	30	100	100
Colegiado da maternidade com representantes da assistência clínica	-	-	-	30	30	100	100
Existência de prontuário único padronizado com registro de dados pessoais, evolução, exames e alta hospitalar.	-	-	-	30	30	100	100
Existência dos dados atualizados no CNES/ leitos	-	-	-	30	0	0	0

Existência de documentação da composição das comissões assessorias.	30	30	100	-	-	-	100
Grau de implantação	-	-	100	-	-	66,6	80
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
Índice de conformidade de ensino e pesquisa	PM	PO	GC%	PM	PO	GC %	
Existência de Projeto Institucional de Ensino e Pesquisa	30	30	100	-	-	-	100
Existência de Internato médico	30	30	100	-	-	-	100
Existência de residência médica	30	30	100	-	-	-	100
Existência de residência multiprofissional	30	30	100	-	-	-	100
Projeto Institucional de Ensino e Pesquisa com descrição das atividades em ATS, ensino e pesquisa.	-	-	-	30	30	100	100
Existência de Residência médica duas áreas prioritárias	-	-	-	30	30	100	100
RM com número de vagas no mínimo de 8% do total de vagas	-	-	-	30	30	100	100
Grau de implantação			100			100	100

RM – residência médica ND- dado não disponibilizado pela instituição

Fonte: elaboração da autora

A tabela acima apresenta os índices com seus indicadores, no momento pré-pandêmico da célula parto e pós-parto do componente insumo. Identificaram-se dois indicadores que não alcançaram a porcentagem máxima de conformidade e consequentemente seus índices também não: o plano de adequação de ambiência e os dados atualizados no sistema de informação. O índice de ambiência alcançou um grau de conformidade de apenas 66,6% devido ao plano de ambiência para o parto e pós-parto. O índice de conformidade da gestão da informação mostra um grau de implementação de 80%, determinado pela desatualização dos dados dos leitos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os índices de ensino e pesquisa, de recursos humanos, do cuidado e da estrutura alcançaram 100% de conformidade com o PCHE.

Os indicadores analisados na pré-pandemia também foram avaliados no momento pandêmico e estão representados na Tabela 4, a seguir.

Tabela 4 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural insumo no momento pandêmico

DIMENSÃO: CONFORMIDADE							
CÉLULA OPERACIONAL: PARTO E PÓS-PARTO							
COMPONENTE ESTRUTURAL: INSUMO							
MOMENTO 2: PANDEMIA							
Índice de conformidade de RH	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de equipe médica obstétrica disponível	30	30	100	-	-	-	100
Existência de equipe médica treinadas no IHAC	-	-	-	30	4,9	16,6	16,6
Grau de implantação	-	-	100	-	-	0	58,3
Índice de conformidade de ambiência	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de plano de adequação de ambiência	30	0	0	-	-	-	0
Existência de documentos com horários para visitas e acompanhantes	-	-		30	30	100	100
Existência de normas de permanência	-	-		30	30	100	100
Grau de implantação	-	-	0	-	-	100	66,6
Índice de conformidade de estrutura	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de fita de identificação conforme preconizado	-	-	-	30	30	100	100
Existência de sabonete líquido de acordo com estratégia multimodal.	30	30	100	30	30	100	100
Existência de álcool de acordo com estratégia multimodal.	30	30	100	30	30	100	100
Existência de serviço de apoio diagnóstico	30	30	100	-	-	-	100
Existência de serviço de apoio terapêutico	30	30	100	-	-	-	100
Grau de implantação			100			100	100
Índice de conformidade do cuidado	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de definição do papel da maternidade na rede de atenção do DF	30	30	100	-	-	-	100
Existência de plano para implantação da segurança na prescrição.	30	30	100	-	-	-	100
Existência de plano para implantação da cirurgia segura.	30	30	100	-	-	-	100
Existência de plano para implantação da prevenção de úlceras de pressão.	30	30	100	-	-	-	100
Existência de plano para garantir direito do usuário.	30	30	100	-	-	-	100
Existência de linha de cuidado da DHEG.	30	30	100	-	-	-	100
Participação nas redes prioritárias do SUS como Rede Cegonha.	30	30	100	-	-	-	100
Grau de implantação			100				100
Índice de conformidade da informação	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Colegiado da maternidade com representantes da área de apoio	30	30	100	-	-	-	100
Colegiado da maternidade com representantes da assistência clínica	30	30	100	-	-	-	100
Existência de prontuário único padronizado com registro de dados pessoais, evolução, exames e alta hospitalar.	-	-	-	30	30	100	100
Existência dos atualizados no CNES/leitos	-	-	-	30	0	0	0

Existência de documentação com a composição das comissões assessorias.	30	30	100	-	-	-	100
Grau de implantação	-	-	100	-	-	50	80
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
Índice de conformidade de ensino e pesquisa	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência de Projeto Institucional de Ensino e Pesquisa	30	30	100	-	-	-	100
Existência de Internato médico	30	30	100	-	-	-	100
Existência de residência médica	30	30	100	-	-	-	100
Existência de residência multiprofissional	30	30	100	-	-	-	100
Existência do Projeto Institucional de Ensino e Pesquisa com descrição das atividades em ATS, ensino e pesquisa.	-	-	-	30	30	100	100
Existência de Residência médica duas áreas prioritárias	-	-	-	30	30	100	100
RM com número de vagas no mínimo de 8% do total de vagas				30	30	100	100
Grau de implantação			100			100	100

RM – residência médica ND- dado não disponibilizado pela instituição

Fonte: elaboração da autora

Conforme demonstrado na tabela acima, o critério que apresentou menor grau de conformidade referente aos insumos avaliados na célula parto e pós-parto no momento pandêmico foi o da disponibilização da equipe médica obstétrica treinada no âmbito do Incentivo Hospital Amigo da Criança (IHAC), alcançando apenas 58,3%, tendo sido determinado pela implantação parcial desse índice de recursos humanos. O índice de ambiência alcançou 66,6% de conformidade devido ao plano institucional de adequação de ambiência. A conformidade de 80% do índice de informação foi resultado da desatualização dos leitos da instituição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

6.2. GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE ESTRUTURAL ATIVIDADES

A partir de agora, as tabelas que seguem são relativas ao componente estrutural atividade, primeiramente na célula operacional pré-parto no momento pré-pandemia.

Tabela 5 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural atividade no momento pré pandêmico

DIMENSÃO: CONFORMIDADE							
CÉLULA OPERACIONAL: PRÉ-PARTO							
COMPONENTE ESTRUTURAL: ATIVIDADE							
MOMENTO 1: PRÉ-PANDEMIA							
Índice de conformidade de RH	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Disponibilização Treinamento em classificação de Risco/ trimestre	-	-	-	30	30	100	100
Porcentagem de gestantes classificadas pela classificação de risco				30	22,5	75%	75
Grau de implantação							87,5
Índice de conformidade de ambiência	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Disponibilização de acolhimento individualizado 24h/dia				30	22,5	75	75
Disponibilização das normas de visita e acompanhante ao usuário				30	30	100	100
Grau de implantação							87,5
Conformidade de estrutura	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Disponibilização de plano de valoração do profissionais envolvidos no atendimento a gestante com DHEG				30	30	100	100
Grau de implantação							100
Índice de conformidade do cuidado	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Implantação do protocolo de higienização das mãos	-	-	-	30	10	100	100
Implantação do protocolo de identificação do paciente com fluxo definido	-	-	-	30	30	100	100
Grau de implantação do índice	-	-	-	-	-	100	100
Índice de conformidade da informação	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Implantação do Plano anual local com metas envolvendo saúde da gestante/DHEG	-	-	-	30	30	30	100
Definição do papel da instituição com fluxo de acesso definidos	-	-	-	30	30	100	100
Participação da rede prioritária do SUS – rede Cegonha	-	-	-	30	30	100	100
Grau de implantação			-	-	-	-	100
Índice de conformidade de ensino e pesquisa	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Disponibilização das linhas/ grupos de pesquisas e grupos de de pesquisa	-	-	-	30	30	100	100
Plano de Educação Permanente com ação para DHEG para próximo ano				30	15	50	50
Grau de implantação	-	-	-	-	-	75	75

Fonte: elaboração da autora

As atividade analisadas na célula pré-parto no momento pré-parto estão distribuídas em 12 indicadores e desses apenas dois não alcançaram o grau de conformidade de 100%: a

porcentagem de gestantes atendidas após acolhidas na classificação de risco, com 75% de conformidade, e a disponibilização do acolhimento individualizado 24h por dia nos 7 dias da semana, que atingiu 75% de conformidade. Esses resultados determinaram o grau de conformidade de ambiência e recursos humanos de 87,5%.

