

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Avaliação de implementação das ações de controle da gestação de alto risco: cuidados à gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceitos”***

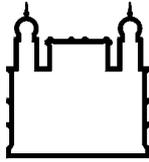
*por*

***Norma Doracy Monteiro Amorim***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre  
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Moreira dos Santos  
Segunda orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Egléubia Andrade de Oliveira*

*Rio de Janeiro, dezembro de 2010.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“Avaliação de implementação das ações de controle da gestação de alto risco: cuidados à gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceitos”***

*apresentada por*

***Norma Doracy Monteiro Amorim***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sônia Beatriz dos Santos

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lucia Luiza

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Moreira dos Santos – Orientadora principal

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

**A524 Amorim, Norma Doracy Monteiro**

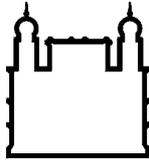
**Avaliação de implementação das ações de controle da gestação de alto risco: cuidados à gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceitos. / Norma Doracy Monteiro Amorim. - Brasília: s.n., 2010.**

**110 f.; tab., graf.**

**Orientadores: Santos, Elizabeth Moreira dos; Oliveira, Eglébia Andrade de  
Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,  
Brasília, 2010.**

**1. Gravidez de Alto Risco. 2. Complicações Cardiovasculares na Gravidez /  
prevenção & controle. 3. Hipertensão / prevenção & controle. 4. Avaliação de  
Serviços de Saúde. 5. Qualidade dos Serviços de Saúde. 6. Questionários.  
7. Brasil. I. Título.**

**CDD - 22.ed. – 618.240981**



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



## A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 09 de dezembro de 2010.

---

Norma Doracy Monteiro Amorim

CG/Fa

Dedico este trabalho.

À minha mãe - **Elmaz** - cujo amor, carinho e dedicação serviram-me de amparo e exemplo, mantendo-me confiante na fé. E que mesmo depois de partir para a vida eterna, sua lembrança me reconforta.

Ao meu marido - **Lázaro** - companheiro de caminhada pelo amor incondicional, carinho e presença constante, por nunca medir esforços para a realização dos meus sonhos, sempre incentivando meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus filhos amados **Lázaro José, Murilo José e Marina** que fazem parte da minha vida e são o meu verdadeiro refúgio.

## AGRADECIMENTOS

A Deus e à Nossa Senhora, por estarem ao meu lado, mostrando o caminho a percorrer, proporcionando paz, saúde e energia para a realização deste trabalho e permitindo o alcance dos meus sonhos.

A todos da minha família pelo amor, carinho, estímulo e compreensão pelas minhas ausências nos últimos dois anos. Muito obrigada!

As minhas amigas, Cristina e Ingrid, pela amizade, companheirismo, apoio e estímulo constante neste caminhar, com as quais compartilho muitas vitórias.

À minha orientadora, Professora Dra. Elizabeth Moreira dos Santos, pela amizade, capacidade profissional, apoio e dedicação com que conduziu as orientações deste trabalho. O meu muito obrigado.

À Professora Dra. Egléubia Andrade de Oliveira pela amizade, competência, carinho, dedicação, paciência e apoio constante em vários momentos desta trajetória. O meu muito obrigado.

À banca examinadora pelas contribuições apresentadas.

Ao amigo Augustinho Moro, pela confiança no meu trabalho, oportunidade e apoio para a realização deste curso de mestrado em busca do meu crescimento profissional. O meu muito obrigado.

Aos colegas de trabalho da Secretaria de Estado de Saúde - SUPS - pela amizade, apoio e pela colaboração em vários momentos desta trajetória, em especial a Claudete, Ronelize, Fernando, Caíque e Hudson.

Aos professores do Curso de Especialização e Mestrado que me ajudaram a trilhar caminhos inusitados na vida pessoal, profissional e acadêmica.

Aos colegas do Curso de Especialização e Mestrado, pela partilha do conhecimento e pelos momentos agradáveis vividos nesse período que, certamente, deixarão saudades.

Aos profissionais do Hospital Maternidade Santa Helena que me acolheram com muito carinho e apoio durante a realização das atividades do trabalho de campo.

Às gestantes deixo meu mais profundo respeito e agradecimento pela colaboração dada no processo de construção do conhecimento.

A todas as pessoas, amigas e companheiras que estiveram presente ao longo desta jornada torcendo e rezando pelo meu sucesso.

**EPÍGRAFE**

“Que Deus me conceda falar com propriedade e pensar de forma correspondente aos dons que me foram dados, porque Ele é o guia da sabedoria e o orientador dos sábios.” (Sb 7,15)

## RESUMO

A iniciativa deste estudo nasceu da necessidade de avaliar a qualidade das ações de controle da assistência à gestação de alto risco, mais especificamente nos cuidados prestados à gestante com doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) e aos seus conceitos. Objetivou esta pesquisa no grau de implementação, identificar os fatores facilitadores do contexto institucional e verificar a conformidade como desfecho de sucesso de implementação com o padrão ouro. Nesta análise, com foco no processo, optou-se pela avaliação formativa e como estratégia o estudo de caso único. No contexto desta avaliação foi abordada a dimensão qualidade técnico-científica aqui considerada conformidade às normas e critérios preconizados pelo Ministério da Saúde, entendida nas subdimensões: disponibilidade, oportunidade e acomodação. O desenho metodológico deste estudo envolveu a análise de prontuários de gestantes com DHEG; aplicação de questionários com o gestor e profissionais de saúde; observação direta na assistência ao pré-parto, parto e pós-parto; roteiro de verificação do laboratório e da farmácia e análise documental. De acordo com os achados, foi possível concluir que houve uma implementação satisfatória (78.7 %) para os insumos, enfatizando que merecem maior atenção, a disponibilidade de serviços com protocolos de atendimento para gestante e recém-nascido de alto risco e leitos de UTI adulto específicos para gestantes de alto risco. Para as atividades, a implementação foi parcial (61.3%), destacando-se como principais fatores negativos a disponibilidade das consultas no puerpério para parturientes e recém-nascidos; gestantes com DHEG com exames complementares realizados; a oportunidade da verificação de triagem no pré-natal com registro de no mínimo de seis consultas; da verificação do cartão da gestante no atendimento e do atendimento das gestantes com DHEG com protocolo completo. É recomendável fomentar a prática do monitoramento e avaliação nessa área, importante ferramenta na produção de informações úteis na tomada de decisão e melhoria do programa. Portanto, o empenho neste estudo de avaliação está no comprometimento e legitimação de um investimento necessário, passo de grande importância e imprescindível na definição de políticas públicas de saúde voltadas para a mulher e a criança na promoção da saúde e prevenção da DHEG, como uma das iniciativas para a diminuição da morbi-mortalidade materna e neonatal precoce.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Avaliação de implementação, Qualidade, Assistência ao parto, Gestação de alto risco, DHEG.

## ABSTRACT

The initiative of this study came from the need of evaluating the quality of the control actions of the assistance to the high risk pregnancy, more specifically in the assistance given to the patients with Hypertensive Illness Specific from Pregnancy (DHEG in Portuguese) and to her newborns. This research aimed at, in the implementation degree, identifying the facilitating factors of the institutional context and verifying the conformity as ending of implementation success with the gold pattern. In this analysis, the formative evaluation and the single-case study strategy were chosen, focusing on the process. In the context of this evaluation the scientific-technical quality dimension was mentioned, considered here according to the standards and criteria recommended by the Ministry of Health, understood in the sub dimensions: availability, opportunity and accommodation. The methodological drawing of this study involved the analysis of the pregnant women's (with DHEG) records; administration of questionnaires with the manager and health professionals; direct observation in the assistance to the prenatal, birth and post-partum; script of verification of the laboratory and the drugstore and the documental analysis. According to the discoveries, it was possible to conclude that there was a satisfactory implementation (78.7%) for the inputs, emphasizing that more attention is necessary to the availability of services with assistance protocols for high risk pregnant woman and newly born and adult ICU's beds specific for high risk pregnant women. For the activities, the implementation was partial (61.3%), standing out as principal negative factors the availability of the appointments in the puerperium for parturients and newborns; pregnant women with DHEG with accomplished supplementary exams; the opportunity of the screening verification in the prenatal with registration of at least six appointments; the verification of the pregnant woman's card in the attendance and the assistance to the pregnant women with DHEG with complete protocol. It is advisable to promote the practice of the monitoring and evaluation in that area, important tool in the production of useful information in decision-making and improvement of the program. Therefore, the interest in this evaluation study is in the commitment and legitimating of a necessary investment, a step of great importance and indispensable in the definition of health public policies directed to the woman and to the child in the promotion of the health and prevention of DHEG, as one of the initiatives for the decrease of early maternal and neonatal morbidity mortality.

Key Words: Evaluation in Health, Implementation Evaluation, Quality, Assistance to the Birth, High Risk Pregnancy, DHEG.

## LISTA DE FIGURAS, TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

### Figuras

Figura 1 - Razão de mortalidade materna, Cuiabá e Mato Grosso, 2000 a 2008	4
Figura 2 - Razão de mortalidade materna por estabelecimento de referência. Cuiabá 2006 a 2008.	5
Figura 3 - Coeficiente de mortalidade infantil e neonatal precoce. Cuiabá e Mato Grosso, 2000 a 2008.	7
Figura 4 - Coeficiente de mortalidade neonatal precoce em estabelecimento de referência. Cuiabá 2006 a 2008	8
Figura 5 - Modelo lógico do programa: controle da assistência à gestante com doença hipertensiva e seus conceitos	17
Figura 6 - Número de parto por estabelecimento de referência. Cuiabá. 2006 a 2008	27
Figura 7 - Grau de implementação dos insumos – subdimensão disponibilidade	66
Figura 8 - Grau de implementação dos insumos – subdimensão acomodação	67
Figura 9 - Grau médio de implementação para os insumos nas subdimensões - disponibilidade, oportunidade e acomodação	67
Figura 10 - Grau médio de implementação para as atividades nas subdimensões disponibilidade e oportunidade.	71

### Tabelas

Tabela 1 – Perfil dos profissionais de saúde	54
Tabela 2 – Perfil das gestantes assistidas – Faixa etária e escolaridade	56
Tabela 3 - Perfil das gestantes assistidas – Procedência, Características do pré-natal das gestantes assistidas	57
Tabela 4 - Distribuição de óbitos neonatais precoces por causa no hospital maternidade Santa Helena 2006 a 2009.	60

**Quadros**

Quadro 1 - Usuários potenciais, responsabilidade no programa e interesses na avaliação	23
Quadro 2 - Síntese da aplicação dos instrumentos de coleta de dados	36
Quadro 3 - Matriz de Relevância: componente estrutural insumo	38
Quadro 4- Matriz de Relevância: componente estrutural atividade	39
Quadro 5 - Matriz de Informação: Dimensão qualidade técnico- científica e subdimensão – disponibilidade	41
Quadro 6 - Matriz de Informação: Dimensão qualidade técnico-científica e subdimensão – oportunidade	43
Quadro 7- Matriz de Informação: Dimensão qualidade técnico – científica e subdimensão – acomodação	44
Quadro 8 - Matriz de Análise e Julgamento: componente estrutural insumo	46
Quadro 9 - Matriz de Análise e Julgamento – componente estrutural atividade	48
Quadro 10 - Parâmetros para o grau de implementação	50
Quadro 11 - Informações obtidas do CNES e de dados institucionais	52
Quadro 12 - Matriz de Análise e Julgamento: componente estrutural insumo	64
Quadro 13 - Matriz de Análise e Julgamento – componente estrutural atividade	70
Quadro 14 - Grau de implementação do componente estrutural insumo	75
Quadro 15 – Grau de implementação do componente estrutural atividade	76

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES**

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HGU – Hospital Geral Universitário

HMSH – Hospital Maternidade Santa Helena

HUJM – Hospital Universitário Júlio Müller

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

MT – Mato Grosso

NV – Nascidos Vivos

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RMM – Razão de Mortalidade Materna

RN – Recém-Nascido

SADT – Serviço de Atendimento e Diagnóstico e Tratamento

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPP – Serviço de Prontuário do Paciente

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	1
1. O problema: A doença hipertensiva	1
1.1. A doença hipertensiva e a mortalidade materna	3
1.2. A doença hipertensiva e a mortalidade infantil	6
2. Ações de controle da assistência da gestação de alto risco	9
3. Os contextos das ações de controle da gestação de alto risco	11
3.1. Contexto Organizacional	12
3.2. Contexto sócio demográfico	13
4. Pressuposto teórico	14
II. JUSTIFICATIVA	14
III. MODELO LÓGICO DO PROGRAMA	15
IV. OBJETIVO GERAL, OBJETIVOS ESPECÍFICOS, PERGUNTA AVALIATIVA	21
1. Objetivo Geral	21
2. Objetivos específicos	21
3. Pergunta avaliativa	21
V. ANÁLISE DE INTERESSES DOS POTENCIAIS (STAKEHOLDERS)	22
VI. DESENHO METODOLÓGICO	24
1. Avaliação e seus conceitos	24
2. Descrição do local de estudo e Seleção de caso	26
3. Foco, abordagem e desenho do estudo	30
4. Dimensão da avaliação	31
5. Coletas de dados para construir evidências	33
5.1. Instrumentos de coletas de dados	33
6. Trabalho de campo	34
VII. ANÁLISE DE DADOS E JULGAMENTO	37

1. Matriz de Relevância	37
2. Matriz de informação	39
3. Matriz de Análise e Julgamento	45
VIII. ANÁLISE E DIFUSÃO DOS RESULTADOS	50
1. O contexto institucional	50
2. Perfil do gestor do hospital	53
3. Perfil dos profissionais de saúde que atendem gestantes e recém-nascidos no hospital	53
4. Perfil das gestantes com DHEG assistidas	55
IX. CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO	61
1. Grau de implementação observado: componente estrutural insumo	61
2. Grau de implementação observado: componente estrutural atividade	68
X. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
XI. RECOMENDAÇÕES	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	86

# I. INTRODUÇÃO

## 1. O problema: A doença hipertensiva

Este estudo nasceu da necessidade de monitorar e avaliar a qualidade das ações de controle da assistência à gestação de alto risco, mais especificamente nos cuidados prestados à gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceitos. Tomamos como referência as taxas da mortalidade materna e o coeficiente da mortalidade infantil em Cuiabá e no estado de Mato Grosso.

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Apesar disso, uma parcela de gestantes, devido a características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para mãe como para o recém-nascido. Esta parcela constitui, portanto, o grupo chamado de “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2001c).

No Brasil, por suas grandes dimensões e, principalmente pelas diferenças socioeconômicas e culturais, evidenciam-se fatores de risco diversos para as suas várias regiões. Partindo-se desta constatação, os fatores mais comuns na população em geral podem ser agrupados em quatro grandes grupos, a saber: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior à gestação atual, intercorrências clínicas, doença obstétrica na gravidez atual (BRASIL, 2001c).

O Ministério da Saúde aponta que o acompanhamento das gestantes de alto risco requer técnicas mais especializadas, embora alguns casos possam ser solucionados em nível primário durante o pré-natal, através de procedimentos padronizados. Outros casos necessitam de cuidados mais complexos em níveis secundário e terciário, por equipes multidisciplinares, tendo o obstetra e o pediatra papéis decisivos no processo de acompanhamento e atuação da equipe (BRASIL, 2001c).

Diversos fatores associados ao risco de mortes maternas aumentam a probabilidade de que algumas mulheres, mais que outras, desenvolvam complicações graves ou fatais para si e para o conceito durante a gestação, parto e puerpério. Tais fatores podem ser: biológicos,

como idade menor que 15 e maior que 35 anos, estatura menor de 1,40m, estados nutricionais deficientes; fatores clínicos representados por enfermidades pré-existentes como diabetes e hipertensão arterial; fatores sócio-econômicos, ambientais e os relacionados com os serviços de saúde, como o acesso, a eficácia e a qualidade da assistência (BRASIL, 1994). Dentre as causas de gravidez de alto risco a Doença Hipertensiva da Gravidez (DHEG), patologia exclusiva da mulher no período gestacional, é uma das causas campeãs em óbito materno (MARTINS-COSTA, 2006; BRASIL, 2006)

A Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), de acordo com o Ministério da Saúde (2000) é uma patologia obstétrica que surge após a vigésima semana da gestação e aparece na vigésima quarta semana gestacional, sendo mais frequente a partir do terceiro trimestre até o puerpério (REZENDE, 1995).

Segundo Peraçoli e Parpinelli (2005), a DHEG é uma das complicações mais comuns e mais graves da gestação, com maior morbi-mortalidade materna, neonatal e perinatal ocupando o primeiro lugar dentre as afecções próprias do ciclo gravídico-puerperal com incidência em 6% a 30% das gestantes.

Essa patologia caracteriza-se por hipertensão acompanhada de proteinúria e na maioria das vezes edema, sendo chamados de tríade da DHEG. Classifica-se esta patologia em duas formas básicas: pré-eclâmpsia que é a forma não convulsiva marcada pelo início da hipertensão aguda após a vigésima semana de gestação, mais frequentemente próximo ao termo, e eclâmpsia que é um distúrbio hipertensivo gestacional caracterizado pelos episódios convulsivos consequentes a efeitos cerebrais profundo da pré-eclâmpsia (BEZERRA, *et al.* 2005).

Embasado no que foi dito anteriormente, o controle da DHEG está atrelado à humanização da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. Este enfoque fortalece as condutas voltadas para a promoção da saúde e a prevenção da doença, dentro do contexto político-econômico, cultural e histórico, no qual a gravidez não é um processo de doença e as intervenções dos profissionais devem adotar condutas que tragam bem estar e garantam a segurança para a mulher e ao seu concepto (MARTINS, *et al.* 2003).

### 1.1. A doença hipertensiva e a mortalidade materna

A mortalidade materna está entre os indicadores fundamentais que mostram a realidade social de uma nação, como também das condições sócio-econômicas e culturais de uma população, além de refletir a qualidade da atenção à saúde, dispensada à mulher durante a gestação, pois a assistência oportuna e adequada pode evitar a maioria dessas mortes (TANAKA, 2001).

Estudo sobre mortalidade materna no Brasil mostra que, a mortalidade materna desde a década de 40 começou a apresentar um declínio contínuo nos países mais ricos e que, em alguns desses países ou em suas regiões, tornou-se até um evento raro. Entretanto, é ainda um problema significativo e aparentemente de difícil resolução nos países subdesenvolvidos ou mais pobres (LAURENTI, *et al.* 2000).

A Organização Mundial de Saúde define morte materna como:

“a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (OMS, 1994: 143).

No Brasil, a mortalidade materna tem representado motivo de preocupação para os governantes. A sua redução é ainda um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas configuram a violação dos direitos da mulher e um problema de saúde pública, que ocorre com maior frequência entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais (BRASIL, 2004a).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, além da ocorrência de cerca de 529.000 mortes no mundo, 20 milhões de mulheres tenham apresentado complicações agudas da gestação, com considerável número de sequelas. Entretanto, enquanto a razão de morte materna (RMM) é de 20/100.000 nascidos vivos nas regiões desenvolvidas, esta atinge 440/100.000 nas regiões em desenvolvimento, sendo 190 na América Latina e Caribe (AMARAL *et al.*, 2007). A Razão de Mortalidade Materna (RMM) de até 20/100.000 nascidos vivos, é considerada aceitável; entre 20 e 49 mortes, o índice é

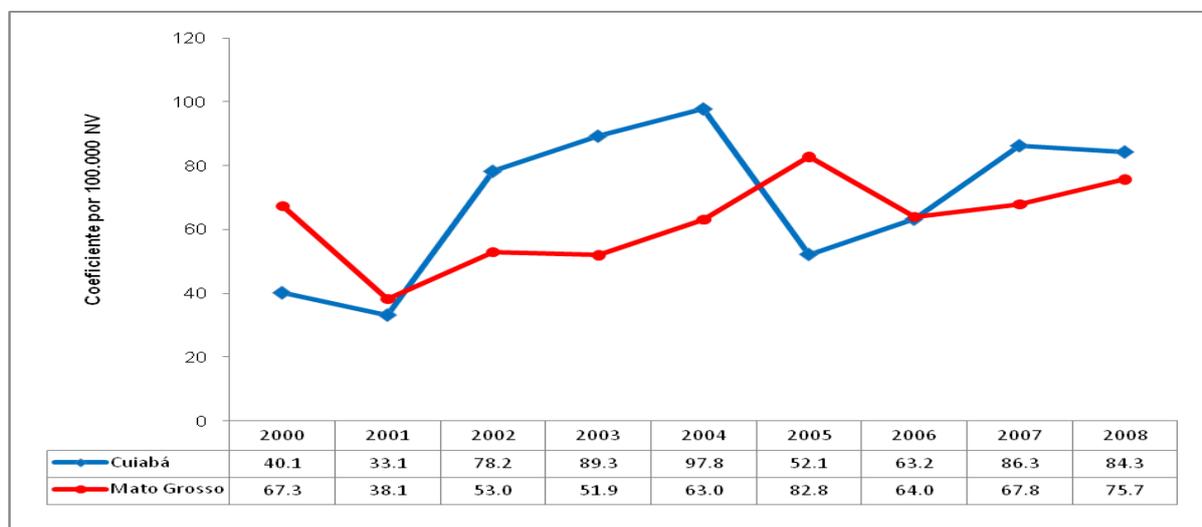
considerado médio; entre 50 e 149 mortes é alto e, acima de 150, muito alto de acordo com a classificação da OMS. (SMS, SP, 2002).

Uma pesquisa em capitais brasileiras apontou que 67.1% das mortes maternas foram decorrentes de causas obstétricas diretas. Quanto aos diagnósticos específicos, predominaram os transtornos hipertensivos em 25% dos casos, quase a mesma proporção de mortes por causas obstétricas indiretas; a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia responderam por 37% das mortes obstétricas diretas. Essa pesquisa deixou evidente a necessidade da melhoria na assistência, incluindo o pré-natal, além de uma adequada atenção ao parto e ao puerpério imediato, uma vez que, 90% dos partos ocorrem em hospitais e em algumas regiões chegam praticamente a 100%. (LAURENTI, 2004).

No Brasil, conforme dados do Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS) - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a razão da mortalidade materna (RMM) para 2007 foi de 77,0/100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2009). Os dados do Ministério da Saúde apontam a hipertensão como sendo a maior causa de morte materna no país, responsável por cerca de 20% da taxa de 77.0 mortes materna/100.000 nascidos vivos. (BRASIL, 2009).

Em Mato Grosso, de acordo com os dados de informação da Secretaria de Estado de Saúde, RMM no estado e no município de Cuiabá, no período de 2000 a 2008, apresenta-se elevada. (Figura 1)

**Figura 1: Razão de mortalidade materna, Cuiabá e Mato Grosso, 2000 a 2008.**



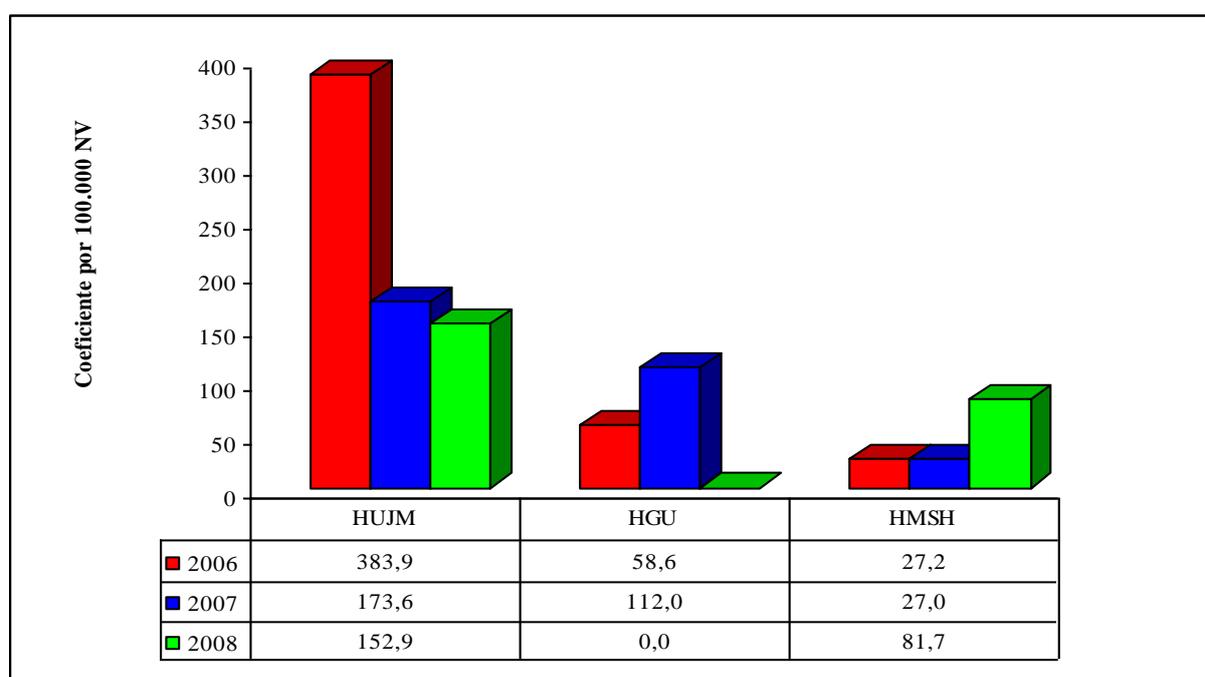
Fonte: SES-MT/SIM e SINASC

Na figura 1, ao analisar o coeficiente de mortalidade materna em Cuiabá, constatou-se que o período de 2001 a 2004 apresentou uma tendência de crescimento linear, já no Estado o período foi de 2001 a 2005. Ao comparar os anos extremos (2008/2000) Cuiabá teve um aumento de 110.2%, enquanto o Estado foi de 12.5%. Quando confrontado o maior e o menor coeficiente em Cuiabá, observou-se um aumento de 195.5% e no Estado de 117.3%. Portanto, o coeficiente de mortalidade materna em 2008 no Estado e em Cuiabá é considerado elevado, de acordo com a classificação feita pela OMS, que considera alto se estiver entre 50 a 149/100.000 nascidos vivos.

Em Cuiabá, conforme os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) foram notificados 58 óbitos maternos ocorridos no período de 2000 a 2008 e destes, 20.7% estão relacionados com a doença hipertensiva específica da gravidez.

Ao analisar o coeficiente de mortalidade materna por estabelecimento de saúde, constatou-se que o Hospital Júlio Muller (HUJM) apresentou os maiores coeficientes em relação ao HGU e HMSH, ao comparar os anos extremos o HUJM apresentou uma redução de 60.1% e o HMSH teve um aumento de 200.0%. Vale ressaltar que em 2008 o HGU não apresentou óbitos maternos (Figura 2).

