



Ministério da Saúde

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



Christiane Kanzler Barbosa Nunes

## **Estudo de avaliabilidade do Projeto ApiceOn**

Brasília

2021

Christiane Kanzler Barbosa Nunes

### **Estudo de avaliabilidade do Projeto ApiceOn**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cláudia Figueiró.

Coorientadoras: Prof.<sup>a</sup> Dra. Marcela Alves de Abreu e Prof.<sup>a</sup> Dra. Kátia Crestine Poças.

Brasília

2021

Título do trabalho em inglês: Evaluability study of the ApiceOn Project.

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

N972e Nunes, Christiane Kanzler Barbosa.  
Estudo de avaliabilidade do Projeto ApiceOn / Christiane Kanzler  
Barbosa Nunes. -- 2021.  
146 f : il. color. ; tab.

Orientadora: Ana Cláudia Figueiró.  
Coorientadora: Marcela Alves de Abreu e Kátia Crestine Poças.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, DF, 2021.

1. Avaliação em Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Parto.  
4. Humanização da Assistência. 5. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde. 6. Estudo de avaliabilidade. 7. Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento. 8. Política Nacional de Humanização. I. Título.

CDD – 23.ed. – 618.24

Christiane Kanzler Barbosa Nunes

### **Estudo de avaliabilidade do Projeto ApiceOn**

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

Aprovada em: 13 de dezembro de 2021.

#### Banca Examinadora

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Gilmara Lima Nascimento

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ângela Fernandes Esher Moritz

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Profa. Dra. Marcela Alves de Abreu (Coorientadora)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Profa. Dra. Ana Cláudia Figueiró (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Brasília

2021



Dedico essa dissertação às minhas avós, Sophia e Aparecida, mulheres fortes e sábias - memória sempre viva do amor materno - e aos meus amados Júlia, Terezinha, Neosnardo, Tatiane, Sophia, Júnior, Milene, Rafael e Amanda, que sempre me encorajam, apoiam e acreditam, mesmo quando estou cheia de dúvidas.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelas muitas oportunidades que Ele me apresenta e que aceito com fé, confiança e esperança.

Quem me conhece sabe que cursar um mestrado era um sonho desde a graduação, sonho esse que só tive oportunidade de realizar através da parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF e a Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP. Aproveitei a chance e cá estou, terminando o curso, agradecida às muitas pessoas envolvidas na concretização dessa proposta, no âmbito da SES/DF, ENSP e Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

No curso, em março de 2019, ouvi na aula inaugural que temos dois momentos de alegria no mestrado: o início e o término. Isso é parcialmente verdadeiro. Concordo que esses dois momentos são os mais intensos, mas reconheço que no decorrer desses três anos eu vivi um sem-número de emoções, muitas descobertas, muito aprendizado, muitos estímulos, fiz amizades incríveis e também tive algumas dificuldades. Depois de algumas crises de ansiedade e do enfrentamento da pandemia COVID-19, tenho a alegria de chegar ao final desse processo e dizer que valeu a pena. Foi sensacional ter a oportunidade de conhecer pessoas tão queridas, que serão não só colegas, mas amigos e parceiros de vida, dentro e fora da SES/DF. Foi um privilégio conhecer professores incríveis, exemplos de amor à ciência e dedicação à vida, às políticas públicas, ao Sistema Único de Saúde (SUS). Obrigada, companheiros e companheiras da SES/DF, professoras e professores.

E pensando nos agradecimentos, me dei conta de quantas pessoas estiveram comigo, me instigando, ajudando, ouvindo, consolando e apoiando das mais diversas formas. Temo não lembrar de todas, mas tentarei ser justa.

Para cursar esse mestrado, contei com a ajuda das equipes de planejamento das regiões leste e central e de vários colegas de trabalho, pessoas muito queridas, no Hospital da Região Leste - HRL e no Hospital Regional da Asa Norte - HRAN. Em especial, agradeço aos meus gestores, que gentilmente autorizaram as liberações para as aulas e outras atividades, em especial Fabiana Binda, Sofia Serícia e Pedro Zancanaro. A ASPLAN de vocês será sempre grata e solicita encontro excepcional da GFEST pra comemorar essa conquista!

Agradeço às minhas pacientes, que foram tolerantes nas remarcações de horários e compreenderam a minha nova rotina de estudante. Nessa área psi, não posso deixar de agradecer à minha analista Patrícia Bizerril, fonte inesgotável de acolhimento, compreensão, apoio, incentivo e reflexões. Muito obrigada!

Olhando ao meu redor, observo que tenho o privilégio de contar com uma aquecida rede de afetos e que transito em espaços coletivos repletos de pessoas queridas.

A Política Nacional de Humanização me tomou de assalto graças à apresentação maravilhosa que Beth Mori me oportunizou, inicialmente na parceria com a rede de saúde mental da SES/DF e depois, abrindo a sua casa para que ela e Roque possibilitassem os encontros das sextas-feiras, os nossos momentos de grupalização. Agradeço a todos os amigos que estiveram conosco nessa jornada de descobertas, reflexões, risos e momentos marcantes, em especial à Beth, sem a qual talvez esse estudo não estivesse sendo concluído. Obrigada!

Quanto às grupalidades, meu agradecimento muito especial à amizade mais do que improvável das “Frozen Girls”, posteriormente renovado para “Fire Girls”. Fabiana Binda, Gilmara Nascimento, Rúbia Persequini e Tercília Ximenes, como amo ser amiga de vocês! Agradeço por estarem ao meu lado nessa intensa jornada. Nós rimos, choramos, bendizemos, reclamamos, brigamos, apoiamos umas às outras, isso tudo num dia só, a depender do calor do momento. A amizade de vocês é uma bênção sem igual! Obrigada!

Como nem tudo foi estudo nesses quase três anos de mestrado, preciso registrar a imensa alegria de ter reencontrado o meu colega de faculdade, amigo e professor de dança Gustavo Colin, que com as minhas parceiras Tatiane Kanzler e Mabelle Roque formaram um grupinho especial demais! Dançando salsa e bachata alegramos as nossas semanas, nos entregamos de corpo, alma e espírito ao prazer da dança de salão. Gustavo e *Las Panteras de Bailão* arrasaram nas pistas! Sorrimos, conversamos, brincamos, dançamos. Amo estar com vocês e dançar com vocês! Obrigada!

Amizade é amizade, parceria é parceria. Orgulhosamente faço parte de um trio, o trio das *Superpoderosas*! Tati e Mabelle, como a gente conversa, meu Deus! É o dia todo um agito no Whatsapp, com direito a chamadas de vídeos e áudios longos. Juntas, nós caminhamos, dançamos, bebemos, comemos, vamos pro Rio, Pirenópolis e Chapada, nos entregamos ao sol... A gente se apoia, a gente faz dieta juntas, fura a dieta juntas, compartilha lactase e se mete na vida uma das outras, mesmo sem convite. Que amizade mais linda nós construímos! Mabelle, as nossas caminhadas terapêuticas nas manhãs de domingo são revigorantes, física e emocionalmente. Irmãzinha, amo você demais! Vida longa às Superpoderosas e que tenhamos muitas outras aventuras pela frente. Obrigada por tudo!

Agradeço também aos meus irmãos e irmãs do Grupo Maria Dolores, da Comunhão Espírita de Brasília, sempre cuidadosos e generosos, compreendendo as faltas e os atrasos, apoiando os meus estudos e orando por mim. Muito obrigada!

Preciso registrar a ajuda dos meus amigos e amigas mestres e doutores, que foi pra lá de especial!! Valdelice França, Gilmara Nascimento, Rúbia Persequini, Maria Cláudia de Freitas, Ana Cláudia Reis, Mariana Franzoi, Jamila Zgiet, Camila Gaspar, Carlos Benício, Caio Mourão, vocês são demais! O exemplo de vocês me inspirou e o apoio generoso foi muito bem-vindo. Cada um do seu jeito, vocês contribuíram para a concretização desse sonho. Obrigada!

Sim, também agradeço pela compreensão e carinho dos meus compadres e cumadis, afilhados e afilhadas, amigos, amigas e familiares, que me incentivaram a perseverar e compreenderam as prioridades que tiveram de acontecer durante o curso, como Márcia Pinheiro, Carlos Benício, Kelly Gennari, Érika Micheline, Kennia Tayar, Lucas Nanini. Agora podemos combinar mais cafezinhos, almoços e jantares. Saudade de vocês! Agradeço por tudo que representam na minha vida, o que é muita coisa!

Enfatizo que, ainda que tenha agradecido ao corpo docente que nos acompanhou no mestrado, preciso registrar a minha imensa gratidão ao apoio e investimento da equipe de orientação. Serei sempre grata às professoras Dras. Ana Cláudia Figueiró, Dra. Marcela Alves de Abreu e Dra. Kátia Crestine Poças: a experiência de ter sido orientada por vocês foi como um curso à parte, rico em afetuosidade, conhecimento e crescimento, com muitas lições aprendidas. Marcela, você e a Sofia foram companheiras virtuais diárias nesses meses, sou muito grata à sua escuta acolhedora, ponderações sempre pertinentes e reflexivas. A minha banca de qualificação também foi incrível, me possibilitou viver um dos dias mais especiais desse ano. Muito obrigada!

Apesar de algumas dificuldades, com alegria agradeço pelos esforços da coordenação do Projeto ApiceOn para a realização da minha pesquisa. Vocês possibilitaram a realização desse Estudo de Avaliabilidade, oferecendo os materiais possíveis de serem disponibilizados e indicando pessoas estratégicas para as entrevistas. Agradeço também às mediadoras, supervisoras e aos apoios técnicos da SES/DF, que abriram mão de algumas horas das suas vidas para responder aos questionários. Admiro a proposta do Projeto e acredito que ele deixou marcas muito positivas nos serviços onde foi implementado, nas equipes, nas mães, bebês e famílias que contemplou, assim como na minha vida. Obrigada!

Quando falo sobre a vida, maternagem e cuidado, não consigo evitar me remeter às minhas experiências pessoais. Agradeço pelo amor que recebo da minha família, mamãe, papai, irmãos (feio e feia), cunhada, sobrinho e sobrinhas, tios, tias, primos, primas, madrinhas. Amo muito vocês e sou grata por tudo que já fizeram e fazem por mim.

Júlia, você foi a pessoa que mais participou desse meu mestrado, me vendo através dos livros, do computador e das pilhas de publicações, ouvindo as minhas queixas e participando dessa construção intensa. Talvez tenha sido um pouco desalentador acompanhar isso de perto porque você sabe como demandou esforços e sacrifícios, a ponto de dizer que de forma alguma fará mestrado e/ou doutorado.

Filha, eu espero que você trilhe um caminho pessoal, acadêmico e profissional de muitas realizações e que seja feliz em todas as esferas da sua vida. Espero também que você mude de ideia, porque gostaria de sentir a emoção que os meus pais devem estar sentindo agora, porque é uma realização bem especial. Tudo bem se não quiser, mas se escolher trilhar o caminho acadêmico, estarei ao seu lado como você esteve ao meu. Na nossa família nós valorizamos o amor, as amizades, a alegria de viver, o trabalho, os estudos, a dedicação ao que nos é caro e a superação. Amo você!

Por fim, registro o agradecimento aos meus gatinhos, leais parceiros preguiçosos nas manhãs, tardes, noites e madrugadas de estudo, curiosos coadjuvantes nas atividades online, sempre me enchendo de pelos e carinho. Várias vezes vocês decidiram quando era hora de ir dormir, sabotando a digitação, fazendo bagunça para chamar a atenção ou pulando no meu colo pra ficarem agarradinhos a ronronar. Zé, Clara, Magaiver e Ágatha (também conhecida como Bigail), está acabando! Em breve estaremos juntos nas sonecas de sábado à tarde. Obrigada, meus nenéns!

O apego é crucial para a sobrevivência e desenvolvimento do bebê (...)

O laço original entre pais e bebê é a principal fonte de todas as ligações subsequentes do bebê e é o relacionamento formativo, no decorrer do qual a criança desenvolve um sentido de si mesma. A força e o caráter desse apego influenciarão, por toda a sua vida, a qualidade de todos os laços futuros com os outros indivíduos.

(KLAUS; KENNELL, 1993, p. 23)

## RESUMO

Trata-se de um Estudo de Avaliabilidade (EA) do Projeto ApiceOn - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, que propõe a qualificação nos campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal. O Projeto ApiceOn teve vigência de agosto de 2017 a agosto de 2020. O método utilizado no EA foi qualitativo e o estudo pretendeu apreciar em que medida o Projeto está em condições de ser submetido a uma avaliação. O modelo definido para o estudo de avaliabilidade contempla: 1) Identificação dos *stakeholders*; 2) Análise documental; 3) Definição de objetivos e metas do programa; 4) Desenvolvimento do modelo lógico e validação com os *stakeholders*; 5) Definição das perguntas avaliativas que direcionem o foco do estudo de avaliabilidade; 6) Elaboração de relatório conclusivo, incluindo as recomendações e lições aprendidas. A partir desse modelo, o percurso metodológico empreendeu todas as etapas previstas, com a elaboração do modelo lógico do Projeto ApiceOn e sua validação pelos envolvidos. Identificamos que a composição dos indicadores monitorados no Projeto compreende tanto indicadores qualitativos quanto quantitativos e que os instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação utilizados são interligados e convergem para uma proposta que alinha as dimensões de avaliação, formação e intervenção, em coerência com o seu arcabouço teórico. Assim, o Projeto ApiceOn fomenta a oferta, pelos serviços de saúde, de cuidados maternos respeitosos, humanizados, ensino de habilidades em sintonia com valores, ética e garantia de direitos e gestão compartilhada, além de espaços permanentemente abertos para a comunicação com os usuários atendidos nos serviços, possibilitando a avaliação dos cuidados oferecidos e a participação dessas pessoas nos processos desenvolvidos nas unidades. O Projeto ApiceOn fomenta a produção de sujeitos participativos, com valorização da autonomia e protagonismo, solidariamente corresponsáveis uns com os outros. O desenvolvimento do estudo demonstrou tratar-se o Projeto ApiceOn de uma intervenção avaliável e sugere que o atingimento dos resultados é plausível. A partir do conjunto de materiais acerca dessa intervenção, o EA propõe o desenvolvimento de avaliação de implementação, que permita estudar as relações entre a intervenção e o seu contexto de implantação, tendo como objetivo apreciar o modo como, naqueles contextos específicos, a intervenção provocou mudanças. A análise da avaliabilidade é estratégica para a produção de subsídios para as instâncias decisórias.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Estudo de avaliabilidade; Gestão em saúde; Modelo de atenção ao parto e nascimento; Política Nacional de Humanização.

## ABSTRACT

This is an Evaluability Study (EA) of the ApiceOn Project - Improvement and Innovation in Care and Teaching in Obstetrics and Neonatology, which proposes qualification in the fields of care/care during labor and birth, postpartum and postpartum reproductive planning, abortion, care for women in situations of sexual violence and abortion and legal abortion. The ApiceOn Project was effective from August 2017 to August 2020. The method used in the EA was qualitative and the study aimed to assess the extent to which the Project is able to be submitted to an evaluation. The model defined for the evaluability study includes: 1) Identification of stakeholders; 2) Document analysis; 3) Definition of program objectives and goals; 4) Logical model development and validation with stakeholders; 5) Definition of evaluative questions that direct the focus of the evaluability study; 6) Preparation of a conclusive report, including recommendations and lessons learned. Based on this model, the methodological course undertook all the foreseen steps, with the elaboration of the ApiceOn Project's logical model and its validation by those involved. We identified that the composition of the indicators monitored in the Project comprises both qualitative and quantitative indicators and that the planning, monitoring and evaluation instruments used are interconnected and converge to a proposal that aligns the dimensions of evaluation, training and intervention, in coherence with its theoretical framework. Thus, the ApiceOn Project encourages the offer, by health services, of respectful, humanized maternal care, teaching skills in line with values, ethics and guarantee of rights and shared management, in addition to permanently open spaces for communication with the users served. in the services, enabling the evaluation of the care offered and the participation of these people in the processes developed in the units. The ApiceOn Project encourages the production of participatory subjects, valuing autonomy and protagonism, jointly co-responsible with each other. The development of the study demonstrated that the ApiceOn Project is an evaluable intervention and suggests that the achievement of results is plausible. From the set of materials about this intervention, the EA proposes the development of an implementation evaluation, which allows studying the relationship between the intervention and its implementation context, aiming to appreciate how, in those specific contexts, the intervention provoked changes. Evaluability analysis is strategic for the production of useful information and subsidizes necessary judgments for decision-making bodies.

Keywords: Health assessment; Evaluability study; Health management; Delivery and birth care model; National Humanization Policy.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Linha do tempo da atenção em obstetrícia e neonatologia no Brasil.....	28
Figura 2 – Estrutura organizacional do Projeto ApiceOn .....	34
Figura 3 – Fluxo do acompanhamento avaliativo .....	35
Figura 4 – Modelo lógico preliminar .....	36
Figura 5 – Articulação entre os princípios da PNH e os processos avaliativos .....	38
Figura 6 – Desenho do processo de avaliação da avaliabilidade, segundo Leviton.....	45
Figura 7 – Estrutura da árvore de problemas .....	57
Figura 8 – Estrutura do modelo lógico .....	58
Figura 9 – Estruturação dos fatores de contexto .....	58
Figura 10 – Árvore de problemas – Projeto ApiceOn .....	73
Figura 11 – Modelo lógico do Projeto ApiceOn – versão validada pelos <i>stakeholders</i> .....	76
Quadro 1 – Cronograma de atividades do Projeto ApiceOn .....	33
Quadro 2 – Composição do processo avaliativo alinhado à PNH .....	39
Quadro 3 – Recomendações do estudo de revisão integrativa .....	43
Quadro 4 – Identificação de <i>stakeholders</i> .....	49
Quadro 5 – Questionário para entrevistas com integrantes da equipe gerencial .....	55
Quadro 6 – Glossário de conceitos básicos para elaboração de modelo lógico .....	56

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Matriz de caracterização dos problemas que subsidiaram o Projeto ApiceOn .....	55
Tabela 2 – Matriz para descrição do Projeto ApiceOn .....	56
Tabela 3 – Fatores relevantes de contexto .....	55
Tabela 4 – Identificação dos <i>stakeholders</i> acessados no estudo de avaliabilidade .....	64
Tabela 5 – Identificação das referências utilizadas na revisão documental .....	66
Tabela 6 – Matriz de caracterização dos problemas que subsidiaram o Projeto ApiceOn .....	70
Tabela 7 – Matriz para descrição do Projeto ApiceOn (parte 1) .....	71
Tabela 7 – Matriz para descrição do Projeto ApiceOn (parte 2 - continuação) .....	72
Tabela 8 – Matriz de fatores relevantes de contexto .....	77
Tabela 9 – Perguntas avaliativas sugeridas pelos <i>stakeholders</i> .....	81

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitário Ensino
AMIU	Aspiração Manual Intra-Uterina
APICEON	Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
ARAS	Assessoria de Redes de Atenção à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CGSCAM	Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
CGSM	Coordenação Geral da Saúde da Mulher
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DIU	Dispositivo Intra-uterino
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GEL	Grupo Estratégico Local
GT	Grupo de trabalho
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMIB	Hospital Materno Infantil de Brasília Dr. Antônio Lisboa
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
HRL	Hospital da Região Leste
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IES	Instituições de Ensino Superior
IFF/FIOCRUZ	Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MAJ	Matriz de Análise e Julgamento
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PIGL	Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei
PM&A	Planejamento, Monitoramento e Avaliação
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
POA	Plano Operativo Anual
PQM	Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste
QUALINEO	Estratégia de Qualificação da Assistência ao Recém-Nascido de Risco
RC	Rede Cegonha
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
RN	Recém-Nascido
SAIS	Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SRMNAH	Saúde Sexual, Reprodutiva, Materna, Neonatal e Adolescente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>22</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>23</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....</b>	<b>24</b>
4.1 ASPECTOS DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL NO BRASIL .....	24
4.2 O PROJETO APICEON .....	28
<b>4.2.1 Focos de atenção do Projeto ApiceOn .....</b>	<b>30</b>
<b>4.2.2 Componentes do Projeto ApiceOn.....</b>	<b>31</b>
<b>4.2.3 Atividades realizadas no projeto.....</b>	<b>32</b>
<b>4.2.4 Estrutura para funcionamento.....</b>	<b>33</b>
<b>4.4.5 Produtos esperados no Projeto ApiceOn.....</b>	<b>34</b>
4.3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E OS PROCESSOS AVALIATIVOS...	37
4.4 CONTRIBUIÇÕES DOS ESTUDOS DE AVALIABILIDADE PARA AS INTERVENÇÕES DE SAÚDE .....	40
<b>5 MATERIAIS E MÉTODO .....</b>	<b>47</b>
5.1 IDENTIFICAÇÃO DOS <i>STAKEHOLDERS</i> .....	48
5.2 ANÁLISE DOCUMENTAL .....	50
5.3 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E METAS DO PROGRAMA .....	53
5.4 DESENVOLVIMENTO DO MODELO LÓGICO E VALIDAÇÃO COM OS <i>STAKEHOLDERS</i> .....	54
5.5 DEFINIÇÃO DAS PERGUNTAS AVALIATIVAS QUE DIRECIONEM O FOCO DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE.....	60
<b>5.5.1 Definição das perguntas avaliativas.....</b>	<b>60</b>
<b>5.5.2 Análise e comparação entre a realidade do Projeto e o modelo lógico.....</b>	<b>60</b>
5.6 ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO CONCLUSIVO, INCLUINDO AS RECOMENDAÇÕES E LIÇÕES APRENDIDAS.....	61
<b>6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....</b>	<b>62</b>
<b>7 RESULTADOS .....</b>	<b>63</b>
7.1 IDENTIFICAÇÃO DOS <i>STAKEHOLDERS</i> .....	63
7.2 ANÁLISE DOCUMENTAL.....	65

7.3 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E METAS DO PROGRAMA .....	68
7.4 DESENVOLVIMENTO DO MODELO LÓGICO E VALIDAÇÃO COM OS <i>STAKEHOLDERS</i> .....	69
7.5 DEFINIÇÃO DAS PERGUNTAS AVALIATIVAS QUE DIRECIONEM O FOCO DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE.....	80
7.6 ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO CONCLUSIVO, INCLUINDO AS RECOMENDAÇÕES E LIÇÕES APRENDIDAS.....	82
<b>8 CONCLUSÃO.....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE A – Entrevista inicial .....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE B – Entrevista final .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) .....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICE D – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE).....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO A – Roteiro diagnóstico.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO B – Matriz de indicadores dos componentes atenção, ensino e gestão .....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO C – Plano operativo anual (POA) .....</b>	<b>128</b>
<b>ANEXO D – Relatório executivo mensal.....</b>	<b>143</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No âmbito da atenção obstétrica e neonatal no Brasil, temos importantes desafios a superar, especialmente quanto a temas como mortalidade materna, mortalidade neonatal, planejamento reprodutivo, modelo de assistência obstétrica, violência sexual e atenção humanizada ao abortamento (IFF FIOCRUZ, [s.d.], 2019a).

A mortalidade materna é um indicador utilizado mundialmente como referência de desenvolvimento humano, social e econômico, sendo considerada evitável por meio da assistência desde o planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério. No Brasil, a mortalidade materna pode ser considerada extremamente elevada e incompatível com o nível de desenvolvimento do país, expressando a iniquidade social brasileira e a necessidade de melhorias nas políticas de saúde materno-infantis (BRASIL, M. DA S. [s.d.], 2020c).

A taxa de mortalidade infantil é um dos indicadores mais consagrados mundialmente, indicando qualidade de vida e desenvolvimento, por expressar a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre grupos sociais e regiões. Esse indicador é uma estimativa do risco de morte ao qual está exposta uma população de nascidos vivos em determinada área e período, antes de completar o primeiro ano de vida, e pode ser dividida em dois componentes: neonatal e pós-neonatal (BRASIL, M. DA S. [s.d.], 2020c).

A mortalidade neonatal está mais relacionada à assistência pré-natal e às condições da gestação e parto. Já sobre a mortalidade no período pós-neonatal, há maior impacto das condições socioeconômicas e ambientais, sobretudo nutrição e agentes infecciosos, sendo causas comuns de óbitos a diarreia e a pneumonia (BRASIL, M. DA S. [s.d.], 2020c).

O cuidado na saúde sexual e na saúde reprodutiva envolve a promoção e a proteção dos direitos das mulheres e o acesso a serviços e atendimentos com qualidade. Dentre os direitos reprodutivos está o direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos (IFF FIOCRUZ, [s.d.], 2019a).

Nessa seara, o Ministério da Saúde (MS) realiza a distribuição gratuita de nove tipos de métodos contraceptivos nos serviços de saúde constituintes do SUS: pílula combinada, anticoncepção de emergência, minipílula, anticoncepcional injetável mensal e trimestral, dispositivo intrauterino de cobre (DIU), diafragma, preservativo masculino e preservativo feminino (BRASIL, M. DA S. [s.d.], 2021b).

No Brasil, o modelo de assistência ao parto ainda é bastante centrado na conduta médica, altamente medicalizado, tecnocrático e com pouco espaço para o protagonismo da mulher e de outros profissionais de saúde (MENDES; RATTNER, 2020, p. 9). Esse modelo gera violência contra a mulher e é necessário que reconheçamos isso para modificar as suas práticas desencadeadoras (KATZ et al., 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a ocorrência de abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência na assistência ao parto em instituições de saúde é um problema mundial, com a possibilidade de consequências adversas para a mãe e a criança, nesse período de especial vulnerabilidade. Equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, de acordo com o que normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente descrevem (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2014).

As possibilidades de desrespeito e abusos durante o parto incluem violência física, humilhação e abusos verbais, procedimentos médicos coercitivos ou sem consentimento (aqui incluindo a esterilização), falta de confidencialidade e privacidade, recusa em administrar analgésicos, rejeição de internação em instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto (que podem gerar complicações evitáveis e ameaçadoras à vida), bem como a retenção de mulheres e seus recém-nascidos nas maternidades, pela pendência de pagamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2014).

A violência obstétrica é uma violência baseada em gênero e é uma violação de direitos. Ela pode ser conceituada como:

Toda ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia. (KATZ et al., 2020, p. 628)

A nomenclatura “violência obstétrica” gera incômodo na comunidade médica, todavia não culpabiliza nenhuma categoria profissional específica (KATZ et al., 2020). Não há, atualmente, consenso internacional sobre formas como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2014), mas o enfrentamento dessa situação traz benefícios para as mulheres, crianças e profissionais de saúde, na medida em que suscita práticas profissionais mais éticas e baseadas em evidências científicas, demanda uma estrutura adequada e promove relações de trabalho mais harmônicas e não hierarquizadas (KATZ et al., 2020).



No Brasil, a falta de consenso sobre o que é violência obstétrica também é percebida e nos remete à necessidade de conceituação, que auxiliará na identificação e enfrentamento dessas situações (ZANARDO et al., 2017). As políticas públicas específicas no campo da obstetrícia devem incluir a qualificação dos profissionais, de forma que os casos de violência obstétrica sejam exceções, encaradas e sujeitas a punição (LEAL et al., 2021).

Para além da atenção obstétrica, o respeito e a garantia dos direitos das mulheres devem permear a relação de cuidado nas unidades de saúde: o acolhimento dos profissionais e a escuta atenta contribuem para a promoção do cuidado e também para a identificação de situações de violência (VILELA, 2009).

Segundo pesquisa realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2019), 16 milhões de mulheres brasileiras com 16 anos ou mais sofreram algum tipo de violência física, psicológica ou sexual em 2018. Nesse grupo, 42% sofreram violência no ambiente doméstico, sendo o namorado, cônjuge ou companheiro o principal autor das violências (23,8%). No Distrito Federal, são registradas anualmente cerca de 3.000 notificações de violência, que representam em torno de 630 casos por mês ou 20 casos por dia, dos quais 33% são situações de violência sexual (GDF. Secretaria de Estado de Saúde. [s.d.], 2020).

A violência contra a mulher pode ocorrer de várias formas: violência de gênero, violência física, violência moral, violência patrimonial, violência psicológica, violência sexual. Vivemos em uma sociedade com forte tradição patriarcal, na qual as mulheres ainda estão longe de ter garantidos os seus direitos (VILELA, 2009). Avançamos nos últimos anos, com maior problematização acerca dos direitos das mulheres e discussão sobre as questões de gênero e violência, porém tendências conservadoras seguem na contramão dessas conquistas (ZANELLO; PORTO, 2016).

Um dos temas mais contestados diz respeito ao aborto, mesmo nos casos com autorização prevista em lei. Assim, as mulheres seguem sendo questionadas quanto aos seus direitos sobre o próprio corpo e destino, bem como sobre o desejo ou não de engravidar, e, se grávida, entre manter ou não a gestação (ZANELLO; PORTO, 2016).

Entre os anos de 2008 e 2015, ocorreram no Brasil cerca de 200.000 interações/ano por procedimentos relacionados ao aborto, sendo cerca de 1.600 por razões médicas e legais (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020).

E entre 2006 e 2015, foram registrados 770 óbitos maternos com o aborto como causa básica. A partir dessa informação, foi traçado o perfil das mulheres com maior risco de óbito por aborto: são aquelas de cor preta e as indígenas, de baixa escolaridade, com

mais de 40 anos ou menos de 14, das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, vivendo sem união conjugal (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020).

Apesar de ser um problema de saúde pública no Brasil, a discussão sobre a descriminalização do aborto está longe de um desfecho (ZANELLO; PORTO, 2016). Por enquanto, a interrupção gestacional é feita de forma insegura (definido pela OMS como procedimento para término de gestação, realizado por pessoas sem a habilidade necessária ou em um ambiente sem padronização para procedimentos médicos, ou ambos os fatores), clandestina ou realizada em hospitais habilitados, nos casos previstos em lei (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020).

No DF, através da Resolução nº 01/1996, o Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL) foi definido como referência para os casos de aborto legal, sendo o único serviço do DF habilitado para realizar tal procedimento, no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) (GDF. Secretaria de Estado de Saúde. [s.d.], p. 18, 2020).

Em paralelo a esses debates, iniciativas importantes foram estruturadas na última década para ampliar o conhecimento acerca dessa temática, como a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz. Essa foi a primeira pesquisa a oferecer um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento no Brasil e concluiu que, independentemente da condição social, as mulheres brasileiras e os seus bebês estão expostos a riscos e a efeitos adversos desnecessários durante o parto e nascimento. As mulheres com maior poder aquisitivo são mais frequentemente expostas a intervenções obstétricas e cesarianas, e uma alta proporção dos seus bebês nasce com menos de 39 semanas. As mulheres mais pobres estão submetidas a partos medicalizados e dolorosos, têm piores indicadores perinatais – e condições de saúde em geral – e se queixam da atenção obstétrica e neonatal recebida (FIOCRUZ, E. [s.d.], 2020b).

Uma das redes temáticas mais fortes na Política Nacional de Saúde é a Rede Cegonha (RC), que começou a ser estruturada no ano de 2011, alinhada à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com vistas a fortalecer um modelo de atenção ao parto e nascimento (e abortamento), definindo várias diretrizes para a organização dos serviços, com ênfase na atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, M. DA S. [s.d.], 2021a).

O recorte da atenção e da pactuação tripartite para o enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças contempladas pela RC é a atenção à gestante e à criança de até 24 meses. No amplo escopo das estratégias desenvolvidas por essa rede

temática está a qualificação do cuidado em maternidades, especialmente sobre os profissionais em formação (BRASIL, M. DA S. [s.d.], 2021a).

Considerando a abrangência da saúde suplementar, no ano de 2015 foi proposto o programa “Parto Adequado”, com foco na redução de cesarianas. Essa proposta contou com a adesão de hospitais de prestígio pelo Brasil, o que favoreceu a disseminação da adesão voluntária à proposta. Em 2018, englobava quase 150 hospitais e já podia ser observada a redução do número de cesarianas e de partos de bebês de termo precoce (com 37 e 38 semanas gestacionais) (LEAL, 2018).

Alinhado a essa proposta, foi elaborado o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia - ApiceOn, que visa a qualificação de hospitais com atividades de ensino, com referência nas melhores práticas de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual, de abortamento e aborto legal, tendo como base estruturante a integração de três dimensões bem definidas e inseparáveis: formação, atenção e gestão (BRASIL, M. DA S. [s.d.], p. 22, 2017).

O Projeto ApiceOn tem como objetivo a qualificação dos processos de atenção, gestão e formação envolvidos no parto, nascimento e abortamento, contemplando 97 hospitais certificados como hospitais de ensino pelo Brasil, escolhidos entre os que realizaram mais de 1.000 partos no ano de 2015, aderiram à Rede Cegonha e recebem incentivos financeiros de custeio (BRASIL, M. DA S. [s.d.], 2017).

As propostas do Projeto incentivam o ensino e a incorporação de boas práticas, baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos (BRASIL, M. DA S. [s.d.], p. 23, 2017), por meio de ofertas institucionais e apoio metodológico, com livre adesão dos participantes.

A sua metodologia estimula a pactuação de compromissos, fortalecendo os coletivos dos serviços através da corresponsabilização, utilizando metodologias leves, que convergem para um processo de apoio institucional guiado por instrumentos de planificação e avaliação, usados como dispositivos de avaliação-intervenção no trabalho. Assim, o processo de aprendizagem e construção coletiva envolve os atores em uma nova dinâmica de interação e construção, que escapa da lógica de planejamento e avaliação verticalizados (SOUZA; SANTOS FILHO, 2020, p. 296-297).

No presente trabalho, tivemos como proposta desenvolver um Estudo de Avaliabilidade (EA) do Projeto ApiceOn, que determine se é possível avaliá-lo e oriente como fazê-lo.

## **2 JUSTIFICATIVA**

O presente estudo de avaliabilidade justifica-se pela relevância da intervenção (Projeto ApiceOn) para a mudança no modelo de atenção à saúde na área de obstetrícia e neonatologia no Brasil, através do investimento na qualificação dos processos de atenção, gestão e formação em hospitais de ensino.

Ao propor a implantação dessa estratégia nos hospitais de ensino, potencializou-se o alcance da incorporação de práticas inovadoras e ampliou-se a possibilidade do desenvolvimento de estudos e pesquisas nessa área.

