

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MICHELLE THAIS MIGOTO

MODELO LÓGICO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE DA LINHA DE
CUIDADO MATERNA E INFANTIL: PROJETO PARA GESTÃO SOB GOVERNANÇA

CURITIBA

2021

MICHELLE THAIS MIGOTO

MODELO LÓGICO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE DA LINHA DE
CUIDADO MATERNA E INFANTIL: PROJETO PARA GESTÃO SOB GOVERNANÇA

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Helena de Souza Freire

CURITIBA

2021

Migoto, Michelle Thais

Modelo lógico de avaliação da qualidade em saúde da linha de cuidado materna e infantil [recurso eletrônico]: projeto para gestão sob governança / Michelle Thais Migoto – Curitiba, 2021.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Helena de Souza Freire

1. Serviços de saúde materno-infantil. 2. Políticas de saúde. 3. Avaliação em saúde. 4. Estudos de validação. 5. Tecnologia I. Freire, Márcia Helena de Souza. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 618.20231



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **MICHELLE THAIS MIGOTO** intitulada: **MODELO LÓGICO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE DA LINHA DE CUIDADO MATERNA E INFANTIL: PROJETO PARA GESTÃO SOB GOVERNANÇA**, sob orientação da Profa. Dra. MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 10 de Setembro de 2021.

Assinatura Eletrônica

14/09/2021 14:08:55.0

MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

15/09/2021 20:13:36.0

LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

14/09/2021 20:38:48.0

MARILENE LOEWEN WALL

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

15/09/2021 10:29:48.0

ROBERTO EDUARDO BUENO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR LITORAL)

Assinatura Eletrônica

20/09/2021 11:01:29.0

ANDREZA PEREIRA RODRIGUES

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO)

Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 109594

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 109594

Dedico este trabalho à **Deus** e à minha **família**, por todo apoio nos momentos de adversidades.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proporcionar o dom da vida, me ensinar a ver as possibilidades diante dos obstáculos nesta caminhada.

Ao meu esposo Rafael, presente com seu apoio pessoal, bem como pelo seu brilhante desempenho na análise dos dados de todas as pesquisas realizadas até aqui. Aos meus pais, Ivana e José Roberto, que sempre me apoiaram na minha formação, dedicando-se com compreensão e auxílio nos momentos desafiadores de produção desta tese. A minha irmã Hellen e sua família, minha gratidão pela convivência nesse período, tornando estes quatro anos mais leve.

A minha orientadora Dra. Márcia Helena de Souza Freire, gratidão pela competência dedicada à minha formação, por contribuir e oportunizar situações de crescimento de forma zelosa. Expresso minha admiração e respeito a excelente pessoa e profissional, um exemplo que vou seguir, gratidão por todas as oportunidades de convivência até aqui.

Aos professores, que compuseram a banca de qualificação Dr. Ipojuca Calixto Fraiz, Dra. Marilene Loewen Wall e Dra. Maria do Carmo Leal. Bem como aos professores que compuseram a banca de defesa Dr. Roberto Bueno, Dra. Andreza Nakano, Dra. Lilian Daisy Gonçalves Wolff, Dra. Marilene Loewen Wall e Dra. Aida Maris Peres. Meu reconhecimento e gratidão por todo conhecimento compartilhado de forma solidária.

Ao grupo de pesquisa Tecnologia e Inovação em Saúde, em especial às colegas Gabrielle e Glaucia, pela oportunidade de troca de conhecimento. Aos demais colegas da turma de doutorado, em especial a Juliane, por compartilharem comigo as alegrias e angústias dessa jornada.

A Universidade Federal do Paraná (UFPR) e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pela oportunidade de crescimento profissional. Em especial aos coordenadores e a secretaria da PPGENF por todo apoio e respeito dedicados a mim, nesses anos de formação.

A CAPES, pela bolsa concedida que possibilitou minha dedicação ao Programa de Doutorado.

A Secretaria Estadual de Saúde do estado do Paraná e aos profissionais que participaram desta pesquisa.

GRATIDÃO
Rosa de Saron

Da lamúria, os seus verbos já, já não conjugo mais.
Sem o passado não existe tempo futuro, não se pode viver para morrer. Há sempre o medo de
errar, há sempre o mais.

Sentimentos são o claro e a escuridão. Uma porta que fecha é janela que abre então. Quando
há gratidão em seu coração. É certeza que basta, da herança o seu quinhão.

Tive sede, me deu água, na sombra me sentou. Deu-me a vida, pediu nada, revertendo toda
inversão. Finda o dia, dobra a alma, sem a multidão. Calmaria, minha ermida, franca devoção.

Uma porta que fecha é janela que abre então...

RESUMO

Com a redução da Mortalidade Materna e Infantil torna-se evidenciada a necessidade da busca pela melhoria da Qualidade em Saúde considerando na análise os elementos da estrutura, do processo e do resultado das políticas, programas e serviços para que seja favorecida a continuidade da queda dessas ocorrências, sobretudo das evitáveis. Para tanto, a avaliação, por meio da construção de modelos lógicos, possibilita a produção de evidências científicas que subsidiam a tomada de decisão pelos gestores da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil de maneira a transformar a saúde no nível individual e comunitário pelo aprimoramento da prática profissional no âmbito das políticas públicas de saúde. Assim, buscou-se desenvolver um modelo lógico de avaliação validado para a gestão sob modelo de governança da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil do estado do Paraná. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo metodológico, realizado no estado do Paraná, entre 2019, com ampla busca bibliográfica, e 2021, com a coleta de dados para validação de conteúdo. Foi elaborado um modelo lógico seguindo as recomendações da Fundação Kellogg e do referencial metodológico de Pasquali. Foram convidados 20 participantes para compor o Comitê de Juízes Especialistas, dos quais 7 recusaram e 2 foram excluídos da amostra por não cumprir prazo de devolutiva. Como critérios de inclusão foram considerados: ser profissional de saúde; ser especialista em saúde coletiva, da mulher, da criança ou avaliação em saúde; e apresentar atuação na assistência, gestão, ensino ou pesquisa. O critério de exclusão foi a não devolutiva das respostas ao instrumento de coleta de dados no prazo de até 60 dias após o início do preenchimento do formulário. Os dados foram coletados *on line*, julgando os itens, os domínios e o modelo lógico, os quais foram avaliados quanto à clareza, pertinência e abrangência. Foi calculada a Taxa de Concordância (TC), a Razão de Validade de Conteúdo (RVC) e o Índice de Validação de Conteúdo (IVC). Para o teste de confiabilidade e consistência interna foi atualizado o teste Alfa de Cronbach. Esse estudo iniciou a coleta de dados após apreciação ética. O modelo lógico apresentou TC de 91,6% para clareza e 93,8% para pertinência. O IVC foi de 0,92 para clareza, 0,94 para pertinência e 0,98 para abrangência. Em relação às dimensões assistenciais pré-natal, parto e puerpério o IVC foi de 0,91, com confiabilidade de 0,916 pelo Alfa de Cronbach. Para dimensão pré-natal foram elaborados 35 indicadores, sendo dois excluídos, com confiabilidade excelente para clareza e relevância dos indicadores organizados para avaliação da estrutura (0,94), do processo (0,98) e do resultado (0,94). Para a dimensão parto e puerpério foram elaborados 40 indicadores, não houve inclusão ou exclusão de indicadores, confiabilidade excelente para clareza e relevância dos indicadores para estrutura (0,97), processo (0,96) e resultado (0,97). Para assistência ao recém-nascido foram elaborados 46 indicadores, não houve exclusão e foram acrescentados quatro indicadores no domínio entradas e um em saídas. Apresentou confiabilidade para clareza e relevância dos indicadores para estrutura (0,94), processo (0,91) e resultado (0,96). Portanto, o modelo lógico apresenta validade de conteúdo e com confiabilidade estabelecida, estando em conformidade com as políticas públicas de saúde. Sua aplicação favorecerá a institucionalização da avaliação da Qualidade em Saúde para a melhor compreensão da estrutura, do processo e do resultado, proporcionando o fortalecimento desta linha de cuidado para a transformação da realidade de saúde da população assistida pela Rede Cegonha, no estado do Paraná. O formato do modelo permite flexibilidade para sua aplicação nas diversas dimensões territoriais e assistenciais. Sugerem-se novos estudos que apliquem esses procedimentos de avaliação para que seja iniciado e/ou fortalecido o estabelecimento de padrões de Qualidade em Saúde.

Palavras-chave: serviços de saúde materno-infantil; políticas de saúde; indicadores de qualidade em assistência à saúde; avaliação em saúde; estudos de validação; tecnologia.

ABSTRACT

With the reduction of Maternal and Child Mortality, the need to seek to improve Quality in Health becomes evident, considering in the analysis the elements of the structure, process and result of policies, programs, and services so that the continued decline of these occurrences, especially avoidable ones. Therefore, the assessment, through the construction of logical models, enables the production of scientific evidence that supports decision-making by the Maternal and Child Health Care Line managers to transform health at the individual and community level through improvement professional practice in the context of public health policies. Thus, we sought to develop a logical evaluation model validated for the management under the governance model of the Line of Care for Maternal and Child Health in the state of Paraná. This is a study with a quantitative approach, of a methodological type, carried out in the state of Paraná, between 2019, with a broad bibliographic search, and 2021, with the collection of data for content validation. A logical model was developed following the recommendations of the Kellogg Foundation and Pasquali's methodological framework. Twenty participants were invited to make up the Committee of Expert Judges, of which 7 refused and 2 were excluded from the sample for not meeting the deadline for feedback. As inclusion criteria were considered: being a health professional; being a specialist in collective, women's, children's health, or health assessment; and present performance in assistance, management, teaching or research. The exclusion criterion was the non-return of the answers to the data collection instrument within 60 days after the beginning of filling out the form. Data were collected online, judging the items, domains, and logical model, which were evaluated for clarity, relevance, and comprehensiveness. The Agreement Rate (TC), the Content Validity Ratio (RVC) and the Content Validation Index (IVC) were calculated. For the reliability and internal consistency test, the Cronbach's Alpha test was updated. This study started data collection after ethical review. The logical model presented a CT of 91.6% for clarity and 93.8% for relevance. The IVC was 0.92 for clarity, 0.94 for relevance and 0.98 for comprehensiveness. Regarding the dimensions of prenatal care, childbirth, and puerperium, the CVI was 0.91, with a reliability of 0.916 by Cronbach's Alpha. For the prenatal dimension, 35 indicators were elaborated, two of which were excluded, with excellent reliability for clarity and relevance of the indicators organized to assess the structure (0.94), the process (0.98) and the result (0.94). For the parturition and puerperium dimension, 40 indicators were elaborated, there was no inclusion or exclusion of indicators, excellent reliability for clarity and relevance of indicators for structure (0.97), process (0.96) and result (0.97). For newborn care, 46 indicators were elaborated, there was no exclusion, and four indicators were added in the input domain and one in output domain. It showed reliability for clarity and relevance of indicators for structure (0.94), process (0.91) and result (0.96). Therefore, the logical model has content validity and established reliability, in compliance with public health policies. Its application will favor the institutionalization of the evaluation of Quality in Health for a better understanding of the structure, process, and result, providing the strengthening of this line of care for the transformation of the health reality of the population assisted by Rede Cegonha, in the state of Paraná. The model's format allows flexibility for its application in the various territorial and assistance dimensions. New studies that apply these assessment procedures are suggested so that the establishment of Health Quality standards can be initiated and/or strengthened.

Keywords: maternal-child health services; health policy; quality indicators, health care; health evaluation; validation studies; technology.

RESUMEN

Con la reducción de la Mortalidad Materno-Infantil se hace evidente la necesidad de buscar el mejoramiento de la Calidad en Salud, considerando en el análisis los elementos de la estructura, proceso y resultado de las políticas, programas y servicios para que el continuo declive de estas ocurrencias, especialmente los evitables. Por tanto, la evaluación, a través de la construcción de modelos lógicos, posibilita la producción de evidencia científica que sustente la toma de decisiones de los responsables de la Línea de Salud Materno-Infantil con el fin de transformar la salud a nivel individual y comunitario a través de la mejora de la práctica profesional en el contexto de las políticas de salud pública. Así, se buscó desarrollar un modelo lógico de evaluación validado para la gestión bajo el modelo de gobernanza de la Línea de Atención a la Salud Materno-Infantil en el estado de Paraná. Se trata de un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo metodológico, realizado en el estado de Paraná, entre 2019, con una amplia búsqueda bibliográfica, y 2021, con la recolección de datos para validación de contenido. Se desarrolló un modelo lógico siguiendo las recomendaciones de la Fundación Kellogg y el marco metodológico de Pasquali. Se invitó a veinte participantes a integrar el Comité de Jueces Expertos, de los cuales 7 se negaron y 2 fueron excluidos de la muestra por no cumplir con el plazo de retroalimentación. Como criterios de inclusión se consideraron: ser profesional de la salud; ser especialista en evaluación colectiva, de la salud de la mujer, del niño o de la salud; y desempeño presente en asistencia, gestión, docencia o investigación. El criterio de exclusión fue la no devolución de las respuestas al instrumento de recolección de datos dentro de los 60 días posteriores al inicio de la cumplimentación del formulario. Los datos fueron recolectados en línea, juzgando los ítems, dominios y modelo lógico, los cuales fueron evaluados por claridad, relevancia y exhaustividad. Se calcularon la Tasa de Acuerdo (TC), la Tasa de Validez de Contenido (RVC) y el Índice de Validación de Contenido (IVC). Para la prueba de confiabilidad y consistencia interna, se actualizó la prueba Alpha de Cronbach. Este estudio inició la recopilación de datos después de una revisión ética. El modelo lógico presentó un CT de 91,6% para claridad y 93,8% para relevancia. El IVC fue 0,92 para claridad, 0,94 para relevancia y 0,98 para exhaustividad. En cuanto a las dimensiones de atención prenatal, parto y puerperio, el IVC fue de 0,91, con una confiabilidad de 0,916 según el Alfa de Cronbach. Para la dimensión prenatal se elaboraron 35 indicadores, dos de los cuales fueron excluidos, con excelente confiabilidad para la claridad y pertinencia de los indicadores organizados para evaluar la estructura (0.94), el proceso (0.98) y el resultado (0.94). Para la dimensión parto y puerperio se elaboraron 40 indicadores, no hubo inclusión o exclusión de indicadores, excelente confiabilidad para la claridad y relevancia de los indicadores de estructura (0.97), proceso (0.96) y resultado (0.97). Para el cuidado del recién nacido se elaboraron 46 indicadores, no hubo exclusión y se agregaron cuatro indicadores en el dominio de insumos y uno en el dominio de productos. Mostró confiabilidad para la claridad y relevancia de los indicadores de estructura (0.94), proceso (0.91) y resultado (0.96). Por lo tanto, el modelo lógico tiene validez de contenido y confiabilidad establecida, en cumplimiento de las políticas de salud pública. Su aplicación favorecerá la institucionalización de la evaluación de la Calidad en Salud para un mejor conocimiento de la estructura, proceso y resultado, proporcionando el fortalecimiento de esta línea de atención para la transformación de la realidad de salud de la población atendida por Rede Cegonha, en el estado de Paraná. El formato del modelo permite flexibilidad para su aplicación en las distintas dimensiones territoriales y asistenciales. Se sugieren nuevos estudios que apliquen estos procedimientos de evaluación para que se pueda iniciar y / o fortalecer el establecimiento de estándares de Calidad en Salud.

Palabras-clave: servicios de salud materno-infantil; política de salud; indicadores de calidad de la atención de salud; evaluación en salud; estudio de validación; tecnología.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - APRECIACÃO DA ESTRUTURA, DO PROCESSO E DO RESULTADO NA AVALIAÇÃO NORMATIVA SEGUNDO O REFERENCIAL DE HARTZ (1997) ADAPTADO À AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL NO ESTADO DO PARANÁ. CURITIBA, PARANÁ, 2019.....	55
FIGURA 2 - MODELO LÓGICO BÁSICO SEGUNDO A FUNDAÇÃO <i>KELLOGG</i> ORGANIZADO EM RECURSOS, ATIVIDADES, SAÍDAS, RESULTADOS E IMPACTO. CURITIBA, PARANÁ, 2019.....	56
FIGURA 3 - ESTRUTURA PARA A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO LÓGICO <i>ACTIVITIES APPROACH MODELS</i> PROPOSTO PELA FUNDAÇÃO <i>KELLOGG</i> . CURITIBA, PARANÁ, 2019.....	57
FIGURA 4 - ESTRUTURA PARA A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO LÓGICO TEÓRICO RELACIONADO AO <i>THEORY APPROACH MODELS</i> PROPOSTO PELA FUNDAÇÃO <i>KELLOGG</i> . CURITIBA, PARANÁ, 2019.	58
FIGURA 5 – RELAÇÃO ENTRE OS COMPONENTES DO MODELO LÓGICO PARA O PLANEJAMENTO DE PERGUNTAS AVALIATIVAS DOS TIPOS FORMATIVA OU SOMATIVA SEGUNDO A FUNDAÇÃO <i>KELLOGG</i> . CURITIBA. PARANÁ, 2019.	60
FIGURA 6 - ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ EM REGIONAIS DE SAÚDE. CURITIBA, PARANÁ, 2019.	71
FIGURA 7 – MODELO LÓGICO, SEGUNDO A FUNDAÇÃO <i>KELLOGG</i> , PROPOSTO PARA VALIDAÇÃO PELO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTAS. CURITIBA, PARANÁ, 2020.....	108
FIGURA 8 – MODELO LÓGICO, SEGUNDO A FUNDAÇÃO <i>KELLOGG</i> , PROPOSTO APÓS A VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PELO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTAS. CURITIBA, PARANÁ, 2021.	142

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - SÍNTESE DOS INDICADORES DE ANÁLISE DA VALIDADE DE CONTEÚDO E CONFIABILIDADE INTERNA SEGUNDO CRITÉRIOS E INTERPRETAÇÃO. CURITIBA, PARANÁ, 2021.	78
QUADRO 2 – MATRIZ DO MODELO LÓGICO APRESENTADA EM BLOCOS ASSISTÊNCIAIS PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO, DEFINIÇÃO, NUMERADORES, DENOMINADORES E FONTE DOS DADOS. CURITIBA, PARANÁ, 2020.	110
QUADRO 3 - TAXA DE CONCORDÂNCIA, DA RAZÃO DE VALIDADE DE CONTEÚDO E DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO DOMÍNIO ENTRADAS. CURITIBA, PARANÁ, 2021.	125
QUADRO 4 – SUGESTÕES DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTA PARA ADEQUAÇÃO DO ITEM QUE COMPÕEM O DOMÍNIO ENTRADAS. CURITIBA, PARANÁ, 2021.	126
QUADRO 5 – TAXA DE CONCORDÂNCIA, DA RAZÃO DE VALIDADE DE CONTEÚDO E DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO DOMÍNIO ATIVIDADES. CURITIBA, PARANÁ, 2021.	129
QUADRO 6 - SUGESTÕES DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTA PARA ADEQUAÇÃO DO ITEM QUE COMPÕEM O DOMÍNIO ATIVIDADES. CURITIBA, PARANÁ, 2021.	129
QUADRO 7 – TAXA DE CONCORDÂNCIA, DA RAZÃO DE VALIDADE DE CONTEÚDO E DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO DOMÍNIO SAÍDAS. CURITIBA, PARANÁ, 2021.	130
QUADRO 8 - SUGESTÕES DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTA PARA ADEQUAÇÃO DO ITEM QUE COMPÕEM O DOMÍNIO SAÍDAS. CURITIBA, PARANÁ, 2021.	131
QUADRO 9 - TAXA DE CONCORDÂNCIA, DA RAZÃO DE VALIDADE DE CONTEÚDO E DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO DOMÍNIO RESULTADOS. CURITIBA, PARANÁ, 2021.	133
QUADRO 10 - SUGESTÕES DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTA PARA ADEQUAÇÃO DO ITEM QUE COMPÕEM O DOMÍNIO RESULTADOS. CURITIBA, PARANÁ, 2021.	134
QUADRO 11 – TAXA DE CONCORDÂNCIA, DA RAZÃO DE VALIDADE DE CONTEÚDO E DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO DOMÍNIO IMPACTO. CURITIBA, PARANÁ, 2021.	136
QUADRO 12 - SUGESTÕES DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTA PARA ADEQUAÇÃO DO ITEM QUE COMPÕEM O DOMÍNIO IMPACTO. CURITIBA, PARANÁ, 2021.	136