Na Tabela 6, a seguir, as atividades foram avaliadas no momento da pandemia e na célula operacional pré-parto.

Tabela 6 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural atividade no momento pandêmico

CÉLULA OPERACIONAL: PRÉ-PARTO							
COMPONENTE ESTRUTURAL: ATIVIDADE							
MOMENTO 2: PANDEMIA							
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Índice de conformidade de RH	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Disponibilização de treinamento em classificação de Risco/trimestre	-	-	-	30	15	50	50
Porcentagem de gestantes classificadas pela classificação de risco	-	-	-	30	20	67	67
Grau de implantação	-	-	-	-	-	58,5	58,5
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Índice de conformidade de ambiência	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Disponibilização de acolhimento individualizado 24h/dia	-	-	-	30	22,5	75	75%
Disponibilização das normas de visita e acompanhante ao usuário	-	-	-	30	ND	-	-
Grau de implantação	-	-	-	-	-	75%	75%
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Conformidade de estrutura	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Disponibilização de plano de valoração dos profissionais envolvidos no atendimento a gestante com DHEG	-	-	-	30	30	100	100
Grau de implantação	-	-	-	-	-	100	100
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI%
Índice de conformidade do cuidado	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Implantação do protocolo de higienização das mãos	-	-	-	30	30	100	100
Implantação do protocolo de identificação do paciente com fluxo definido	-	-	-	30	30	100	100
Grau de implantação	-	-	-	-	-	100	100
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Índice de conformidade de informação	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Existência Plano anual local com metas envolvendo saúde da gestante/DHEG	-	-	-	30	0	0	0
Definição do papel da instituição com fluxo de acesso definido	-	-	-	30	30	100	100
Participar da rede prioritária do SUS – rede Cegonha	-	-	-	30	30	100	100
Grau de implantação	-	-	-			66,6	66,6

Índice de conformidade de ensino e pesquisa	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Disponibilização das pesquisas realizadas com foco na DHEG	-	-	-	30	30	100	100
Plano de Educação Permanente com ação para DHEG para próximo ano				30	15	15	50
Grau de implantação	-	-	0	-	-	75	75

Fonte: elaboração da autora

Os mesmos indicadores de atividade avaliados na célula pré-parto, agora avaliados no momento pandêmico, apresentam resultados muito semelhantes, diferindo em três indicadores. Dois desses não foram disponibilizados pela instituição e dessa forma foram excluídos da análise de resultados: a disponibilização de normas de visita e acompanhante ao usuário e o plano de educação permanente com ações para o próximo ano, voltadas para a doença hipertensiva específica da gestação. O índice de conformidade da informação apresentou um grau de conformidade de 66,6% devido à pontuação mínima alcançada pelo indicador de disponibilidade do plano local com metas direcionadas à saúde da gestante. Os demais critérios avaliados receberam pontuação máxima.

As Tabelas 7 e 8, a seguir, apresentam as atividades avaliadas na célula parto e pós-parto nos momentos pré-pandêmico e pandêmico.

Tabela 7 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural atividade no momento pré pandêmico

DIMENSÃO: CONFORMIDADE							
CÉLULA OPERACIONAL: PARTO E PÓS-PARTO							
COMPONENTE ESTRUTURAL: ATIVIDADE							
MOMENTO 1: PRÉ-PANDEMIA							
Conformidade de RH	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Treinamento do Rh médico em direitos do usuário - IHAC	-	-	-	30	30	30	100
Grau de implantação			-			-	100
Índice de conformidade de ambiência	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Disponibilização de espaço PPP para as gestantes com DHEG	-	-	-	30	15	50	50
Construção de planos de ambiência e visita aberta	30	30	100	-	-	-	-
Grau de implantação			100				75
Índice de conformidade de estrutura	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Disponibilização de serviço de apoio diagnóstico				30	30	100	100
Disponibilização de serviço de apoio terapêutico				30	30	100	100
Participação na rede cegonha	-	-	-	30	30	100	100
Existência de NQSP completa: médico, enfermeiro, farmacêutico				30	15	50	50
Grau de implantação						100	87,5
Índice de conformidade da informação	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Disposição de documento com informações para o visitante e acompanhante	-	-	-	30	30	100	100
Comprovação da atuação das comissões - ATAS				30	15	50	50
Grau de implantação			-				75
Índice de conformidade do cuidado	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Implantação do protocolo de cirurgia segura	-	-	-	30	30	100	100
Implantação do protocolo de segurança na prescrição	-	-	-	30	30	100	100
Implantação do plano de prevenção de úlceras de pressão.	-	-	-	30	30	100	100
Implantação do plano de notificação de eventos adversos	-	-	-	30	30	100	100
Implantação da linha de cuidado da DHEG	-	-	-	30	30	100	100
Grau de implantação	-	-	-	-	-	100	100
Índice de conformidade de ensino e pesquisa	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Disponibilização do plano de trabalho do internado médico da SES	-	-	-	30	30	100	100
Disponibilização do plano de trabalho da gineco/obstetria				30	30	100	100
Disponibilização do plano de trabalho do alto risco				30	30	100	100
Disposição de capacitação em pesquisa – Projeto institucional	-	-	-	30	30	100	100
Grau de implantação	-	-	-	-	-		100

Fonte: elaboração da autora

Os indicadores de conformidade de recursos humanos, de ambiência, do cuidado e de ensino e pesquisa atingiram a pontuação máxima quando avaliada a atividade na célula parto e pós-parto no momento pré-pandemia, tanto na disponibilidade quanto na qualidade técnica, conforme demonstrado nas tabelas anteriores. O índice de estrutura alcançou 87,5% de conformidade, pois a qualidade técnica do núcleo de qualidade e segurança do paciente está apenas parcialmente de acordo com o preconizado pelas boas práticas. O índice de informação atingiu 75% de conformidade devido à disponibilização de apenas 50% de todas as atas das 13 comissões assessoras obrigatórias descritas no Programa de Certificação do Hospital de Ensino.

Tabela 8 - Apresentação do grau de conformidade dos índices do componente estrutural atividade no momento pandêmico

DIMENSÃO: CONFORMIDADE							
CÉLULA OPERACIONAL: PARTO E PÓS-PARTO							
COMPONENTE ESTRUTURAL: ATIVIDADE							
MOMENTO 2: PANDEMIA							
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Conformidade de RH	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Treinamento do RH médico em direitos do usuário - IHAC	-	-	-	30	5,4	18	18
Grau de implantação							18
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Índice de conformidade de ambiência	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Disponibilização de espaço PPP para as gestantes com DHEG	-	-	-	30	15	50	50
Construção dos planos de ambiência e visita aberta	30	ND	-	-	-	-	-
Grau de implantação			-				50
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Índice de conformidade de estrutura	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Disponibilização de serviço de apoio diagnóstico				30	30	100	100
Disponibilização de serviço de apoio terapêutico				30	30	100	100
Participação na rede cegonha	-	-	-	30	30	100	100
Existência de NQSP completa: médico, enfermeiro, farmacêutico				30	15	50	50
Grau de implantação						100	87,5
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Índice de conformidade de informação	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Construção de documento com informações ao visitante acompanhante	-	-	-	30	30	100	100
Comprovação da atuação das comissões - atas				30	6	20	20
Grau de implantação						120	60
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Índice de conformidade do cuidado	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Implantação do protocolo de cirurgia segura	-	-	-	30	10	100	100
Implantação do protocolo de segurança na prescrição	-	-	-	30	30	100	100
Implantação do plano de prevenção de úlceras de pressão.	-	-	-	30	30	100	100
Implantação do plano de prevenção de úlceras de pressão.	-	-	-	30	30	100	100
Implantação do plano de notificação de eventos adversos	-	-	-	30	30	100	100
Implantação da linha de cuidado da DHEG	-	-	-	30	30	100	100
Grau de implantação	-	-	-	-	-	100	100
	Disponibilidade			Qualidade técnica			GI %
Índice de conformidade de ensino e pesquisa	PM	PO	GC%	PM	PO	GC%	
Disponibilização do plano de trabalho do internado médico da SES	-	-	-	30	NE	-	-
Disponibilização do plano de trabalho da residência de gineco/obstetrícia				30	NE	-	-
Disponibilização do plano de trabalho do alto risco				30	NE	-	-
Disposição de capacitação em pesquisa – Projeto institucional	-	-	-	30	15	50	50
Grau de implantação	-	-	-				50