Espera-se que o presente EA contribua no processo avaliativo do Projeto ApiceOn, envolvendo a estruturação da sua proposta de intervenção; elaboração e validação do modelo lógico; desenvolvimento de perguntas avaliativas junto aos interessados pelo projeto e elaboração do plano de avaliação, além de poder subsidiar estudos posteriores.

Dessa forma, este estudo de avaliabilidade tanto pode contribuir diretamente no processo avaliativo do Projeto, quanto favorecer que outras iniciativas ajudem a pensar a proposição de mudanças nas práticas assistenciais, educacionais e de gestão.

Com base nessas considerações, espera-se responder a seguinte pergunta de avaliação na condução do presente estudo: “O Projeto ApiceOn, como ferramenta para o aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia em hospitais com atividades de ensino, encontra-se em condição de ser avaliado?”.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Desenvolver estudo de avaliabilidade do Projeto ApiceOn como ferramenta para o aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia em hospitais com atividades de ensino.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Identificar metas, objetivos e atividades do Projeto ApiceOn;
- b) Elaborar e validar o modelo lógico do Projeto;
- c) Desenvolver perguntas avaliativas com os interessados pelo projeto;
- d) Propor um plano de avaliação do Projeto ApiceOn.

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL**

### **4.1 ASPECTOS DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL NO BRASIL**

No Brasil, em nível federal, as diretrizes da atenção à saúde da mulher são propostas pela Coordenação Geral da Saúde das Mulheres (CGSM), do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), no Ministério da Saúde. O foco do trabalho está na promoção da melhoria das condições de vida e da saúde das mulheres brasileiras, através de ações que ampliem o acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde (BRASIL, [s.d.], 2021b).

Essa Coordenação abrange vários temas estratégicos, como planejamento reprodutivo (métodos contraceptivos); atenção obstétrica (pré-natal, parto, puerpério, urgências e emergências obstétricas e aborto); vigilância epidemiológica do óbito materno; violência sexual e doméstica; climatério; gênero e saúde mental; feminilização da Aids e Infecções Sexualmente Transmissíveis e câncer de colo de útero e mama (BRASIL, [s.d.] 2021 b).

Sabemos que a interação entre o governo (formulador das políticas públicas) e a sociedade é marcada por múltiplas influências, que variam de acordo com o momento social, político e histórico vividos. A pauta da saúde da mulher exigiu (e ainda exige) um importante enfrentamento dos movimentos feministas, na garantia aos direitos das mulheres, em defesa da saúde integral e da liberdade e autonomia femininas sobre os seus corpos e a sua sexualidade, desvinculando maternidade de desejo e de vida sexual (COSTA, 2009).

A preocupação com a saúde da mulher começou a ser transformada em 1983, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, [s.d.] 2021b). Esse programa surgiu após um período de elevado crescimento populacional no Brasil. Além de uma estratégia de controle da natalidade, o PAISM propôs o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, na perspectiva da atenção integral à saúde. Foi um reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, proposta pioneira, que contou com o apoio e a participação ativa dos movimentos de mulheres da época (OSIS, 1998).

Até a implementação do PAISM, a atenção à saúde da mulher no Brasil estava muito associada aos cuidados de saúde materno-infantil, ou seja, relacionados à reprodução e ao ciclo gravídico-puerperal da mulher, na perspectiva de sua funcionalidade como mãe (OSIS, 1998).

Em 1986, com a Portaria nº 3.360/86, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) definiu o PAISM como referência para a saúde das mulheres, orientando as estratégias de implantação. Pouco depois, na Constituição Federal de 1988 (CF), muitas reivindicações do movimento sanitário foram contempladas (OSIS, 1998). A CF não apenas instituiu o SUS, como também definiu a saúde como direito do povo e dever do Estado e afirmou o planejamento familiar como de livre-arbítrio das pessoas (COSTA, 2009).

No âmbito da saúde sexual e reprodutiva, o Brasil é signatário da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim no ano de 1995, tendo como pauta a promoção e a proteção dos direitos das mulheres e o acesso a serviços de atenção primária e atendimento à saúde sexual e reprodutiva de qualidade (BRASIL, [s.d.], 2017b).

Quanto aos cuidados com as mães e seus bebês, é importante mencionar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada pelo Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) entre os anos 1991-1992, no cenário da pandemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A IHAC se preocupa com a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância e, em 2008, já contava com mais de 20 mil hospitais credenciados em 156 países (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

A proposição da IHAC veio em resposta ao chamado para a ação da Declaração de Innocenti. Ainda que conte com a adesão de vários países, há o reconhecimento da necessidade de um esforço abrangente, multisetorial e que envolva diversos níveis de atuação para proteger, promover e apoiar a alimentação ideal de lactentes e crianças na primeira infância (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

Associada à proposta da IHAC, em 2002 foi proposta a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, pela OMS/UNICEF, que apoia a amamentação exclusiva do nascimento aos 6 meses de vida e a continuidade da amamentação, com introdução de alimentação complementar adequada e em momento oportuno, por dois anos ou mais, reconhecendo ainda os esforços pelo incentivo à alimentação complementar, à nutrição materna e à ação comunitária (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

Nesse cenário de efervescência política e social, podemos observar entre a segunda metade dos anos 1990 e início dos anos 2000 esforços importantes para nominar, conceituar e sugerir mudanças para um novo modelo de assistência obstétrica, através dos

movimentos sobre a humanização do parto e nascimento (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018). O movimento “humanização do parto” propôs a construção da assistência ao parto no qual a mulher, com suas necessidades e desejos, esteja no centro do processo de tomada de decisões sobre os cuidados, intervenções e procedimentos a serem dispensados no seu trabalho de parto e parto. Assim, se devolve o parto à mulher (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018), com a revisão de práticas em obstetrícia e neonatologia, subsidiadas nas melhores evidências científicas e com o investimento na interação entre parturiente e profissionais envolvidos nos seus cuidados (NICIDA, 2018).

Em 2000, foi proposto o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), por melhorias no acesso, cobertura e qualidade do pré-natal, melhor assistência ao parto e puerpério e também na estrutura dos serviços. Pouco depois, em 2003, foi proposta a Política Nacional de Humanização (PNH), cujo compromisso ético-estético-político se baseia na autonomia e no protagonismo dos sujeitos, corresponsáveis entre si, com solidariedade nos vínculos estabelecidos, proteção aos direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão (SANTOS FILHO, 2020, p. 55).

Na busca de mudança do modelo de atenção ao parto, nascimento e ao abortamento, algumas políticas foram propostas pelo Ministério da Saúde, como a Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher (PAISM), de 2004, que propõe diretrizes para vários níveis de organização dos serviços de saúde (BRASIL, [s.d.], 2017b).

Mais especificamente em relação à atenção obstétrica e neonatal, foram desenvolvidos o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), no ano de 2009, e, em 2011, a estruturação da Rede Cegonha, com uma proposta mais completa e abrangente (BRASIL, [s.d.], 2017b).

Apesar de todos esses movimentos, podemos dizer que com a obstetrícia moderna o nascimento tornou-se um ato médico. A análise de manuais de obstetrícia publicados entre os anos 1980 e 2011 resultou em um estudo sócio-histórico sobre a medicalização do parto, que visava compreender o cenário obstétrico brasileiro. Considerando que esses manuais são veículos de disseminação do embasamento teórico que sustenta as práticas e “mecanismos de conservação de bases teóricas dominantes”, foi possível a aproximação das concepções validadas pela ciência obstétrica que estavam sendo recomendadas aos médicos naquele determinado período de tempo e espaço (NICIDA, 2018, p. 3).

Nas recomendações estudadas, não foi mencionada a prática de ações que conotassem uma atuação ativa da mulher sobre as decisões e procedimentos, nem rotinas que permitissem à mulher expressar as suas necessidades e desejos. Assim, a forma como a



obstetrícia se apresenta nos manuais empodera os médicos na condução da assistência, sem privilegiar a mulher ou qualquer outro ator participante da cena de parto (NICIDA, 2018).

Percebemos, apesar de todos os esforços mencionados, que o modelo de atenção ao parto e nascimento predominante no Brasil ainda é centrado no médico obstetra e depende da atenção hospitalar (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018).

Nessa inquietude, partindo do campo teórico para o prático, a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, foi o primeiro levantamento a oferecer um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento no Brasil. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Essa pesquisa teve como objetivo conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo cesarianas desnecessárias; descrever a motivação das mulheres para opção pelo tipo de parto; as complicações médicas durante o puerpério e período neonatal; bem como descrever a estrutura das instituições hospitalares quanto à qualificação dos recursos humanos, disponibilidade de insumos, equipamentos, medicamentos e unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos e neonatos (FIOCRUZ, [s.d.] 2020b).

Complementarmente, está em curso uma segunda pesquisa, “Nascer no Brasil II: Inquérito Nacional sobre Partos, Nascimentos e Perdas Fetais”. Essa edição ampliou o escopo da pesquisa anterior ao incluir maternidades com menos de 500 partos por ano e ao abordar também o tema das perdas fetais precoces, não abordado do estudo anterior, morbimortalidade materna e efeitos da COVID-19 na gestação, além de transtornos emocionais paternos (inclusive no pós-parto e no estabelecimento do vínculo pai-bebê). Com essa continuidade, será possível analisar a evolução da atenção ao parto e nascimento em maternidades públicas e privadas do país (FIOCRUZ, [s.d.] 2021c).

No ano de 2017 foi lançada a Estratégia QualiNEO, estratégia criada pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS), para reduzir as taxas de mortalidade neonatal (até 28 dias de vida) e qualificar a atenção ao recém-nascido nas maternidades. Para a sua operacionalização, termos de adesão e compromisso foram assinados com os estados que apresentam as maiores taxas de mortalidade neonatal do país (IFF FIOCRUZ, [s.d.] 2021).

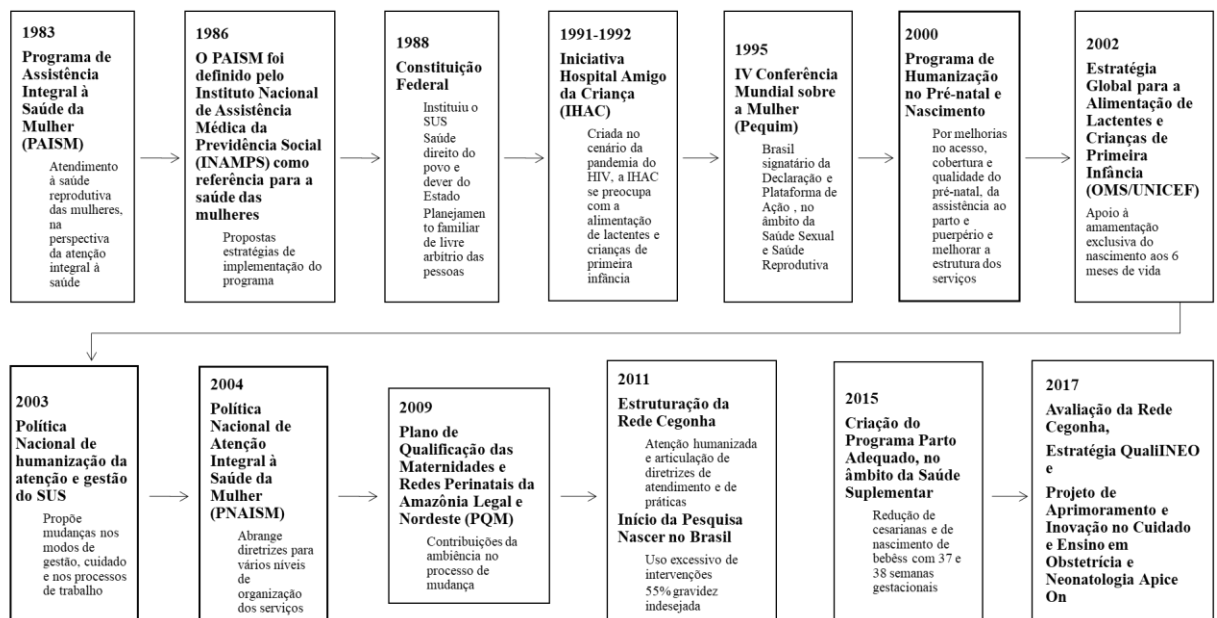
No mesmo ano, 2017, foi verificado que a maioria dos hospitais de ensino adotava e reproduzia na formação a ambiência e as práticas do modelo tecnocrático, com altas taxas de cesáreas e poucos partos vaginais assistidos por enfermeiros obstetras (MENDES; RATTNER, 2020).

Coordenada pela FIOCRUZ e pela Universidade Federal do Maranhão, ocorreu a Avaliação da Rede Cegonha (ARC), que identificou que o processo de implementação de boas práticas de atenção e gestão ao parto e nascimento da Rede Cegonha. Mudanças nas atitudes dos profissionais e melhorias na estrutura física das maternidades do SUS, entretanto, revelaram que alguns obstáculos persistem e que é fundamental o monitoramento regular dessa rede de atenção. A avaliação sugere que devam ser mantidos os investimentos na qualificação dos processos, na ampliação da formação e inserção de profissionais e que o planejamento em saúde, a prática do cuidado e a qualidade dos serviços devem ser pauta permanente (FIOCRUZ, E, [s.d.], 2021).

Nesse cenário reflexivo, uma robusta proposta de investimento na implementação de boas práticas nos hospitais-ensino e no fortalecimento do papel da enfermagem obstétrica foi estruturada através do Projeto ApiceOn.

Diante do exposto, na linha do tempo da atenção em obstetrícia e neonatologia no Brasil, temos como alguns de seus marcos importantes:

Figura 1 – Linha do Tempo da Atenção em Obstetrícia e neonatologia no Brasil (1983-2017)



Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.2 O PROJETO APICEON

O Projeto ApiceOn - *Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia* surgiu como uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria

com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino - ABRAHUE, Ministério da Educação - MEC e Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira - IFF/FIOCRUZ, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG como instituição executora (BRASIL [s.d.] a, 2017).

O Projeto propõe a qualificação nos campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal, nos hospitais caracterizados como hospitais de ensino, universitários e/ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha (BRASIL [s.d.] a, 2017).

Através dele, pretende-se ampliar o alcance de atuação dos hospitais na rede SUS e reformular e/ou aprimorar processos de trabalho e fluxos, para adequação de acesso, cobertura e qualidade do cuidado (BRASIL [s.d.] a, 2017).

Ao perpassar os horizontes da formação pela atenção e gestão, busca-se a adoção das melhores práticas, baseadas em evidências científicas, garantindo os direitos de mulheres, homens, crianças, adolescentes, jovens e famílias; e melhores práticas de gestão, promovendo participação e corresponsabilização dos sujeitos nos processos de decisão, planejamento e avaliação (BRASIL [s.d.] a, 2017).

Esse projeto complexo envolve diferentes atores na cooperação na área obstétrica e neonatal e potencializa a parceria entre o Ministério da Saúde, os hospitais de ensino e as instituições formadoras, na expectativa de provocar mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão das instituições, através da “implementação e capilarização de práticas de cuidado baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização, disponibilizando um conjunto de práticas formativas de atenção e de gestão capaz de produzir impacto em toda a rede de serviços”. (BRASIL [s.d.] a, 2017).

Em resumo, o Projeto ApiceOn é uma estratégia de indução e articulação de ações para promover a qualificação de serviços, com foco em hospitais com atividades de Ensino, tornando-os referência nas melhores práticas de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal. (BRASIL [s.d.] a p. 22, 2017)

A escolha de contemplar unidades hospitalares com atividades de ensino foi estratégica, pois as boas práticas, experienciadas na formação de novos profissionais poderão ser replicadas por eles nas suas atividades profissionais futuras. Essas práticas

podem ser objeto de estudo e aperfeiçoamento ainda na formação, bem como impulsionar a qualificação dos profissionais mais antigos nos serviços sobre as boas práticas e alcance de melhorias nos seus processos de cuidado. Dessa forma, possibilita-se “o aprimoramento e a introdução e/ou fortalecimento de inovações nas práticas de ensino, cuidado e gestão do trabalho”.” (BRASIL [s.d.] a, p. 5, 2017).

Outra perspectiva do ApiceOn é contribuir para que seja superado o distanciamento entre a universidade, os serviços e a comunidade, aproximando esses atores por meio de processos de trabalho e práticas de integração ensino-serviço para a formação, com intervenção de alcance nacional, contemplando todos os estados brasileiros. No total, foram envolvidos 97 hospitais, sendo 13 hospitais na região Centro-Oeste. No Distrito Federal, foram contempladas quatro unidades hospitalares: Hospital Regional da Asa Norte (HRAN); Hospital Universitário de Brasília (HUB); Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) e Hospital da Região Leste (HRL) (BRASIL [s.d.] a, 2017).

Recentemente foi publicado um estudo de linha de base sobre estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto ApiceOn (MENDES; RATTNER, 2020), onde foram descritos e caracterizados os 97 hospitais de ensino participantes do Projeto, adotando como linha de base o semestre anterior ao lançamento do programa, visando avaliar as mudanças estruturais e processuais decorrentes desse Projeto, tido como estratégico para a efetivação da Política Pública Nacional representada pela Rede Cegonha.

Outra relevante publicação recente é o relato da experiência do curso de aprimoramento para enfermeiras obstétricas do Projeto ApiceOn, que pontuou avanços na aquisição de habilidades práticas e segurança técnica, além de identificar o quanto a experiência foi capaz de mobilizá-las rumo à construção de estratégias para a superação dos modelos obstétricos desalinhados às atuais recomendações, isso tudo através de tecnologias leves, que têm o cuidado como principal elemento da assistência (SANFELICE et al., [s.d.] 2020).

#### **4.2.1 Focos de atenção do Projeto ApiceOn**

Os objetivos do Projeto ApiceOn buscam abarcar os seus três âmbitos de intervenção, compreendidos como indissociáveis: Formação, Atenção e Gestão. Esses objetivos estão associados aos desafios mais amplos da mudança de modelo de atenção à saúde nas áreas afins, com ênfase na contribuição da enfermagem obstétrica:

A inseparabilidade entre seus três campos alinha-se à uma perspectiva em que os horizontes da formação devem perpassar a atenção - com a adoção das melhores práticas de cuidado baseadas em evidências científicas, garantindo os direitos das mulheres, crianças e famílias-, e as melhores práticas de gestão – promovendo a participação, protagonismo e corresponsabilização de trabalhadores-gestores-usuários nos processos de decisão, planejamento e avaliação. (BRASIL [s.d.] a, p. 23, 2017)

#### 4.2.2 Componentes do Projeto ApiceOn

Entre as iniciativas e os resultados esperados, segundo os três componentes do projeto, destacam-se (BRASIL [s.d.] a, p. 37, 2017):

No campo da **qualificação da atenção**:

- Acompanhamento e redução, se pertinente, das taxas de cesariana, segundo a Classificação de Robson <sup>1</sup>(especialmente dos grupos de 1 a 4);
- Partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras obstétricas ou obstetizes;
- Acolhimento e classificação de risco em obstetrícia implementados;
- Acompanhante de livre escolha no trabalho de parto, parto e alojamento conjunto;
- Parturientes com dieta livre, com acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor, com incentivo à deambulação e a partos em posição não litotômica;
- Abolição de prática rotineira como venóclise no trabalho de parto, amniotomia, ocitocina no 1º e 2º estágios do parto, episíonemia, aspiração de vias aéreas e gástrica do RN;
- Clampeamento oportuno do cordão umbilical, contato pele a pele e amamentação na primeira hora garantidos;
- Recém-nascidos com realização de teste olhinho-orelhinha-coraçãozinho;
- Utilização de aspiração manual intra-uterina (AMIU) pós abortamento;
- Oferta de inserção imediata de DIU com cobre no pós-parto e pós-

---

<sup>1</sup> A Classificação de Robson foi criada por Michael Robson no início dos anos 2000 e é utilizada para monitorar e classificar as cesarianas, a partir da identificação de quem são as mulheres submetidas à cesárea. As mulheres são classificadas em grupos, a partir de seis itens: idade gestacional (termo ou pré-termo); paridade (nulíparas e multíparas); se multípara, com ou sem cesárea prévia (cesárea anterior); gestação única ou múltipla (número de fetos); apresentação fetal (cefálica, pélvica ou córmica) e início do trabalho de parto (espontâneo, induzido ou cesárea eletiva, no caso sem trabalho de parto). Esses grupos são homogêneos, com características semelhantes e que em grande parte são determinantes para a indicação de cesárea. A Classificação de Robson, portanto, auxilia na resposta sobre quem são as mulheres submetidas à cesariana, e, portanto, se há excessos de cesárea em algum grupo específico (IFF FIOCRUZ [s.d.] 2020b).

abortamento;

- Serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual.

No campo da **qualificação do ensino/formação**:

- Programa de integração ensino e serviço formalizado por meio de contrato entre as Instituições de Ensino Superior - IES, o gestor do sistema de saúde e a direção do hospital;
- Princípio da privacidade e confiabilidade dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, da autonomia e protagonismo das mulheres, presentes nos documentos orientadores dos programas de ensino do hospital;
- Estratégias educacionais elaboradas e publicizadas que permitam o aprendizado colaborativo entre grupos de estudantes de diferentes profissões de saúde;
- Boas práticas de atenção ao parto/nascimento e ao abortamento presentes nos conteúdos dos programas de ensino do hospital;
- Articulação entre atenção, ensino e trabalho integrado entre equipes multiprofissionais;
- Pesquisas sobre inovações no ensino e no cuidado às mulheres e bebês.

No campo da **qualificação da gestão**:

- Estratégias de gestão compartilhada e de espaços de escuta das usuárias/os, familiares e acompanhantes.

#### **4.2.3 Atividades realizadas no projeto**

O Projeto ApiceOn teve início em agosto/2017, com a previsão de término em agosto/2020, com a realização da “Mostra de Experiências, avaliação e das pesquisas e apresentação dos resultados do projeto”, como descrito abaixo:

Quadro 1 – Cronograma de atividades do Projeto ApiceOn.

<b>Estratégias</b>	<b>Cronograma previsto</b>
Seminário de lançamento com formalização da adesão ao projeto	Agosto de 2017
Constituição do Comitê de Mobilização & Acompanhamento e grupo de trabalho (GT) de Acompanhamento	Agosto de 2017
Formalização do Grupo Estratégico Local: participantes dos hospitais e da gestão do SUS	Agosto de 2017
Seminários macrorregionais com os grupos estratégicos locais: 1º Seminário macrorregional	Agenda semestral
Elaboração do plano de ação, a partir do diagnóstico situacional de cada hospital	Setembro a novembro de 2017
Atividades na plataforma: webconferências, fóruns de discussão, chats, estudo de caso, capacitações, compartilhamentos de experiências, acompanhamento avaliativo dos serviços e supervisão do trabalho dos mediadores	Início: outubro de 2017 Atividade contínua
Oficinas locais entre mediador e Grupo Estratégico Local dos serviços, com participação de outros membros da equipe e/ou da gestão	Início: outubro de 2017 Atividade contínua
Elaboração de publicações	Publicação semestral Agosto de 2017
Mostra de experiências, avaliação e das pesquisas e apresentação dos resultados do projeto	Agosto de 2020

Fonte: Cronograma de Atividades. ApiceOn Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (BRASIL [s.d.] a, p. 42, 2017)

#### 4.2.4 Estrutura para funcionamento

Após a formalização da participação da unidade hospitalar no Projeto ApiceOn, é necessária a composição de um grupo local, com atuação específica e estratégica, composto por profissionais dos serviços indicados pela direção do hospital pela sua atuação técnica, sendo também reconhecidos como interlocuções da gestão. Esse grupo recebe o nome de Grupo Estratégico Local (GEL) (BRASIL [s.d.] a, 2017).

Para o apoio institucional<sup>2</sup>, esse projeto foi organizado com as funções de supervisão e mediação, atuando sinergicamente a partir do conceito da inseparabilidade entre formação, atenção e gestão. A equipe de supervisores foi composta por seis profissionais distribuídos nas regiões geográficas e a equipe de mediadores foi composta por 27 profissionais, distribuídos por hospitais nas regiões geográficas, na relação de um mediador para de dois até cinco serviços (BRASIL [s.d.] a, 2017).

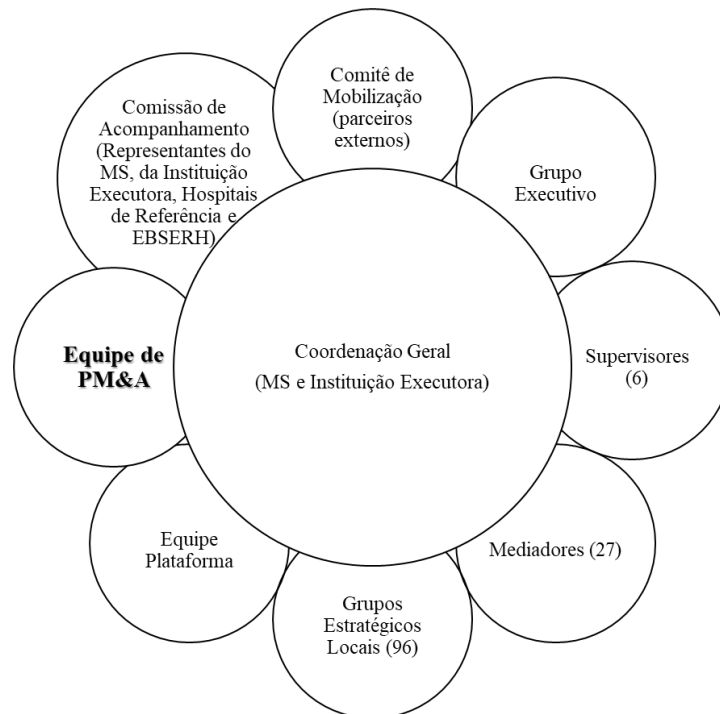
Quanto aos recursos tecnológicos, o Projeto disponibiliza uma Plataforma de Interação Virtual, instrumento importante para a articulação entre os integrantes e a gestão do projeto.

Compõem a estrutura do Projeto: coordenação geral do Projeto (integrada por representantes do Ministério da Saúde e instituição executora (UFMG); comitê de

<sup>2</sup> O apoio institucional reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, uma vez que visa apoiar processos de mudança em grupos e organizações e processos de cogestão do trabalho, ao invés de concentrar o poder decisório nas práticas e na gestão da saúde (PAVAN; TRAJANO, 2014).

mobilização (parceiros externos); grupo executivo; supervisores; mediadores; membros dos grupos estratégicos locais; equipe técnica da plataforma; equipe de planejamento, monitoramento e avaliação e comissão de acompanhamento (composta por representantes do MS, da UFMG, hospitais de referência e EBSEH). Essa composição contempla também representantes da Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM); Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/DAPES/SAS/MS; Consultores matriciais e representantes do MEC, ABRAHUE, IFF/FIOCRUZ (BRASIL [s.d.] a, 2017):

Figura 2 – Estrutura organizacional do Projeto ApiceOn



Fonte: Estrutura Organizacional. O projeto. ApiceOn Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (BRASIL [s.d.] a, 2017, p. 4).

#### 4.4.5 Produtos esperados no Projeto ApiceOn

A sua proposta está alinhada aos pressupostos teóricos da Política Nacional de Humanização (PNH), o que reflete inclusive, na proposta avaliativa. A pactuação local de metas é privilegiada, em comparação com o modelo de pactuação baseado em padrões externos únicos e em acordos que vinculam incentivos financeiros às metas atingidas:

Esse é o caminho que se estabelece como aprendizagem e construção coletiva (do possível), envolvendo os atores em um novo modo de estar em relação de parceria, escapando da lógica de planejamento e avaliação verticalizados. (SOUZA; SANTOS FILHO, 2020, p. 297)

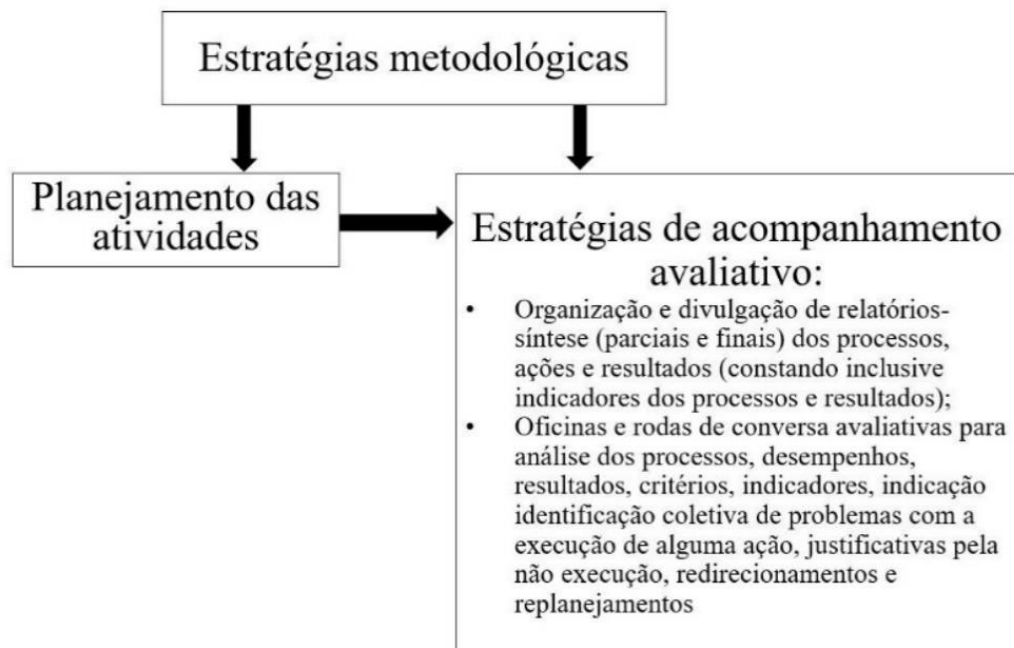


Através do apoio institucional, o projeto envolve instrumentos e dispositivos que contemplam a proposta de avaliação-intervenção no trabalho (SOUZA; SANTOS FILHO, 2020, p. 297):

o Projeto (i) traz diretrizes e objetivos claros como ofertas institucionais, (ii) abre-se a um processo de livre adesão e pactuação de compromissos (com base nas diretrizes e na lógica de corresponsabilização entre os envolvidos, levando em conta os possíveis dentro das realidades singulares) e (iii) estabelece uma agenda de apoio metodológico aos serviços/equipes em suas práticas e processos de trabalho, (iv) com várias ofertas no âmbito de tecnologias leves (agendas de discussões técnico-organizativas, capacitações, protocolos e outros).

Tomando o Projeto em suas características de processo formativo e incorporando a avaliação como nexos desse processo (Santos Filho, 2010), a sua sustentação foi proposta em um desenho articulador de planejamento, monitoramento e acompanhamento avaliativo, utilizando instrumentos característicos desses campos, que não estão isolados do processo de formação, visto que são dispositivos formativos e mediados pela atividade de apoio institucional (SOUZA; SANTOS FILHO, 2020, p. 297):

Figura 3 – Fluxo do acompanhamento avaliativo

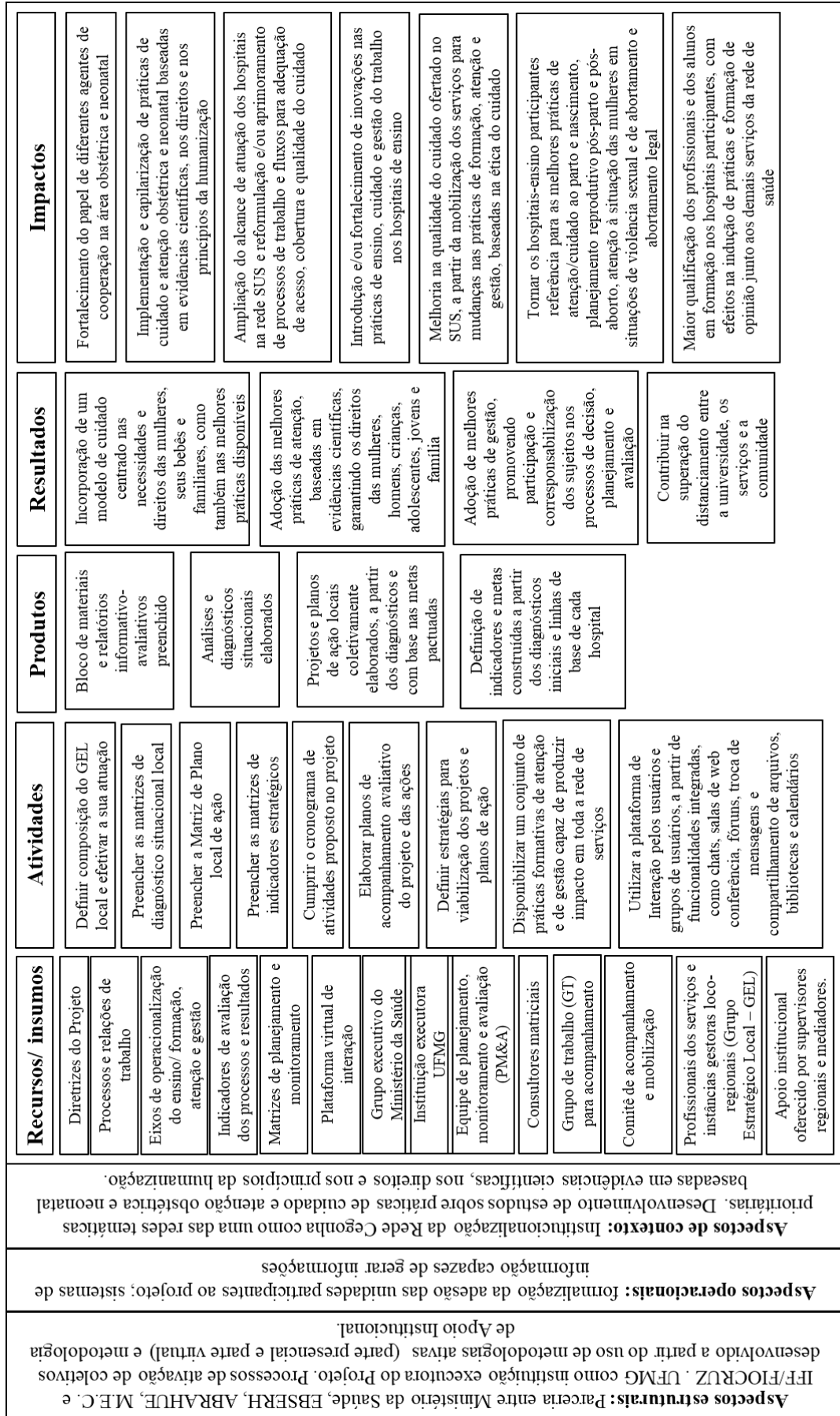


Fonte: Acompanhamento avaliativo do projeto (SOUZA; SANTOS FILHO, 2020, p. 372).