QUADRO 13 - SUGESTÃO DE INCLUSÃO OU REMOÇÃO DE INDICADORES NO MODELO DE AVALIAÇÃO. CURITIBA, PARANÁ, 2021..... 139

QUADRO 14 - REMODELAGEM DA MATRIZ DO MODELO LÓGICO APRESENTADA EM BLOCOS ASSISTÊNCIAIS PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO, DEFINIÇÃO, NUMERADORES, DENOMINADORES E FONTE DOS DADOS. CURITIBA, PARANÁ, 2021. 143

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTAS, CURITIBA, PARANÁ, 2021.....	123
TABELA 2 - CONFIABILIDADE DO DOMÍNIO ENTRADAS COM A APLICAÇÃO DO TESTE COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.....	128
TABELA 3 - CONFIABILIDADE DO DOMÍNIO ATIVIDADES COM A APLICAÇÃO DO COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.....	130
TABELA 4 - CONFIABILIDADE DO DOMÍNIO SAÍDAS COM A APLICAÇÃO DO COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.....	133
TABELA 5 - CONFIABILIDADE DO DOMÍNIO RESULTADOS COM A APLICAÇÃO DO COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.....	135
TABELA 6 - CONFIABILIDADE DO DOMÍNIO IMPACTO COM A APLICAÇÃO DO TESTE DO COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.....	137
TABELA 7 - CONFIABILIDADE DO DOMÍNIO MODELO LÓGICO COM A APLICAÇÃO DO TESTE DO COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.	138
TABELA 8 - CONFIABILIDADE DOS INDICADORES CONFORME AS DIMENSÕES ASSISTENCIAIS E A TRÍADE DA QUALIDADE EM SAÚDE, COM A APLICAÇÃO DO TESTE DO COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.....	138
TABELA 9 - CONFIABILIDADE DOS INDICADORES CONFORME AS DIMENSÕES ASSISTENCIAIS E OS DOMÍNIOS DO MODELO LÓGICO, COM A APLICAÇÃO DO TESTE DO COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.....	139

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	– Autorização de Internação Hospitalar.
CIB	– Comissão Intergestores Bipartite.
CIR	- Comissão Intergestores Regional.
CIT	- Comissão Intergestores Tripartite.
COAP	- Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.
CPMF	- Contribuição Provisória Sobre a Movimentação Financeira.
DATASUS	– Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.
IHAC	- Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
IVC	– Índice de Validade de Conteúdo.
INAMPS	- Instituto Nacional da Previdência Médica da Previdência Social.
ML	– Modelo Lógico.
NASF	– Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
NOAS-SUS	- Norma Operacional de Assistência à Saúde.
NV	– Nascidos Vivos.
ODM	– Objetivos do Desenvolvimento do Milênio.
ODS	– Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde.
PHPN	- Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.
PNAB	– Política Nacional de Atenção Básica.
OS	- Organizações Sociais.
OSCIPS	- Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.
PSF	- Programa Saúde da Família.
RAS	– Redes de Atenção à Saúde.
RS	– Regional de Saúde.
RVC	– Razão de Validade de Conteúdo.
SAMU	– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
SESA	- Secretaria Estadual da Saúde.
SIH	– Sistema de Internação Hospitalar.
SIM	– Sistema sobre Mortalidade.
SINASC	– Sistema sobre Nascidos Vivos.
SIS	– Sistema de Informação em Saúde.

SISPRENATAL	– Sistema de Informação de Pré-Natal.
SUS	– Sistema Único de Saúde.
SQUIRE	- Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence.
TRI	- Teoria de Resposta do Item.
TCT	- Teoria Clássica dos Testes.
TC	– Taxa de Concordância
UCIN	- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal.
UCINCa	- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru.
UCINCo	– Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional.
UTIN	- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
UPA	– Unidade de Pronto Atendimento.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO PESSOAL	19	
1	INTRODUÇÃO	20
1.1	JUSTIFICATIVA DA PROBLEMÁTICA INVESTIGADA	23
1.1.1.	Pergunta de Pesquisa	24
1.1.2.	Hipótese.....	25
1.2	OBJETIVOS.....	25
1.2.1	Objetivo Geral	25
1.2.2	Objetivos Específicos	25
2	REVISÃO DE LITERATURA	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO	44
3.1.	QUALIDADE EM SAÚDE	44
3.1.1.	Os componentes da Qualidade em Saúde.....	45
3.1.2.	A Tríade Estrutura, Processo e Resultado	47
3.1.3.	Uso de Indicadores para Monitoramento	50
3.1.4.	Avaliação dos Programas de Saúde.....	52
3.1.5.	Avaliação Normativa.....	54
3.1.6.	Modelos Lógicos para Avaliação de Programas de Saúde.....	56
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO	62
4.1	A PSICOMETRIA.....	62
4.1.1.	Validade do Teste.....	65
4.1.2.	Confiabilidade do Teste.....	66
5	MATERIAIS E MÉTODOS	68
5.1.	TIPO DE ESTUDO	68
5.2.	LOCAL DE ESTUDO.....	69
5.3.	PARTICIPANTES E PERÍODO DO ESTUDO	73
5.4.	COLETA E FONTE DE DADOS	73
5.4.1.	Revisão bibliográfica para a fundamentação do Modelo Lógico.....	74
5.4.2.	Estrutura para a Construção do Modelo Lógico.....	74
5.4.3.	Fonte de Dados para a Validação de Conteúdo.....	75
5.5.	ANÁLISE DOS DADOS	76
5.6.	ASPECTOS ÉTICOS	79
6	RESULTADOS	80

6.1 AÇÃO OPERACIONAL 1.....	80
6.2 AÇÃO OPERACIONAL 2.....	107
6.3 AÇÃO OPERACIONAL 3 E 4	123
6.3.1. Caracterização dos participantes que compuseram o Comitê de Juízes Especialistas 123	
6.3.2. Validação de Conteúdo do Domínio ENTRADAS	124
6.3.3. Validação de Conteúdo do Domínio ATIVIDADES	128
6.3.4. Validação de Conteúdo do Domínio SAÍDAS.....	130
6.3.5. Validação de Conteúdo do Domínio RESULTADOS	133
6.3.6. Validação de Conteúdo do Domínio IMPACTO	135
6.3.7. Validação de Conteúdo da Estrutura do Modelo Lógico	137
6.3.8. Remoção e inclusão de Indicadores	139
6.4 AÇÃO OPERACIONAL 5	141
7..... DISCUSSÃO	158
8	169
CONCLUSÃO	169
REFERÊNCIAS.....	171
APÊNDICE 1 – CARTA CONVITE AOS JUÍZES ESPECIALISTAS.....	178
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	179
APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	180
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA SCR/UFPR.....	184
ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA HOSPITAL DO TRABALHADOR	190
ANEXO 3 – CERTIFICADO DE REGISTRO DE AUTORAÇÃO DE TECNOLOGIA ...	194

APRESENTAÇÃO PESSOAL

Tornei-me enfermeira pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), em 2009, onde tive a oportunidade de participar do projeto de pesquisa “Uma rede de apoio à família prematura”, que acompanhava o crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso ao nascer. Eu apresentava afinidade com a neonatologia, e assim, tive a oportunidade de realizar o estágio curricular de administração, do último ano da graduação, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Também pude desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso vinculado ao projeto de doutorado da querida professora Dra. Sarah N. D. H. de Souza ampliando o foco para a saúde pública. Essa experiência me motivou a iniciar a preparação do meu currículo para o processo seletivo da Residência em Enfermagem Neonatal, também na UEL.

Durante a residência (2010-2012), além das atividades teóricas e práticas do programa, ainda tínhamos a responsabilidade de desenvolver atividades de extensão no ambulatório, as quais geravam os dados do projeto de pesquisa mencionado. Pude conhecer algumas fragilidades e potencialidades do sistema de saúde, bem como necessidades de aprimoramento para o acompanhamento de crianças prematuras.

Diante disso, sentia o interesse de agregar mais conhecimento como Enfermeira Neonatologista. Iniciei minha participação no Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento (GEFASSED) recebida pela professora Dra. Verônica A. Mazza, aqui na Universidade Federal do Paraná (UFPR). Durante visitas às reuniões do grupo de pesquisa, tive a oportunidade de conhecer o trabalho desenvolvido pela minha querida orientadora Dra. Márcia H. S. Freire, que acolheu o meu desejo de aprofundar o conhecimento na área.

Durante o mestrado (2015-2016), pudemos desenvolver a análise de indicadores de Mortalidade Perinatal no estado do Paraná. Esse indicador permitiu a compreensão da mortalidade fetal e a neonatal precoce, que refletiam as condições assistenciais desenvolvidas no processo de trabalho do próprio sistema de saúde desde o período pré-natal.

Portanto, havia a necessidade de estender a pesquisa para compreender a relação entre o processo de trabalho com os resultados atingidos e uma estrutura teórica que pudesse fundamentar uma avaliação. Chegamos assim, eu e minha orientadora, à construção deste projeto para avaliação da Linha de Cuidado à saúde Materna e Infantil, que muito nos orgulha.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a construção histórica da saúde se estabeleceu como um direito social instituído pela Constituição Federal de 1988, a ser garantido pelo Estado mediante o desenvolvimento de políticas públicas. Para tanto, os diversos serviços de saúde já existentes foram organizados em um Sistema Único de Saúde (SUS) como resultado da Reforma Sanitária. Sua implementação ocorreu de forma fragmentada devido à concentração de serviços de saúde especializados em regiões mais desenvolvidas economicamente. Também houve abertura para a atuação da iniciativa privada pela terceirização de serviços, sobretudo relacionado a diagnóstico e tratamento, além do subfinanciamento crônico pela falta de planejamento financeiro, que de forma resolutiva, direcionasse o recolhimento de impostos diretamente para repasse à saúde (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA et al., 2011; MAGALHÃES-JUNIOR; MIRANDA, 2014).

Ademais, a organização do SUS foi definida posteriormente, em 1990, com a publicação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 que deliberou sobre a descentralização da saúde conforme a responsabilidade definida para cada esfera de governo. Essa descentralização possibilitou a municipalização da saúde, responsável por organizar os serviços de forma hierarquizada nos diferentes níveis de complexidade para a resolução de problemas de saúde que fossem emergentes da região (BRASIL, 1990; PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA et al., 2011; MAGALHÃES-JUNIOR; MIRANDA, 2014).

Destaca-se que a descentralização vem sendo a principal lógica para a implementação e consolidação do SUS, por isso, foi necessária a criação de programas para o fortalecimento do papel da Atenção Primária. Entre esses programas, temos a criação do Programa de Agentes Comunitários, em 1992, e do Programa Saúde da Família, em 1994, que posteriormente foi consolidado em Estratégia Saúde da Família, em 1998. De tal modo, foram observados resultados positivos nos indicadores de saúde, como por exemplo a redução da Mortalidade Infantil por doenças diarreicas e infecções respiratórias, bem como a ampliação do acesso e a qualidade dos serviços. Mais tarde, em 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, em 2008, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que possibilitaram o desenvolvimento da organização dos serviços em redes, com referência e contrarreferência. Destaca-se que a PNAB foi alterada posteriormente em 2017, enfraquecendo sua atuação (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA et al., 2011; GIOVANELLA, FRANCO, ALMEIDA, 2020).

Ainda, em 2006, foi estabelecido o Pacto pela Saúde, com o objetivo de consolidar a implementação do SUS, no qual cada esfera de governo assumiu responsabilidades e metas de saúde, organizadas em três componentes: 1) Pacto pela Vida: teve entre os seus objetivos a redução da Mortalidade Materna e Infantil, além do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família; 2) Pacto em Defesa do SUS: que defendeu os princípios do SUS, como a universalidade, a integralidade e a equidade, incentivando a participação da sociedade com o objetivo de fortalecer o compromisso do orçamento das três esferas de governo e o incremento dos recursos orçamentários; e o 3) Pacto de Gestão do SUS: que respeita as singularidades regionais progredindo na regionalização e descentralização, com isso, organizando o sistema de saúde em regiões sanitárias (BRASIL, 2006b; PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA et al., 2011).

Frente a um sistema de saúde descentralizado foi observada a necessidade de uma estrutura inovadora para sua gestão, por isso foram criados os Conselhos de Saúde a nível estadual, a Comissão Intergestores Bipartites (CIB), e a nível federal, a Comissão Intergestores Tripartites (CIT). A partir disso, as decisões passaram a ser tomadas com um número maior de atores sociais envolvidos, contando também com a participação social, com a intenção de refletir maior clareza quanto às deliberações para a continuidade da implementação do SUS (BRASIL, 1990; PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA et al., 2011).

Na Atenção Secundária, as especialidades apresentavam oferta limitada de serviços diagnósticos e terapêuticos, incrementadas pela participação da iniciativa privada, mas que dificultou a coordenação do cuidado. Assim, em 2007, foi criada uma diretoria para melhoria da gestão clínica para implementar a promoção da saúde e do uso racional de recursos e as primeiras Unidades de Pronto Atendimento (UPA). No ano seguinte, em 2008, foi criado o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para a articulação entre os serviços de saúde. Essas instituições reduziram a demanda nas emergências hospitalares, assegurando assistência domiciliar para a superação da fragmentação do cuidado (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA et al., 2011; MAGALHÃES-JUNIOR; MIRANDA, 2014; MACHADO GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Entretanto, a assistência hospitalar recebia uma alta demanda para a realização de procedimentos de alto custo, que privilegiava a cultura de financiamento por pagamentos de procedimentos, persistindo uma dificuldade quanto à mudança de financiamento para o cuidado integral que obteria melhores resultados de saúde individual e coletiva. Outro impasse foi a ocorrência de internações de pacientes fora de seu município de residência, atingindo cerca de

20,0% dos pacientes. Esse cenário impactou sobretudo em pessoas que residiam em municípios com menores recursos financeiros, exigindo estratégias para a garantia da integralidade e equidade. Era necessária a conexão entre os serviços de saúde com o estabelecimento de um fluxo claro de referência e contrarreferência, mediados pela disponibilidade de transporte, além de novas políticas sociais para a redução das desigualdades, considerando a inclusão da saúde em todas as políticas (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA et al., 2011).

A necessidade de organização dos diversos serviços de saúde nas diferentes complexidades evidenciou a carência em estabelecer uma tecnologia inovadora de gestão, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), publicação da Portaria nº 4.279 de 2010. Trata-se de um modelo de organização dos serviços e sistema de saúde cujo objetivo é garantir a integralidade do cuidado pela articulação de diferentes serviços conectados por sistemas de apoio, logístico e de gestão a fim de melhorar o desempenho do sistema de saúde em relação à ampliação do acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010a).

A RAS destaca-se como uma política estruturante do SUS na qual os serviços de saúde assumem uma relação horizontal, de rede e integrada. Cada serviço comporta-se como pontos de atenção que interagem entre si e são ordenados pela Atenção Primária. Estão delimitados por uma base territorial segundo as esferas de governo municipal e estadual, para a demarcação de regiões de saúde ligadas por transportes sanitários, conforme definição pelas CIB. Assim, foram selecionadas as demandas de saúde com maior relevância epidemiológica para o Brasil e estabelecidas as linhas de cuidado: Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências; e a Rede de Prevenção e Controle de Câncer de Colo de Útero e Mama depois ampliada para Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (MAGALHÃES-JUNIOR; MIRANDA, 2014; BRASIL, 2014).

A Rede Cegonha foi pactuada na CIT, em 2011, com foco no componente pré-natal, sobretudo na ampliação de exames e na captação precoce das gestantes. Essa linha de cuidado buscou reduzir a Mortalidade Materna, com atenção privilegiada às gestações de alto risco além da redução da Mortalidade Infantil e o acompanhamento da criança até o final do segundo ano de vida, a ser implantada em toda a extensão do SUS, até 2014, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2014; MAGALHÃES-JUNIOR; MIRANDA, 2014) por possuírem indicadores mais elevados.

No Paraná, em 2012, seguindo as recomendações da Rede Cegonha, a Secretaria Estadual de Saúde lança o Programa Rede Mãe Paranaense, estruturando a Linha de Cuidado à

Saúde Materna e Infantil. Seu principal aspecto foi a estratificação do risco da gestante e da criança como um elemento orientador da organização dos pontos de atenção estruturado em cinco componentes: 1) Atenção Primária: ordenadora do cuidado com oferta de atendimento de qualidade ao pré-natal, ao puerpério e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças até 12 meses; 2) Centro Mãe Paranaense: serviço de acompanhamento de gestantes e crianças de risco em ambulatórios especializados; 3) Atenção Terciária: com vinculação da gestante conforme sua classificação de risco e disponibilidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulto e neonatal; 4) Sistemas Logísticos: conta com infraestrutura tecnológica, transporte sanitário eletivo ou urgência e regulação; e 5) Governança em Rede: desenvolvida pelas CIB regionais (BRASIL, 2014; PARANÁ, 2018).

1.1 JUSTIFICATIVA DA PROBLEMÁTICA INVESTIGADA

Com a agenda global dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) houve expressiva redução dos indicadores de Razão de Mortalidade Materna e Infantil. Seu escopo foi combater a pobreza e a fome tendo a saúde e a educação como estratégias para melhorar a qualidade de vida da população. Todavia, a necessidade da continuidade do descenso desses indicadores permaneceu presente na nova agenda, a dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que compreende um desdobramento dos ODM, estabelecendo metas para suplantar alguns desafios da atualidade, como o cuidado com os recursos naturais e melhoria da qualidade de vida da população. Essa proposta é desenvolvida com base em, por exemplo, estarem as mortes amplamente relacionadas ao acesso à saúde e à qualidade da assistência no pré-natal, fato que impacta nas condições de morbimortalidade da mulher no momento do parto e no pós-parto, com repercussões na saúde e vida da criança. Ressalta-se, ainda, que o recém-nascido apresenta como principais causas de morte as evitáveis, como prematuridade, asfixia e sepse neonatal (WHO, 2018).

Contudo, a implementação das RAS enfrenta obstáculos pela diversidade de responsabilidade entre os atores sociais envolvidos, com baixa articulação entre si e a alta rotatividade de gestores na área da saúde devido às condições políticas e a descontinuidade administrativa que compromete a sua efetividade (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA et al., 2011). Considera-se ainda a frágil formulação dos contratos organizativos de ação pública e a baixa oferta de atenção secundária no tocante à acessibilidade, transporte, comunicação e conectividade entre serviços (BRASIL, 2014a; CASANOVA, CRUZ, GIOVANELLA et al.,

2017). É um cenário que sinaliza para a relevância do desenvolvimento da avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil favorecendo o reconhecimento de suas potencialidades e fragilidades e os movimentos para o seu aperfeiçoamento.

A RAS está inserida em um sistema de extensa complexidade na qual são estabelecidas relações internas e externas, estas por sua vez, em algum ponto da rede, podem gerar dificuldades, ou seja, a interação entre os serviços de saúde que se constituem como pontos de atenção se apresentarem incongruentes. São produzidos desafios a serem superados não apenas pelos usuários do SUS, mas também pelos trabalhadores e gestores da saúde. Possivelmente, essas dificuldades podem estar relacionadas à burocracia e repensar a Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil sob a luz da complexidade de uma avaliação contribuirá para uma readaptação dos serviços de saúde e com a transformação da realidade social (ARRUDA; LOPES; KOERICH, et al., 2015).

Em tese, a produção de um modelo lógico de avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, com qualidade comprovada pela validação de seu conteúdo e de sua confiabilidade, favorecerá a institucionalização da avaliação. O modelo lógico é o primeiro passo para a realização de uma avaliação em saúde, contribuindo para a identificação dos problemas a nível local, regional e estadual, de tal modo que o uso de indicadores para o reconhecimento de possíveis rupturas relativas à estrutura, processo ou resultado contribuirá para produção de evidências científicas das políticas públicas. Nesta perspectiva, acredita-se que a aplicação das evidências subsidie a tomada de decisão pelos gestores do sistema de governança, garantindo o aprimoramento das políticas públicas de saúde que se refletirão na qualidade da assistência à saúde materna e infantil, suscitando assim a transformação da saúde individual, da prática profissional, das condições de saúde da comunidade, assim como o fortalecimento do sistema de saúde.