Fonte: elaboração da autora

O treinamento dos médicos obstetras nos direitos do usuário em conformidade com as boas práticas alcançou apenas 18%, o menor resultado de todos os indicadores avaliados na pesquisa. A construção do plano de ambiência e visita aberta, a disponibilização do plano de trabalho do internato médico, da residência médica de alto risco e ginecologia e obstetrícia não foram disponibilizados pelo hospital, ficando esses indicadores fora da avaliação, o que ensejou 100% de conformidade do índice de ambiência e ensino e pesquisa.

6.3. RESULTADO COMPARATIVO

Os resultados foram avaliados na subdimensão disponibilidade e qualidade técnica, no componente técnico insumos e atividades, e nessa ordem são apresentados nas tabelas a seguir. Cada componente foi avaliado por diferentes quantidades de indicadores agrupados em índices. Esses foram avaliados nos momentos pré-pandemia (momento 1) e durante a pandemia (momento 2) e comparados segundo sua conformidade com a PCHE. Essa comparação por índices possibilitou identificar o indicador responsável por alterações da conformidade quando existentes e dessa forma possibilitou o oferecimento de recomendações específicas na conclusão do trabalho

Pode-se observar que a porcentagem de conformidade dos 22 indicadores que compõem os diferentes critérios esteve inalterada nos dois momentos avaliados, apresentando o grau de implantação de 85,1 %, e determinando, assim, que esse componente na célula pré-parto estava IMPLEMENTADO em conformidade com o Programa de Certificação do Hospital de Ensino.

Nesses dois momentos existiram cinco indicadores que não atingiram sua pontuação máxima: a classificação de risco 24h por dia, a sala vermelha da emergência obstétrica na estrutura hospitalar, as capacitações voltadas para as equipes envolvidas no atendimento à gestante com DHEG e o usuário na composição do colegiado da maternidade.

A instituição não disponibilizou até a finalização desta dissertação o plano de garantia do direito do usuário e, dessa forma, o indicador foi excluído nas avaliações dos resultados, proporcionando a pontuação máxima no índice.

Tabela 9 – O componente estrutural insumo, os resultados dos índices na célula pré-parto, no momento pré-pandemia e durante a pandemia

Dimensão: Conformidade						
Célula operacional: pré-parto						
COMPONENTE ESTRUTURAL: INSUMO	ÍNDICES – CRITÉRIOS	SI	PRÉ-PANDEMIA		PANDEMIA	
			%CA	GII	% CA	GII
	Conformidade de RH	2	87,5	Implantado	87,5	Implantado
	Índice de implantação de ambiência	3	90	Implantado	90	Implantado
	Índice de implantação de estrutura	3	100	Implantado	100	Implantado
	Índice de gestão da informação	2	50	Parcial	50	Parcial
	Índice de gestão do cuidado	6	100	Implantado	100	Implantado
	Índice de implantação de ensino e pesquisa	6	83,5	Implantado	83,5	Implantado
	GI do componente insumo	22	85,1	IMPLANTADO	85,1	IMPLANTADO

SI – somatório de indicadores formadores de cada índice, %CA – Porcentagem de conformidade alcançada, GI – Grau de implantação do índice GI – grau de implantação do componente estrutural.

Fonte: elaboração da autora

Os indicadores de insumos avaliados na célula parto e pós-parto referiam-se aos planos de segurança do paciente, à linha de cuidado da gestante com DHEG, à existência de fita de identificação e ao material para higienização das mãos, ao plano operacional com foco na gestante com DHEG, à ambiência com planos e normas e à definição do papel da instituição na rede de saúde do Distrito Federal.

Dos 24 indicadores, apenas três não alcançaram a pontuação máxima: a existência do plano de ambiência para o PPP na maternidade, os dados atualizados no cadastro nacional de instituições de saúde e a equipe obstétrica treinada no IHAC. A ambiência do pré-parto e do parto e pós-parto não disponibiliza um plano de adequação as boas práticas, apontando uma necessidade da reflexão sobre o tema no hospital.

Quando se avaliaram os dados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), optou-se por avaliar a conformidade dos leitos no sistema, e esses não estavam atualizados em nenhum dos dois momentos da pesquisa e nem em outubro de 2021, quando a pesquisadora realizou busca no site oficial do cadastro, evidenciando ser um ponto sensível da instituição.

O treinamento ofertado pela equipe da iniciativa *hospital amigo da criança* foca na amamentação, cuidados e direitos das parturientes e dos recém-nascidos. Os treinamentos são ofertados regularmente para todos os servidores da instituição e, apesar da oferta de treinamento ser mantida na pesquisa, o número de médicos obstetras treinados foi muito diferente. No ano de 2019, o número de médicos participantes da capacitação foi seis, enquanto em 2020 esse

número foi apenas um médico. Nessa pesquisa, utilizou-se o maior número de médicos treinados como 100% da pontuação obtida e o menor número alcançou o valor proporcional.

O grau de implantação encontrado foi IMPLANTADO, com 91,1% de conformidade alcançada no momento pré-pandemia e 84,1 % no momento da pandemia. Essa diferença de porcentagem deve-se à diferença encontrada na capacitação da equipe médica envolvida na assistência da gestante com DHEG.

Tabela 10 – O componente estrutural insumo, os resultados dos índices na célula parto e pós-parto, no momento pré-pandemia e durante a pandemia

Dimensão: Conformidade						
Célula operacional: parto e pós-parto						
COMPONENTE ESTRUTURAL: INSUMO	ÍNDICES – CRITÉRIOS	SI	PRÉ PANDEMIA		PANDEMIA	
			%CA	GII	% CA	GII
	Conformidade de RH	2	100	Implantado	58,3	Parcial
	Índice de implantação de ambiência	2	66,6	Parcial	66,6	Parcial
	Índice de implantação de estrutura	3	100	Implantado	100	implantado
	Índice de gestão da informação	4	80	Parcial	80	Parcial
	Índice de gestão do cuidado	7	100	Implantado	100	Implantado
	Índice de implantação de ensino e pesquisa	6	100	Implantado	100	Implantado
GI do componente insumo	24	91,1	IMPLANTADO	84,1	IMPLANTADO	

Fonte: elaboração da autora

Na célula operacional pré-parto, quando avaliadas as atividades, referiu-se à porcentagem de gestantes classificadas atendidas pelos obstetras, disposição dos treinamentos, existência de classificação de risco, disposição de normas, valorização do servidor, implantação dos protocolos de segurança do paciente, participação da Rede Cegonha, linhas de pesquisas e Plano de Educação Permanente.

No momento pré-pandemia, dos 12 indicadores avaliados apenas dois não obtiveram a pontuação máxima: a disponibilização de treinamento para classificação de risco em cada trimestre e a porcentagem de gestantes atendidas após passagem pelo acolhimento e classificação de risco. No momento pandêmico, além desses dois indicadores, o relativo ao Plano Operativo Anual também não alcançou a pontuação máxima de conformidade, o que determinou o grau de implantação parcial.