Dessa forma, acredita-se na convergência de investimentos como potencializadores do processo, o que daria mais solidez e sustentabilidade às mudanças e às boas práticas implementadas.

Na tentativa de relacionar os processos envolvidos e fluxos, com base nas informações coletadas previamente ao presente Estudo de Avaliabilidade - EA, elaboramos um modelo lógico preliminar, de forma exploratória, como segue:

Figura 4 – Modelo lógico preliminar



Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E OS PROCESSOS AVALIATIVOS

O Projeto ApiceOn foi desenvolvido a partir de fundamentos da Política Nacional de Humanização (PNH), pautada na inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos.

A PNH propõe a parceria entre sujeitos e com os sujeitos, assim, a cultura avaliativa permeia continuamente o cotidiano do trabalho, dando à avaliação um sentido coletivo, que reinventa as avaliações tradicionais. A cultura avaliativa media saberes e práticas, considera trajetórias e acúmulos e também o percurso construído pelos coletivos, impondo à avaliação um debate em perspectiva interdisciplinar (SANTOS FILHO, 2020).

Nesse contexto, encaramos um complexo desafio avaliativo no campo da Humanização, ao pensar estratégias de avaliação e indicadores aplicáveis à mensuração da capacidade da intervenção implementada em gerar efeitos em diferentes e em indissociáveis sentidos, mudanças nos processos de trabalho e efeitos nos grupos, nas pessoas e nas suas relações (SANTOS FILHO, 2020, p. 63).

Atendendo a isso, o acompanhamento avaliativo se firma como o método de avaliação adotado pela PNH, como:

*nexo* articulador entre processos e práticas pedagógicas, entre elementos componentes da intervenção e conteúdos, objetivos, metas, métodos, instrumentos e efeitos. Assim, avaliar não se situa em um tempo singular ou único e embora se promova momentos avaliativos mais intensos, ela perpassa transversal e integralmente todo o percurso das práticas, do planejamento à concretização, em um movimento contínuo. (SANTOS FILHO, 2020, p. 14)

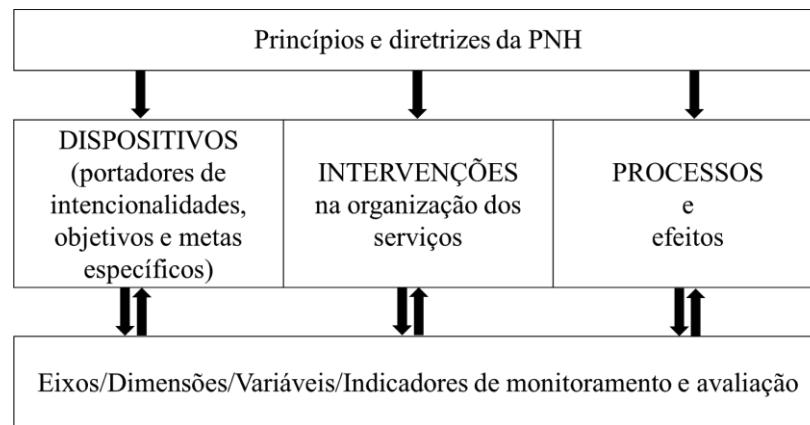
O processo avaliativo se configura então como uma espécie de experimentação inclusiva, capaz de gerar efeitos de aprendizagem, trocas e corresponsabilidade, com amadurecimento dos sujeitos ao longo do processo, visando superar conflitos e diferenças, no sentido de pactuações e parcerias.

Por não restringir o foco e a ação avaliativos a um olhar sobre os resultados, é possível ampliar o conhecimento sobre o próprio processo de trabalho, privilegiando o protagonismo e a autonomia dos sujeitos. As informações geradas comunicam sobre o percurso e os processos envolvidos, identificando como se dá o trabalho e analisando as necessidades de ajustá-lo. Essas informações se apresentam como indicadores e brotam em uma perspectiva investigativa contínua, útil à gestão e produtora de conhecimento a partir de experiências concretas, disparadoras de diálogo em diferentes sentidos (SANTOS FILHO, 2020).

Como uma estratégia que visa a qualificação da atenção e da gestão do trabalho, a humanização se propõe a alcançar usuários e a valorizar os trabalhadores, oportunizando a participação coletiva nos processos de gestão. Os seus indicadores devem então refletir as transformações no âmbito da produção dos serviços e da produção de sujeitos, com valorização da autonomia e protagonismo dos mesmos, solidariamente corresponsáveis uns com os outros (SANTOS FILHO, 2020, p. 55).

A articulação dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH e o desenho da avaliação com base no planejamento das intervenções tem a seguinte estrutura:

Figura 5 – Articulação entre os princípios da PNH e os processos avaliativos



Fonte: Articulação dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH e desenho da avaliação com base no planejamento (intervenções) (SANTOS FILHO, 2020, p. 59).

Na estruturação do método de avaliação na PNH, que toma o acompanhamento avaliativo com foco de análise e dimensões de processos e efeitos, é proposta a seguinte composição:

Quadro 2 – Composição do processo avaliativo alinhado à PNH

<b>Acompanhamento avaliativo como prática transversal (indissociada das intervenções)</b>		
<i>Objeto/ Foco da análise 1</i>	<i>Objeto/ Foco da análise 2</i>	<i>Objeto/ Foco da análise 3</i>
Os dispositivos de interferência no processo de trabalho	Os trabalhadores como sujeitos no contexto do processo de trabalho e as relações institucionais nele estabelecidas	As repercussões das práticas de saúde para os usuários
<i>Dimensões de análise: processos e efeitos</i>		
Organização/arranjos, articulação dos procedimentos, ações e recursos (aspectos relacionados à definição e ajustes nas/das ofertas, intervenções, no âmbito de regulações)	Aspectos que informam sobre a dinâmica de inserção-inclusão dos trabalhadores no processo de produção, considerando as modalidades de trabalho induzidas pela organização e o que se mobiliza nos sentidos de: - Padrões de comunicação e de relacionamentos, grupalidade; - articulação de saberes, “do conhecimento prático”, dos objetos do trabalho, tarefas e fluxos; - articulação/produção de práticas coletivas, integradas entre os pares; - articulação/produção de estratégias de renovação do funcionamento organizacional; - articulação de interesses para construção/invenção de projetos comuns e construção de redes (o que marca a capacidade de análise e de intervenção como sujeitos e coletivos, no sentido da autonomia e protagonismo).	Repercussões quanto ao acesso, à qualidade da prestação de serviços e aos resultados percebidos como válidos quanto à satisfação de necessidades e expectativas

Fonte: Santos Filho, Serafim Barbosa (2010) Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. (SANTOS FILHO, 2020, p. 76)

A indissociabilidade entre as práticas de cuidado, formação e gestão, entre fazer, planejar, acompanhar e avaliar, incluindo diferentes atores, amplia o escopo de análise e torna mais complexa e desafiadora essa avaliação. A necessidade de uma maior estruturação entre os princípios da PNH e os processos avaliativos inspirou a publicação, em 2009, pelo Ministério da Saúde, do material “Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS: manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência” (BRASIL, M. DA S. [s.d.], 2006), que propôs diretrizes sistematizadas para orientar a discussão sobre monitoramento, avaliação e implementação de indicadores no âmbito da PNH. E em 2014 foi publicado o artigo “Pesquisa em Humanização: articulações metodológicas com o campo da Avaliação” (SANTOS FILHO, S. B. [s.d.], 2014), também nessa perspectiva.

Na interface entre as diretrizes da PNH, referentes a monitoramento e avaliação, apoio institucional e acompanhamento avaliativo, com as diretrizes sobre atenção em obstetrícia e neonatologia, encontramos diversos artigos e pesquisas, como “Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras”

(VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014) e o artigo “Monitoramento e Avaliação como Prática Transversal na Rede Cegonha: Construção de um Processo Articulando Monitoramento e Apoio Institucional” (BRASIL [s.d.], p. 295–337, 2006b) , o que reforça a busca por mudanças de práticas – e até da cultura institucional – a partir do princípio da PNH, da inseparabilidade entre atenção, gestão e entre os modos de cuidar, gerir e se apropriar do trabalho.

O artigo “Um modelo lógico da Rede Cegonha” explicitou a Rede Cegonha de forma prática e clara, capaz de auxiliar no processo de comunicação e divulgação da mesma, disponibilizando o modelo lógico para outros trabalhos de avaliação (CAVALCANTI et al., 2013, p. 1297–1316).

O processo de Avaliação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha, conduzido em parceria entre o Ministério da Saúde com a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal do Maranhão, resultou em Edição Especial “Avaliação da Atenção ao Parto e Nascimento - Rede Cegonha”, na Revista Ciência e Saúde Coletiva, discutindo sob distintas abordagens e análises os resultados encontrados no processo avaliativo. Essa edição contém 17 artigos, que debatem os desafios da Rede Cegonha; refletem sobre as iniquidades no acesso ao parto; abordam a estrutura física e a transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha, bem como o processo de trabalho na atenção integral ao parto e nascimento. Também discute os aspectos metodológicos da avaliação, como a criação e utilização de uma matriz de julgamento do grau de implantação das ações de parto e nascimento, e também aborda a devolutiva estadual dos resultados da avaliação a gestores/as e trabalhadores/as (ABRASCO, [s.d.]).

#### 4.4 CONTRIBUIÇÕES DOS ESTUDOS DE AVALIABILIDADE PARA AS INTERVENÇÕES DE SAÚDE

As avaliações em saúde possuem elevada relevância no planejamento e desenvolvimento das ações em saúde em seus diversos níveis, contemplando gestão e assistência, e “ela é intrínseca ao processo de trabalho no campo da saúde como um todo” (SOUZA; GUIMARÃES; SILVA, 2017, p. 91).

O campo da avaliação em saúde abarca uma ampla variedade de termos, conceitos e métodos, que traz correspondência à diversidade das questões consideradas pertinentes na área da saúde, a heterogeneidade e a complexidade das intervenções. As abordagens metodológicas em avaliação em saúde devem ser transversais, flexíveis e abranger a

pluralidade de influências dos diversos campos de conhecimento que a caracteriza, como gestão, epidemiologia, economia etc. (SAMICO et al., 2010, p. 16).

Contandriopoulos (2006) ressalta que o grande desafio de uma avaliação é incorporar em suas estratégias as diferentes expectativas e interesses dos atores envolvidos e, assim, fornecer aos avaliadores elementos importantes e representativos para um julgamento equilibrado. Além disso, a consideração de seus resultados pelos usuários potenciais varia de acordo com a credibilidade, fundamentação teórica e pertinência das avaliações.

Para fazer com que a avaliação esteja no cerne das estratégias de transformação do sistema de saúde, o autor sugere criar condições para um julgamento avaliativo verdadeiramente crítico, através da implementação de estratégias que favoreçam a formação e o aprendizado, o debate, a reflexão e a abertura de novas frentes de intervenção. Dessa forma, a institucionalização da avaliação implica, primeiramente, em questionar a capacidade da avaliação de produzir as informações e os julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS.

No presente trabalho, focamos o estudo na avaliabilidade do Projeto ApiceOn.

Estudo de Avaliabilidade (EA) pode ser definido como um estudo do processo avaliativo, seja ele desenvolvido como pré-avaliação de determinado Programa, seja ao longo do ciclo de vida do mesmo (BARATIERI et al., 2019). Assim, pode ser aplicado em diferentes estágios da intervenção e tem como objetivo “adequar o desenho da intervenção para o que está tentando alcançar; conscientizar sobre o avanço institucional para apoiar uma avaliação adequada e disponibilizar informações a serem utilizadas na avaliação.” (BARATIERI et al., 2019, p. 241).

O produto desejado de um EA é uma descrição completa do programa, as questões-chave a serem abordadas pela avaliação, um plano de avaliação e um acordo entre os *stakeholders*<sup>3</sup> sobre o processo. Conduzir um EA, portanto, também significa avaliar e criticar até que a descrição do projeto do programa seja coerente e lógica. (BARATIERI et al., 2019, p. 242)

Em contraponto à sua importância, os EA ainda são pouco abordados no contexto da saúde no Brasil (SOUZA; GUIMARÃES; SILVA, 2017), mas a sua utilidade e pertinência estão bem sedimentadas na área de avaliação como potencializador das mesmas, com resultados que apontam a utilidade e a oportunidade das avaliações de programas ou projetos e contribuem na identificação das necessidades, na viabilidade e na

---

<sup>3</sup> Os *stakeholders* são pessoas com interesse em um programa, cujas decisões podem afetar o seu futuro, sendo fundamentais ao sucesso do processo avaliativo (BARATIERI et al., 2019).

racionalização dos recursos destinados às avaliações (NATAL; SAMICO, [s.d.], p. 570).

Os EA muitas vezes não recebem a importância devida em virtude da dificuldade de compreensão acerca da sua metodologia e, em especial, pela pressão por resultados das intervenções, suprimindo essa etapa preliminar de trabalho (SAMICO et al., 2010, p. 59).

Quanto maior a qualidade do EA, mais ele auxiliará na identificação de áreas do programa que precisam de melhorias e maior será a garantia de que a sua avaliação completa produzirá informações úteis (BARATIERI et al., 2019).

Leviton et al. (2010) ressalta outra perspectiva, a econômica. Para a autora, os EA são uma estratégia econômica para garantir que recursos limitados para avaliações sejam usados apropriadamente. Além disso, o seu método possibilita benefícios em pesquisas e em práticas em saúde pública, por meio das contribuições no desenvolvimento de programas, fortalecimento da capacidade de avaliação, medição do desempenho, avaliação da validade das práticas baseadas em evidências e identificação de componentes promissores, que merecem uma avaliação mais formal.

Um dos componentes do EA é o desenho do Modelo Lógico (ML) do programa a ser avaliado. ML é um esquema visual que trata do funcionamento do programa, relacionando objetivamente às relações causais entre os elementos que o compõem, que são basicamente componentes, insumos, produtos e resultados, mas não se reduzem rigidamente a essa categorização. As articulações entre esses elementos para resolver o problema que deu origem ao programa devem estar clara e fatores que influenciam no alcance dos objetivos e metas do programa podem ser adicionados ao modelo, visando deixá-lo mais completo e explicitar essa relação com os aspectos operacionais do programa (SAMICO et al., 2010, p. 66).

O uso de ML é relativamente simples e o modelo pode ser uma ferramenta útil na avaliação, permitindo o aprofundamento acerca do programa, a valorização da sua pluralidade e a explicitação dos seus efeitos (ESHER et al., 2011).

Para a validação do modelo lógico, é importante checar os componentes do programa, além do teste de consistência e a análise de vulnerabilidade (BEZERRA et al., 2010, p. 76). Ao explicitar a teoria do programa a partir do modelo lógico, estamos favorecendo o planejamento e a comunicação do que se pretende com o programa e o funcionamento esperado dele. Por essas potencialidades, o ML é um instrumento muito utilizado para avaliações *ex-ante*, visando dar mais consistência à formulação inicial de programas e projetos (CASSIOLATO; GUERESI, 2010, p. 4).

Na coleta de informações para o desenho do ML, podemos utilizar a documentação



disponível sobre o programa/projeto e posteriormente complementar e validar esses achados com a equipe gerencial do mesmo e seus informantes-chave, ou participantes estratégicos (*stakeholders*) (SAMICO et al., 2010, p. 73).

A revisão integrativa desenvolvida por Baratieri et al. (2019), a partir da análise da produção científica sobre a aplicação dos EA na área da saúde, concluiu que o uso dos EA vem aumentando nessa área, sendo necessário, entretanto, melhorar a sua qualidade. De acordo com essa Revisão, a maioria dos EA concentrou-se em programas e projetos de áreas diferentes na atenção à saúde (85,7%) e os referenciais teóricos mais utilizados foram de Thurston e Ramaliu (33,3%) e Leviton (14,3%). As propostas mais comumente apresentadas para o EA foram: verificar se o programa é avaliável (57,1%); orientar a avaliação (23,8%) e compreender o programa (19%). O tipo de modelo realizado no EA foi o “modelo lógico por atividades” na maioria dos trabalhos (61,9%) (BARATIERI et al., 2019, p. 246).

A fim de melhorar a qualidade de futuras pesquisas que utilizam como método o EA, citamos as seguintes recomendações:

**Quadro 3 – Recomendações do estudo de revisão integrativa**

<b>Categoria</b>	<b>Recomendações</b>
Modelo de EA	1. Explicitar modelo e conceito de EA que orienta o estudo; 2. Realizar e apresentar minuciosamente a modelagem do programa;
Proposição do EA	3. Estabelecer objetivos e questão de pesquisa adequados para EA; 4. Alinhar propósitos/perguntas, procedimentos, resultados e recomendações;
Procedimentos do EA	5. Usar dois ou mais procedimentos de coleta de dados; 6. Descrever relação do pesquisador com o local da pesquisa; 7. Descrever concordância da equipe do programa com a realização do EA; 8. Envolver <i>stakeholders</i> em todas as etapas do EA; 9. Descrever os procedimentos de análise de forma suficiente;
Resultados do EA	10. Estabelecer e descrever critérios de validade e confiabilidade dos dados; 11. Apresentar as limitações do estudo; 12. Quando o programa for avaliável, apresentar pergunta avaliativa;
Uso do EA	13. Contribuir para o conhecimento acadêmico na área do objeto de estudo por meio de recomendações e contribuições sobre EA e/ou avaliação em saúde; 14. Contribuir para o aumento do conhecimento sobre o objeto pelos profissionais, o que permite colaborar para a resolução de problemas na implementação do programa.

Extraído de *Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa* (BARATIERI et al., 2019, p. 249)

Esher et al. (2012) ressalta que, em uma avaliação, é importante o cuidado no método empregado para o procedimento de elaborar, esclarecer, negociar e aplicar critérios na determinação do valor (ou mérito) do objeto avaliado. A autora utiliza a definição de *critério* como uma dimensão-padrão em função da qual o objeto da avaliação receberá julgamento, a partir de uma mensuração posteriormente traduzida em *juízo de valor*.

Os critérios escolhidos para esse Estudo de Avaliabilidade foram baseados na proposta de Leviton et al. (2010). Para a autora, além dos aspectos econômicos já anteriormente citados, os EA em saúde pública contribuem para a melhoria dos programas e para o desenvolvimento de uma agenda de pesquisa pragmática baseada na prática. Para programas de saúde pública, portanto, os estudos de avaliabilidade servem a outros propósitos importantes, como dar aos envolvidos no programa um *feedback* rápido e construtivo sobre as operações envolvidas; auxiliar no planejamento e na oferta de serviços de saúde pública, ajudando a desenvolver objetivos realistas e fornecendo *feedback* rápido e de baixo custo sobre a implementação das políticas; possibilitar o alinhamento dos achados aos requisitos federais de medição de desempenho; viabilizar o investimento na pesquisa em prática, examinando a viabilidade, aceitabilidade e adaptação de práticas baseadas em evidências em novos ambientes e populações; e também traduzir a prática em pesquisa, identificando novas abordagens promissoras para atingir as metas de saúde pública (LEVITON et al., 2010, pág. 213).

Os EA podem, assim, beneficiar a pesquisa e a prática em saúde pública, por meio do desenvolvimento de programas, construção de capacidade de avaliação, medição de desempenho, avaliação de práticas baseadas em evidências e também na identificação de práticas promissoras que merecem uma avaliação mais formal (LEVITON et al., 2010, p. 231).

Na sua proposta, Leviton aborda a **plausibilidade** da intervenção. Essa análise diz respeito a avaliar se os resultados são passíveis de serem alcançados, considerando o prazo e os recursos disponíveis; como os recursos são alocados às atividades; como as atividades são implementadas (ou seja, com que grau de consistência e fidelidade aos planos originais e entre os locais do programa) e o contexto no qual o programa está operando (LEVITON et al., 2010).

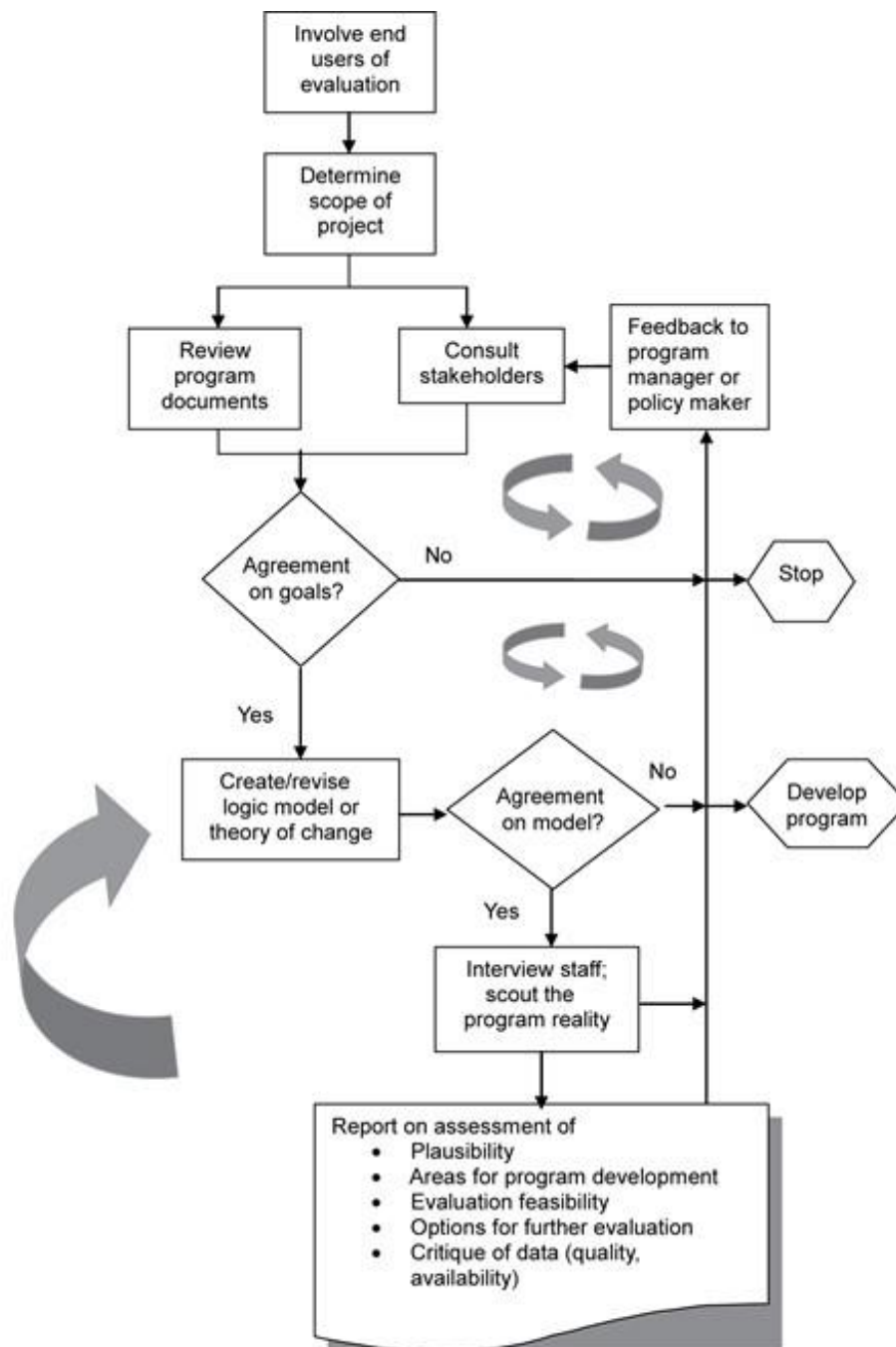
Na análise da plausibilidade de programas para alcançar os resultados, podemos empregar literatura relevante, a experiência de gerentes de programas e administradores públicos, análises de outros programas e bom senso. À medida que os programas mudam com o tempo e o contexto em torno deles, é possível manter o ciclo avaliativo quanto à plausibilidade do programa e realinhar os programas conforme necessário, revisando metas e resultados, reestruturando atividades ou realocando recursos.

Segundo Leviton, a análise da plausibilidade de um programa para atingir os seus objetivos é fundamental para a avaliação da avaliabilidade, pois sem ela nem o modelo lógico nem a análise das atividades tem muito significado. É, portanto, a base para

determinar se algo pode ser avaliado. (LEVITON et al., 2010, p. 222).

Leviton (2010) propõe o seguinte desenho, acerca do processo de avaliar a avaliabilidade:

Figura 6 – Desenho do processo de avaliação da avaliabilidade, segundo Leviton.



Extraído de *Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices* (LEVITON et al., 2010, p. 220)

A partir desse desenho, vemos que o processo do estudo de avaliabilidade de um programa é cíclico, dinâmico, que envolve os usuários finalísticos da avaliação e tem como produtos o desenho do programa (a partir de seus norteadores), o desenvolvimento do modelo lógico, a análise comparativa entre o que foi proposto e o que foi realizado e a identificação das oportunidades de avaliação e de melhorias do programa.

## 5 MATERIAIS E MÉTODO

O método do presente estudo é qualitativo. Como fonte de dados, foram utilizadas as informações públicas, disponibilizadas na plataforma do Projeto ApiceOn, artigos, estudos e publicações, bem como os materiais disponibilizados pela coordenação do Projeto. Outra fonte de informações foi a aplicação de questionários junto aos *stakeholders* (APÊNDICES A e B).

A proposta deste EA é avaliar em que medida o projeto está em condições de ser submetido a uma avaliação e essa etapa é recomendada na literatura como um passo inicial para a avaliação de programas, aumentando a probabilidade de fornecer avaliações em tempo oportuno, relevantes e interessantes aos tomadores de decisão (SAMICO et al., 2010, p. 58).

Segundo Leviton (2010), o estudo da avaliabilidade de uma intervenção é uma atividade de pré-avaliação, que visa maximizar as chances de que avaliações subsequentes de programas, práticas ou políticas resultem em informações úteis, ressaltando que, ao ser realizada antes ou ao longo da implementação do programa, ela pode ajudar os planejadores a ajustar as atividades e os recursos para atingir os objetivos, ou então a ajustar os seus objetivos à luz da realidade do programa.

Leviton (2010) propõe que, para um estudo de avaliabilidade, o passo inicial seja o envolvimento de usuários da avaliação em potencial, obtendo o seu comprometimento com o projeto e definindo escopo e propósito do trabalho. Após isso, a equipe de avaliação analisa os documentos do programa e, paralelamente, entrevista as partes interessadas. Com base nessas entrevistas e na análise dos documentos, a equipe de avaliação cria um modelo lógico inicial. À medida que é desenvolvido, o modelo lógico é compartilhado com as partes interessadas, para análises e ajustes contínuos. Havendo a concordância entre as partes interessadas e os avaliadores sobre o modelo lógico, a avaliação da avaliabilidade passa a explorar a realidade do programa, podendo envolver outros *stakeholders* nesse processo. Esse investimento de esforços visa ao aprimoramento do modelo lógico e o seu ajuste à realidade do Programa e, por fim, a autora sugere que as partes interessadas do programa recebam um relatório, que indica a plausibilidade ou não da intervenção de atingir as metas e os objetivos desejados.

A população envolvida foi composta por *stakeholders* mapeados a partir da estrutura organizacional do Projeto ApiceOn e indicados pela coordenação do mesmo como atores estratégicos. Os respondentes aos questionários assentiram com o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) para a aplicação virtual dos

questionários. Foram seguidas as normas da ENSP/FIOCRUZ quanto à apresentação e consentimento em pesquisas que serão realizadas online/ambiente virtual. Esses instrumentos são subsidiados pelas Resoluções CNS nº 510/2016 e 466/2012, que tratam, respectivamente, das diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais e ética nas pesquisas biomédicas.

A partir dessa base, foram definidas as etapas no desenho metodológico do estudo avaliativo, adaptadas a partir da proposta de Leviton e cols. (apud MENDES et al., 2010, p. 60), Souza e cols. (2017), considerando também o roteiro metodológico proposto por Ferreira e cols. (2007).

Em tempo, ressaltamos que o presente estudo de avaliabilidade enfrentou alguns óbices para o desenvolvimento das atividades, notadamente em relação ao acesso às informações documentais sobre o Projeto ApiceOn e quanto à indicação dos *stakeholders* potencialmente participantes da pesquisa, obstáculos esses que quase inviabilizaram o trabalho.

O Projeto foi finalizado em 2020 e a pesquisa de campo ocorreu no segundo semestre de 2021, quando os participantes já estavam desvinculados do Projeto. À época da pesquisa de campo, o mundo enfrentava a pandemia de COVID-19 e como alguns membros da coordenação e da equipe foram acometidos ou tiveram que cuidar de familiares adoecidos, a deliberação sobre a autorização de acesso às informações do Projeto ApiceOn demorou a ser feita, bem como notamos a desmobilização dos representantes indicados, provavelmente concentrados nos desafios que a pandemia impôs, pessoal e profissionalmente.

Outra dificuldade enfrentada se refere às restrições de acesso a informações pela iminência da publicação de artigos e livros acerca da temática da pesquisa, bem como as restrições quanto a resultados obtidos, em virtude de acordos institucionais.

Esses fatores não impedem a realização de estudos, mas não são ocorrências isoladas e devem ser considerados pelos pesquisadores para ajustes metodológicos e pactuações.

## 5.1 IDENTIFICAÇÃO DOS *STAKEHOLDERS*

Nessa etapa foram mapeadas pessoas envolvidas no projeto, informantes-chave interessados ou afetados pelo projeto, usuários primeiros do EA, denominados *stakeholders*.

A partir da Estrutura Organizacional do projeto, foram identificados e selecionados

os seguintes *stakeholders* para o EA:

Quadro 4 – Identificação de *stakeholders*

<b>Vínculo</b>	<b>Função</b>	<b>Atribuição institucional</b>
ApiceOn	Coord. Geral	Coordenação Geral do Projeto no Ministério da Saúde.
ApiceOn	Supervisão	Referência técnico-política para articulação e desenvolvimento de ações do projeto. Apoiar tecnicamente e desenvolver ações no projeto em parceria com a equipe de planejamento, monitoramento e avaliação.
ApiceOn	Mediador	Referência técnico-política para articulação e desenvolvimento de ações do projeto, em parceria com os supervisores e tem como interlocutores especiais os Grupos Estratégicos Locais (GEL) dos hospitais.
ARAS (SAIS/SES)	Apoios técnicos	Colaboradores da Assessoria de Redes de Atenção à Saúde (ARAS), da SES/DF, área de coordenação das atividades da Rede Cegonha no DF.
ApiceOn	Equipe de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (PM&A)	Grupo transversal e estratégico para articulação e organização e desenvolvimento do projeto. Responsável por ofertas no campo do PM&A e supervisão institucional dos processos e equipes no desenvolvimento das ações. Apoio técnico e metodológico à execução do projeto e à equipe de condução.

Fonte: Elaborada pela autora, baseado na “Estrutura Organizacional” do Projeto ApiceOn (BRASIL, M.DA S. [s.n.], p. 4, 2017).

Utilizando essas definições, propusemos inicialmente a participação de cinco supervisores do Projeto ApiceOn; cinco mediadores; uma coordenadora; cinco representantes da Equipe de Planejamento, Monitoramento e Avaliação; e cinco apoiadores técnicos da SES/SAIS/ARAS, totalizando o envolvimento de 21 (vinte e um) participantes.

O critério de inclusão utilizado foi o potencial participante ter integrado o projeto durante pelo menos seis meses e ter sido indicado pela coordenação do Projeto ApiceOn como ator estratégico.

A coordenação indicou uma representante da coordenação geral; uma representante da equipe de PM&A; cinco supervisoras (utilizando critério de distribuição regional e tempo de atuação no projeto); 12 mediadoras (englobando as quatro profissionais que atuaram nos serviços do DF; e outras oito mediadoras, indicadas por suas atuações em todas as regiões do país). Representando as secretarias estaduais de saúde, restringimos a participação de representantes a profissionais da SES/DF, onde a pesquisa ocorreu. Foram indicadas duas profissionais, referenciadas devido à atual representação da SES/DF e às suas atuações na implementação do Projeto.

Tendo em vista o cenário epidemiológico e as restrições sanitárias causadas pela COVID-19, a coleta de informações para a pesquisa junto aos atores estratégicos se deu no formato virtual, através de questionários eletrônicos desenvolvidos na plataforma Google Forms (APÊNDICES A e B).

Os participantes foram convidados a responder a pesquisa por e-mail, a partir de

endereços disponibilizados pela coordenação do Projeto ApiceOn. Nesse contato inicial, a pesquisadora encaminhou texto de apresentação da pesquisa e informações acerca da escolha e indicação dos participantes.

Frente à situação de emergência sanitária decretada no país e ponderando o potencial benefício aos participantes de pesquisa, de acordo com as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido - RCLE deu-se através da plataforma eletrônica Google Forms.

## 5.2 ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental foi feita a partir dos materiais disponibilizados na plataforma virtual do Projeto, artigos, estudos e publicações, bem como os materiais disponibilizados pela coordenação do Projeto.

Após um período de insistentes solicitações, a coordenação do Projeto ApiceOn disponibilizou os seguintes materiais para a pesquisadora:

- **Projeto Apice - Roteiro diagnóstico - Versão 2 (pós-teste) (ANEXO A):**

Esse documento contempla uma nota metodológica sobre a estruturação e uso do roteiro diagnóstico, que visa subsidiar o conhecimento da situação dos serviços, sendo base para a elaboração de planos de ação e monitoramento, a partir das metas pactuadas coletivamente.

Informa que a estrutura mais ampla do diagnóstico contempla três partes complementares: parte I (análise com base em diretrizes e indicadores associados aos componentes do Projeto - atenção, ensino/formação, gestão), que é a parte da qual se trata o presente roteiro; parte II (linhas de base com eixos de dados procedentes da avaliação recente das maternidades com participação da Rede Cegonha, a serem disponibilizados pelo MS, para complementação diagnóstica e construção das linhas de base de interesse dos serviços e do MS); parte III (dados procedentes do relatório da Ouvidoria da Rede Cegonha/MS, também a serem disponibilizados pelo MS).