**Figura 2 - Razão de Mortalidade Materna por estabelecimento de referência. Cuiabá 2006 a 2008.**



## 1.2. A doença hipertensiva e a mortalidade infantil

A mortalidade infantil é considerada um indicador sensível da qualidade de vida de uma população, e reflete tanto as condições sócio-econômicas e ambientais, quanto a assistência médica disponível. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade da assistência prestada e as precárias condições sócio-econômicas e culturais são apontadas como fatores condicionantes e/ou determinantes do elevado número de mortes infantis (FRIAS 2002).

A taxa da mortalidade infantil é avaliada pelas mortes ocorridas no primeiro ano de vida, sendo constituída por dois componentes: mortalidade neonatal que mede o risco de morrer antes do 28º dia de vida, e mortalidade pós-neonatal que mede o risco de morrer no primeiro ano de vida, após o 28º dia. A taxa de mortalidade neonatal subdivide-se ainda em: precoce, que retrata o risco de morrer na primeira semana de vida e tardia, que retrata o risco de morrer após o 7º dia de vida até o 28º dia (BRASIL, 1994).

Segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 2002), as taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em altas (maior ou igual 50 por mil nascidos vivos), médias (20-49) e baixas (menos de 20). Esses parâmetros são periodicamente ajustados às mudanças verificadas no perfil epidemiológico. Atualmente, vários países apresentam valores abaixo de 10 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2005).

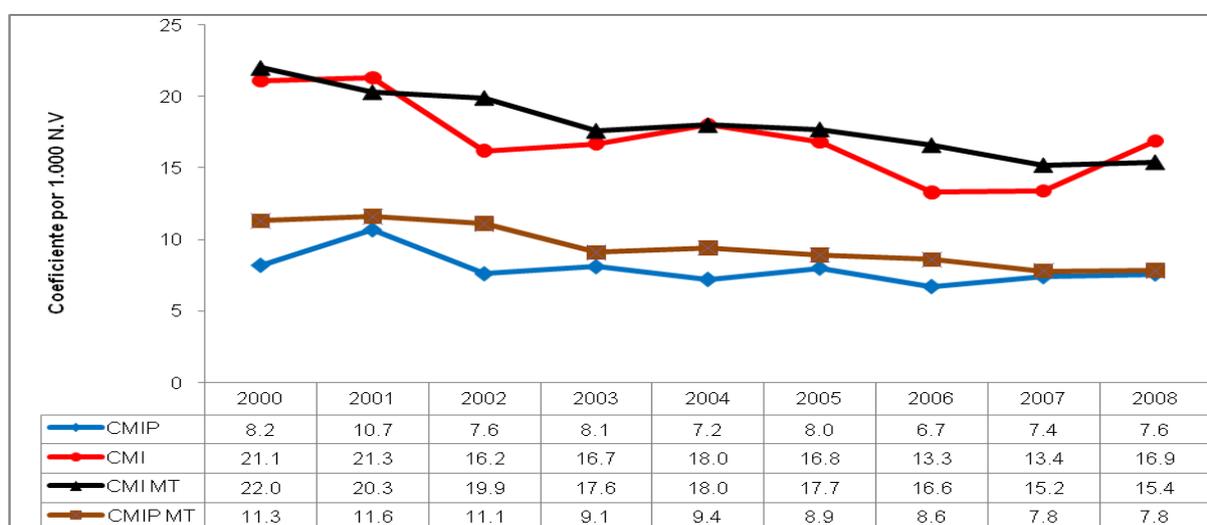
No Brasil, observou-se uma redução importante da mortalidade infantil em menores de um ano de vida, nos últimos anos. A taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos) passou de 27.4 em 2000 para 20.0 em 2007, reduzindo 26.3%. A taxa de mortalidade neonatal precoce (por 1000 nascidos vivos), que em 2000 era de 13.8, reduziu para 10.4 em 2007, uma queda de 24.6 % (BRASIL, 2009).

A taxa de mortalidade infantil no Brasil ainda é elevada, em comparação com países da América Latina como Chile, que chega a 10 por mil, e Cuba, que chega a seis por mil (NOVAES, 2000). Sua redução no Brasil constitui uma importante meta política e continua sendo um desafio para os serviços de saúde, governos e sociedade (BRASIL, 2004a).

O componente neonatal tem mostrado um decréscimo mais lento, provavelmente por estar associado tanto a fatores biológicos de prevenção mais difícil, como ao acesso e à qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, uma vez que reflete melhor a qualidade da atenção à saúde recebida pelas crianças e mães do que o bem-estar social (ARAÚJO, *et al.* 2000).

Segundo os dados apresentados pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, observa-se uma redução progressiva do número de óbitos em menores de um ano no estado de Mato Grosso e na Capital, mas ainda está aquém do desejado. Quanto ao coeficiente de mortalidade infantil observa-se que no período em estudo apresentou uma tendência em decréscimo no estado e em Cuiabá. Em relação ao ano de 2008 quando comparado com o ano de 2000, o estado apresentou uma redução de 30.0% e Cuiabá de 19.9%. Nos anos de 2007 e 2008, o estado registrou os mais baixos coeficientes e Cuiabá registrou os menores coeficientes nos anos de 2006 e 2007, estando dentro da classificação recomendada pela OMS como baixo risco ( $< 20/1.000$  NV – Baixo Risco). Em relação ao coeficiente de mortalidade neonatal precoce, a redução ocorre a partir de 2002 em relação a 2001 no estado, já Cuiabá apresenta uma pequena oscilação no período analisado, obtendo o menor valor em 2006. Ao comparar o ano de 2008 em relação a 2000, o estado teve uma redução de 31.0% enquanto Cuiabá de 7.3% (Figura 3).

**Figura 3: Coeficiente de mortalidade infantil e neonatal precoce. Cuiabá e Mato Grosso, 2000 a 2008.**



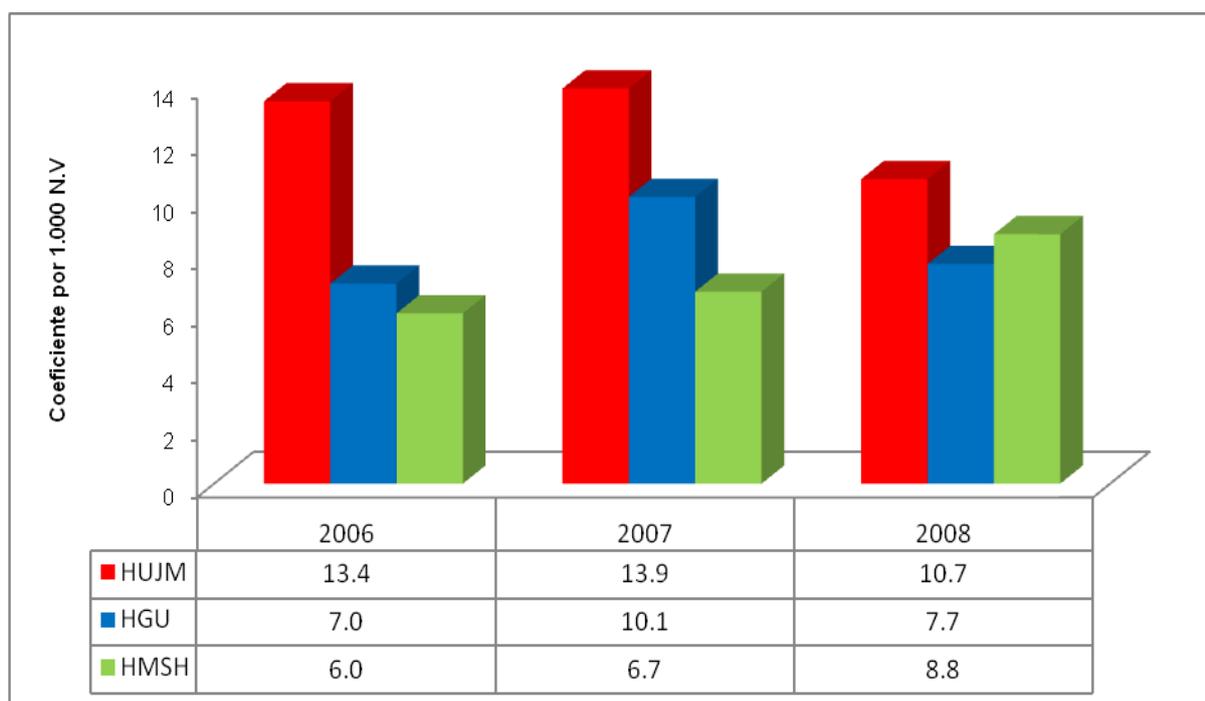
Fonte: SES-MT/SIM e SINASC

Nota(s):

- (1) CMIP = Coeficiente de mortalidade neonatal precoce de Cuiabá.
- (2) CMI = Coeficiente de mortalidade Infantil de Cuiabá.
- (3) CMI MT = Coeficiente de mortalidade Infantil de Mato Grosso.
- (4) CMIP MT = Coeficiente de mortalidade neonatal precoce de Mato Grosso

Na figura 4, verifica-se que o coeficiente de mortalidade neonatal precoce ocorrido nos hospitais de referência, considerando o período mais recente, de 2006 a 2008, no Hospital Universitário Julio Müller (HUJM) é o que se apresenta mais elevado, porém com queda de 20.0% no último ano da série analisada. O Hospital Geral Universitário (HGU) teve oscilação elevando o coeficiente em 30.6% de 2006 para 2007, e reduzindo 23.7% em 2008, já o Hospital Maternidade Santa Helena (HMSH) apresenta tendência crescente do coeficiente na série histórica, acumulando 46.7% no período.

**Figura 4: Coeficiente de mortalidade neonatal precoce em estabelecimento de referência. Cuiabá 2006 a 2008.**



Fonte: SES-MT/SIM e SINASC

No contexto apresentado observa-se que, mesmo o HMSH apresentando menor coeficiente de mortalidade neonatal precoce em relação ao HUJM e HGU, nos dois primeiros anos da série e ocupando o segundo lugar em 2008, houve um crescimento contínuo deste coeficiente. A preponderância deste fator justifica a realização da avaliação do grau de implementação das ações de controle da assistência ao parto e ao recém-nascido de alto risco nesta unidade.

Acredita-se que existam hipóteses que possam ter provocado a situação apresentada dentre as quais podemos destacar: a) Deficiência na qualidade da assistência no pré-natal, pré-

parto e parto, e falta de cuidados com as gestantes com doença hipertensiva específica da gravidez e seus conceitos nos hospitais credenciados e contratados no SUS em Cuiabá-MT; b) pouca resolutividade na atenção primária; c) grande número de atendimento de gestantes com doenças maternas e antecedentes obstétricos, principalmente DHEG; d) falta de garantia de vagas para referenciar a gestante durante o pré-natal; e) falta de um fluxo estabelecido para atendimento da gestante de alto risco; f) deficiência na rede de diagnóstico laboratorial; g) ocorrência de maior número de parto/ano no HMSH; h) atendimento pelo HUIJM e HGU somente de parturientes referenciadas com disponibilidade de vagas; i) atendimento por demanda espontânea na urgência e emergência de todas as parturientes que procuram pelo serviço no HMSH.

## **2. Ações de controle da assistência da gestação de alto risco**

No Brasil, durante as décadas de 1930 a 1970, o Ministério da Saúde lançou programas materno-infantis que traziam uma visão restrita da mulher a sua especificidade biológica feminina e no seu papel social de mãe, doméstica e educadora responsável pela saúde e educação dos familiares e principalmente dos filhos (BRASIL, 2004 b).

Na década de 1980 já se manifestava no Brasil, o desejo de elevar a qualidade da assistência e humanizar o atendimento, no tocante à atenção à saúde da mulher. Reivindicações como as do movimento feminista de “humanização da assistência à gravidez e ao parto” e questionamentos ao modelo médico predominante, que “trata o parto como um evento patológico e arriscado utilizando tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa”, estavam presentes (DINIZ & CHACHAM, 2002). Em 1983, uma das maiores conquistas do movimento feminista foi a formulação pelo Ministério da Saúde do Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sendo este um programa inédito até então, voltado à atenção à saúde da mulher em sua totalidade e não apenas ao binômio mãe-filho (BRASIL, 1983).

O PAISM nasceu no processo de discussão do movimento sanitário, fundamentado na necessidade de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, tendo como prioridade a atenção primária e a integralidade da atenção à saúde, como também à humanização da assistência ao parto (BRASIL, 1983). Nesse sentido, a proposta do PAISM considerava a

necessidade de articulação das ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério (ALMEIDA, 2005).

No Brasil, apesar do PAISM, a atenção à mulher na gestação e no parto permanece centrada em um modelo curativo, com baixos índices de eficiência. Problemas quanto à racionalização de recursos, a regionalização e hierarquização dos níveis de assistência, a má distribuição e qualificação do pessoal de saúde, constituem um verdadeiro desafio tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado (SERRUYA *et al.* 2004).

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou os programas Maternidade Segura, Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com a intenção de garantir e direcionar os rumos da assistência, em busca da construção de uma política nacional de qualificação da atenção ao parto.

O PHPN foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades das ações específicas à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades: a) a concentração de esforços para a redução da morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal; b) adotar medidas para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério, e ao recém-nascido; c) ampliar ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área da atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, e na organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde. O programa propõe o desenvolvimento de estratégias na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000).

Para implementação do PHPN deverão ser tomadas medidas essenciais tais como: melhorar o acesso da população aos serviços de saúde; melhorar a qualidade da assistência hospitalar e ambulatorial prestadas nos serviços de saúde; reconhecer a presença de complicações durante o ciclo gravídico-puerperal; assegurar assistência obstétrica básica; proporcionar o direito à maternidade sem risco e cuidados no pós-parto, além da concentração de esforços para reduzir as taxas de morbi-mortalidade materna e neonatal precoce (BRASIL, 2006).

A base que sustenta o processo da humanização é considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção. Portanto, acolher com dignidade a gestante, seus familiares e o recém-nascido é dever dos serviços e dos profissionais de saúde, enfocando-os como sujeitos de direitos. Isso requer atitude ética e solidária por parte desses profissionais e da organização da instituição, criando ambiente acolhedor que garanta a organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando as intervenções desnecessárias; o estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia, compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2006).

O principal aspecto da política de humanização, o acolhimento, implica a recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, preocupações e angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência. Quando necessário, é importante acolher seu acompanhante no pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto. Portanto, essa é uma ação que implica mudança na relação profissional e usuário. O acolhimento não é um espaço ou um local, nem constitui uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde, com postura ética e solidária. (BRASIL, 2006).

Segundo Dias (2006), os programas Maternidade Segura e PHPN envolvem aspectos que vão desde o cuidado médico, do ponto de vista da qualidade técnica da assistência até o aspecto psico-social das mulheres em trabalho de parto. O PNHAH envolve também aspectos relacionados às condições de trabalho e satisfação dos profissionais de saúde e não apenas à satisfação do usuário.

### **3. Os contextos das ações de controle da gestação de alto risco**

Para melhor ilustrar a situação problema presente neste estudo que é a realidade da mortalidade materna e neonatal precoce em Cuiabá e Mato Grosso, trataremos dos contextos relativos aos fatores determinantes da doença hipertensiva específica da gravidez, que compreende os contextos organizacional e externo e as possíveis interferências destes nos efeitos produzidos.

### **3.1. Contexto organizacional**

A importância dos dados do contexto organizacional destacado neste estudo orientou a construção do desenho da avaliação e da abordagem a ser seguida, além de identificar fatores que possam produzir efeitos nos programas durante a avaliação (CRUZ, 2006).

Neste estudo, ao analisar o contexto organizacional, abordaremos os fatores facilitadores e as barreiras que influenciam na implementação das ações de controle da gestação de alto risco.

O Ministério da Saúde vem concentrando esforços na utilização de recursos na reorganização tecnológica dos serviços e na qualificação de recursos humanos, como também para a manutenção das unidades. Além disso, colabora para a organização e estruturação de sistemas de referência de forma articulada e integrada com os estados e municípios, buscando resolver o problema da carência de serviços especializados na área de atendimento às gestantes de alto risco (BRASIL, 2001a).

Na implantação do programa, as responsabilidades pela operacionalização estão especificadas por nível de gestão, cabendo ao gestor federal a articulação com os Estados, Municípios e ao Distrito Federal o estabelecimento de mecanismo de controle, de avaliação e acompanhamento do processo (BRASIL, 2001b).

De acordo com o Ministério da Saúde, para se obter uma atenção qualificada e humanizada, estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência, considerando os seguintes critérios: a) vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/hospitais, conforme definição do gestor local; b) garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido e atenção puerperal; c) garantia de atendimento a todas as gestantes que procuram os serviços de saúde; d) garantia da realização dos exames complementares necessários; e) garantia de acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto; f) incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária; g) vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal; h) transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado, quando necessário (SAMU); i) garantia de atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais; j) atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a interação no âmbito da rede assistencial desde o pré-natal na atenção primária até o puerpério, com incorporação de condutas acolhedoras, reduz a utilização desnecessária dos serviços especializados. A organização e a adequação do sistema estadual e municipal de referência e contra-referência, da rede de assistência à saúde com cumprimento das metas estabelecidas, em relação aos indicadores pactuados, facilitarão o acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006).

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e a Secretaria Municipal da Saúde de Cuiabá, através da Coordenadoria de Regulação, Controle e Avaliação juntamente com a Diretoria de Regulação Controle e Avaliação do município de Cuiabá, vêm desenvolvendo um trabalho integrado no referenciamento das gestantes pelo Sistema Único de Saúde no estado e na capital. Na SES-MT criou-se o Núcleo de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, com o objetivo de definir estratégias para o monitoramento e a avaliação da atenção à saúde, que permitam a rápida intervenção sobre os problemas identificados e a institucionalização progressiva da prática de monitoramento e avaliação no âmbito dos órgãos do SUS no estado.

Em relação ao Pacto pela Saúde, o monitoramento e a avaliação dos Termos de Compromisso do Pacto de Gestão e dos indicadores do Pacto pela Vida são realizados pela Coordenadoria de Gestão de Política de Saúde da SES-MT. Na Capital, a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá assinou o Termo de Compromisso de Gestão em setembro/2007, dando continuidade aos atendimentos das responsabilidades e das atribuições inerentes à esfera municipal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SES-MT, 2009).

### **3.2. Contexto sócio demográfico**

Este estudo correspondeu aos determinantes da doença hipertensiva específica da gravidez nas dimensões de vulnerabilidade sócio-econômico, na rede de apoio social, na dimensão sistêmica do programa, na sua relação com outros programas ou ações intersetoriais. Isso implica aspectos de ordem social, cultural e econômica dos sujeitos que interferem na exposição ou proteção às gestantes e recém nascidos de alto risco, tais como:

escolaridade da mãe, renda familiar, saneamento básico, moradia, dependência química, crenças religiosas, desigualdades sociais e raciais.

Esses aspectos aliados a fatores de risco para a DHEG como idade materna, história familiar de diabetes, de hipertensão arterial sistêmica ou pré-eclâmpsia, história pessoal de hipertensão gestacional ou arterial sistêmica, obesidade, doença renal, tabagismo, etilismo, primiparidade e gemelaridade, poderão interferir na qualidade da assistência da gestação de alto risco (ASSIS *et al.* 2008).

Propor um estudo de avaliação da qualidade da assistência e das ações de controle da gestação de alto risco, que tem como condição traçadora os cuidados à gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceptos tem que, necessariamente, considerar os contextos acima citados por ser uma avaliação dos processos envolvidos na produção dos efeitos esperados.

#### **4. Pressuposto teórico**

O pressuposto deste estudo é que a mortalidade materna e infantil relacionada à doença hipertensiva gestacional pode ser reduzida pela assistência ao parto se essa ocorrer de acordo com o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, a conformidade das ações a esse protocolo será tomada como critério de implementação bem sucedida para o estudo da assistência na maternidade.

## **II. JUSTIFICATIVA**

As estratégias das políticas públicas propostas pelo SUS, os indicadores do Pacto pela Vida, os fatores de risco relacionados à mortalidade materna e neonatal precoce, a necessidade de reorganização da rede da assistência à saúde no estado e na capital justificam este estudo, pela possibilidade de contribuir na oferta de uma adequada assistência com qualidade a ser prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal pelos programas de saúde de forma mais efetiva e eficiente.

Assim, de acordo com os indicadores de mortalidade materna e neonatal precoce em Cuiabá e pelo fato da DHEG ser a principal causa de morte materna e neonatal precoce, torna-se relevante estudar a qualidade da assistência prestada à gestação de alto risco, uma vez que a melhoria na qualidade da assistência irá contribuir para garantir melhores condições à saúde reprodutiva das mulheres e reduzir o risco de mortes relacionadas à gravidez.

Além disso, os resultados divulgados e as recomendações relacionadas por este estudo fornecerão subsídios para a institucionalização da prática do monitoramento e da avaliação, como também poderá ajudar nas negociações entre os gestores do nível central, regional e municipal, nas soluções dos problemas levantados e na tomada de decisão

### **III. MODELO LÓGICO DO PROGRAMA**

O processo avaliativo busca, desde o início, estabelecer o modelo lógico subjacente à prática de um programa ou serviço. Para o entendimento sistêmico da descrição do Programa a ser avaliado, foi feito o detalhamento das ações de controle da assistência à gestação de alto risco com cuidado à gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceitos, no Modelo Lógico do Programa (MLP), que compreende a descrição de como este funciona, estabelece a relação entre o problema e as ações de controle (intervenção) e, mais que isso, viabiliza o consenso entre os envolvidos sobre cada um de seus componentes.

Modelo lógico pode ser descrito como um conjunto de elementos que compõem a intervenção que será avaliada. Do ponto de vista conceitual, o modelo lógico corresponde a uma maneira visual e sistemática de apresentar as relações entre intervenção e efeito, que deve incluir as relações entre os recursos necessários para a operacionalização do programa, as atividades planejadas, as mudanças ou resultados que o programa pretende alcançar (HARTZ, 1997).

Na visão de Hartz (1997) o modelo lógico, caracteriza-se como um instrumento que possibilita a conexão entre o planejamento e os efeitos esperados de um programa ou intervenção. Uma sucessão de passos lógicos, encadeados dentro de um modelo lógico, provavelmente conduzirá ao seu final a um projeto bem estruturado nas suas relações de causa e efeito.

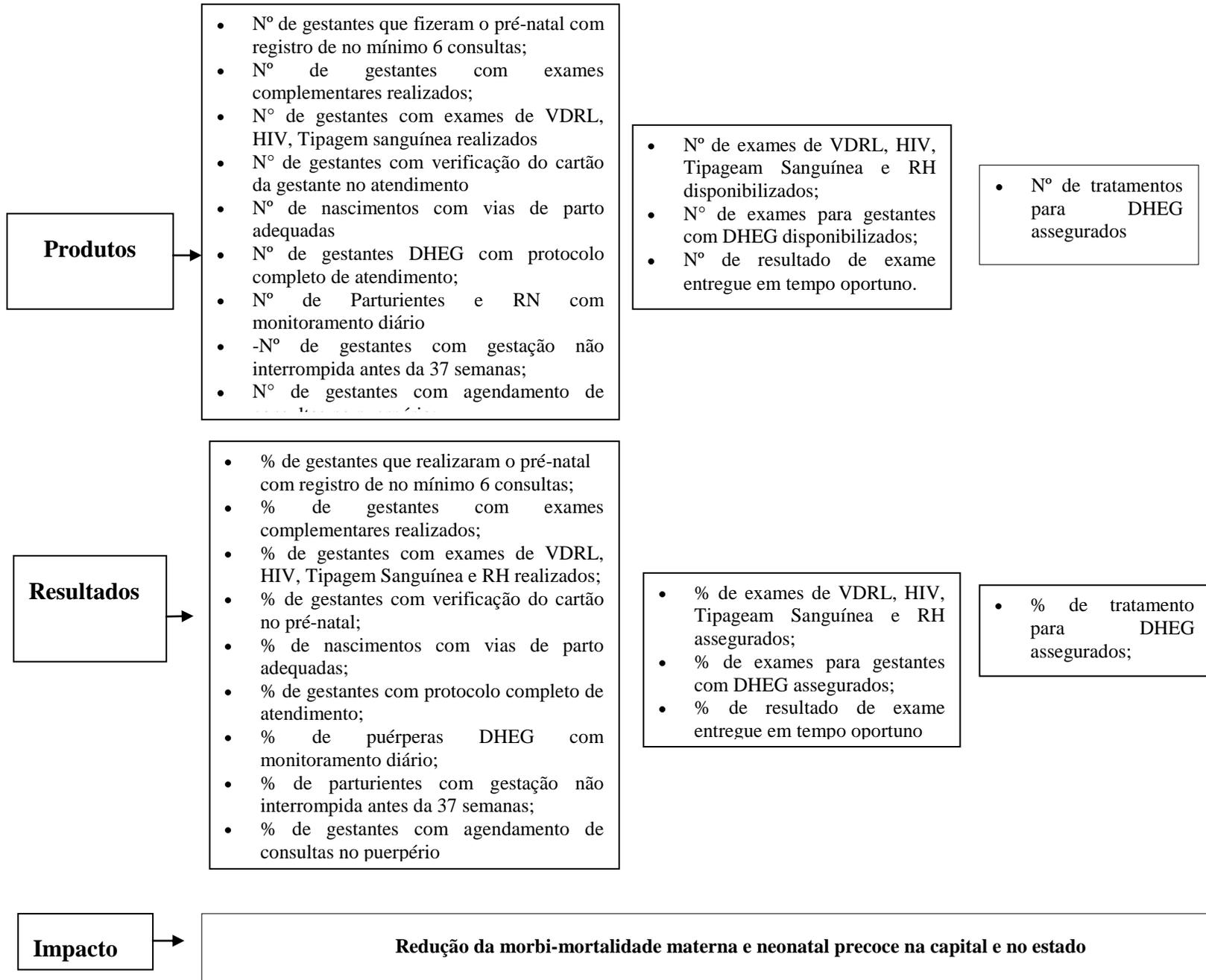
Para Hartz (1999), o modelo teórico de um programa deve explicitar como o programa idealmente funciona, que argumentações teóricas dão suporte à hipótese apresentada e que hipóteses alternativas serão afastadas. A construção do modelo lógico do programa, ao mencionar a sua racionalidade subjacente, inclui deste modo às especificações sobre o problema, a população alvo, as condições do contexto, o conteúdo do programa e os atributos necessários e suficientes para produzirem isolada ou integradamente os efeitos esperados.

Este modelo descreve a funcionalidade de um programa através de uma síntese de seus principais componentes. Resume o mecanismo de funcionamento do mesmo através de uma sequência de passos unindo o processo aos resultados, levando em consideração a interação dos efeitos de seus componentes com o impacto do referido programa. Permite, também, mostrar a infraestrutura necessária para a operacionalização do programa. Ele denota os princípios que dizem respeito às condições para a sua efetividade e fornece uma estrutura de referência para avaliações (MEDINA *et al*, 2004).

O modelo aqui elaborado partiu da definição do problema prioritário. Na realidade, o problema faz parte do Modelo Lógico do Programa, uma vez que pode ser considerada a *“descrição do programa, ou seja, a explicitação clara da racionalidade que liga o problema às ações organizadas para controlá-lo”* (SANTOS, *et al*. 2005: 8).