Entende-se a produção de instrumentos validados que auxiliam no monitoramento dos resultados da gestão do sistema de saúde sob a lógica das RAS como uma produção de tecnologia inovadora para a governança. Portanto, o desenvolvimento deste estudo é coerente à Linha de Pesquisa de Tecnologia e Inovação em Saúde Fundamentos para a Prática Profissional (TIS), dos Programas de Pós-graduação em Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

1.1.1. Pergunta de Pesquisa

Ao delimitar o problema de pesquisa para este estudo, foi estabelecida a seguinte questão de pesquisa: *Qual é a validade e a confiabilidade de um modelo lógico construído e analisado por especialistas para a institucionalização da avaliação da Qualidade em Saúde, da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil relacionadas à gestão sob governança?*

Para a elaboração dessa pergunta de pesquisa utilizou-se o acrônimo PICO, referente à população (P), intervenção (I), comparação (C) e desfecho (O) (APÓSTOLO, 2017). Como **população** (P) foram considerados os especialistas vinculados à Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil do estado do Paraná, os quais produziram e validaram esta tecnologia; a **intervenção** (I) relaciona-se com o modelo lógico de avaliação da Qualidade em Saúde da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, implantada a partir de 2012, no estado do Paraná; a **comparação** (C) seria o modelo lógico produzido e validado por especialistas; e o **desfecho** (O) constitui a institucionalização da avaliação da Qualidade em Saúde relacionada à gestão sob governança.

1.1.2. Hipótese

Esta pesquisa apresenta como tese investigada a hipótese: o modelo lógico de avaliação da Qualidade em Saúde, fundamentado no arcabouço jurídico das legislações pertinentes, após análise por especialista para aplicabilidade junto à Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, apresenta validade e confiabilidade de conteúdo.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Desenvolver um modelo lógico de avaliação validado para a gestão sob modelo de governança da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil do estado do Paraná.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Produzir modelo lógico do tipo *Theory Approach Models*, segundo a Fundação Kellogg, para avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil;
- Validar o conteúdo do modelo lógico segundo seus domínios, itens e dimensões assistenciais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo compõe um artigo de revisão integrativa intitulada “Mortalidade em crianças menores de cinco anos: revisão integrativa”, que buscou analisar estudos vinculados ao *Global Burden of Disease* sobre mortalidade na infância, de menores de cinco anos, e suas principais causas, analisando os achados conforme a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos; transição epidemiológica das causas de mortalidade de crianças menores de cinco anos; e implicações para os serviços e sistema de saúde. Deste modo, evidenciam-se as principais causas de morte relacionadas aos fatores perinatais, apontando o reflexo da qualidade da assistência à saúde materna na sobrevivência das crianças.

O artigo foi publicado na Revista de Saúde Pública do Paraná, no formato *on-line*, que tem como escopo a divulgação de pesquisas relacionadas aos problemas de saúde da população e sobre a organização dos serviços e sistemas de saúde. O periódico é avaliado pelo Qualis CAPES com nota B3 para a área da Enfermagem.

Com a elaboração desta revisão integrativa, compreendemos que a transição epidemiológica das causas de morte reflete em maior prevalência dos fatores perinatais e das malformações congênitas, de modo que, para a manutenção da redução dos óbitos infantis, é necessário relacionar a Qualidade em Saúde prestada à saúde materna no pré-natal, no parto e no puerpério. Por isso, foi desenvolvida uma revisão bibliográfica das políticas públicas de saúde materna e infantil que refletem na assistência realizada no estado do Paraná. Este conteúdo está apresentado no subcapítulo dos resultados, 6.1 Ação Operacional 1, por compreender um procedimento de revisão de literatura que integra a primeira ação do modelo do estudo definido para esta pesquisa, conforme apresentado no Capítulo de Materiais e Métodos.

Mortalidade em crianças menores de cinco anos: revisão integrativa

Mortality in children under five years old: integrative review

Michelle Thais Migoto¹, Gabrielle Freitas Saganski², Aneís Louise Peres³, Márcia Helena de Souza Freire⁴

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8546-8694>. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: michellemigoto@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9716-659X>. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: gabisaga@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2702-3037>. Enfermeira. Residente em Enfermagem Pediátrica na Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: aneperes44@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3941-3673>. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da UFPR, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: marciahelenafreire@gmail.com

CONTATO: Nome do autor correspondente Michelle Thais Migoto. | Endereço: Av. Prof. Lothario Meissner, 632. Bloco Didático II, 3º andar. Jardim Botânico, Curitiba, Paraná, Brasil. CEP: 80210-170. E-mail: michellemigoto@gmail.com

RESUMO Identificar as evidências disponíveis sobre as taxas de mortalidade em menores de cinco anos e suas principais causas, veiculadas por estudos que utilizaram as métricas de avaliação do *Global Burden of Disease*. Trata-se de uma revisão integrativa nas bases de dados: *Web of Science*, Scopus, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/United States National Library of Medicine e, *Scientific Eletronic Library Online*. Foram incluídos estudos que respondiam à pergunta de pesquisa; apresentavam amostra de crianças menores de cinco anos; utilizavam métricas GBD; idiomas inglês,

português e espanhol. Foram identificados 134 documentos, incluídos 22 estudos publicados entre 2007 a 2019. Apresentam a redução da mortalidade em crianças menores de cinco anos e transição epidemiológica das causas de morte. Portanto, reitera-se que a redução da mortalidade evidencia novas demandas de saúde, prevendo a ampliação do acesso aos serviços e sistema de saúde, sobretudo ao atendimento perinatal.

DESCRITORES: Mortalidade Infantil; Mortalidade da Criança; Política Pública; Política de Saúde; Revisão; Global Burden of Disease.

ABSTRACT To identify the available evidence on mortality rates in children under five and their main causes, provided by studies that used the Global Burden of Disease assessment metrics. This is an integrative review in the following databases: Science Web, Scopus, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/United States National Library of Medicine and Scientific Electronic Library Online. Studies that answered the research question were included; had a sample of children under five years of age; used GBD metrics; English, Portuguese and Spanish languages. A total of 134 documents were identified, including 22 studies published between 2007 and 2019. They show a reduction in mortality in children under five years of age and an epidemiological transition in the causes of death. Therefore, it is reiterated that the reduction in mortality highlights new health demands, providing for the expansion of access to health services and system, especially to perinatal care.

DESCRIPTORS: Infant Mortality; Child Mortality; Public Policy; Health Policy; Review; Global Burden of Disease.

INTRODUÇÃO

A mortalidade de crianças menores de cinco anos reflete na qualidade e expectativa de vida de uma população¹⁻², ela sofre o impacto das políticas públicas de saúde voltadas ao pré-natal, parto, nascimento e atendimento ao recém-nascido, devido relacionarem-se aos recursos disponíveis e à qualidade da assistência à saúde materna e infantil¹. O indicador de Mortalidade da Infância, relativo aos menores de cinco anos, tem forte influência do componente Mortalidade Infantil, óbitos ocorridos em menores de um ano, que contempla os períodos Neonatal Precoce (0 a 6 dias completos de vida) e Tardio (7 a 27 dias completos), assim como o Pós-neonatal (28 a 365 dias incompletos)¹.

Atualmente, a Mortalidade Neonatal, a Infantil e na Infância, são indicadores que compõem a agenda global dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), visando o estabelecimento de ações para a redução da desigualdade social, para promover impacto na qualidade de vida da população e redução destes óbitos¹⁻². Reconhece-se que estes indicadores apresentam resultados discrepantes entre os diferentes países, sobretudo por estarem relacionados às condições locais de desenvolvimento social, econômico e demográfico de cada região.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) recomenda o cálculo de indicadores de mortalidade e o seu monitoramento, por meio de estudos de estatísticas vitais com dados secundários e a produção de evidências científicas¹⁻². Estes estudos subsidiam a tomada de decisão voltada à formulação de políticas públicas de saúde¹⁻², devem ser realizados periodicamente para acompanhar os resultados de saúde, e assim direcionarem a alocação de recursos aplicados ao sistema de saúde, para a ampliação do acesso aos serviços de saúde³.

Um exemplo deste tipo de estudo é o *Global Burden of Disease* (GBD) que teve início em 1990, desenvolvido e coordenado pelo *Institute of Health Metrics and Evaluation* (IHME), que passou a ser aplicado no Brasil a partir de 2014. O GBD utiliza métricas padronizadas de análise para a formulação de evidências científicas de alta qualidade, a fim de compreender o cenário real da mortalidade com padrões fidedignos de comparação entre as informações. Assim, contribui com a compreensão do comportamento das doenças quanto aos seus fatores de risco, fortalecendo os sistemas de saúde² em todo o mundo.

A análise da mortalidade geral pelo GBD se desenvolve pelo estudo da causa básica dos óbitos. Para minimizar o impacto de causas inadequadamente registradas, aplica-se modelos estatísticos para correção de “*Garbage Codes*”, reconhecidos como códigos lixo, por não refletirem a causa básica real do óbito. Após esta remodelagem são realizados os cálculos de taxas de mortalidade ajustada; incidência e prevalência dos eventos; anos de vida perdidos por morte prematura (YLLs); anos vividos com incapacidade

(YLDs); anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs), este consiste na somatória entre o YLL e o YLD; os fatores de risco; e a expectativa de vida².

Este estudo busca reunir dados relativos à mortalidade em criança menores de cinco anos de diversas regiões, a fim de compreender as principais demandas de saúde e suas implicações aos serviços e sistemas de saúde. Um avanço para a construção de modelos de avaliação que permitam o monitoramento de políticas públicas de saúde, voltadas a esta população, apropriado para a produção evidências científicas. Estas, quando incorporadas à prática profissional, na esfera de gestão, contribuirão para a transformação da saúde individual e da comunidade⁴.

Este estudo teve como o objetivo identificar as evidências disponíveis sobre as taxas de mortalidade em menores de cinco anos e suas principais causas, veiculadas por estudos que utilizaram as métricas de avaliação do *Global Burden of Disease*.

MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa que permite identificar, reunir e sintetizar evidências científicas disponíveis sobre um determinado assunto a partir de estudos primários. Foi utilizado o referencial metodológico de Ganong, estruturado em seis etapas, à saber: 1) Seleção da hipótese e pergunta de pesquisa; 2) Amostragem; 3) Representação das características dos estudos primários; 4) Análise dos achados; 5) Interpretação dos resultados; e 6) Apresentação da revisão⁴⁻⁵. O estudo foi desenvolvido a partir das recomendações do *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁶, adequado ao tipo de estudo realizado.

A pergunta de pesquisa foi estruturada segundo o mnemônico PICO⁷ que se refere a População (P) de crianças menores de cinco anos de idade; a Intervenção (I) que seriam as métricas de avaliação do estudo *Global Burden of Disease*; não foi aplicado o Comparador (C) nesta pesquisa; e *Outcomes* ou desfechos (O) a Mortalidade na Infância e Mortalidade Infantil. Concluída como: Quais são as taxas e as causas de mortalidade em menores de cinco anos, veiculadas por estudos que utilizaram as métricas de avaliação do *Global Burden of Disease*?

Para a localização dos estudos primários foram utilizados os descritores do *Medical Subject Headings* (MeSH) e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), empregados conforme as especificidades de cada base de dados. No desenvolvimento, foi observado que a inclusão de descritores e sinônimos específicos à população reduzia drasticamente a quantidade de estudos identificados, entre os estudos incluídos na amostra utilizou-se a população como critério de inclusão.

Diante do fato, a busca foi estabelecida a partir do descritor da intervenção *Global Burden of Disease*, associado aos descritores de desfecho pelo operador booleano 'and'. Os

descritores para o desfecho foram *Infant Mortality*, óbitos até 1 ano de idade, ao *Child Mortality*, óbitos de 1 a 12 anos, associados pelo operador booleano 'or'. Contudo, a estratégia de busca estabelecida foi: ("*Global Burden of Disease*") AND ("*Infant Mortality*" OR "*Child Mortality*").

A busca teve início em outubro de 2018, com última atualização em maio de 2020, onde foram utilizados descritores MeSH nas bases de dados: *Web of Science*; *Scopus*; *Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED)*; *Medical Literature Analysis Retrieval System Online (MEDLINE)*; e utilizando descritores DeCS na *Scientific Eletronic Library Online (SciELO)*. Esta última, não considera *Global Burden of Disease* como um descritor DeCS e ele foi ajustado como palavras. Posteriormente, foi realizada a busca por estudos referenciados pelos artigos que atenderam aos critérios de inclusão e compuseram a amostra.

Para a organização das publicações identificadas utilizou-se a ferramenta *EndNote Clarivate Analytcs*. Esta seleção foi realizada por dois revisores independentes, em casos de discordâncias um terceiro revisor foi consultado para consenso, todos eram pesquisadores da área de pediatria e de estudos de revisão.

Os critérios de inclusão foram: responder à pergunta de pesquisa; incluir amostra de crianças menores de cinco anos; ser estudo que utilizaram as métricas do GBD, a partir de 1990, ano do início do seu desenvolvimento até o período da busca; apresentar-se nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram considerados como critérios de exclusão: estudos que abordaram a mortalidade na infância estendida até os 12 anos sem estratificação para a população menor de cinco anos; e a abordagem exclusiva às causas ou grupo de causas específicos de mortalidade na infância.

Não foi realizado a avaliação da qualidade metodológica por não ser aplicada às Revisões Integrativas⁴⁻⁵. A seguir, os estudos primários foram hierarquizados conforme o seu nível de evidência, conforme estabelecido pelo Joanna Briggs Institute (JBI), atribuído ao delineamento de pesquisa aplicado, permitindo um julgamento quanto a probabilidade do rigor metodológico relativos às evidências produzidas⁷.

Na extração dos resultados utilizou-se um instrumento elaborado em formato de planilha, no *Microsoft Office Excel*, estruturado pelos próprios autores, com as seguintes informações: ano; país e idioma de publicação; tipo de estudo; nível de evidência; principais resultados; limitações ou vieses; e, por fim, as recomendações de cada estudo primário.

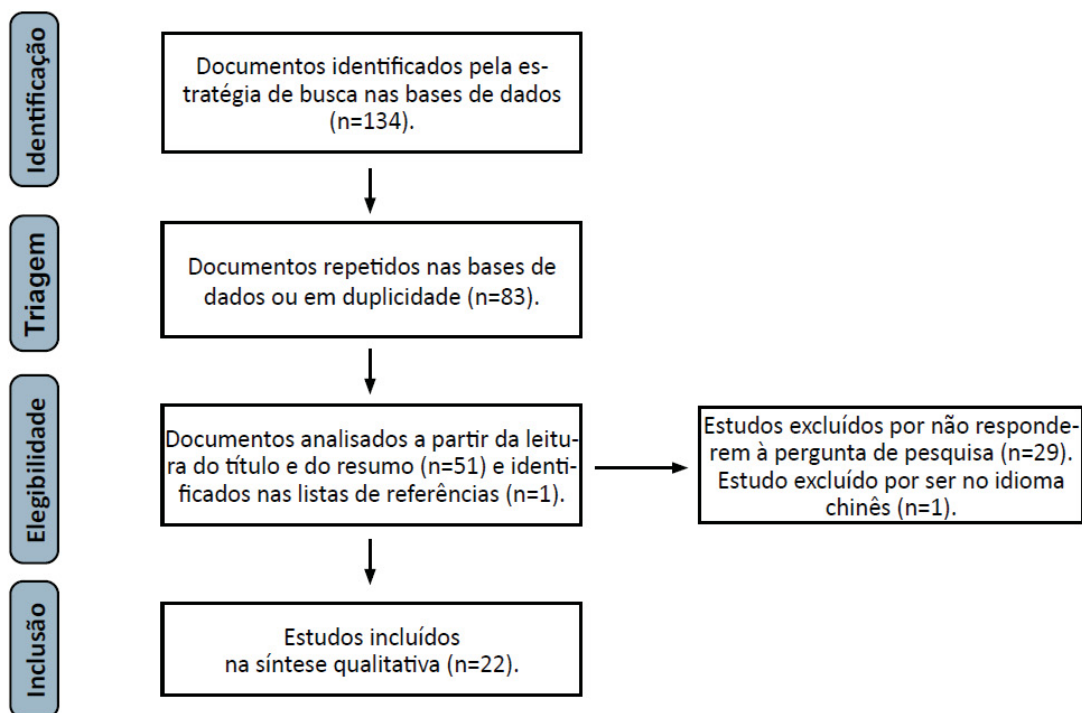
Salienta-se que os principais resultados e recomendações extraídos dos estudos primários foram responsivos à pergunta de pesquisa, sem demérito aos demais achados das publicações que não foram apresentados por esta revisão. Para apresentação dos resultados valeu-se de análise narrativa, atendendo à formulação de três categorias temáticas na discussão: redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos; transição epidemiológica das causas de mortalidade de crianças menores de cinco anos; e, implicações para os serviços e sistema de saúde.

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta o processo de seleção dos estudos mediante a busca nas bases de dados, nas quais foram identificados 134 documentos: 59 (44,0%) na PUBMED/MEDLINE; 53 (39,6%) na Web of Science; 15 (11,2%) na Scopus; e 7 (5,2%) na SciELO. Na sequência, a busca foi importada para a ferramenta *EndNote* e realizada a triagem dos documentos pela aplicação do filtro para a eliminação de duplicações (mesmo estudo em idiomas diferentes) e repetições (mesmo estudo em base de dados diferentes), resultando na eliminação de 83 (61,9%). Foi identificado 1 (0,7%) estudo nas referências.

Desta forma, foi realizada a leitura do título e do resumo de 52 (38,8%) documentos, onde foram excluídos 1 (0,7%) por estar no idioma Chinês e 29 (21,6%) por não responderem à pergunta de pesquisa, conforme especificado na Figura 1. Por fim, a amostra selecionada totalizou 22 (16,4%) estudos. Entre os estudos selecionados 20 (90,9%) eram estudos internacionais e 2 (9,1%) nacionais. Quanto ao idioma de publicação 19 (86,4%) foram publicados em inglês, 2 (9,1%) em português e 1 (4,5%) em espanhol. Foram publicados entre os anos de 2007 a 2019.

Figura 1. Processo de seleção dos estudos primários desta Revisão Integrativa segundo o fluxo dos critérios de inclusão e de exclusão, 2020.



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Em relação ao método dos estudos primários, a estimativa da carga global de doença, foi observado que as abordagens de métricas, para redução de vieses, foram categorizadas pelos autores segundo o ano escolhido para análise: em 5 (22,7%) estudos^{16-17,24, 26-27} foi 2010; 3 (13,6%) estudos^{10,22-23}, 2013; 5 (22,7%) estudos^{11,13-15,21}, 2015; 2 (9,1%) estudos^{8,10} o ano de escolha foi 2016; e, 6 (27,3%) estudos^{8,12,18,25,28-29} não apresentaram a informação vinculando o ano à análise (Quadro 1). Os estudos apresentados são do tipo observacional sem grupo controle, classificados no nível de evidência 3.e. Apenas 1 (4,5%) estudo¹⁹ apresentou dados de outros estudos GBD na estrutura de artigo editorial e assim foi classificado com o nível de evidência 5.c (Quadro 1). Assim, a confiança quanto aos resultados podem ser questionadas para a incorporação das evidências na prática profissional devido a presença de vieses.

Os estudos que utilizam métricas de avaliação do *Global Burden of Disease* conta com dados de diversos países que são organizados em regiões e super-regiões, desenvolvendo a análise dos dados da extensão global para a nacional. Assim, entre os estudos identificados 10 (45,5%)^{9,10,13-16,28,20,28,29} analisaram dados de um único país; 6 (27,3%)^{8,11-12,19,25,27} analisaram dados de uma determinada super-região; e 6 (27,3%)^{17,21-24,26} analisaram dados globais contemplando todas as super-regiões (Quadro 1).