Observação: os materiais referentes às partes II e III não foram disponibilizados à pesquisadora.

- **Atualização dos indicadores - Versão 19-09-17 (ANEXO B):**

Esse documento atualiza os indicadores do instrumento supramencionado, a partir das prioridades da CGSM e do teste de roteiro diagnóstico, contemplando os indicadores associados ao componente "atenção" e "eventos-



sentinela"; indicadores associados ao componente "ensino/formação" e indicadores associados ao componente "gestão".

- **Plano Operativo Anual (POA) (ANEXO C):**

É um roteiro de planejamento das ações do Projeto ApiceOn, demarcando a periodicidade (anual) para revisitação dos planos (com revisão/atualização de ações).

É um instrumento semiestruturado, elaborado a partir do diagnóstico situacional, que abre espaço para o campo das ações que devem ser criadas conforme as necessidades locais, envolvendo as categorias: dimensão; classificação da situação atual na dimensão; meta geral associada à dimensão; indicadores associados à meta geral; ações; prazos e responsáveis.

O documento disponibilizado não detalha a fonte das informações, mas informa a existência de material complementar, contendo a ficha técnica com detalhamento da descrição dos indicadores e método de cálculo. Esse documento complementar não foi disponibilizado à pesquisadora.

- **Relatório executivo mensal (ANEXO D):**

Relatório utilizado na prestação de contas ao Ministério da Saúde (MS) sobre a execução do projeto, cujo envio é de responsabilidade da instituição executora (UFMG) e a elaboração é de responsabilidade das supervisoras. O relatório contempla os seguintes dados: indicadores de ações estruturantes do Projeto; indicadores de implementação de ações consideradas estratégicas e indicadores de cobertura de ações assistenciais; e eventos-sentinela selecionados. Os dados são agrupados por áreas geográficas/regiões.

Além dos materiais supracitados, através do site do Projeto ApiceOn (<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/>) tivemos acesso a uma vasta quantidade de materiais sobre o Projeto, e as pesquisas em periódicos e publicações complementaram o arcabouço de informações. Dentre esses materiais, destacamos:

- **ApiceOn - Ficha técnica dos indicadores associados ao componente atenção:**

Esse material foi disponibilizado informalmente por uma participante do Projeto ApiceOn. O documento apresenta os indicadores selecionados quanto ao componente atenção, sua definição, método de cálculo, fonte de verificação sugerida, período de avaliação e parâmetros para guiar a performance do serviço, sua interpretação e limites. Subsidiaria os instrumentos de diagnóstico,

planejamento, monitoramento e avaliação do Projeto.

- **1ª edição da Revista ApiceON:**

Publicação disponibilizada no site do Projeto ApiceOn, acessível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/publicacoes/>, que traz diversas informações sobre o Projeto.

- **Caderno do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica:**

Trata-se de publicação disponibilizada no site do Projeto ApiceOn, acessível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/publicacoes/>, acerca do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica, proposto inicialmente em 2013 e que teve diversas turmas de formação, algumas em paralelo à implementação do Projeto ApiceOn. Vislumbra a capacitação e o desenvolvimento de competências de enfermeiras(os) obstetras e fomenta o processo reflexivo sobre o cuidado às gestantes, respeitando a autonomia e o protagonismo das mulheres, bem como reconhecendo a importância e a potência da enfermagem obstétrica inserida em equipe multidisciplinar.

- **Livro: Educação Profissional em Saúde: metodologia e experiências de formação-intervenção-avaliação:**

Sem explicitar tratar-se de uma publicação que contempla a intervenção do Projeto ApiceOn, o livro aborda a experiência da formação dos profissionais da enfermagem obstétrica para a mudança de práticas em neonatologia e obstetrícia, inspirando novas formas de formar, agir e avaliar os serviços.

Os autores apresentam o desenho da proposta de avaliação-intervenção do Projeto e a estrutura dos instrumentos de diagnósticos situacionais, bem como planos de ação-intervenção.

Um desses materiais é a matriz da hierarquia organizativa do Projeto, articulando os âmbitos de resultados, produtos, metas de produtos e indicadores (SANTOS FILHO, 2020, p. 316). Esse instrumento foi estruturado a partir das seguintes categorias: resultados (em cada componente), âmbito dos indicadores, produtos e metas de produtos. O texto informa que essa matriz se encontra no documento-base do PM&A (Manual de apoio do Projeto), mas esse material não foi disponibilizado para a pesquisadora.

Para além dessas referências, ressaltamos a existência da Plataforma de interação do Projeto ApiceOn, acessível através do link <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/interacao/login/index.php>. As informações

gerais sobre a plataforma são públicas, disponíveis na página <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/plataforma-de-interacao-apice-on/>, mas o acesso à plataforma de interação é restrito aos participantes do projeto. Trata-se de uma plataforma virtual, que abriga 1.150 usuários e 144 grupos, disponível para todos os níveis de usuários e interações do projeto, incluindo hospitais participantes, equipes, parceiros e iniciativas afins, possibilitando a interação entre usuários e grupos de usuários, a partir de funcionalidades integradas, como chats, salas de webconferência, fóruns, troca de mensagens e compartilhamento de arquivos, bibliotecas e calendários, fomentando a construção colaborativa de conhecimento.

### 5.3 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E METAS DO PROGRAMA

A partir dos materiais analisados, reconhecemos que o Projeto ApiceOn foi proposto em virtude de problemas no cenário social e epidemiológico-sanitário relacionado à atenção obstétrica e neonatal no Brasil, associados à mortalidade materna; mortalidade neonatal; planejamento reprodutivo; modelo de assistência obstétrica; violência sexual e atenção humanizada ao abortamento; e visa qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e ao abortamento nos hospitais com atividades de ensino, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos.

Trata-se de um projeto complexo, que vislumbra a inseparabilidade entre gestão, assistência e formação/ensino. Para a validação dos indicadores de desempenho, a proposta inicial foi de utilizar os documentos disponíveis, checando se os indicadores respeitam os seguintes requisitos: 1) denominação clara, precisa e autoexplicativa (devem ser entendidos por todos, sem ambiguidade); 2) mensuráveis; 3) válidos (pertinentes e adequados); 4) verificáveis; 5) relevantes; 6) econômicos (obtidos a custos razoáveis).

A proposta inicial também considerou a análise acerca das informações sobre os indicadores contemplarem os seguintes aspectos: 1) fórmulas de cálculo expressas matematicamente; 2) índices para anos anteriores e previsão para anos posteriores (se possível); e 3) fontes de informações.

Também tínhamos a expectativa de propor uma matriz de análise e julgamento (MAJ) complementar à matriz de indicadores do Projeto, que, a partir de consensos entre os diversos atores envolvidos, definisse os indicadores prioritários e os parâmetros de julgamento. Idealmente, essa parametrização é proposta anteriormente às avaliações:

A construção de uma referência prévia para a avaliação de programas busca estabelecer consensos para as expectativas dos diversos atores institucionais envolvidos (MP, ministérios setoriais, equipe avaliadora etc.). Na medida em que pontos prioritários e parâmetros de julgamento são pactuados anteriormente à avaliação propriamente dita, minimiza-se o risco de divergências quanto ao desenho da avaliação, à interpretação dos resultados e às recomendações de mudanças no programa avaliado. (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009, p. 8)

Todavia, no decorrer da pesquisa, identificamos que embora alguns indicadores possuam padrões esperados em nacional e/ou internacionalmente, alguns dependem de especificidades do perfil da clientela dos serviços, situação essa que impõe a definição de uma linha de base específica para as unidades participantes e inviabiliza a parametrização geral dos resultados esperados a nível nacional, por exemplo. Ressaltamos que nos parece claro que as metas propostas são sensíveis às especificidades locais, embora considere os parâmetros nacionais e/ou internacionais para os indicadores envolvidos.

Analisando as matrizes de indicadores, observamos que os indicadores do Projeto não contemplam apenas resultados quantificáveis, visto que envolvem indicadores de processos e estrutura.

Não foi possível desenvolver a matriz de análise e julgamento (MAJ) que gostaríamos de ter feito, entretanto ressaltamos que os materiais disponibilizados sinalizam alguns indicadores estratégicos e prioritários, que serão abordados mais adiante.

#### 5.4 DESENVOLVIMENTO DO MODELO LÓGICO E VALIDAÇÃO COM OS *STAKEHOLDERS*

O desenho do modelo lógico consiste na descrição clara do modo de funcionamento do projeto, articulando componentes e visando reconstruir o objeto da avaliação (SAMICO et al., 2010, p. 66).

5.4.1 Para a construção do modelo lógico, foram utilizadas as informações colhidas na análise documental e as respostas aos questionários (APÊNDICE A). A estruturação dessas informações seguiu a proposta por Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007), a partir do qual foi elaborado o roteiro de entrevista disposto a seguir:

Quadro 5 – Questionário para entrevistas com integrantes da equipe gerencial.

<i>Questionário para entrevistas com integrantes da equipe gerencial</i>	
<b>Identificação do entrevistado</b>	
Nome: Função no Projeto ApiceOn: Tipo de vínculo:	
<b>Identificação do Problema</b>	
Qual(is) o(s) problema(s) que o Projeto ApiceOn se propõe a enfrentar? Quais as principais consequências do problema? Por que esse problema existe? Quais as causas mais importantes desse problema? Existem outras iniciativas, projetos e programas (federais, estaduais, municipais, privados ou de ONGs) que atuam sobre as causas desse(s) problema(s)?	
<b>Descrição do Programa</b>	
<i>Objetivo</i> Qual o objetivo do Projeto ApiceOn?	
<i>Público-alvo</i> Qual o público-alvo do Projeto ApiceOn? (qualificar e quantificar) Quantos são os beneficiários do Projeto ApiceOn? Qual a taxa de cobertura?	
<i>Operações/ações</i> Quais são as operações que compõem o Projeto ApiceOn? Quais ações compõem as operações? Qual a finalidade de cada ação? Quais os produtos previstos para cada ação? Como será organizada a coordenação das operações?	
<b>Resultados esperados no Projeto ApiceOn</b>	
Quais são os resultados esperados? (pergunta aberta, visando captar tanto resultados intermediários quanto finais) Quais os resultados que se pretende alcançar no período de vigência do Projeto? E após a sua vigência? Como as ações e os produtos do Projeto contribuem para alcançar os resultados? Justifique cada uma delas.	
<b>Análise do Contexto</b>	
Quais fatores de contexto que podem afetar o desempenho do Projeto ApiceOn? Que tipos de alterações o Projeto pode sofrer por conta de mudanças de contexto?	

Questionário adaptado da proposta da Nota Técnica - Como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007, p. 7).

Estimamos em uma hora o tempo necessário para preenchimento desse questionário, por participante.

5.4.2 As informações consolidadas foram sistematizadas através da utilização das seguintes matrizes:

Tabela 1 – Matriz de caracterização dos problemas que subsidiaram o Projeto ApiceOn

<i>Matriz de caracterização dos problemas que subsidiaram o Projeto ApiceOn</i>	
<b>Enunciado do Problema:</b>	
<i>Causas:</i>	
Ca 1	
Ca 2	
Ca n	
<i>Consequências:</i>	
Co 1	
Co 2	
Co n	

Extraída, com adaptações, da Nota Técnica - Como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007, p. 7).

Tabela 2 – Matriz para descrição do Projeto ApiceOn

<i>Matriz para descrição do Projeto ApiceOn</i>			
<b>Objetivo:</b>			
<b>Público-alvo:</b>			
<b>Resultados Esperados:</b>			
<b>Recursos:</b> 1	<b>Operação:</b> 1	<b>Ações:</b> 1A 1B	<b>Produtos:</b> 1A 1B
2	2	2A 2B	2A 2B

Extraída, com adaptações, da Nota Técnica - Como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007, p. 7).

Tabela 3 – Fatores relevantes de contexto

<i>Matriz de fatores relevantes de contexto</i>	
<b>Contexto favorável</b>	<b>Contexto desfavorável</b>
(listagem das variáveis-chave cujos comportamentos favorecem a implementação do Projeto ApiceOn)	(listagem das variáveis-chave cujos comportamentos comprometem a implementação do Projeto ApiceOn)

Extraída, com adaptações, da Nota Técnica - Como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007, p. 7).

Nessa etapa, foi oferecido um glossário de conceitos básicos envolvidos na construção dessas matrizes, visando a capacitação dos envolvidos e alinhamento conceitual:

Quadro 6 – Glossário de conceitos básicos para elaboração de modelo lógico

<i>Glossário de conceitos básicos – Modelo Lógico</i>	
<b>Problema</b>	É uma situação indesejável declarada por uma autoridade. É condição necessária que o problema declarado possa ser enfrentado por um programa.
<b>Indicadores da Situação Inicial (linha de base)</b>	São as informações (dados) que evidenciam a existência do problema, o delimitam e o dimensionam. Os indicadores devem ser apurados para o ano que antecede a implementação do programa ou o mais próximo possível desse marco temporal, de forma a estabelecer uma linha de base, que permita uma comparação com os resultados futuros.
<b>Objetivo do programa/projeto</b>	Expressa o resultado que o programa se propõe a alcançar, que consiste na superação do problema em um lapso de tempo estabelecido. Caso a efetiva superação não esteja prevista durante a vigência do programa/projeto, deve ser indicado o alcance pretendido após o seu término, com referência temporal.
<b>Público-alvo</b>	É o conjunto de pessoas que o programa/ projeto visa atender. Nesse item, deve ser informado tanto o critério que o define, quanto a sua dimensão, se disponível.
<b>Beneficiários Finais</b>	Parcela do público-alvo que é alcançada pelo programa/projeto.
<b>Recursos</b>	Incluem os recursos humanos, financeiros, organizacionais e políticos necessários e suficientes para o programa alcançar os seus objetivos. O alcance e as metas devem ser compatíveis com os recursos disponíveis.
<b>Operação</b>	É o conjunto necessário e suficiente de ações, com a qual se pode atacar, eficazmente, uma ou mais causas de um problema.
<b>Ações</b>	São os processos que, combinando apropriadamente os recursos adequados, produzem bens e serviços com os quais se procura atacar as causas do

	problema.
<b>Produtos</b>	Bem ou serviço resultante do processo de produção de uma ação. A cada ação deve corresponder apenas um produto. A programação interna do órgão responsável deve contemplar detalhadamente o processo de produção do bem ou serviço para que possa proceder a responsabilização e a sua efetiva gestão.
<b>Resultados</b>	Mudanças e benefícios associados à implementação das operações do programa. São mudanças específicas no comportamento, conhecimento, habilidades, status ou nível de desempenho do participante do programa, que podem incluir melhoria das condições de vida, aumento da capacidade e/ou mudanças na arena política. Há dois tipos de resultados: resultados intermediários e resultado final. Os resultados intermediários são aqueles referentes ao enfrentamento das causas do problema. O resultado final corresponde ao alcance do objetivo do programa.
<b>Fatores de contexto</b>	São variáveis-chave, fora do controle da gerência do programa/projeto, que, a depender do seu comportamento, criam condições favoráveis ou desfavoráveis ao desempenho do programa.

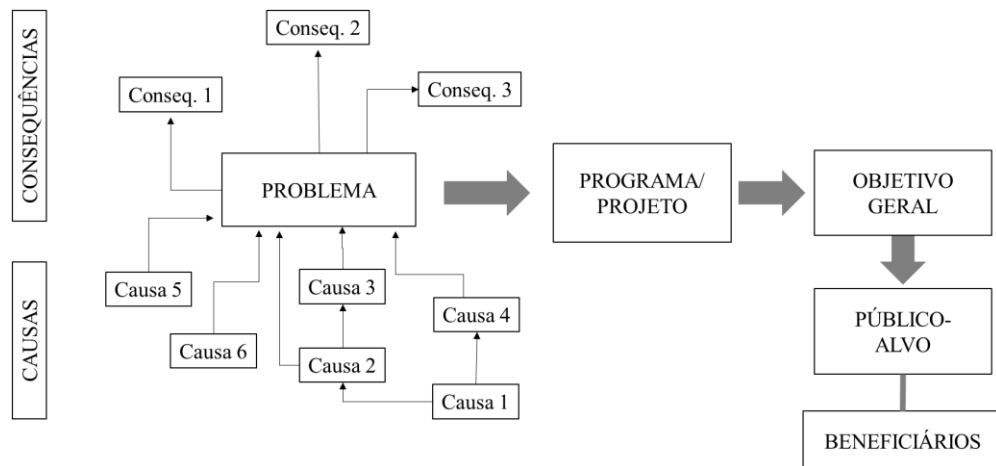
Extraída, com adaptações, da Nota Técnica - Como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007, p. 5).

5.4.3 A partir da sistematização das informações consolidadas, as matrizes foram base para a delimitação dos elementos de composição do diagrama de pré-montagem do Modelo Lógico, compondo-o por três partes, como proposto por Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007):

*Explicação do problema e referências básicas (objetivo, público-alvo e beneficiários):*

Consiste na apresentação do problema, suas causas e consequências, incluindo os vínculos de causalidade em um desenho de árvore de problemas, a partir das manifestações dos entrevistados na fase anterior.

Figura 7 – Estrutura da árvore de problemas.

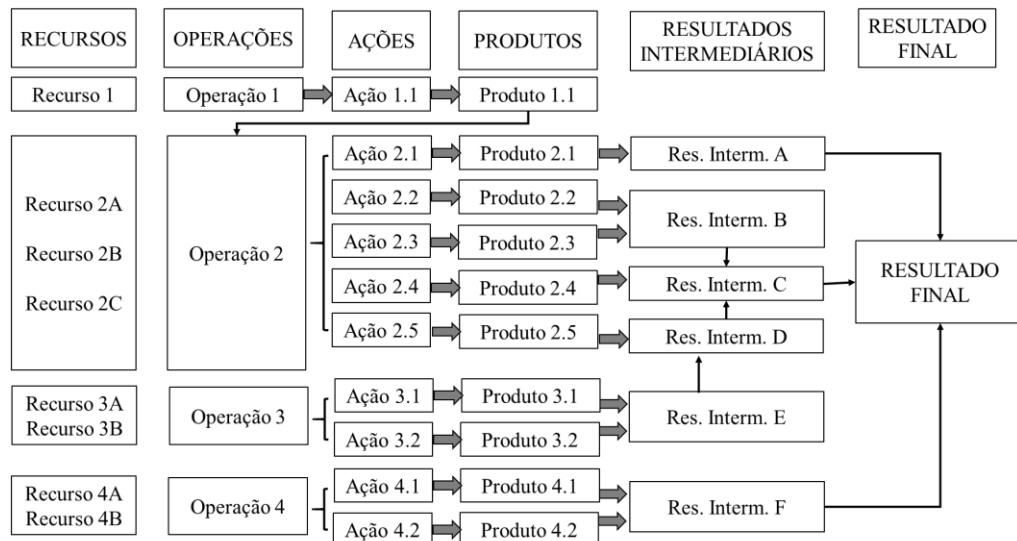


Extraído, com modificação, da Nota Técnica - Como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007, p. 10).

*Estruturação do Projeto ApiceOn para o alcance dos resultados (modelo lógico):*

Essa parte consiste na estruturação do programa tendo em vista o alcance dos resultados, organizando os itens em: recursos, operações, ações, produtos, resultados intermediários e resultado final.

Figura 8 – Estrutura do modelo lógico.

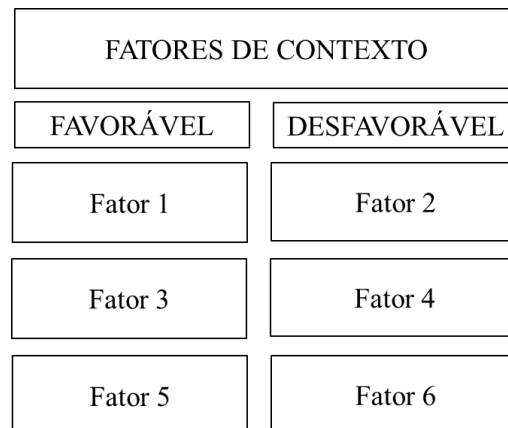


Extraído da Nota Técnica - Como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007, p. 12).

*Definição de fatores de contexto:*

Outra perspectiva de análise desenvolvida diz respeito à listagem dos fatores apontados pelos entrevistados como capazes de influenciar o desempenho do Programa e interferir nos resultados, seja essa influência positiva ou negativa.

Figura 9 – Estruturação dos fatores de contexto.



Extraído da Nota Técnica - Como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007, p. 12).



#### 5.4.4 Validação do modelo lógico

Optamos inicialmente por seguir a sugestão de Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007), de que fosse feita uma oficina de validação do Modelo Lógico, a partir dos elementos definidos nas etapas anteriores, organizados pela pesquisadora, considerando, ainda, as restrições decorrentes da pandemia de COVID-19.

Os itens de composição da validação do modelo lógico foram adaptados, bem como a metodologia, para uma abordagem mediada por tecnologia, estruturada a partir das seguintes etapas:

- *Cheragem dos componentes do modelo lógico*: se refere à conferência das cartelas de ideias identificadas, com abertura a correções compartilhadas e consensuadas, considerando a possibilidade de atualização dos elementos de contexto, se necessário;
- *Teste de consistência do modelo lógico*: o teste consiste em conferir a lógica do projeto, através de hipóteses e da análise do encadeamento “se-então”;
- *Análise de vulnerabilidade*: visa identificar eventuais fragilidades das operações/ações para o alcance dos resultados esperados;
- *Análise da pertinência e suficiência das operações/ações*: consiste na análise do conjunto de ações, visando identificar se são consideradas necessárias e suficientes para o alcance do objetivo do projeto;
- *Definição dos indicadores de desempenho*: referem-se a medidas relativas aos produtos, aos resultados intermediários e final, capazes de aferir o desempenho do projeto.

Essa etapa foi desenvolvida utilizando as orientações sobre ética em pesquisa em ambientes virtuais, consoantes com a proposta de entrevistas virtuais. Foi sugerido ao grupo de respondentes a participação em oficina virtual, todavia, na fase de consensualização acerca do sobre dia e horário de sua realização, a pesquisadora identificou que essa estratégia seria inviável, devido à indisponibilidade dos potenciais participantes em participar da atividade.

Diante dessa situação, optou-se por simplificar a proposta e utilizar um novo questionário online (APÊNDICE B), menos complexo e mais objetivo, que considerasse apenas a validação do modelo lógico e a definição das perguntas avaliativas, reduzindo o escopo do trabalho ao que seria possível naquele momento.

## 5.5 DEFINIÇÃO DAS PERGUNTAS AVALIATIVAS QUE DIRECIONEM O FOCO DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE

### 5.5.1 Definição das perguntas avaliativas

Inicialmente haviam sido propostas pela pesquisadora como perguntas avaliativas as seguintes questões:

- Como foi descrito o Projeto ApiceOn, quanto aos seus propósitos, objetivos e metas?
- Qual o desenho do programa, considerando seus componentes, estratégias e resultados esperados?
- O Projeto ApiceOn possui elementos necessários para ser avaliado?
- Quais questões de avaliação interessam aos envolvidos no programa, de acordo com o seu envolvimento no Projeto, e como elas poderiam ser respondidas?

No instrumento de validação do modelo lógico do Projeto ApiceOn (APÊNDICE B), foi também solicitada a proposição de perguntas avaliativas, a partir da perspectiva dos atores-chave envolvidos no projeto.

Idealmente, teria sido interessante incluir uma amostra mais representativa da robustez da intervenção, através da mobilização de um número maior de participantes, contemplando também profissionais dos serviços de saúde, membros do GEL, usuárias e seus familiares/acompanhantes.

Porém, nessa etapa, devido às limitações do estudo, foram consultados os *stakeholders* indicados pela coordenação do Projeto ApiceOn que responderam à primeira entrevista online. Dos sete participantes da primeira fase do EA, cinco contribuíram desse segundo momento.

### 5.5.2 Análise e comparação entre a realidade do Projeto e o modelo lógico

Consiste na comparação entre o que foi planejado na estruturação do projeto (seu modelo lógico) e a sua implementação de fato, possibilitando a verificação da implementação do programa e se, a partir dela, é possível alcançar as metas e os objetivos propostos, além de verificar se o projeto é ou não bem definido e avaliável.

A técnica escolhida depende das condições de implementação do estudo e, a princípio, para este EA, envolveria análise documental, aplicação de questionários e validação.

No desenho inicial dessa etapa, a proposta também compreenderia um plano de avaliação do Projeto ApiceOn, com a seguinte estrutura: propósito da avaliação; perguntas de avaliação (a ser construída com os atores interessados na avaliação); métodos e procedimentos de avaliação; composição da equipe de avaliação; apresentação e uso da avaliação; e orçamento. Todavia, devido às limitações impostas na aplicação do EA, essa proposta foi parcialmente atendida.

#### 5.6 ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO CONCLUSIVO, INCLUINDO AS RECOMENDAÇÕES E LIÇÕES APRENDIDAS

A proposta é de que após a finalização do EA seja elaborado um relatório com o resultado do trabalho e com as recomendações, de forma que os participantes tenham acesso ao que foi desenvolvido e que as lições aprendidas sejam compartilhadas. Os participantes receberão também o documento final do presente Estudo de Avaliabilidade, enviados por e-mail, em formato PDF.

## **6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

A pesquisadora solicitou a anuência do Gestor Municipal de Saúde do Distrito Federal (DF) e submeteu o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do DF. O projeto foi aprovado e registrado no CAAE: 43390720.0.0000.5240.

Foram atendidos todos os preceitos éticos constantes na Resolução 466/12, das Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e Resolução nº 510/16, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Foram disponibilizados Termo de Compromisso de Utilização de Dados - TCUD (APÊNDICE C), bem como Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) aos sujeitos do estudo, com base nos princípios da Beneficência, Não-Maleficência, Autonomia e Justiça, que se constituem a base da bioética. Constou no Registro informações sobre a participação na pesquisa, a qual seria voluntária, tendo sido inclusos somente os indivíduos que concordaram e assentiram no documento, tendo sido assegurado a eles a liberdade de saírem da pesquisa a qualquer momento, sem quaisquer represálias.

A participação dos sujeitos da pesquisa foi precedida de contato com a coordenação do Projeto APICEON, que indicou os potenciais colaboradores. A participação foi proposta de forma a possibilitar que os sujeitos pudessem expressar as suas opiniões com maior segurança, sendo garantido que os relatos seriam analisados e apresentados de forma agregada, sem a identificação nominal dos participantes.

Contudo, pelo estudo envolver um número restrito de participantes, identificamos o risco de identificação indireta, risco esse pontuado com os participantes. Todavia, a pesquisa foi desenvolvida no segundo semestre de 2021, cerca de um ano após o término da vigência do Projeto ApiceOn, o que, acreditamos, diminui significativamente qualquer possível dano imediato e posterior, tanto individual quanto coletivamente aos participantes da pesquisa, visto que já estavam desvinculados do Projeto, devido ao seu encerramento.

A pesquisa utilizou a plataforma virtual Google Forms e os usuários foram identificados indiretamente, por meio de codificação. Quanto à apresentação e consentimento em pesquisas realizadas online/ambiente virtual, o estudo foi alinhado às Orientações do CEP/ENSP para tal e considerou também as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES/DF.

## 7 RESULTADOS

Conforme proposto por Leviton (2010), foram seguidas as seguintes etapas para a análise da avaliabilidade do Projeto ApiceOn: 1) Identificação dos *stakeholders*; 2) Análise documental; 3) Definição de objetivos e metas do programa; 4) Desenvolvimento do modelo lógico e validação com os *stakeholders*; 5) Definição das perguntas avaliativas que direcionem o foco do estudo de avaliabilidade; 6) Elaboração de relatório conclusivo, incluindo as recomendações e lições aprendidas.

Para auxiliar na organização das informações, utilizamos também a “Nota Técnica nº 2 - Análise da avaliabilidade: determinar a viabilidade de uma avaliação a um projeto ou programa”, disponível no site do Instituto Camões (Camões I.P.)<sup>4</sup>.

### 7.1 IDENTIFICAÇÃO DOS *STAKEHOLDERS*

A etapa de identificação dos *stakeholders* envolveu os participantes com vínculo institucional direto com o Projeto ApiceOn, ou seja: coordenação geral, supervisoras, mediadoras, membros da equipe de planejamento, monitoramento e avaliação e apoios técnicos locais (da SES/DF). Não envolveu outros potenciais utilizadores da avaliação, como profissionais dos serviços hospitalares, gestores das unidades ou membros do GEL, nem tampouco gestantes atendidas nas maternidades e seus familiares/acompanhantes, sendo esse cenário uma das limitações do presente estudo.

A indicação dos potenciais participantes ocorreu por intermédio da coordenação do Projeto ApiceOn, conforme critérios de inclusão previamente definidos e o convite à participação dos mesmos no EA foi realizada por e-mail personalizado.

Foram indicados pela coordenação do Projeto ApiceOn 21 participantes, o mesmo número de participantes proposto no projeto inicial do EA, todavia a distribuição desses participantes entre as categorias de participação foi alterada, com vistas a contemplar uma amostra mais representativa de profissionais pelo tipo de vínculo.

Foram indicados(as): uma participante da coordenação do Projeto ApiceOn; cinco supervisores(as); 12 mediadores(as); dois (duas) apoiadores(as) técnicos(as) vinculadas à SES/DF (mais especificamente profissionais da Assessoria de Redes de Atenção à Saúde) e um (uma) representante da equipe de planejamento, monitoramento e avaliação do Projeto.

---

<sup>4</sup> O Camões, I.P. é um instituto público português, integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio.

Entre os 21 convidados, sete responderam à pesquisa. A participação dos *stakeholders* colaboradores está detalhada no quadro abaixo:

Tabela 4 – Identificação dos *stakeholders* acessados no estudo de avaliabilidade.

Identificação dos Stakeholders - Interessados na avaliação									
Indivíduos ou órgãos que têm interesse na avaliação		Papel na avaliação	Tipo de apoio			Participação na pesquisa			
Órgãos	Profissionais		Aliado	Neutro ou desconhecido	Oponente	Proposta inicial	Nº convidados	Nº respondentes	Proporção de adesão
ApiceOn	Coord. Geral	Coordenação Geral do Projeto no Ministério da Saúde	X			1	1	1	100%
ApiceOn	Supervisão	Referência técnico-política para articulação e desenvolvimento de ações do projeto. Apoiar tecnicamente e desenvolver ações no projeto em parceria com a equipe de planejamento, monitoramento e avaliação	X			5	5	2	40%
ApiceOn	Mediador	Referência técnico-política para articulação e desenvolvimento de ações do projeto, em parceria com os supervisores e tem como interlocutores especiais os Grupos Estratégicos Locais (GEL) dos hospitais	X			5	12	2	17%
ARAS (SAIS/SES)	Apoios técnicos	Colaboradores da Assessoria de Redes de Atenção à Saúde (ARAS), da SES/DF, área de coordenação das atividades da Rede Cegonha no DF	X			5	2	2	100%
ApiceOn	Equipe de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (PM&A)	Grupo transversal e estratégico para articulação e organização e desenvolvimento do projeto, responsável por ofertas no campo do PM&A e supervisão institucional dos processos e equipes no desenvolvimento das ações, oferecendo apoio técnico e metodológico à execução do projeto e à equipe de condução	X			5	1	0	0%

Fonte: Elaborado pela autora.

A amostra participante corresponde a 1/3 dos *stakeholders* indicados inicialmente e conta com a representatividade de atores de variadas vinculações, o que enriquece o olhar sobre a mesma temática. Observamos a adesão de 100% dos profissionais indicados como representantes da coordenação (N=1); 40% de adesão dos supervisores (2 de 5); 17% de adesão dos mediadores (2 de 12); 100% de adesão dos apoios técnicos da ARAS/SES/DF (N=2) e não contou com representante da equipe de planejamento, monitoramento e avaliação do Projeto.

## 7.2 ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental foi feita a partir dos materiais disponibilizados na plataforma virtual do Projeto, manuais e instrumentos norteadores, bem como artigos, estudos e publicações, além dos materiais disponibilizados pela coordenação do Projeto, entre outros. A partir da análise dos documentos foi elaborada a matriz abaixo:

Tabela 5 – Identificação das referências utilizadas na revisão documental.

Matriz de análise de documentos - Projeto ApiceOn									
Instrumento	Componentes contemplados	Utilização	Tipo de indicadores	Parâmetros/ padrões	Indicadores			Tipo de dados	Fontes de dados
					Abordagem	Linha de base	Meta		
Roteiro diagnóstico - Versão 2 (pós-teste)	atenção, ensino e gestão	diagnóstica	Processos e resultados	Quanto às análises com base em diretrizes e indicadores associados aos componentes do projeto, é utilizada a escala avaliativa: (1) Inexistente; (2) Incipiente; (3) Intermediário e (4) Avançado. Quanto aos resultados dos indicadores, são considerados os dados referentes ao último ano ou o período disponível	Qualitativa e qualitativa	Nessa etapa diagnóstica (Parte I), é feita a classificação dos estágios dos serviços, sem a comparação aos parâmetros nacionais ou interinstitucionais. Obs: o documento menciona que a junção das informações diagnósticas (Partes I, II e III) possibilita a classificação da situação dos serviços, comparada a parâmetros, o que complementa essa parte inicial	Não se aplica	Primários e secundários	As informações sobre os indicadores têm como fonte os sistemas de informação disponíveis e também os levantamentos de dados locais
Atualização dos indicadores - Versão 19-09-17	atenção, ensino e gestão	diagnóstico e monitoramento de resultados	resultados	não informa	Quantitativa	não informa	não informa	Primários e secundários	não informa, mas considerando que esse documento atualiza o anterior, as informações serão advindas dos sistemas de informação disponíveis e levantamento de dados locais
ApiceOn - Ficha técnica dos indicadores associados ao componente atenção	atenção	diagnóstico e monitoramento de resultados	resultados	alguns indicadores possuem padrões estabelecidos nacional e/ou internacionalmente, outros dependem de especificidades do perfil da clientela dos serviços, situação essa que exige a definição de uma linha de base específica para a unidade	Quantitativa	alguns indicadores possuem padrões estabelecidos nacional e/ou internacionalmente, outros dependem de especificidades do perfil da clientela dos serviços, situação essa que exige a definição de uma linha de base específica para a unidade	alguns indicadores possuem padrões estabelecidos nacional e/ou internacionalmente, outros dependem de especificidades do perfil da clientela dos serviços, situação essa que exige a definição de uma linha de base específica para a unidade	Primários e secundários	As informações sobre os indicadores têm como fonte os sistemas de informação disponíveis e também os levantamentos de dados locais
Plano Operativo Anual (POA)	atenção, ensino e gestão	Plano de ação	Produtos, processos e resultados	Utiliza como referência a linha de base proposta no diagnóstico situacional e as metas locais, definida colaborativamente com o GEL	Qualitativa e quantitativa	São as referências apuradas no diagnóstico situacional inicial	Guarda correspondência com o que foi demarcado pela unidade hospitalar, com vistas a manter ou aprimorar, no rumo das diretrizes do Projeto	Primários e secundários	O documento disponibilizado não detalha a fonte das informações, entretanto, informa que há anexo a ficha técnica com detalhamento da descrição dos indicadores e método de cálculo, mas essa documentação não foi disponibilizada à pesquisadora.
Relatório executivo mensal	atenção, ensino e gestão	Monitoramento de estrutura, processo e resultados, a nível regional	Indicadores de estrutura, processo e resultados, compilados a nível regional	No item 3.2, "Situação de preenchimento dos indicadores estratégicos", há a sugestão de referências para alguns aspectos do preenchimento dos registros e orientações para a elaboração de síntese quantitativa e descrição	Qualitativa e quantitativa	Não específica	Não foi disponibilizada a informação acerca das metas pactuadas, mas existe esse campo na ficha, a partir do qual inferimos que há essa referência	Primários e secundários	Não específica, mas presume-se que as informações sejam compiladas a partir dos relatórios de monitoramento das atividades nas unidades

Fonte: Elaborado pela autora.