De forma esquemática, foram relacionados no modelo lógico para cada componente técnico, os insumos necessários, as atividades realizadas, os produtos e resultados esperados (Figura 5). Este modelo sumariza a proposta mais simples dos componentes técnico-estruturais e das dimensões estratégicas, da análise do grau de implementação da qualidade das ações de controle da gestação de alto risco e dos cuidados à gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceitos, buscando contribuir com o aperfeiçoamento da qualidade técnica e propiciar a diminuição da mortalidade materna e neonatal precoce. A ação principal foi verificar o uso dos protocolos clínicos e também os critérios e normas preconizados pelo Ministério da Saúde atendendo o padrão ouro.





Na construção do modelo lógico deste estudo buscou-se envolver os principais atores interessados na pactuação da intervenção, da forma mais adequada possível, uma vez que são eles que têm maior governabilidade no desenvolvimento desta. Apresentar e discutir o modelo lógico da intervenção permite definir o que deve ser avaliado e como os resultados observados poderão contribuir com o programa (HARTZ, 1997).

Nesse estudo, foi desenvolvida a avaliação do grau de implementação das ações de controle da assistência à gestação de alto risco com cuidados à gestante com doenças hipertensiva específica da gravidez e seus conceitos, de acordo com o protocolo da assistência à gestante de alto risco, considerando as condutas clínicas e terapêuticas adotadas em Mato Grosso.

O referencial de análise foi o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, definido no III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial e referendado pela Associação Médica Brasileira e Federal de Medicina, levando-se em consideração os procedimentos de rotina do Hospital em estudo, que segue também os mesmos padrões e critérios acima citados (SANTOS, *et al.* 2005: 8).

A assistência à gestante, ao recém-nascido e ao binômio mãe-filho depende da provisão dos recursos humanos, materiais e financeiros necessários, da disponibilização dos exames laboratoriais, dos medicamentos específicos, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, da adequação aos protocolos da assistência, da capacitação dos profissionais de saúde, da disponibilidade de serviços de saúde complementares e do estabelecimento de ações integradas entre profissionais de saúde.

Nesse período, o monitoramento de parâmetros tais como: temperatura axilar, pressão arterial, atividade uterina, evolução da dilatação do colo uterino pelo toque vaginal e batimentos cardíacos fetais, além da avaliação do bem-estar emocional da mulher, entre outros, devem ser feitos regularmente e registrados em um partograma, permitindo à equipe avaliar a evolução do trabalho de parto e a necessidade de intervenção (OLIVEIRA *et al.* 2008).

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. O retorno da mulher e

do recém-nascido ao serviço de saúde, depois do parto, deve ser incentivado desde o pré-natal e na maternidade (BRASIL, 2006).

Neste estudo de avaliação de implementação das ações de controle da gestação de alto risco: cuidados à gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceptos, a DHEG foi considerado como condição traçadora, entendida como aquela cuja abordagem está bem estabelecida em protocolos de condutas e a avaliação dos casos vai dizer se foi corretamente seguida. Observando que esta recebe uma atenção adequada, não se pode imediatamente inferir que os outros problemas assistidos pela rede também a recebem, embora seja sem dúvida um indicativo da boa qualidade do serviço. Por outro lado a detecção de problemas de atenção a esta mesma condição traçadora, nos permite, com boa margem de confiança, supor que problemas semelhantes ocorram em outras condições. O uso de condições marcadoras para avaliação não nos permite, portanto, chegar à conclusão de que o funcionamento do serviço de saúde é ótimo, mas sim, permite a detecção de problemas e pontos de estrangulamento (PENNA, 1997).

Nesta avaliação é importante e necessário também, realizar análise do contexto local, pois, grande parte das explicações das relações encontradas podem ser melhor entendidas a partir desta análise. Caso contrário, podem-se produzir resultados não aceitos pelos usuários potenciais e, portanto, pouco úteis para tomada de decisões (TANAKA & MELO, 2004).

Esta interlocução é importante, pois institucionaliza a prática da avaliação na instituição, estimula a participação dos interessados na avaliação a contribuírem para o desencadeamento do processo e disseminação dos seus resultados, atingindo a maioria da população e, conseqüentemente, promovendo a qualidade e adequação dos modelos de assistência à gestante e ao recém-nascido.

#### **IV. OBJETIVO GERAL, OBJETIVOS ESPECÍFICOS, PERGUNTA AVALIATIVA**

##### **1. Objetivo geral**

Avaliar o grau de implementação das ações de controle da assistência ao parto da gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e dos cuidados ao recém-nascido exposto em Cuiabá – MT.

##### **2. Objetivos específicos**

Identificar os fatores facilitadores do contexto institucional que influenciam positiva e negativamente o nível de implementação;

Verificar o grau de implementação considerando a conformidade como desfecho de sucesso de implementação com o padrão ouro;

##### **3. Pergunta avaliativa**

Qual o grau de implementação das ações de controle da assistência ao parto da gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e dos cuidados ao recém-nascido exposto considerando a conformidade ao protocolo definido pelo Ministério da Saúde e que fatores facilitam ou dificultam essa conformidade?

## V. ANÁLISE DE INTERESSES DOS POTENCIAIS (*STAKEHOLDERS*)

Os *stakeholders* são definidos como organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo. De modo geral, os grupos de interesse são formados por pessoas com características comuns, que têm algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da avaliação, isto é, estão de alguma maneira, envolvidos ou potencialmente afetados pelo programa e por eventuais consequências do processo avaliativo (FURTADO, 2001).

A análise de *stakeholders* contribui desde a fase da elaboração do desenho até o desenvolvimento da matriz do marco lógico e ajuda a identificar a forma apropriada de identificação, participação e interesse de todas as partes envolvidas em um programa ou projeto. Consiste também do modo como esses interesses irão afetar os riscos e a viabilidade do programa ou projeto (FURTADO, 2002).

As discussões e pactuações são necessárias na negociação da atuação e na divisão das responsabilidades dentro da avaliação entre todos os usuários potenciais, e têm como finalidade, atingir os objetivos propostos. Segundo Medina *et al.*(2004), esta negociação é fundamental na sustentação da avaliação, uma vez que representantes da população, profissionais de saúde e gestores, possuem objetivos e percepções distintas sobre os serviços e priorizam aspectos diferentes quando avaliam a qualidade das ações de saúde.

Patton (1997), ao desenvolver a abordagem da avaliação focada na utilização, toma como premissa básica a ideia de que as avaliações devem ser julgadas por sua utilidade e pelo seu uso naquilo que é necessário para corrigir distorções evidenciadas. Para o autor, a avaliação é um processo participativo, que envolve os principais atores em todas as etapas da avaliação, inclusive, na tomada de decisão sobre o processo avaliativo. Em sintonia com esse autor, pretende-se que esta avaliação seja focada na utilização, cuja implementação depende do envolvimento dos usuários potenciais e seus interesses distintos como: garantia do desenvolvimento do projeto, apoio na tomada de decisões, implementação das ações de saúde previstas nos instrumentos de planejamento nas áreas específicas de atuação, redefinição de fluxos de trabalho operacionais, redimensionamento de recursos humanos, financeiros e de logística, organização da rede de atenção à saúde, melhoria na operacionalização do programa e melhoria da qualidade e do acesso ao atendimento.

O presente estudo tem como usuários potenciais: gestor estadual; diretor do escritório regional de saúde da baixada cuiabana, coordenador e gerente da atenção à saúde da mulher e da criança da SES-MT; diretor do Hospital (Unidade de Estudo); profissionais de saúde do hospital, Núcleo de Monitoramento e Avaliação da Atenção à Saúde e Comitê da Mortalidade Materno e Infantil (Quadro 1).

**Quadro 1: Usuários potenciais, responsabilidade no programa e interesses na avaliação.**

<b>Usuários potenciais</b>	<b>Responsabilidade no programa</b>	<b>Interesse na avaliação</b>	<b>Uso provável dos achados</b>
Secretário Estadual de Saúde	Garantir o desenvolvimento do projeto	Definir e programar ações de planejamento nas áreas específicas de atuação	Tomada de decisão
Escritório regional de Saúde da Baixada Cuiabana	Apoiar o desenvolvimento do projeto dentro do hospital	Compreender o andamento do programa	Orientação para reorganização e/ou adequação de serviços
Coordenador e gerente do Programa de Saúde da Mulher e da Criança	Dar apoio à realização do estudo	Identificar facilitadores e barreiras do processo de implementação	Organizar a rede de atenção à saúde, melhorar ajustes do programa e mobilização para a mudança
Núcleo de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica	Monitorar e avaliar as informações e apoiar o estudo de implementação	Desenvolver projetos de monitoramento e avaliação nas áreas de atenção e gestão	Fortalecer e institucionalizar o monitoramento e avaliação na SES-MT
Diretor do Hospital de referência para alto risco (Unidade de estudo)	Dar apoio dentro do hospital para a realização do estudo avaliativo	Receber informações para a definição de ações do planejamento e organização do serviço de atenção a mulher e a criança	Reorganização do serviço de assistência ao parto e ao recém-nascido
Profissionais de Saúde do hospital	Ser sujeitos na pesquisa durante o desenvolvimento do projeto	Caracterizar e realizar rotinas programadas no hospital	Aplicação das recomendações na rotina de trabalho
Comitês de Mortalidade Materna e Infantil	Monitorar e acompanhar sistematicamente os indicadores de mortalidade materna e infantil	Investigação das causas de óbito neonatal precoce	Proposição das medidas de intervenção para redução dos óbitos neonatal precoce

Este estudo avaliativo foi discutido e pactuado com os membros do Núcleo de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, superintendentes, coordenadores, gerentes e técnicos da SES-MT. Foi apresentado ao Secretário Adjunto da SES-MT e após a definição do hospital como unidade de estudo foi marcada e realizada uma reunião com os demais atores envolvidos na avaliação tais como: o diretor do hospital e profissionais de saúde do hospital, para apresentação, discussão e operacionalização do projeto.

Como observado no quadro 01, os interesses na avaliação estão relacionados ao planejamento, estágio, desenvolvimento e ajustes internos do programa reforçando a pertinência de uma avaliação de implementação.

## **VI. DESENHO DA AVALIAÇÃO**

### **1. Avaliação e seus conceitos**

A avaliação possui múltiplas versões em seus conceitos e definições. Deve ser compreendida no contexto em que é pensada e a partir das perguntas avaliativas que busca responder.

A avaliação é conhecida em suas diferentes fases denominadas de gerações: a primeira caracterizada por medir os fenômenos avaliados; a segunda seria a descrição mais abrangente dos fatores que pudessem responder aos objetivos do processo, a terceira inclui o julgamento como um dos elementos primordiais da avaliação ao lado da descrição e a quarta geração que envolve os atores interessados em seu processo de avaliação (TANAKA & MELO, 2004: 121-122).

Para Motta (1989), a avaliação é enfatizada como:

“um processo de produzir informações sobre os valores dos resultados da implementação de políticas e programas públicos e consiste em um exame crítico dos valores explícitos de uma política, para saber se continuam congruentes com os objetivos previstos” (MOTTA, 1989:1).

Na concepção de Patton (1997) avaliação é um processo participativo, que envolve os principais atores em todas as etapas da avaliação, inclusive, na tomada de decisão sobre o

processo avaliativo. Uma dimensão importante desta abordagem é a investigação sistemática de como o produto da avaliação é utilizado e quais estratégias fortalecem esta utilização.

A avaliação também pode ser definida como um instrumento capaz de contribuir para a *“identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor (valor ou mérito), a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação aos critérios”* (WORTHEN *et al.* 2004, p.35).

Avaliar serviços ou programas corresponde situar a avaliação no campo das modalidades de intervenção social e, conseqüentemente, das ciências sociais. Recorre-se à utilização de *“procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável”*, a chamada avaliação em sentido estrito ou avaliação sistemática (AGUILAR & ANDER-EGG, 1994, p. 23).

Segundo Costa & Castanhar (2003), a avaliação sistemática, contínua e eficaz de programas pode ser um instrumento fundamental para se alcançar melhores resultados e proporcionar uma melhor utilização e controle dos recursos neles aplicados. Além disso, pode fornecer aos formuladores de políticas sociais e aos gestores de programas dados importantes para o desenho de políticas mais consistentes e para a gestão pública mais eficaz.

Como se observa na literatura, não existe consenso nas definições de avaliação. Neste estudo, entretanto, foi adotada a definição de Contandriopoulos *et al.*, (1997, p. 31) para quem *“avaliar baseia-se fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”*. Para estes autores, a avaliação pode resultar da aplicação de normas e critérios (avaliação normativa) ou ser elaborada a partir de um conhecimento científico (pesquisa avaliativa). Na avaliação normativa, propõe-se fazer um julgamento a partir da aplicação de normas e critérios, que possibilitam estudar cada componente da intervenção em relação ao preconizado no protocolo apoiando-se no fato de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção.

A avaliação pode ser classificada em formativa e somativa dependendo das funções estabelecidas. (Aguilar & Ander-Egg, 1994). A avaliação formativa visa gerar informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante a sua execução. A

avaliação do tipo somativa produz julgamentos sobre aspectos fundamentais do programa, sendo frequentemente utilizada para deliberar sobre a continuidade ou o encerramento de uma intervenção.

Para Sousa (2006), a avaliação e o monitoramento possuem pelo menos três propósitos: melhorar as ações do programa potencializando a tomada de decisão oportuna, prestar contas e atribuir o efeito à intervenção e produzir conhecimento através da pesquisa avaliativa. O foco deste estudo é a melhoria do programa a partir dos achados da avaliação e, portanto nele privilegia-se a abordagem teórica de análise de implementação. Esta abordagem prioriza a execução das ações de controle e não os seus efeitos na população. A seguir descreveremos a caracterização do local de estudo ressaltando sua importância na definição da unidade de análise.

## **2. Descrição do local de estudo e Seleção de caso**

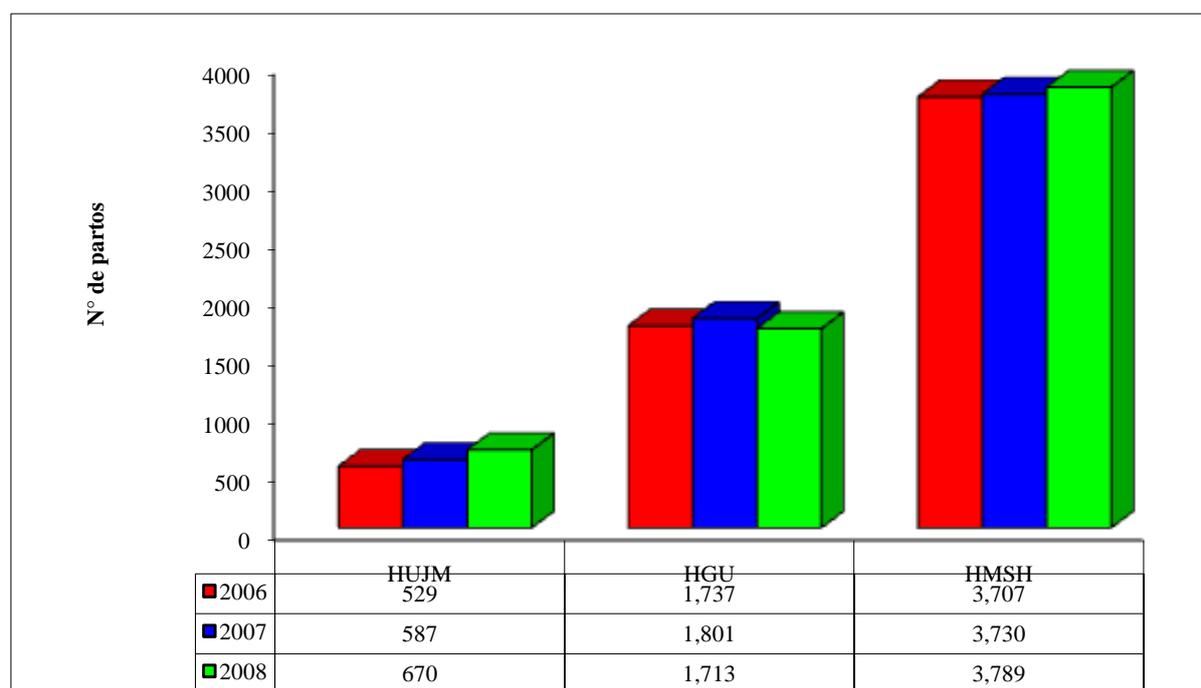
Este estudo teve como área de abrangência o município de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, com uma população estimada em 550.562 habitantes (IBGE, 2009). A rede municipal de saúde atualmente conta com 14 hospitais gerais e 10 hospitais especializados. Dos 14 hospitais gerais existem em Cuiabá três hospitais maternidades credenciados no SUS (Hospital Geral Universitário, Hospital Universitário Julio Müller e Hospital Maternidade Santa Helena) que fazem atendimento à gestante e recém-nascido de alto risco.

Retomando as informações já apresentadas nas figuras 2 e 4, na caracterização do problema vimos que a razão da mortalidade materna e o coeficiente de mortalidade neonatal precoce ainda se mantêm elevada nos hospitais de referência de Cuiabá-MT, sendo que no hospital maternidade Santa Helena esses coeficientes apresentam tendência de crescimento na série histórica analisada.

Observando a figura 6 verifica-se que no período de 2006 a 2008, o número de partos em cada uma das maternidades permanece relativamente constante. Durante esses três anos é clara a predominância de partos ocorridos no HMSH quando comparado as outras duas maternidades. Como pode ser observado na figura 6 em 2008 o HMSH foi responsável por

61.4% dos partos realizados pelas três maternidades de referência. Esse fator foi decisivo para a escolha do HMSH como caso de estudo desta avaliação

**Figura 6: Número de parto por estabelecimento de referência. Cuiabá. 2006 a 2008.**



Fonte: SES-MT/SINASC e SIM

O Hospital Maternidade Santa Helena (HMSH) está localizado no bairro dos Araés na cidade de Cuiabá – Mato Grosso. É uma entidade hospitalar beneficente, sem fins lucrativos, de caráter filantrópico e assistência social, que há muito tempo presta serviço à comunidade mato-grossense. Atende a todas as categorias de pacientes, do não contribuinte ao previdenciário e também a pacientes de outros convênios. Ele provê atendimentos para o SUS nos serviços de internação, urgência e emergência, além de atendimento diagnóstico e tratamento (SADT), sob gestão municipal do SUS. Os serviços de atenção pré-natal, parto e nascimento são próprios, com atendimento ambulatorial não SUS e hospitalar SUS. Possui serviços de diagnóstico por imagem (terceirizado dentro do hospital), de prontuário de paciente (próprio), serviço de obstetrícia clínica e cirúrgica, de pediatria clínica, hemodiálise, endoscopia digestiva, laboratório de análises clínicas (terceirizado dentro do hospital), banco de sangue, UTI adulto e UTI neonatal. Foi inaugurado no ano de 1983 com apenas três profissionais médicos (BRASIL, 2009).

Tem 95.0% dos seus leitos ocupados por pacientes/SUS, apresenta um intenso movimento ginecológico/obstétrico, cirúrgico e clínica médica. Realiza em média 1000 internações mensais pelo Sistema Único de Saúde nas diversas áreas citadas. Possui atendimento contínuo de 24 horas/dia e plantões aos sábados, domingos e feriados. Este Hospital não faz atendimento ao pré-natal. As gestantes referenciadas para atendimento neste hospital são de baixo e alto risco, porém a maioria das gestantes atendidas é por demanda espontânea e, algumas vezes, encaminhadas por profissionais de outro hospital de referência por insuficiência de leitos.

Nos seus 27 anos de existência tem passado por reformas ambientais e estruturais. Atualmente conta com 87 profissionais médicos e 95 profissionais de saúde das demais áreas. Possui uma capacidade de 144 leitos hospitalares, sendo 105 contratados e credenciados pelo SUS. É o hospital com maior número de partos por ano no estado e responsável por aproximadamente 41.0% dos nascimentos ocorridos na cidade de Cuiabá. O hospital está credenciado para fazer atendimento secundário à gestante de alto risco, conforme Portaria MS/GM N° 3477 de 20/08/1998 (BRASIL, 1998). Recebeu o Diploma de premiação por ter participado do II Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira, destinado ao reconhecimento dos hospitais pediátricos do SUS que se destacaram na humanização do atendimento pediátrico e no incentivo ao aleitamento materno.

Para esse atendimento dispõe de duas salas de urgência e emergência, duas salas de partos, uma sala de pré-parto com 10 leitos SUS, uma sala de recuperação com dois leitos SUS. Além dos leitos já citados, o hospital possui 44 leitos para obstetrícia clínica e cirúrgica, dos quais 38 são contratados e credenciados no SUS, 22 para pediatria clínica e cirúrgica, destes 17 são contratados e conveniados no SUS, 20 leitos de UTI neonatal, sendo 10 credenciados e cadastrados no SUS, e mantidos pela SES-MT e 10 leitos de UTI adulto, sendo cinco leitos contratados e credenciados no SUS atendendo a todas as especialidades. (BRASIL, 2009)

Foi o primeiro hospital do estado a ser habilitado pelo Ministério da Saúde no ano de 2009 com o título Hospital Amigo da Criança, com base na Portaria GM N°756 de 16/12/2004 (Brasil, 2004). Ao ser reconhecido pelo Ministério da Saúde e pela UNICEF com esse título, o HMSH se tornou referência em aleitamento materno para o município e estado.

Esta entidade hospitalar foi declarada de Utilidade Pública Municipal pela Lei Municipal nº 4495 de 30/12/2003, publicada na Gazeta Municipal em 22/03/2004, declarada de Utilidade Pública Estadual pela Lei 8.061 de 23/12/2003, publicada na mesma data, e declarada de Utilidade Pública Federal de acordo com o Diário Oficial da União nº 190 de 08/07/2007.

A Unidade de Terapia Intensiva Infantil “Vô Bento” foi fundada em 1999 devido à grande demanda da maternidade do hospital de neonatos prematuros e neonatos a termo necessitando de assistência em unidade de terapia intensiva, esta passou a admitir somente neonatos e a encaminhar os casos infantis para as outras instituições. A UTI Neonatal passa então a fazer parte do serviço terceirizado do Hospital Maternidade Santa Helena (HMSH) e conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Funciona em um espaço cedido pelo hospital e comporta um número de 20 leitos, sendo 15 leitos para recém-nascidos de alto risco e cinco leitos de médio e baixo risco. Atualmente, mesmo com as dificuldades encontradas, devido à grande demanda, espaço físico pequeno e improvisado e quadro de pessoal reduzido, o serviço tem se voltado para a implantação de uma assistência integral e humanizada à sua clientela.

No ano de 2008, conforme o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso o total do número de partos de alto risco ocorridos em Cuiabá nos três hospitais de referência foram 538, sendo: 308 partos no Hospital Maternidade Santa Helena (57.2%), 142 partos no Hospital Universitário Júlio Müller (26,4%) e 88 partos no Hospital Geral Universitário (16.4%). O Hospital Maternidade Santa Helena é o que mais realiza partos em gestantes de alto risco, sendo a unidade que mais claramente apresenta tendência crescente em mortalidade materna e infantil precoce.

Neste estudo avaliativo decidiu-se pela escolha do Hospital Maternidade Santa Helena como unidade de estudo, considerando os principais critérios: apresentou maior número de partos/ano, realizou maior número de partos em gestante de alto risco, apresentou tendência crescente no coeficiente de mortalidade infantil precoce e mortalidade materna na série histórica do período analisado e também pertence a um município prioritário para redução da mortalidade materna e infantil, no estado de Mato Grosso.

### 3. Foco, abordagem e desenho do estudo

Este estudo tem como foco a análise de implementação. Assim, contempla os processos envolvidos na produção dos efeitos esperados, a sua relação com o ambiente local (contexto externo) onde estão inseridos e o ambiente organizacional (contexto político-institucional) onde ocorrem. (Santos *et al*, 2008). A análise de implementação de um programa visa principalmente identificar os processos implicados na produção dos efeitos de uma intervenção. Consiste em especificar o conjunto dos fatores contextuais que influenciam nos efeitos obtidos e no grau de implantação após a introdução de uma intervenção, relacionando a dinâmica interna do programa (relações entre objetivos, serviços, recursos e efeitos) com o contexto onde é implantado. (DENIS & CHAMPANGNE, 1997).

Segundo Hartz (1997), a análise de implementação está relacionada diretamente à capacidade de utilizar os resultados das pesquisas avaliativas para tomar decisões sobre como melhorar o programa. Ela enriquece as possibilidades de generalização de uma intervenção em outros contextos, uma vez que recupera a riqueza das relações entre a intervenção concebida teoricamente e sua transposição para o mundo real.

Assim, a avaliação de implementação é essencial para as organizações, uma vez que possibilita o planejamento, acompanhamento, o controle e, sobretudo, a tomada de decisões visando ao aperfeiçoamento e à melhoria de programas através dos resultados das pesquisas avaliativas.

Este estudo caracteriza-se pela avaliação formativa, visto que esta abordagem é recomendada em avaliações que ocorrem durante o processo de implementação das ações. As avaliações formativas subsidiam ajustes nas ações de maneira concomitantes ao processo em desenvolvimento. Além disso, as avaliações formativas focadas nos processos são importantes para compreender como em intervenções complexas e compostas por elementos sequenciais o contexto interage de diferentes modos. (OLIVEIRA *et al*, 2008).

Para realizar a avaliação optamos pelo estudo de caso que, de acordo com Yin, (2005) é definido como uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo, dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos, ou seja, é uma investigação empírica de um fenômeno que não

pode ser dissociado do seu contexto. Esta estratégia pode ser adotada quando se torna difícil diferenciar os efeitos produzidos por uma intervenção dos que podem ser atribuídos às características do meio da implantação.

Em um estudo de caso o pesquisador trabalha sobre uma quantidade pequena de unidades de análise, com observações feitas em profundidade no interior de cada caso. Sua validade interna depende da qualidade e complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo da adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico. (DENIS & CHAMPANGNE, 1997).

Nos estudos de caso com um só nível de análise, ou seja, de caso único que é a proposta desta avaliação, analisa-se em profundidade uma situação ou um fenômeno, sem definir diferentes níveis de explicação para os processos observados. Este modelo se propõe a descrever e explicar, de maneira global, a dinâmica de uma organização ou o funcionamento de um programa, sem se deter nos componentes específicos que estruturam o objeto de estudo (DENIS & CHAMPANGNE, 1997).

Nesta avaliação foram utilizados métodos mistos qualitativos e quantitativos. O uso simultâneo das duas metodologias possibilita uma apreensão mais profunda da dinâmica interna do fenômeno e, por conseguinte, melhor entendimento do significado dos múltiplos aspectos dos serviços avaliados. Tal efeito se observa porque enquanto a avaliação quantitativa permite uma visão geral do fenômeno avaliado, a qualitativa complementa, explica e aprofunda alguns aspectos mais gerais no alcance de uma avaliação (TANAKA & MELO, 2004).