O Quadro 1 apresenta a síntese dos principais resultados extraídos dos estudos primários, referentes as taxas de Mortalidade na Infância e em seus componentes Infantil, Pós-neonatal e Neonatal, bem como suas principais causas. Reitera-se que, de maneira geral, a mortalidade de menores de cinco anos tem apresentado redução importante nas últimas décadas, levando a uma transição epidemiológica de suas principais causas de mortalidade.

Quadro 1. Síntese dos resultados extraídos dos estudos primários que compuseram a amostra desta Revisão Integrativa, 2020.

Ano	País	Método	Principais Resultados dos Estudos Primários
2019 ⁸	Tunísia, Argélia, Marrocos, Mauritânia e Líbia.	Estimativa GBD	Entre 1990 a 2015, a Mortalidade na Infância variou de 15 a 90, a Mortalidade Neonatal entre 7 a 35 e a Mortalidade Infantil entre 12 a 55,8 por mil nascidos vivos. Principal causa de morte para menores de 5 anos, entre os países, foi a prematuridade.
2018 ⁹	Afganistão	Estimativa GBD 2016	Redução progressiva, entre 1990 a 2016, da Mortalidade Neonatal e Mortalidade na Infância, como principal causa de morte apontadas as anomalias congênitas. Outras duas importantes causas, baixo peso ao nascer e nascimento prematuro, levaram a maior impacto para DALY, anos de vida perdidos ajustados por incapacidade.
2018 ¹⁰	Rússia	Estimativa GBD 2016	Entre 2000 a 2016, houve redução de 57,7% da Mortalidade na Infância na Rússia.

2018 ¹¹	22 países do Mediterrâneo Oriental	Estimativa GBD 2015	Entre 1990 a 2015, houve redução de 54,0% da Mortalidade na Infância, de 22,4% da Mortalidade Neonatal Precoce; no mesmo período, a redução das taxas globais foi de 42,4%. As principais causas de morte de menores de 5 anos foram: complicações do nascimento prematuro; encefalopatia neonatal infecções respiratórias inferiores, anomalias congênitas e doenças diarreicas. Redução de anos de vida perdidos por morte prematura YLL), que variou de 54,3 para 80,9% para menores de 5 anos.
2018 ¹²	União Europeia	Estimativa GBD	Entre 2005 a 2009, cerca e 80% da Mortalidade Infantil foi atribuída às anomalias congênitas, 1,1 óbitos por mil nascidos vivos. Apresentaram como desfecho o aborto 17,0% dos fetos com diagnósticos de anomalias congênitas realizados no pré-natal.
2018 ¹³	Brasil	Estimativa GBD 2015	Os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY) por complicações neonatais geradas devido o nascimento prematuro passaram da 10 ^a (21,3 óbitos por mil nascidos vivos) para 27 ^a posição (5,9 óbitos por mil nascidos vivos), apontando para maior longevidade da população.
2017 ¹⁴	Etiópia	Estimativa GBD 2015	Entre 1990 a 2015, foi identificado redução para anos de vida perdidos por morte prematura (YLL) em 58%, em relação as doenças neonatais: encefalopatia neonatal, anemia por deficiência de ferro, desnutrição energético-proteica e as complicações do nascimento prematuro.
2017 ¹⁵	Brasil	Estimativa GBD 2015	Houve alteração do principal componente da Mortalidade Infantil, passando do Pós-Neonatal para o Neonatal Precoce (41,0%). Em 2015, a taxa era de 17 óbitos por mil nascidos vivos, redução de 67,6%, entre 1990 a 2015. Entre as principais causas de morte em 2015, estavam: prematuridade (3,1 óbitos por mil nascidos vivos); anomalias congênitas (3,0 óbitos por mil nascidos vivos) e asfixia intraparto (1,9 óbitos por mil nascidos vivos).
2017 ¹⁶	Malásia	Estimativa GBD 2010	Redução de 2,4% da Mortalidade na Infância, entre 1990 a 2013, e a principal causa de morte foi a anomalia congênita, cerca de 3,2 óbitos por 100 mil habitantes.
2017 ¹⁹	195 Países	Estimativa GBD 2010	A principal causa de Mortalidade na Infância em países com melhor Índice Sócio-Demográfico (ISD) foi a anomalia congênita e as hemoglobinopatias, enquanto em países com menor ISD doenças infecciosas, as causas nutricionais, causas maternas ou neonatais.
2017 ¹⁸	Colômbia	Estimativa GBD	Entre 1998 a 2012, houve redução da Mortalidade na Infância cujos departamentos/estados variaram de - 60,9% até aumento de + 43,7%. As principais causas de óbito foram complicações do nascimento prematuro e as anomalias congênitas cardíacas.

2017 ¹⁹	14 países da América Latina	Editorial	Redução da Mortalidade na Infância, entre 1990 a 2015, para todos os países da América Latina, com maior redução para o Peru (-6,3%) e menor para o Panamá (-1,7%). O Brasil apresentou redução de 4,5%, caindo para o 11º lugar com 16,9 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto o Chile para 7,6 óbitos por mil nascidos vivos. Entre as taxas para Mortalidade Neonatal observa-se em 1º lugar o Chile (3,9 óbitos por mil nascidos vivos) e, com menor taxa (9,3 óbitos por mil nascidos vivos) o Brasil em 14º lugar. Para a Mortalidade Pós-Neonatal, o Chile com 2,6 óbitos por mil nascidos vivos e o Brasil cai para a 13ª posição com 5,7 óbitos por mil nascidos vivos.
2016 ²⁰	Etiópia	Estimativa GBD 2013	Entre 1990 a 2013, houve redução de 52,0% da Mortalidade Neonatal, 64,0% da Mortalidade Pós-Neonatal e 74,0% da Mortalidade na Infância, passando de 203,9 para 74,4 óbitos por mil nascidos vivos. Entre as principais causas de morte a infecção do trato respiratório inferior, doenças diarreicas e síndromes neonatais. Causas diarreicas que estavam relacionadas ao abastecimento inseguro de água, apresentaram redução de entre 58 a 59,0%.
2016 ²¹	195 Países	Estimativa GBD 2015	Em 2015, ocorreram 5,8 milhões de mortes de crianças menores de 5 anos, redução de 52,0%, comparado ao ano de 1990. A redução foi de 42,2% para Mortalidade Neonatal e 47,0% para nati-mortalidade, considerada lenta e não atingindo o Objetivo do Desenvolvimento do Milênio.
2016 ²²	188 Países	Estimativa GBD 2013	Em 2013, ocorreram 6,28 milhões de óbitos de crianças até 5 anos, em todo o mundo, como principais causas de óbito e dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY): infecções respiratórias inferiores, complicações do nascimento prematuro e encefalopatia neonatal. Na África as principais causas de morte foram infecções respiratórias inferiores, malária e diarreia. Nos países da América do Norte, Australásia, Europa, Leste da Ásia, América Latina e Caribe as principais foram as complicações do nascimento prematuro e as anomalias congênitas. No sul da Ásia foi a encefalopatia neonatal.
2015 ²³	188 Países	Estimativa GBD 2013	Em 2013, a Mortalidade na Infância em todo o mundo foi de 44,0 óbitos por mil nascidos vivos. Foi observado relação entre menores taxas quando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) aumenta. Como é possível ver na Islândia com 2,4 e Guiné-Bissau com 152,5 óbitos por mil nascidos vivos.
2015 ²⁴	72 Países	Estimativa GBD 2010	Entre 1990 a 2013, houve redução de 42,0% da Mortalidade Neonatal, apresentando como principais causas, em 2013, encefalopatia neonatal, sepse neonatal, anomalias congênitas e infecções respiratórias inferiores. Redução superior a 50,0% para as causas como tétano, diarreia, infecção respiratória inferior, distúrbios neonatais e outras doenças transmissíveis. Entre 1990 a 2013, redução de 52,0% da Mortalidade na Infância, apresentando como principal causa doenças transmissíveis, neonatais e nutricionais.

2014 ²⁵	15 Países da União Europeia	Estimativa GBD	Desde 1970 até 2008, houve redução de 77,0% na mortalidade de crianças entre 1 a 5 anos nos países europeus.
2013 ²⁶	187 países desenvolvidos	Estimativa GBD 2010	Globalmente, entre 1970 a 2010, houve redução de 60,0% da Mortalidade na Infância, mesmo com aumento de 12,0% nos nascimentos.
2013 ²⁷	China e mais 18 países do G20	Estimativa GBD 2010	Entre 1990 a 2010, houve redução de 70,0% da Mortalidade na Infância considerando todos os países em estudo, apresentando como principais causas as Anomalias Congênitas e as Complicações do Nascimento Prematuro, que impactam nos anos de vida perdidos por morte prematura (YLLs) sendo a 12 ^a e a 8 ^a causa respectivamente.
2010 ²⁸	China	Estimativa GBD	Entre 1990 a 2008, a China apresentou redução de 70,0% (de 39,7 para 18,5 óbitos por mil nascidos vivos) dos óbitos de menores de 5 anos. Entre as principais causas destacaram-se as anomalias congênitas em províncias mais ricas e, nas mais pobres, a pneumonia, asfixia ao nascer e acidentes.
2007 ²⁹	Turquia	Estimativa GBD	Em 2000, a Turquia apresentou cerca de 6 vezes mais óbitos infantis quando comparado à países da Europa Ocidental, onde as causas perinatais ocuparam o 1 ^o lugar para o sexo feminino e 2 ^o para o masculino, impactando nos anos de vida perdidos por morte prematura (YLL). Também foi identificado maior proporção de Mortalidade na Infantil nas áreas rurais, quando comparadas a área urbana.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

DISCUSSÃO

Esta Revisão Integrativa permitiu constatar a redução da Mortalidade na Infância, óbitos de menores de 5 anos de vida, com destaque para as alterações nas principais causas de mortalidade, levando à adaptação dos sistemas de saúde de alguns países em relação a nova demanda de saúde. Com destaque para a necessidade de investimentos na infraestrutura tecnológica para o aprimoramento da coleta de dados e dos sistemas de informação de saúde, bem como a padronização pela implementação de protocolos que orientem este processo.

A maioria dos estudos^{8-18,20-29} utilizaram dados secundários oriundos de sistemas de informação, hierarquizados conforme o nível de evidência (3.e e 5.c) que contribui para uma avaliação crítica das evidências extraídas conforme o desenho metodológico dos estudos. Os níveis de evidência identificados sugerem a relevância de uma discussão quanto a confiança das evidências produzidas. Destaca-se que a aplicação de métricas para redução de vieses foi contemplada pelos autores, entretanto não podemos considerar o nível de evidência como uma medida definitiva da melhor evidência disponível⁷. Abaixo apresentamos as categorias analíticas acerca do tema.

Redução da mortalidade em crianças menores de cinco anos

De maneira geral, nas últimas cinco décadas, foi observada, nos estudos primários^{10,11,14-16,18-21, 24-27}, a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos, mesmo frente à elevação dos nascimentos²⁶. Apesar do progresso a redução foi considerada lenta²¹, contudo, ocorrendo em todos os componentes de Mortalidade na Infância. A redução no Brasil¹⁵ foi de 67,7%; na Colômbia¹⁸ de 60,0%; na Rússia¹⁰ de 57,7%; nos países do Mediterrâneo Oriental¹¹ de 54,0%; e, na Malásia¹⁶ de 2,4%.

Em 2013, a Mortalidade na Infância foi de 44,0 óbitos por mil nascidos vivos, em todo o mundo²³. Este indicador está intimamente relacionado ao Índice de Desenvolvimento Humano, como demonstra as taxas na Islândia (2,4 óbitos por mil nascidos vivos) quando comparadas a Guiné-Bissau (153,5 óbitos por mil nascidos vivos)¹⁷. Fato que aponta para a necessidade de manutenção das estratégias voltadas para a distribuição de renda e redução da pobreza.

Destaca-se que a Mortalidade Neonatal também apresentou decréscimo^{15,19-24} embora tenha sido um componente com menor redução proporcional, o que o tornou maior proporção de óbitos, como ocorre no Brasil¹⁵. Foi observado redução de 52,0% na Etiópia²⁰ e, de aproximadamente 42,0%^{21,24}, em todo o mundo. Neste ponto, destacam-se as condições de morbimortalidade dos recém-nascidos como um problema de saúde pública presente em todo o mundo, ocorrência que confirma a necessidade de continuidade de uma agenda global para a implementação de estratégias para a redução da Mortalidade Neonatal.

Considerando o cenário, se faz necessário que os serviços e sistemas de saúde se adaptem às mudanças das demandas em saúde, como também transcendam os desafios da realidade social. Os países que lideram as baixas taxas de mortalidade podem ser seguidos como modelo, contribuindo com o progresso das nações que se apresentam estagnadas¹⁹. A promoção de ações conforme o nível econômico, de maneira equitativa, possibilitará a redução da disparidade, e conseqüentemente, evoluirá a qualidade de vida na primeira infância.

Apesar do arcabouço de informações globais existentes, os estudos locais e regionais também são necessários para a formulação de evidências científicas específicas¹⁶. Pois, a métrica da carga global de doenças tem como objetivo contribuir com os decisores políticos, para o estabelecimento das prioridades de saúde²⁹ em seu território de gestão.

Transição epidemiológica das causas de mortalidade em crianças menores de cinco anos

Globalmente, as principais causas de mortalidade observadas são as infecções respiratórias inferiores, complicações do nascimento prematuro e encefalopatia neonatal. Com destaque para a diversidade entre as causas segundo as características socioeconômicas dos países, como mostra um estudo do GBD realizado com 188 países, os quais os países desenvolvidos ou em desenvolvimento, como América do Norte, Austrália, Europa e alguns países da América Latina, apresentaram maior número de óbitos relacionadas às complicações do nascimento prematuro e às anomalias congênitas^{17,22}. Já os países da África apresentam causas diferentes, como as infecções respiratórias inferiores, malária e diarreia²².

Por conseguinte, em todo o mundo também houve redução superior a 50,0% para as causas de mortalidade referente às doenças transmissíveis, como: tétano, diarreia, infecção respiratória inferior e outras doenças transmissíveis²⁴. Esta condição corrobora com a transição epidemiológica das causas de mortalidade de crianças menores de cinco anos.

Outra causa de morte, com abrangência mundial, as anomalias congênitas destacam-se como uma das principais causas no Afeganistão⁹, em países do Mediterrâneo Oriental¹¹, da União Europeia¹², no Brasil¹⁵, na Malásia¹⁶, na Colômbia¹⁸ e na China²⁷. Na Europa, esta causa de morte constitui-se como responsável por 80,0% dos óbitos, alarmando para a necessidade de monitoramento sistemático para o fortalecimento de estratégias de prevenção e diagnóstico precoce durante o pré-natal¹². As condições de morbidade e de deficiências das crianças que apresentam anomalias congênitas, impactam na expectativa e em sua qualidade de vida, bem como de seus familiares.

Identifica-se a necessidade da organização de protocolos que direcionem a assistência à saúde dos nascidos com anomalias congênitas, permitindo a produção e coleta de dados de qualidade. Outro ponto a ser considerado é que a legalização do aborto pode acarretar o mascaramento da prevalência das anomalias congênitas, por não se produzir registros específicos deste desfecho, e assim limitar o progresso de produção de evidências científicas¹² para que se estabeleça medidas de prevenção.

Ademais, as causas de morte relacionadas às condições perinatais, como o baixo peso ao nascer e a prematuridade, também apresentam impacto na mortalidade global^{22,24-27}, como observado especificamente em alguns países do Mediterrâneo Oriental¹¹, no Brasil¹³, na Etiópia¹⁴, na Colômbia¹⁸ e na Turquia²⁹. Investimentos para a redução desta problemática, favorece a ampliação da expectativa de vida da população^{13,22} devido reduzir os anos de vida perdidos por morte prematura^{27,29}.

Estudos internacionais^{11,14,22,24} apontam que o óbito relacionado à encefalopatia neonatal como uma importante causa de morte global^{22,24}, sobretudo em países com frágeis condições sociais e econômicas, como a Etiópia¹⁴ e os países do Mediterrâneo Oriental¹¹.

A identificação de postos-chave da transição epidemiológica favorece a comparação entre as diferentes causas de Mortalidade na Infância, subsidiando a avaliação de intervenções de saúde específicas para as populações²⁴. Estas evidências sugerem as necessidades para alocação dos recursos na assistência pré-natal, parto, nascimento e desenvolvimento infantil, a fim de provocar transformações na dimensão individual do profissional, refletindo melhores resultados de saúde, e conseqüentemente, transformando a saúde da comunidade.

Para a continuidade da redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos são necessários, sobretudo, investimentos em ações de prevenção e tratamento de doenças, especialmente em regiões menos favorecidas^{24,26}. De maneira que haja contribuições positivas para a conclusão da transição epidemiológica¹⁶ das causas de morte, ainda incompleta em alguns países. Estas ações de prevenção podem ser desenvolvidas por uma Atenção Primária fortalecida, com disponibilidade de profissionais capacitados na promoção e prevenção à saúde.

Implicações para os serviços e sistema de saúde

Evidencia-se a necessidade de planejamento na alocação de recursos financeiros para a assistência perinatal, alinhado aos conceitos de qualidade e segurança, reorganizando o modelo de cuidado vislumbrando de acordo com evolução fisiológica do trabalho de parto e a tomada de decisão clínica baseada em evidências científicas³⁰. Por conseguinte, a redução dos eventos adversos e indesejáveis será proporcionada pelo impacto na qualidade técnico-assistencial, com valorização da mulher em trabalho de parto e preservação da vida e saúde da população infantil. Com esta finalidade, os investimentos devem ser alocados de forma inovadora para que desfavoreçam a ocorrência das mortes evitáveis²¹.

A Estratégia de Saúde da Família foi um investimento inovador no Sistema Único de Saúde na prevenção da Mortalidade na Infância. Ela possibilitou o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde, individualizando o cuidado a criança e contribuindo na redução da morbimortalidade em menores de cinco anos. Por meio das consultas de puericultura, para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que os agravos de saúde são monitorados e recebem assistência à saúde em tempo oportuno. Onde a Estratégia Saúde da Família desenvolve uma parceria com a família na busca de minimizar riscos orgânicos, sociais e familiares, proporcionando um cuidado eficaz na qualidade de vida das crianças e reduzindo a mortalidade³¹.

Todavia, há necessidade do aumento da cobertura dos registros dos óbitos¹⁹, quando eles ocorrem, e a formulação de estratégias que impulsionem sua qualidade. É imprescindível a estruturação dos sistemas de informação quanto à coleta de dados organizada por protocolos, que contemplem a capacitação de profissionais que atuam neste processo. Assim, os dados coletados por estes sistemas de informação poderão detalhar com precisão o cenário real da assistência perinatal³⁰.

Investimentos em infraestrutura tecnológica contribuem para o monitoramento¹² dos óbitos, como a criação de um centro nacional de gerenciamentos de dados, com planejamento de estratégias de implementação da qualidade para curto, médio e longo prazo¹⁴. Isto possibilitará a aprendizagem, aonde o conhecimento produzido poderá ser utilizado em diferentes contextos³.

Portanto, a tomada de decisão para a alocação de recursos direcionada aos locais que apresentem condições sociais e econômicas mais precárias, é um desafio aos gestores de sistemas de saúde. Destaca-se que para o sucesso dos resultados de saúde há a necessidade de investimentos em todas as áreas, a fim de melhorar as condições sociais da população. Pois os resultados de saúde estão intimamente interseccionados com as políticas públicas das áreas sociais, econômicas e ambientais, impactando no avanço da prevenção da morbimortalidade na infância.

Uma limitação desta revisão foi a dificuldade de identificação de alguns estudos brasileiros, não identificados pela estratégia de busca, possivelmente relacionado a não inclusão do descritor *Global Burden of Disease* na indexação destes estudos. Verificou-se o uso de descritores relacionados a área de epidemiologia ou causa de mortalidade, contudo a não utilização do descritor definidor de contexto, *Global Burden of Disease*, levaria à incoerência entre a estratégia de busca e a pergunta de pesquisa estabelecida.