A partir da análise dessa matriz, podemos verificar que os instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação elencados são interligados e convergem para uma proposta que alinha as dimensões de avaliação, formação e intervenção, em coerência com o arcabouço teórico do Projeto ApiceOn.

Os indicadores estratégicos propostos são discutidos a nível local, com vistas ao processo diagnóstico e à apropriação desses indicadores pelas equipes dos serviços (profissionais, membros do GEL e gestão), para definição da linha de base e metas. A essas referências locais são adicionadas informações sobre as realidades dos demais serviços e os parâmetros nacionais e/ou internacionais, quando cabe.

Quanto os indicadores do Projeto, a coordenação disponibilizou as tabelas de indicadores associados aos seus componentes organizativos: atenção (e eventos-sentinela selecionados), ensino/formação e gestão (ANEXO B). Outro material disponibilizado foi o “Relatório executivo mensal”, composto por indicadores de ações estruturantes do Projeto, indicadores de implementação de ações consideradas estratégicas e indicadores de cobertura de ações assistenciais e eventos-sentinela selecionados (ANEXO D).

Esses indicadores contemplam tanto os objetivos finalísticos do Projeto quanto os indicadores avaliativos, envolvendo resultados a serem alcançados de acordo com os componentes. A demarcação de cada indicador e as metas a eles associadas foram construídas a partir dos diagnósticos iniciais e linhas de base de cada um dos 97 hospitais (IFF FIOCRUZ, [s.d.], 2019a).

Informalmente foram disponibilizadas à pesquisadora as fichas técnicas dos indicadores associados ao componente “atenção”, que apresenta, quanto aos indicadores desse componente: definição, método de cálculo, fonte de verificação sugerida, período de avaliação, parâmetros para guiar a performance do serviço, sua interpretação e limites.

A coordenação do Projeto ApiceOn disponibilizou parcialmente os materiais requeridos pela pesquisadora, mas considerando que as especificações do material acima descrito também tenham sido definidas para os demais componentes e o corpo de materiais analisados na pesquisa documental, nos parece que há clareza em relação aos indicadores que foram monitorados ao longo da vigência do Projeto ApiceOn e que as metas propostas foram fruto da discussão coletiva dos atores envolvidos. Essa discussão considerou as especificidades das unidades hospitalares, a linha de base desses indicadores por serviço e as recomendações técnicas associadas.

Ressaltamos que a estratégia adotada no Projeto ApiceOn, de acompanhamento avaliativo, permite a construção contínua de oportunidades de reflexão, co-

responsabilização e alinhamento de processos de trabalho no próprio fazer do trabalho. Dessa forma, o processo de construção, disparado, já é um resultado positivo.

À medida que esse processo ocorre nas unidades envolvidas no Projeto, simultaneamente os atores institucionais acompanham o movimento local, articulados, favorecendo e monitorando a implementação do Projeto ApiceOn a nível local, regional e nacional. O processo de acompanhamento avaliativo é contínuo e através do apoio institucional as propostas são discutidas nos diferentes espaços propostos.

Entretanto, supomos que alguns desafios tenham comparecido no Projeto ApiceOn, de forma similar ao registrado na Avaliação da Atenção ao Parto e Nascimento nas Maternidades da Rede Cegonha (VILELA et al., 2021), como a prática insuficiente de monitoramento e avaliação nas maternidades e a ausência de sistemas nacionais de informação capazes de registrar as ações de cuidado obstétrico e neonatal.

Semelhante ao constatado no estudo supracitado, o monitoramento dos indicadores do ApiceOn pode apresentar dificuldades relacionadas ao registro e à mensuração de processos de trabalho e arranjos de gestão por meio de instrumentos estruturados quantitativamente. Outros limites metodológicos podem ser observados, como as análises subjetivas em questões avaliadas, todavia o presente EA não é capaz de dimensionar nem analisar esses aspectos, pelas limitações do trabalho, mas consideramos útil pontuar como desafios, notadamente menores do que a potência de iniciativas como essas no fomento de propostas avaliativas no dia a dia dos serviços de saúde.

### 7.3 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E METAS DO PROGRAMA

O Projeto ApiceOn visa aprimorar o modelo de assistência e as práticas de cuidado às mulheres e bebês nos hospitais de ensino, através da qualificação dos processos de atenção, gestão e formação, com foco nos processos envolvidos no parto, nascimento e abortamento, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos (BRASIL, 2017).

As metas do projeto são pactuadas de acordo com as realidades locais dos serviços. A partir do diagnóstico inicial são elaborados o plano operativo anual (POA) e os planos de ação (PA), tendo como referência a linha de base da unidade e os parâmetros a respeito daquele indicador.

Como resultados esperados, temos o fortalecimento dos espaços coletivos locais (gestão compartilhada); desenvolvimento das ações propostas; incorporação das ferramentas e práticas de planejamento, monitoramento e avaliação no dia a dia dos

serviços; aprimoramento da atenção à saúde da mulher, realizadas por um coletivo multidisciplinar; inserção das enfermeiras nos centros obstétricos; aprimoramento das atividades de assistência, gestão, ensino e pesquisa; oferta de serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual e de aborto legal; melhora dos indicadores em saúde; melhora da satisfação dos usuários; equipes mais motivadas e com ampliação da capacidade de reflexão e ação; e produção e atualização de conhecimento.

#### 7.4 DESENVOLVIMENTO DO MODELO LÓGICO E VALIDAÇÃO COM OS *STAKEHOLDERS*

Para a construção do modelo lógico, foram utilizadas as informações colhidas na análise documental e as respostas aos questionários.

Na primeira etapa da coleta de informações junto aos atores-chave, foi elaborado um formulário online, na plataforma Google Forms (APÊNDICE A) e posteriormente foi elaborado um segundo questionário, na mesma plataforma, para validação do modelo lógico e estruturação das perguntas avaliativas (APÊNDICE B).

A partir das informações consolidadas, desenvolvemos as matrizes que haviam sido propostas no desenho metodológico.

A matriz de caracterização dos problemas que subsidiaram o Projeto ApiceOn (matriz 6) aponta o problema que a intervenção (o Projeto) visa atacar, elencando as causas e as consequências relacionadas. Esses fatores foram sistematizados por áreas de sentido, visto que diversas assertivas foram similares nas respostas aos questionários.

As respostas relacionadas às causas contemplaram aspectos formativos, relações profissionais, questões socioculturais, aspectos financeiros (como o subfinanciamento do SUS), interesses corporativos e descontinuidade nas políticas públicas.

As assertivas referentes às consequências elencaram diversas práticas assistenciais em desacordo com as evidências científicas e assistência humanizada na atenção ao parto e abortamento (cesáreas e medicações desnecessárias, violência obstétrica, falta de acesso ao planejamento familiar e abortamento legal, entre outros), resistência dos profissionais à mudança de práticas e à participação da mulher e de outros profissionais no processo de parto, falta de comunicação entre os serviços e gestão centralizada, entre outros.

Tabela 6 – Matriz de caracterização dos problemas que subsidiaram o Projeto ApiceOn.

<b>Matriz de caracterização dos problemas que subsidiaram o Projeto ApiceOn</b>	
<b>Problema: Problemas no cenário social e epidemiológico-sanitário relacionado à atenção obstétrica e neonatal no Brasil, associados à mortalidade materna, mortalidade neonatal, planejamento reprodutivo, modelo de assistência obstétrica, violência sexual e atenção humanizada ao abortamento.</b>	
<b>CAUSAS</b>	<b>CONSEQUÊNCIAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carência de incentivo a práticas que fortaleçam os direitos e o protagonismo da mulher no processo de parto;</li> <li>• O processo de formação é médico-centrado;</li> <li>• Dificuldade de integração de conteúdos e reflexões em temáticas abrangentes da saúde coletiva;</li> <li>• Carência de capacitação em gestão em saúde na formação dos profissionais, a qual se restringe à relação saúde/doença e aos aspectos assistenciais;</li> <li>• A ponte entre evidências científicas/políticas públicas e a prática e o cotidiano dos serviços ainda está em construção;</li> <li>• Baixo investimento na qualificação dos profissionais quanto às evidências científicas;</li> <li>• Machismo e o patriarcado estruturantes, que, em essência, negam e desconsideram necessidades das mulheres;</li> <li>• Subfinanciamento do SUS;</li> <li>• Falta de apoio da gestão para que os</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesáreas desnecessárias;</li> <li>• Medicalização desnecessária;</li> <li>• Violência obstétrica;</li> <li>• Não priorização dos direitos dos usuários (mulher e seus familiares);</li> <li>• Indicadores perinatais com resultados ruins e alta morbimortalidade materna e neonatal;</li> <li>• Gravidez indesejada;</li> <li>• Insatisfação das mulheres em relação ao parto;</li> <li>• Dificil acesso ao planejamento familiar no SUS;</li> <li>• Falta de humanização da equipe para atender as mulheres em situações de abortamento;</li> <li>• Dificuldade do acesso das mulheres vítimas de violência sexual ao abortamento legal;</li> <li>• Baixa qualificação das práticas de cuidado às mulheres e bebês;</li> <li>• Práticas assistenciais não embasadas em evidências científicas;</li> <li>• Falta de integração e atualização dos conteúdos do ensino em obstetria e neonatologia nas ações assistenciais;</li> <li>• Resistência dos profissionais de saúde às propostas de aprimoramento da atenção e de integração ensino e pesquisa;</li> <li>• Modelo de assistência obstétrica centrado no profissional médico;</li> <li>• Dificuldade de implantação e desenvolvimento de ações multidisciplinares;</li> <li>• Relações profissionais assimétricas e hierarquizadas;</li> <li>• Dificuldade de inclusão dos usuários nos mecanismos de gestão;</li> <li>• Insatisfação dos trabalhadores em relação ao seu trabalho;</li> <li>• Pouca participação dos profissionais de saúde e do ensino nos mecanismos de gestão da atenção à saúde da mulher;</li> <li>• Falta de comunicação entre os serviços de saúde.</li> </ul>

Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela nº 7 propõe a descrição do Projeto ApiceOn, considerando os objetivos, público-alvo, resultados esperados, recursos envolvidos, operações estabelecidas, ações propostas e produtos decorrentes.

Por tratar-se de um projeto complexo e pelo desdobramento de cada um desses organizadores ter gerado uma compilação de diversos itens, foi necessário dividir a matriz em duas partes, a primeira contemplando objetivos, público-alvo, resultados esperados e uma outra matriz, contemplando os demais itens.

Observamos similaridade entre os achados desse processo de consulta aos *stakeholders* e o modelo lógico inicial, exploratório, desenvolvido no início do desenho do presente EA, o que nos chama a atenção em relação ao que foi conceitualmente proposto no Projeto e o que foi desenvolvido. Entretanto, algumas ênfases interessantes surgiram na escuta dos *stakeholders*, como as questões associadas à atuação da enfermagem obstétrica, questões formativas possibilitadas através das trocas e das possibilidades de articulação e capacitação entre serviços e à relevância das contribuições da ouvidoria dos serviços na identificação das impressões das mulheres atendidas nas unidades, bem como de seus acompanhantes.

Tabela 7 – Matriz para descrição do Projeto ApiceOn (parte 1).

Matriz para descrição do Projeto ApiceOn
<p><b>Objetivo:</b> Aprimorar o modelo de assistência e as práticas de cuidado às mulheres e bebês nos hospitais de ensino, através da qualificação dos processos de atenção, gestão e formação, com foco nos processos envolvidos no parto, nascimento e abortamento, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos.</p>
<p><b>Público-alvo:</b> Equipes multiprofissionais das áreas de obstetrícia e neonatologia dos hospitais de ensino, preceptores, residentes, alunos e gestores. Foram selecionados 97 hospitais com atividades de ensino, considerando os hospitais universitários certificados como de ensino pelo MS e unidades auxiliares de ensino, distribuídos nas 27 unidades federadas e ainda que realizaram mais de 1.000 partos em 2015, conforme o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e haviam aderido à Rede Cegonha com recebimento de incentivos financeiros de custeio.</p>
<p><b>Resultados esperados:</b> Fortalecimento dos espaços coletivos locais (gestão compartilhada); desenvolvimento das ações propostas; incorporação das ferramentas e práticas de planejamento, monitoramento e avaliação no dia-a-dia dos serviços; aprimoramento da atenção à saúde da mulher, realizadas por um coletivo multidisciplinar; Inserção das enfermeiras nos centros obstétricos; aprimoramento das atividades de assistência, gestão, ensino e pesquisa; oferta de serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual e de aborto legal; melhora dos indicadores em saúde; melhora da satisfação dos usuários; equipes mais motivadas e com ampliação da capacidade de reflexão e ação; produção e atualização de conhecimento.</p>

Tabela 7 – Matriz para descrição do Projeto ApiceOn (parte 2 - continuação).

Matriz para descrição do Projeto ApiceOn (continuação)			
Recursos	Operações	Ações	Produtos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Grupo executivo do Ministério da Saúde</li> <li>Comitê de acompanhamento e mobilização</li> <li>Pactuações institucionais</li> <li>Instituição executora (UFMG)</li> <li>Diretrizes do Projeto</li> <li>Eixos de operacionalização do ensino/formação, atenção e gestão</li> <li>Plataforma virtual de interação</li> <li>Supervisores regionais e mediadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planejamento das ações de rotina, desde a mobilização da gestão local do SUS à definição dos pontos de atenção</li> <li>Composição do Grupo Estratégico Local (GEL) em cada instituição</li> <li>Serviço de ouvidoria ativo</li> <li>Definição de indicadores</li> <li>Modelo de monitoramento dos indicadores que norteiam a avaliação das ações implementadas e definição de matrizes de planejamento e monitoramento</li> <li>Acompanhamento avaliativo</li> <li>Ações de formação, atenção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integração dos preceptores e alunos com os profissionais da assistência e da gestão</li> <li>Apoio institucional a grupos estratégicos locais formados por equipe multiprofissional do hospital e representantes da gestão do hospital e da gestão do SUS local</li> <li>Elaboração coletiva de um diagnóstico da situação inicial, acerca das temáticas do projeto discussão dos problemas identificados</li> <li>Elaboração de um plano operativo anual (POA)</li> <li>Elaboração de Plano de ação</li> <li>Preenchimento dos instrumentos avaliativos e de planejamento, monitoramento e avaliação pelos integrantes do GEL</li> <li>Divulgação e análise dos indicadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniões periódicas do GEL</li> <li>Integração cuidado ensino e gestão</li> <li>Demandas de ouvidoria discutidas e subsidiando decisões</li> <li>Diagnóstico situacional</li> <li>POA elaborado</li> <li>Plano de ação elaborado coletivamente, demarcando compromissos e ações concretas, responsáveis</li> <li>Instrumentos avaliativos e de planejamento e monitoramento preenchidos regularmente, para acompanhamento permanente e contínuo</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Organização de reuniões, seminários locais e macrorregionais</li> <li>Apoio matricial e troca de experiências entre as instituições participantes do projeto</li> <li>Adoção, pelos hospitais, de boas práticas de atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas e em direitos</li> <li>Realização de oficinas com a equipe da coordenação, supervisão e mediação</li> <li>Preenchimento mensal do diário de campo pelas mediadoras e produção de relatórios mensais por região</li> <li>Realização de oficinas de supervisão e mediação</li> <li>Realização de reuniões, seminários locais e macrorregionais realizados</li> <li>Realização de atividades, registro, acompanhamento dos instrumentos avaliativos e apoio matricial na plataforma digital</li> </ul>	

Fonte: Elaborada pela autora.





A partir desses achados, sugerimos que a dificuldade disparadora da intervenção corresponde a problemas no cenário social e epidemiológico-sanitário relacionados à atenção obstétrica e neonatal no Brasil, associados à mortalidade materna, mortalidade neonatal, planejamento reprodutivo, modelo de assistência obstétrica, violência sexual e atenção humanizada ao abortamento.

As causas desse problema, mais citadas pelos respondentes foram: o status atual do processo de construção da ponte entre as evidências científicas/políticas públicas e a prática e o cotidiano dos serviços (4); baixo investimento na qualificação dos profissionais quanto às evidências científicas (4); falta de apoio da gestão para que os processos de trabalho sejam modificados e implantados com sucesso (3); interesses corporativos e resistências à mudança de hábitos de assistência e cuidado (3); e machismo e o patriarcado estruturantes, que, em essência, negam e desconsideram necessidades das mulheres (3).

As consequências apontadas com maior frequência dizem respeito à baixa qualificação das práticas de cuidado às mulheres e bebês (7); indicadores perinatais com resultados ruins e alta morbimortalidade materna e neonatal (7); violência obstétrica (7); falta de integração e atualização dos conteúdos do ensino em obstetrícia e neonatologia nas ações assistenciais (6); modelo de assistência obstétrica centrado no profissional médico (5); gravidez indesejada (5); falta de priorização dos direitos dos usuários (mulher e seus familiares) (4); insatisfação das mulheres em relação ao parto (4); difícil acesso ao planejamento familiar no SUS (4); dificuldade do acesso das mulheres vítimas de violência sexual ao abortamento legal (4); dificuldade de implantação e desenvolvimento de ações multidisciplinares (4); falta de humanização da equipe para atender as mulheres em situações de abortamento (3); relações profissionais assimétricas e hierarquizadas (3); dificuldade de inclusão dos usuários nos mecanismos de gestão (3); pouca participação dos profissionais de saúde e do ensino nos mecanismos de gestão da atenção à saúde da mulher (3); cesáreas desnecessárias (3).

Nessa exploração conceitual, o objetivo geral proposto é o aprimoramento do modelo de assistência e das práticas de cuidado às mulheres e bebês nos hospitais de ensino, através da qualificação dos processos de atenção, gestão e formação, com foco nos processos envolvidos no parto, nascimento e abortamento, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos.

O público-alvo do Projeto ApiceOn foi definido como equipes multiprofissionais das áreas de obstetrícia e neonatologia dos hospitais de ensino (preceptores, residentes, alunos e gestores), distribuídos nas 27 unidades federadas do Brasil. Os hospitais



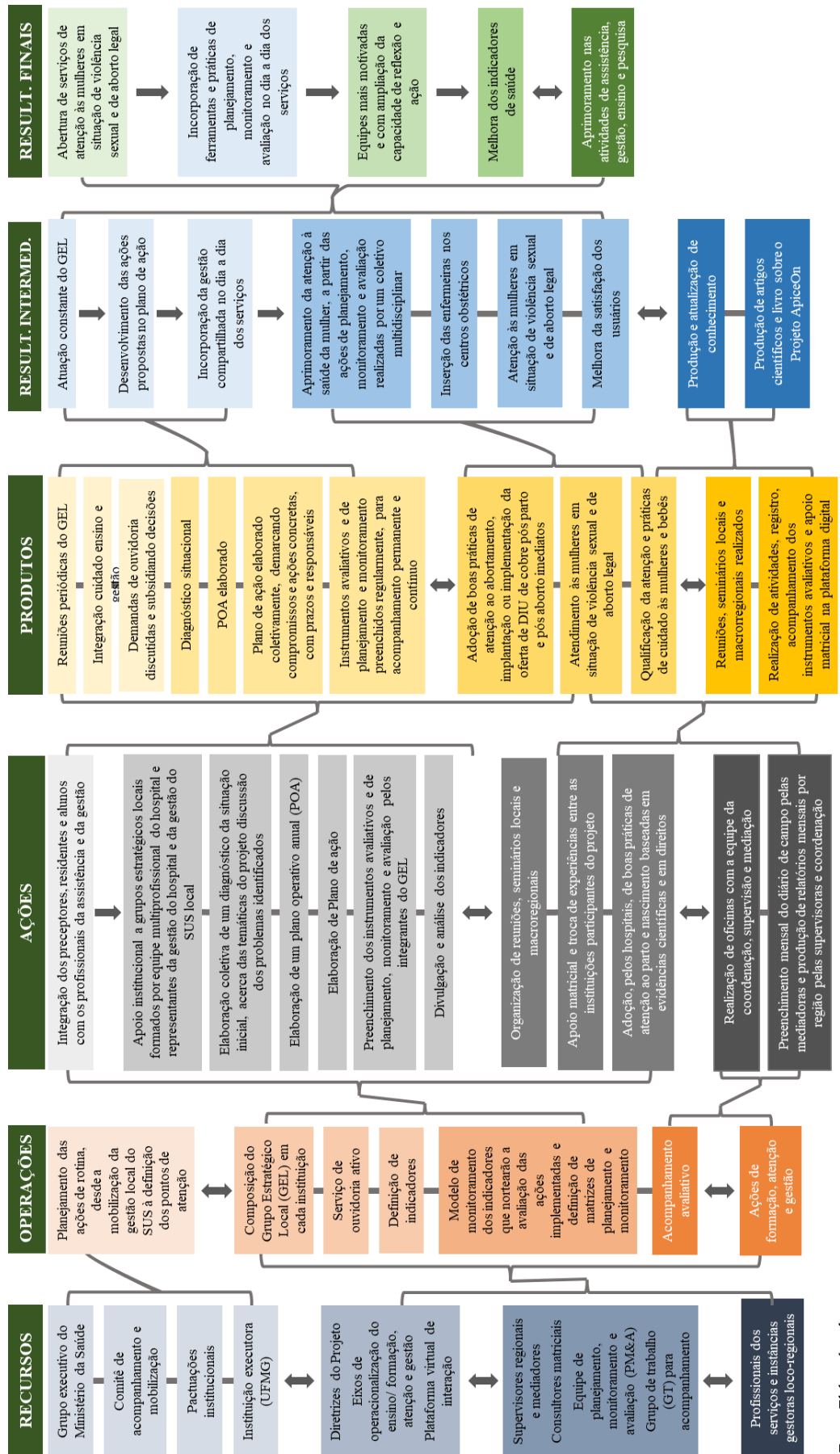
participantes foram os que realizaram mais de 1.000 partos em 2015, conforme o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e haviam aderido à Rede Cegonha com recebimento de incentivos financeiros de custeio. Os beneficiários do Projeto contemplam mulheres, crianças e famílias, equipes, preceptores, residentes, alunos e gestores das unidades. Para dimensionar a quantidade de pessoas envolvidas, consideramos que os hospitais participantes eram, em 2017, responsáveis por cerca de 20% de todos os partos realizados no SUS, atendendo em torno de 360 mil mulheres/ano.

Baseados nas informações consolidadas pelos instrumentos elencados anteriormente, elaboramos uma segunda versão de Modelo Lógico. Essa versão foi disponibilizada aos participantes da pesquisa, com a solicitação de validação, conforme formulário de entrevista apensado a esse EA (APÊNDICE B). As sugestões propostas pelos *stakeholders* foram incorporadas ao modelo lógico final, por terem sido consideradas pertinentes e de acordo com os fatores discutidos ao longo da implantação do Projeto, como sugerem os registros, as publicações e as percepções dos atores estratégicos.

Em tempo, ressaltamos que, pelas limitações do estudo, essa versão final não foi validada coletivamente após esses ajustes.

Observamos no Modelo Lógico final, inserido abaixo, a sistematização dos fluxos, o encadeamento entre os diversos processos envolvidos, a vinculação entre os participantes e as diferentes dimensões contempladas no Projeto ApiceOn:

Figura 11 – Modelo lógico do Projeto ApiceOn – versão validada pelos stakeholders.



Fonte: Elaborada pela autora.

Uma reflexão interessante acerca da análise do modelo lógico do Projeto diz respeito às considerações sobre os fatores relevantes de contexto, que podem influenciar os resultados.

Considerando os fatores de contexto que foram descritos pelos participantes como facilitadores e dificultadores para a condução e desempenho do Projeto, quanto ao atingimento dos resultados esperados, são relevantes os seguintes aspectos:

Tabela 8 – Matriz de fatores relevantes de contexto

<b>Matriz de fatores relevantes de contexto</b>	
<b>CONTEXTO FAVORÁVEL</b>	<b>CONTEXTO DESFAVORÁVEL</b>
Institucionalização da Rede Cegonha como uma das redes temáticas prioritárias; QualiNEO; histórico de conquistas relacionadas aos direitos reprodutivos femininos e saúde da mulher e desenvolvimento de estudos sobre práticas de cuidado e atenção obstétrica e neonatal baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização	Mudanças frequentes na gestão (em todos os níveis), com consequente risco de descontinuidade das ações e planos; resistência dos serviços em relação a alguns temas do projeto, especialmente quanto à entrada de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e inserção de DIU, além de quanto ao aborto previsto em lei; impacto da pandemia COVID-19 sobre as equipes e propostas; dificuldade de produção e acompanhamento dos instrumentos avaliativos (PM&A)

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à Matriz 8, ressaltamos que os respondentes à pesquisa apontaram apenas fatores de contexto desfavoráveis nas suas respostas às questões “Quais fatores de contexto que podem afetar o desempenho do Projeto ApiceOn?” e “Que tipo de alterações o Projeto pode sofrer por conta de mudanças de contexto?”.

As informações referentes aos fatores de contexto favoráveis foram levantadas a partir das informações da pesquisa documental e das respostas à questão “Existem outras iniciativas, projetos e programas (federais, estaduais, municipais, privados ou de ONGs) que atuam sobre as causas desse(s) problema(s)?”.

Isso nos chama a atenção sobre a ênfase na percepção dos participantes acerca das dificuldades de contexto enfrentadas nos serviços durante a implementação do Projeto ApiceOn, ainda que diversas iniciativas na área da saúde da mulher e propostas convergentes tenham potencial de interferir favoravelmente na implementação do Projeto.

Apareceu nas respostas aos questionários a interferência dos fatores de contexto locais e nacionais sobre a realidade do Projeto. As mudanças de contexto local, como a alteração frequente nas equipes e, em especial, dos componentes do GEL, podem desmobilizar os atores envolvidos nos processos de trabalho, como sugeridos por alguns

*stakeholders*. As resistências dos profissionais em relação à incorporação de propostas assistenciais inovadoras, dificuldades em relação à atenção ao abortamento (inclusive os casos previstos em lei) e o enfrentamento à pandemia COVID-19 também foram mencionados.

Em relação à pandemia COVID-19, não podemos deixar de mencionar as diversas implicações que a doença causou na assistência às gestantes e bebês. Segundo publicação no site do Projeto ApiceOn (FIOCRUZ, E. [s.d.], 2021a), os hospitais integrantes do Projeto ApiceON se organizaram para o combate ao vírus através de orientações e protocolos construídos de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, envolvendo novos fluxos de atendimento às pacientes obstétricas, separando as sintomáticas das assintomáticas; novas rotinas para acompanhantes e visitação; criação de centros de atendimento especial para pacientes com COVID-19; elaboração de cartilhas e treinamentos para utilização de EPI (Equipamento de Proteção Individual); elaboração de novas condutas para a assistência obstétrica e para assistência ao recém-nascido; e formação de comitês para gestão da crise; atendimentos mediados por tecnologia.

Dessa forma, os cuidados no enfrentamento à pandemia de COVID-19 mobilizaram diversos atores envolvidos na prevenção de agravos e segurança de profissionais, mulheres, recém-nascidos e suas famílias.

No Distrito Federal, o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) foi definido como referência distrital para atendimento e internação de gestantes com COVID-19, atendendo por um longo período apenas os casos com esse diagnóstico.

Infelizmente o cenário pandêmico trouxe uma realidade diferente da que havia sido imaginada na proposição do Projeto, comprometendo algumas das práticas em implementação e dificultando as atividades coletivas que foram propostas no seu desenho, entretanto possibilitou a união de esforços para discutir as possibilidades de enfrentamento à pandemia, encorajando e capacitando as equipes dos serviços.

Ainda na vertente dos aspectos de contexto, o monitoramento dos indicadores propostos pelo Projeto não privilegia apenas os dados primários, visto que considera informações provenientes de instrumentos desenvolvidos localmente. Isso convida os atores a se apropriarem dos processos, produzirem estratégias de monitoramento viáveis e específicas à utilidade da unidade, porém, por outro lado, isso pode ser um fator dificultador. Uma das entrevistadas pontuou essa questão, ao mencionar a “dificuldade de produção e acompanhamento dos instrumentos avaliativos - PMA” como um fator desfavorável de contexto.

A resistência dos serviços quanto à inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e inserção de DIU é um achado importante, visto que estudos sugerem diversos benefícios advindos da atuação dessas profissionais nos cuidados às gestantes.

Recente relatório da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em conjunto com a OMS e a Confederação Internacional de Parteiros (ICM), sobre a situação mundial da obstetrícia, concluiu que as parteiras (enfermeiras/os obstétricas/os e obstetrizes) podem exercer cerca de 90% dos cuidados essenciais para mulheres e recém-nascidos:

Parteiras totalmente treinadas, licenciadas e integradas, com o apoio de equipes interdisciplinares e um ambiente propício, podem fornecer cerca de 90% das intervenções essenciais de Saúde Sexual, Reprodutiva, Materna, Neonatal e Adolescente (SRMNAH) ao longo da vida, mas representam menos de 10% da força de trabalho global de SRMNAH. (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS et al., 2021)

Essas profissionais podem também contribuir para a redução, em cerca de dois terços, das mortes maternas, neonatais e de bebês natimortos, permitindo que 4,3 milhões de vidas sejam salvas anualmente até 2035 (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS et al., 2021). Dessa forma, é estratégica a inserção dessas profissionais nos serviços de atenção à saúde sexual, reprodutiva, materna e neonatal (SANFELICE et al., 2020).

Foi observado que o modelo de atendimento ofertado pelas enfermeiras obstétricas é caracterizado por menos intervenções, maior adesão às práticas recomendadas e baseadas em evidências científicas, a partir da fisiologia do parto e da priorização do cuidado como elemento principal do atendimento ofertado. Existe um ambiente favorável entre as enfermeiras obstétricas e a mulher/família, com interações mais horizontais, com respeito, igualdade e afeto (SANFELICE et al., 2020).

Em maternidades com assistência ao parto oferecida por enfermeiras o partograma é mais utilizado e ocorrem menos ocitocina, litotomia, episiotomia e cirurgias cesarianas. Quando as enfermeiras obstétricas estão inseridas na assistência aos partos vaginais, essas experiências têm se mostrado bem-sucedidas, oportunizando às mulheres partos mais fisiológicos e respeitosos (GAMA et al., 2021).

As evidências indicam que investir em parteiras (enfermeiras/os obstétricas/os e obstetrizes) facilita experiências positivas de parto, melhora os resultados de saúde, aumenta a oferta da força de trabalho, favorece o crescimento inclusivo e equitativo, facilita a estabilização econômica, podendo inclusive ter um impacto macroeconômico positivo (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS et al., 2021, p. 7).

Uma consideração interessante do relato de experiência elaborado por Sanfelice et al. (2020) diz respeito a como a troca de experiências entre os serviços e o compartilhamento de boas práticas podem ter efeitos renovadores. A autora questiona a formação nos programas de residência tradicionais transmitirem a cultura de ensino do uso não informado e não consentido dos corpos das pacientes para o treinamento de habilidades cirúrgicas dos alunos, não reconhecendo as violações de direitos e promovendo um ensino de habilidades desalinhado da transmissão de valores e garantia de direito das usuárias. Ao mesmo tempo, sugere que os serviços de saúde podem disponibilizar cuidados maternos respeitosos, humanizados, com a promoção do ensino de habilidades em sintonia com valores, ética e garantia de direitos.

O investimento na enfermagem obstétrica é capaz de gerar efeitos em outras categorias profissionais, como entre os médicos obstetras. Avaliação conduzida em 2017, em 606 maternidades do SUS com adesão à Rede Cegonha, demonstrou avanços das boas práticas exercidas pelos profissionais médicos em relação a estudo semelhante, conduzido entre 2011/2012 (GAMA et al., 2021).

## 7.5 DEFINIÇÃO DAS PERGUNTAS AVALIATIVAS QUE DIRECIONEM O FOCO DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE

Entre as sete respondentes que participaram da primeira etapa da pesquisa, cinco colaboraram também da segunda etapa, que teve como objetivo a validação do modelo lógico e a elaboração das perguntas avaliativas.

Como mencionado anteriormente, essa segunda etapa necessitou ser ajustada, devido à indisponibilidade dos potenciais participantes em relação à oficina de validação que havia sido desenhada inicialmente. Por conta desse fator limitante, reduzimos o escopo da proposta, de forma a viabilizar a realização dessa etapa.

A entrevista ocorreu na modalidade virtual e os participantes puderam colaborar na revisão do modelo lógico do Projeto e sugerir as perguntas avaliativas que considerassem relevantes (APÊNDICE B).