#### **4. Dimensões da avaliação**

A dimensão da avaliação aqui considerada como uma categoria cognitiva que se cria para avaliar um programa, neste estudo, foi abordada como dimensão qualidade técnico-científica, entendida nas subdimensões disponibilidade, oportunidade e acomodação.

A qualidade, segundo Pereira (1995) é entendida como “*o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações e serviços*”. Já para Vuori (1991) a qualidade

significa um grande número de características desejáveis de cuidado nos serviços de saúde tais como efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica. Para este autor, a qualidade técnico-científica é o nível de aplicação do conhecimento médico e da tecnologia disponível, no cuidado com o paciente. Neste estudo, é entendida como a conformidade, aqui definida como adesão às normas e às atividades estabelecidas no protocolo e fluxogramas de atendimento preconizados pelo Ministério da Saúde, tomadas como padrão ouro e que constituirá a base sobre a qual serão realizados os julgamentos.

No contexto desta avaliação foi abordada a qualidade das ações e serviços de saúde na dimensão qualidade técnico-científica (qualidade do cuidado médico com o paciente) entendida como conformidade às normas e critérios preconizadas pelo Ministério da Saúde tomadas como padrão ouro. A dimensão conformidade será entendida através das subdimensões: disponibilidade (oferta dos insumos e serviços de acordo com a demanda), oportunidade (prestação dos serviços no local e no momento da necessidade técnica da ação) e acomodação (relacionada à organização do serviço para se adaptar às necessidades humanas dos usuários), ampliando a compreensão da qualidade técnico-científica. Vale ressaltar, que essas subdimensões são complementares e têm entre si áreas de sobreposição. Essas subdimensões são baseadas em Penchansky & Thomas, (1981) que as define como:

Disponibilidade relaciona-se o volume e o tipo de recursos e serviços oferecidos com as necessidades dos usuários. Refere-se à adequação da oferta de profissionais; de estrutura física e de programas e serviços especializados.

Oportunidade refere-se à existência dos serviços no lugar e no momento em que é tecnicamente recomendada. Destaca-se que não se refere à mera utilização de serviços, mas deve incluir os obstáculos às ações que tenham relação com o próprio efeito esperado.

Acomodação é a relação entre a forma como os serviços se organizam para adequar-se às necessidades dos clientes e a capacidade desses clientes se adequarem à oferta desses serviços.

Esta avaliação discutiu também a influência dos fatores contextuais nos efeitos e no grau de implementação da intervenção.

## **5. Coletas de dados para construir evidências**

As informações deste estudo foram coletadas em duas fases detalhadas a seguir. A primeira compreendeu da análise de dados secundários do Sistema de informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de informação hospitalar (SIH) e prontuários das gestantes/parturientes com doença hipertensiva específica da gravidez e suas complicações, delimitada em torno de 24.7% dos 486 partos de alto risco ocorridos no Hospital Maternidade Santa Helena no período de setembro de 2008 a setembro de 2009. Nessa etapa os dados foram coletados através do protocolo de coleta de dados do prontuário (Apêndice 1) e, inclui a análise dos dados sócio-demográficos, de admissão, pré-natal, pré-parto e parto, evolução do puerpério, evolução do recém-nascido e resumo da alta.

Na segunda fase foram obtidos os dados primários por meio da aplicação de cinco instrumentos específicos sendo: dois questionários semi-estruturados aplicados ao gestor e profissionais de saúde, três roteiros de observação direta, sendo um roteiro de observação direta do cuidado com observação da abordagem da paciente, do ambiente físico hospitalar, dos procedimentos no pré-parto e no pós-parto e dois roteiros de verificação (farmácia e laboratório).

### **5.1. Instrumentos de coleta de dados**

Conforme apresentado, esta fase compreendeu a aplicação de instrumentos específicos:

1. Questionário ao diretor da Maternidade com perguntas gerais sobre a instituição, estratégias da intervenção, qualidade na atenção, acesso ao programa e também o monitoramento e a avaliação do serviço (Apêndice 2).

2. Questionário aos profissionais de saúde que atendem gestantes e recém-nascidos de alto risco com perguntas sobre o treinamento e/ou qualificação recebida, níveis de conhecimento, utilização dos procedimentos de atendimento às gestantes e os cuidados ao

recém-nascido de alto risco preconizados pelo programa e também a percepção da influência da estrutura organizacional em suas atividades (Apêndice 3).

3. Roteiro para observação direta do cuidado com observação da abordagem da paciente; dos procedimentos no pré-parto para conferir as atividades de acolhimento das gestantes, seus sinais vitais e a evolução do trabalho de parto; do ambiente físico hospitalar; da composição da equipe de profissionais; da relação estabelecida entre os profissionais de saúde e as usuárias. (Apêndice 4).

4. Roteiro de verificação da observação da farmácia hospitalar sobre o quantitativo, validade dos medicamentos, controle de estoque e condições de conservação dos insumos (Apêndice 5).

5. Roteiro de verificação da observação do laboratório sobre a quantidade, validade dos kits diagnósticos, presença de protocolos para realização de exames, tempo para entrega de resultados e condições de conservação dos insumos (Apêndice 6).

Todos os instrumentos de coleta de dados primários construídos foram submetidos à análise dos principais interessados na avaliação, para o aprimoramento dos mesmos, de acordo com a necessidade da avaliação. O projeto que deu origem a esta Dissertação, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e aprovado conforme parecer nº 163/09 em 30/11/2009.

## **6. Trabalho de campo**

O trabalho de campo foi realizado entre janeiro e maio de 2010. A coleta compreendeu a observação das ações nos três turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno) incluindo feriado, sábados e domingos, sendo a média de permanência em campo de oito semanas e aproximadamente 60 horas/semanais.

A coleta de dados compreendeu uma logística complexa. Como descrito no quadro foram aplicados questionários para os diferentes profissionais e revisados os prontuários de gestantes de alto risco atendidas no período de setembro de 2008 a setembro de 2009.

Como pode ser notado no quadro abaixo, durante o levantamento dos dados foram aplicados: um questionário ao gestor do hospital, 76 questionários para profissionais de saúde que atendem gestantes e recém-nascidos; roteiros de observação direta, sendo cinco no atendimento da gestante no pré-parto e três no pós-parto; um roteiro de verificação na farmácia e um no laboratório e 120 protocolos de coleta de dados na revisão de prontuários de gestantes com DHEG.

Os questionários foram aplicados em horários compatíveis com a rotina do hospital de forma a preservar a dinâmica dos serviços e a privacidade dos profissionais e usuários envolvidos, exigindo a presença da pesquisadora mesmo nas trocas de plantões, com vistas a cobrir todos os turnos de funcionamento dos setores envolvidos na pesquisa. Na aplicação dos questionários autorrespondidos, estes eram entregues aos profissionais de saúde nos intervalos de suas atividades para serem recolhidos posteriormente. Entretanto, para melhor resultado na coleta de dados, a pesquisadora ficava aguardando para esclarecer as dúvidas e garantir o preenchimento dos mesmos. As perdas ocorreram devido às mudanças de plantão, viagem de treinamento, férias e licença maternidade ou de saúde desses profissionais, durante o período da coleta de dados.

O processo de observação direta das pacientes iniciou-se no momento da admissão, a partir do consentimento de ambos: profissional e paciente envolvidos. Além da observação da abordagem da paciente, o ambiente físico hospitalar do pré-parto e do pós-parto e a composição da equipe hospitalar que prestam atendimento a gestante e recém-nascido de alto risco, foram considerados.

O preenchimento do roteiro de verificação foi realizado pelo pesquisador e pelo responsável dos serviços de Laboratório e Farmácia respectivamente, compreendendo os dados necessários para a avaliação da qualidade técnica dos setores.

**Quadro 2: Síntese da aplicação dos instrumentos de coleta de dados**

Observações	Instrumentos				
	Questionário Institucional	Questionário Profissional	Roteiro de Observação Direta	Roteiro de Verificação	Protocolo de Coletas de Dados
Diretor Administrativo	<b>1</b>				
Profissionais de Saúde		<b>76</b>			
Atendimento de gestante no pré-parto			<b>5</b>		
Atendimento de nutrízes no pós-parto			<b>3</b>		
Laboratório				<b>1</b>	
Farmácia				<b>1</b>	
Prontuários de Gestantes com DHEG					<b>120</b>

Os procedimentos para a seleção dos prontuários das gestantes de alto risco incluíram quatro passos: 1) Definição do período a ser estudado com os interessados na avaliação; 2) Identificação dos prontuários disponíveis no arquivo do hospital no período, após o processamento da AIH (Autorização de Internação Hospitalar); 3) Solicitação de todos os prontuários de gestantes de alto risco atendidas no período de setembro de 2008 a setembro de 2009 por meio de listagem gerada pelo setor de faturamento para ser entregue ao responsável pelo arquivo; 4) Seleção e separação dos prontuários das gestantes de alto risco no setor de arquivo do hospital para análise. Caso o prontuário da lista não fosse localizado, anotariam-se as razões para tal.

A seleção dos prontuários foi realizada na primeira semana de janeiro em quatro dias de trabalho no arquivo chamado de Guarda Box que fica fora do hospital. A busca de prontuários foi uma atividade que requereu mais de um dia de trabalho dos funcionários do arquivo do hospital. A partir dessa data, a pesquisadora, juntamente com um auxiliar de pesquisa fez a separação de todos os prontuários de gestantes atendidas com DHEG,

totalizando 120 prontuários. Posteriormente, foi realizada a coleta dos dados desses prontuários com o preenchimento do protocolo de coleta durante oito dias de trabalho.

## **VII. ANÁLISE DE DADOS E JULGAMENTO**

A avaliação de implementação foi realizada em duas etapas: a) descrição do grau de implementação e b) análise dos fatores explicativos para o grau de implementação observado e seus possíveis efeitos esperados. Para a caracterização do grau de implementação foram construídas três matrizes: matriz de relevância, matriz de informação, matriz de análise e julgamento e foram estabelecidos os parâmetros para avaliação.

A construção dessas matrizes se baseou no estudo de Santos *et al* (2008) uma vez que para a análise explicativa do grau de implementação observado deverão ser considerados os fatores de contexto externo e do contexto organizacional.

Assim, as matrizes de relevância, de informação e de análise e julgamento foram construídas considerando a dimensão qualidade técnico-científica entendida como conformidade e as subdimensões: disponibilidade, oportunidade e acomodação, pontuando os elementos estruturais do programa e descrevendo, através dessa pontuação, o grau de implementação das ações de controle da gestação de alto risco e os cuidados com a gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e dos seus conceitos.

### **1. Matriz de relevância**

A matriz de relevância é um instrumento norteador de prioridades e facilita a discussão da necessidade de elaboração de um plano de avaliação realista que atenda as expectativas dos envolvidos e considere os recursos disponíveis para obtenção dos dados necessários relacionados a cada subdimensão.

Ela identifica que componentes estruturais devem ser priorizados no momento da elaboração da matriz de análise e julgamento da implementação, isto é, aqueles que são muito relevantes.

Na matriz de relevância destacam os componentes estruturais do programa (insumos e atividades) que são críticos para implementação do programa. Utilizando as subdimensões disponibilidade, oportunidade e acomodação foi construída essa matriz, por meio de pactuação entre os atores envolvidos neste estudo.

Para cada componente foi utilizada uma escala de relevância categorizada como: muito relevante (RRR), relevante (RR) e pouco relevante (R), definindo dessa forma, qual a subdimensão mais estratégica e quais foram os componentes destacados na avaliação e na pontuação utilizada para o julgamento. Na definição das pontuações optou-se pelo estabelecimento de pesos diferenciados, tais como: para o muito relevante (RRR) peso 3.0, relevante (RR) peso 2.0 e pouco relevante (R) peso 1.0, e foram considerados todos os indicadores de insumos e atividades definidos na matriz de informação para o julgamento. Essa categorização subsidiou na contabilização dos pontos da pontuação máxima (PM) e da pontuação observada (PO) apontadas na matriz de análise e julgamento estabelecendo assim o grau de implementação do programa.

### Quadro 3: Matriz de relevância: componente estrutural insumo

Componente Estrutural: Insumos	Dimensão: Qualidade técnico-científica		
	Disponibilidade	Oportunidade	Acomodaçã o
Recursos Humanos	<b>RRR</b>	<b>RRR</b>	<b>RRR</b>
Exames Laboratoriais	<b>RR</b>		
Protocolos	<b>RR</b>		
Medicamentos	<b>RRR</b>		
Ambiente Físico Hospitalar adequado	<b>RRR</b>		<b>RRR</b>

Fonte: Adaptado Santos *et al*, 2008.

**Quadro 4: Matriz de relevância: componente estrutural atividade**

Componente estrutural: atividade	Dimensão: Qualidade técnico-científica	
	Disponibilidade	Oportunidade
Verificação de Triagem no atendimento das gestantes.		<b>RRR</b>
Verificação do cartão do pré-natal no atendimento da gestante com DHEG.		<b>RR</b>
Verificação do agendamento da consulta no puerpério.	<b>RR</b>	
Verificação da aplicação do protocolo no atendimento.		<b>RR</b>
Realização das ações de monitoramento no parto e pós-parto imediato.		<b>RRR</b>
Definição da via de parto adequada.		<b>RRR</b>
Definição pela interrupção da gestação antes da 37 semanas.		<b>RR</b>
Realização dos exames complementares para DHEG.	<b>RRR</b>	

Fonte: Adaptado Santos *et al*, 2008.

## 2. Matriz de informação

A matriz de informação apresentada nos quadros 5, 6 e 7 mostra um conjunto de indicadores que expressam as dimensões da avaliação e os componentes do programa que serão avaliados. A construção de indicadores qualitativos e quantitativos tomou como base os objetivos específicos e buscou responder a pergunta avaliativa. Para garantir a credibilidade da informação em avaliação, devem-se utilizar indicadores importantes que traduzam conceitos contemplados no programa, seu contexto e efeitos esperados, dentro de uma medida específica que permita sua interpretação. Os indicadores ou critérios são bases importantes para a coleta de evidências confiáveis e válidas, aplicáveis em uma avaliação.

Na construção dessa matriz foram destacados os componentes estruturais (insumos e atividades) desde o relevante ao mais relevante. Em seguida, foram selecionados indicadores

na busca de variáveis que melhor representem a dimensão qualidade técnico-científica e as subdimensões: disponibilidade, oportunidade e acomodação (Quadros 5, 6 e 7).

Para possibilitar o julgamento da intervenção, foram definidos os intervalos dos escores dos indicadores em quartis. Para indicadores dicotômicos (presença/ausência) foram consideradas respectivamente a pontuação máxima (quatro) ou mínima (zero).

Como mostram os quadros 5,6 e 7, as informações sobre os indicadores de insumos foram coletadas dos questionários institucionais e análise documental e os referentes às atividades originaram-se dos protocolos de coleta de dados dos prontuários e questionário profissional.

**Quadro 5: Matriz de informação: dimensão - qualidade técnico-científica e subdimensão – disponibilidade**

Componente Técnico do programa	Componente Estrutural	Dimensão: Qualidade Técnico-científica			
		Subdimensão: Disponibilidade			
		Indicadores/Critérios	Fonte de Informação	Como medir	Escores
Assistência	Insumos	Proporção de serviços com protocolos disponíveis para atendimento das gestantes.	Questionário Gestor Observação direta.	Nº de serviços com protocolo disponíveis para atendimento das gestantes/Total de serviços para atendimento das gestantes X100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Existência de kits laboratoriais disponíveis para realização dos exames em gestantes de alto risco com DHEG.	Roteiro de Verificação do Laboratório	Existência de Kits para realização dos exames em gestantes de alto risco com DHEG.	SIM – 4 NÃO -0
		Existência de medicamentos do protocolo disponíveis para tratamento de gestantes de alto risco com DHEG.	Roteiro de verificação da Farmácia	Existência de medicamentos do protocolo para tratamento de gestantes de alto risco com DHEG.	SIM – 4 NÃO -0
		Proporção de profissionais capacitados para o atendimento de gestante de alto risco e suas complicações	Questionário Gestor Questionário Profissional	Nº de profissionais capacitados para o atendimento de gestante/Total de profissionais disponíveis para o atendimento das gestantes x 100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Proporção de leitos de UTI neonatal disponíveis para recém-nascido de alto risco	CNES Observação direta	Nº de Leitos de UTI neonatal disponível/Nº de leitos de UTI neonatal previstos x100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Existência de leitos de UTI adulto específicos para gestante de alto risco.	CNES Observação direta	Existência de leitos de UTI adulto específicos para gestante de alto risco.	SIM – 4 NÃO -0

Componente Técnico do programa	Componente Estrutural	Dimensão: Qualidade Técnico-científica			
		Subdimensão: Disponibilidade			
		Indicadores/Critérios	Fonte de Informação	Como medir	Escores
Assistência	Atividades	Proporção de profissionais disponíveis para atendimento de gestante de alto risco de acordo com quadro de recursos humanos previstos.	CNES Questionário Gestor	Nº de profissionais existentes para atendimento de gestante de alto risco/Nº de recursos humanos previstos x 100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Proporção de profissionais capacitados no manejo de recém-nascidos de alto risco	Questionário Gestor Questionário Profissional	Nº de profissionais capacitados no manejo de recém-nascidos de alto risco/Total de profissionais disponíveis para o atendimento de recém-nascido x 100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Proporção de profissionais capacitados para acolhimento de gestantes do programa.	Questionário Gestor	Nº de profissionais capacitados para acolhimento da gestante do programa/ Total de profissionais capacitados x 100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Existência de consultas entre 7 a 10 dias após o parto para parturientes e RN.	Questionário Profissional	Existência de consultas entre 7 a 10 dias após o parto para parturientes e RN.	SIM - 4 NÃO - 0
		Percentual de gestantes com doença hipertensiva da gravidez com exames complementares.	Protocolo de Coleta de dados prontuário	Nº de gestantes com DHEG com exames complementares /Total de gestantes com DHEG x 100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4

**Quadro 6: Matriz de informação: dimensão qualidade técnico-científica e subdimensão: oportunidade**

Componente Técnico do Programa	Componente Estrutural	Dimensão: Qualidade técnico-científica			
		Subdimensão: Oportunidade			
		Indicadores/Critérios	Fonte de Informação	Como Medir	Pontuação
Assistência	Insumos	Proporção de profissionais que fazem acolhimento com triagem de risco no atendimento das gestantes.	Questionário Profissional	Nº de profissionais que fazem acolhimento com triagem de risco/total de profissionais que fazem o atendimento das gestantes x 100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Proporção de gestante com DHEG com protocolo completo de atendimento.	Protocolo de Coleta de dados do prontuário	Nº de gestantes com DHEG com protocolo completo de atendimento/total de gestantes com DHEG atendidas x 100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
Assistência	Atividades	Proporção de gestantes com DHEG atendidas com triagem do pré-natal com no mínimo seis consultas.	Protocolo de Coleta de dados do prontuário	Nº de gestantes com DHEG atendidas com triagem do pré-natal com no mínimo seis consultas/Total de gestantes atendidas com DHEG x 100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Proporção de gestantes com DHEG atendidas com verificação do cartão de pré-natal no atendimento.	Protocolo de Coleta de dados do prontuário	Nº de gestantes atendidas com DHEG com verificação do cartão do pré-natal /Total de gestantes atendidas com DHEG x 100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Proporção de gestantes com DHEG monitoradas no parto e pós - parto imediato por profissionais da equipe.	Protocolo de Coleta de dados do prontuário	Nº de gestantes com DHEG monitoradas no parto e pós- parto imediato/total de gestante atendida com DHEG x 100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Proporção de parto cesariano em gestante de alto risco com doença hipertensiva específica da gravidez e suas complicações.	Protocolo de Coleta de dados do prontuário	Nº de partos cesariano em gestante com DHEG e suas complicações/Total de gestantes com DHEG e suas complicações x 100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Proporção de gestações não interrompidas durante o manejo do caso antes da 37 semanas	Protocolo de Coleta de dados do prontuário	Nº de gestações não interrompidas durante o manejo do caso antes da 37 semanas/total de gestantes atendidas x 100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4

**Quadro 7: Matriz de informação: dimensão: qualidade técnico - científica e subdimensão: acomodação**

Componente Técnico do Programa	Componente Estrutural	Dimensão: Qualidade técnico – científica			
		Subdimensão: Acomodação			
		Indicadores/ Critérios	Fonte de Informação	Como medir	Pontuação
Assistência	Insumos	Existência de salas para atendimento de gestantes com: Temperatura ambiente agradável.	Observação direta	Existência de salas para o atendimento das gestantes com Temperatura ambiente agradável	SIM – 4 NÃO -0
		Roupa de cama limpa para o atendimento das gestantes.		Existência de salas para o atendimento das gestantes com Roupa de cama limpa	
		Roupa hospitalar adequada.		Existência de salas para o atendimento das gestantes com roupa hospitalar adequada.	
		Banheiros em boas condições.		Existência de salas para o atendimento das gestantes com banheiros em boas condições.	
		Água potável.		Existência de salas para o atendimento das gestantes com água potável.	
		Proporção de profissionais que conhecem o protocolo do PHPN.	Questionário Gestor Questionário Profissional	Nº de profissionais que conhecem o PHPN/ Total de profissionais x 100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Proporção de profissionais que realizam o acolhimento no atendimento da gestante de acordo com o PHPN.	Questionário Gestor /Profissional e Observação direta	Nº de profissionais que realizam acolhimento da gestante de acordo com o PHPN/total de profissionais do programado PHPN x 100.	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Proporção de profissionais que acham importante o acolhimento no atendimento da gestante de acordo som o PHPN.	Questionário Profissional	Nº de profissionais que acham importante o acolhimento de acordo com o PHPN /total de profissionais x 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4

### 3. Matriz de análise e julgamento

Para a construção da matriz de análise e julgamento foram destacados apenas os insumos e atividades relevantes (RR) e muito relevantes (RRR). Posteriormente, foi identificado o conjunto de critérios e indicadores como prioritários por subdimensão da avaliação (disponibilidade, oportunidade e acomodação), estabelecendo a pontuação de cada um. Esta matriz tem por finalidade estabelecer, após a contagem dos pontos, o grau de implementação das ações de controle da gestação de alto risco e dos cuidados à gestante com doença hipertensiva da gravidez e aos seus conceitos (Quadros 8 e 9), tomando como desfecho de implementação a qualidade técnica das ações.

A pontuação interna considerou a importância de cada indicador analisado para a determinação do grau de implementação definindo a pontuação máxima dos insumos e atividades, tais como: relevante (PM=8) e muito relevante (PM=12) em cada dimensão da avaliação, ou seja, no caso dos insumos a pontuação total para a subdimensão disponibilidade (100 pontos) obteve maior número de pontos considerando os relevantes e muito relevantes. Já entre as atividades a subdimensão oportunidade (60 pontos) reuniu um maior número de pontos considerando os relevantes e muito relevantes.

A distribuição interna da pontuação máxima (PM) e da observada (PO) considerou a importância de cada indicador para a determinação do grau de implementação do programa. (Quadros 8 e 9).

**Quadro 8: Matriz de análise e julgamento: componente estrutural insumo**

<b>Dimensão: Qualidade técnico-científica</b>					
<b>Componente Estrutural</b>	<b>Insumos</b>	<b>PM</b>	<b>PO</b>	<b>GI</b>	<b>GIT</b>
<b>Subdimensão</b>	<b>Recursos Humanos</b>				
<b>Disponibilidade</b>	Proporção de profissionais capacitados disponíveis para o atendimento de gestante de alto risco e suas complicações	12			
	Proporção de profissionais capacitados no manejo de recém-nascidos de alto risco	12			
	Proporção de profissionais capacitados para acolhimento de gestantes do programa.	12			
	Proporção de profissionais disponíveis para atendimento de gestante de alto risco de acordo com quadro de recursos humanos previstos.	12			
	<b>Medicamentos</b>				
	Existência de medicamentos do protocolo de tratamento para gestantes de alto risco com doença hipertensiva da gravidez na farmácia.	12			
	<b>Exames Laboratoriais</b>				
	Existência de kits laboratoriais disponíveis para realização dos exames em gestantes de alto risco com doença hipertensiva da gravidez.	8			
	<b>Protocolos</b>				
	Proporção de serviços com protocolos disponíveis para atendimento das gestantes e recém-nascido de alto risco.	8			
	<b>Ambientes físicos hospitalares adequados</b>				
	Existência de leitos de UTI adulto específico para gestante de alto risco conforme as normas.	12			
Proporção de leitos de UTI neonatal disponíveis para recém-nascido de alto risco	12				
<b>Índices de Implementação por subdimensão</b>		<b>100.0</b>			
<b>Oportunidade</b>	<b>Recursos Humanos</b>				
	Proporção de profissionais que fazem acolhimento com triagem de risco no atendimento das gestantes	12			
<b>Índices de Implementação por subdimensão</b>		<b>12.0</b>			

Dimensão: Qualidade técnico-científica					
Componente Estrutural	Insumos	PM	PO	GI	GIT
Subdimensão	<b>Recursos Humanos</b>				
Acomodação	Proporção de profissionais que conhecem o protocolo do PHPN.	12			
	Proporção de profissionais que realizam o acolhimento no atendimento das gestantes de acordo com o PHPN.	12			
	Proporção de profissionais que consideram importante o acolhimento no atendimento das gestantes de acordo com o PHPN.	12			
	<b>Ambientes físicos hospitalares adequados</b>				
	Existência de salas disponíveis para atendimento de gestantes com: Temperatura ambiente agradável	2.4			
	Roupa de cama limpa	2.4			
	Roupa hospitalar adequada	2.4			
	Banheiros em boas condições	2.4			
	Água potável	2.4			
	<b>Índices de Implementação por subdimensão</b>		<b>48.0</b>		
<b>Grau de Implementação Total</b>		<b>160.0</b>			

Fonte: Adaptado Santos *et al*, 2008. Nota(s): 1 - PM – Pontuação Máxima 2 - PO – Pontuação Observada 3 - GI= Grau de Implementação 4 - GIT- Grau de Implementação Total

Quadro 9: Matriz de análise e julgamento – componente estrutural atividade

Componente Estrutural	Dimensão: Qualidade técnico-científica				
	Atividades	PM	PO	GI	GIT
Subdimensão					
Disponibilidade	<b>Verificação do agendamento da consulta no puerpério</b>				
	Existência de consultas agendadas entre 7 a 10 dias após o parto para parturientes e RN.	8			
	<b>Realização dos exames complementares para DHEG.</b>				
	Percentual de gestantes com doença hipertensiva da gravidez com exames complementares realizados.	12			
<b>Índices de Implementação por subdimensão</b>		<b>20.0</b>			
Oportunidade	<b>Verificação de Triagem no pré-natal</b>				
	Proporção de gestantes com DHEG atendidas com triagem do pré-natal com no mínimo de seis consultas.	12			
	Proporção de gestantes com DHEG atendidas com verificação do cartão de pré-natal no atendimento gestante com DHEG.	8			
	<b>Verificação da aplicação do protocolo no atendimento.</b>				
	Proporção de gestantes atendidas com DHEG com protocolo completo de atendimento.	8			
	<b>Realização das ações de monitoramento no parto e pós-parto imediato.</b>				
	Proporção de gestantes com doença hipertensiva e suas complicações monitoradas no parto e pós-parto imediato por profissionais da equipe	12			
	<b>Definição pela interrupção da gestação antes da 37 semanas.</b>				
	Proporção de gestações não interrompidas durante o manejo do caso antes da 37 semanas.	8			
	<b>Definição da via de parto adequada</b>				
Proporção de parto cesariano em gestante de alto risco com doença hipertensiva específica da gravidez e suas complicações.	12				
<b>Índices de Implementação por subdimensão</b>		<b>60.0</b>			
<b>Grau de Implementação Total</b>		<b>80.0</b>			

Fonte: Adaptado Santos *et al*, 2008.