E ainda, os estudos apontam como limitações o uso de dados secundários quanto à sua qualidade^{10,17,21-23,29}, relacionada à perda ou, até mesmo, a ausência de registros^{10,19} quanto a sua temporalidade e localidade²⁵. Todavia, a ausência de ações de vigilância associada à subnotificação dos óbitos¹¹, resulta na necessidade de aplicação de diversos modelos estatístico para a redução dos vieses¹⁸, para que possam traçar uma estimativa da carga de morbidade adequada para a formulação de evidências científicas para atualizações regulares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as evidências científicas disponíveis, relacionadas à mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade, reitera a redução significativa deste tipo de óbito. Esta redução impactou no perfil epidemiológico das principais causas de mortalidade, evidenciando uma transição epidemiológica, condicionada à realidade social

e econômica de cada região ou país, ocorrendo de maneira díspar entre os diversos países. Por fim, as iniciativas de monitoramento e avaliação são indispensáveis para o acompanhamento das mudanças das demandas de saúde. Reforça-se a necessidade de investimentos em infraestrutura tecnológica para a produção de dados de qualidade, desejável para o aprofundamento das informações sobre mortalidade de crianças menores de cinco anos, bem como investimentos na assistência perinatal. Com isto será agregado valor para a tomada de decisão baseada em evidências científicas, conciliando a qualidade da dimensão assistencial e da gestão.

Agradecimentos

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: PNUD, 2015.
2. Rezende T, Lana G, Vasconcelos AMN, França E. Estudo de carga global de doença 2015: resumo dos métodos utilizados. *Rev Bras Epidemiol*; 2017; 20(Suppl1): 4-20. Doi: 10.1590/1980-5497201700050002.
3. Kiess W, Bornehag C-G, Gennings C. The Epidemiology of Global Child Health. *Int J Pediatr Adolesc Med*. 2018; 21:85-96. Doi: 10.1159/000481325.
4. Galvão MC, Sawada NO. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [Internet] 2003 [acesso em 13 out 2020];56(1). Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a12v56n1.pdf>
5. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health*, Hoboken. 1987;10(1):1-11.
6. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*;2009;339:b2700. Doi: 10.1136/bmj.b2700.
7. Apóstolo JLA. Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2017.
8. Melki S, Serhier Z, Boussouf N, Dahdi S, Khalil M, Ben Abdelaziz A. Mortality in the Great Maghreb (1990-2015): causes of death and trends. *Tunis Med*. 2019;97(1):1-13. Available: <https://www.latusis-medical.com/article-medicale-tunisie_3483_en>.
9. Massahikhaileghi P, Tehrani-Banihashemi A, Saeedzai SA, Hossaini SM, Hamedi SA, Moradi-Lakeh M, et al. Burden of Diseases and Injuries in Afghanistan, 1990-2016: Findings from the Global Burden of Disease 2016 Study. *Arch Iran Med*. 2018;21(8):324-34. Available: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30113853>>.
10. Starodubov VI, Marczak LB, Varavikova E, Bikbov B, Ermakov SP, Gall J, et al. The burden of disease in Russia from 1980 to 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018; 322: 1138-146. Doi: 10.1016/S0140-6736(18)31485-5.
11. Mokdad AH, Khalil I, Collison M, Bcheraoui CE, Charara R, Moradi-Lakeh M, et al. Neonatal, infant, and under-5 mortality and morbidity burden in the Eastern Mediterranean region: findings from the Global

Burden of Disease 2015 study. *Int J Public Health*. 2018; 63:63-77. Doi: 10.1007/s00038-017-0998-x.

12. Breidge Boyle B, Addor MC, Arriola L, Barisic I, Bianchi F, Csáky-Szunyogh M, et al. Estimating Global Burden of Disease due to congenital anomaly: an analysis of European data. *Arch Dis Child*; 2018; 103: F22–F28. Doi: 10.1136/archdischild-2016-311845.

13. Souza MFM, Malta DC, França EB, Barreto ML. Changes in health and disease in Brazil and its States in the 30 years since the Unified Healthcare System (SUS) was created. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(6):1737-1750. Doi: 10.1590/1413-81232018236.04822018.

14. Misganaw A, Haregu TN, Derib K, Tessema GA, Deribew A, Melaku YA, et al. National mortality burden due to communicable, non-communicable, and other diseases in Ethiopia, 1990-2015: findings from the Global Burden of Disease Study 2015. *Popul Health Metr*; 2017; 21(15):29. Doi: 10.1186/s12963-017-0145-1.

15. França EB, Lansky S, Rego, MAS, Malta DC, França JS, Teixeira R, et al. Leading causes of child mortality in Brazil, in 1990 and 2015: estimates from the Global Burden of Disease study. *Rev Bras Epidemiol*; 2017; 20(suppl1):46-60. Doi: 10.1590/1980-5497201700050005.

16. Abdul-Razak S, Azzopardi PS, Patton GC, Mokdad AH, Sawyer SM. Child and Adolescent Mortality Across Malaysia's Epidemiological Transition: A Systematic Analysis of Global Burden of Disease Data. *J Adolesc Health*. 2017; 61:424e433. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.05.014.

17. GBD Child and Adolescents Health Collaborators. Child and Adolescent Health From 1990 to 2015 Findings from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2015 Study. *JAMA Pediatr*. 2017; 171(6):573-592. Doi:10.1001/jamapediatrics.2017.0250.

18. Giraldo D, Atehortúa A, García-Arteaga JD, Díaz-Jiménez DP, Romero E, Rodríguez J. A model for mortality analysis in Colombia 2000-2012. *Rev Salud Publica*. 2017; 19(2). Doi: 10.15446/rsap.v19n2.66239.

19. Lotufo PA. How to grade child health in Brazil? Comparison of the results from the Global Burden of Diseases 2015 in Latin America. A call for papers. *Sao Paulo Med J*. 2017; 135(2):89-91. Doi: 10.1590/1516-3180.2017.1352010217.

20. Deribew A, Tessema GA, Deribe K, Melaku YA, Lakew Y, Amare AT, et al. Trends, causes, and risk factors of mortality among children under five in Ethiopia, 1990-2013: Findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Popul Health Metr*. 2016; 14(1):1–10. Doi: 10.1186/s12963-016-0112-2.

21. Collaborators CM. Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388(10053): 1725–74. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)31575-6.

22. Colaboration GBD 2013. Global and national burden of diseases and injuries among children and adolescents between 1990 and 2013: findings from the Global Burden of Disease 2013 Study. *JAMA Pediatr*. 2016; 170(3): 267–287. Doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.4276.

23. Ignacio Ruiz J, Nuhu K, Tyler McDaniel J, Popoff F, Izcovich A, Martin Criniti J. Inequality as a powerful predictor of infant and maternal mortality around the world. *PLoS One*. 2015; 10(10):1–11. Doi: 10.1371/journal.pone.0140796.

24. Collaborators GBD 2013. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015; 10;385(9963):117–171. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)61682-2.

25. Viner RM, Hargreaves DS, Coffey C, Patton GC, Wolfe I. Deaths in young people aged 0–24 years in the UK compared with the EU15+ countries, 1970–2008: analysis of the WHO Mortality Database. *Lancet*. 2010; 384: 880-892. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)60485-2.

26. Wang H, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin-Rector A, et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859): 2071-94. Doi: 10.1016/S0140-6736(12)61719-X.

27. Yang G, Wang Y, Zeng Y, Gao GF, Liang X, Zhou M, et al. Rapid health transition in China, 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;381(9882):1987-2015.

28. Rudan I, Chan KY, Zhang JSF, Theodoratou E, Feng XL, Salomon PA, et al. Causes of deaths in children younger than 5 years in China in 2008. *Lancet*. 2010;374:1083-1089. Doi: 10.1016/S0140-6736(10)60060-8.
29. Akgün S, Rao C, Yardim N, Basara BB, Aydin O, Mollahaliloglu S, et.al. Estimating mortality and causes of death in Turkey: methods, results and policy implications. *Eur J Public Health*. 2007; 17(6):593-9. Doi:10.1093/eurpub/ckm022.
30. Silva AAM, Leite AJM, Lamy ZC, Moreira MEL, Gurgel RQ, Cunha AJLA, et al. Morbidade neonatal near miss na pesquisa Nascer no Brasil. *Cad. Saude Publica*; 2014; 30(Sup):S182-S191. Doi: 10.1590/0102-311X00129613.
31. Souza CJA, Schmaltz VDR, Menezes DA, Folini NT, Souza JF, Lima LCF. Et al. A puericultura como estratégia para promoção da saúde da criança na atenção primária. *Brazilian Journal of Development*. 2021; 7(6):60604-60625. Doi: 10.34117/bjdv7n6-440.

RECEBIDO: 15/02/2021
ACEITO: 05/07/2021

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo é desenvolvido o Referencial Teórico de Qualidade em Saúde que sustenta a avaliação de programas em saúde valendo-se da construção do *Estado da Arte ou do Conhecimento* para superar a fragmentação do conhecimento e alcançar a sua totalidade e continuidade na evolução científica (ALMEIDA, 2002). Este referencial relaciona-se com a tríade estrutura, processo e resultado, os quais sustentam os domínios do modelo lógico de avaliação composto por entradas, atividades, saída, resultados e impacto, conforme recomenda a Fundação Kellogg, bem como a seleção e elaboração de indicadores que possibilitam o monitoramento dos resultados de saúde para avaliação e para a formulação de evidências científicas que subsidiem a tomada de decisão que, por sua vez, corroborará com a gestão sob o modelo de governança.

3.1. QUALIDADE EM SAÚDE

A **Qualidade em Saúde** é um conceito complexo que está apoiado na formulação de julgamentos de valores sobre diversos aspectos da assistência à saúde que não envolvem apenas os critérios de atuação médica, mas todos os profissionais envolvidos no cuidado direto ou indireto e assistência à saúde. A Qualidade em Saúde reflete os valores e as metas estabelecidas aos serviços e sistemas de saúde, bem como de toda a sociedade (DONABEDIAN, 2005a).

Os fatores relacionados à definição de qualidade são o *benefício* e o *risco*. Considera-se uma assistência de qualidade quando se tem em vista o benefício em qualquer situação. A magnitude do benefício deve ser considerada em relação à saúde e ao bem-estar do paciente frente à ausência da intervenção propondo um equilíbrio entre: *O que fazer? E o que não fazer?* Assim, a aplicação rigorosa das evidências científicas disponíveis favorecerá a tomada de decisão voltada para a manutenção da qualidade de vida e dos benefícios por elucidar e mensurar os riscos aos quais os pacientes ficam expostos, bem como os custos dos serviços ao sistema de saúde (DONABEDIAN, 1980a).

O julgamento do benefício pode ser compreendido em dois domínios, o do *cuidado técnico* e do *cuidado interpessoal*, ambos envolvidos por elementos de facilidades. No *cuidado técnico* há o envolvimento da ciência e da tecnologia para o cuidado à saúde, com o propósito de ampliar os benefícios e reduzir os riscos. No *cuidado interpessoal* se envolve a arte da relação entre o profissional de saúde e o paciente, a consideração de apenas fazer o bem, onde

a relação não é formalmente ensinada e está apoiada sobre a ética individual a ser aplicável nas diversas situações. Ambos os domínios de cuidado trazem consigo dificuldades de distinção entre si, conhecê-los torna-se de fundamental importância para a definição da qualidade. A relação entre os dois domínios apresenta algumas facilidades como o conforto, a privacidade, a cortesia e a acessibilidade, condições que poderão agradar ao paciente conforme sua perspectiva e valores, induzindo a sua satisfação intimamente relacionada ao cuidado interpessoal (DONABEDIAN, 1980b).

Deste modo, a qualidade em saúde está estruturada em sete componentes que podem direcionar os serviços e o sistema de saúde quanto à tomada de decisão para a superação de obstáculos, os quais são desenvolvidos na sequência.

3.1.1. Os componentes da Qualidade em Saúde

A Qualidade em Saúde está fundada em sete pilares, a saber: 1) Eficácia; 2) Efetividade; 3) Eficiência; 4) Otimização; 5) Acessibilidade; 6) Legitimidade; e 7) Equidade. Esses pilares são teoricamente desenvolvidos a seguir.

A **eficácia** é a habilidade da ciência e da tecnologia aplicada à saúde, em sua melhor circunstância, nas condições ideais para assistência, atingindo o melhor resultado. Entretanto, a definição de uma melhor circunstância é intrincada, exige um grande esforço intelectual, justificando sua substituição pela circunstância mais favorável. A eficácia é produto de pesquisas, de experiências e de consensos profissionais no questionamento sobre o que a ciência e a tecnologia já possuem de mais desenvolvido? E do que se busca alcançar com sua aplicação? (DONABEDIAN, 2005b; JORDAN, MARTEN, GUREJE et al., 2018; AGGARWAL, AERAN, RATHEE et al., 2019).

Nesta perspectiva, a **efetividade** consiste no grau de melhorias no cuidado à saúde que de fato pode ser alcançado. Em sua mensuração, a importância está em se avaliar o quanto a assistência aplicada está próxima da eficácia, ou seja, a melhora de saúde alcançada em comparação com os melhores padrões de cuidados estabelecidos. Representa a probabilidade e não a certeza quanto ao resultado que realmente foi atingido. E ainda, quando os recursos são limitados há necessidade de serem definidos dois ou mais padrões de comparação. Um deles com foco no *que é possível com o melhor uso dos recursos disponíveis*, o outro, *o que seria alcançado com o melhor recurso que se precisa ou se gostaria de ter*. Com este pilar, é possível o estabelecimento de metas imediatas, além das que se almejam para o futuro. E ainda, este

pilar permite a avaliação do processo, se ocorre conforme o planejado e se o impacto é positivo (DONABEDIAN, 2005b; JORDAN, MARTEN, GUREJE et al., 2018; AGGARWAL, AERAN, RATHEE et al., 2019).

Assim, a **eficiência** é a capacidade de redução de custos dos cuidados sem reduzir os resultados de saúde, ou seja, a melhoria da assistência à saúde relativa aos seus custos. Entretanto, a redução de custos não representa eficiência, somente o representará se houver a manutenção ou ainda, a melhoria dos resultados de saúde. Deste modo, a *eficiência clínica* seria a prescrição de uma assistência útil, efetiva e que não cause prejuízos; a *eficiência gerencial*, a redução da frequência de erros e consequentemente de custos; e a *eficiência distributiva*, a que aloca recursos financeiros para as populações vulneráveis, afastando o adoecimento e levando à redução dos custos (DONABEDIAN, 2005b; JORDAN, MARTEN, GUREJE et al., 2018; AGGARWAL, AERAN, RATHEE et al., 2019).

Neste âmbito, a **otimização** de recursos disponíveis permitirá sua melhor aplicação, mantendo ou elevando a qualidade da assistência. Sob esta ótica, são observados dois importantes padrões de qualidade: a eficiência máxima do cuidado, com atenção para algumas situações nas quais o ótimo seja considerado inútil, para as quais padrões menos elevados indicarão a qualidade; e a eficiência ótima do cuidado, na qual também o máximo pode ser considerado inútil e trazer prejuízos assim, consequentemente, indicar uma baixa qualidade. Destarte, conclui-se que o custo é um elemento importante na qualidade da assistência (DONABEDIAN, 2005b; JORDAN, MARTEN, GUREJE et al., 2018; AGGARWAL, AERAN, RATHEE et al., 2019).

E, neste contexto, a **acessibilidade** é o componente voltado ao desejo e às expectativas do paciente e sua família. Consiste na obtenção do cuidado relacionado aos fatores geográficos espaciais, de transporte, de agendamento, econômicos, bem como os fatores culturais e religiosos. Também há fatores concernentes à relação paciente e profissional da saúde como empatia, respeito, benevolência, orientação, honestidade, confiança e atenção para as preferências do paciente, tornando-o um cliente, o indivíduo que também consome a assistência à saúde. A acessibilidade está permeada por condições de facilidades como: privacidade, conforto, descanso, limpeza, disponibilidade de estacionamento e de climatização, boa comida e assim por diante. A opinião do paciente deve ser considerada para a decisão de seu tratamento, apontando a relevância da explicação sobre os riscos, benefícios e métodos alternativos, que deve ser clara e detalhada para a tomada de decisão, tendo em consideração os interesses de

ambas as partes (DONABEDIAN, 2005b; JORDAN, MARTEN, GUREJE et al., 2018; AGGARWAL, AERAN, RATHEE et al., 2019).

As relações, igualmente, devem estar apoiadas na **legitimidade**, que consiste na conformidade social expressada em princípios éticos, valores, normas, leis e regulações. Mediante a legitimidade é facultado o consenso entre opiniões, mesmo na presença de disparidades, a qual democraticamente transcende as relações paciente - profissional para a relação ampliada, envolvendo os diversos atores sociais (DONABEDIAN, 2005b; JORDAN, MARTEN, GUREJE et al., 2018; AGGARWAL, AERAN, RATHEE et al., 2019).

Na busca pela adequação da disparidade a **equidade** é o princípio que determina a distribuição justa da assistência à saúde e seus benefícios fornecidos pelos serviços e sistemas de saúde a cada membro de uma população. Neste aspecto, a imparcialidade permite o alcance do consenso social, retomando assim a garantia da legitimidade. Pode-se considerar que a tomada de decisão, a partir da equidade, é a garantia da democracia para uma sociedade livre (DONABEDIAN, 2005b; JORDAN, MARTEN, GUREJE et al., 2018; AGGARWAL, AERAN, RATHEE et al., 2019).

3.1.2. A Tríade Estrutura, Processo e Resultado

Uma avaliação normativa está apoiada na abordagem tríplice, com relação funcional entre os elementos estrutura, processo e resultado e a qualidade em saúde. Visa garantir que a assistência à saúde seja avaliada pela formulação de evidências que reflitam uma boa ou má qualidade da assistência (DONABEDIAN, 1980a).

O **resultado** é uma das dimensões da qualidade, possivelmente concreto e passível de mensuração, independente de apresentar um cenário de sucesso ou de fracasso. Isto porque intervenções tecnológicas aplicadas na assistência à saúde podem não ser totalmente eficazes, bem como, seu resultado preciso ainda ser desconhecido, fato que se configura em justificativa para a elaboração de estudos comparativos entre os resultados, visando a contribuição com a validação de seu conhecimento. Conquanto, a mensuração de alguns resultados ainda apresenta limitações, como exemplo: as atitudes e a satisfação do cliente; a restauração social; a incapacidade física; e a reabilitação (DONABEDIAN, 2005a). O significado do resultado será a base para a mudança na saúde atual e na saúde futura dos pacientes (DONABEDIAN, 1980a).

Nesta visão, a abordagem do **processo** apresenta-se como uma dimensão importante na avaliação da qualidade da assistência à saúde. Para esta avaliação observam-se os

juízos voltados para a adequação, a integridade e a globalidade das informações obtidas por meio da história clínica, do exame físico e de testes de diagnóstico; a comprovação de diagnósticos e a terapia indicada; a competência técnica para a realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos; a evidência da gestão preventiva no processo saúde e doença; a coordenação e a continuidade dos cuidados; a aceitação da assistência por parte do cliente. Estes juízos apresentam-se instáveis quando comparados aos resultados, fato que os torna relevantes para a gestão dos serviços e sistemas de saúde. O processo faz a mediação entre o meio e o fim de uma atividade de assistência, portanto, são necessários valores para sua padronização e validação (DONABEDIAN, 2005a).

A qualidade relativa ao processo pode ser julgada partindo-se da observação ou das informações registradas. Trata-se de um objeto primário da assistência, que reúne a ciência, a tecnologia, a ética e os valores sociais, compondo um comportamento normativo, o qual permite a elaboração de regulamentos para a prática de um cuidado de qualidade (DONABEDIAN, 1980a).

Enquanto isso, a **estrutura** se preocupa com a estrutura física, as instalações, os equipamentos, os recursos humanos, a qualificação e o vínculo de trabalho dos profissionais, os recursos financeiros, as condições administrativas para a operacionalização de programas e instituições no âmbito formal e informal. Apresenta características estáveis por estar relacionada ao ambiente da assistência, interferindo na mesma. Além de ser importante para o planejamento, possibilitando a formulação indireta de evidências científicas, indica tendências gerais. Um fator limitante reconhecido é a falta de clareza da relação existente entre a estrutura e sua influência no desempenho do processo (DONABEDIAN, 2005a; DONABEDIAN, 1980a).