As proposições das participantes, na perspectiva de avaliação do Projeto, foram sistematizadas e agrupadas abaixo:

Tabela 9 – Perguntas avaliativas sugeridas pelos *stakeholders*.

<b>Perguntas acerca dos fatores de contexto na implementação do Projeto ApiceOn</b>
Quais foram as potencialidades e fragilidades na implantação e execução do projeto? Como incluir os movimentos do trabalho de campo (potencialidades e fragilidades) neste modelo lógico? Qual a percepção do serviço do que foi possível ser estruturado a partir das indicações do projeto e que ainda se sustentam?
<b>Perguntas acerca dos resultados do Projeto ApiceOn</b>
O hospital conseguiu alterar/implantar as boas práticas de atenção às mulheres no parto? Quais? Os indicadores seguiram melhorando?
<b>Perguntas acerca dos efeitos do Projeto ApiceOn nos processos de trabalho</b>
É possível desenvolver uma análise atual da atuação dos GELs de cada instituição após o término do projeto? O projeto conseguiu fomentar espaços coletivos plurais de discussão sobre formação-atenção e gestão sustentáveis? Os indicadores elencados no projeto continuam sendo discutidos coletivamente de forma sistemática? Há alguma avaliação sobre o impacto do projeto e a continuidade (sustentação) das ações implementadas pelas SES? As instituições que participaram do projeto continuam acompanhando os indicadores?

Fonte: Elaborado pela autora.

Ressalvamos que, pelas limitações da pesquisa, o universo de participantes considerados no presente Estudo de Avaliabilidade foi pequeno. A partir da análise das perguntas avaliativas propostas, consideramos que para essa clientela do Projeto ApiceOn, uma proposta avaliativa interessante seria uma **avaliação de implantação** do Projeto, ao constatar as perguntas propostas que se referiram aos aspectos dos processos desenvolvidos, dos resultados encontrados e da influência do contexto, o qual demos destaque neste estudo de avaliabilidade. Além dessa questão de avaliação, outro interesse expresso foi quanto à sustentabilidade do Projeto.

Essa constatação considerou que o foco das perguntas esteve na efetividade do Projeto nos serviços nos quais foi implantado e na ênfase apontada nos fatores de contexto sobre a efetividade do Projeto:

A análise de implantação consiste em estudar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante sua implantação. Tem por objetivo apreciar o modo como, em um contexto particular, uma intervenção provoca mudanças (...)

A análise de implantação tem por objetivo delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção. (ROUSSELLE et al., 2011, p. 217)

As avaliações de implantação estão atentas à compreensão de como as intervenções ocorreram e à explicitação dos seus processos causais. A estruturação da proposta de avaliação varia de acordo com as características da intervenção e o que se deseja avaliar (ROUSSELLE et al., 2011).

No caso específico, sugerimos que a avaliação de implementação seja direcionada à análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos esperados, que visa explicar as variações dos efeitos observados após a introdução da intervenção (ROUSSELLE et al., 2011, p. 229). É particularmente interessante na análise e nas avaliações de intervenções que propõem mudanças robustas (que é o caso do Projeto ApiceOn), e nos parece adequada à realidade manifestada pelas respondentes, atentas aos efeitos desfavoráveis de contexto, contemplando considerações sobre as mudanças na gestão, as resistências dos serviços em relação às práticas sugeridas, a mobilização das equipes no enfrentamento à pandemia COVID-19 e seus impactos nos processos de trabalho.

Esse tipo de análise é sensível às dinâmicas internas das intervenções e a análise dessa influência pode possibilitar a identificação de fatores de contexto que maximizem o atingimento do potencial da intervenção, além de contemplar as relações entre contextos, as diferenças na implantação e os efeitos produzidos (ROUSSELLE et al., 2011).

Potencialmente, esse tipo de avaliação permite a identificação dos principais desafios que devem ser considerados para reduzir o fracasso das intervenções que visam mudanças e nos parece uma escolha acertada para esse caso.

A recente avaliação das maternidades da Rede Cegonha optou por avaliar o grau de implantação das ações nos serviços (BITTENCOURT et al., [s.d.], 2021) e, devido à correspondência entre os pressupostos da Rede Cegonha com o Projeto ApiceOn, inclusive em relação à composição dos participantes, uma experiência pode inspirar a outra, reconhecendo, ambas, que:

O papel da avaliação vem ao encontro das responsabilidades com o fazer saúde com equidade, integralidade e efetividade, constituindo parte importante de implantação de práticas de atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas, com observância aos modelos de atenção, gestão e de ensino, dimensões inseparáveis na produção de um cuidado produtor de saúde e de sujeitos. (BITTENCOURT et al., [s.d.], p. 819, 2021)

## 7.6 ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO CONCLUSIVO, INCLUINDO AS RECOMENDAÇÕES E LIÇÕES APRENDIDAS.

Essa etapa está sendo elaborada. Após a conclusão e defesa da dissertação o relatório será consolidado para entrega à coordenação do ApiceOn e às participantes da pesquisa.



## 8 CONCLUSÃO

O presente estudo de avaliabilidade teve como intervenção e objeto de análise o Projeto ApiceOn. O Projeto tem como objetivo promover o aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia em 97 hospitais de ensino, universitários e/ou que atuam como unidade auxiliar de ensino no âmbito da Rede Cegonha, que recebam incentivos de custeio e que atendam ao critério de terem realizado mais de 1.000 partos no ano de 2015. Esses hospitais, em 2017, foram responsáveis por cerca de 20% de todos os partos ocorridos no SUS, atendendo cerca de 360 mil mulheres/ano.

O Projeto ApiceOn é fundamentado nos pressupostos da Política Nacional de Humanização – PNH, que propõe a indissociabilidade entre gestão, assistência e formação/ensino. Com isso, estimula o fortalecimento dos espaços colegiados dos serviços, através da corresponsabilização dos mais diversos atores envolvidos, com pactuação de compromissos. O foco da intervenção não está apenas nos resultados, mas também nos processos de trabalho, privilegiando o protagonismo e a autonomia dos sujeitos (SANTOS FILHO, 2020).

No campo assistencial, busca a qualificação em atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal, contemplando também ações voltadas aos campos de gestão e ensino.

Contandriopoulos (2006) sugere que o grande desafio de uma avaliação seja incorporar em suas estratégias as diferentes expectativas e interesses dos atores envolvidos na avaliação e, assim, fornecer aos avaliadores elementos importantes e representativos para um julgamento equilibrado. Este estudo de avaliabilidade envolveu *stakeholders* mapeados a partir da estrutura organizacional do Projeto ApiceOn, indicados pela sua coordenação como atores estratégicos.

Foram selecionados inicialmente 21 participantes, dos quais sete efetivamente responderam à primeira etapa da pesquisa e, dentre esses sete participantes, cinco participaram da segunda etapa da pesquisa. Com isso, tivemos a participação de representantes com diversas funções no Projeto: coordenação geral, supervisão, mediação e apoios técnicos da SES/DF.

Em consideração a isso, apontamos algumas limitações do EA, que dizem respeito a contemplar um número pequeno de atores estratégicos e a não envolver profissionais das unidades hospitalares, representantes do GEL, assistência e gestão, nem gestantes e seus

familiares, atendidos nos serviços participantes do Projeto. Além disso, a participação de profissionais das secretarias estaduais de saúde esteve restrita aos da SES/DF, visto que o EA foi desenvolvido no Distrito Federal.

A partir do estudo de avaliabilidade do ApiceOn pode-se concluir que o Projeto ApiceOn propõe fomentar nos serviços a incorporação de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação, com a participação dos mais diferentes atores, envolvendo também, sinergicamente, os demais serviços participantes e toda a equipe vinculada ao Projeto. Essa convergência de esforços, calcada nos pressupostos da PNH é uma potente ferramenta disparadora de construções coletivas, reflexões, pactuações de compromissos, engajamento e sensibilização para a mudança.

O Projeto ApiceOn é uma intervenção complexa, porém envolve tecnologias leves, relacionadas às formas de cuidar, ensinar e gerenciar nas unidades. Os seus indicadores levam em consideração a realidade dos serviços e os parâmetros nacionais e/ou internacionais, quando cabe. Através do apoio institucional e das ferramentas de acompanhamento avaliativo, as equipes são empoderadas a olhar para os seus serviços, diagnosticar as fragilidades e as potencialidades, definir metas, planejar as ações para melhorias, monitorar os planos de ação propostos e avaliar os processos envolvidos, paralelamente a diversos e potentes investimentos teóricos, técnicos e intervenções entre serviços, com efeitos nas práticas assistenciais, formativas e de gestão.

A composição dos indicadores monitorados no Projeto compreende tanto indicadores qualitativos quanto quantitativos e os instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação elencados são interligados e convergem para uma proposta que alinha as dimensões de avaliação, formação e intervenção, em coerência com o arcabouço teórico do Projeto ApiceOn.

Identificamos que, por mais cuidadosa que tenha sido a estruturação do Projeto ApiceOn, a sua implementação não foi imune às dificuldades decorrentes de algumas situações de contexto, como a alta rotatividade de profissionais nas maternidades e nos cargos de gestão, que demandam contínuas atividades de sensibilização e capacitação. Essa situação nos chama a atenção quanto à importância da formação continuada e da institucionalização de processos de trabalho que incorporem espaços coletivos de gestão compartilhada no dia a dia das unidades e atenção multi e interdisciplinar.

Outro contexto desafiador, citado por respondente, foi o de enfrentamento à pandemia COVID-19. As práticas relacionadas à assistência às gestantes com COVID-19, seus bebês e acompanhantes demandaram das maternidades a reformulação de algumas das

práticas que vinham sendo fomentadas, visando a segurança dos diversos atores envolvidos. Se por um lado a pandemia demandou revisão de propostas e práticas sugeridas inicialmente, podendo causar piora nos resultados daqueles indicadores, por outro lado a existência do Projeto pode ter sido potencializador da construção de assistência, ensino e gestão alinhados às evidências científicas, beneficiando a construção de estratégias de enfrentamento à pandemia. O presente trabalho não permite o aprofundamento dessa análise, mas sugerimos que seja objeto posterior de estudo, pela grande relevância da compreensão do impacto da pandemia sobre os cuidados em saúde, desenvolvimento científico e gestão, em todos os níveis.

Em sua concepção, o Projeto ApiceOn envolve temas sensíveis, não circunscritos apenas à saúde, pois incita reflexões acerca do lugar social da mulher, questões de gênero, questões culturais e a defesa dos direitos da mulher sobre o próprio corpo e sobre as suas escolhas. Em um país machista como o Brasil, a defesa da garantia dos direitos básicos das mulheres ainda gera polêmicas, impondo que essas pautas sejam permanentemente problematizadas, revisitadas, rediscutidas, em especial quanto aos direitos sexuais das mulheres e ao acesso a meios seguros de abortamento, até mesmo nos casos previstos em lei.

Estudos sugerem que a inserção da enfermagem obstétrica nos serviços de saúde possibilita a ampliação da assistência às gestantes e a qualificação desses processos de cuidado possibilita avanços na aquisição de habilidades práticas e segurança técnica, mas ainda é incipiente, tanto por questões formativas quanto, em especial, pelas resistências ao trabalho interdisciplinar e à inserção de outros protagonistas na cena de parto. A assistência da enfermagem obstétrica é caracterizada por contemplar menos intervenções e maior adesão às práticas recomendadas e baseadas em evidências científicas, a partir da fisiologia do parto e da priorização do cuidado como elemento principal do atendimento ofertado (SANFELICE et al., 2020), sendo um assunto ainda demandante de investimentos

Assim, o Projeto ApiceOn nos faz refletir sobre a possibilidade dos serviços de saúde disponibilizarem cuidados maternos respeitosos, humanizados, ensino de habilidades em sintonia com valores, ética e garantia de direitos e gestão compartilhada, além de espaços permanentemente abertos para a comunicação com os usuários atendidos nos serviços, que permitam a avaliação dos cuidados oferecidos e a participação dessas pessoas nos processos desenvolvidos nas unidades. Das mais variadas formas, o Projeto ApiceOn fomenta a produção de sujeitos participativos, com valorização da autonomia e protagonismo, solidariamente corresponsáveis uns com os outros.

No presente EA, a análise das perguntas avaliativas propostas pelos *stakeholders* nos levou a propor uma avaliação de implementação do Projeto. Essa sugestão está alinhada à proposta avaliativa desenvolvida em 2017, de Avaliação da Rede Cegonha, que objetivou avaliar o grau de implantação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas do Brasil (FIOCRUZ, [s.d.], 2021).

Esse tipo de avaliação é sensível às dinâmicas internas das intervenções e a análise dessa influência possibilita a identificação de fatores de contexto que maximizem o atingimento do potencial da intervenção, além das relações de contexto, as diferenças na implantação e os efeitos produzidos (ROUSSELLE et al., 2011).

Se possível, dispor de atenção especial sobre os fatores de contexto e seus efeitos na implementação do Projeto ApiceOn e seus resultados nos parece uma estratégia promissora.

Acreditamos que o processo de análise da avaliabilidade das intervenções propostas nas políticas públicas seja estratégico para a produção de informações úteis e subsidie julgamentos necessários para as instâncias decisórias mobilizarem esforços, visando o retorno dos investimentos e contribuindo para a melhoria da assistência obstétrica e neonatal nas maternidades públicas do Brasil, além de favorecer o fortalecimento do SUS, local, regional e nacionalmente.

## REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Ciência & Saúde Coletiva. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csc/i/2021.v26n3/>>. Acesso em: 2 nov. 2021.
- BARATIERI, T. et al. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 120, p. 240–255, mar. 2019.
- BITTENCOURT, S. D. DE A. et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. [s.d.], 2021.
- BOURGUIGNON, A. M.; GRISOTTI, M. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. *Saúde e Sociedade*, v. 27, p. 1230–1245, dez. 2018.
- BRASIL, M. DA S. 1ª edição da Revista ApiceON. 1ª edição ed. Brasília/DF: [s.n.], 2017.
- BRASIL, M. DA S. Especialização Multiprofissional em Atenção Básica. Epidemiologia - 2ª edição - Eixo I - Reconhecimento da Realidade. Disponível em: <[https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33455/mod\\_resource/content/1/un2/top1\\_1.html](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33455/mod_resource/content/1/un2/top1_1.html)>. Acesso em: 13 jun. 2020a.
- BRASIL. M. DA S. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=469145&indexSearch=ID>>. Acesso em: 07 nov. 2021b
- BRASIL, M. DA S. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/smp/smprasredeprioritaria>>. Acesso em: 2 nov. 2021c.
- BRASIL, M. DA S. Saúde da mulher. Sobre a área. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/sobre-a-area>>. Acesso em: 1 nov. 2021d.
- CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. DOS S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. suppl 1, p. e00188718, 2020.
- CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. <http://www.ipea.gov.br>, set. 2010.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 705–711, set. 2006.
- COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1073–1083, ago. 2009.
- ESHER, A. et al. Logic models from an evaluability assessment of pharmaceutical services for people living with HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4833–4844, dez. 2011.

ESHER, Â. et al. Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 203–214, jan. 2012.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. Como elaborar Modelo Lógico de Programa : um roteiro básico. <http://www.ipea.gov.br>, fev. 2007.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: O modelo lógico do programa segundo tempo, 2009. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1369.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1369.pdf).

FIOCRUZ, E. Avaliação da Rede Cegonha. *Nascer no Brasil*, [s.d.]. Disponível em: [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us\\_portfolio=rede-cegonha](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=rede-cegonha). Acesso em: 28 out. 2021.

FIOCRUZ, E. ApiceOn - Hospitais ApiceON se organizam no combate ao COVID-19. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/hospitais-apiceon-se-organizam-no-combate-ao-covid-19/>. Acesso em: 2 nov. 2021a.

FIOCRUZ, E. *Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático da Pesquisa*, [s.d.]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2020b.

FIOCRUZ, E. *Nascer no Brasil 2 Nascer no Brasil*, [s.d.]. Disponível em: [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us\\_portfolio=nascer-no-brasil-2](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil-2). Acesso em: 28 out. 2021c.

IFF FIOCRUZ. Atenção ao recém-nascido. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-ao-recem-nascido/>. Acesso em: 18 out. 2021.

IFF FIOCRUZ. O Projeto. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>. Acesso em: 15 dez. 2019a.

IFF FIOCRUZ. Principais Questões sobre a Classificação de Robson em Obstetrícia. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-a-classificacao-de-robson-em-obstetricia/>. Acesso em: 9 out. 2020b.

IFF FIOCRUZ. ApiceOn - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/planejamento-monitoramento-avaliacao/>. Acesso em: 24 out. 2021c.

IFF FIOCRUZ. Caderno do curso de aprimoramento em enfermagem obstétrica: qualificação para o trabalho em equipe no cuidado ao parto e nascimento. , [s.d.]. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/wp-content/uploads/2019/04/caderno\\_Curso\\_Aprimoramento\\_Enfermeiras\\_Obst%C3%A9tricas.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/wp-content/uploads/2019/04/caderno_Curso_Aprimoramento_Enfermeiras_Obst%C3%A9tricas.pdf). Acesso em: 27 out. 2021d.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado - Módulo 1: histórico e im-

plementação / Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS et al. Relatório Situação Mundial da Obstetrícia. p. 80, 2021.

GAMA, S. G. N. DA et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 919–929, mar. 2021.

GDF. Secretaria de Estado de Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica no DF, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2019/07/Linha-de-Cuidado-versao-preliminar-consulta-publica-.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2020

GDF. Secretaria de Estado de Saúde. Linha de Cuidado versao preliminar consulta publica., [s.d.]. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2019/07/Linha-de-Cuidado-versao-preliminar-consulta-publica-.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2020<sup>a</sup>

KATZ, L. et al. Quem tem medo da violência obstétrica? *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 20, p. 623–626, 5 ago. 2020.

KLAUS, M.; KENNEL, J. Pais/Bebê: a formação do apego. [s.l.] Artes Médicas, 1993.

LEAL, M. DO C. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 5, 10 maio 2018.

LEAL, N. P. et al. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 941–950, mar. 2021.

LEVITON, L. C. et al. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. *Annual Review of Public Health*, v. 31, n. 1, p. 213–233, 1 mar. 2010.

MENDES, Y. M. M. B. E; RATTNER, D. Structure and practices in hospitals of the Apice ON Project: a baseline study. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 23, 6 fev. 2020.

NICIDA, L. R. DE A. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, n. 4, p. 1147–1154, dez. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, 2014. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3)>. Acesso em: 30 jan. 2022

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. suppl 1, p. S25–S32, 1998.

PAVAN, C.; TRAJANO, A. R. C. Apoio institucional e a experiência da Política Nacional de Humanização (PNH) na Freguesia do Ó, Brasília, São Paulo, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. suppl 1, p. 1027–1040, dez. 2014.

- ROUSSELLE, A. et al. Avaliação: conceitos e métodos. 22.ed. ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2011.
- SAMICO, I. et al. (EDS.). Avaliação em saúde: Bases Conceituais e Operacionais. [s.l.] MedBook, 2010.
- SANFELICE, C. F. DE O. et al. Curso de aprimoramento para enfermeiras obstétricas do Projeto ApiceOn: relato de experiência. Esc. Anna Nery Rev. Enferm, n. 24 (2) 2020, p. 1–7, [s.d.].
- SANTOS FILHO, S. B. Pesquisa em Humanização: articulações metodológicas com o campo da Avaliação. Saúde Transform. Soc., Florianópolis , v. 5, n. 2, p. 01-10, nov. 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-70852014000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000200002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 07 nov. 2021.
- SANTOS FILHO, S. B. Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. 2ª edição revisada ed. [s.l.] Editora Unijui, 2020.
- SOUZA, E. C. DE; GUIMARÃES, J. M. X.; SILVA, M. R. F. DA. ESTUDOS DE AVALIABILIDADE DE POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA. SANARE - Revista de Políticas Públicas, v. 16, n. 2, 2017.
- SOUZA, K. V. DE; SANTOS FILHO, S. B. (EDS.). Educação profissional em saúde: metodologia e experiências de formação-intervenção-avaliação. 1ª edição ed. [s.l.] Moriá Editora, 2020.
- VILELA, L. F. (ED.). Caminhos para uma convivência saudável na perspectiva da saúde. 2ª edição ed. Brasília/DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009.
- VILELA, M. E. DE A. et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. Ciência & Saúde Coletiva, 3. v. 26, 2021.
- ZANARDO, G. L. DE P. et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. Psicologia & Sociedade, v. 29, n. 0, 2017.
- ZANELLO, V. (ORG ); PORTO, M. (ORG ). Aborto e (não) desejo de maternidade(s) : questões para a psicologia. 2016.



## APÊNDICE A – ENTREVISTA INICIAL

24/10/2021 19:42

Entrevista - Estudo de Avaliabilidade do Projeto ApiceOn

### Entrevista - Estudo de Avaliabilidade do Projeto ApiceOn

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa ESTUDO DE AVALIABILIDADE DO PROJETO APICE ON, desenvolvido por Christiane Kanzler Barbosa Nunes, discente do Mestrado Profissional Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação das Professoras Dra. Ana Cláudia Figueiró e Dra. Kátia Crestine Poças.

O objetivo central do estudo é “Desenvolver estudo de avaliabilidade do Projeto ApiceOn como ferramenta para o aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia em hospitais com atividades de ensino”.

O convite à sua participação se deve à sua função estratégica no Projeto. A sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar a sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir a sua participação, ou desistir da mesma. A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar o seu consentimento, sem qualquer prejuízo.

Serão tomadas as seguintes medidas para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: 1) Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa; 2) Apenas a pesquisadora do projeto, que se comprometeu com o dever de sigilo e confidencialidade, terá acesso aos seus dados e não fará uso destas informações para outras finalidades.

A sua participação consistirá em responder a um questionário de entrevista à pesquisadora do projeto e, posteriormente, participar de uma entrevista online, em grupo, gravada. O processo de pesquisa em ambientes virtuais estará em consonância com as orientações e os normativos vigentes, aos quais os comitês de ética envolvidos respondem.

O questionário poderá ser acessado previamente através do link:

[https://drive.google.com/file/d/12TKU87\\_ADZmhi6HrjOEFbcyvnkYpA8sF/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/12TKU87_ADZmhi6HrjOEFbcyvnkYpA8sF/view?usp=sharing).

Solicitamos que antes de responder ao questionário, você acesse o glossário dos termos utilizados, disponibilizados no link:

<https://drive.google.com/file/d/1hvzCFJR49ygGlgGeF1ldcBITK5R-Fij/view?usp=sharing>, bem como leia, na íntegra, o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido referente a essa pesquisa, disponível no link [https://drive.google.com/file/d/1llbhzo-ktdyghO1\\_ZjnYrMNF-uCA5y\\_3/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1llbhzo-ktdyghO1_ZjnYrMNF-uCA5y_3/view?usp=sharing).

Ressaltamos que cópia do seu questionário respondido será automaticamente enviado o e-mail informado, após o preenchimento.

<https://docs.google.com/forms/d/1by7CUjEsAHOTXgxsGf4UCRk7MrfHLm1cdP4QsdIUec/edit>

1/7

24/10/2021 19:42

Entrevista - Estudo de Avaliabilidade do Projeto ApiceOn

**\*Obrigatório**

1. E-mail \*

---

2. Declaro que li o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa intitulada "ESTUDO DE AVALIABILIDADE DO PROJETO APICE ON", entendi os objetivos e as condições de minha participação e concordo em colaborar:

*Marcar apenas uma oval.*

 Não Sim

Identificação do (a) entrevistado (a):

3. Nome:

---

4. Função no Projeto ApiceOn:

*Marcar apenas uma oval.*

 Coordenador (a) Geral Supervisor (a) Mediador (a) Integrante da equipe de Planejamento, Monitoramento e Avaliação Apoio técnico ARAS/SAIS/SES Outro

24/10/2021 19:42

Entrevista - Estudo de Avaliabilidade do Projeto ApiceOn

5. Tipo de vínculo profissional com o Projeto:

---

---

---

---

---

Identificação do problema objeto do ApiceOn

6. Qual (is) o (s) problema (s) que o Projeto ApiceOn se propõe a enfrentar?

---

---

---

---

---

7. Quais as principais consequências do (s) problema (s) mencionados anteriormente?

---

---

---

---

---

8. Por que esse (s) problema (s) existe(m)? Quais as causas mais importantes desse (s) problema (s)?

---

---

---

---

---

24/10/2021 19:42

Entrevista - Estudo de Avaliabilidade do Projeto ApiceOn

9. Existem outras iniciativas, projetos e programas (federais, estaduais, municipais, privados ou de ONGs) que atuam sobre as causas desse (s) problema (s)? Se sim, quais?

---

---

---

---

---

Descrição do ApiceOn

10. Qual o objetivo do Projeto ApiceOn?

---

---

---

---

---

11. Qual o público-alvo do Projeto ApiceOn? (qualificar e quantificar)

---

---

---

---

---

12. Quantos são os beneficiários do Projeto ApiceOn? Qual a taxa de cobertura?

---

---

---

---

---

24/10/2021 19:42

Entrevista - Estudo de Avaliabilidade do Projeto ApiceOn

13. Quais são as operações que compõem o Projeto ApiceOn?

---

---

---

---

---

14. Quais ações compõem as operações? Qual a finalidade de cada ação?

---

---

---

---

---

15. Quais os produtos previstos para cada ação?

---

---

---

---

---

16. Como será organizada a coordenação das operações?

---

---

---

---

---

Resultados esperados no Projeto ApiceOn

<https://docs.google.com/forms/d/1by7CUJEsAHOTXgxsGf4UCRk7MrfHLm1cdP4QsdlUec/edit>

5/7

24/10/2021 19:42

Entrevista - Estudo de Avaliabilidade do Projeto ApiceOn

17. Quais são os resultados esperados? (informar tanto os resultados intermediários quanto os finais)

---

---

---

---

---

18. Quais os resultados que se pretende alcançar no período de vigência do Projeto? E após a sua vigência?

---

---

---

---

---

19. Como as ações e os produtos do Projeto contribuem para alcançar os resultados? Justifique cada uma delas.

---

---

---

---

---

Análise do Contexto

<https://docs.google.com/forms/d/1by7CUJEsAHOTXgxsGf4UCRk7MrfHLm1cdP4QsdIUec/edit>

6/7

24/10/2021 19:42

Entrevista - Estudo de Avaliabilidade do Projeto ApiceOn

20. Quais fatores de contexto que podem afetar o desempenho do Projeto ApiceOn?

---

---

---

---

---

21. Que tipo de alterações o Projeto pode sofrer por conta de mudanças de contexto?

---

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

## APÊNDICE B – ENTREVISTA FINAL

24/10/2021 19:43

Estudo de Avaliabilidade do Projeto ApiceOn

# Estudo de Avaliabilidade do Projeto ApiceOn

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da segunda etapa da pesquisa ESTUDO DE AVALIABILIDADE DO PROJETO APICE ON, desenvolvido por Christiane Kanzler Barbosa Nunes, discente do Mestrado Profissional Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação das Professoras Dra. Ana Cláudia Figueiró, Dra. Marcela Alves de Abreu e Dra. Kátia Crestine Poças.

Como informado na primeira entrevista, o objetivo central desse estudo é “Desenvolver estudo de avaliabilidade do Projeto ApiceOn como ferramenta para o aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia em hospitais com atividades de ensino”.

Essa segunda (e última) etapa de entrevistas com os atores-chave do Projeto visa validar o modelo lógico elaborado a partir da análise documental e das respostas obtidas no questionário anterior, bem como definir as perguntas avaliativas.

O convite à sua participação se deve à sua função estratégica no Projeto e à sua participação na etapa anterior da pesquisa. A sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar a sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado (a) de nenhuma maneira caso decida não consentir a sua participação, ou desistir da mesma. A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar o seu consentimento, sem qualquer prejuízo.

Serão tomadas as seguintes medidas para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: 1) Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa; 2) Apenas a pesquisadora do projeto, que se comprometeu com o dever de sigilo e confidencialidade, terá acesso aos seus dados e não fará uso destas informações para outras finalidades.

Inicialmente havia sido planejada a realização de uma oficina online, em grupo. Porém, devido à dificuldade em conciliar as agendas, alteramos o formato dessa segunda etapa para um questionário breve, que levará cerca de 15 minutos para ser respondido.

O processo de pesquisa em ambientes virtuais está em consonância com as orientações e os normativos vigentes, aos quais os comitês de ética envolvidos respondem.

Ressaltamos que cópia do seu questionário respondido será automaticamente enviado o e-mail informado, após o preenchimento.

Caso tenha interesse em reler o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido referente a essa pesquisa, basta acessá-lo no link [https://drive.google.com/file/d/1llbhz0-tdygh01\\_ZjnYrMNF-uCA5y\\_3/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1llbhz0-tdygh01_ZjnYrMNF-uCA5y_3/view?usp=sharing).

<https://docs.google.com/forms/d/1B314HyTSXj1Fy1E3TbydGBjvVSEg8UY7uzc9TC91DA/edit>

1/6



24/10/2021 19:43

Estudo de Avaliabilidade do Projeto ApiceOn

Solicito a gentileza de responder ao presente questionário até o dia 24/10/2021.

---

**\*Obrigatório**

1. E-mail \*

---

2. Declaro que li o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa intitulada "ESTUDO DE AVALIABILIDADE DO PROJETO APICE ON", entendi os objetivos e as condições de minha participação e concordo em colaborar:

*Marcar apenas uma oval.*

Não

Sim

Identificação do (a) entrevistado (a):

3. Nome:

---

4. Função no Projeto ApiceOn:

*Marcar apenas uma oval.*

Coordenador (a) Geral

Supervisor (a)

Mediador (a)

Integrante da equipe de Planejamento, Monitoramento e Avaliação

Apoio técnico ARAS/SAIS/SES

Outro

<https://docs.google.com/forms/d/1B314HyTSXj1Fy1E3TbydGBijvVSEg8UY7uzc9TC91DA/edit>

2/6

5. Tipo de vínculo profissional com o Projeto:

---



---



---

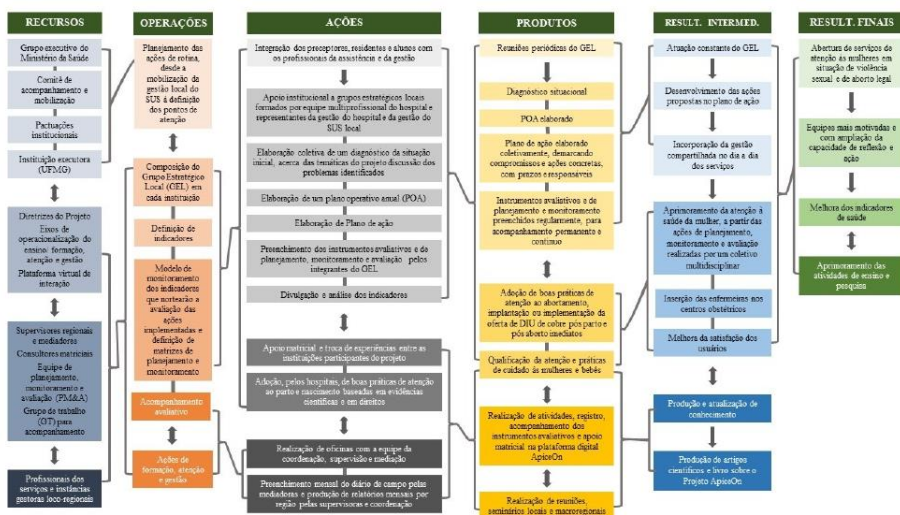


---

Validação do Modelo lógico (ML) do Projeto ApiceOn

Caso a visualização não esteja boa, o Modelo Lógico objeto das questões seguintes está disponível em <https://drive.google.com/file/d/1TPutVMU2gOzKxfr80JFvrZg0Mg-jrTdy/view?usp=sharing>

Modelo lógico (ML) do Projeto ApiceOn



24/10/2021 19:43

Estudo de Avaliabilidade do Projeto ApiceOn

6. O desenho do ML a partir dos componentes “recursos, operações, ações, produtos, resultados intermediários e resultados finais” descreve adequadamente o Projeto ApiceOn? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Não sei

7. Caso tenha respondido “não” à pergunta anterior, justifique:

---

---

---

---

---

8. Os itens descritos em cada componente do ML atendem ao proposto no Projeto? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Não sei

9. Caso tenha respondido “não” à pergunta anterior, justifique:

---

---

---

---

---

<https://docs.google.com/forms/d/1B314HyTSXj1Fy1E3TbydGBijvVSEg8UY7uzc9TC91DA/edit>

4/6

24/10/2021 19:43

Estudo de Avaliabilidade do Projeto ApiceOn

10. O encadeamento dos componentes do ML (se-então) está consistentemente apresentado? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Não sei

11. Caso tenha respondido “não” à pergunta anterior, justifique:

---

---

---

---

---

12. O conjunto das operações/ações informado é considerado necessário e suficiente para o alcance dos objetivo proposto no Projeto? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Não sei

13. Caso tenha respondido “não” à pergunta anterior, justifique:

---

---

---

---

---

<https://docs.google.com/forms/d/1B314HyTSXj1Fy1E3TbydGBjvVSEg8UY7uzc9TC91DA/edit>

5/6

24/10/2021 19:43

Estudo de Avaliabilidade do Projeto ApiceOn

14. São observadas eventuais fragilidades das operações/ações para o alcance dos resultados esperados, na forma como o ML foi estruturado? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Não sei

15. Caso tenha respondido "sim" à pergunta anterior, justifique:

---

---

---

---

---

#### Levantamento de perguntas avaliativas sobre o Projeto ApiceOn

16. Quais perguntas para a avaliação do Projeto ApiceOn você proporia? (indique quantas considerar oportunas, por ordem de relevância) \*

---

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

<https://docs.google.com/forms/d/1B314HyTSXj1Fy1E3TbydGBijvVSEg8UY7uzc9TC91DA/edit>

6/6

## APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

### Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Eu, **CHRISTIANE KANZLER BARBOSA NUNES**, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, do **MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**, na área de concentração de **AVALIAÇÃO EM SAÚDE**, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “**ESTUDO DE AVALIABILIDADE DO PROJETO APICEON**”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos **materiais normativos do Projeto ApiceOn; na Matriz diagnóstica básica das unidades e matriz do plano de intervenção; na Matriz de indicadores e fichas de indicadores; nos Relatórios de registro e monitoramento de atividades desenvolvidas; nas Publicações do Projeto ApiceOn e na Plataforma virtual, com os dados dos indicadores**, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos **arquivos e banco de dados**, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem à análise documental e à identificação de informações relevantes para o desenvolvimento do estudo de avaliabilidade do Projeto APICEON, com vistas a identificação dos elementos necessários ao estudo e ao desenvolvimento das questões de avaliação, no período de implementação do Projeto, compreendendo desde o seu planejamento à sua conclusão, sendo que o mesmo teve a vigência entre **agosto/2017 e agosto/2020**.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/ENSP.