Nota(s): 1 - PM – Pontuação Máxima 2 - PO – Pontuação Observada 3 - GI= Grau de Implementação 4 - GIT- Grau de Implementação Total

Todos os dados obtidos foram processados em bancos de dados, criados e digitados em planilhas do software Excel.

Os relatórios de análise foram tabulados em planilhas do software Excel, constituindo assim as matrizes de análise e julgamento. Essas matrizes estão apresentadas na análise e discussão dos resultados e estão organizadas a partir dos índices de disponibilidade, oportunidade e acomodação apontados como critérios da dimensão qualidade técnico-científica nesta avaliação (Quadros 8 e 9).

Nessas matrizes são apresentados os percentuais obtidos para os indicadores, as pontuações máximas, e as pontuações observadas, visando à caracterização do grau de implementação. Destaca-se que, para a avaliação desses índices, foram utilizadas as informações obtidas em apenas uma das fontes: protocolo de coleta de dados do prontuário ou roteiro de verificação da farmácia e do laboratório. Enquanto que para a análise de dados que envolveram mais de uma fonte foram trianguladas as informações provenientes de diversos instrumentos de coletas de dados: observações diretas do pré-parto e pós-parto imediato e questionários com o gestor e com profissionais de saúde do hospital.

Na visão de Minayo *et al* (2005), triangulação significa a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação.

Para o julgamento do grau de implementação foram utilizados os pontos de cortes explicitados no quadro10 considerando a seguinte escala: implementação satisfatória para os valores maior ou igual a 75.0%, implementação parcial para os valores de 50.0 a 74.9%, implementação insatisfatória para os valores de 25.0 a 49.9% e implementação crítica para os valores menores de 25.0%. O parâmetro adotado para estabelecer os escores dos indicadores (insumos e atividades) da matriz de julgamento foi definido por meio de quartis e baseou-se no estudo de Cosendey *et al*, 2003, permitindo assim, atribuir aos serviços uma pontuação que classificou em graus de implementação (Quadro10).

**Quadro 10: Parâmetros para o grau de implementação**

<b>Percentual</b>	<b>Grau de implementação</b>
75.0% ou mais	Implementação Satisfatória
De 50 a 74.9%	Implementação Parcial
De 25 a 49.9%	Implementação Insatisfatória
Menor de 25%	Implementação Crítica

Fonte: Adaptado de Cosendey, 2003.

**VIII. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Nesta parte, antes de entrar propriamente na análise, descreveremos uma breve caracterização do local do estudo e o perfil dos sujeitos da pesquisa: gestor e profissionais de saúde do hospital e das gestantes assistidas. Para isso, foram utilizadas informações dos questionários com gestor e profissionais de saúde da unidade, informações obtidas na observação direta institucional, lista de verificação do laboratório e da farmácia, dos sistemas de informações e dos protocolos de coletas de dados dos prontuários.

**1. O Contexto institucional**

Para caracterizar o contexto institucional, buscando avaliar a influência de suas características com risco no atendimento da gestante e do recém-nascido de alto risco, foram analisados dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – 2010 (CNES/DATASUS/MS) e a informação fornecida no questionário do gestor do hospital e na Observação direta institucional.

O hospital tem habilitação para atendimento ao parto de alto risco, sendo credenciado como Hospital Amigo da Criança. De acordo com a CNES/DATASUS/MS e corroborado pelo gestor entrevistado o estabelecimento tem Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, de Ética Médica, de Revisão de Prontuários e de Revisão de Óbitos. O hospital permite a presença de acompanhante no pós-parto somente para gestantes de partos de cesáreas e para as gestantes menores de idade. A taxa de infecção hospitalar da maternidade no mês de fevereiro/2010 foi de 0.37% e da UTI Neonatal foi de 8.89%.

O Quadro 11 apresenta a comparação entre os dados extraídos do CNES/DATASUS/MS, informado pelo gestor da Unidade e constatado através da observação direta em relação à disponibilidade de leitos, composição dos profissionais de saúde do hospital. Foi verificada uma diferença de três leitos de obstetrícia cirúrgica a menos em relação ao informado no CNES.

No HMSH a composição dos profissionais de saúde, apresentada no quadro 11, está em conformidade com o recomendado pelo Ministério da Saúde para o atendimento secundário de gestante de alto risco, uma vez que se encontra de acordo a portaria n.º 3.477, de 20 de agosto de 1998. Ela cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco nos itens X do Art. 3º e VI do Art. 5º.

O item X do Art.3º estabelece que além da equipe técnica para atendimento resolutivo em clínica e cirurgia obstétrica, neonatologia, UTI adulto e UTI neonatal, a unidade deve dispor de equipe interdisciplinar de atenção à gestante de alto risco constituída dos seguintes profissionais: neurologista, cardiologista, endocrinologista, nefrologista, cirurgião geral, clínico geral, ultrassonografista, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, psicólogo, nutricionista e neurocirurgião, e no item VI do Art. 5º deve contar com equipe mínima permanente de assistência à gestante, composta dos seguintes profissionais: obstetra, anesthesiologista, neonatologista, clínico geral, enfermeira, nutricionista e assistente social.

**Quadro11: Informações obtidas do CNES e de dados institucionais**

<b>Ambiente Hospitalar</b>	<b>Leitos disponíveis</b>	
	<b>CNES</b>	<b>Dados institucionais</b>
Sala de parto	12	12
Ginecologia/Obstetrícia Clínica	11	11
Obstetrícia Cirúrgica	37	34
UTI Adulto	10	10
UTI Neonatal	25	25
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Composição dos profissionais de saúde do hospital</b>	
	<b>CNES</b>	<b>Dados Institucionais</b>
Médico Obstetra	20	18
Médico Anestesiologista	6	6
Médico Pediatra e Neopatologista	6	4
Médico Cirurgião Geral	22	22
Médico Intensivista	6	6
Médico Cardiologista	4	4
Médico Ultrassonografista	2	2
Médico Nefrologistas	4	4
Médico Neurocirurgião	3	3
Médico de outras especialidades	21	21
Enfermeiro	6	6
Nutricionista	2	2
Assistente social	1	1
Técnico de Enfermagem	45	45
Auxiliar de Enfermagem	18	18
Farmacêutico	1	1
Fisioterapeuta	13	13
Cirurgião Dentista	9	9

Fonte: Elaboração própria a partir do CNES e Dados Institucionais

## **2. Perfil do gestor do hospital**

A gestora do hospital tem 27 anos de formação em enfermagem, com capacitação em Administração dos Serviços de Saúde, Gestão Empresarial, Administração Hospitalar, Gestão em Enfermagem Hospitalar. Trabalha no hospital desde 1984, há 26 anos. Começou sua trajetória como enfermeira, posteriormente como gerente da área de enfermagem e por último como gerente administrativa. Como enfermeira trabalhou em outras unidades de Saúde como Pronto Socorro Municipal de Cuiabá e Serviço de Assistência Médica (SAMI). Ela exerce desde 1990 a função de gestora administrativa. Atualmente dedica tempo integral ao hospital, sendo esta a sua principal fonte de renda. Sua participação é de forma efetiva na execução das atividades dos programas desenvolvidos pelo hospital, principalmente no que se refere à gestão dos recursos materiais e financeiros.

## **3. Perfil dos profissionais de saúde que atendem gestantes e recém-nascidos no hospital**

Foram analisados questionários de 76 profissionais de saúde que atendem gestantes e recém-nascidos dos quais 12 eram médicos (15.8%), dois Médicos Residentes (2.6%), um Acadêmico de Medicina (1.3%), dois Auxiliares de Enfermagem (2.6%), quatro Acadêmicos de Enfermagem (5.3%), seis Enfermeiros (7.9%), 48 Técnicos de Enfermagem (63.2%) e um Fisioterapeuta (1.3%). (Tabela 1)

Questionados sobre atuação e fixação profissional, 46 profissionais (60.5%) responderam que o tempo de atuação é de mais de cinco anos, 41 profissionais (53.9%) responderam que trabalham somente nesta Unidade e 55 profissionais (72.4%) responderam ser o hospital em estudo a sua maior fonte de renda. Em relação à composição da equipe, 70 (92.1%) lidam diretamente com o paciente. Existem seis profissionais que exercem cargos de chefia, correspondendo a 7.9% do total, que além de exercer chefia, realizam procedimento no atendimento. Quanto ao tempo de formação profissional, a maioria 49 (64.5%) respondeu ter menos de 10 anos de formação.

**Tabela 1: Perfil dos profissionais de saúde.**

<b>Profissionais de Saúde</b>	<b>Números</b>	<b>Porcentagem</b>
Médicos	12	15.8
Médicos residentes	2	2.6
Acadêmico de medicina	1	1.3
Enfermeiros	6	7.9
Acadêmicos de enfermagem	4	5.3
Técnicos de enfermagem	48	63.2
Auxiliar de enfermagem	2	2.6
Fisioterapeuta	1	1.3
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100.0</b>

Fonte: CNES e Dados institucionais

Com relação à capacitação e treinamento, o Ministério da Saúde com a finalidade de garantir melhor qualidade à gestação de alto risco e de reduzir o índice de morbi-mortalidade materna e neonatal, normatizou a implantação de programas estaduais de referência hospitalar para atendimento à gestante de alto risco, com a aplicação de recursos no processo de adequação das maternidades, na capacitação de profissionais de saúde, na reestruturação da área física, na aquisição de equipamentos e disponibilização de mais leitos para atender as gestantes e os recém-nascidos de risco. Esta normatização se organiza através das seguintes portarias: MS/GM 3.016 de 19 de junho de 1998, MS/GM 3.482 e MS/GM 3.477, ambas de 20 de agosto de 1998. No ano de 2000, em parceria com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASCO), o Ministério da Saúde elaborou os Manuais Técnicos de Assistência Pré-natal e Gestação de Alto Risco, os quais foram distribuídos para a rede básica e hospitalar de saúde de todo território nacional oferecendo um amplo programa de capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2001).

Em informação fornecida pelo gestor este afirmou que todos os profissionais do hospital foram capacitados para o atendimento do programa e realização de suas atividades atendendo o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Inquiridos diretamente os profissionais de saúde sobre a capacitação e treinamento, 58 (76.3%) dos profissionais disseram que participaram de algum treinamento. Dos 76.3% que responderam ter recebido treinamento e capacitação 36 (47.4%) afirmaram ter ocorrido há

menos de um ano. A instituição responsável pela capacitação de 40 (52.6%) profissionais foi o próprio hospital. Os entrevistados informaram que a mesma foi presencial. Outras instituições citadas como executoras de capacitações foram: secretarias de saúde, associações profissionais e universidades.

#### **4. Perfil das gestantes com DHEG assistidas**

O perfil das gestantes com DHEG assistidas é resultado da análise de 120 prontuários, correspondendo ao total de gestantes com doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) assistidas no HMSH, no período de setembro de 2008 a setembro de 2009, equivalendo a 24.7% das 486 gestantes de alto risco, e 7.7% do total de 6.303 gestantes assistidas, onde se buscou identificar suas características sócio-demográficas. Das 120 gestantes com DHEG assistidas 62 (51.6%) apresentaram pré-eclampsia, 54 (45%) crise hipertensiva e 4 (3.3%) eclampsia.

Os resultados mostraram que 40 (33.4%) das gestantes apresentaram gravidez na adolescência, o que pode ter contribuído com esse elevado casos de DHEG, principalmente casos de pré-eclampsia (51,7%) nas gestantes assistidas. Segundo Goldenberg *et al* (2005) dentre as complicações maternas e neonatais mais frequentes da gravidez na adolescência estão o baixo ganho de peso materno, a desproporção céfalo-pélvica, a pré-eclampsia, a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o Apgar baixo no quinto minuto.

Na análise sobre a escolaridade, 104 (86.7%) das gestantes atendidas tinham escolaridade abaixo do segundo grau completo, demonstrando a baixa escolaridade das gestantes assistidas. Os 120 prontuários analisados não continham informação sobre a situação conjugal das pacientes.

**Tabela 2: Perfil das gestantes assistidas – Faixa etária e escolaridade**

<b>Variáveis</b>	<b>Números</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Faixa etária</b>		
11 a 19	40	33.4
20 a 34	73	60.8
35 ou mais	7	5.8
<b>Anos de estudo</b>		
0 a 11 anos	104	86.7
12 e mais	7	5.8
Não informado	9	7.5
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos prontuários

Na tabela 3, consta que das 120 gestantes assistidas com DHEG, 104 (86.7%) sem encaminhamento, informaram como procedência o deslocamento de sua própria residência para o hospital. Quanto à realização do pré-natal verificou-se que 76 (65.0%) tinham informação que realizaram o pré-natal e que 41 (34.2%) não havia informação no prontuário. Deve-se considerar que o fato de 34.2% dos prontuários não informarem o registro sobre a realização do pré-natal, não significa necessariamente que a gestante não tenha feito o pré-natal durante o período gestacional. Quanto ao número de consultas 56 (46,7%), havia informação de realização de pelo menos uma consulta, destacando que 64 (53.3%) dos prontuários não tinham esta informação, o que também não significa que as gestantes não tenham realizado alguma consulta. Vale ressaltar que do ponto de vista do controle esses achados são importantes.

**Tabela 3: Perfil das gestantes assistidas – Procedência, Características do pré-natal das gestantes assistidas**

<b>Variáveis</b>	<b>Números</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Procedência</b>		
Residência	104	86.7
Transferida/encaminhada	11	9.2
Não informado	5	4.2
<b>Realização de Pré-natal</b>		
Fez	78	65.0
Não fez	1	0.8
Não informado	41	34.2
<b>Nº de consultas de pré-natal</b>		
1 a 5 consultas	11	9.2
6 ou mais consultas	45	37.5
Não informado	64	53.3
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos prontuários

Dos prontuários analisados, observou-se que a ausência de informação com relação à realização do pré-natal e aos números de consulta evidencia a necessidade de melhorar a qualidade desses registros nos prontuários. Seguindo essa mesma trilha Silva e Marques (2007) relata que a falta de registros nos prontuários pode ser um fator negativo no processo de tomada de decisão durante o trabalho de parto.

Na admissão das gestantes verificou-se que 87 (72.5%) tinham bolsa íntegra e que 68 (56.7%) não tinham dilatação uterina. Consta nos prontuários que a idade gestacional de 76 (63.3%) foi estimada a partir da data da última menstruação (DUM).

Constatou-se que 102 (85.0%) dos prontuários revisados não tinham o partograma. Dos 18 (15.0%) que tinham o partograma, apenas três (2.5%) tinham o preenchimento completo, cinco (4.2%) estavam parcialmente preenchidos e 10(8.3%) em branco. Com relação à evolução clínica das parturientes, seis prontuários (5.0%) tinham registros completos das informações, 112 prontuários (93.3%) tinham informações parciais e em dois prontuários não havia informação sobre a evolução.

Segundo Rocha *et al* (2009) partograma consiste em uma representação gráfica e objetiva do trabalho de parto e pode ser considerado um excelente recurso visual para analisar a evolução da dilatação do colo e a descida da apresentação, em relação ao tempo. É um

instrumento de comunicação que facilita tomar conhecimento imediato do trabalho de parto, com a análise de apenas um impresso, pois nele devem constar registros importantes como batimentos cardíacos, a dinâmica uterina, os fármacos utilizados, além de outros fatores importantes que dispensam anotações de descrições extensas.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde indica a utilização do partograma para o acompanhamento do trabalho de parto, com o objetivo de melhorar a assistência e reduzir a morbi-mortalidade materna e neonatal (OMS, 1996). Portanto, é de grande importância o preenchimento completo e correto do partograma, bem como a evolução clínica das parturientes para o bom andamento do serviço e melhorar a qualidade da assistência na sala de parto e demais setores levando os profissionais de saúde a tomarem condutas mais fundamentadas.

Segundo estudo de Gonçalves *et al* (2005), apesar de a gravidez ser um evento biológico normal para a maioria das mulheres, é imprescindível uma assistência pré-natal de qualidade, pois pode ocorrer situação de alto risco ameaçando a vida da gestante e do seu conceito.

No presente estudo foram identificados apenas dois (1.7%) casos de doença hipertensiva específica da gravidez durante o pré-natal e as 118 (98.3%) restantes foram diagnosticadas no pré-parto, de acordo com a evolução das gestantes assistidas.

De acordo com a pesquisa de Gonçalves *et al* (2005), é de fundamental importância a identificação da condição de risco na gestação, uma vez que a incidência de eclâmpsia, uma das ocorrências mais graves da DHEG, é maior nas gestantes que não fazem o pré-natal ou que estavam vinculadas a programas que não primam pela qualidade da assistência. Esses autores chamam a atenção para o fato de que a eclâmpsia é uma patologia evitável, porém, como afeta mulheres de categorias sócio-econômicas mais baixas, sua ocorrência é altamente influenciada pelo acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento.

A rotina de exames para o parto (VDRL, HIV, Tipagem Sanguínea e RH) foi realizada nas 120 gestantes. Entretanto, 55(45.8%) fizeram pelo menos três exames dos oito exames exigidos para gestantes com DHEG, apenas uma (0.8%) fez todos os exames e 64(53.4%) não tinham informação sobre a realização desses exames nos prontuários. Foi verificado que o monitoramento laboratorial, a cada 48 horas durante a internação, nas gestantes com pré-

eclampsia grave, somente foi realizado em sete (5.8%) das gestantes assistidas. Como não havia um esquema padrão estabelecido o esquema medicamentoso foi adotado de acordo com o critério de cada prescritor, e mantido de acordo com a evolução do paciente.

Todas as gestantes assistidas tiveram o parto por via cesárea com 119 (99.2%) de gestação única. Com exceção de uma, todas eram primigesta. O pós-parto de 113 (94.2%) gestantes ocorreu em enfermaria/quarto, dois (1.7%) para a Unidade Intensiva (UI) e cinco (4.2%) para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Quanto aos recém-nascidos 112 (93.3%) foram diretamente para o alojamento conjunto e oito (6.7%) para a UTI Neonatal.

Na tabela 4, podemos observar que dentre as causas dos óbitos neonatais precoces, no período de 2006 a 2009, destaca-se a maior predominância de: fetos recém-nascidos afetados por outros transtornos maternos (23.4%); fetos recém-nascidos afetados por desconforto respiratório, Septicemia bacteriana do recém-nascido (16.2%) e a Anencefalia, malformações similares e outras malformações (12.2%) Em relação ao fator associado à mortalidade neonatal por transtornos maternos hipertensivos observa que houve 16 óbitos (8.9%) no período.

**Tabela 4: Distribuição de óbitos neonatal precoce por causa no hospital maternidade Santa Helena 2006 a 2009.**

Ano	2006		2007		2008		2009		Total	
	Nº de óbitos	%								
Fetos recém-nascidos afetados por transtorno maternos hipertensivos.	3	6.4	6	13.6	3	5.7	4	11.4	16	8.9
Fetos recém-nascidos afetados por outros transtornos maternos.	12	25.5	6	13.6	15	28.3	9	25.7	42	23.4
Fetos recém-nascidos afetados por gravidez múltipla.	-	-	-	-	1	1.9	-	-	1	0.6
Fetos recém-nascidos afetados por placenta prévia	-	-	-	-	1	1.9	-	-	1	0.6
Fetos recém-nascidos afetados por outras formas de deslocamento da placenta	1	2.1	3	6.8	1	1.9	3	8.6	8	4.4
Fetos recém-nascidos afetados por desconforto respiratório	9	19.2	11	25.0	5	9.4	4	11.4	29	16.2
Fetos recém-nascidos afetados por síndrome de transfusão placentária	-	-	1	2.3	-	-	1	2.9	2	1.1
Fetos recém-nascidos afetados por prolapso do cordão umbilical.	2	4.3	3	6.8	5	9.4	-	-	10	5.6
Fetos e recém-nascidos afetados por anomalias das membranas	1	2.1	1	2.3	1	1.9	-	-	3	1.7
Septicemia bacteriana do recém-nascido	8	17.0	6	13.6	11	20.7	4	11.4	29	16.2
Outras infecções especificadas próprias do período perinatal	3	6.4	2	4.6	3	5.7	2	5.7	10	5.6
Outras doenças hemolíticas do feto e recém-nascido	-	-	-	-	-	-	1	2.9	1	0.6
Icterícia neonatal devido a outras causas não especificadas	-	-	-	-	1	1.9	-	-	1	0.6
Transtornos do aparelho digestivo do feto e recém-nascido	-	-	1	2.3	1	1.9	-	-	2	1.1
Síndrome de Down	-	-	1	2.3	-	-	-	-	1	0.6
Anencefalia e malformações similares e outras malformações congênitas	7	14.9	3	6.8	5	9.4	7	20.0	22	12.2
Outras causas mal-definidas	1	2.1	-	-	-	-	-	-	1	0.6
<b>TOTAL DE ÓBITOS</b>	<b>47</b>	<b>100.0</b>	<b>44</b>	<b>100.0</b>	<b>53</b>	<b>100.0</b>	<b>35</b>	<b>100.0</b>	<b>179</b>	<b>100.0</b>

Fonte: SES-MT/SIM

## **IX. CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

O grau de implementação, tomando-se a qualidade técnica como dimensão de sucesso, observado na intervenção, envolve a apresentação dos resultados encontrados para os indicadores de insumos e atividades das subdimensões de disponibilidade, oportunidade e acomodação, descritas na matriz de análise e julgamento (Quadros 12 e 13). Esta análise baseou-se nos instrumentos referentes à instituição, tais como: questionário do gestor, questionário do profissional e roteiro de observação direta para os indicadores de insumos e, com as informações originárias dos protocolos de dados dos prontuários, foi construído os indicadores de atividades.

### **1. Grau de implementação observado: componente estrutural insumo - Subdimensões: Disponibilidade, Oportunidade e Acomodação**

Os insumos estratégicos para realização das atividades das ações de controle da assistência ao parto da gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e dos seus conceitos foram analisados considerando três subdimensões da categoria qualidade, ou seja, disponibilidade, oportunidade e acomodação. Neste estudo, a categoria qualidade do serviço de saúde foi explorada na dimensão específica do cuidado médico, que é a qualidade técnico-científica entendida como conformidade das atividades de acordo com o protocolo do Programa do PHPN do Ministério da Saúde. Além disso, essa análise considerou como componente técnico a assistência nos momentos do pré-parto, parto e pós-parto imediato e como componentes estruturais cinco grupos de insumos: recursos humanos, protocolos de rotina com fluxo de atendimento para gestante de alto risco com DHEG, ambiente físico hospitalar adequado, exames laboratoriais e medicamentos para DHEG.

O quadro 12 mostra os indicadores do componente estrutural insumos nas subdimensões disponibilidade, oportunidade e acomodação. Na subdimensão disponibilidade, os recursos humanos foram analisados através dos indicadores: profissionais capacitados para o atendimento e manejo de gestantes e recém-nascidos de alto risco; profissionais capacitados

para acolhimento de gestantes do programa e profissionais disponíveis para atendimento de gestante de alto risco de acordo com quadro de recursos humanos previstos. Com relação a profissionais capacitados para o atendimento e manejo de gestantes de alto risco e suas complicações o grau de implementação observado foi de 75.0% (implementado). O grau de implementação, tanto para profissionais capacitados no manejo do recém-nascido de alto risco, como para o acolhimento das gestantes e nutrízes foi de 100.0%. Assim, o grau de implementação para capacitação de profissionais no atendimento do programa e suas atividades está implementado com índice de 91.7%. Ainda, na mesma subdimensão disponibilidade, o grau de implementação para profissionais disponíveis no atendimento de gestante de alto risco de acordo com quadro de recursos humanos previstos, também atingiu 100.0% (implementado), existindo, portanto, profissionais suficientes para este tipo de atendimento no hospital, de acordo com as Portarias do Ministério da Saúde, a saber: Portaria GM/MS nº 3.477/1998 (Brasil, 1998). Portaria GM/MS nº 985/1999 (Brasil, 1999).

Considerando a mesma subdimensão, o grau de implementação foi avaliado como implementado, atingindo 100.0% para os medicamentos do protocolo para o tratamento de gestantes de alto risco com doença hipertensiva específica da gravidez na farmácia como também para os números de kits de exames existentes no laboratório. É importante lembrar que na observação direta da pesquisadora os insumos estavam disponíveis, em condições de armazenamento adequadas e no prazo de validade.

Para a análise da dimensão de qualidade relacionada à disponibilidade de serviços com protocolos de rotina com fluxo de atendimento para gestante e recém-nascido de alto risco, os dados foram avaliados a partir da triangulação das informações dos seguintes instrumentos: observação do pré e pós-parto imediato e questionário com o gestor, atingindo um grau de implementação de 50.0%, logo parcialmente implementado. Na observação direta, a pesquisadora verificou que os serviços de atendimento às gestantes e recém-nascidos possuíam protocolos de rotina de atendimento para os procedimentos de enfermagem. O protocolo de rotina de atendimento do profissional médico não foi encontrado nos locais de atendimento às gestantes e recém-nascidos. Vale ressaltar que em 100.0% das observações diretas realizadas, a pesquisadora identificou a presença do partograma com as devidas informações, durante o atendimento das gestantes no pré-parto e parto. Porém, quando do

levantamento dos dados nos prontuários de gestante com DHEG constatou-se que somente 15.0% dos prontuários tinham partograma.

Quanto ao ambiente físico hospitalar, nesta mesma subdimensão, o grau de implementação observado para a existência de leitos de UTI no hospital foi de 100.0% para leitos de UTI neonatal e de zero % para leitos específicos para gestantes de alto risco na UTI adulto, perfazendo um grau de implementação total para este insumo de 50.0%, ou seja, parcialmente implementado. Com relação a leitos de UTI adulto, o hospital possui 10 leitos disponíveis para pacientes do hospital em estudo ou encaminhados de outros hospitais, com qualquer tipo de agravo. Segundo o Ministério da Saúde, no item VII do Art. 3º da portaria Nº 3.477, de 20 de agosto de 1998, um hospital para atender gestante de alto risco deve dispor de uma infraestrutura física com Unidade de Terapia Intensiva Adulto com 6.0% dos leitos em relação do total de leitos existentes e uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com 5.0% dos leitos em relação aos leitos obstétricos do hospital. Assim, o hospital foco desta pesquisa, deveria possuir oito leitos específicos para gestantes de alto risco e 2,5 leitos neonatais no hospital. Porém, verificou-se que o hospital não dispunha de leitos de UTI adulto específico para gestante de alto risco, mas dispunha de 25 leitos de UTI neonatal.