No momento 1, ocorreram treinamentos em todos os trimestres e, no momento 2, apenas no primeiro e no quarto trimestres, o que determinou o grau de conformidade de 50%. Vale pontuar que, apesar de não ocorrer treinamentos em todos os trimestres conforme preconizados,

no último trimestre ocorreram 3 treinamentos, finalizando os momentos com mesmo número total de capacitações disponibilizadas. A porcentagem de gestantes atendidas após realizada a classificação de risco foi de 75% no primeiro momento e, no segundo momento, de 67% de conformidade.

As normas de visita e acompanhamento estavam disponíveis no primeiro momento, material construído em conjunto com as áreas técnicas, impresso e distribuído nas unidades da instituição; no segundo momento a instituição não disponibilizou a informação, assim excluindo esse indicador da análise de resultados.

O indicador da implantação do plano operacional anual com metas envolvendo a gestante foi decisivo na mudança do grau de conformidade, de implantado para PARCIALMENTE IMPLANTADO. A instituição disponibilizou o plano no momento 1 e disponibilizou o plano de 2020-2021 com base em 2019, com a ressalva de que esse estava aguardando aprovação da direção e, dessa forma, não alcançou o grau de conformidade esperado.

O Plano de Educação Permanente alcançou a mesma pontuação nos diferentes momentos, mas, por motivos distintos, no primeiro momento não foram identificadas no plano as ações destinadas às gestantes e nem às gestantes com DHEG; no segundo momento, a instituição não disponibilizou o Plano, sendo esse excluído da análise.

Tabela 11 – O componente estrutural atividade, os resultados dos índices na célula pré-parto no momento pré-pandemia e durante a pandemia

Dimensão: Conformidade						
Célula operacional: pré-parto						
COMPONENTE ESTRUTURAL: ATIVIDADE	ÍNDICES – CRITÉRIOS	SI	PRÉ PANDEMIA		PANDEMIA	
			%CA	GII	% CA	GII
	Conformidade de RH	2	87,5	Implantado	58,5	Parcial
	Índice de implantação de ambiência	2	87,5	Implantado	75	Parcial
	Índice de implantação de estrutura	1	100	Implantado	100	Implantado
	Índice de gestão do cuidado	2	100	Implantado	100	Implantado
	Índice de gestão da informação	3	100	Implantado	66,6	Parcial
	Índice de implantação de ensino e pesquisa	1	100	Implantado	75	Parcial
GI do componente atividade	12	95,3	IMPLANTADO	79,1	PARCIALMENTE IMPLANTADO	

Fonte: elaboração da autora

A Tabela 12, a seguir, apresenta o componente atividade na célula operacional parto e pós-parto e seu grau de implantação nos dois momentos avaliados. As atividades avaliadas foram a participação da Rede Cegonha, a disponibilidade da linha de cuidado, a implantação dos protocolos de segurança do paciente, a disposição dos planos de trabalho das instituições de ensino que atuam no hospital, a equipe médica treinada e as reuniões das comissões assessorias.

No primeiro momento, o grau de implantação encontrado foi de 95,1%, considerado IMPLANTADO; no segundo momento, a conformidade alcançada foi de 60,9, sendo o grau de implantação considerado PARCIALMENTE. Essa diferença de pontuação foi devido aos indicadores que serão apresentados a seguir.

A porcentagem de médicos obstetras da assistência treinados no IHAC foi de 100% no primeiro momento, com seis médicos participantes do treinamento; no momento seguinte, foi de 18,8%, com apenas um médico participando no período. As atas das reuniões das comissões assessorias com assinaturas de presença foram utilizadas para comprovação de suas atividades, apesar da existência de grande número de comitês/comissões na instituição. Na pesquisa, só foram avaliadas as 13 atas indicadas na PCHE.

No momento pós-pandemia, os planos de trabalho das residências médicas não foram disponibilizados para a pesquisa; os planos disponibilizados foram de 2021 e de outras residências médicas não foco da pesquisa. De igual forma, os dados sobre a construção do plano de ambiência e visita aberta não foram disponibilizados pela instituição e, dessa forma, não entraram na análise dos resultados.

A linha do cuidado alcançou grau de conformidade em todos os indicadores avaliados, exceto na composição do núcleo, o qual apresenta número menor de profissionais do que os solicitados na política de qualidade e segurança do paciente. As comissões apresentam-se parcialmente nomeadas; no entanto, o seu funcionamento, avaliado por meio das atas de reuniões, apresentaram uma piora no momento pandêmico. As capacitações em pesquisa tiveram início em 2019, com uma capacitação por trimestre, focada em ajudar os pesquisadores e alunos que frequentam a instituição como cenário de residências e internatos a realizarem sua pesquisa.

Tabela 12 – O componente estrutural atividade, os resultados dos índices na célula parto e pós-parto, no momento pré-pandemia e durante a pandemia

Dimensão: Conformidade						
Célula operacional: parto e pós-parto						
COMPONENTE ESTRUTURAL: ATIVIDADE	ÍNDICES – CRITÉRIOS	SI	PRÉ PANDEMIA		PANDEMIA	
			%CA	GII	%CA	GII
	Conformidade de RH	1	100	Implantado	18,8	Crítico
	Índice de Implantação de ambiência	2	75	Parcial	50	Parcial
	Índice de implantação de estrutura	2	87,5	Implantado	87,5	Implantado
	Índice de gestão da informação	3	83,3	Implantado	60	Parcial
	Índice de gestão do cuidado	5	100	Implantado	100	Implantado
	Índice de implantação de ensino e pesquisa	5	100	Implantado	50	Parcial
GI do componente atividade	13	90,9	IMPLANTADO	60,9	PARCIALMENTE IMPLANTADO	

Fonte: elaboração da autora

7. CONSIDERAÇÕES

A partir dos resultados encontrados no trabalho, no que diz respeito à conformidade dos insumos e atividades nas células operacionais, com foco na gestante com doença hipertensiva específica da gestação, pode-se dizer que as ações no momento pré-pandemia estão implantadas em conformidade com o Programa de Certificação do Hospital de Ensino, nas diferentes células operacionais. No momento pós-pandemia, os insumos mantiveram seu grau de implantação e as atividades alcançaram um grau de implantação parcial, tanto na célula pré-parto como na célula parto e pós-parto.

Os insumos apresentam variações de porcentagem de conformidade nos diferentes momentos e nas diferentes células avaliadas. No entanto, não houve comprometimento do grau de implantação dessa variável, como ocorreu na avaliação das atividades.

O HMIB apresentou o fluxo completo de atendimento para a DHEG, desde a disponibilização de curso para gestante, no qual o hospital é apresentado ao usuário, a vinculação da gestante com DHEG e a disposição de leitos de retaguarda da UTI maternal local para as emergências. A ambiência disponibilizada está em conformidade com as normas, com disponibilização de salas individualizadas no pronto-socorro, acolhimento em sala separada, sala amarela e um único local destinado para pré-parto, parto e pós-parto. Alguns ajustes ainda são necessários, como a identificação da sala vermelha, a disponibilização, ao usuário, das normas, regras para visitas e acompanhantes.

A valorização igualitária dos diferentes sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde, gestores, trabalhadores e usuários, foi encontrada parcialmente nos momentos avaliados. A participação social representada pela inserção dos usuários nos processos de trabalho não deve estar apenas nas instâncias maiores, como conselhos, e sim valorizada e incentivada no dia a dia do SUS. A forma utilizada no trabalho de averiguar essa participação foi a presença do usuário no colegiado da maternidade e na Rede Cegonha, o que não ocorreu. Recomenda-se a inserção do usuário nessas rodas de discussões e planejamento do serviço de saúde para que, assim, a instituição alcance uma gestão compartilhada e mais democrática, em conformidade com o preconizado.

A composição do Núcleo Qualidade e Segurança do Paciente para realização da sua função, no sentido amplo da palavra, deve ser composta segundo as normativas por um médico, um enfermeiro e um farmacêutico; porém, na instituição avaliada ele é composto por uma enfermeira, uma nutricionista e um médico que presta consultoria quando necessário.

Avaliando na conformidade da gestão do cuidado a existência e a implantação dos planos de qualidade e segurança, que são de responsabilidade desse núcleo, verificou-se que o grau de conformidade se manteve máximo nos diferentes cenários. Além de apresentar os planos construídos e implantados, a unidade tem indicadores próprios que são sistematicamente acompanhados por meio de visitas regulares à assistência e apresentados à gestão por meio de relatórios anuais.