Brasília, 16 de fevereiro de 2021.



---

Assinatura da pesquisadora responsável

## APÊNDICE D – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE)



### REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE)

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **ESTUDO DE AVALIABILIDADE DO PROJETO APICE ON**, desenvolvido por **Christiane Kanzler Barbosa Nunes**, discente do **Mestrado Profissional Saúde Pública**, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação das Professoras **Dra. Ana Cláudia Figueiró e Dra. Kátia Crestine Poças**.

O objetivo central do estudo é “Desenvolver estudo de avaliabilidade do Projeto ApiceOn como ferramenta para o aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia em hospitais com atividades de ensino”.

O convite à sua participação se deve à sua função estratégica no Projeto. A sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar a sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir a sua participação, ou desistir da mesma. A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar o seu consentimento, sem qualquer prejuízo.

Serão tomadas as seguintes medidas para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: 1) Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa; 2) Apenas a pesquisadora do projeto, que se comprometeu com o dever de sigilo e confidencialidade, terá acesso aos seus dados e não fará uso destas informações para outras finalidades.

A sua participação consistirá em responder a um questionário de entrevista à pesquisadora do projeto e, posteriormente, participar de uma entrevista online, em grupo, gravada. O processo de pesquisa em ambientes virtuais estará em consonância com as orientações e os normativos vigentes, aos quais os comitês de ética envolvidos respondem.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A participação nessa pesquisa não enseja ressarcimento de despesas, uma vez que não foi prevista a sua necessidade.

Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais.

Os materiais gerados a partir dos questionários e entrevista serão armazenados em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos a pesquisadora e suas orientadoras. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

Página 1 de 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão \_\_\_\_, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_





O benefício direto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é a participação na construção reflexiva no estudo de avaliabilidade do Projeto ApiceOn, estruturação do seu modelo lógico e desenho de suas possibilidades de avaliação e, posteriormente à realização do estudo, o acesso aos resultados e achados.

Esse estudo envolve o risco de identificação indireta, devido ao número restrito de participantes. A pesquisa utilizará plataforma virtual FORMSUS, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), ou plataforma virtual equivalente, e os usuários serão identificados indiretamente, por meio de codificação, com vistas a mitigar o risco de identificação.

Após a finalização do estudo, será ofertada uma apresentação do resultado do trabalho, na modalidade online, para a qual todos os participantes serão convidados. Os participantes receberão também o documento final do presente Estudo de Avaliabilidade, enviado por e-mail, em formato PDF.

Foi estimado em uma hora o tempo envolvido na resposta ao questionário e a entrevista em grupo foi estimada em duas horas de duração.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Tel. do CEP/ENSP: (21) 2598-2863, E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br). Site: <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>.  
Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 -Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210  
Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.  
Contatos do CEP da FEPECS: Tel.: (61) 2017-1145 e E-mail: [cep@fepecs.edu.br](mailto:cep@fepecs.edu.br).  
Contato com a pesquisadora responsável, Christiane Kanzler Barbosa Nunes, mestranda da ENSP/FIOCRUZ: Tel: (61) 98442-9781 - e-mail: [eaapiceon@gmail.com](mailto:eaapiceon@gmail.com).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Christiane Kanzler Barbosa Nunes

- Declaro que entendi os objetivos e as condições de minha participação na pesquisa intitulada "ESTUDO DE AVALIABILIDADE DO PROJETO APICE ON" e concordo em participar.
- Autorizo a gravação da entrevista

Identificação \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ participante:

Página 2 de 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão \_\_\_\_, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

## ANEXO A – ROTEIRO DIAGNÓSTICO

1

### PROJETO APICE ROTEIRO DIAGNÓSTICO

VERSÃO 2 (PÓS-TESTE)

#### 1) NOTA METODOLÓGICA SOBRE A ESTRUTURAÇÃO E USO DO ROTEIRO DIAGNÓSTICO

A proposta deste roteiro é subsidiar o conhecimento da situação atual dos serviços, sendo base para elaboração de planos de ação e monitoramento a partir de metas pactuadas coletivamente. Vislumbra-se, portanto um diagnóstico situacional dinâmico, útil à análise da realidade e diretamente articulado à proposição das mudanças desejadas no Projeto em questão. Também se o considera dinâmico ou processual por se tratar de um diagnóstico a ser retomado ao longo do Projeto, compondo-se e atualizando-se em eixos de indicadores estruturados, quantitativos e também com as múltiplas percepções dos sujeitos envolvidos.

Com esse objetivo, a perspectiva metodológica do diagnóstico envolve dois grandes eixos referenciais:

- a compreensão de sua estrutura, articulando os *âmbitos de informação* essenciais ao conhecimento da realidade e,
- o *modo de construção* diagnóstica, passando pela apropriação coletiva de informações das fontes de dados disponíveis e ampliando as análises com base nas diretrizes indicadas pelo Projeto como essenciais para a qualificação da Atenção, Ensino e Gestão.

A **estrutura mais ampla do diagnóstico** contempla 3 grandes partes complementares:

- **Parte I:** Análise com base em diretrizes e indicadores associados aos componentes do Projeto: Atenção, Ensino/Formação, Gestão. Esta Parte I é a que consta inicialmente deste Roteiro.
- **Parte II:** Linhas de base com eixos de dados procedentes da avaliação recente das maternidades com participação na Rede Cegonha. Estes dados serão disponibilizados em breve em relatório institucional do Ministério da Saúde/MS para os hospitais aderidos ao Projeto, servindo para complementação diagnóstica e construção das linhas de base de interesse dos serviços e MS.
- **Parte III:** Dados procedentes do Relatório da Ouvidoria da Rede Cegonha/MS, também a serem disponibilizados pelo Ministério da Saúde para os hospitais aderidos ao Projeto.

A **construção coletiva** do diagnóstico implica a valorização dos seguintes âmbitos:

- Protagonismo do Grupo Estratégico Local do Hospital (GEL) na apropriação das informações disponíveis e condução das análises. Indica-se, portanto, que o GEL seja o responsável direto pelo diagnóstico e análises partindo das informações disponíveis e cruzando-se com suas percepções sobre os processos e resultados do trabalho.
- Construção de uma agenda de discussões de finalização do diagnóstico, envolvendo GEL (e equipes das maternidades) e colaboradores do Projeto, articulando todos os tipos de informações e garantindo a produção de debates capazes de gerar consensos sobre os estágios atuais dos serviços, suas prioridades e metas de melhorias. Neste contexto, definir as linhas de base representativas dos estágios atuais e perspectivadas nas mudanças desejadas.

#### 1.2) SOBRE A PARTE I DO DIAGNÓSTICO

A Parte I do Diagnóstico está estruturada com as seguintes categorias avaliativas:

- **Diretrizes:** equivale aos eixos de qualificação da atenção, ensino e gestão enfatizados pelo Projeto.
- **Dimensões** em cada eixo: equivale ao âmbito ou dimensão avaliativa.

- **Itens avaliativos** associados às dimensões, demarcando os elementos/situações que as caracterizam, servindo como “padrões” para nortear a análise.
- **Classificação da situação atual:** escala avaliativa que permite a demarcação coletiva do estágio do serviço, em análises comparadas aos padrões. A escala inicialmente não pressupõe um tratamento quantitativo dos resultados; sua principal finalidade é induzir análises qualitativas, cruzando-se as percepções dos envolvidos e a busca de consensos acerca da classificação que melhor caracteriza a situação atual naqueles itens avaliados. Para contribuir na “escolha coletiva” da pontuação que melhor caracteriza o estágio atual, tomar também como base os indicadores que vêm associados ao final de cada componente (mencionados adiante).
- **Observações relativas à situação atual:** campo aberto para complementos avaliativos acerca dos itens/dimensão, incluindo a referência a eventos críticos.
- **Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:** campo aberto para demarcação das iniciativas já em andamento, associadas à variável.
- **Indicadores** – acerca dos indicadores, considerar:
  - Trata-se de conjuntos de indicadores inseridos ao final de cada componente (ressaltando que por enquanto os indicadores ora aparecem já na “estrutura definitiva de um indicador”, ora como “variável de interesse” ainda para ser melhor estruturada como indicador, a partir dos testes que serão realizados).
  - São indicadores estratégicos previstos pelo Projeto para serem pactuados interinstitucionalmente, servindo ao acompanhamento das mudanças programadas (indicadores para monitorar o desempenho ao longo do Projeto). Nesta parte diagnóstica (Parte I), os indicadores acompanham as diretrizes/itens para ajudar a classificar os estágios atuais dos serviços, portanto postos para estimular o GEL a buscar conhecer esses indicadores em seu próprio serviço e serem “olhados” apenas em termos de percepções dos envolvidos, não tendo a perspectiva de serem “verificados e julgados” em comparação a parâmetros.
  - Os indicadores devem referir-se ao último ano ou considerar o período disponível.
  - Como mencionado anteriormente, O GEL é a instância formalmente responsável pela condução do diagnóstico e a parte referente aos indicadores pode ter como fonte os sistemas de informação disponíveis e também levantamentos de dados locais (sob responsabilidade do GEL).

### 1.3) SOBRE O PLANO DE ANÁLISE DO DIAGNÓSTICO

Apresenta-se aqui apenas um arcabouço geral da proposta de tratamento das informações diagnósticas, ainda por ser melhor definida e pactuada, articulando-se os seguintes passos:

- Da **Parte I**, as classificações em cada item/dimensões/diretrizes devem gerar somatórios, inclusive fazendo-se as ponderações consideradas pertinentes. As informações descritivas dos campos abertos serão articuladas a essas classificações.
- Das **Partes I, II e III**, serão puxados os indicadores “representativos”, que serão objeto especial de verificação quanto aos seus resultados, comparando-se com parâmetros a serem definidos, assim também resultando numa classificação da situação atual comparada aos parâmetros.
- O cruzamento dessas medidas deve resultar em classificações finais, encaixadas a partir de pontos de corte definidos.
- E dessas mensurações devem ser compostos eixos de “situações-linhas de base” demarcando todos os âmbitos indicativos de problemas, necessidades e metas de aprimoramento.

## PARTE I

ANÁLISE COM BASE EM DIRETRIZES E INDICADORES ASSOCIADOS AOS COMPONENTES DO PROJETO:  
ATENÇÃO, ENSINO/FORMAÇÃO E GESTÃO

## Escala avaliativa da situação atual:

- (1) Inexistente, devendo ser implementado
- (2) Incipiente, exigindo muito esforço para aprimorar
- (3) Intermediário, exigindo pouco esforço para aprimorar
- (4) Avançado, não necessitando incluir como prioridade para aprimorar

## COMPONENTE: ATENÇÃO

## DIRETRIZ: Acolhimento

DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	SITUAÇÃO ATUAL
<b>1) Vinculação</b>  Utilização de estratégias de vinculação territorial das gestantes à maternidade de referência para o parto e intercorrências.	1.1) Acolhimento das mulheres gestantes em visita prévia à maternidade de referência para o parto	
	1.2) Transferência segura das mulheres gestantes quando necessário	
	1.3) Estratégias de comunicação com a Atenção Básica (AB) com ênfase em pessoas em situação de vulnerabilidade (adolescentes, usuárias de álcool e outras drogas e/ou em situação de rua, pessoas com deficiência, crianças de risco, indocumentados, pessoas sem endereço fixo, etc)	
	1.3) Alta responsável, compreendida por: relatório de alta, agendamento de consulta, caderneta preenchida e orientações para a mulher e família	

## Observações relativas à situação atual:

## Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:

DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	SITUAÇÃO ATUAL
<b>2) Respeito à diversidade cultural, étnica e racial e populações em situação de vulnerabilidade</b>  Oferta de estratégias compatíveis com necessidades de saúde específicas, hábitos e diversidades étnicas e culturais de mulheres indígenas,	<b>2.1) indígenas:</b> Oferta de ações, recursos, procedimentos, respeitando a cultura indígena: hábitos alimentares, presença de intérprete, instalação de redes, respeito à presença de acompanhantes indígenas, entre outros.	
	<b>2.2) Usuárias de álcool/drogas e/ou em situação de rua:</b> estratégias para propiciar maior agilidade ao acompanhamento da vinculação aos consultórios na rua e aos serviços de assistência social.	
	<b>2.3) Mulheres em privação de liberdade:</b> estratégias de vinculação à maternidade para realização do parto, assegurando direitos como não permitir o uso de algemas durante o trabalho de parto e parto e resguardar/garantir a privacidade com segurança.	

4

quilombolas, ciganas, ribeirinhas, extrativistas, entre outras, de acordo com o perfil populacional do território ao qual o serviço está vinculado.	<b>2.4) Mulheres negras:</b> estratégias de combate ao racismo e redução das desigualdades étnico-raciais na atenção à saúde.	
	<b>2.5) Mulheres quilombolas, ribeirinhas, extrativistas, ciganas, residentes e trabalhadoras na área rural, entre outras:</b> estratégias de fomento ao respeito às necessidades e cultura das populações em questão.	

Observações relativas à situação atual:

Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:

DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	SITUAÇÃO ATUAL
<b>3) Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (A&amp;CR)</b>  Acolhimento em todos os momentos de atenção na maternidade, incluindo a classificação de risco seguindo critérios de priorização do atendimento com base na complexidade das necessidades e demandas.	3.1) Utilização de protocolo específico de A&CR em Obstetrícia, com critérios de classificação, fluxos e rotinas definidos (Por protocolo específico compreender protocolo do Ministério da Saúde* ou alinhado com outros protocolos de referência existentes).	
	3.2) Enfermeiro disponível na maternidade para a classificação de risco 24 horas por dia todos os dias da semana	
	3.3) Atendimento garantido em conformidade com os tempos previstos na classificação de risco	
	3.4) Garantia de articulação da continuidade do cuidado na rede de serviços, a partir da classificação de risco	
	3.5) Monitoramento sistemático dos seguintes indicadores relacionados aos critérios de classificação: tempo médio para classificação de risco, tempo médio para atendimento segundo classificação, % de mulheres segundo classificação, local de origem, por classificação	

(\*) endereço eletrônico do protocolo de A&CR do MS

Observações relativas à situação atual:

Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:

**DIRETRIZ: Boas práticas de atenção**

DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	SITUAÇÃO ATUAL
<b>1) Boas práticas de atenção ao parto e nascimento</b>	1.1 Oferta de dieta leve	
	1.2) Oferta de dieta líquida	
	1.3) Possibilidade de deambulação e livre movimentação durante o trabalho de parto	
	1.4) Oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor	



5

1.5) Possibilidade de acesso a métodos farmacológicos de alívio da dor, após esgotadas as possibilidades de uso de métodos não farmacológicos	
1.6) Liberdade de posição no parto e incentivo às posições verticais	
1.7) Contato pele a pele imediato e contínuo entre mãe e recém-nascido na primeira hora	
1.8) Clampeamento oportuno do cordão umbilical	
1.9) Amamentação na primeira hora de vida	
1.10) Realização das rotinas de cuidados ao recém-nascido saudável somente após a primeira hora de vida	
1.11) Oferta da inserção de DIU com cobre pós parto imediato	
1.12) Presença de acompanhante de livre escolha em tempo integral	
1.13) Garantia de livre acesso aos pais e/ou responsáveis na Unidade Neonatal	
1.14) Partograma completamente preenchido em tempo real	
1.15) Vigilância do terceiro período do parto	

Observações relativas à situação atual:

Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:

DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	SITUAÇÃO ATUAL
2) Intervenções consideradas desnecessárias	2.1) Ocitocina de rotina(*)	
	2.2) Episiotomia de rotina(*)	
	2.3) Amniotomia precoce de rotina em mulheres em trabalho de parto espontâneo(*)	
	2.4) Venóclise de rotina(*)	
	2.5) Aspiração de rotina de vias aéreas superiores do recém-nascido(*)	
	2.6) Manobra de Kristeller(**)	

(\*) Em todos os itens dessa dimensão, alerta-se que o termo "de rotina" refere-se a um uso generalizado de alguma dessas práticas, sem considerar critérios de indicação e as singularidades.

(\*\*) Sobre o Kristeller, considerar que a manobra usual de pressão fúndica é considerada de risco, por isso aqui enfatizando que é contra-indicada pela OMS e Ministério da Saúde do Brasil.

Observações relativas à situação atual:

Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:

DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	SITUAÇÃO ATUAL
3) Inserção de enfermeiras obstétricas ou obstetrias na assistência ao parto e	3.1) Enfermeiras obstétricas ou obstetrias na assistência a partos normais sem distócia, em todos os plantões em todos os dias da semana	
	3.2) Protocolos de fluxo e de cuidado estabelecidos	
	3.3) Equipe de retaguarda disponível para os casos necessários	
	3.4) Realização de admissão e assinatura da AIH-SIH pelas enfermeiras	

6

nascimento.	obstétricas ou obstetrizas	
	3.5) Realização e assinatura de alta hospitalar pelas enfermeiras obstétricas ou obstetrizas em pós-partos normais, sem complicações e/ou intercorrências	

Observações relativas à situação atual:

Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:

DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	SITUAÇÃO ATUAL
4) Boas práticas na atenção ao abortamento  Adoção do conjunto de práticas de atenção às mulheres em situação de abortamento e aborto legal regulamentadas pela Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (MS, 2011)	4.1) Utilização do protocolo de atendimento ao abortamento adotado conforme Norma Técnica (MS, 2011)	
	4.2) Oferta de informações sobre os métodos contraceptivos	
	4.3) Oferta de inserção imediata de DIU com cobre pós abortamento, com orientações para as mulheres que desejem nova gravidez	
	4.4) Garantia de privacidade da mulher durante todo o atendimento (em ambiente separado do puerpério)	
	4.5) Condutas adequadas para esvaziamento uterino, segundo Norma Técnica do MS/2010, com disponibilização da técnica da AMIU (até 12ª IG), técnica de esvaziamento medicamentoso (Misoprostol) ou curetagem de acordo com as indicações.	
	4.6) Realização de interrupção da gestação nos casos previstos por lei.	

Observações relativas à situação atual:

Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:

DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	SITUAÇÃO ATUAL
5) Boas práticas na atenção às mulheres em situação de violência sexual	5.1) Garantia de privacidade da mulher para consulta clínica em local específico	
	5.2) Equipe multiprofissional composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e farmacêuticos	
	5.3) Normativas, protocolos ou fluxos implementados para atendimento às mulheres em situação de violência sexual, contemplando: trabalho em equipe, notificação compulsória em 24 horas, acompanhamento do seguimento ambulatorial, disponibilização de medicações, vacinas e exames	

Observações relativas à situação atual:

7

Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:

**DIRETRIZ: Vigilância às condições de saúde, agravos e eventos-sentinel**

DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	SITUAÇÃO ATUAL
1) Vigilância das indicações de cesáreas	1.1 Utilização de um método de análise das indicações de cesáreas, tomando como base a Classificação de Robson	
	1.2 Utilização de um método de monitoramento das taxas de cesáreas, tomando como base a Classificação de Robson	
	1.3 Plano para redução de cesáreas nos grupos de gestantes para os quais a Classificação de Robson contra-indica sua realização	

Observações relativas à situação atual:

Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:

2) Vigilância da morbimortalidade materna e neonatal	1.1) Existência de Comitê de Investigação aos Óbitos em funcionamento ativo, em conformidade com a portaria ministerial 72/MS/2010	
	1.2) Monitoramento e análise mensal de indicadores de cuidado e de gestão, com discussão periódica dos resultados com as equipes	
	1.3) Monitoramento das situações de <i>NearMiss</i> Materno	
	1.4) Realização de estratégias necessárias para o alcance de parâmetros desejáveis	

Observações relativas à situação atual:

Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:

DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	SITUAÇÃO ATUAL
3) Segurança do Paciente	1.1) Núcleo de Segurança do Paciente vigente na instituição, com efetiva notificação pelos profissionais quanto aos eventos relacionados à assistência ao parto e nascimento	
	1.2) Existência de Lista de Verificação para Partos Seguros implementada no serviço (Lista baseada no Guia de Orientação da OMS)	



8

	1.3) Existência de Programa de melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento, tomando como base as metas internacionais de segurança do paciente (OMS)	
--	---	--

**Observações relativas à situação atual:**

**Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:**

**DIRETRIZ: Ambiência**

DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	SITUAÇÃO ATUAL
<b>1)Ambiência do Centro Obstétrico e Unidade Neonatal</b>  Ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora e resolutiva. Essa compreensão de ambiência é norteada por três eixos principais de concepção de espaço, segundo a PNH/MS (2008): que visa a confortabilidade da equipe e usuários, como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e como articulador de encontros entre os sujeitos. Na obstetrícia esses referenciais traduzem-se, de acordo com a RDC 36/2008, na garantia de privacidade para a mulher e seu acompanhante durante o TP e Parto no mesmo ambiente (quarto PPP), ofertando condições adequadas para as boas práticas, tais como deambulação, liberdade de posição e movimentação e acesso a água morna (chuveiro/banheira). No cuidado neonatal destaca-se o conforto térmico, luminoso e acústico e a garantia de cadeira/poltrona para acompanhante em toda a unidade neonatal.	1.1) Conforto quanto aos insumos e hotelaria básica no momento de internação garantindo condições de repouso, alimentação e higiene.	
	1.2) Privacidade nos espaços e situações de atendimento em todos os momentos de internação, atentando-se para a situação do trabalho de parto e parto (quarto PPP com banheiro)	
	1.3) Área de deambulação para parturientes	
	1.4) Controle de ruído, luminosidade e temperatura na UTIN e UCINCo	
	1.5) Cadeira/poltrona para acompanhante da mulher, acompanhante na UTIN, UCINCo, UCINCa, PParto e Puerpério.	
	1.6) Acessibilidade para mulheres e/ou acompanhantes com deficiência e sinalização e orientação de fluxos internos no atendimento	

**Observações relativas à situação atual:**

**Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:**



VERSÃO PARA TESTE

## INDICADORES ASSOCIADOS AO COMPONENTE ATENÇÃO

INDICADOR	RESULTADO	FONTE DE DADOS
1. Percentual de cesarianas		
2. Taxa de cesarianas - Robson 1 e 3		
3. Taxa de cesarianas – Robson 2 e 4		
4. Percentual de parto instrumentalizado		
5. Tempo médio para classificação de risco em obstetrícia		
6. Tempo médio para atendimento segundo classificação de risco		
7. Percentual de mulheres admitidas com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia que receberam sulfato de magnésio		
8. Percentual de parturientes com dieta livre		
9. Percentual de venóclise no trabalho de parto (TP)		
10. Percentual de amniotomia		
11. Percentual de ocitocina no 1º e 2º períodos do parto		
12. Percentual de parturientes com uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor		
13. Percentual de parturientes com analgesia farmacológica		
14. Percentual de plantões com presença de doulas		
15. Percentual de acompanhante no TP		
16. Percentual de acompanhante no parto		
17. Percentual de acompanhante no alojamento conjunto		
18. Percentual de partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras obstétricas ou obstetrizes		
19. Percentual de partos em posição não litotômica (especificar % por posição – semi sentada(reclinada), cócoras, em pé, de lado, de quatro, de joelhos, outros)		
20. Percentual de mulheres que receberam ocitocina no 3º estágio do parto		
21. Percentual de episiotomia		
22. Percentual de lacerações perineais graves (de 3º e 4º grau)		
23. Percentual de mães e bebês em contato pele a pele		
24. Percentual de mulheres com sinais de sepse que receberam antibiótico à admissão		
25. Percentual de bebês sugando ao peito na primeira hora de vida		
26. Percentual de bebês com clameamento oportuno do cordão		
27. Percentual de recém-nascido com apgar < 7 no 5º minuto		
28. Percentual de mulheres admitidas em trabalho de parto pré-termo que receberam corticoterapia com tempo prévio de 6 horas		
29. Percentual de recém-nascidos com realização do teste do olhinho		
30. Percentual de recém-nascidos com realização do teste da orelhinha		
31. Percentual de recém-nascidos com realização do teste do coraçozinho		
32. Percentual de utilização de AMIU pós-abortamento		
33. Percentual de mulheres com inserção imediata de DIU com Cobre pós-parto		
34. Percentual de mulheres com inserção imediata de DIU		

11

com Cobre pós-aborto		
35. Percentual de recém-nascidos submetidos a ventilação em sala de parto		
36. Percentual de hipotermia à admissão na unidade de neonatologia		

<b>Eventos-sentinelas</b>		
1. Casos de partos realizados com manobra de Kristeller		
2. Casos de histerectomia pós-parto		
3. Casos de puérperas encaminhadas para serviço de maior complexidade		
4. Casos de recém-nascido > 2.500gr encaminhados para UTI (excluídos má formação grave)		
5. Casos de mulheres com transfusão sanguínea no pós-parto		
6. Casos de morte materna		
7. Casos de morte fetal intra-parto		
8. Casos de morte neonatal, excluindo malformações graves		
9. Casos de morte fetal intraparto.		

VERSÃO PARA TESTE

## COMPONENTE: ENSINO/FORMAÇÃO

## DIRETRIZ: Integração ensino e serviço

DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	SITUAÇÃO ATUAL
<b>1) Integração ensino e serviço e educação permanente</b>  Programa de integração ensino e serviço pactuado entre IES e gestores locais, enfatizando a garantia de direitos, boas práticas, autonomia e protagonismo das mulheres, e prevendo ações que permitam o aprendizado colaborativo entre estudantes de diferentes profissões de saúde e articulação para educação permanente em serviço.	1.1) Formalização de programa de integração ensino e serviço, com <b>ações pactuadas</b> de gestão do programa envolvendo atenção e ensino	
	1.2) Formalização de plano de educação permanente contemplando o conjunto dos itens seguintes: programação de agendas com temas relativos ao parto, nascimento, abortamento, planejamento reprodutivo e violência sexual baseados em evidências científicas e garantia de direitos; estratégias de monitoramento do número e categoria dos gestores, profissionais, preceptores e estudantes que participam das ações de qualificação; estratégias de avaliação das transformações na ação diária dos profissionais e estudantes que participam das ações de qualificação	
	1.3) Boas práticas de atenção ao parto e nascimento presentes nos conteúdos dos programas de ensino	
	1.4) Agendas pactuadas para reuniões multiprofissionais de estudos de caso	
	1.5) Oferta de campo de prática para formação de Enfermeiras <b>Obstétricas ou obstetrites</b>	
	1.6) Oferta de atividades formativas aos preceptores com foco nas boas práticas de cuidado às mulheres e ao recém-nascido	
	1.7) Oferta de ações de qualificação com foco em temas relativos ao parto, nascimento, abortamento, planejamento reprodutivo e violência sexual baseados em evidências científicas e garantia de direitos	
	1.8) Oferta de ações de ensino compartilhadas entre os Programas de Residência existente na instituição e/ou na rede de atenção à saúde	

Observações relativas à situação atual:

Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:

DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	SITUAÇÃO ATUAL
<b>2) Pesquisa</b>  Desenvolvimento ou participação em linhas de pesquisa afinadas aos objetos e objetivos do Projeto	1.1) Estruturação de linhas de pesquisa ou participação em <b>linhas existentes na rede de hospitais</b> , abrangendo inovações no ensino e cuidado ao parto e nascimento e com potencial de ampliar e qualificar os campos da gestão e atenção nos temas abrangidos pelo Projeto	
	1.2) Pesquisas (iniciadas, em andamento ou concluídas) abordando objetos afinados ao Projeto, considerados prioritários para a qualificação do cuidado à mulher e ao recém-nascido	

Observações relativas à situação atual:

Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:



VERSÃO PARA TESTE

## INDICADORES ASSOCIADOS AO COMPONENTE ENSINO/FORMAÇÃO

INDICADOR	RESULTADO	FONTE DE DADOS
1. Programa de integração ensino e serviço formalizado por meio de contrato entre as IES, o gestor do sistema de saúde e a direção do hospital		
2. Normativas orientadoras dos programas de ensino do hospital contemplando: princípio da privacidade e confiabilidade, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos e da autonomia e protagonismo das mulheres		
3. Estratégias educacionais elaboradas e publicizadas que permitam o aprendizado colaborativo entre estudantes de diferentes profissões de saúde		
4. Boas práticas de atenção ao parto e nascimento presentes nos conteúdos dos programas de ensino do hospital		
5. Número de reuniões (em período determinado) em equipe envolvendo representantes da gestão, atenção e ensino		
6. Percentual de preceptores que participaram das atividades de atualização em boas práticas de cuidado às mulheres e ao recém-nascido		
7. Número de reuniões de estudo de casos realizadas (em período determinado) de forma multiprofissional		
8. Número de pesquisas em andamento sobre inovações no ensino e no cuidado às mulheres e bebês		

## COMPONENTE: GESTÃO

## DIRETRIZ: Cogestão

DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	SITUAÇÃO ATUAL
<b>1) Gestão participativa e compartilhada</b>  Entende-se por gestão compartilhada a garantia de espaços de ampliação da participação de trabalhadores e usuários, neste caso fortalecendo os mecanismos de democratização da gestão nas maternidades e buscando a corresponsabilização das equipes nas decisões de gestão e na organização dos processos de trabalho.	Existência de colegiado gestor na maternidade	
	Existência de instâncias colegiadas com representação multiprofissional e em funcionamento ativo, com reuniões sistemáticas e acompanhamento das decisões coletivas nas áreas de obstetria e neonatologia	
	Participação de residentes e representantes do setor de ensino nas instâncias colegiadas (colegiados gestores e outras instâncias coletivas)	
	Estratégias de fomento do trabalho em equipe abrangendo: reuniões sistemáticas das equipes multiprofissionais para discussão de processos de trabalho, utilização de prontuário integrado e alta compartilhada	
	Existência de equipes horizontais como estratégia para a continuidade do cuidado	
	Informações visuais fixadas em local público sobre direitos dos usuários e sobre funcionamento dos serviços abrangendo: vinculação do serviço ao SUS, nomes e horários dos trabalhadores em cada período de trabalho	
	Existência de mecanismos de escuta de trabalhadores	
	Existência de mecanismos de escuta de alunos	
	Realização de levantamentos avaliativos de satisfação de trabalhadores	
Realização de levantamentos avaliativos de satisfação de alunos		

Observações relativas à situação atual:

Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:

DIMENSÃO	ITENS AVALIATIVOS	SITUAÇÃO ATUAL
<b>2) Espaços de escuta das usuárias/os, familiares e acompanhantes</b>	Ouvidoria em funcionamento na Maternidade e utilização das informações como subsídio para o planejamento e adequações nos processos de trabalho, com garantia de resposta às usuárias, familiares e/ou acompanhantes	
	Pesquisas de satisfação com usuárias, familiares e/ou acompanhantes	
	Caixas de sugestão e uso das informações para a qualificação dos processos de trabalho	
	Reuniões sistemáticas com acompanhantes e usuárias para escuta cotidiana das questões pertinentes ao atendimento no serviço	



Observações relativas à situação atual:

Inovações e/ou experiências positivas em curso no serviço:

**INDICADORES ASSOCIADOS AO COMPONENTE GESTÃO**

INDICADOR	RESULTADO	FONTE DE DADOS
1. Colegiado gestor da maternidade ou outra instância/mecanismo de gestão compartilhada em funcionamento, com participação de residentes e representantes do setor de ensino, e com registro sistemático das deliberações		
2. Ouvidoria em funcionamento, com relatórios elaborados e discutidos nas instâncias colegiadas		
3. Caixa de sugestões em funcionamento, com publicação das demandas e das respostas aos usuários		
4. Escala de plantão das equipes visível em espaço público		
5. Quadro de indicadores de atenção visível em espaço público e atualizado mensalmente		
6. Equipes de atendimento às mulheres em situação de violência sexual completas e qualificadas		
7. Equipes qualificadas para a interrupção legal da gestação em todos os dias		
8. Percentual de licenças do trabalho		
9. Percentual de absenteísmo de trabalhadores		
10. Mapeamento de casos de adoecimento em trabalhadores (ver indicadores de saúde e doença no trabalho)		

## ANEXO B – MATRIZ DE INDICADORES DOS COMPONENTES ATENÇÃO, ENSINO E GESTÃO

### ATUALIZAÇÃO DOS INDICADORES – Versão 19-09-17

Quadro atualizando indicadores a partir das prioridades da CGSM e do teste do roteiro diagnóstico:

- Em azul: indicadores acrescentados ou ajustados pela CGSM (compondo a matriz que está em processo de conceituação dos indicadores).
- Em verde: complementos de indicadores que a CGSM definiu para prestação de contas mensal da execução do Projeto.
- Em vermelho: mantidos, acrescentados ou ajustados a partir do primeiro teste do roteiro diagnóstico.