Na subdimensão conformidade, a observação do grau de implementação do atendimento à gestante por profissionais que fazem o acolhimento com triagem de risco foi de 75.0% (implementado).

Em relação à subdimensão acomodação, o grau de implementação observado para profissionais que conhecem o protocolo do PHPN foi de 75.0% (implementado). Para os profissionais que realizam e consideram importante o acolhimento no atendimento das gestantes, foram observados os graus de implementação de 50.0% e 75.0%, respectivamente, resultando em 62.5% para ambos (parcialmente implementado). Dessa maneira, há necessidade de discutir amplamente, nas capacitações, as questões sobre realização do acolhimento e reforçar a sua importância, uma vez que, o tratamento digno e respeitoso entre os profissionais de saúde e a paciente é uma das ações de humanização do parto previstas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2006).

Dentro da mesma subdimensão, em relação ao conforto das pacientes, em 100.0% das observações do atendimento às gestantes no pré e pós-parto imediato, a temperatura ambiente

estava agradável, havia roupa de cama limpa, as gestantes estavam com roupa hospitalar adequada e foi constatada a existência de água potável acessível às mesmas. Nos banheiros, foi verificada a existência de papel higiênico, sabão e lixeiras com tampa, com descarga, lavatório e torneira em boas condições de funcionamento. Assim, o grau de implementação observado foi de 100.0%, isto é satisfatoriamente implementado, ou seja, o ambiente hospitalar de atendimento estava em adequação com as recomendações.

**Quadro 12: Matriz de análise e julgamento: componente estrutural insumo**

Dimensão: Qualidade técnico - científica					
Componente Estrutural	Insumos	PM	PO	GI	GIT
Subdimensão					
Disponibilidade	<b>Recursos Humanos</b>				
	Proporção de profissionais capacitados disponíveis para o atendimento de gestantes de alto risco e suas complicações	12	9	75.0	91.7
	Proporção de profissionais capacitados no manejo de recém-nascidos de alto risco	12	12	100.0	
	Proporção de profissionais capacitados para acolhimento de gestantes do programa.	12	12	100.0	
	Proporção de profissionais disponíveis para atendimento de gestantes de alto risco de acordo com quadro de recursos humanos previsto.	12	12	100.0	100.0
	<b>Medicamentos</b>				
	Existência de medicamentos do protocolo de tratamento para gestantes de alto risco com doença hipertensiva da gravidez na farmácia.	12	12	100.0	100.0
	<b>Exames Laboratoriais</b>				
	Existência de kits laboratoriais disponíveis para realização dos exames em gestantes de alto risco com doença hipertensiva da gravidez.	8	8	100.0	100.0
	<b>Protocolos</b>				
	Proporção de serviços com protocolos disponíveis para atendimento das gestantes e recém-nascidos de alto risco.	8	4	50.0	50.0
	<b>Ambientes físicos hospitalares adequados</b>				
	Existência de leitos de UTI adulto específico para gestantes de alto risco.	12	0	.0	50.0
	Proporção de leitos de UTI neonatal disponíveis para recém-nascidos de alto risco	12	12	100.0	
<b>Índice de Implementação por subdimensão</b>		<b>100</b>	<b>81.0</b>	<b>81.0</b>	

<b>Dimensão: Qualidade técnico - científica</b>					
<b>Componente Estrutural</b>	<b>Insumos</b>	<b>PM</b>	<b>PO</b>	<b>GI</b>	<b>GIT</b>
<b>Subdimensão</b>					
<b>Oportunidade</b>	<b>Recursos Humanos</b>				
	Proporção de profissionais que fazem acolhimento com triagem de risco no atendimento das gestantes	12	9	75.0	75.0
<b>Índice de Implementação por subdimensão</b>		<b>12.0</b>	<b>9.0</b>	<b>75.0</b>	
<b>Acomodação</b>	<b>Recursos Humanos</b>				
	Proporção de profissionais que conhecem o protocolo do PHPN.	12	9	75.0	75.0
	Proporção de profissionais que realizam o acolhimento no atendimento das gestantes de acordo com o PHPN.	12	6	50.0	62.5
	Proporção de profissionais que consideram importante o acolhimento no atendimento das gestantes de acordo com o PHPN.	12	9	75.0	
	<b>Ambiente físico hospitalar adequado</b>				
	Existência de salas disponíveis para atendimento de gestantes com: Temperatura ambiente agradável	2.4	2.4	100.0	100.0
	Roupa de cama limpa.	2.4	2.4		
	Roupa hospitalar adequada.	2.4	2.4		
	Banheiros em boas condições.	2.4	2.4		
	Água potável.	2.4	2.4		
<b>Índice de Implementação por subdimensão</b>		<b>48.0</b>	<b>36.0</b>	<b>75.0</b>	
<b>Grau de Implementação Total</b>		<b>160.0</b>	<b>126.0</b>	<b>78.7</b>	

Fonte: Santos *et al* , 2008.

Nota(s): 1 - PM – Pontuação Máxima 2 - PO – Pontuação Observada 3 - GI= Grau de Implementação 4 - GIT- Grau de Implementação Total

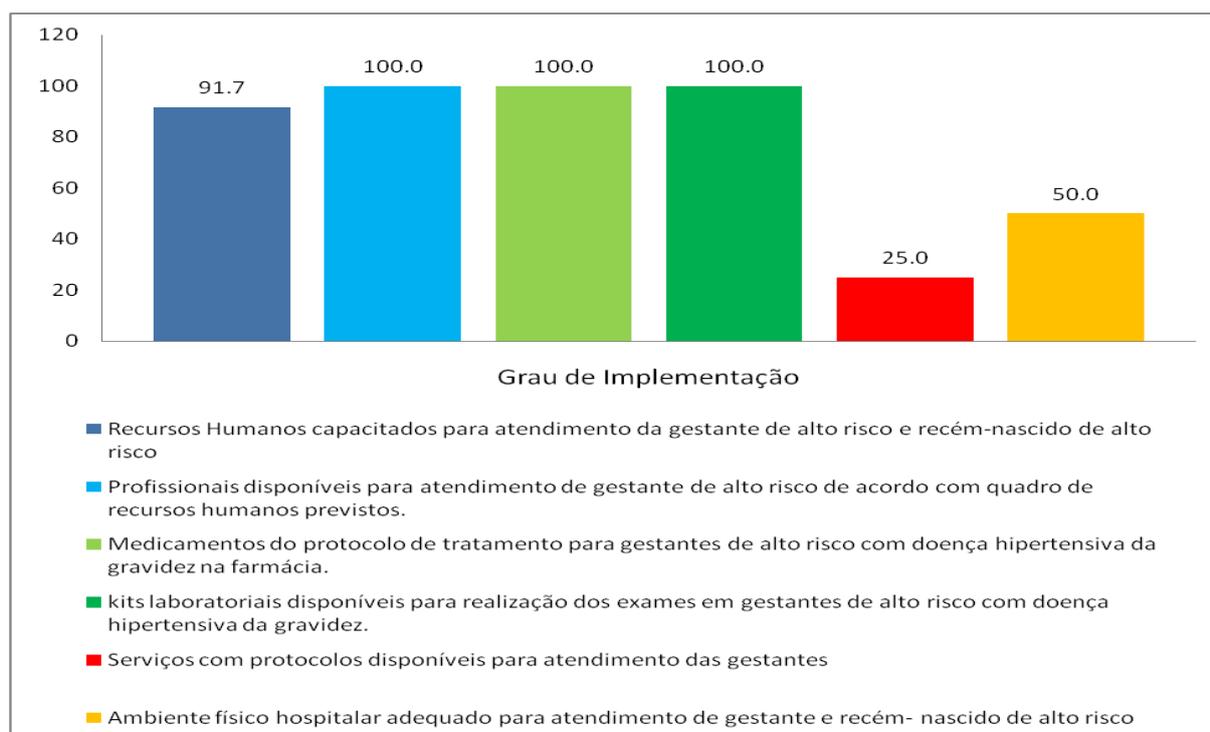
Ainda analisando o quadro 12, considerando os momentos operacionais do programa pré-parto, parto e pós-parto imediato e as subdimensões da avaliação, o índice de implementação para a subdimensão disponibilidade foi de 81.0% (implementado). Os insumos que comprometeram o índice de implementação para a subdimensão disponibilidade foram: a existência de serviços com protocolos de rotina com fluxo de atendimento para gestantes e recém-nascidos de alto risco (50.0%) e a existência de leitos específicos para gestantes de alto risco na UTI adulto de acordo com as normas (zero %). (Figura 7). Com relação à subdimensão oportunidade para profissionais que fazem acolhimento com triagem

de risco no atendimento das gestantes o índice de implementação foi de 75.0% (implementado).

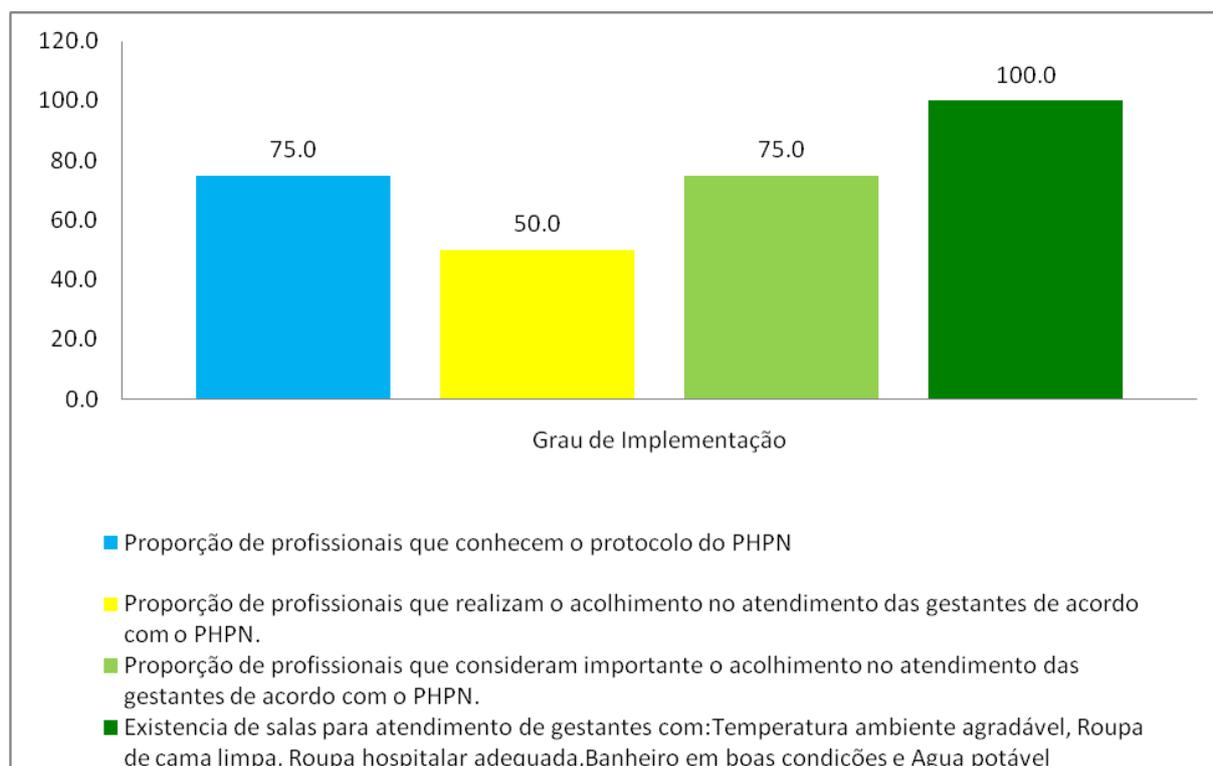
Quanto à subdimensão acomodação, o índice de implementação verificado foi de 75.0% (implementado). É importante destacar que os insumos relacionados aos profissionais que realizam e consideram importante o acolhimento no atendimento das gestantes, atingiram um grau de implementação de 62.5%, comprometendo assim o índice de implementação (Figura 8).

Entretanto, o grau de implementação total para o componente estrutural insumo considerando as três subdimensões (disponibilidade, oportunidade e acomodação) foi de 78.7%. Portanto, neste aspecto o programa está implementado (Figura 9).

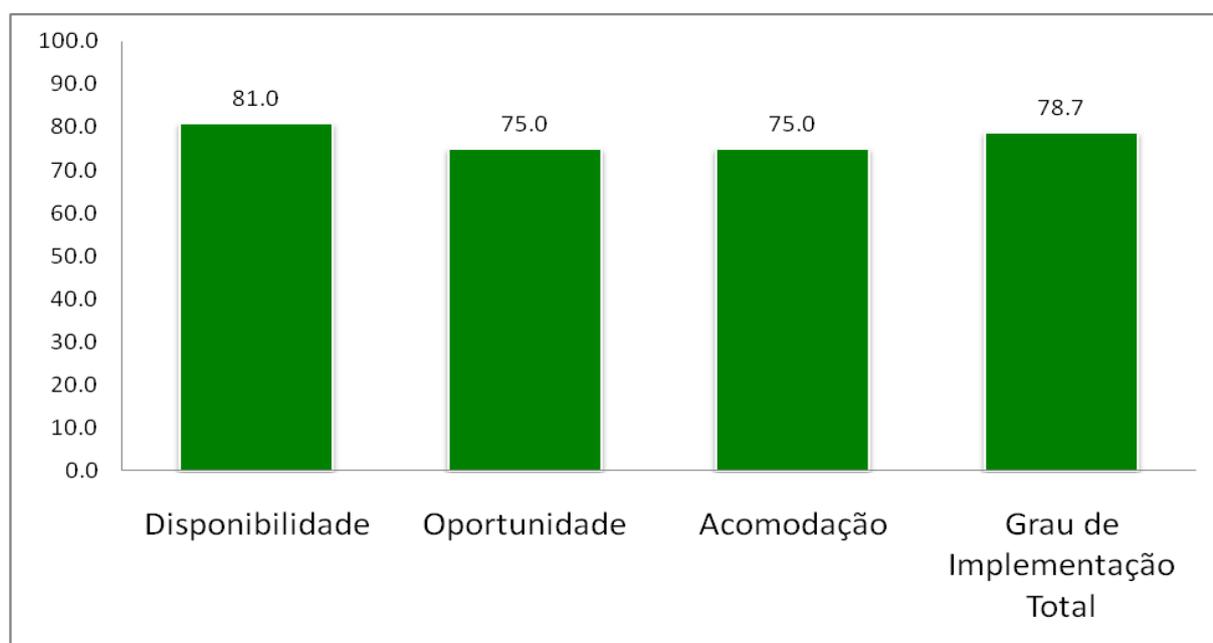
**Figura 7: Grau de implementação dos insumos, segundo a subdimensão disponibilidade**



**Figura 8: Grau de implementação dos insumos, segundo a subdimensão acomodação**



**Figura 9: Grau de implementação Total para os insumos nas subdimensões – disponibilidade, oportunidade, acomodação.**



**Legenda** ■ Implementação Satisfatória

## **2. Grau de implementação observado: componente estrutural atividade - Subdimensões: Disponibilidade e Oportunidade**

Com relação às atividades estratégicas para realização das ações de controle da gestação de alto risco e dos cuidados à gestante com DHEG e aos seus conceitos, que compreende os processos técnicos e organizacionais do serviço, foi analisada a dimensão qualidade considerando duas subdimensões: disponibilidade e oportunidade conforme apresentado no Quadro 13.

A partir dos achados obtidos, com relação à subdimensão disponibilidade, o grau de implementação observado para a verificação do agendamento de consultas no puerpério entre 7 a 10 dias após o parto foi de zero % e para a realização de exames complementares em gestantes com DHEG, foi de 25.0%. Portanto, o índice de implementação da subdimensão disponibilidade foi de 15.0% (implementação crítica).

Para a subdimensão oportunidade, nos 120 prontuários de gestantes com DHEG que foram examinados, o grau de implementação observado para gestantes atendidas com triagem no pré-natal com registro de, no mínimo, seis consultas e com verificação do cartão de gestante no pré-natal foi de 50.0% para ambos indicadores. É importante ressaltar que esse valor pode expressar apenas a frequência do registro, subestimando a frequência real de gestantes atendidas com verificação do cartão e com anotação do número de consultas no pré-natal. Acredita-se que no atendimento no pré-parto o profissional de saúde costuma verificar o cartão e não registrar nos prontuários as informações ali contidas. Na observação direta realizada pela pesquisadora, também foi verificado que os profissionais de saúde que faziam o acolhimento das gestantes por várias vezes solicitavam o cartão, mas as mesmas alegavam ter esquecido em suas casas. Assim, a atividade da verificação da triagem no pré-natal apresentou um grau de implementação de 50.0% (parcialmente implementado).

Com relação à verificação da aplicação do protocolo no atendimento das gestantes, foi observado nos prontuários analisados (n=120) um grau de implementação de 50.0% (parcialmente implementado) para as gestantes atendidas com DHEG com protocolo completo. Nesse estudo, para a avaliação das condições adequadas no atendimento de gestantes com DHEG com protocolo completo, foram considerados os seguintes itens:

definição do diagnóstico principal; verificação do pré-natal; registro de 6 ou mais consultas de pré-natal; existência do partograma; preenchimento completo do partograma; evolução completa no prontuário da paciente durante o parto; realização de exames para diagnosticar DHEG, realização dos exames de rotina e demais exames preconizados no protocolo de atendimento; realização do monitoramento laboratorial; definição do tratamento e a manutenção deste por 24 horas. Os itens que mais comprometeram este indicador foram: existência do partograma; preenchimento completo do partograma; evolução completa no prontuário da paciente durante o parto; realização de exames para diagnosticar a DHEG.

Analisando as ações de monitoramento no parto e no pós-parto imediato por profissionais da equipe (médico e equipe de enfermagem) para a subdimensão oportunidade, o grau de implementação foi de 100.0%. Vale mencionar que dos 120 prontuários de gestantes atendidas com DHEG, 90.8% mostraram que as gestantes foram acompanhadas e avaliadas pelos médicos com no mínimo três visitas e, em 99.0% deles, as gestantes foram acompanhadas e avaliadas pela equipe de enfermagem com no mínimo três visitas, conforme verificação das evoluções das pacientes nos prontuários.

Ainda na subdimensão oportunidade foi possível verificar que o grau de implementação para a não interrupção da gestação durante o manejo e antes da 37 semanas de gestação foi de 100.0% nas gestantes atendidas com DHEG. No mesmo grupo de gestantes a definição da via de parto foi de 100.0% para parto cesariano. O índice de implementação da subdimensão oportunidade foi 76.6 %, portanto implementado.

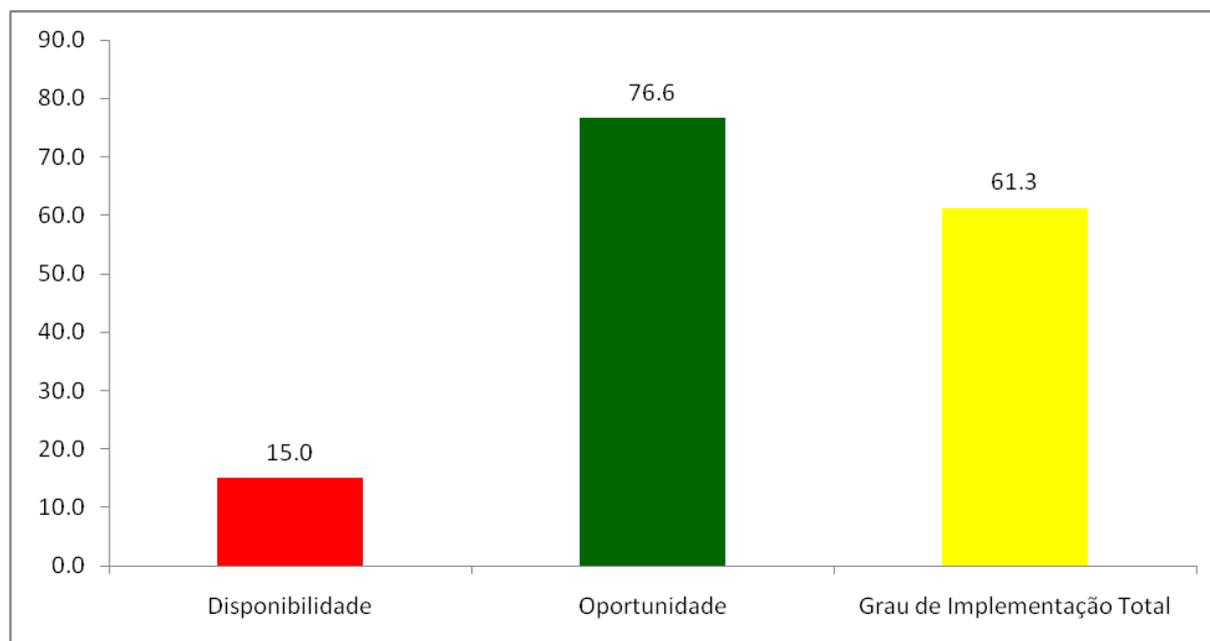
Considerando a componente estrutural atividade, como mostra a figura 10, para a subdimensão disponibilidade o índice de implementação observado foi crítico (15.0%). Assim, os dois indicadores de disponibilidade influenciaram negativamente no resultado. Já na análise da subdimensão oportunidade, este estudo mostrou um grau de implementação de 76.6% (implementado), mesmo apresentando um grau de implementação parcial (50.0%) para a verificação da triagem no pré-natal e para verificação da aplicação do protocolo no atendimento. O grau de implementação total das atividades para ambas subdimensões foi de 61.3% (parcialmente implementado).

**Quadro 13: Matriz de análise e julgamento – componente estrutural atividade**

<b>Dimensão: Qualidade técnico-científica</b>					
<b>Componente Estrutural</b>	<b>Atividades</b>	<b>PM</b>	<b>PO</b>	<b>GI</b>	<b>GIT</b>
<b>Subdimensão</b>					
Disponibilidade	<b>Verificação do agendamento da consulta no puerpério</b>				
	Existência de agendamento de consultas no puerpério entre 7 a 10 dias após o parto para parturientes e RN.	8	0	0.0	0.0
	<b>Realização dos exames complementares para DHEG.</b>				
	Percentual de gestantes com doença hipertensiva específica da gravidez com exames complementares realizados.	12	3	25.0	25.0
<b>Índice de Implementação por subdimensão</b>		<b>20.0</b>	<b>3.0</b>	<b>15.0</b>	
Oportunidade	<b>Verificação de Triagem no pré-natal</b>				
	Proporção de gestantes com DHEG atendidas com triagem no pré-natal com registro de no mínimo de seis consultas.	12	6	50.0	50.0
	Proporção de gestantes com DHEG atendidas com verificação do cartão de gestante no pré-natal.	8	4	50.0	
	<b>Verificação da aplicação do protocolo no atendimento.</b>				
	Proporção de gestantes atendidas com DHEG com protocolo completo de atendimento.	8	4	50.0	50.0
	<b>Realização das ações de monitoramento no parto e pós-parto imediato.</b>				
	Proporção de gestantes com doença hipertensiva e suas complicações monitoradas no parto e pós - parto imediato por profissionais da equipe	12	12	100.0	100.0
	<b>Definição pela interrupção da gestação antes da 37 semanas.</b>				
	Proporção de gestações não interrompidas durante o manejo do caso antes da 37 semanas	8	8	100.0	100.0
	<b>Definição da via de parto adequada</b>				
Proporção de partos cesarianos em gestantes de alto risco com doença hipertensiva específica da gravidez e suas complicações.	12	12	100.0	100.0	
<b>Índice de Implementação por subdimensão</b>		<b>60.0</b>	<b>46.0</b>	<b>76.6</b>	
<b>Grau de Implementação Total</b>		<b>80.0</b>	<b>49.0</b>	<b>61.3</b>	

Fonte: Adaptado Santos, 2008. Nota(s): 1 - PM – Pontuação Máxima 2 - PO – Pontuação Observada 3 - GI= Grau de Implementação 4 - GIT- Grau de Implementação Total

**Figura 10: Grau de implementação Total para as atividades nas subdimensões – disponibilidade, oportunidade**



Legenda:

- Implementação Crítica
- Implementação Parcial
- Implementação Satisfatória

## X. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível concluir de acordo com os achados, quanto ao grau de implementação do programa no Hospital Maternidade Santa Helena, que houve implementação satisfatória para o componente estrutural insumo e implementação parcial para o componente estrutural atividade, representado pelos valores 78.7% e 61.3%, respectivamente.

Entre os achados principais, na análise dos prontuários das gestantes com DHEG assistidas no período em estudo no HMSH foram verificados: uma grande quantidade de gestantes adolescentes (33.4%); grande número de gestantes com grau de escolaridade abaixo do segundo grau completo (86.7%); inexistência de informação nos prontuários sobre a situação conjugal; alto índice de gestantes sem encaminhamento, que informaram o

deslocamento de suas próprias residências (86.7%); falta de informação sobre a realização do pré-natal (34.2%) e sobre o número de consultas de pré-natal nos prontuários, falta de partograma nos prontuários (85.0%), fatores relacionados ao atendimento que interferem expressivamente na qualidade das ações de controle da gestação de alto risco.

A partir dos resultados apresentados é possível apontar que as ações de controle da gestação de alto risco associadas aos cuidados à gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceitos neste hospital, apresentou um índice de implementação satisfatório (81.0%) para a subdimensão disponibilidade no componente estrutural insumos, neste caso, os indicadores que influenciaram negativamente estão relacionados com a disponibilidade de protocolos para atendimento das gestantes e recém-nascidos de alto risco (50.0%) e leitos de UTI adulto específicos para gestante de alto risco (inexistente). Os demais indicadores dessa subdimensão, apresentou um grau de implementação acima de 75.0%, o que possibilitou um nível de implementação satisfatório do programa. Vale ressaltar que os insumos disponíveis estavam em condições adequadas de armazenamento e no prazo de validade.

Ainda no tocante a qualidade, para o componente estrutural insumo, na subdimensão oportunidade o nível de implementação foi de 75.0% (implementado) para profissionais de saúde que fazem acolhimento com triagem de risco no atendimento das gestantes. Importante lembrar que apesar da disponibilidade dos profissionais para o atendimento das gestantes, não foi oportunizado as gestantes um acolhimento completo no atendimento.