A pesquisa avaliou as notificações de eventos adversos da instituição com foco nas notificações associadas aos insumos: álcool e sabão utilizados para higienização das mãos e pulseiras de identificação. Em nenhum dos dois momentos avaliados encontraram-se notificações relacionadas à indisponibilidade e ausência de conformidade técnica desses insumos. Vale aqui pontuar que as aquisições são efetuadas na administração central da Secretaria de Estado de Saúde.

A pandemia modificou o andamento dos treinamentos presenciais no hospital. Foram todos suspensos na Secretaria de Estado de Saúde e nas instituições por ela geridas, no início de 2020, e retomados após a adoção de inúmeras medidas de cuidado e a disponibilização da vacina contra a Covid-19 para os servidores. Pode-se observar um aumento de 275% nos treinamentos realizados em 2020 em comparação a 2019 e, mesmo durante as restrições, quando comparado mês a mês, o número de treinamentos foi maior no momento pandêmico, demonstrando que outros meios de treinamento foram encontrados, além do presencial. Dos 138 treinamentos realizados, 39,8% eram sobre Covid-19 e, desses, mais de 80% realizados pelo Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar, na sua maioria *in loco*, o que facilitou a adesão dos servidores envolvidos diretamente na assistência e em setores terceirizados: limpeza e nutrição. Os demais treinamentos foram nas mais diversas áreas, algumas sem registro de treinamentos anteriores, podendo-se concluir que a pandemia, nessa instituição, estimulou os servidores a buscar conhecimentos nas diferentes áreas.

Portanto, este estudo aponta, como estratégia a ser adotada, a implementação dos treinamentos nas unidades de trabalho dos servidores, pois, devido à dificuldade de disposição de horário para tanto, essa modalidade de treinamento facilita a adesão, como foi visto nos treinamentos sobre Covid-19 pelo Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar (NCIH). Recomenda-se também a ampliação das aulas e workshop por meio de plataformas *on line*.

Os indicadores referentes a fluxos, dados, diretrizes, planos e redes definidas, presentes principalmente nas atividades institucionalizadas e geridas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, mantiveram sua capilaridade. No HMIB eles foram implantados e

mantiveram-se dessa forma nos momentos avaliados. Em contrapartida, as atividades definidas localmente, de acordo com o perfil da instituição, não ocorreram tão facilmente.

Os dados referentes a leitos nos órgãos de cadastro nacional são fundamentais para a gestão e o planejamento da assistência. Neste estudo, constatou-se que os dados, alimentados pelo hospital, estão parcialmente atualizados nos dois momentos, mantendo-se assim no momento atual, evidenciando um ponto cronicamente sensível da instituição.

As comissões assessoras do hospital, descritas no PCHE, durante a pandemia apresentaram uma queda importante de atuação. Pode-se ponderar que o momento e as incertezas por ele provocadas tenha drenado todas as atenções da instituição. No entanto, nos momentos de crise é que as comissões devem estar mais atuantes, fornecendo subsídios para tomada de decisões da gestão.

O Hospital abriga 26 estágios na área médica e de enfermagem, uma residência multiprofissional, uma residência em enfermagem obstétrica e 10 residências médicas, sendo uma de ginecologia obstétrica, uma de neonatologia, uma de cirurgia pediátrica, uma de alto risco e a UTI maternal, que é cenário para os residentes intensivistas. Todos os residentes estão envolvidos no fluxo de atendimento da gestante com DHEG. Os planos de trabalho e a linha de pesquisa das residências não foram disponibilizadas no momento da pandemia até o fechamento do trabalho. No site da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) há uma linha cadastrada referente ao cuidado ao neonato, desde 2013. A neonatologia produz muitos trabalhos científicos nessa linha. Recomenda-se a concepção de uma linha de pesquisa vinculada às diferentes residências para a doença hipertensiva específica da gestação, devido à sua importância entre as patologias obstétricas, à existência de residência de alto risco obstétrico e ao perfil assistencial da instituição.

A doença hipertensiva específica da gestação, atualmente principal causa de óbito materno no país, apresenta-se à margem do foco da instituição avaliada. Assim, em conformidade com o perfil assistencial do hospital, sugere-se que essa patologia seja colocada em foco, com destinação de espaço para ela nos indicadores institucionais, nas linhas de pesquisa e no plano anual de ações de treinamento e capacitações.

Importante salientar que a pesquisadora realizou contato telefônico com os servidores antes do envio de mensagem formalizando a solicitação dos dados e esta ação, por si só, provocou movimento nos setores envolvidos na pesquisa, no sentido de busca e atualização dos dados, formalização das informações e até a lembrança do indicador por vez esquecida.

As recomendações aqui apresentadas têm o intuito de colaborar com a adequação das ações realizadas no HMIB no atendimento à gestante com DHEG, em conformidade com o Programa de Certificação do Hospital de Ensino.

Como limitação do estudo, considerou-se que o uso de dados secundários e de indicadores pouco específicos, em sua maioria *proxis* (termo utilizado na tecnologia da informação para designar um servidor que intermedeia as requisições do usuário da internet), determinou a possível fragilidade das evidências que sustentam esta avaliação. Entretanto, eles são os dados utilizados para elaboração de relatórios de gestão e que sustentam o monitoramento e a apreciação do desempenho institucional e sua certificação.

O fato de as entrevistas não terem sido realizadas devido à demora da aprovação pelo comitê de ética da FEPECS, em relação ao prazo previsto para a conclusão do trabalho, e a adaptação profissional e pessoal vivenciada pela autora durante o período do desenvolvimento do programa prejudicaram o escopo e a qualidade desta dissertação. Entretanto e apesar de localmente ter havido dificuldade na obtenção dos dados pelos diversos setores, embora tenham sido feitos solicitação formal e vários contatos com os servidores responsáveis pelo atendimento, este trabalho deve contribuir de forma definitiva para modificar o olhar de um profissional clínico para um olhar de avaliador, mesmo que iniciante.

8. DISCUSSÃO

O objetivo a longo prazo do Programa de Certificação é a melhoria da qualidade técnica da assistência, a estruturação e organização da rede de assistência, a formação de profissionais qualificados e a promoção do conhecimento. Nesse sentido, o Programa do HMIB foi considerado como tendo alcançado um resultado intermediário, podendo-se verificar, além da certificação, o efeito das não conformidades encontradas.

Na pesquisa realizada, verificou-se que os índices avaliados e que não atingiram o grau de conformidade esperado, apresentados no quadro a seguir, foram: dados institucionais atualizados, humanização na instituição, comissões assessoras da gestão, classificação de risco, capacitações e educação permanente. Os índices que apresentaram maior variação de conformidade no momento pós-pandemia foram os de atividade, sendo que os de insumo mantiveram-se satisfatórios.

Quadro 21 - Índices de conformidades avaliados

ÍNDICES – CRITÉRIOS
Conformidade de RH
Índice de Implantação de ambiência
Índice de implantação de estrutura
Índice de gestão da informação
Índice de gestão do cuidado
Índice de implantação de ensino e pesquisa
GI do componente atividade

Fonte: elaboração da autora

Com base na literatura nacional e internacional, constatou-se que os índices avaliados, com grau de conformidade inferior a 100% interferem diretamente nos resultados esperados, o que requer atenção da instituição. Neste estudo, de forma restrita aos pontos avaliados, a pesquisa evidenciou piora dos processos de trabalho estabelecidos.

O índice da gestão do cuidado foi o único que alcançou 100% de conformidade em todos os indicadores, em todas as células, momentos e componentes estruturais, e por isso merece destaque nesta pesquisa. Esse índice foi formado pela avaliação dos protocolos de segurança do paciente, os quais são responsabilidade do núcleo de qualidade e segurança do paciente. O único indicador que não atingiu o grau máximo de conformidade foi a estrutura do núcleo de segurança do paciente, que até a finalização da pesquisa era composto por uma enfermeira e

uma nutricionista, não abrangendo todos os profissionais previstos nas recomendações da política. (BRASIL, 2016).