#### INDICADORES ASSOCIADOS AO COMPONENTE ATENÇÃO

INDICADOR	RESULTADO	FONTE DE DADOS
1. Percentual de cesarianas		
2. Taxa de cesarianas - Robson 1 e 3		
3. Taxa de cesarianas – Robson 2 e 4		
4. Percentual de parto instrumentalizado		
5. Tempo médio para classificação de risco em obstetrícia		
6. Tempo médio para atendimento segundo classificação de risco		
7. Percentual de mulheres admitidas com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia que receberam sulfato de magnésio		
8. Percentual de parturientes com dieta livre		
9. Percentual de venóclise no trabalho de parto (TP)		
10. Percentual de amniotomia		
11. Percentual de ocitocina no 1º e 2º períodos do parto		
12. Percentual de parturientes com uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor		
13. Percentual de parturientes com analgesia farmacológica		
14. Percentual de plantões com presença de doulas		
15. Percentual de acompanhante no TP		
16. Percentual de acompanhante no parto		
17. Percentual de acompanhante no alojamento conjunto		
18. Percentual de acompanhante do sexo masculino no parto		
19. Percentual de acompanhante do sexo masculino no trabalho de parto		
20. Percentual de acompanhante do sexo masculino no alojamento conjunto		
21. Percentual de partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras obstétricas ou obstetrizes		
22. Percentual de partos em posição não litotômica (especificar % por posição – semi sentada(reclinada), cócoras, em pé, de lado, de quatro, de joelhos, outros)		
23. Percentual de mulheres que receberam ocitocina no 3º estágio do parto		

24. Percentual de episiotomia		
25. Percentual de lacerações perineais graves (de 3º e 4º grau)		
26. Percentual de mães e bebês em contato pele a pele		
27. Percentual de mulheres com sinais de sepse que receberam antibiótico à admissão		
28. Percentual de bebês sugando ao peito na primeira hora de vida		
29. Percentual de bebês com clameamento oportuno do cordão		
30. Percentual de recém-nascido com apgar < 7 no 5º minuto		
31. Percentual de mulheres admitidas em trabalho de parto pré-termo que receberam corticoterapia com tempo prévio de 6 horas		
32. Percentual de recém-nascidos com realização do teste do olhinho		
33. Percentual de recém-nascidos com realização do teste da orelhinha		
34. Percentual de recém-nascidos com realização do teste do coraçãozinho		
35. Percentual de partos/nascimentos realizados com aspiração de vias aéreas e gástrica		
36. Percentual de utilização de aspiração manual intrauterina (AMIU) pós abortamento		
37. Percentual de mulheres com inserção imediata de DIU com Cobre pós-parto		
38. Percentual de mulheres com inserção imediata de DIU com Cobre pós-aborto		
39. Percentual de recém-nascidos submetidos a ventilação em sala de parto		
40. Percentual de hipotermia à admissão na unidade de neonatologia		
41. Serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual em funcionamento		

**Eventos-sentinela**

1. Casos de partos realizados com manobra de Kristeller		
2. Casos de histerectomia pós-parto		
3. Casos de puérperas encaminhadas para serviço de maior complexidade		
4. Casos de recém-nascido > 2.500gr encaminhados para UTI (excluídos má formação grave)		
5. Casos de mulheres com transfusão sanguínea no pós-parto		
6. Casos de morte materna		
7. Casos de morte fetal intra-parto		
8. Casos de morte neonatal, excluindo malformações graves		
9. Casos de mulheres em situação de Violência Sexual sem notificação em 24horas		
10. Casos de abortamento previstos em lei		

## INDICADORES ASSOCIADOS AO COMPONENTE ENSINO/FORMAÇÃO

INDICADOR	RESULTADO	FONTE DE DADOS
1. Programa de integração ensino e serviço formalizado por meio de contrato entre as IES, o gestor do sistema de saúde e a direção do hospital		
2. Normativas orientadoras dos programas de ensino do hospital contemplando: princípio da privacidade e confiabilidade, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos e da autonomia e protagonismo das mulheres		
3. Estratégias educacionais elaboradas e publicizadas que permitam o aprendizado colaborativo entre estudantes de diferentes profissões de saúde		
4. Boas práticas de atenção ao parto e nascimento presentes nos conteúdos dos programas de ensino do hospital		
5. <a href="#">Atenção humanizada ao abortamento e aborto previsto em lei presente nos conteúdos dos programas de ensino do hospital</a>		
6. <a href="#">Atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual presente nos conteúdos dos programas de ensino do hospital</a>		
7. Número de reuniões (em período determinado) em equipe envolvendo representantes da gestão, atenção e ensino		
8. Percentual de preceptores que participaram das atividades de atualização em boas práticas de cuidado às mulheres e ao recém-nascido		
9. <a href="#">Percentual de preceptores que participaram das atividades de atualização com foco em planejamento reprodutivo</a>		
10. <a href="#">Percentual de preceptores que participaram das atividades de atualização em atenção humanizada ao abortamento e aborto previsto em lei</a>		
11. <a href="#">Percentual de preceptores que participaram das atividades de atualização em atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual</a>		
12. Número de reuniões de estudo de casos realizadas (em período determinado) de forma multiprofissional		
13. Número de pesquisas em andamento sobre inovações no ensino e no cuidado às mulheres e bebês		

## INDICADORES ASSOCIADOS AO COMPONENTE GESTÃO

INDICADOR	RESULTADO	FONTE DE DADOS
1. <a href="#">Termo de adesão formalizado</a>		
2. <a href="#">GEL formalizado</a>		
3. <a href="#">Diagnóstico situacional elaborado e validado</a>		

4. Linhas de base e metas de aprimoramento definidas		
5. Plano operativo anual (POA) elaborado e validado		
6. Oficinas locais realizadas		
7. Colegiado gestor da maternidade ou outra instância/mecanismo de gestão compartilhada em funcionamento, com participação de residentes e representantes do setor de ensino, e com registro sistemático das deliberações		
8. Ouvidoria em funcionamento, com relatórios elaborados e discutidos nas instâncias colegiadas		
9. Relatórios da Ouvidoria utilizados para auxiliar na tomada de decisões e planejamento		
10. Caixa de sugestões em funcionamento, com publicação das demandas e das respostas aos usuários		
11. Escala de plantão das equipes visível em espaço público		
12. Quadro de indicadores de atenção visível em espaço público e atualizado mensalmente		
13. Equipes de atendimento às mulheres em situação de violência sexual completas e qualificadas		
14. Equipes qualificadas para a interrupção legal da gestação em todos os dias		
15. Percentual de licenças do trabalho		
16. Percentual de absenteísmo de trabalhadores		

## ANEXO C – PLANO OPERATIVO ANUAL (POA)

1

**PROJETO APICE  
PLANO OPERATIVO ANUAL (POA)**

**VERSÃO 2 AJUSTADA  
JANEIRO DE 2018**

### 1) NOTA METODOLÓGICA SOBRE A ESTRUTURAÇÃO E MANUSEIO DO ROTEIRO DO PLANO OPERATIVO ANUAL (POA)

- O **POA-Plano Operativo Anual** é o roteiro de planejamento das ações do Projeto ApiceOn, demarcando a periodicidade (anual) para revisitação dos planos (com revisão/atualização de ações).
- É um roteiro semiestruturado, seguindo a linha estruturante do Projeto, com as seguintes categorias: *componente – diretriz – dimensão (e situação atual) – meta geral associada à dimensão – produtos e indicadores*.
- Parte-se dos componentes previstos no **Diagnóstico Situacional** e deixa em aberto o campo das ações que devem ser criadas conforme as necessidades locais.

#### Categorias previstas na matriz do POA:

- **Dimensão:** âmbito avaliativo previsto no Diagnóstico.
- **Classificação da situação atual na dimensão:** classificação utilizando a “nota” que melhor representa o global da dimensão (seguindo as orientações descritas no roteiro diagnóstico).
- **Meta geral associada à dimensão:** meta equivalente à imagem-objetivo a ser alcançada/aprimorada. Foi demarcada a partir do conteúdo descritivo da dimensão, que está no roteiro diagnóstico.
- **Indicadores associados à meta geral:** trata-se de indicadores de produtos, processos e resultados espelhando a meta geral, isto é, refletindo o que se espera ver implementado (ou que já esteja implementado) e incluindo um *recorte de elementos diretamente relacionados ao cuidado obstetriconeonatal capazes de indicar a tendência (e desempenho) do serviço quanto aos procedimentos e práticas mais representativas de determinada esfera do cuidado*. Lembramos que os indicadores selecionados estão distribuídos nas matrizes por dimensões (sinalizando que compõem o painel de indicadores), mas estão especialmente agrupados em anexo (e também no roteiro diagnóstico), como o conjunto de indicadores estratégicos para monitoramento do Projeto, devendo ser utilizados nos momentos de diagnóstico, de elaboração do POA e alimentados mensalmente no Painel de Indicadores (na Plataforma).
  - **Linha de base associada ao indicador:** refere-se aos dados atuais, obtidos a partir do diagnóstico.
  - **Meta local associada ao indicador:** refere-se à meta que cada hospital programará no indicador.
- **Ações:** ações e estratégias locais, em coerência com a meta geral e com os indicadores, capazes de viabilizar a realização das metas.
- **Prazos:** prazos a serem demarcados pelo hospital, alinhados aos prazos gerais previamente pactuados sobre as etapas do Projeto.
- **Responsáveis.**

#### 1.1) Orientações sobre a demarcação de metas, conforme a realidade local e suas prioridades:

- O roteiro do POA apresenta uma estrutura completa das dimensões e metas gerais do Projeto – um grande cardápio do que está previsto e pactuado.
- A **classificação atual** (síntese da dimensão) do diagnóstico de cada hospital é que permitirá que o hospital proceda ao recorte e demarcação de **metas**, inserindo (apenas) o que considerar necessário ser implementado ou aprimorado a partir dos **itens avaliados**.
- No caso dos **indicadores selecionados** para o Componente Atenção, reafirma-se que se trata de um conjunto de indicadores estratégicos para monitoramento do Projeto, daí a necessidade de serem usados na íntegra e alimentados periodicamente. Requerem atenção especial na demarcação das linhas de base atuais e metas que se deseja manter ou aprimorar, no rumo das diretrizes do Projeto.
- Neste formulário os indicadores estão apresentados de forma simplificada, apenas com campos abertos para seu preenchimento, mas em anexo (e também no roteiro diagnóstico) há uma ficha técnica com detalhamento de sua descrição e método de cálculo.

**COMPONENTE: ATENÇÃO**

**RESULTADO 1:** Hospital tendo adotado/aprimorado as boas práticas de cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto ilegal.

**DIRETRIZ 1: Acolhimento**

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
1.1) Vinculação		Implementar e/ou aprimorar estratégias de vinculação territorial das gestantes à maternidade de referência para o parto e intercorrências.

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Indicador	Linha de base	Meta local			
Rotina implementada de visita prévia das gestantes à maternidade	<b>EXEMPLO</b> Ausência de rotina de visita	<b>EXEMPLO</b> Rotina de visita implementada	<b>EXEMPLO</b> Pactuação de rotina de visitas com gestor da SMS e rede de AB		
No.de parturientes no hospital que visitaram previamente/No. total de parturientes	<b>EXEMPLO</b> Zero	<b>EXEMPLO</b> X %			
Rotina implementada de alta responsável, compreendendo: relatório de alta, agendamento de consulta, caderneta preenchida e orientações para a mulher e família	<b>EXEMPLO</b> Ausência de rotina de alta sistemática contemplando os itens considerados o alta responsável	<b>EXEMPLO</b> Rotina de alta implementada	<b>EXEMPLO</b> Pactuação de rotina e instrumentos a serem utilizados pela equipe no momento da alta		
No.de parturientes egressas do hospital com alta responsável/No. total de parturientes egressas	<b>EXEMPLO</b> Zero	<b>EXEMPLO</b> X %			

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
1.2) Respeito à diversidade cultural, étnica e racial e populações em situação de vulnerabilidade		Implementar e/ou aprimorar estratégias compatíveis com as necessidades de saúde específicas, hábitos e diversidades étnicas e culturais de mulheres indígenas, quilombolas, ciganas, ribeirinhas, extrativistas, entre outras, de acordo com o perfil populacional do território ao qual o serviço está vinculado.

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)	AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
---------------------------------------	-------	--------	--------------



Indicador	Linha de base	Meta local			ÁVEIS
Estratégias implementadas para acolhimento compatível com as necessidades de saúde específicas, hábitos e diversidades étnicas e culturais de mulheres indígenas, quilombolas, ciganas, ribeirinhas, extrativistas, entre outras, de acordo com o perfil populacional do território ao qual o serviço está vinculado					

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
1.3)Acolhimento e Classificação de Risco em obstetrícia (ACR)		Implementar e/ou aprimorar o ACR em todos os momentos de atenção na maternidade, seguindo critérios de priorização do atendimento com base na complexidade das necessidades e demandas.

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Indicador	Linha de base	Meta local			
Protocolo de ACR implementado, em conformidade com o padrão indicado pelo MS			Implementação e/ou revalidação local do Protocolo de ACR/MS, envolvendo as equipes multiprofissionais		
Tempo médio para classificação de risco em obstetrícia					
Tempo médio para atendimento segundo classificação de risco					

**DIRETRIZ 2: Boas práticas de atenção**

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
2.1)Boas práticas de atenção ao parto e nascimento		Implementar e/ou aprimorar o conjunto de boas práticas agrupadas nos 15 itens avaliativos do diagnóstico.

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Indicador	Linha de base	Meta local			
Estratégias implementadas para implementar o conjunto de boas praticas					
Percentual de parturientes com dieta leve ( <i>compõe painel de indicadores</i> )					

5

Percentual de parturientes com uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor <i>(compõe painel de indicadores)</i>					
Percentual de partos em posição não litotômica <i>(compõe painel de indicadores)</i>					
Percentual de acompanhante no parto, por tipo de parto (parto vaginal ou cesáreo) <i>(compõe painel de indicadores)</i>					
Percentual de partos/nascimentos com contato pele a pele (PASSO 4 da IHAC) <i>(compõe painel de indicadores)</i>					
Percentual de partos/nascimentos com amamentação na primeira hora <i>(compõe painel de indicadores)</i>					
Percentual de partos/nascimentos com clameamento oportuno do cordão umbilical <i>(compõe painel de indicadores)</i>					
Percentual de recém-nascidos com realização do Teste do Reflexo Vermelho (Teste do Olhinho) <i>(compõe painel de indicadores)</i>					
Percentual de recém-nascidos com realização da Triagem Auditiva Neonatal (Teste da Orelhinha) <i>(compõe painel de indicadores)</i>					
Percentual de recém-nascidos com realização de Oximetria de Pulso (Teste do Coraçãozinho) <i>(compõe painel de indicadores)</i>					
Percentual de mulheres com inserção imediata de DIU com cobre pós-parto <i>(compõe painel de indicadores)</i>					

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
2.2) Intervenções consideradas desnecessárias		Reduzir e/ou eliminar as intervenções consideradas desnecessárias agrupadas nos 15 itens avaliativos do diagnóstico.

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Indicador	Linha de base	Meta local			
Estratégias implementadas para reduzir e eliminar as intervenções consideradas desnecessárias					

6

Percentual de venóclise no trabalho de parto					
Percentual de ocitocina no 1º e/ou 2º estágios do parto					
Percentual de episiotomia (compõe painel de indicadores)					

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
2.3) Inserção de enfermeiras obstétricas ou obstetrites na assistência ao parto e nascimento		Inserir e/ou ampliar e consolidar a inserção de enfermeiras obstétricas ou obstetrites na assistência ao parto e nascimento

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Indicador	Linha de base	Meta local			
Documento institucional formalizando a presença de enfermeiras obstétricas ou obstetrites assistindo a partos normais sem distócia, contemplando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agenda em todos os plantões em todos os dias da semana</li> <li>• Protocolos de cuidado, fluxo e equipe de retaguarda</li> <li>• Indicação da realização de admissão e assinatura da AIH-SIH pelas enfermeiras obstétricas ou obstetrites</li> <li>• Indicação da realização e assinatura de alta hospitalar pelas enfermeiras obstétricas ou obstetrites em pós-partos normais, sem complicações e/ou intercorrências</li> </ul>					
Percentual de partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras obstétricas ou obstetrites (compõe painel de indicadores)					

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
2.4) Boas práticas na atenção ao		Implementar e/ou aprimorar a adoção do conjunto de boas práticas de atenção às mulheres em situação de abortamento e

7

abortamento	aborto legal regulamentadas pela Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (MS, 2011)
-------------	--

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Indicador	Linha de base	Meta local			
Documento institucional formalizando a adoção das boas práticas de atenção ao abortamento e aborto legal, contemplando orientações para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• realização de interrupção da gestação nos casos previstos por lei</li> <li>• utilização do protocolo do MS</li> <li>• oferta de informações sobre os métodos contraceptivos</li> <li>• Oferta de inserção imediata de DIU com cobre pós abortamento e orientações para as mulheres que desejem nova gravidez</li> <li>• atendimento com garantia de privacidade da mulher em ambiente separado do puerpério</li> <li>• condutas adequadas para esvaziamento uterino, segundo Norma Técnica do MS/2010, com disponibilização da técnica da AMIU (até 12ª IG), técnica de esvaziamento medicamentoso (Misoprostol) ou curetagem de acordo com as indicações</li> </ul>					
Percentual de utilização de aspiração manual intrauterina (AMIU) pós abortamento ( <i>compõe painel de indicadores</i> )					
Percentual de mulheres com inserção imediata de DIU com cobre pós-aborto ( <i>compõe painel de indicadores</i> )					

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
2.5)Boas práticas na atenção às mulheres em situação de violência sexual		Implementar e/ou aprimorar a adoção do conjunto de boas práticas de atenção às mulheres em situação de violência sexual

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Indicador	Linha de base	Meta local			
Documento institucional formalizando a adoção das boas práticas de atenção às mulheres em situação de violência sexual, contemplando orientações para:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• atendimento com garantia de privacidade para consulta clínica em local específico</li> <li>• estruturação de equipe multiprofissional composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e farmacêuticos</li> <li>• uso de protocolos ou normativas referentes a: notificação compulsória em 24 horas, acompanhamento do seguimento ambulatorial, disponibilização de medicações, vacinas e exames</li> </ul>					

**DIRETRIZ 3: Vigilância às condições de saúde, agravos e eventos-sentinel**

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
3.1)Vigilância das indicações de cesáreas		Implementar e/ou aprimorar estratégias de vigilância das indicações de cesáreas, com plano para redução de cesáreas nos grupos de gestantes para os quais a Classificação de Robson contra-indica sua realização

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Indicador	Linha de base	Meta local			
Documento institucional formalizando estratégias de vigilância das indicações de cesáreas, contemplando:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização de um método de análise das indicações de cesáreas, tomando como base a Classificação de Robson</li> <li>• Utilização de um método de monitoramento das taxas de cesáreas, tomando como base a Classificação de Robson</li> <li>• Plano para redução de cesáreas nos grupos de gestantes para os quais a Classificação de Robson contra-indica sua realização</li> </ul>					

Percentual de cesariana ( <i>compõe painel de indicadores</i> )					
Taxa de cesarianas segundo a Classificação de Robson – Grupos de 1 a 4 ( <i>compõe painel de indicadores</i> )					

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
3.2)Vigilância da morbimortalidade materna e neonatal		Implementar e/ou aprimorar estratégias de vigilância da morbimortalidade materna e neonatal

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Indicador	Linha de base	Meta local			
Documento institucional formalizando estratégias de vigilância da morbimortalidade materna e neonatal, contemplando: <ul style="list-style-type: none"> <li>Estruturação de Comitê de Investigação aos Óbitos em funcionamento ativo, em conformidade com a portaria ministerial 72/MS/2010</li> <li>Monitoramento e análise mensal de indicadores de cuidado e de gestão, com discussão periódica dos resultados com as equipes</li> <li>Monitoramento das situações de <i>NearMiss</i> Materno</li> <li>Plano de estratégias e ações para o alcance de parâmetros desejáveis</li> </ul>					
Histerectomia pós-parto ( <i>compõe painel de indicadores</i> )					
Encaminhamentos ou transferências para UTI ( <i>compõe painel de indicadores</i> )					
Transfusão sanguínea no pós-parto ( <i>compõe painel de indicadores</i> )					
Casos de natimortos ( <i>compõe painel de indicadores</i> )					
Casos de morte neonatal ( <i>compõe painel de indicadores</i> )					
Casos de morte materna ( <i>compõe painel de indicadores</i> )					

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
3.3)Segurança do Paciente		Implementar e/ou aprimorar estratégias voltadas para a segurança do paciente, em conformidade com as normativas da OMS

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Indicador	Linha de base	Meta local			
Documento institucional formalizando as estratégias de segurança do paciente, contemplando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estruturação de Núcleo de Segurança do Paciente</li> <li>• Critérios e fluxos para notificação pelos profissionais sobre os eventos relacionados à assistência ao parto e nascimento</li> <li>• Lista de Verificação para Partos Seguro, baseada no Guia de Orientação da OMS</li> <li>• Programa de melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento, com base nas metas internacionais da OMS</li> </ul>					

**DIRETRIZ 4: Ambiência**

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
4.1)Ambiência do Centro Obstétrico e Unidade Neonatal		Adequar espaços físicos conforme os referenciais da ambiência e RDC 36/2008, com destaque para as seguintes prioridades: ambientes privativos para atendimento em todos os momentos de internação, quarto PPP com banheiro, área de deambulação para parturientes, controle de ruído, luminosidade e temperatura na UTIN e UCINCo, cadeira/poltrona para acompanhante da mulher, acompanhante na UTIN, UCINCo, UCINCa, Parto e Puerpério, acessibilidade para mulheres e/ou acompanhantes com deficiência, sinalização e orientação de fluxos internos no atendimento, conforto quanto aos insumos e hotelaria básica no momento de internação garantindo condições de repouso, alimentação e higiene.

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Indicador	Linha de base	Meta local			
Documento institucional formalizando estratégias para adequação da ambiência, contemplando:					

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambientes privativos para atendimento em todos os momentos de internação</li> <li>• Quarto PPP com banheiro</li> <li>• Área de deambulação para parturientes</li> <li>• Controle de ruído, luminosidade e temperatura na UTIN e UCINCo</li> <li>• Cadeira/poltrona para acompanhante da mulher, acompanhante na UTIN, UCINCo, UCINCa, Parto e Puerpério</li> <li>• Acessibilidade para mulheres e/ou acompanhantes com deficiência</li> <li>• Sinalização e orientação de fluxos internos no atendimento</li> <li>• Conforto quanto aos insumos e hotelaria básica no momento de internação garantindo condições de repouso, alimentação e higiene</li> </ul>					
--	--	--	--	--	--



**COMPONENTE: ENSINO/FORMAÇÃO**

**RESULTADO 2:** Hospitais tendo adotado/aprimorado em seus processos formativos o ensino das boas práticas de cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto ilegal.

**DIRETRIZ 1: Integração ensino e serviço**

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
1.1)Integração ensino e serviço e educação permanente		Implementar e/ou aprimorar programas de integração ensino e serviço e de educação permanente, pactuado entre IES e gestores locais, enfatizando a garantia de direitos, boas práticas, autonomia e protagonismo das mulheres, e prevendo ações que permitam o aprendizado colaborativo entre estudantes de diferentes profissões de saúde e articulação para educação permanente em serviço.

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Indicador	Linha de base	Meta local			
Documento formalizando Programas de (i) Integração Ensino e Serviço e (ii) Educação Permanente, contemplando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diretrizes de integração Ensino e Serviço</li> <li>• Estratégia de gestão compartilhada entre atenção e ensino</li> <li>• Programação de agendas com temas relativos ao parto, nascimento, abortamento, planejamento reprodutivo e violência sexual</li> <li>• Plano de articulação da participação de gestores, profissionais, preceptores e estudantes em ações de qualificação e monitoramento da participação</li> <li>• Oferta de campo de prática para formação de Enfermeiras Obstétricas ou obstetrias</li> <li>• Oferta de atividades formativas aos preceptores com foco nas boas práticas de cuidado às mulheres e ao recém-nascido</li> <li>• Oferta de ações de ensino compartilhadas entre os Programas de Residência existente na instituição e/ou na rede de atenção à saúde</li> </ul>					

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agendas para reuniões multiprofissionais de estudos de caso</li> <li>• Estratégias de avaliação das transformações na ação dos profissionais e estudantes que participam das ações de qualificação</li> </ul>					
Programa de integração ensino e serviço formalizado por meio de contrato entre as IES, o gestor do sistema de saúde e a direção do hospital					
Normativas orientadoras dos programas de ensino do hospital contemplando: princípio da privacidade e confiabilidade, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos e da autonomia e protagonismo das mulheres					
Boas práticas de atenção ao parto e nascimento presentes nos conteúdos dos programas de ensino do hospital					
Atenção humanizada ao abortamento e aborto previsto em lei presente nos conteúdos dos programas de ensino do hospital					
Atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual presente nos conteúdos dos programas de ensino do hospital					
Percentual de preceptores que participaram das atividades de atualização em (i) boas práticas de cuidado às mulheres e ao recém-nascido, (ii) planejamento reprodutivo, (iii) atenção humanizada ao abortamento e aborto, (iv) atenção humanizada em situações de violência sexual					

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
1.2)Pesquisa		Desenvolvimento ou participação em linhas de pesquisa afinadas aos objetos e objetivos do Projeto

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Indicador	Linha de base	Meta local			
Linhas de pesquisa estruturadas abrangendo inovações no ensino e cuidado ao parto e nascimento e					

com potencial de ampliar e qualificar os campos da gestão e atenção nos temas abrangidos pelo Projeto					
Participação em linhas de pesquisa existentes na rede de hospitais, abrangendo inovações no ensino e cuidado ao parto e nascimento e com potencial de ampliar e qualificar os campos da gestão e atenção nos temas abrangidos pelo Projeto					
Participação em pesquisas abordando objetos afinados ao Projeto, considerados prioritários para a qualificação do cuidado à mulher e ao recém-nascido					

**COMPONENTE: GESTÃO**

**RESULTADO 4:** Hospitais tendo constituído dispositivos e instrumentos de viabilização dos componentes de formação, atenção e de gestão do Projeto e implementado dispositivos de fortalecimento de gestão participativa aos usuários e trabalhadores.

**DIRETRIZ 1: Cogestão**

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
1.1) Gestão participativa e compartilhada		Implementar e/ou aprimorar espaços colegiados de ampliação da participação de trabalhadores e usuários, fortalecendo os mecanismos de democratização da gestão na maternidade e entre as equipes dos setores afins

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Indicador	Linha de base	Meta local			
Documento formalizando o arranjo de gestão colegiada nas áreas de obstetrícia e neonatologia, contemplando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição das instâncias colegiadas com representação multiprofissional e agenda de funcionamento</li> <li>• Forma de participação de residentes e representantes do setor de ensino nas instâncias colegiadas</li> <li>• Forma de estruturação e funcionamento de equipes horizontais para a continuidade do cuidado</li> <li>• Demonstração dos</li> </ul>					

mecanismos de informação visual sobre funcionamento dos serviços: sinalizações, tipo de vinculação do serviço na rede SUS, nomes e horários dos trabalhadores em cada período de trabalho					
Mecanismos implementados para escuta de trabalhadores					
Mecanismos implementados para escuta de alunos					
Relatórios de avaliações de satisfação de trabalhadores e alunos					

DIMENSÃO	SITUAÇÃO ATUAL (Nota ajustada à dimensão)	META GERAL ASSOCIADA À DIMENSÃO (meta equivalente à imagem-objetivo)
1.2)Espaços de escuta das usuárias/os, familiares e acompanhantes		Implementar e/ou aprimorar mecanismos de escuta das usuárias/os, familiares e acompanhantes

INDICADORES (ASSOCIADOS À META GERAL)			AÇÕES	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Indicador	Linha de base	Meta local			
Ouvidoria em funcionamento no serviço					
Relatórios de avaliação e encaminhamentos com base na Ouvidoria					
Mecanismos implementados para escuta de usuárias e acompanhantes					
Relatórios de avaliações de satisfação de usuárias e acompanhantes					

**ANEXO**  
**PAINEL DE INDICADORES ASSOCIADOS AO COMPONENTE ATENÇÃO**

## ANEXO D – RELATÓRIO EXECUTIVO MENSAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM SAÚDE DA MULHER E GÊNERO – NUPESMeG  
 SUPERVISORAS PARA A EQUIPE PM&A

### RELATÓRIO EXECUTIVO MENSAL

#### 1. CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO

Sigla e Título do Projeto:  
 APICE ON - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia

Iniciativa:  
 Ministério da Saúde - Área Técnica Saúde da Mulher  
 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH  
 Associação Brasileira de Hospitais Universitário Ensino - ABRAHUE  
 Ministério da Educação – MEC  
 Instituto Fernandes Figueira - IFF/FIOCRUZ

Áreas geográficas (Regiões e Instituições)

Início do Projeto: 2017  
 Duração do Projeto (em meses/anos): Até o momento do relatório  
 Período Coberto pelo Relatório:

Finalidade: Este Relatório tem a finalidade de prestação de contas ao Ministério da Saúde (MS) sobre a execução do Projeto, ficando o envio de informações sob a responsabilidade da Instituição executora.

O Relatório contempla os seguintes tipos de dados:

- Indicadores de ações estruturantes do Projeto
- Indicadores de implementação de ações consideradas estratégicas
- Indicadores de cobertura de ações assistenciais e eventos-sentinela selecionados

Local e Data do Relatório: EEUFMG, \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 Autor(es) do Relatório: Supervisoras APICE ON

2. INDICADORES DE AÇÕES ESTRUTURANTES DO PROJETO  
REGIÃO CENTRO-OESTE

INDICADORES	Meta (nº)	Situação Atual (%)	Mudanças no Último mês <sup>1</sup>	Principais Desafios para Implementação	Ações/Movimentos Necessários	Prazo Re(pactuado) ou Frequência de Realização
No. e % de hospitais com GEL formalizado (mediante ofício registrado no MS)						
No. e % de hospitais com diagnósticos situacionais elaborados e validados (mediante documentação oficial ao Projeto)						
No. e % de hospitais com projetos/planos operativos anuais (POA) elaborados e validados (mediante documentação oficial ao Projeto)						
Atividades na Plataforma: Reunião virtual entre supervisora e coletivo de mediadoras						
Atividades na Plataforma: Reunião virtual entre supervisora e cada mediadora						
Atividades na Plataforma: Reunião virtual entre mediadoras e GEL						
Atividades na Plataforma: Número de acessos públicos à biblioteca						
	Nº de Hospitais	Nº de Oficinas do mediador no serviço (Meta)	Nº de Oficinas Realizadas	Nº de Participantes	Ações/Movimentos Desenvolvidos por Estado	Indicação de Demandas
Oficinas locais (com mediadores) na fase de diagnóstico e plano de ação (POA)						
Oficinas locais (com mediadores) na fase posterior à primeira elaboração dos indicadores estratégicos (matriz de indicadores Esther)						

Legenda:

<sup>1</sup>Descreva as alterações no indicador de referência no período coberto pelo relatório.

## 3. INDICADORES - REGIÃO CENTRO-OESTE (Exemplo)

## 3.1. INDICADORES DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES CONSIDERADAS ESTRATÉGICAS E EVENTOS SENTINELA

INDICADORES (verificar na plataforma – Planilha de indicadores)	SITUAÇÃO ATUAL					OBSERVAÇÕES
	ESTADO n (%)	DF n (%)	GO n (%)	MT n (%)	MS	
Nº e % de utilização de aspiração manual Intrauterina (AMIU) no pós-abortamento						Destinado ao registro de informações que podem ajudar na interpretação dos indicadores e compreensão do contexto
Nº e % de hospitais realizando AMIU						
Percentual de mulheres com inserção pós-abortamento imediata de DIU com Cobre						
Nº e % de hospitais com DIU APP						
Nº e % de hospitais com serviço de violência sexual ativo (segundo normativa do MS)						
% de cesarianas						
Nº e % de hospitais com Enfermeira Obstétrica na assistência ao parto de baixo risco em pelo menos 50% de partos de baixo risco						
Nº e % de hospitais com garantia da presença do acompanhante no parto normal						
Nº e % de hospitais com garantia da presença do acompanhante na cesareana						

### 3.2. SITUAÇÃO DE PREENCHIMENTO DOS INDICADORES ESTRATÉGICOS

Este registro deverá contemplar os indicadores referente às diferentes dimensões do projeto. Sempre que couber um detalhamento por situações específicas, isto poderá ser feito. Ex.: situações que estão acontecendo exclusivamente em relação ao preenchimento dos indicadores de atenção ao parto, ou de Classificação de Robson.

Para permitir sintetizar o que tem acontecido criamos uma legenda para o registro. Desta forma indicar o quantitativo de hospitais que podem ser agrupados em cada um dos itens e, sendo necessário, fazer o detalhamento da situação.

ASPECTOS DO PREENCHIMENTO	SÍNTESE QUANTITATIVA E DESCRIÇÃO
<p><b>A. Adesão à coleta/preenchimento</b></p> <p>(1) Coleta/Preenchimento Completo            (2) Coleta/Preenchimento em Implementação            (3) Coleta/Preenchimento Não iniciado</p>	<p>Indicar o número e percentual de cada hospital que encontra-se em cada uma das situações:</p> <p>Exemplo:            (1) Coleta/Preenchimento Completo: 10 (28%)            (2) Coleta/Preenchimento em Implementação: 2 (10%)            (3) Coleta/Preenchimento Não iniciado: 2 (10%)</p> <p>Descrição: se julgar necessário</p>
<p><b>B. Tipos de Movimentos nos hospitais</b></p> <p>(1) Pauta das reuniões do GEU/ Reuniões multiprofissionais/Sessões Clínicas            (2) Capacitações/Discussões (realização de oficinas, seminários, participação em cursos de extensão, dentre outros)            (3) Nenhuma ação identificada            (4) Outros: Descreva</p>	<p>Descrever as situações tendo como referência os quatro tipos de movimentos. Indicando o número e percentual de cada hospital de acordo com cada tipo de movimento e o detalhamento, caso necessário.</p> <p>Movimento 1: n (%) - XXXXXXX            Movimento 2: n (%) - XXXXXXX</p>
<p><b>C. Principais Desafios para a coleta/preenchimento</b></p> <p>(1) Estruturais            Ex.: Ausência de sistema informatizado            (2) Limitações técnicas            Ex.: Ausência de familiaridade com a coleta de indicador            (3) Recursos humanos            Ex.: Recursos humanos limitados para a tarefa            (4) Dificuldades para aplicabilidade na prática diária            Ex.: Os profissionais não compreendem o valor de uso do indicador.            (5) Não adesão de profissionais e/ou gestão            (6) Outro: Descreva</p>	<p>Descrever as situações tendo como referência os três tipos de desafios para a coleta. Indicando o número e percentual de cada hospital de acordo com cada tipo de desafio e o detalhamento, caso necessário.</p> <p>(1) Estruturais: n (%) - XXXXXXX            (2) Limitações técnicas: n (%) - XXXXXXX            (3) Recursos Humanos: n (%) - XXXXXXX            (4) Dificuldades para aplicabilidade no contexto da prática: n (%) - XXXXXXX            (5) Não adesão de profissionais e/ou gestão: n (%) - XXXXXXX            (6) Outro: n (%) - XXXXXXX</p>