A avaliação da estrutura se destaca por gerar informações concretas e acessíveis que contribuem para o planejamento e conseqüentemente para a formulação dos sistemas de saúde. É adequada ao monitoramento intermitente e não contínuo, mesmo sendo considerada menos importante quando comparada à avaliação das dimensões do processo e dos resultados (DONABEDIAN, 1980a).

As fontes das informações de estrutura podem ser os registros clínicos, que favorecem a compreensão do processo de desenvolvimento do cuidado. Por outro lado, há que se tomar cuidado para não generalizar o entendimento de que a falta de registros não adequados autenticará uma assistência de baixa qualidade. Assim, a veracidade e integridade do registro pode ser validada por outra fonte, de caráter secundário, que aponte informações sobre o

processo do cuidado pela observação direta ou indireta, além da realização de entrevistas (DONABEDIAN, 2005a).

É válido destacar que os profissionais atuantes nos serviços de saúde, por participarem continuamente no desenvolvimento do processo de trabalho, tornam-se especialistas na avaliação da eficácia da qualidade da assistência oferecida. Assim, o julgamento obtido por meio de suas opiniões, percepções, possibilita a formulação das evidências científicas de qualidade (DONABEDIAN, 2005a). Portanto, para o estabelecimento de padrões é necessária a afirmação das normas que derivam de duas fontes, a saber: as empíricas, que emergem da prática profissional, e as que surgem das médias estatísticas, apresentados como pontuação, proporções e categorias. Um problema a ser notado é a limitação do significado numérico para os índices quantitativos de eficiência, precipitado pela possibilidade ou não de serem congruentes às expectativas dos pacientes (DONABEDIAN, 2005a).

Deste modo, a **confiabilidade** de uma avaliação está relacionada aos padrões de julgamento utilizados. Para isso, utilizam-se de pesquisas que buscam avaliar seguindo o consenso entre juízes especialistas. Contudo, uma limitação importante relativa a esta conjuntura é a escassa elaboração de estudos de avaliação para comparações de padrões. Assim, a elaboração de estudos detalhados para garantir a reprodutibilidade pode resolver esta limitação. Outro fator importante é considerar o viés entre a avaliação dos juízes, pois um pode apresentar maior exigência quando comparado aos demais, ou ainda, há possibilidade da forte influência dos padrões da instituição de formação para alguns deles (DONABEDIAN, 2005a).

Por conseguinte, o validador final da qualidade do atendimento é a **eficácia** por permitir a produção de saúde e de satisfação dos clientes, bem como, a **eficiência** na tomada de decisão voltada às competências de atitude e comportamento. Estas devem ser subsidiadas por dados estatísticos para que assim contribuam para a organização dos serviços e sistemas de saúde, bem como para o desenvolvimento técnico dos profissionais de saúde para a assistência prestada (DONABEDIAN, 2005a).

Portanto, o **monitoramento** da performance da assistência à saúde é possível com a implantação de indicadores. Inicialmente é preciso determinar as prioridades de monitoramento: *O que? Quando? E como monitorar?* O que se faz a partir da elaboração de critérios e padrões para esses indicadores. São necessárias estratégias para a obtenção das informações, como por exemplo, a preparação dos sistemas de monitoramento, que contribuirá para a elaboração da avaliação do desempenho, proporcionando mudanças de comportamento (DONABEDIAN, 2005a).

3.1.3. Uso de Indicadores para Monitoramento

Para uma boa avaliação de um programa social é necessário identificar de modo claro o objetivo definido para o programa e depois estabelecer o objetivo da avaliação, deixando claras as diferenças entre eles. O objetivo da avaliação será o direcionador do caminho metodológico, bem como da definição dos objetivos específicos, estes por sua vez possibilitarão a construção dos **indicadores** capazes de mensurar a mudança de saúde causadas pelas intervenções propostas pelo programa (ASSIS, DESLANDES, MINAYO et al., 2005). Ou seja, índices que orientam a tomada de decisão, fundamentados em evidências científicas (GOMES, 2015).

Constituem-se como parâmetros, quantitativos ou qualitativos, os fatores que permitem a avaliação do processo e do resultado de um programa. Os parâmetros possibilitam, mesmo com um grau reconhecido de incerteza, a verificação de um apanhado da realidade, das tendências, pois mostram os aspectos tangíveis (elementos facilmente observáveis como renda, escolaridade, legislação etc.) e intangíveis (elementos captados indiretamente como consciência social, valores, atitudes, liderança etc.) da realidade (ASSIS, DESLANDES, MINAYO et al., 2005).

Esses indicadores devem ser aplicáveis aos aspectos que se buscam avaliar como a eficácia, a efetividade, a eficiência ou o impacto. Uma reflexão importante emerge no saber reunir indicadores quantitativos com qualitativos para responder aos objetivos específicos propostos pela avaliação: deve-se considerar além do quantitativo, das metas numéricas, os interesses e o foco das organizações e dos atores envolvidos, o contexto, o modo de gestão e os recursos (ASSIS, DESLANDES, MINAYO et al., 2005).

Os **indicadores quantitativos** são importantes para gerar medida estatística para o monitoramento de mudanças ocorridas em um determinado tempo. Permitem a comparação entre indivíduos, populações ou programas, além de fazer previsões futuras. Eles possibilitam refletir os objetivos do programa e que estejam relacionados à proposta apresentada, com conexões que considerem sua temporalidade. Para o cálculo, deve-se ter as fontes de dados pré-estabelecidas, considerando as estratégias para a garantia e manutenção da qualidade dos dados mediante sua extração. É necessário que o indicador esteja contextualizado quanto à sua aplicabilidade em uma instituição ou região de avaliação (ASSIS, DESLANDES, MINAYO et al., 2005).

Sobretudo, o indicador deve apresentar confiabilidade por ser capaz de mensuração e de replicabilidade, analisados por medidas estatísticas como o Kappa simples ou ponderado, ou o Coeficiente Alfa. Eles podem variar entre 0 (nenhuma concordância) a 1 (concordância perfeita), cujo resultado de 0,40 apresenta precisão suficiente para avaliação de programas que se preocupam com grupos. Sua validação é de grande relevância, pode ser realizada a partir de revisões teóricas e debate entre especialistas. Ademais, é importante apresentar transparência e definição segundo os níveis de mensuração, a saber: macro, micro ou intermediário, além de sua complexidade como simples ou composto (ASSIS, DESLANDES, MINAYO et al., 2005).

Ressalta-se que a discussão entre os diferentes atores envolvidos na avaliação é indispensável por possibilitar a identificação das medidas que reflitam os esforços realizados pelo programa para transformação da realidade. Trata-se de uma condensação da complexidade das atividades para a elaboração de uma medida simplificada. Mesmo que esta discussão apresente tensão e resistência, ela não pode ser excluída, pois faz parte de uma atividade que leva a maturidade do processo de avaliação (ASSIS, DESLANDES, MINAYO et al., 2005).

Os indicadores podem ser expressos em uma medida como proporções, taxas ou coeficientes, calculados a partir de duas ou mais variáveis, também em índices que combinam diversos indicadores em uma medida específica para o cálculo. Os critérios para avaliação quanto à criação dos indicadores são: validade; confiabilidade; equilíbrio; sensibilidade; igualdade; motivação; questões práticas; propriedades; e clareza. Assim, os indicadores estarão preparados para expressarem os objetivos e as mudanças estabelecidas pelo programa em avaliação (ASSIS, DESLANDES, MINAYO et al., 2005; GOMES, 2015).

Destarte, os **indicadores qualitativos** buscam aumentar a validade dos parâmetros avaliados para o processo e para o resultado. Buscam mensurar valores, opiniões, relações e vivências intersubjetivas. Entre esses tipos de indicadores observamos o de distância social de Bogardus (diversidade étnica), a escala de Thurstone (submetida a especialistas), escala de Likert (submetido a um grupo de não especialistas), escalogramas de Guttman (sobre tolerância e aceitação entre grupos étnicos) e a proposta sociométrica de Moreno (representação diagramática de sentimentos de um mesmo grupo) (ASSIS, DESLANDES, MINAYO et al., 2005).

Nesta categoria de indicador, ainda se observa o *indicador de satisfação do cliente*, capaz de expressar o sentimento do paciente relativo ao trabalho desenvolvido pelos profissionais, no entendimento sobre suas necessidades de saúde. Deste modo, a subjetividade vem sendo estudada pelo emprego de escalas que trabalhem a individualidade ou singularidade,

como por exemplo a avaliação sobre qualidade de vida. Entretanto, há uma limitação importante para a representatividade da subjetividade na tentativa de associar os indicadores numéricos (ASSIS, DESLANDES, MINAYO et al., 2005).

O emprego de entrevistas com grupos focais e observação participante são estratégias qualitativas para levantar este tipo de dado. São aplicáveis aos valores, crenças, atitudes e vivências, evidenciando a intersubjetividade por meio de estratégias hermenêuticas, envolvendo gênero, grupos sociais, etnia, idade e função social. Assim, será capaz de estabelecer limites para a avaliação proporcionando profundidade de interpretação da realidade (ASSIS, DESLANDES, MINAYO et al., 2005).

Essas estratégias de coleta de dados qualitativos podem subsidiar a construção de instrumentos de pesquisa que respondam aos indicadores devido à sua capacidade de busca por especificidades e diferenciações. Com isto, possibilita a produção de conhecimento para o aprofundamento conceitual analítico, compreendendo melhor o grupo estudado, propiciando o refinamento das categorias. Difere-se dos indicadores quantitativos por não espelhar a realidade e nem buscar por homogeneidade para comparabilidade, mas proporciona uma produção de evidências reflexivas (ASSIS, DESLANDES, MINAYO et al., 2005).

3.1.4. Avaliação dos Programas de Saúde

Até aqui pode-se evidenciar que a avaliação agrupa realidades múltiplas e diversas sob uma perspectiva interdisciplinar. Utiliza de aspectos metodológicos para sua execução, considerando a relação entre o programa, o contexto e o resultado obtido. A saúde preza pela ampliação da acessibilidade aos serviços e da qualidade da assistência, portanto, os complexos sistemas de saúde necessitam de informações que representem sua eficácia. Historicamente, identificam-se quatro estágios da avaliação: 1) Mensuração de uma intervenção com o apoio de instrumentos; 2) Identificação e descrição do modo como os programas irão alcançar seus resultados; 3) Julgamento de valor sobre um programa; e 4) Processo de negociação entre os diferentes atores envolvidos no programa em avaliação (CHAMPAGNE, BROUSSELLE, HARTZ, et al., 2011).

Dessa forma, Champagne, Brousselle, Hartz et al. (2011) conceituam **avaliação** de um programa como a determinação de uma apreciação de valor em relação a ele ou qualquer um de seus elementos, que contribuirá para a tomada de decisão. Ao passo que emergem duas áreas na avaliação: 1) *Avaliação Normativa*: que utiliza critérios ou normas institucionais

estabelecidas; e 2) *Pesquisa Avaliativa*: que utiliza de procedimentos científicos.

Ao julgar uma intervenção, ou programa de saúde, tem-se em vista a gestão por resultados, havendo a necessidade de um planejamento sistemático de informações para que atenda seu propósito de subsidiar a tomada de decisão para a melhoria do programa em avaliação (HARTZ, 1999). A propósito, uma intervenção é constituída por um conjunto de meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos que se organizam inseridos em um determinado contexto e tempo para a produção de bens e ou serviços que solucionem um problema de saúde pública. Nela combinam-se cinco componentes: objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto em um dado momento, que sofrem a influência dos diferentes atores sociais como a população e seus usuários, os administradores, os profissionais de saúde, os financiadores, o poder público e os avaliadores (CHAMPAGNE, BROUSSELLE, HARTZ, et al., 2011).

Porquanto, a avaliação ainda vem se inserindo na administração pública dos países em desenvolvimento a ser institucionalizada como mecanismo regulador. Destaca-se que a qualidade da avaliação está relacionada à competência dos avaliadores e da capacidade da instituição em utilizar os resultados obtidos. Entretanto, uma das principais dificuldades está relacionada ao envolvimento dos diversos atores que podem divergir entre si, devido aos seus diferentes pontos de vista (HARTZ, 1999).

São considerados quatro **atributos da avaliação** para o aprimoramento de políticas públicas: 1) Utilidade: atende as necessidades de produção de informações para as partes interessadas; 2) Praticabilidade: capaz de ser realista e econômica, ou seja, os recursos gastos em sua execução são justificados pela produção eficiente de informações úteis produzidas; 3) Propriedade: é legal e ética, por preocupar-se com os envolvidos e afetados por seus resultados, de modo a haver acordos de respeito por todas as partes; e 4) Precisão: produção de informação tecnicamente adequada e relacionada com o programa, com conclusões justificadas viabilizando o seu julgamento pelas partes interessadas. Quando uma avaliação não direciona decisões torna-se improdutiva, desta forma, ela deve ser conduzida com seriedade, credibilidade e persistência pelo avaliador, que necessita desenvolver sua atuação baseada na integridade, flexibilidade, agilidade intelectual e criatividade devido à complexidade do processo (HARTZ, 1999).

Os programas públicos são concebidos e compreendidos em uma dicotomia devido à sua pluralidade, mas também considerados em sua singularidade dentro de subprogramas ou projetos. Sobretudo, não se obtém apenas um efeito e sim um conjunto deles, que estão

articulados hierarquicamente na condição “*se-então*”, apresentando resultados a curto e longo prazo por modelos teóricos conhecidos como **Modelos Lógicos**, que são úteis na avaliação de implantação, bem como na concepção de um instrumento de avaliação (HARTZ, 1999).

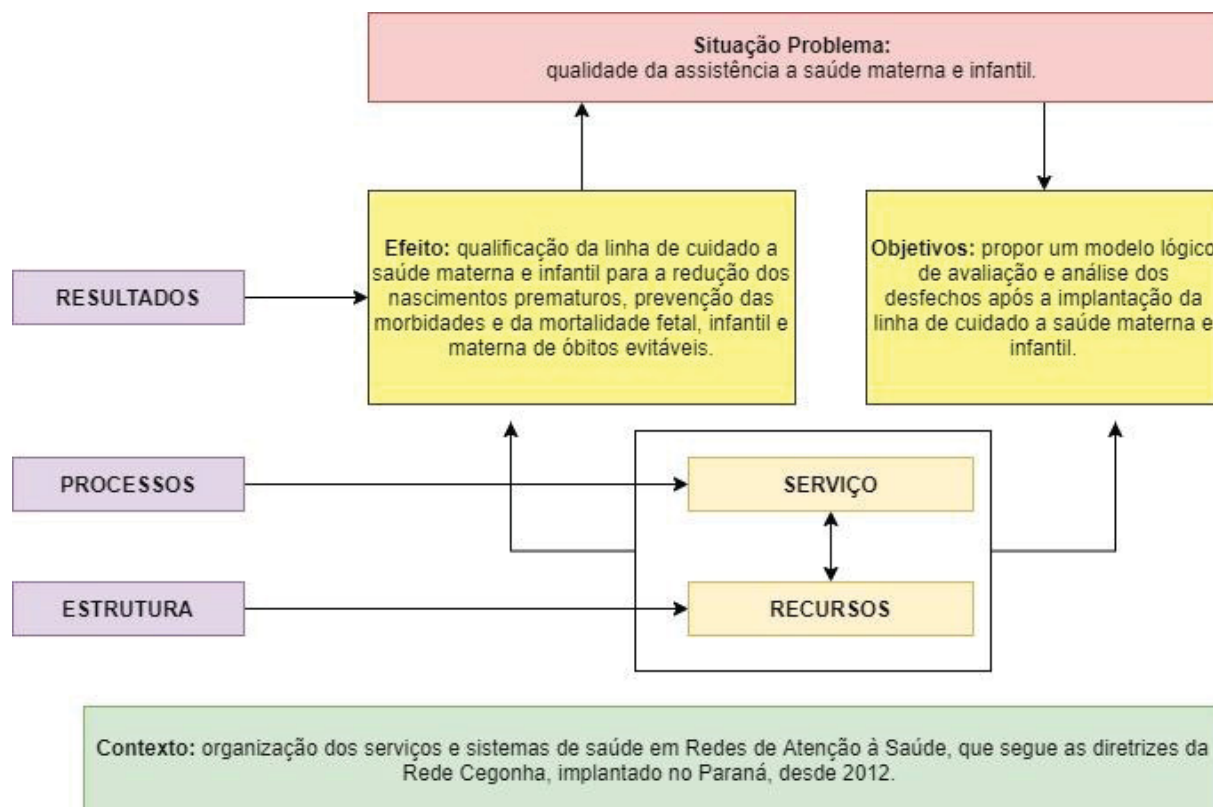
Destarte, a seleção de estratégias para maior efetividade à resolução do problema que o programa/intervenção visa solucionar busca por evidências científicas, podendo ser selecionadas mediante valores matemáticos que são estruturados por estudos epidemiológicos, como também por julgamentos de valores individuais e sociais não mensuráveis. Ambos são importantes para a formulação de evidências científicas, pois o dualismo entre a análise estatística e a interpretação necessita da combinação de resultados quantitativos e qualitativos. Assim, por meio da **Triangulação de Métodos**, é possível comparar pontos de vista de diferentes eixos e de unidades temporais, espaciais e populacionais de um mesmo objeto, que apresenta uma noção pragmática de escolha de métodos práticos, contextualizados e consequenciais relacionados no quadro construído pelo Modelo Lógico (HARTZ, 1999).

Por conseguinte, a construção de **indicadores** apresenta-se relevante e seus tipos buscam mensurar o nível de risco da população exposta e não exposta, a aplicação da intervenção (cobertura e qualidade da atenção), os efeitos positivos e negativos, bem como outras intervenções que influenciam os resultados. Devem estar conectados ao objetivo do programa devido à sua multidimensionalidade para garantia da qualidade de vida, valorização individual (preocupação sobre a qualidade do serviço) e longitudinal (variação com o tempo) (HARTZ, 1999).

3.1.5. Avaliação Normativa

A Avaliação Normativa é uma atividade de produção de julgamento quanto à estrutura, processo e resultado, comparando os recursos empregados na organização, nos serviços ou bens produzidos e nos resultados obtidos. Apresenta como pressuposto o respeito aos critérios e às normas, além dos efeitos reais do programa, concretizando sua função de acompanhamento e controle. Na FIGURA 1 apresenta-se, como um exercício, um esquema de avaliação normativa adaptado à Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil segundo o referencial teórico proposto pela sanitarista Dra. Zulmira Hartz (HARTZ, 1997).

FIGURA 1 - APRECIACÃO DA ESTRUTURA, DO PROCESSO E DO RESULTADO NA AVALIAÇÃO NORMATIVA SEGUNDO O REFERENCIAL DE HARTZ (1997) ADAPTADO À AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL NO ESTADO DO PARANÁ. CURITIBA, PARANÁ, 2019.



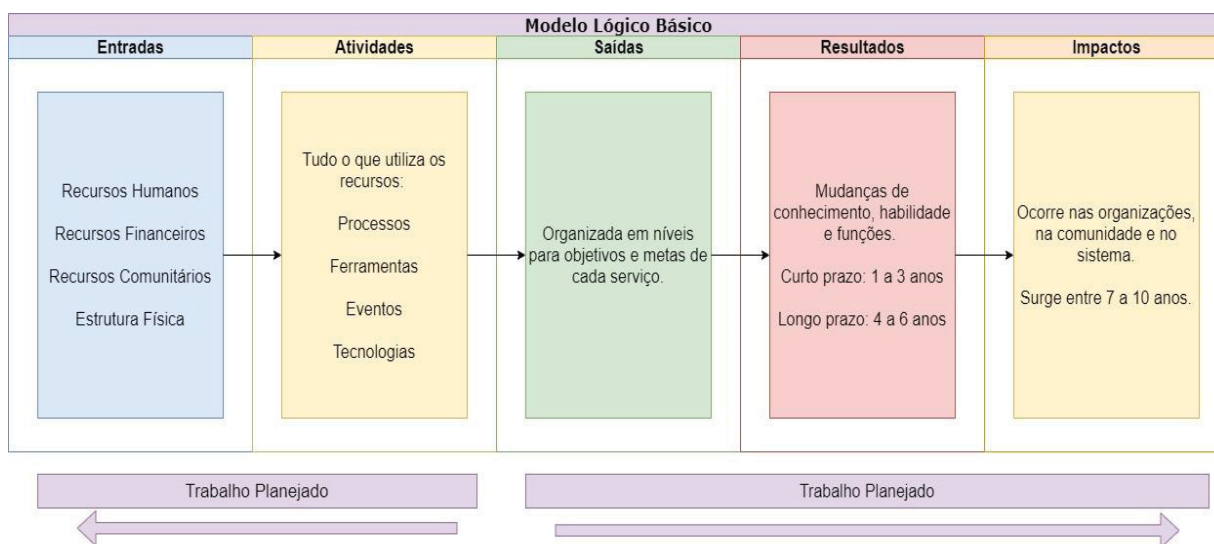
FONTE: Hartz (1997), adaptado pelos autores.