Os indicadores que apresentam resultados de baixa conformidade com a PCHE influenciam na qualidade da prestação de assistência ao usuário. O despreparo das instituições de saúde no enfrentamento de uma pandemia vai muito além da morbimortalidade da doença. (AGUIAR, 2021).

Gama (2020) realizou estudo em que avaliou 5.145 prontuários de pacientes que realizaram cirurgias colorretais de emergência no hospital público de Ottawa no Canadá, no período de agosto de 2010 até julho de 2017. Os desfechos encontrados em seu estudo foram a taxa de ocorrência de infecção do sítio cirúrgico, reoperações, readmissões e óbitos. Em comparação com a plenitude do *checklist* cirúrgico para caracterização de cirurgia segura, como preconizado na PNQS, as taxas encontradas, considerando os prontuários que tinham *checklist* completo, foram todas menores e com significância estatística. Esse fato demonstra que institucionalizar e enfatizar a segurança do paciente é um pré-requisito para a diminuição de eventos adversos na instituição e assim diminuir a morbimortalidade dos pacientes. (GAMA, 2020, 2022).

Quando avaliada a atualização dos dados dos leitos da instituição no CNES, sistema cadastral do MS, no qual são armazenados dados de todos dos hospitais brasileiros públicos e privados, em todos os momentos eles apresentavam-se incompletos. Os dados secundários do MS, coletados do sistema, são utilizados para pesquisas, planejamento, avaliação e reformulação das políticas e programas de saúde, quando necessário (VIGNOCHI, 2014). Machado, em 2016, apresentou estudo descritivo com base no acesso ao sistema, sobre a qualidade de dados hospitalares no Brasil, resultado da análise de 7.161 hospitais em todo o país, considerando entre outros sistemas o CNES. A pesquisa concluiu que existe uma boa cobertura das informações básicas relacionadas a internações, mas ainda há muito a ser feito. O autor apontou a necessidade de incentivar o preenchimento correto e a atualização periódica dos dados nos sistemas, e essa ação deve sofrer monitoramento contínuo da gestão, sendo que o não cumprimento pode acarretar consequências, pois esses dados são de interesse público. (MACHADO, 2016).

De acordo com a literatura, há uma necessidade urgente da melhoria do fornecimento dos dados para que, além de aumentar seu potencial de uso, eles também possam qualificar as tomadas de decisões para o planejamento do hospital, seu perfil assistencial e a definição de sua inserção nas redes de atenção à saúde.

A PNH instituída em 2004 já preconizava para o país a ampliação da inserção dos trabalhadores, gestores e usuários nos processos de trabalho de gerir e de cuidar, como resposta à necessidade de mudanças na saúde, agora norteada pelo protagonismo dos sujeitos e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL 2013). Conforme já apresentado por Chioro em 2021, cuja pesquisa envolveu em uma investigação qualitativa, do tipo de estudo de caso múltiplo, em quatro Hospitais de Ensino de São Paulo escolhidos aleatoriamente, os arranjos de participação e controle idealizados pela política da certificação com a horizontalização e a democratização das relações entre os trabalhadores, usuários e gestores não foram concretizados e não conseguiram produzir uma gestão mais visível e com participação social, como previsto. O usuário não conseguiu ainda ser inserido nas rodas de conversa, fato demonstrado pela ausência do usuário no colegiado da maternidade. Dessa forma, os usuários foram ficando à margem das tomadas de decisões em âmbito local, afetando negativamente, por consequência, a assistência prestada.

As comissões obrigatórias avaliadas, as quais, para o fim desta pesquisa, abrangem também os comitês, foram aquelas listadas como fundamentais no Programa, não sendo avaliadas as demais existentes no Hospital. Tais comissões e comitês representam instrumento de gestão essencial para oferecer serviços de qualidade aos usuários. As comissões da instituição têm destaque na produção de dados relevantes para a gestão e a contribuição para a eficácia das organizações de assistência (MARTINS, 2012). Devem ser constituídas por representantes dos gestores, diferentes camadas de trabalhadores e usuários, e, dessa forma, as decisões sobre a condução da assistência prestada podem ser tomadas no coletivo e de forma representativa. É muito difícil haver um crescimento ou melhora nas diferentes áreas de pesquisa, ensino, assistência e gestão de uma instituição quando há ausência desses grupos formados e atuantes.

Tissot (2020) apresentou uma revisão da literatura e um estudo de caso em hospital público, com destaque para a importância da ambiência para o trabalhador e o usuário da saúde. Além da existência de bons profissionais e de tecnologia de ponta, deveria haver também ambientes físicos adequados às necessidades dos usuários. A qualidade do ambiente age em diferentes níveis de assistência, desde o cuidado com o bem-estar do paciente até o controle dos níveis de estresse, pressão arterial sanguínea, depressão e diminuição da imunidade (TISSOT, 2020). No período gravídico puerperal, já existe naturalmente um estresse, uma labilidade emocional própria do momento para a gestante e toda a família, somado à patologia grave que é a doença hipertensiva da gestação e à tensão e insegurança apresentadas pela Covid-19. O

ambiente adequado certamente ameniza essas questões e traz segurança à paciente e seus familiares, além de ser parte fundamental do tratamento. (TISSOT, 2020).

Conforme já mencionado, os HE têm como um dos seus objetivos promover a formação qualificada de profissionais de saúde e, para isso, é fundamental um planejamento meticuloso sobre a produção de conhecimento na instituição. O conhecimento é o principal insumo da cadeia de valores da saúde (PEDROSO, 2021) e, portanto, a promoção da formação técnica e científica dos servidores deve estar no centro das instituições formadoras. Além disso, é recomendável que a instituição disponha de um espaço reservado para isso.

No HMIB, as capacitações e treinamentos para o atendimento das gestantes com DHEG apresentaram-se à parte dos planos de Educação Permanente do Hospital. Uma patologia de grande importância como é a DHEG apresentou-se à margem das ações de educação da instituição nos diferentes momentos avaliados, talvez devido à existência de uma residência médica de alto risco, mas a assistência prestada à gestante com DHEG perpassa diferentes setores e trabalhadores do hospital, e não somente o serviço de alto risco.

Outro fator estudado foi que, devido à pandemia causada pelo novo coronavírus, as capacitações foram suspensas por alguns meses na instituição, assim como nas demais instituições do país (SANTOS, 2020). Apenas algumas capacitações foram realizadas de forma virtual (*on line*). No entanto, observou-se que o número de treinamentos ou capacitações nas diferentes áreas do hospital aumentaram mais de 100% quando comparados com o ano pré-pandemia. As capacitações avaliadas na pesquisa apresentaram o mesmo número total de disponibilização para treinamento que o ano anterior. As incertezas trazidas pela pandemia e a necessidade de executar procedimentos com mais frequência que anteriormente despertaram a busca pelo conhecimento, fato observado principalmente na unidade de terapia intensiva materna do hospital.

As capacitações promovidas pelo grupo local da Iniciativa Amigo da Criança também ficaram suspensas durante um período, retornando assim que os treinamentos presenciais voltaram. No entanto, o número de médicos participantes foi reduzido. Silva, em 2016, apresentou o resultado da sua pesquisa que trata da estimativa do impacto da IHAC na redução da mortalidade infantil com nível de inferência de plausibilidade, baseada no cálculo de fração atribuível populacional. Como conclusão dessa pesquisa, restou demonstrado que a redução de 4,2% das mortes neonatais tardias foi atribuída ao aumento das prevalências de amamentação, proporcionado pela IHAC. (SILVA, 2016).

No que se refere à classificação de risco, na emergência obstétrica esse procedimento funciona das 7h da manhã até a meia-noite e isso se manteve, mesmo durante a pandemia. A classificação de risco obstétrica deve funcionar ininterruptamente, pois é uma ferramenta fundamental para a redução de mortalidade e sofrimento materno-fetal (AMORIM, 2021) e promotora do atendimento à gestante em tempo oportuno (BRILHANTE, 2016). Além de existir a classificação de risco, os classificadores precisam estar capacitados no sistema da Secretaria de Saúde, assim como ocorreu com as demais atividades praticadas na instituição. Ressalta-se que a capacitação de classificador também ficou suspensa durante um período e, quando retornaram os treinamentos presenciais, o número total de treinamentos realizados no ano da pandemia foi o mesmo do ano anterior.