Em relação à avaliação da subdimensão acomodação, o índice de implementação foi satisfatório (75.0%). Nesta subdimensão foram avaliados os indicadores relacionados aos profissionais que conhecem, realizam e consideram importante o protocolo do PHPN, principalmente relacionados ao acolhimento das gestantes no atendimento. Optou-se por avaliar os profissionais de saúde na assistência às gestantes, sobretudo porque as atividades desenvolvidas no atendimento requerem mudanças de atitudes e comportamento. Vale ressaltar que na triangulação das informações da observação direta e do questionário com os profissionais, para o componente estrutural insumo com relação aos recursos humanos, o grau de implementação foi satisfatório para os profissionais que conhecem o protocolo do PHPN e parcial (62.5%) para os profissionais que realizam e consideram importante o acolhimento de

acordo com o protocolo do PHPN. Ainda, em relação à subdimensão acomodação, é interessante enfatizar que na observação da pesquisadora as condições do ambiente hospitalar que proporcionam ao paciente conforto e comodidade foram consideradas satisfatórias.

Neste estudo, o grau de implementação total do componente estrutural insumo engloba a dimensão qualidade técnico-científica entendida nas subdimensões: disponibilidade, oportunidade e acomodação que foram consideradas prioritárias para a implementação das ações de controle das gestantes de alto risco e os cuidados à gestante com DHEG e aos seus conceitos. Assim, ao analisar o resultado final para a dimensão de qualidade relacionada as três subdimensões, pode-se dizer que no HMSH o programa apresentou um grau de implementação total de 78.7% (implementação satisfatória), para o componente estrutural insumo.

Quanto à caracterização da subdimensão disponibilidade das atividades para as ações de controle da gestação de alto risco associada aos cuidados à gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceitos, o índice de implementação foi crítico (15%). Nesta subdimensão, os graus de implementação para os dois indicadores merecem uma maior atenção, sobretudo no que diz respeito à verificação do agendamento da consulta no puerpério para parturientes e recém-nascidos (inexistente).

Em relação ao índice de implementação para a subdimensão oportunidade, observou-se implementação satisfatória (76.6%), embora este índice tenha sido considerado implementado, os graus de implementação merecem maior atenção, principalmente para verificação de triagem no pré-natal, com registro de no mínimo de seis consultas, verificação do cartão da gestante no atendimento e também para gestantes com DHEG com protocolo completo no atendimento, por apresentarem níveis de implementação parciais, de apenas 50.0%. Os indicadores que influenciaram positivamente no índice de implementação para esta subdimensão foram: gestantes com DHEG monitoradas no parto e pós-parto imediato por profissionais da equipe; gestações não interrompidas durante o manejo do caso antes da 37 semanas e definição correta e adequada da via do parto, com predominância de parto cesariana, evitando o risco de morte para a mãe e para o neonato, atingiu um grau de implementação satisfatório (100.0%). É importante enfatizar que resultados foram

provenientes dos dados coletados de apenas uma fonte de dados, dos prontuários das gestantes com DHEG, o que pode ser considerado uma limitação neste estudo.

O grau de implementação total do componente estrutural atividade observado neste estudo foi de 61.3% (parcialmente implementado), que apresentou uma implementação crítica para a subdimensão disponibilidade e implementação satisfatória para a subdimensão oportunidade, com indicadores em situações parcialmente implementados.

De forma resumida apresentamos a síntese dos achados da avaliação. É importante deixar claro que os pontos de corte foram conservadores, isto é, consideraram-se satisfatórios apenas aqueles indicadores e dimensões que atingiram 75 por cento ou mais de implementação.

Com relação à dimensão qualidade técnico-científica das ações de controle da assistência da gestação de alto risco e dos cuidados à gestante com DHEG e aos seus conceitos no HMSH foi observado um grau de implementação parcial de conformidade às normas e critérios preconizados pelo Ministério da Saúde.

### Quadro 14. Grau de implementação do componente insumo

Subdimensão Disponibilidade				
Insumos	Indicadores	Grau de Implementação do indicador	Grau de Implementação do insumo	Índice de Implementação da Subdimensão
Recursos Humanos	Proporção de profissionais capacitados disponíveis para o atendimento e manejo de gestantes de alto risco e suas complicações	Implementação Satisfatória	Implementação Satisfatória	Implementação Satisfatória
	Proporção de profissionais capacitados no manejo de recém-nascidos de alto risco	Implementação Satisfatória		
	Proporção de profissionais capacitados para acolhimento de gestantes do programa.	Implementação Satisfatória		
	Proporção de profissionais disponíveis para atendimento de gestantes de alto risco de acordo com quadro de recursos humanos previstos.	Implementação Satisfatória	Implementação Satisfatória	
Medicamentos	Existência de medicamentos do protocolo de tratamento para gestantes de alto risco com doença hipertensiva da gravidez na farmácia.	Implementação Satisfatória	Implementação Satisfatória	
Exames Laboratoriais	Existência de kits laboratoriais disponíveis para realização dos exames em gestantes de alto risco com doença hipertensiva da gravidez.	Implementação Satisfatória	Implementação Satisfatória	
Protocolos	Proporção de serviços com protocolos disponíveis para atendimento das gestantes e recém nascido de alto risco	Implementação Parcial	Implementação Parcial	
Ambientes físicos hospitalares adequados	Existência de leitos de UTI adulto específicos para gestantes de alto risco.	Implementação Crítica	Implementação Parcial	
	Proporção de leitos de UTI neonatal disponíveis para recém-nascidos de alto risco	Implementação Satisfatória		
Subdimensão Oportunidade				
Recursos Humanos	Proporção de profissionais que fazem acolhimento com triagem de risco no atendimento das gestantes.	Implementação Satisfatória	Implementação Satisfatória	Implementação Satisfatória
Subdimensão Acomodação				
Recursos Humanos	Proporção de profissionais que conhecem o protocolo do PHPN.	Implementação Satisfatória	Implementação Satisfatória	Implementação Satisfatória
	Proporção de profissionais que realizam o acolhimento no atendimento das gestantes de acordo com o PHPN.	Implementação Parcial	Implementação Parcial	
	Proporção de profissionais que consideram importante o acolhimento no atendimento das gestantes de acordo com o PHPN.	Implementação Satisfatória		
Ambiente físico hospitalar adequado	Existência de salas para atendimento de gestantes com: Temperatura ambiente agradável	Implementação Satisfatória	Implementação Satisfatória	
	Roupa de cama limpa.	Implementação Satisfatória		
	Roupa hospitalar adequada.	Implementação Satisfatória		
	Banheiros em boas condições.	Implementação Satisfatória		
	Água potável.	Implementação Satisfatória		
<b>GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO TOTAL</b>		<b>IMPLEMENTAÇÃO SATISFATÓRIA</b>		

**Quadro 15: Grau de implementação do componente atividade**

<b>Subdimensão Disponibilidade</b>				
<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Grau de Implementação do indicador</b>	<b>Grau de Implementação da atividade</b>	<b>Índice de Implementação da Subdimensão</b>
Verificação do agendamento da consulta no puerpério.	Existência de agendamento de consultas no puerpério entre 7 a 10 dias após o parto para parturientes e RN.	<b>Implementação Crítica</b>	<b>Implementação Crítica</b>	<b>Implementação Crítica</b>
Realização de exames complementares para DHEG.	Percentual de gestantes com doença hipertensiva específica da gravidez com exames complementares realizados	<b>Implementação Insatisfatória</b>	<b>Implementação Insatisfatória</b>	
<b>Subdimensão Oportunidade</b>				
Verificação de Triagem no pré-natal.	Proporção de gestantes com DHEG atendidas com triagem do pré-natal com registro de no mínimo de seis consultas.	<b>Implementação Parcial</b>	<b>Implementação Parcial</b>	<b>Implementação Satisfatória</b>
	Proporção de gestantes com DHEG atendidas com verificação do cartão de pré-natal no atendimento.	<b>Implementação Parcial</b>		
Verificação da aplicação do protocolo no atendimento	Proporção de gestantes atendidas com DHEG com protocolo completo de atendimento.	<b>Implementação Parcial</b>	<b>Implementação Parcial</b>	
Realização das ações de monitoramento no parto e pós-parto imediato.	Proporção de gestantes com doença hipertensiva e suas complicações monitoradas no parto e pós-parto imediato por profissionais da equipe.	<b>Implementação Satisfatória</b>	<b>Implementação Satisfatória</b>	
Definição pela interrupção da gestação antes da 37 semanas.	Proporção de gestações não interrompidas durante o manejo do caso antes da 37 semanas.	<b>Implementação Satisfatória</b>	<b>Implementação Satisfatória</b>	
Definição da via de parto adequada	Proporção de parto cesariano em gestante de alto risco com doença hipertensiva específica da gravidez e suas complicações.	<b>Implementação Satisfatória</b>	<b>Implementação Satisfatória</b>	
<b>GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO TOTAL</b>		<b>IMPLEMENTAÇÃO PARCIAL</b>		

## **XI. RECOMENDAÇÕES**

De acordo com os achados deste estudo, com o objetivo de contribuir com o processo de implementação para a melhoria do programa, foram destacadas as seguintes recomendações julgadas pertinentes:

- Promover e realizar capacitação sistemática e continuada para as equipes de profissionais, no sentido de melhorar a adesão dos mesmos às normas e protocolos. O ideal é que essas capacitações ocorram na própria unidade de trabalho, pois eventos em locais externos costumam ter baixa adesão;
- Investir nos profissionais capacitados, para a manutenção dos mesmos no serviço e nas atividades para as quais foram treinados;
- Redimensionar a disponibilidade dos insumos, a organização dos serviços para a adoção do protocolo preconizado visando à sustentabilidade das ações;
- Reorganizar o serviço com elaboração e implantação do protocolo de atendimento às gestantes de forma visível e comunicativa;
- Redimensionar e redefinir os leitos de UTI adulto específicos para gestantes de alto risco de acordo com a portaria do Ministério da Saúde, que estabelece critérios para inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à gravidez de alto risco;
- Realizar oficinas, seminários para discutir a problemática da falta de registros nos prontuários;
- Estimular os profissionais de saúde do hospital, para uma maior adesão a realização do acolhimento com triagem e classificação de risco, de acordo com o PHPN;
- Promover as atividades preconizadas no PHPN do parto humanizado, desenvolvendo estratégias de envolvimento e participação dos familiares durante a gestação no pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto;
- Fomentar a discussão e análise da equipe dos profissionais do programa os fatores que facilitam e dificultam a qualidade das ações de controle da gestação de alto risco;

- Realizar ações de promoção à saúde com ênfase na atenção pré-natal e puerperal;
- Aprimorar o sistema de registro reforçando estratégias de informação entre o pré-natal e a maternidade;
- Fomentar estudos avaliativos sobre mortalidade materna, mortalidade infantil relacionados à desigualdade racial;
- Monitorar e avaliar as ações de controle da gestação de alto risco e os cuidados à gestante com DHEG e aos seus conceitos de forma sistemática através dos registros do programa e uso dos resultados para a melhoria do mesmo.

É recomendável que os resultados desta avaliação sejam entregues ao gestor estadual e ao diretor do hospital em forma de relatório técnico. Serão divulgados também, através de apresentação em reuniões técnicas, a todos os funcionários das áreas envolvidas da Secretaria de Estado de Saúde e profissionais da unidade de estudo, nos fóruns apropriados, como o Conselho Estadual de Saúde (CES), Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Haverá disponibilização das informações nas páginas da intranet da Secretaria de Estado de Saúde e Internet. Publicação de artigos científicos em revistas especializadas. Socialização em congressos, mostras científicas e fóruns acadêmicos da área da saúde pública.

Enfim, o propósito deste estudo foi subsidiar uma discussão acerca da avaliação do grau de implementação das ações de controle da assistência ao parto da gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e dos cuidados ao recém-nascido. Nosso intuito foi contribuir para que práticas de saúde sejam revistas e redimensionadas, atingindo melhores indicadores de saúde na unidade, no município, na região e no estado, buscando servir de instrumento útil para os gestores e atores envolvidos na tomada de decisão e na melhoria do programa.

Portanto, buscou evidenciar a importância do comprometimento e legitimação de um investimento necessário, passo de grande relevância e imprescindível na definição de políticas públicas de saúde voltadas para a mulher e a criança, na promoção da saúde e prevenção da DHEG, como uma das iniciativas para a diminuição da morbi-mortalidade materna e neonatal precoce.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, M. J. & ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis. Vozes; 1994.

ALMEIDA, C. M. **O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica**, In: Congresso Nacional da Rede Unida – 20 anos de parcerias na saúde e na educação 6.; 2005. Belo Horizonte. Anais do VI Congresso da Rede UNIDA, Belo Horizonte: Rede UNIDA; 2005. p. 25-32.

AMARAL, E *et al.* **A mortalidade materna grave na qualificação da assistência: Utopia ou necessidade**. Revista Brasileira Ginecologia Obstetricia; 2007.29(9):484-9.

ARAÚJO, B. F, BOZZETTI, M.C, TANAKA, A. C. **Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte**. J Pediatra. Rio de Janeiro; 2000. 76: 200-6.

ASSIS, T. R., VIANA, F. P, RASSI, S. **Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação**. Arq. Bras. Cardiol. [online]; 2008. vol.91, n.1, pp. 11-17.

BEZERRA, E. H., ALENCAR JUNIOR, C. A., FEITOSA, R. F. **Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet.; 2005, vol.27, nº. 9, p.548-553. ISSN 0100-7203.

BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção a Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Bases de Ação Programática. Brasília (DF)1983.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Manual de atenção ao recém-nascido**. Brasília (DF); 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº3477/GM de 20 de agosto de 1998**. Criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº160, de 21de agosto de 1998.Seção I, p.55-6. Brasília, D.F.:1998. Disponível na INTERNET: [www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM\\_P3.477\\_98obst.doc](http://www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P3.477_98obst.doc).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 985/GM de 05 de agosto de 1999**. Criar o Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Diário Oficial da União, de 26 agosto de 1999.p.69. Brasília,DF.1999.DisponívelnaINTERNET:[www.saude.mg.gov.br/legislacoes%20em%20saude/.../Portaria\\_985.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/legislacoes%20em%20saude/.../Portaria_985.pdf) .

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília (DF); 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestante de Alto Risco: Sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco** . Secretaria Executiva. Brasília (DF); 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro; 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF), 2001c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília (DF); 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF); 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 756/GM de 16 de dezembro de 2004. Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, as normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília,DF.2004. DisponívelnaINTERNET:[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24229](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24229)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Série A. Norma e Manuais Técnicos. Brasília (DF); 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada**. Cad. Nº. 05. Brasília (DF); 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)**. DATASUS. Brasília; 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)**, DATASUS. Brasília; 2009. <http://cnes.datadus.gov.br/> acesso em 20/07/2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* **Avaliação na Área de Saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, Z. M. A Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas.. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: 9-489; 1997.

COSENDEY, M. A; HARTZ, Z. M. A., BERMUDEZ, J. A. **Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):395- 406, mar- abr; 2003.

COSTA, F. L & CASTANHAR, J. C. **Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos**. RAP - Rio de Janeiro. 37(5):969-92; 2003.

CRUZ, M.M. **Avaliação de Programas de Prevenção de DST/AIDS para Jovens: Estudo de Caso numa Organização Governamental e numa Organização Não-Governamental do Município do Rio de Janeiro**.. Rio de Janeiro. FIOCRUZ; 2006.

DENIS, J.L; CHAMPAGNE, F. **Análise da Implantação**. In: HARTZ, Z. M. A (org.) Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro; 1997.

DIAS, MA. **Humanização da assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública**. Rio de janeiro: FIOCRUZ; 2006.

DINIZ, S. G; CHACHAM, A. **Humanização do Parto no Brasil: Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. São Paulo; 2002.

FRIAS, P. G *et al.* **Vigilância de óbitos infantis como indicador da efetividade do sistema de saúde – estudo em um município do interior do Nordeste brasileiro**. Jornal de Pediatria - Vol. 78, Nº6; 2002.

FURTADO, J. P. **Um método construtivista para a avaliação em saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, 6(1) p 165-181; 2001.

FURTADO, L.R. **Técnicas de Auditoria. Análise Stakeholder**. Brasília (DF); 2002.

GONÇALVES R. *et al.* **Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em Hospital Público de São Paulo**. Revista Brasileira de Enfermagem. São Paulo 2005. p.58(1):61-4.

GOLDENBER, P. *et al.* **Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1077-1086, jul-ago, 2005.

HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 1997.

HARTZ, Z. M. A. *et al.* **Avaliação do Programa Materno-infantil: análise de implantação em Sistemas Locais de saúde no Nordeste do Brasil**. In :HARTZ,Z.M.A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.. 89-131. Rio de Janeiro. FIOCRUZ; 1997.

HARTZ,Z.M.A. **Avaliação dos Programas de Saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. 4(2)341-354.

LAURENTI, R; JORGE, M.H; GOTLIEB S.L. **A mortalidade materna nas 3. capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste**. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2004. 7(4): 449-60.

MARTINS, C. A; REZENDE, L.P; VINHAS, D. C. **Gestação de alto risco e Baixo peso ao nascer em Goiânia**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista>. 2003. v. 5 n. 1 p. 49 – 55.

MARTINS-COSTA *et al.* **DOENÇA Hipertensiva na Gravidez**. In: FREITAS, F.*et al* **Rotinas em Obstetrícia**. Porto Alegre: Arned, 2006.p.388-406.

MEDINA, M. G. *et al.* **Uso dos métodos teóricos na avaliação em saúde: aspectos operacionais e conceituais**. In: HARTZ, Z. M. A. e VIEIRA DA SILVA, L. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004.

MINAYO, M.C; SOUZA, E. R; CONSTANTINO P; SANTOS, N. C. **Métodos, técnicas e relações em triangulação.** In: MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G, SOUZA, E. R Avaliação por triangulação de métodos – Abordagem de programas sociais.. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. 2; 71-103p.

MOTTA, P.R. **Avaliação na administração pública: eficiência, eficácia, efetividade.** Lisboa. Mimeo; 1989.

NOVAES, H.M. *et al*, **Gestão para Redução da Mortalidade Infantil.** São Paulo: IREME/OPAS/OMS; 2000.

OLIVEIRA, M. I. *et al*. **Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde.** Rev. Saúde Pública vol.42 nº.5 São Paulo Oct. Rio de Janeiro (RJ); 2008; 42(5):895-902.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças.** 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10a Revisão.** 2a ed. X Universidade de São Paulo; Brasil. 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático;** Brasília. 1996.

PATTON, *et al*, **Avaliação dos programas de Saúde: perspectivas teórico metodológicas e político-institucionais.** Ciência e Saúde Coletiva, 1997. 4 ( 2): 341-353 p.

PENNA, M. L. **Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde.** In: SANTANA J.P, (org). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; Brasília (DF); 1997.

PENCHANSKY, D. B. A; THOMAS, J. W. **The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction.** Medical Care, 1981. (2): 127-140 p.

PERAÇOLI, J.C;. PARPINEL, M. A. **Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27 (10): 627-34 p.

PEREIRA, M. G. **Mortalidade Infantil**. In: Epidemiologia: Teoria e Prática. Capítulo 6, pág. 126. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro; 1995.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE - RIPSA. **Indicadores básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília (DF): 2002. disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/ripsa/pdf/C\\_Mortalidade.pdf](http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/ripsa/pdf/C_Mortalidade.pdf)

REZENDE, J; Montenegro, C. A. **Obstetrícia fundamental**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.. 241-248 p.

ROCHA, I.M.S. *et al.* O partograma como instrumento de análise de assistência ao parto. Revista da escola de enfermagem da USP. vol.43 n°.4. São Paulo; 2009.

SANTOS, E.M. *et al.* Plano **Nacional de Monitoramento e Avaliação. Versão preliminar. Ministério da Saúde** - Programa Nacional de DST/Aids – Assessoria de Monitoramento e Avaliação. Brasília; julho, 2005.

SANTOS, E.M. *et al.* **Avaliação do Grau de Implementação do Programa de Controle de transmissão vertical do HIV em maternidades do “Projeto Nascer”**. Ministério da Saúde,. Escola Nacional de Saúde Pública – Rio de Janeiro . FIOCRUZ; 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO. Superintendência de Políticas de Saúde. Coordenadoria de Gestão de Políticas de Saúde. **Termo de Compromisso de Gestão do Município de Cuiabá-MT** assinado em setembro de 2007. Relatório de avaliação dos termos de compromisso de Gestão; 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Vigilância da Mortalidade Materna**. 2002, disponível em <http://www2.prefeitura.sp.gov.br/secretaria/saude/mulher/07> acesso em 05/07/2009.

SERRUYA, S.J. *et al.* **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. set - out. 2004. 20(5): 1281-1289 p.

SILVA, S.L; MARQUES, I.R. **Análise do registro de dados obstétricos em prontuários**. Cogitare Enferm. Abril/julho; 12(2):150-6, Faculdade de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro. São Paulo;2007.

SOUSA, M.G.G. **Avaliação da Implementação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco**. [Dissertação] Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, com vistas à obtenção do grau de Mestre em Vigilância em Saúde. Brasília. FIOCRUZ; 2006.

TANAKA, A.C. **Mortalidade Materna**. In ROCHA M. I. B da; ARAUJO, M. J. (Coordenador Geral) Dossiês sobre Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos. São Paulo, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Rede Feminista de Saúde; 2001.

TANAKA, O. Y; MELO, C. **Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa**. In: BOSI & MERCADO. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Rio de Janeiro; 2004.

VUORI, H. **A qualidade da saúde**. Cadernos de Ciências e Tecnologia 1. CEBES; 1991.

WORTHEN, B. R; SANDERS, J. R., FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de Programas: Concepções e Práticas**. Tradução Dinah de Abreu Azavedo. São Paulo Editora Gente, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso Planejamento e Métodos**, 3ª Edição Porto Alegre: Bookman; 2005.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1**

**FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA**  
**PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS**

Para todo questionário, preencher 88 para não se aplica e 99 para não informado

Nº do questionário \_\_\_\_\_

<b>I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO</b>	
1. CGC do Hospital:	
2. Município:	
3. Data:	
4. Coletador (Nome):	
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DA MULHER</b>	
5. Nome da Paciente.	_____
Data de nascimento	_____ _____ _____
7. Idade	_____  (anos)
8. Escolaridade:	_____  1. Nenhuma/analfabeta 2. 1º grau incompleto 3. 1º grau completo 4. 2º Grau incompleto 5. 2º Grau completo 6. Superior incompleto 7. Superior completo
9. Situação conjugal	_____  1. Solteira 2. Companheiro/casada 3. Divorciada/separada 4. Viúva
10. Endereço:	
11. Bairro:	
12. CEP:	
13. Telefone para contato:	
14. Município:	
<b>III. DADOS DE ADMISSÃO</b>	
15. Data de admissão:	
16. Hora da admissão:	
17. Procedência	_____  1. Residência 2. Transferida/encaminhada de outro serviço de saúde

18. Diagnóstico Principal  ____  1. Pré-eclampsia 2. Síndrome HELLP 3. Crise hipertensiva 4. Eclampsia 5-Outro
19. Características da bolsa d'água no momento da admissão  ____  1. Íntegra 2. Rota
20. Tempo de Rotura  ____  1. Até 24 horas 2. > 24 horas
21. Dilatação uterina no momento da admissão.
22. Idade gestacional atual: (sabe critério)  ____ 1. DUM 2. Ultrassonografia 3. Não

<b>IV. INFORMAÇÃO DO PRÉ-NATAL</b>
23. Presença de cartão pré-natal no prontuário  ____  1. Sim 2. Não
24. Realizou pré-natal:  ____ 1. Sim 2. Não
25. Nº de consultas no pré-natal _____

<b>V. DADOS DO TRABALHO DE PARTO</b>
26. Existe partograma no prontuário?  ____ 1. Sim 2. Não
27. O partograma está preenchido?  ____ 1. Completo 2. Parcialmente 3. Não Preenchido
28. Existe registro da evolução do trabalho de parto no prontuário?  ____  1. Completa 2. Parcialmente
29. Foi realizada a detecção de doença hipertensiva específica da gravidez:  ____ 1. Sim, no pré-natal. 2. Sim, no pré-parto. 3. Sim no pós-parto. 4. Não.
30. Foram solicitados exames complementares durante o período gestacional  ____  1. Sim 2. Não
31. Tipos de exames realizados  ____  1. Série vermelha, 2. Uréia e creatinina, 3. DHL (desidrogenase láctea), AST (aspartato aminotransferase) e ALT, 4. Bilirrubinas e frações, 5. Pesquisa de Proteínuria 6. Coagulograma com fibrinogênio 7. Gasometria arterial 8. Acido Úrico e 9. Rotina: VDRL, HIV, Tipagem Sangüínea e RH.