Em relação à apreciação da estrutura, analisa-se o modo e adequação dos recursos envolvidos para atingir os resultados esperados. Outrossim, do processo, em qual medida os serviços oferecidos atendem aos critérios e às normas instituídas quanto à adequação para atingir os resultados esperados. Ainda, decomposto em três dimensões: 1) *Dimensão técnica dos serviços*: se os serviços correspondem às necessidades dos beneficiários, além de relacionar com a qualidade, como por exemplo, os programas de qualidade; 2) *Dimensão das relações interpessoais*: interação entre profissionais e usuários, de modo a gerar apoio e satisfação, respectivamente; e 3) *Dimensão organizacional*: acesso aos serviços quanto à extensão de sua cobertura, no caráter multiprofissional e inter-organizacional em relação ao tempo e espaço. Ademais, os resultados identificados precisam corresponder aos resultados que eram esperados, isto é, isso ocorre quando os objetivos que foram estabelecidos ao programa foram atingidos pelas intervenções de saúde propostas por ele. Por fim, se o julgamento se apresenta insuficiente, uma pesquisa avaliativa pode complementar a avaliação (HARTZ, 1997).

3.1.6. Modelos Lógicos para Avaliação de Programas de Saúde

O uso de Modelos Lógicos para avaliação de programas em saúde é uma atividade recente no campo da avaliação, é considerada a primeira etapa de um processo avaliativo. O modelo lógico (FIGURA 2) torna a situação problema compreensível mediante as interações entre os níveis micro e macro, nos planos complexos da tríade estrutura, processo e resultado (CHAMPAGNE, BROUSSELLE, HARTZ et al., 2011).

FIGURA 2 - MODELO LÓGICO BÁSICO SEGUNDO A FUNDAÇÃO *KELLOGG* ORGANIZADO EM RECURSOS, ATIVIDADES, SAÍDAS, RESULTADOS E IMPACTO. CURITIBA, PARANÁ, 2019.



FONTE: Fundação *Kellogg* (2004), adaptado pelos autores.

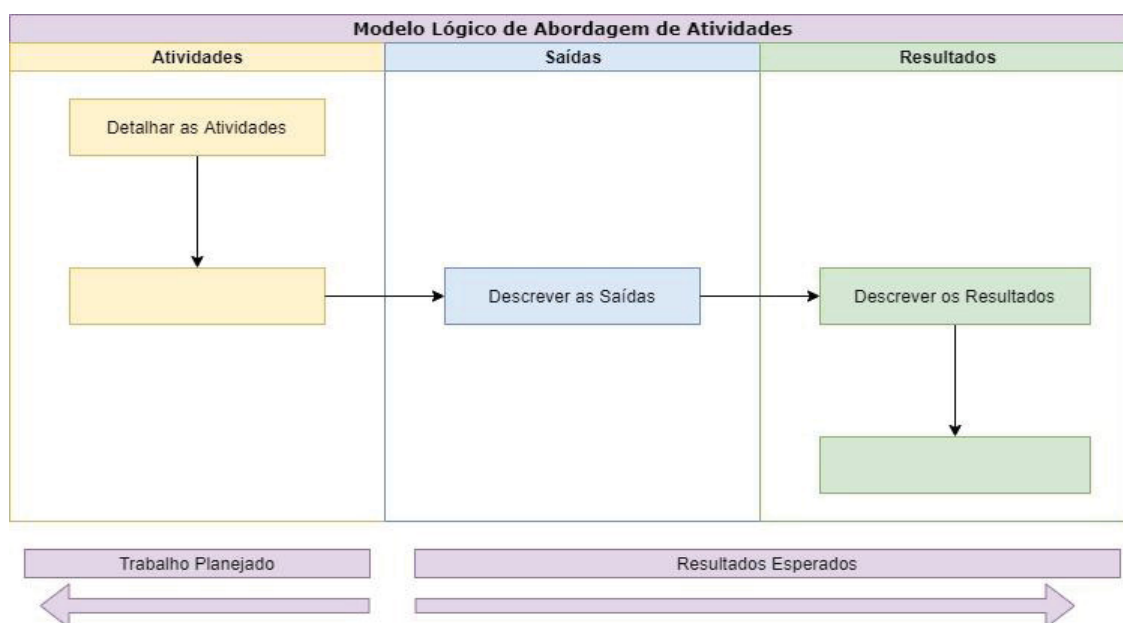
Trata-se de uma representação gráfica de imagens com a utilização de palavras, em uma linguagem clara que ressalta palavras-chave extraídas dos objetivos específicos do programa para favorecer a compreensão das atividades estabelecidas e os resultados esperados propostos (PINTO, SOUZA, 2017). A elaboração de um modelo lógico é um desafio para todos os atores sociais envolvidos, contudo pode ser desenvolvido em qualquer etapa que o programa se encontra (KELLOGG-FOUNDATION, 2004).

O Modelo Lógico Básico se estrutura em cinco componentes e conecta suas diferentes partes a partir da condição “*if-then*”, isto é, “se-então”. Sua leitura é feita da esquerda para a direita, cuja última caixa da esquerda deve definir a próxima a ser lida à direita. Os componentes buscam destacar duas categorias como o trabalho planejado e os resultados esperados (KELLOGG-FOUNDATION, 2004), conforme apresentado na FIGURA 2. Champagne, Brousselle e Hartz et al. (2011) apresentam três principais modelos lógicos, a saber:

Outcomes Approach Models – Modelo de Abordagem de Resultados: busca corrigir a situação problema, age sobre uma ou várias causas e seus determinantes. Conecta os recursos e as atividades com os resultados pretendidos descrevendo os resultados a curto (até 3 anos) ou longo prazo (4 a 6 anos) e o seu impacto (7 a 10 anos). A FIGURA 2 apresenta a estrutura da elaboração deste tipo de modelo segundo a Fundação *Kellogg*.

Activities Approach Models – Modelos de Abordagem de Atividades: mapeia o processo de implementação, descreve as atividades que o programa pretende fazer, sendo útil para a gestão. Apresenta o vínculo entre a estrutura e o processo até o primeiro resultado atingido. Segundo a Fundação *Kellogg*, o foco na elaboração deste modelo está no trabalho planejado (FIGURA 3).

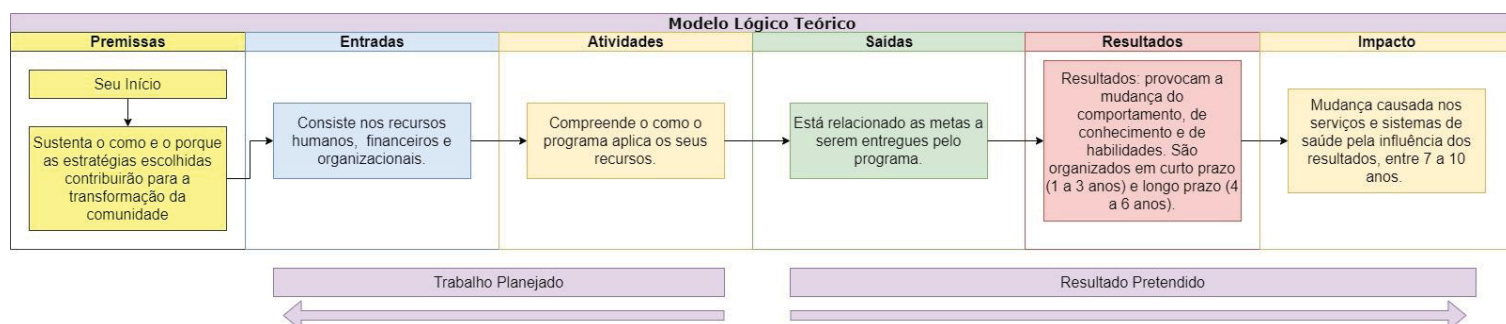
FIGURA 3 - ESTRUTURA PARA A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO LÓGICO *ACTIVITIES APPROACH MODELS* PROPOSTO PELA FUNDAÇÃO *KELLOGG*. CURITIBA, PARANÁ, 2019.



FONTE: Fundação *Kellogg* (2004), adaptado pelos autores.

Theory Approach Model - Modelo Lógico Teórico: representa o caminho entre as causas imediatas e distantes, está estruturado no planejamento conectando as ideias teóricas com as premissas que fundamentam a estrutura do programa. Proporciona o monitoramento e a avaliação por produzir dados e informações confiáveis para evidenciar os resultados e o impacto do programa. Segundo a Fundação *Kellogg*, a FIGURA 4 apresenta a estrutura adaptada deste modelo.

FIGURA 4 - ESTRUTURA PARA A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO LÓGICO TEÓRICO RELACIONADO AO *THEORY APPROACH MODELS* PROPOSTO PELA FUNDAÇÃO KELLOGG. CURITIBA, PARANÁ, 2019.



FONTE: Fundação Kellogg (2004), figura adaptada pelos autores.

O modelo lógico beneficia o programa por contribuir com o planejamento, com a gestão e com a avaliação, os quais precedem o julgamento quanto à qualidade para a formulação de evidências que aprimorem o programa. Para tanto, é necessário catalogar os recursos e as ações que contribuem para atingir os resultados; documentar a relação entre recursos, atividades e resultados esperados; e descrever os resultados detalhadamente, com medidas reais de mensuração, de controle de tempo e de ações de orientação (KELLOGG-FOUNDATION, 2004).

Contudo, o modelo lógico pode ser readequado mediante o surgimento de novas informações advindas de seu aperfeiçoamento (PINTO, SOUZA, 2017), ampliando a inteligibilidade de um sistema complexo e a plausibilidade das hipóteses pressupostas pelo programa (CHAMPAGNE, BROUSSELLE, HARTZ et al., 2011).

Para sua construção, os documentos apresentam-se como importante fonte de informação, podendo haver a necessidade de reconstruí-los. Ou seja, o avaliador elabora a primeira versão, submete aos atores envolvidos e estes sugerem adaptações com informações de entrevistas, observações e consulta a especialistas. Deste modo, ocorre uma abordagem participativa, conhecida como “ativa-reativa-adaptativa (ARA)”, para a elaboração do modelo final (CHAMPAGNE, BROUSSELLE, HARTZ et al., 2011).

Conquanto, permite a identificação de *gaps* de conhecimento para a resolução do problema, viabilizando o trabalho em equipe. Assim, o programa deve ter bem estabelecido em linguagem clara, seis itens: 1) *Descrição do problema*: como o programa fará a abordagem para caracterizá-lo e resolvê-lo; 2) *Necessidade da comunidade*: especificar quais as necessidades que a comunidade apresenta e como ela está organizada para a elaboração de um projeto que resolva o problema em questão; 3) *Resultados desejados*: consistem na descrição do que se

espera a curto e a longo prazo, bem como o seu impacto; 4) *Fatores que influenciam*: aqueles que influenciarão a comunidade; 5) *Melhores práticas*: as estratégias escolhidas para a melhor tomada de decisão ao atingir os resultados; e 6) *Premissas*: a sustentação do como e por que as estratégias escolhidas contribuirão para a transformação da comunidade (KELLOGG-FOUNDATION, 2004).

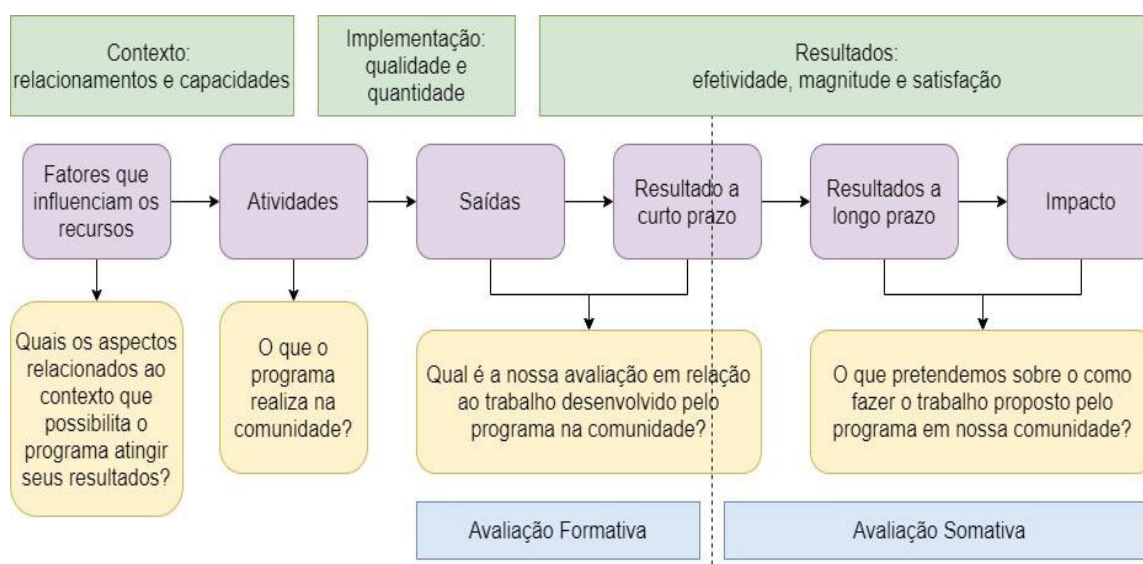
Destarte, a definição dos resultados esperados antes do planejamento contribui para a eficácia do programa, na qual o planejamento sistematiza o que se pretende com o programa e como ele irá funcionar, detalhando o desenvolvimento de suas atividades para atingir os resultados esperados. Portanto, favorecerá a gestão, o monitoramento e a avaliação do programa. Desta forma, as hipóteses devem apresentar expectativas claras da intenção de resultados factíveis para resolver o problema em questão (KELLOGG-FOUNDATION, 2004) e, com isso, contribuir para a redução da vulnerabilidade e com a transformação social (PINTO, SOUZA, 2017).

Para descrever os resultados utiliza-se o acrônimo SMART que os detalha segundo: *Specific, Measurable, Action-oriented, Realistic e Timed*, isto é, Específico, Mensurável, Orientado para a Ação, Realista e Temporizado. Assim, os resultados podem ser classificados em duas categorias: 1) *Resultados a curto prazo*: que são os que se busca atingir entre um a três anos (1 a 3 anos), compreendendo mudanças específicas em atitudes, comportamento, conhecimento, habilidades e nível de funcionamento, que deverá resultar das atividades do programa expressos a nível individual; e 2) *Resultados a longo prazo*: que seriam as mudanças que ocorrem entre quatro a seis anos (4 a 6 anos), construídas sobre o progresso dos resultados atingidos a curto prazo, que também consistem a nível individual. E ainda, o impacto relacionado às modificações que as atividades desenvolvidas pelo programa proporcionaram, em um intervalo de sete a dez anos (7 a 10 anos), na organização, na comunidade e no sistema de saúde, ampliando sua capacidade de transformação social e mudança política (KELLOGG-FOUNDATION, 2004).

Deste modo, o componente denominado **saídas** ou *outputs*, apresentado na Figura 4, está relacionado com a produção de dados que contribui para a elaboração destas informações. Surgem como resultados das atividades que podem expressar frequências de ações, distribuição de materiais, horas de trabalho e taxas de participação (KELLOGG-FOUNDATION, 2004). Assim, a elaboração do modelo lógico colabora para a construção de perguntas avaliativas assertivas para que seus efeitos sejam agregados a mecanismos específicos de avaliação (CHAMPAGNE, BROUSSELLE, HARTZ et al., 2011).

Conforme o tipo de pergunta, podemos identificar o tipo de avaliação (FIGURA 5), a saber: 1) *Avaliação Formativa*: fornece informações para a elaboração de relatórios periódicos, que podem ser compartilhados rapidamente e que avalia resultados de curto prazo relacionando com as atividades e saídas; e a 2) *Avaliação Somativa*: fornece informações para a comunidade e financiadores, relacionados aos resultados a longo prazo e o impacto do programa “o antes e o depois”, sua qualidade, a eficácia e as experiências aprendidas (KELLOGG-FOUNDATION, 2004).

FIGURA 5 – RELAÇÃO ENTRE OS COMPONENTES DO MODELO LÓGICO PARA O PLANEJAMENTO DE PERGUNTAS AVALIATIVAS DOS TIPOS FORMATIVA OU SOMATIVA SEGUNDO A FUNDAÇÃO KELLOGG. CURITIBA. PARANÁ, 2019.



FONTE: Fundação Kellogg (2004), figura adaptada pelos autores.

O maior desafio da avaliação é escolher a informação que realmente responde às perguntas propostas para estabelecer um julgamento. O ponto de partida é a coleta de dados, que ocorre pelo estabelecimento de indicadores e seus padrões conforme cada componente do modelo lógico capaz de medir o sucesso do programa, para que assim ocorra a elaboração de relatórios. Em muitas ocasiões é necessário apoio técnico de consultorias por especialistas em dados que contribuam para que o dado obtido seja transformado em uma informação desejada (KELLOGG-FOUNDATION, 2004) com validade e fidedignidade.

Para o desenvolvimento de perguntas avaliativas sugerem-se quatro etapas: 1) *Área de foco*: emerge dos pontos importantes listados pela teoria do programa ou do modelo lógico; 2) *Público-alvo*: relacionado à área de foco quanto às pessoas que deverão ser esclarecidas; 3)

Questões: perguntas sobre o programa indagadas ao público-alvo; 4) *Uso de Informações:* planejar como irá utilizar as informações (KELLOGG-FOUNDATION, 2004).

Portanto, a representação gráfica de um modelo lógico inicialmente proposto não é definitiva, pois cada modelo lógico pode ser reajustado a cada contexto e a cada mudança proponente das deliberações subsidiadas por avaliação anterior (PINTO, SOUZA, 2017). Contribui para a mensuração do sucesso de um programa quanto à sua finalidade e conteúdo que foram ilustrados no Modelo Lógico. Identifica as informações básicas relacionadas à influência que as partes do programa exercem sobre a comunidade, graças à coleta de dados já planejadas durante a idealização do programa (KELLOGG-FOUNDATION, 2004). Com isso, é possível a elaboração de atividades de avaliação que se utilizam de perguntas avaliativas e monitoramento de indicadores, contribuindo para a efetividade do programa (PINTO, SOUZA, 2017).

4. REFERENCIAL METODOLÓGICO

Apresenta-se neste capítulo a construção do *Estado da Arte* sobre o referencial metodológico, a Psicometria, que é muito utilizada para medir comportamentos e traços latentes na psicologia, como também para a construção, validação e avaliação de instrumentos (ALMEIDA, 2002), relacionando-se com o objetivo da presente pesquisa de desenvolver um Modelo Lógico para avaliação que consiste nas etapas de elaboração e validação.

4.1 A PSICOMETRIA

A **Psicometria** é a medida em psicologia, sustentada pela Teoria da Medida em Geral, que consiste em uma das várias formas de mensurar os constructos psicológicos. Contribui para a análise de *validade* e *confiabilidade* de instrumentos produzidos, bem como a análise dos itens incluídos nestes instrumentos, que estão relacionados à dificuldade de resposta e sua discriminação. A Psicometria está estruturada em duas teorias, a **Teoria Clássica dos Testes (TCT)**, que em seu desenvolvimento apresentou limitações e algumas delas foram superadas pela **Teoria de Resposta ao Item (TRI)** (PASQUALI, 2013).