A pandemia do Covid-19 que avassalou o Brasil e o mundo trouxe perdas irreparáveis, além das inúmeras vidas que foram perdidas. O agravamento da difícil situação da saúde no país e o despreparo das instituições para o enfrentamento de uma emergência ficaram evidentes (AGUIAR, 2021). A qualidade da assistência prestada aos pacientes sofreu grande revés, o que pode ser uma perda silenciosa e devastadora. Takemoto (2020) apresentou pesquisa realizada nas bases de dados do Sistema Brasileiro de Vigilância, na qual avaliou 978 mulheres gestantes e puérperas com Covid-19 que tiveram seu desfecho completo, ou seja, a cura ou o óbito. Ele evidenciou que o desfecho da gestante com Covid-19 está diretamente relacionado com a qualidade da assistência prestada, mais do que com a patologia. Corroborando com esse achado, ele afirma que a raça branca é um fator protetor devido ao melhor e maior acesso à saúde pelas pessoas assim caracterizadas, fato também evidenciado em pesquisas no Reino Unido e Canadá. (TAKEMOTO, 2020).

9. CONCLUSÃO

O Programa de Certificação do Hospital de Ensino apresenta-se como uma ferramenta multifuncional, podendo e devendo ser usada para aperfeiçoar a assistência, a gestão, o ensino e a pesquisa na saúde. O referido programa proporciona condições para a instituição buscar meios de melhorar o atendimento aos pacientes, otimizar os processos de trabalho e produzir uma equipe produtiva e qualificada, tornando-se uma instituição de referência em assistência à saúde, de acordo as políticas mundiais (JOINT COMMISSION, 2022). Ele também fomenta a pesquisa com foco no perfil assistencial da instituição, a formação de profissionais de saúde altamente capacitados e a incorporação de novas tecnologias.

O Programa de Certificação no HMIB com foco na doença hipertensiva específica da gestação foi considerado como implantado. O componente estrutural insumo alcançou um grau de conformidade definido como implantado nos dois momentos avaliados, isto é, antes e durante a pandemia, apesar de apresentar grau de implantação distinto nos diferentes índices.

As atividades, por sua vez, também alcançaram diferentes graus de implantação em conformidade com o PCHE nos dois momentos avaliados. Apesar de implantadas, elas o foram de maneira insatisfatória nos momentos pandêmicos, tanto na célula pré-parto como na célula parto e pós-parto. Os índices que alcançaram grau de implantação parcial e foram responsáveis por esses resultados foram: o provimento de recursos humanos, o provimento de ambiência, a gestão da informação, o ensino e a pesquisa. Em toda a pesquisa, apenas um índice alcançou o grau de conformidade crítico, que foi o de recursos humanos na célula parto e pós-parto no momento pandêmico, mesmo sendo ele um componente-chave na resposta a emergências em saúde pública.

Os resultados encontrados no momento pandêmico do componente atividade influenciam desfavoravelmente na qualidade da assistência prestada à gestante com DHEG, à puérpera e ao recém-nascido. As literaturas mundial e nacional apresentaram evidências da influência da produção de dados para a gestão e da necessidade de tomada de decisão participativa, da importância da ambiência adequada e do atendimento oportuno à gestante, da valorização da segurança do paciente e da necessidade constante de treinamentos e capacitação de trabalhadores e gestores, para atingir a excelência na assistência ao paciente e consequentemente diminuir a morbimortalidade do binômio mãe e feto.

A avaliação do Programa permitiu identificar e apontar os diferentes pontos de não conformidade, bem como fornecer recomendações específicas para adequações. Ela também proporcionou mudanças na instituição durante a busca de evidências, como o levantamento e a produção de material e dados antes esquecidos pelos setores responsáveis.

A pandemia do Covid-19, iniciada no primeiro trimestre de 2020, foi devastadora nos diferentes níveis da sociedade e da economia, e não poderia ser diferente com o sistema de saúde do país. As barreiras de acesso a serviços primários e especializados, o monitoramento clínico deficitário já existente no país, associado ao desarranjo para o enfrentamento de uma emergência em saúde pública, desestruturaram e agravaram o quadro existente. A Covid-19 tornou-se fator de risco para mau desfecho em gestantes, juntando-se às doenças hipertensivas, diabetes e obesidade, piorando ainda mais o quadro clínico quando as gestantes apresentam mais de um fator de risco. Importa destacar que a literatura mundial apresentou a raça branca como um fator protetor contra agravantes à saúde acarretados pela Covid-19.

Os resultados da pesquisa evidenciaram a piora do grau de conformidade dos índices das atividades ao PCHE durante a pandemia, mas, mesmo assim, o PCHE foi considerado implantado em todos os momentos avaliados. Vale aqui ressaltar, com base na literatura, que os pontos de baixa ou ausência de conformidade com o Programa atuam diretamente na qualidade da assistência prestada ao usuário. Também se pode observar a dificuldade de resposta da instituição em manter o grau de funcionamento, especialmente na organização dos processos de trabalho ao atendimento da gestante com DHEG durante a pandemia, e a fragilidade do sistema de saúde assim como evidenciado em outras instituições do país.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. R. *et al.* **Avaliação da implantação da resposta à emergência de saúde pública de microcefalia no Estado de Pernambuco, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v37, n. 8, ago. 2021.

AMORIM, R. S. *et al.* **Emergências obstétricas e acolhimento das usuárias na classificação de risco.** Global Academic Nursing Journal. 2021;2(Spe.1):e 99. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200099>. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globalcadnurs/article/view/137/20>. Acesso em 7 set. 2019.

BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES C. K. A. **Modelagem de programas: da teoria à operacionalização.** In: SAMICO, I. *et al.* (Org.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**, promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 set. 2019.

BRASIL. **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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização.** 2013. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 285/MS-MEC, de 25 de março de 2015**, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html. Acesso em: 2 set. 2019

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 562/MS-MEC-MCT-MPOG, de 12 de maio de 2003.** Constitui a Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou reformular a política nacional para o setor. Diário Oficial da União; 2003.

BRASIL. **Portaria interministerial nº 1.000/MS-MEC, de 15 de abril de 2004.** Certifica como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituições de Ensino Superior. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-92-31-2004-04-15-1000>. Acesso em: 7 set. 2019.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº. 1.006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004.** Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri1006_27_05_2004.html. Acesso em: 19 set. 2020.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.302/MS-MEC, de 30 de julho de 2018**. Altera, para 30 de dezembro de 2018, o prazo fixado para validade da Certificação de Unidades Hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/34732223/do1-2018-07-31-portaria-interministerial-n-2-302-de-30-de-julho-de-2018-34732184. Acesso em: 8 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **MS, Opas, Conass e Conasems apresentam proposta de plano nacional para enfrentamento da mortalidade materna e infantil**. 16/8/2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/13457>. Acesso em: 17 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 12 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 142, de 27 de janeiro de 2014**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0142_27_01_2014.html. Acesso em: 7 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.034, de 5 de maio de 2010**. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010.html. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.925, de 1º de novembro de 2017**. Revoga as legislações que instituem o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2925_03_11_2017.html. Acesso em: 16 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013**. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html. Acesso em: 7 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa interministerial de certificação de hospital de ensino**. Disponível em: <http://saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/programa-interministerial-de-certificacao-de-hospitais-de-ensino>. Acesso em: 13 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira / Cadernos de Atenção Especializada**. Série B. Textos Básicos de Saúde.2004. Brasília, Brasil. MS Versão preliminar, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 13 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**, vol. 52, nº 29, ago. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/agosto/9/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf (“boletim_epidemiologico_svs_29.pdf”, [s.d.]). Acesso em: 16 set. 2021.