32. É realizada monitoração laboratorial materna a cada 48 horas em caso de pré-eclampsia grave  ____  1 Sim 2 Não
33. Na pré-eclampsia grave é feita corticoterapia antenatal entre a 24 3 34 semanas de gravidez com prescrição de Betametasona (12mg por dia  ____  1. Sim 2. Não 3. Outros
34. Na Síndrome HELLP houve prescrição de Dexametazona 10mg/200 ml de soro fisiológico a cada 12 horas até a normalização das plaquetas?  ____  1. Sim 2. Não 3. Outros

35. Na crise hipertensiva (PA = 160/ 110mmhg) houve prescrição de Hidralasina na dose de 5 mg em bolus, por via endovenosa, a cada 20 min, até a dose de 30 mg ou Nifedipina 5 mg (via oral)? <input type="checkbox"/> 1. Sim 2. Não 3. Outros
36. Na eclampsia houve administração de sulfato de magnésio por um dos esquemas: 1 Esquema de Pritchard Dose de ataque: 20 ml de sulfato a 20% infundido lentamente na veia (8 ml de sulfato a 50% + 12 ml de água destilada) + 10 ml de sulfato a 50% em cada glúteo com agulha de 10 cm e calibre 20 cm). Dose de manutenção: 10 ml de sulfato a 50% (IM) a cada 4 horas. 2. Esquema de Zuspan 2ml de sulfato de magnésio a 50% + 58ml de soluto glicosado infundidos em 1 hora (1 grama/hora). 3. Esquema de Sibai 4 ml de sulfato de magnésio a 50% mais 56 ml de soro glicosado infundidos a 60 ml/hora (2 gramas/hora). <input type="checkbox"/> 1. Sim 2. Não 3. Outros
37. Manteve o esquema adotado por 24 horas após a resolução do parto ou a última convulsão <input type="checkbox"/> 1 Sim 2 Não
38. Foi realizados exames para verificar o bem estar fetal <input type="checkbox"/> 1. Cardiotocografia 2. Volume do líquido amniótico 3. Doppervelocimetria 4. Exame Físico
39. Houve interrupção da gravidez <input type="checkbox"/> 1 Sim 2 Não
40. Indicação da interrupção da gravidez: <input type="checkbox"/> 1. Idade gestacional menor ou igual a 37 semanas 2. Plaquetas inferiores a 100.000mm <sup>3</sup> 3. Deterioração da função hepática e renal 4. Deslocamento da placenta 5 outras indicações 6. Não houve interrupção
41. Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1. Vaginal 2. Cesárea 3. Fórceps

## VI. EVOLUÇÃO NO PUERPÉRIO

42. Destino da mulher após o parto: <input type="checkbox"/> 1. Enfermaria/quarto 2. U.I. 3. UTI 4. Transferida 5. Óbito
43. Se transferida ou óbito. Qual o motivo ou a causa?
44. Número de visitas médicas no pós-parto (com evolução)
45. Número de visitas pelo enfermeiro no pós-parto (com evolução)

## VII. CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

46. Tipo de gestação <input type="checkbox"/> 1. Única 2. Gemelar 3. Tripla e +
47. Natimorto <input type="checkbox"/> 1 Sim 2. Não
48. Peso ao nascer: _____g
49. Comprimento: _____cm
50. Perímetro cefálico: _____cm
51. Perímetro torácico: _____cm

52. Sexo 1. Feminino 2. Masculino 3. Indeterminado.
53. Apgar no 1º minuto:
54. Apgar no 5º minuto:
55. Idade gestacional (escore somático): _____ dias
56. Destino do recém-nascido  ____  1. Alojamento conjunto 2. UTI/UI3. Transferido 4. Óbito

<b>VII. RESUMO DE ALTA</b>
57. Data da alta da mulher:  ____   ____   ____
58. Data da alta do RN:  ____   ____   ____
59. Nº da AIH da mulher:
60. Nº da AIH do RN:
61. Nº da DO da mulher:
62. Nº da Declaração de Óbito do RN/feto:
63. Nº prontuário do RN:
64. Nº da Declaração de Nascidos Vivos do RN:

**APÊNDICE 2**

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – ENSP

QUESTIONÁRIO COM O GESTOR DO HOSPITAL/ADMINISTRADOR DO HOSPITAL

Para todo questionário, preencher 88 para não se aplica e 99 para não informado

<b>I. IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO</b>
1. Nome da instituição:
3. CGC:
3. Data:
4. Entrevistador (nome):
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:</b>
5. Nome:
6. Formação acadêmica:
7. Cargo que ocupa:
8. Descreva sua história profissional:
9. Capacitação Profissional:
10. Há quanto tempo trabalha na unidade?
11. Breve histórico da instituição:
12. Há quanto tempo atua como gestor?
13. Descreva o trabalho que realiza:
14. Esse trabalho é a sua principal fonte de renda?  ____  1. Sim 2. Não
<b>II. PERFIL DO SERVIÇO</b>
15. Perfil da Instituição:
16. Horário de Funcionamento:
<b>III. CONDIÇÕES GERAIS DO HOSPITAL</b>
17. Existe comissão de análise de óbito?  ____  1. Sim 2. Não
18. Existe comissão de revisão de prontuário?  ____  1. Sim 2. Não

19. Existe comissão de ética?  ____  1. Sim 2. Não
20. Existe comissão de controle de infecção hospitalar?  ____  1. Sim 2. Não
21. Qual a taxa de infecção hospitalar da maternidade no mês anterior?
22. Qual a taxa de infecção hospitalar da UTI neonatal no mês anterior?
23. A instituição permite a presença de acompanhante durante a internação para o parto?  ____  1. Sim 2. Não
24. Qual é a maior causa de internação para gestante de alto risco?

#### **IV. CARACTERIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO**

25. O Hospital aderiu ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento?  ____  1. Sim 2. Não
26. Você conhece o principal objetivo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento?  ____  1. Sim 2. Não
27. Quantos profissionais estão diretamente envolvidos com as atividades do programa?  ____
28. Quais os profissionais que prestam assistência à gestante de alto risco no pré-parto, parto e pós-parto?  ____  1. Médico Ginecologista/ Obstetra 2. Médico Ginecologista/ Obstetra e enfermeiro 3. Médico Ginecologista/ Obstetra e enfermeiro e outros profissionais 4. Não há profissionais treinados para este atendimento.
29. Os profissionais do programa estão capacitados para realizar suas atividades?  ____  1. Sim 2. Não
30. Quantos profissionais estão capacitados para o atendimento da gestante e do recém-nascido de alto risco?  ____
31. Quais os profissionais que estão capacitados para este atendimento?  ____  1. Somente Médico 2. Médico e enfermeiro 3. Médicos e demais profissionais 4. Não tem profissionais capacitados.
32. Existem protocolos acessíveis com fluxo de o atendimento de gestante de alto risco com doença hipertensiva da gravidez e suas complicações?  ____  1. Sim 2. Não
33. Os profissionais elaboram rotina de serviço para o atendimento de gestantes de alto risco com doença hipertensiva na gravidez e suas complicações?  ____  1. Sim 2. Não
34. Quantos turnos o médico faz por semana, para o atendimento do PHPN na unidade hospitalar?  ____  1- Quatro turnos de 5h, 2 – Quatro turnos de 4h, 3 – seis turnos de 4 h, 4 – dois turnos de 5h, 5 – Outros – especificar _____
35. Quantos turnos os demais profissionais de saúde que atuam neste programa fazem?  ____  1- Quatro turnos de 5h, 2 – Quatro turnos de 4h, 3 – Seis turnos de 4 h, 4 – Dois turnos de 5h, 5 – Outros – especificar _____

#### **VI. QUALIDADE DA ATENÇÃO**

36 Como é o acolhimento das gestantes na unidade?
---

37. Foi definido qual (is) o(s) profissional (is) que deveria(m) realizar o acolhimento?  ____  1. Sim 2. Não
38. Quantos profissionais realizam a atividade de acolhimento?  ____  1. Somente o médico 2. Médico e enfermeiros 3. Médicos e demais profissionais de saúde 4. Ninguém realiza esta atividade.
39. No acolhimento o profissional faz verificação do cartão da gestante?  ____  1. Sim 2. Não

## **VII ACESSO AO PROGRAMA**

40. Existe algum mecanismo para facilitar o acesso da gestante? Qual (is)?
41. Quais as principais barreiras que a gestante pode encontrar para ser atendida na unidade?

## **IX. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

42. É feito relatório das atividades que envolvem o acolhimento com verificação de cartão da gestante? É feito com que objetivo?
43. As atividades são avaliadas?
44. Existe um momento específico para isso? Se sim, descreva como é feito.
45. Quem participa?  ____  1. Só o gestor 2. Só a equipe 3. Gestor e equipe 4. Equipe e parturientes
46. A avaliação é informal ou formal (com base em instrumento específico)? (Se tiver instrumento, solicitar uma cópia)
47. É feito por alguém do programa (avaliador interno) ou de fora do programa (avaliador externo)?
48. São utilizados indicadores de avaliação das atividades? Qual (is)?
49. O que é feito com o resultado das avaliações?
50. Já conseguiu mudar algo no programa que foi apontado como sugestão numa das avaliações feitas?
51. Quais as facilidades encontradas no desenvolvimento do programa? E dificuldades?

**APÊNDICE 3**

**FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – ENSP**  
**QUESTIONÁRIO COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE**

Para todo questionário, preencher 88 para não se aplica e 99 para não informado

Nº do questionário \_\_\_\_\_

<b>I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>
1. Nome do Profissional: _____
2. Formação Profissional _____
3. Idade  ____  anos
4. Sexo M  ____  F  ____
5. Tempo de formado  ____  anos
6. Tem Pós- graduação/Especialização  ____  1. Sim 2. Não
7. Cargo que ocupa _____
8. Tempo que trabalha no hospital?  ____  1. < 1 ano 2. 1-2 anos 3. 3-4 anos 4.>5 anos
9. Trabalha em outra unidade de saúde? 1. Sim 2. Não
10. Esse trabalho é a sua principal fonte de renda?  ____  1. Sim 2. Não
11. De que forma você está envolvido (a) com as atividades do programa PHPN?
12. Fez algum treinamento e capacitação para realizar atendimento à assistência à gestante e ao recém-nascido?  ____  1. Sim 2. Não
13. Há quanto tempo recebeu treinamento de assistência à gestante e ao recém-nascido?  ____  1. < 1 ano 2. 1-2 anos 3. > 2 anos
14. Qual a instituição responsável pela capacitação?  ____  1. O próprio Hospital 2. SMS 3. SES 4. Outra _____

<b>II. INFORMAÇÃO SOBRE O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E DOENÇAS HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ (CONHECIMENTO E CONDUTA)</b>
15. Você conhece o protocolo do Programa de Humanização Pré-Natal e Nascimento?  ____  1. Sim 2. Não

16. Qual o seu grau de aceitação do protocolo?  ____  1. Baixo 2. Médio 3. Bom 4. Muito Bom. 5. Excelente
17. Em sua opinião existem obstáculos para a adesão ao protocolo  ____  1. Sim 2. Não
18. Quais são os principais obstáculos para adesão ao protocolo?
19. O que facilita a sua adesão ao protocolo?
20. Dê três sugestões para a melhoria da adesão ao protocolo.
21. Você realiza o acolhimento no atendimento com as gestantes?  ____  1. Sim 2. Não
22. Em sua opinião é importante realizar o acolhimento?  ____  1. Sim 2. Não
23. Você verifica o cartão de gestante durante o acolhimento?  ____  1, Sempre 2. Às vezes 3. Nunca
24 Existe algum tipo de integração deste serviço com os Programas PACS/PSF para o seguimento da puerpera e do recém-nascido?  ____  1. Sim 2. Não
25. Todas as parturientes e os recém-nascidos no momento da alta já ficam com agenda marcada para a primeira consulta após 15 dias do parto no puerpério.  ____  1. Sim 2. Não
26. Você orienta as parturientes quanto ao aleitamento materno e medidas de higiene do recém-nascido?  ____  1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca

## II. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

27. É feito relatório das atividades desenvolvidas com as gestantes e parturientes do hospital?  ____  1. Sim 2. Não
28. Este relatório é analisado? Com que finalidade? De que forma?
29. Quem faz a avaliação do programa?  ____  1. Alguém do programa (avaliador interno) 2. Alguém de fora (avaliador externo)
30. Você tem um momento específico para realizar esta atividade de monitoramento e avaliação? Quem participa?  ____  1. Só o gestor 2. Gestor e equipe 3. Gestor, equipe e parturientes 4. Equipe e parturientes.

**APÊNDICE 4**

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA INSTITUCIONAL**

Para todo questionário, preencher 88 para não se aplica e 99 para não informado

<b>I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO</b>
1. CGC do Hospital:
2. Município:
3. Observador
4. Data da Observação:
5. Horário do Início da Observação:  __ __  Horário do Término da Observação:  __ __
6. Dia da Semana:  __  1. Dia Útil. 2. Final de semana
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DA MULHER</b>
7. Nome:
8. Nº do prontuário:
9. Data da Admissão:
10. Hora da Admissão:
<b>III. OBSERVAÇÃO NA ABORDAGEM DA PACIENTE:</b>
11. A equipe de profissionais se dirige à paciente por designação respeitosa?  __  1. Sim 2. Não
12. A equipe se dirige à paciente pelo nome?  __  1. Sim 2. Não
13. A paciente teve acompanhante no pré-parto?  __  1. Sim 2. Não
14. A paciente foi questionada sobre a realização do pré-natal?  __  1. Sim 2. Não
15. A paciente foi questionada sobre onde realizou o pré-natal?  __  1. Sim 2. Não
16. A paciente foi questionada sobre o número de consultas realizadas  __  1. Sim 2. Não
17. A paciente foi questionada sobre quais exames foram realizados no pré-natal?  __  1. Sim 2. Não
18. Foram solicitados exames complementares durante o período gestacional  __  1. Sim 2. Não

19. A paciente foi questionada sobre a escolha do hospital para ganhar o recém-nascido?  ___  1. Sim 2. Não
20. Como foi feita a escolha do hospital?  ___  1. Paciente referenciada 2. Hospital que tinha vaga (demanda espontânea) 3. Escolha da Paciente
21. Qual profissional fez o acolhimento?  ___  1. Médico 2. Enfermeiro 3. Assistente Social 4. Psicólogo 5. Outro _____
22. A paciente foi atendida com protocolo acessível?  ___  1. Sim 2. Não
23 O protocolo encontra-se disponível para consulta em local acessível?  ___  1. Sim 2. Não

<b>IV- OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO HOSPITALAR</b>
24. A temperatura do ambiente é agradável?  ___  1. Sim 2. Não
25. Existe Sala/Consultório para o atendimento no pré-parto? 1. Sim 2. Não Quantas?  ___   ___
26. Existem salas/Consultórios para o atendimento no pós-parto? Quantas?  ___   ___
27. Existem leitos obstétricos no hospital?  ___  1. Sim 2. Não Quantos?  ___
28. Existem leitos de UTI neonatal no hospital?  ___  1. Sim 2. Não Quantos?
29. Existem leitos de UTI adulto no hospital para atendimento de gestantes de alto risco?  ___  1. Sim 2. Não Quantos?
30. As roupas de cama são adequadas? São limpas?  ___  1. Sim 2. Não
31. A paciente está usando roupa hospitalar?  ___  1. Sim 2. Não
32. Existe água potável acessível à paciente?  ___  1. Sim 2. Não
33. Os quartos/ enfermarias são limpos?  ___  1. Sim 2. Não
34. Os banheiros são limpos?  ___  1. Sim 2. Não
35. Os banheiros possuem papel higiênico, sabão, descarga e lixo com tampa?  ___  1. Sim 2. Não

## APÊNDICE 5

### FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA ROTEIRO E/OU LISTA DE VERIFICAÇÃO DA FARMÁCIA

Para todo questionário, preencher 88 para não se aplica e 99 para não informado

<b>I. IDENTIFICAÇÃO DO ROTEIRO</b>		
1. CGC do Hospital:		
2. Município:		
3. Data:		
4. Observador:		
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>		
5. Nome:		
6. Cargo:		
7. Profissão:		
<b>III. DADOS SOBRE A FARMACIA</b>		
8. A farmácia faz controle de estoque dos medicamentos?  __  1. Sim 2. Não		
9. Existe critério usado para reposição de medicamentos?  __  1. Sim 2. Não		
10. Existe presença de poeira, lixo exposto?  __  1. Sim 2. Não		
11. Existe presença de mofo, infiltrações?  __  1. Sim 2. Não		
12. Há incidência de luz solar sobre os medicamentos?  __  1. Sim 2. Não		
13. Existem caixas de remédio em contato direto com o chão, parede ou teto.  __  1. Sim 2. Não		
14. Existem telas de proteção nas janelas?  __  1. Sim 2. Não		
<b>IV. DADOS SOBRE MEDICAMENTOS PARA DOENÇA HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ.</b>		
15. Especificação dos medicamentos, quantidade e prazo de validade		
Tipo de medicação	Quantidade	Validade
Betametasona 12mg		
Sulfato de magnésio		

Hidralazina		
Nifedipina 5mg		
Dexametasona 10mg		
Anti-hipertensivo		
Diuréticos		
Outros		

**V. INFORMAÇÕES SOBRE CONSERVAÇÃO DOS INSUMOS**

16. Existe geladeira e/ou freezer próprio no setor? |\_\_| 1. Sim 2. Não

17. A geladeira acondiciona outros materiais como alimentos? |\_\_| 1. Sim 2. Não

18. A geladeira e/ou freezer tem termômetro para registro de controle da temperatura?  
|\_\_| 1. Sim 2. Não

19. Existe registro sistemático da temperatura da geladeira/freezer? |\_\_| 1. Sim 2. Não

## APÊNDICE 6

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

### ROTEIRO E/OU LISTA DE VERIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

Para todo questionário, preencher 88 para não se aplica e 99 para não informado

<b>I. IDENTIFICAÇÃO DO ROTEIRO</b>			
1. CGC do Hospital:			
2. Município:			
3. Data:			
4. Observador:			
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>			
5. Nome:			
6. Cargo:			
7. Profissão:			
<b>III. DADOS SOBRE O LABORATORIO</b>			
8. Existem sistemas de requisição, controle e logística informatizados?			
9. Qual é o intervalo de tempo entre o recebimento da amostra e a disponibilidade do resultado dos exames?  _ _  1.  _ _  minutos 2.  _ _  horas 3.  _ _  dias 4.  _ _  semanas 5.  _ _  meses 6. Não sabe			
10. Existe controle de qualidade neste laboratório?  _ _  1. Sim 2. Não			
11. Se esta unidade não realizar alguns exames solicitados? Qual é o Laboratório de referência?			
<b>IV. DADOS SOBRE EXAMES PARA DOENÇA HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ.</b>			
12. Especificação de exames, quantidade, Número de Kits e Quantidade.			
<b>Exames</b>	<b>Números de kits disponíveis</b>	<b>Data de validade dos kits</b>	<b>Quantidade de exames disponíveis</b>
Série vermelha			
Plaquetometria			

Pesquisa de esquizócitos do hemograma			
Uréia			
Creatinina			
Ácido úrico.			
DHL			
AST			
ALT			
Bilirrubina e frações			
Pesquisa da proteinúria			
Outros			

#### V. INFORMAÇÕES SOBRE CONSERVAÇÃO DOS INSUMOS

13. Existe geladeira e/ou freezer próprio no setor?  1. Sim 2. Não  
Existência de registro sistemático da temperatura da geladeira/freezer.

14. A geladeira acondiciona outros materiais como alimentos?  1. Sim 2. Não

15 A geladeira e/ou freezer tem termômetro para registro de controle da temperatura?  
 1. Sim 2. Não

16 Existe registro sistemático da temperatura da geladeira/freezer?  1. Sim 2. Não

## APÊNDICE 7

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – ENSP  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **Gestor do hospital e/ou administradores do Hospital**

Esta pesquisa fará parte de uma Dissertação de Mestrado de Avaliação em Saúde que tem como objetivo: avaliar o grau de implementação das ações de controle da assistência ao parto da gestante com doença hipertensiva e dos cuidados ao recém-nascido exposto em Cuiabá.

A importância da avaliação de serviços no campo da saúde justifica este estudo, na medida em que poderá contribuir com a adequada assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal, além de concorrer para a institucionalização da prática de monitoramento e da avaliação, bem como nas negociações entre os gestores, nas soluções dos problemas levantados e na tomada de decisão.

Serão garantidos ao participante, direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase desta; direito de recusar a participar e/ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa é muito importante e dar-se-á mediante questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas, abordando vários aspectos relativos ao tema. As informações prestadas serão analisadas segundo categoria e apresentadas sem identificação nominal, de forma a não comprometer o participante. Entretanto, considerando a especificidade do cargo, existe um risco de identificação, assim, solicitamos autorização para citação do cargo caso algum trecho do questionário tenha que ser transcrito na dissertação.

Os resultados deste questionário serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa e para publicações – dissertação, artigos em revistas científicas – e apresentações em eventos e reuniões científicas.

Compreendendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, concordo em participar do mesmo.

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do pesquisador principal:** \_\_\_\_\_

Data (Cidade/dia mês e ano) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

Pesquisadora: Norma Doracy Monteiro Amorim

Mestranda do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo. Manguinhos Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210      Telefone: (21) 2598-2444

**Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP**

Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 Sala 314

Manguinhos Rio de Janeiro RJ

CEP: 21041-210      Telefone: (21) 2598-2863

## APÊNDICE 8

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – ENSP  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(Médicos e/ou enfermeiros e outros profissionais de saúde do hospital)**

Esta pesquisa fará parte de uma Dissertação de Mestrado (ENSP/FIOCRUZ): “Avaliação de implementação das ações de controle da gestação de alto risco: cuidados à gestante com doença hipertensiva da gravidez e aos seus conceptos” e tem como objetivo: avaliar o grau de implementação das ações de controle da assistência ao parto da gestante com doença hipertensiva e dos cuidados ao recém-nascido exposto em Cuiabá.

A importância da avaliação de serviços no campo da saúde justifica este estudo, na medida em que poderá contribuir com a adequada assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal, além de concorrer para a institucionalização da prática de monitoramento e da avaliação, bem como nas negociações entre os gestores, nas soluções dos problemas levantados e na tomada de decisão.

Serão garantidos ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa é muito importante e dar-se-á mediante o questionário, abordando vários aspectos relativos ao tema. As informações prestadas serão analisadas segundo categorias pré-definidas e apresentadas em conjunto com os dados dos demais questionários sem identificação nominal de forma a não comprometer os participantes.

Os resultados do questionário serão utilizados exclusivamente para publicações – dissertações, artigos em revistas científicas – e apresentações em eventos e reuniões científicas.

Compreendendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, concordo em participar do mesmo.

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do pesquisador principal:** \_\_\_\_\_

Data (Cidade/dia mês e ano) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

Pesquisadora: Norma Doracy Monteiro Amorim

Mestranda do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo. Manguinhos Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210      Telefone: (21) 2598-2444

**Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP**

Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 Sala 314

Manguinhos Rio de Janeiro RJ

CEP: 21041-210      Telefone: (21) 2598-2863

**APÊNDICE 9****FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – ENSP  
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

A Ilm<sup>a</sup>. Sr<sup>a</sup>. Hilda Kazue

Diretora Administrativa do Hospital Maternidade Santa Helena

Cuiabá, 21 de outubro de 2009.

A Fundação Oswaldo Cruz, por meio da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ em parceria com a Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT, está ministrando o curso de “Mestrado Profissionalizante em Avaliação em Saúde”, tendo como objetivo desenvolver a capacidade avaliativa dos profissionais de saúde tomando como objeto de reflexão os programas de controle de processos endêmicos. A proposta desse curso envolve basicamente duas dimensões: a sócio-histórica e a técnico-operacional da avaliação. A primeira dimensão refere-se à discussão dos contextos socioeconômico e institucional nos quais os programas são desenvolvidos; e a segunda, ao instrumental teórico-prático disponível para a constituição de sistemas de monitoramento e avaliação (M&A).

Nesse sentido os alunos do curso têm como produto final, a produção de uma Dissertação em que demonstrem o domínio do objeto de estudo, bem como sua capacidade de planejamento e execução de uma pesquisa operacional que resulte em um produto que contribua para a melhoria da capacidade de gestão e organização do Sistema de Saúde.

Dentre os projetos apresentados à Coordenação do Curso está a proposta de desenvolver a pesquisa: “Avaliação de implementação das ações de controle da gestação de alto risco: cuidados à gestante com doença hipertensiva da gravidez e aos seus conceptos” que tem como objetivo: Avaliar o grau de implementação das ações de controle da assistência à gestante com doença hipertensiva e dos cuidados ao recém-nascido exposto em Cu

Para a realização desta pesquisa foi efetuada uma análise nos hospitais que atendem gestantes de alto em Cuiabá-MT, para escolha da unidade de estudo. O Hospital Maternidade Santa Helena é a unidade de interesse nesta avaliação.

Diante disso, para que o estudo possa ser efetivado, vimos solicitar à V. S<sup>a</sup>. autorização para a realização da pesquisa nesse hospital, ressaltando que o estudo implica a realização da aplicação de questionários semiestruturados com os atores selecionados (gestor do hospital e/ou profissionais médicos, enfermeiros e outros), bem como no levantamento e análise documental, observação direta e revisão de prontuários. Ressaltamos também que nem os sujeitos da pesquisa ou o hospital sofrerão qualquer tipo de constrangimento ou sanção por participar, ou não, da pesquisa.

Informamos ainda que a mestrandia responsável pela referida pesquisa, ficará à disposição para dar todas as informações ou explicações necessárias para que todo o processo ocorra de acordo com o aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP – FIOCRUZ e com o termo de anuência emitido por esse hospital.

Essa pesquisa pode também contribuir com o fortalecimento da área de monitoramento e avaliação nos níveis local e estadual, bem como na melhoria do programa de saúde da mulher e da criança no município de Cuiabá e no estado.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários pelo fone/fax 36135361.

Atenciosamente,

Norma Doracy Monteiro Amorim  
Mestranda ENSP/FIOCRUZ

Data (Cidade/dia mês e ano) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009  
Pesquisadora: Norma Doracy Monteiro Amorim  
Mestranda do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ)  
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo. Manguinhos Rio de Janeiro – RJ  
CEP: 21041-210 Telefone: (21) 2598-2444

**Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP**  
Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 Sala 314  
Manguinhos Rio de Janeiro RJ  
CEP: 21041-210 Telefone: (21) 2598-2863

**TERMO DE ANUÊNCIA DO GESTOR DA INSTITUIÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, diretor e/ou administrador do Hospital Maternidade Santa Helena, declaro ter entendido os esclarecimentos, referentes à pesquisa: “Avaliação de implementação das ações de controle da gestação de alto risco: cuidados à gestante com doença hipertensiva da gravidez e aos seus conceptos” e concordo voluntariamente em incluir o Hospital Maternidade Santa Helena no estudo proposto, comprometendo-me a disponibilizar as informações necessárias.

Cuiabá-MT, \_\_\_\_ de outubro de 2009

---

Assinatura do Diretor/Administrador

Data (Cidade/dia mês e ano) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

Pesquisadora: Norma Doracy Monteiro Amorim

Mestranda do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo. Manguinhos Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210      Telefone: (21) 2598-2444

**Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP**

Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 Sala 314

Manguinhos Rio de Janeiro RJ

CEP: 21041-210      Telefone: (21) 2598-2863

**APÊNDICE 10****FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA  
TERMO DE RESPONSABILIDADE E SIGILO**

Caro (a) Administrador (a),

Esta pesquisa fará parte de uma Dissertação de Mestrado de Avaliação em Saúde que tem como objetivo: Avaliar o grau de implementação das ações de controle da assistência ao parto da gestante com doença hipertensiva e dos cuidados ao recém-nascido exposto.

A importância da avaliação de serviços no campo da saúde justifica este estudo, na medida em que poderá contribuir com a adequada assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal, além de concorrer para a institucionalização da prática de monitoramento e da avaliação, bem como nas negociações entre os gestores, nas soluções dos problemas levantados e na tomada de decisão.

Sua participação consistirá em disponibilizar para consulta, prontuários de aproximadamente 100 parturientes atendidas no hospital Maternidade Santa Helena, no período entre setembro de 2008 e setembro de 2009. As informações obtidas serão confidenciais. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. O nome, endereço e outras informações pessoais constantes nos prontuários, receberão apenas um código para sua identificação. Espera-se que as conclusões, cientificamente embasadas, possam ser utilizadas pelos dirigentes, profissionais desta unidade e gestores de saúde local, a fim de alcançar ações mais efetivas, melhorando a qualidade da assistência ao parto e ao recém-nascido de alto risco, reduzindo a mortalidade materna e neonatal neste hospital e conseqüentemente no município de Cuiabá. Para maiores esclarecimentos a pesquisadora coloca-se à disposição.

Declaro estar ciente das informações contidas neste Termo de Responsabilidade e Sigilo e concordo com os termos acima mencionados.

**Assinatura Gerente da Unidade**-----

**Assinatura do Pesquisador Responsável**-----

Data (Cidade/dia mês e ano) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

Pesquisadora: Norma Doracy Monteiro Amorim

Mestranda do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo. Manginhos Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210      Telefone: (21) 2598-2444

**Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP**

Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 Sala 314

Manginhos Rio de Janeiro RJ

CEP: 21041-210      Telefone: (21) 2598-2863