BRILHANTE, A. de F. et al. **Implementation of protocol for reception with risk classification in an obstetric emergency unit** Revista da rede de enfermagem do Nordeste, Universidade Federal do Ceará, jul-ago; 17(4):569-75, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324047429018.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. **Avaliação conceitos e métodos**. Editora Fiocruz. Capítulo 10, p. 12. ISBN: 978-85-7541-218-3. 1ª edição: 2011.

BROWN, M. A. et al. **The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice**. International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy. Published by Elsevier B.V, 24 mai.2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S2210778918301260/first-page-pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

CARDOSO, G. C. P. *et al.* **Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa**. Saúde em Debate, v. 43, n. 120, p. 54–68, mar. 2019.

CHIORO, dos R. A. A. **Entre a intenção e o ato: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010)**. 2011.443f.Tese (Doutorado em Ciências da saúde). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

CHAMPAGNE, F; HARTZ, Z; BROUSSELLE, A; CONTANDRIOPOULOS, A. P. **A Análise da Implantação**. In Avaliação conceitos e métodos. Editora Fiocruz, 2011, p. 217-238.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. **Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 1, mar. 2020.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 40.530, de 18 de março de 2020**. Altera o Decreto nº 40.528, de 17 de março de 2020, que estabelece ponto facultativo no âmbito da administração pública direta e indireta do Distrito Federal. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/8f1584fe78ea40da96730d655cf3046a/exec_dec_40530_2020.html. Acesso em: 20 mar.2020.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **O que é Hospital de**

Ensino? [Brasília,2012]. Cartilha. Disponível em:

<http://www.fepecs.edu.br/arquivos/cartilhaGTCHE.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019.

DONABEDIAN, A. **Criteria, norms and standards of quality: what do they mean?** American Journal of Public Health, v. 71, n. 4, p. 409–412, abr. 1981.

DRUMMOND, M. F. *et al.* **Métodos de avaliação econômica de programas de saúde.** 2ª ed. Paris: Economica, 1998.

ECHER, I. C. **A revisão de literatura na construção do trabalho científico.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v. 22, n° 2, p. 5-20, 2001.

FEBRASGO. **Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. 2017. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAYMPSIA.pdf. Acesso em: 16 set. 2019.

GAMA, C. S. *et al.* **Impact of surgical checklist and its completion on complications and mortality in urgent colorectal procedures.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/jkDqkxn7jnyJx5H3TWwZq9Q/?lang=pt>. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 49 2022. DOI: 10.1590/0100-6991e-20213031. Acesso em: 19 set. 2021.

GIORDANO, J. C. *et al.* **The burden of eclampsia: results from a multicenter study on surveillance of severe maternal morbidity in Brazil.** PLoS One 2014;9(05): e97401. Doi: 10.1371/journal.pone.0097401» <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097401>. Acesso em: 19 set. 2020.

HARTZ, Z. M. de A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** [s.l.] Editora Fiocruz, 1997. pg 76.

HARTZ, Z. M. DE A.; SILVA, L. M. V. DA. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** [s.l.] Editora Fiocruz, 2005a.

HARTZ, Z. M. DE A.; SILVA, L. M. V. DA. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** [s.l.] Editora Fiocruz, 2005b.

HARTZ, Z. M. DE A.; SILVA, L. M. V. DA. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** [s.l.] Editora Fiocruz, 2005c.

LAMPERT, J. B. *et al.* **Hospitais de ensino: a trama da crise.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 37, n. 2, p. 155–156, jun. 2013.

LIMA, S. M. L. **Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro.** Thesis—[s.l.: s.n.].

LOPES, M. H. **Avaliação da implementação das ações de prevenção da transmissão vertical de sífilis no pré-natal em Unidades de Saúde da Família de Cuiabá.** [s.l.] Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2010.

MACHADO, J. P. *et al.* **Qualidade das bases de dados hospitalares no Brasil: alguns**

elementos, Revista Brasileira de Epidemiologia 19(03), Jul-set 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/8N4ht8qfqKbKCYf7N3JbW6x/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2019.

MARTINS, C. et al. **Comissões hospitalares: a produção de indicadores de gestão hospitalar**. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, v.1, n.1, 2012.

OLIVEIRA, M. A. et al. **Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro**. Cadernos de Saúde Pública, v. 18, n. 5, p. 1429–1439, out. 2002.

PATTON. **Developmental Evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use Report from an Expert Seminar with Dr. Michael Quinn Patton**. March 22, 2012. Irene Guijt Cecile Kusters Hotze Lont Irene Visser. Disponível em: https://www.academia.edu/6992170/Developmental_evaluation_applying_complexity_concepts_to_enhance_innovation_and_use. Acesso em: 19 set. 2020.

PEDROSO, M. C. et al. **Resiliência como resposta a pandemia do covid -19**. Revista de Administração Contemporânea, Journal of Contemporary Administration, V.25, n soe, 2021 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/PhsdDMk75yYTHrWhQMVNYJs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jan. 2022.

RENGER, R.; TITCOMB, A. **A Three-Step Approach to Teaching Logic Models**. American Journal of Evaluation, p. 11, 2002.

ROWAN, M. S. **Logic models in primary care reform: navigating the evaluation**. The Canadian Journal of Program Evaluation vol. 15 n° 2 pages 81–92 ISSN 0834-1516 Copyright © 2000 Canadian Evaluation Society, 2003.

SANTOS, E. M. DOS et al. **Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do “Projeto Nascer”**: Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 19, n. 3, p. 257–269, set. 2010.

SANTOS, J. G. et al. **Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil?** Artigo Original. Acta Paulista de Enfermagem 33. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01755>. <https://www.scielo.br/j/ape/a/fr9jQffksDfd64CtjwR63YP/?lang=pt#>. Acesso em 20 out. 2021.

SILBER, J. H. et al. **Comparing Outcomes and Costs of Medical Patients Treated at Major Teaching and Non-teaching Hospitals: A National Matched Analysis**. Journal of General Internal Medicine, v. 35, n. 3, p. 743–752, mar. 2020.

SILVA, O. L. O. et al. **A Iniciativa Hospital Amigo da Criança: contribuição para o incremento da amamentação e a redução da mortalidade infantil no Brasil**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, v.18, n. 3, p 491-499, jul-set., 2018.

SOUZA et al. **Epidemiology of artherial hypertension in pregnant**s. 7 mai. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/w3cWNjQHfKrd797sBGSXz8J/?lang=en>. Doi: <https://journal.einstein.br/article/epidemiology-of-artherial-hypertension-in-pregnants/>. Acesso em: 16 set. 2019.

SOUSA, M. G. de G.; SANTOS, E. M.; FRIAS, P. G. **Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer - Maternidades Relacionado à Sífilis Congênita em Pernambuco**. In: Santos, E. M. dos; Cruz, M. M. da. (Org.). Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática da Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, v. 1, p. 61-94.

SOUZA, M. G., LOPES, R. G., ROCHA, M. L., LIPPI, U. G., COSTA, E. S., SANTOS, C. M. **Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes**. Einstein (São Paulo). 2020;18:eAO4682. Disponível em: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4682. Acesso em: 6 jan. 2021

TAKEMOTO, M.L.S et al. **Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil: a surveillance database analysis**, International Journal of Obstetrics and Gynecology vol.127,13, pages 1618-1626, dec 2020.

TISSOT, J.T. et al. **Definição de atributos ambientais essenciais para a humanização em quartos de internação**. Ambiente construído, v.20, n.3, jul-set 2020.

VIGNOCHI, L. et al. **Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?** Fórum Revista administração de empresa, 54(5) set- oct 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/tfBzknThQRPMrHGTHcHkRXz/?lang=pt>. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020140504>. Acesso em: 14 abr. 2020.

VUORI, H. **Divulg. saúde debate**; (3): 17-24, fev. 1991. Ilus. Artigo em português. LILACS. ID: lil-223179. Biblioteca responsável: BR67.1

WHO. **Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---8-december-2021>. Acesso em: 14 abr. 2020.

WORTHEN, B.R; SANDERS, J.R; FITZPATRICK, J.L. **Como Avaliar Avaliações**. In Avaliação de Programas Concepções e Práticas. São Paulo Editora Gente, 2004, [s.d.].

YIN, R. K. **Estudo de caso**. Porto Alegre: Bookman, 2003.