Nesta perspectiva, o objeto de interesse de uma pesquisa pode ser compreendido como um *sistema*. Este pode ser classificado em universal quando representa uma estrutura psicológica total, ou como local ao tratar de subsistemas de interesse como a inteligência, a compreensão verbal e a fluência verbal. Já as características dos sistemas são denominadas de *propriedades* que consistem em atributos de definição destes sistemas ou subsistemas. As propriedades são passíveis de observação e mensuração, a propriedade numérica define a *magnitude*, ou seja, quanto maior o valor numérico atribuído por este teste ao sistema, maior será sua magnitude (PASQUALI, 2013).

Destaca-se que os itens propostos pelo teste, ao serem analisados em sistema, podem ser compreendidos quanto à: 1) *Modalidade*: se o comportamento tem como característica uma resposta verbal ou motora; 2) *Saturação*: variação contida entre -1 a +1; 3) *Dificuldade*: relacionado à probabilidade de acerto ou erro, refletindo sua magnitude; e 4) *Discriminação*: o quanto o comportamento pode ser separado permitindo sua mensuração (PASQUALI, 2013).

Para apresentar a interpretação do indivíduo em relação a algum conteúdo utilizam-se de Escalas de Medidas com representações numéricas. A Escala de Steves descreve quatro níveis numéricos e sua relação com a análise estatística, a saber: 1) *Nominal*: permite distinguir

o indivíduo ou verificar a igualdade, aplica-se frequência, moda e tabelas de contingência; 2) *Ordinal*: indica ordem, aplica-se mediana, percentil e correlações pilóricas ou tetracóricas; 3) *Intervalar*: compara intervalos ou diferenças, não considera a existência do zero, aplica-se média, desvio-padrão, correlação linear, modelos lineares em geral; 4) *Razão*: determinação de igualdade em proporções, considera a existência do zero, aplica-se o coeficiente de variação (HAUCK-FILHO; ZANON, 2015).

Um limite de aplicabilidade de Escalas de Medidas está na atribuição de números a uma variável ou a uma construção de uma escala intervalar. Isso ocorre devido à experiência ser qualitativa, o que significa ser logicamente impossível o ser humano apto em captar todas as diferenças de um determinado objeto para transformar este julgamento em uma escala quantitativa. Mensurar, sobretudo, depende das características de um objeto e não simplesmente da característica de uma escala (HAUCK-FILHO; ZANON, 2015).

Para contribuir com superação da limitação apontada utiliza-se a **Teoria da Medida Conjunta**, que descreve sobre a aplicação de escalas intervalares às variáveis psicológicas, classificadas como intrínsecas, por não possuírem características físicas (volume e massa) e admitir concatenação. A aplicação deste tipo de escala permite a avaliação dos resultados, caracterizando os tópicos e subtópicos mostrando propriedades segundo a disposição de valores crescentes (ordem fraca), apresentando diferenças determináveis entre si (solubilidade), com ordenação em diferentes campos (cancelamento duplo) e as diferenças presentes em diferentes subtópicos (condição de Arquimedes) (HAUCK-FILHO; ZANON, 2015).

A **Teoria Clássica dos Testes (TCT)** ocupa-se de medição de parâmetros com foco no comportamento, por meio da aplicação de testes que permitem medir algum comportamento que tem como critério outros comportamentos. Assim, a predição do teste se refere ao critério estabelecido, explicando o resultado do instrumento. As técnicas em TCT permitem a *validação* do teste como um todo, supondo que os itens são somáveis, referindo-se sobre a mesma coisa (PASQUALI, 2013; HAUCK-FILHO; ZANON, 2015).

Entretanto, a TCT apresenta diversas limitações, entre elas, citam-se: a representatividade da amostra, que devido às variações presentes poderá refletir em resultados diferentes; a avaliação do comportamento que é dependente do teste aplicado, onde outro teste pode não apresentar a mesma avaliação; a não detecção de diferentes aptidões que podem resultar em diferentes erros; e a orientação de qualidade que está voltada apenas ao teste como um todo, não aprofundando na qualidade do item (PASQUALI, 2013).

Outra importante limitação discutida em relação à TCT consiste na ausência de explicação sobre o porquê os indivíduos respondem da forma que respondem. Com isso, a mistura de conteúdos que não apresentam relação entre si pode dar ao teste um resultado de alta fidedignidade. Isso ocorre devido à dependência entre as perguntas que foram aplicadas no teste, mesmo com a ausência de relevância prática ou teórica na relação de alguns conteúdos, eles ligados podem representar uma fidedignidade que não representa uma medida real (HAUCK-FILHO; ZANON, 2015).

Em resposta a estas limitações, a **Teoria de Resposta ao Item (TRI)** foi se desenvolvendo e ocupando-se da mediação, também de comportamentos, mas com compreensão na perspectiva de traços latentes, que consiste em processos cognitivos para a realização de uma tarefa, ou seja, habilidades e aptidões as quais os itens devem corresponder. Para a TRI, o critério não é um comportamento, diferenciando-se da TCT por preocupar-se com vieses de resposta que são influenciados pelo fator subjetivo, influenciadas por estereótipos, pela expectativa social e pelo efeito halo. Este último consiste na forma que o cérebro humano emite um julgamento a partir de única característica, formulando um estereótipo único (PASQUALI, 2013).

A TRI busca características dos itens de maneira não dependente da amostra selecionada; o resultado não fica dependente do tipo de teste aplicado, podendo ser comparado com outro teste; a análise de qualidade está voltada para cada item avaliado e não para o teste como um todo; e apresenta maior precisão na medida da aptidão analisada. Perspectivas possíveis devido à aplicação de dois pressupostos, o da *unidimensionalidade*, com foco na aptidão dominante que está sendo medida pelo teste, na qual os traços latentes secundários podem ser descuidados; e o da *independência local*, com foco nas respostas dos itens que serão analisadas sempre em função do traço latente predominante, aplicando-se controle aos fatores resultantes dos traços latentes secundários não observados, para que assim, permita apenas a variação do traço dominante (PASQUALI, 2013; HAUCK-FILHO; ZANON, 2015).

Na TRI, os modelos de análise estão em função de três modelos logísticos: 1) *Modelo Logístico de 1 Parâmetro*: avalia apenas a dificuldade de se responder ao teste, permitindo a mensuração quanto à sua magnitude; 2) *Modelo Logístico de 2 Parâmetros*: além da dificuldade analisada, se preocupa em relação à sua discriminação, ou seja, em identificar o quanto o comportamento analisado pode ser separado permitindo uma mensuração mais detalhada; e, por fim, 3) *Modelo Logístico de 3 Parâmetros*: além da dificuldade e da discriminação, busca analisar a probabilidade de acerto, mesmo o participante não possuindo habilidades para

responder ao teste, ou seja, as respostas corretas ocorreram de forma aleatória e sem fundamento em conhecimentos (PASQUALI, 2013).

4.1.1. Validade do Teste

A **Validade do Teste** se refere ao grau em que um teste ou instrumento é capaz de medir aquilo que supostamente foi proposto para mensurar, ou seja, o quanto o instrumento é capaz de medir o constructo, o conceito e o que ele não é (PASQUALI, 2013; POLIT; BECK, 2019). Essa validade é relacionada à qualidade das inferências, das conclusões e das decisões tomadas, com base nos resultados obtidos na aplicação do instrumento (PACICO; HUTZ, 2015). A validação do teste consiste em um processo aplicado na busca de evidências de validade e está classificada em três tipos: validade de conteúdo, de critério e de constructo (PASQUALI, 2013; POLIT; BECK, 2019).

A *Validade de Conteúdo* garantirá que todo o conteúdo seja avaliado pelo teste, que as perguntas estejam representadas na mesma proporção. Para tanto, o teste precisa ser constituído por amostra representativa de um universo finito de comportamentos ou conteúdos, ou seja, o pesquisador deve evitar super-representação de alguns aspectos e sub-representação de outros. Assim, o conjunto de itens elegidos para compor um teste é efetivamente uma amostra do conteúdo abordado de maneira a representar o traço latente. Conta com a participação de um painel de especialistas que podem contribuir com sugestões para a implementação do conteúdo do instrumento elaborado (PASQUALI, 2013; PACICO; HUTZ, 2015; POLIT; BECK, 2019).

Para a garantia da validação de conteúdo é necessário considerar algumas etapas durante a elaboração do teste. As etapas que serão citadas, com base em Pasquali (2013), serão aplicadas, sob o título de ‘ação operacional’ para a apresentação do capítulo dos Resultados (as de 1 a 5) e da Discussão (6 e 7). Assim sendo, as ações operacionais para o desenvolvimento deste modelo lógico são: 1) Definição do conteúdo com sua explicação, considerando seus tópicos e subtópicos; 2) Objetivos da avaliação, que indicam os processos que serão avaliados; 3) Proporção da representatividade do conteúdo em relação aos tópicos e subtópicos no teste, justificando a importância de cada um, com objetividade; 4) Elaboração de uma tabela de especificações que apresente o conteúdo segundo seus tópicos e subtópicos; 5) Construção do teste com explicação das técnicas selecionadas; 6) Análise teórica dos itens segundo a análise semântica, quanto à compreensão das variáveis e a pertinência dos itens analisados pelos juízes;

e 7) Análise empírica da determinação dos níveis de dificuldade e discriminação dos itens fundamentados pela TRI (PASQUALI, 2013).

A *Validade de Critério* é voltada para predizer a eficácia de um desempenho específico que pode ser classificada em *validade preditiva* ou *concorrente*. Na validade concorrente, a coleta do teste ocorre simultaneamente à coleta do critério. Pode ser aplicada, também, com a utilização de outros testes para comparação, desta forma, é possível estabelecer um “padrão-ouro” do constructo (PASQUALI, 2013; PACICO; HUTZ, 2015; POLIT; BECK, 2019).

A *Validade de Constructo* valida o conceito quanto à sua representação comportamental, mensurando um atributo ou qualidade para indicar se o constructo foi bem representado (PASQUALI, 2013; PACICO; HUTZ, 2015; POLIT; BECK, 2019). A validade de constructo, portanto, precisa mensurar a homogeneidade do teste, examinar se os escores do teste variam conforme o esperado e se há a correlação entre o constructo e as outras variáveis. Pode ser realizada pela *Análise Fatorial*, quando os fatores identificados se referem aos apresentados pela teoria, evidenciando validade de constructo. Pode ser atestada a validade pela aplicação dos instrumentos que avaliam um constructo oposto, trazendo resultados de correlação, sugerindo a *validade convergente*, bem como a ausência de correlação entre itens que não devem se relacionar, a *validade discriminante* (PACICO; HUTZ, 2015).

Devido à visão de validade discutida apresentar-se fragmentada e incompleta, foi estabelecida a visão de **Validade Unificada** considerando o conteúdo, a relevância, a estrutura, a generalização, os componentes externos e consequentes de validade de constructo (PACICO; HUTZ, 2015).

4.1.2. Confiabilidade do Teste

A Confiabilidade do Teste também entendida como sua fidedignidade, ou consistência interna, ou estabilidade, ou precisão, busca analisar o instrumento quanto à ausência de erros na mensuração e o grau de variação em replicação. Deste modo, quanto maior a confiabilidade, maior é a capacidade de distinguir os indivíduos em relação a características individuais (PACICO; HUTZ, 2015; POLIT; BECK, 2019). O *erro de medida* pode estar presente na aplicação do teste e impossibilitar o seu uso, este consiste na diferença entre o escore observado e o verdadeiro, existentes em todas as testagens, podendo aumentar ou diminuir o desempenho testado. Ou seja (PACICO; HUTZ, 2015):

Erro = Escore Observado (resultado do teste) – Escore Real (resultado verdadeiro)

As diferenças dos erros, para mais e para menos, tendem a se anularem, e assim, caso o teste apresente maior quantidade de itens menos prováveis, maior será a sua confiabilidade e menor será a ocorrência das discrepâncias (PACICO; HUTZ, 2015).

Classificam-se em *Confiabilidade de Teste-Reteste* que possibilita avaliação da consistência dos escores ao longo do tempo. É esperado que o teste apresente capacidade de reprodução, com pontuação sem variação no reteste. Assim, permitirá a avaliação da estabilidade dos escores do teste ao longo do tempo (PACICO; HUTZ, 2015; POLIT; BECK, 2019). E ainda, em *Confiabilidade Interavaliador*, esta permite a participação de dois ou mais avaliadores, aplicando o teste e comparando os escores entre si. E, em *Consistência Interna*, permite avaliar se os itens do teste mensuram o mesmo traço latente (POLIT; BECK, 2019).

Para tanto, o Coeficiente Alfa, também conhecido como Alfa de Cronback, analisa os escores divididos em duas metades, de forma homogênea e aleatória, calculando todas as possibilidades. A variação do resultado é de 0 a 1, onde o resultado mais próximo de 1 indicará maior confiabilidade do teste. Contudo, os resultados acima de 0,70 são aceitáveis e os abaixo de 0,50 são inaceitáveis. O Coeficiente Alfa pode ser aplicado em testes politômicos, como a escala Likert (ZANON; FILHO-HAUCK, 2015).

5. MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo estão apresentados os materiais e métodos a serem utilizados nesta pesquisa, os quais, em sua concepção, seguem as recomendações do *checklist Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE)*, do *Equator Network (OGRINC, DAVIES, GOODMAN, 2016)*, elaborado em colaboração com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Essas recomendações contribuem para a descrição de novos conhecimentos produzidos por pesquisas científicas em saúde, visando melhorar o cuidado, voltados à qualidade e à segurança, a nível de sistemas de saúde relacionados a resultados de uma intervenção (EQUATOR, 2015).

5.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo metodológico, que se aplica para o desenvolvimento ou refinamento de métodos de obtenção, organização e análise de dados (POLIT; BECK, 2019). O estudo metodológico permite a elaboração de instrumentos confiáveis, precisos e utilizáveis por diversas pessoas e sustentado por aspectos teóricos e estatísticos em sua estrutura. Assim, se torna possível desenvolver, validar e avaliar um instrumento, dispositivo ou método de mensuração, que devem favorecer a manipulação de dados em sua obtenção, organização e análise para referenciar o cenário real (FERREIRA, SILVINO, SOUZA, 2018).

Para tanto, o estudo metodológico deve ser organizado em cinco **ações operacionais**, a saber: 1) Levantamento bibliográfico: para seleção de evidências científicas que possibilitam a definição do constructo ou do comportamento do objeto de pesquisa que é a base do estudo; 2) Construção da primeira versão do instrumento: deve estar baseada nas evidências científicas levantadas e alinhada ao objeto de pesquisa a fim de evitar vieses; 3) Coleta de dados: validação do conteúdo do instrumento elaborado por um questionário claro para se obter respostas corretas; 4) Análise e discussão da validação do instrumento: ajuste no instrumento por testes de confiabilidade atendendo aos padrões do rigor científico; e 5) Remodelagem do instrumento para a versão final (FERREIRA, SILVINO, SOUZA, 2018).

As ações operacionais propostas permitirão sustentar o desenvolvimento de um modelo lógico, que pode ser compreendido como um instrumento de avaliação, que se origina de um arcabouço técnico, político e jurídico que regulamenta o sistema de saúde, mais especificamente a Linha de Cuidado Materna e Infantil. Diante disso, o objetivo da presente pesquisa afasta-se do tipo métodos mistos, que exemplifica o desenvolvimento de instrumentos a partir de dados qualitativos, provenientes de entrevistas, observações e autorrelatos para direcionar a construção de instrumentos com escalas quantitativas submetidas à validação (POLIT; BECK, 2019).

5.2. LOCAL DE ESTUDO

O Paraná é um estado brasileiro localizado na Região Sul, faz fronteira com outros três estados, ao norte com Mato Grosso do Sul e São Paulo, e ao sul, com Santa Catarina. À oeste seus limites fazem fronteira com dois outros países, o Paraguai e a Argentina, ao passo que à Leste é banhado pelo Oceano Atlântico (IPARDES, 2019).

Composto por 399 municípios que ocupam uma área territorial de 199.879,5 Km², tem população estimada de 11.433.957 habitantes. A relação entre a população e a superfície territorial, referente à densidade demográfica é de 57,2 hab/Km². Possui grau de urbanização de 85,3%, ou seja, proporção da população residente em zona urbana. A taxa de crescimento geométrico populacional apresenta-se em crescimento de 0,89, maior para a zona urbana (1,36%), quando comparada à zona rural que foi negativa (-1,48%) (IPARDES, 2019).

Em relação à raça/cor dos residentes no estado, se autodeclaram como brancos (70,1%), pardos (25,4%), indígenas (0,2%), negros (3,1%) e amarelos (1,2%). Em relação à idade, cerca de 11,5% são mulheres em idade reprodutiva entre 20 a 34 anos; 5,0% crianças entre 1 a 4 anos e apenas 1,3% crianças menores de 1 ano (IPARDES, 2019).

Em 2018, a Taxa de Mortalidade na Infância (menor de 5 anos) foi de 12,1 óbitos por mil nascidos vivos, apresentando como principais causas básicas dos óbitos: 948 (50,8%) casos de afecções originadas no período perinatal; 476 (25,1%) casos de malformação congênita, deformidades e anomalias cromossômicas; e 136 (7,2%) casos de causas externas de morbimortalidade (IPARDES, 2019).

Em 2018, observou-se a Mortalidade Infantil (de menores de 1 ano) de 10,3 óbitos por mil nascidos vivos, sobretudo devido à 943 (58,8%) casos de afecções originadas no período perinatal, 424 (26,4%) casos de malformação congênita, deformidades e anomalias

cromossômicas e 56 (3,5%) casos de causas externas de morbimortalidade. Em relação à Razão de Mortalidade Materna, ocorreram 46,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos (IPARDES, 2019). Em 2015, as principais causas de morte materna direta foram: 23,5% por hemorragias, 17,0% por pré-eclâmpsia ou eclâmpsia e 10,0% infecção puerperal. Indiretamente, a doença circulatória acaba sendo agravada pela gravidez e pelo parto (PARANÁ, 2016).

A Mortalidade Perinatal é um indicador de mortalidade que reflete a qualidade da assistência ao atendimento pré-natal, parto e puerpério. Estudo transversal, realizado no Paraná, identificou uma taxa de Mortalidade Perinatal de 14,3 óbitos por mil nascidos vivos, entre 2012 e 2014. Outro estudo no Paraná, do tipo ecológico, entre 2006 e 2016, identificou correlação espacial entre municípios que apresentam alta Mortalidade Perinatal (MIGOTO, OLIVEIRA, ANDRADE et al., 2020), o que sugere a influência da assistência entre os serviços de saúde organizados em Regionais de Saúde. E ainda, identificou correlação direta entre alta mortalidade com analfabetismo (0,183), desigualdade social (0,143) e fecundidade na adolescência (0,074) (MIGOTO, OLIVEIRA, FREIRE et al., 2018).

A Taxa de Fecundidade apresentou queda importante nas últimas décadas, para menos de dois (1,9) filhos por mulher em idade reprodutiva, no ano de 2010, destacando para um processo de envelhecimento da população, onde todas as 20 das 22 Regionais de Saúde (RS) apresentam mais de 10,0% da população com idade superior a 60 anos, exceto a 2ª RS Curitiba e a 9ª RS Foz do Iguaçu, com 9,8 e 9,1%, respectivamente (PARANÁ, 2016).

No Paraná, o Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,749, classificado como médio, este relaciona condições de educação, saúde e renda *per capita*. Em relação à saúde, estão disponibilizadas à população paranaense 24.958 unidades de serviços de saúde e cerca de 19.303 leitos hospitalares pelo SUS. Desses leitos, observa-se que 12,0% são destinados a pacientes obstétricas e 12,9% aos pacientes pediátricos. Ainda, das crianças que são acompanhadas na Atenção Básica, um total de 1.109.670 crianças menores de 1 ano, apenas 0,6% (6.694) apresentavam-se desnutridas (IPARDES, 2019).

A FIGURA 6 apresenta a organização do sistema de saúde nas 22 Regionais de Saúde (RS). Cada RS é composta por diversos municípios que arranjam seus serviços de saúde para atender o máximo da demanda de saúde da população local. As RS articulam-se entre si e dão origem a quatro Macrorregionais (PARANÁ, 2018), a saber:

- 1) Macrorregional Leste: composta por sete RS (1ª RS Paranaguá, 2ª RS Curitiba, 3ª RS Ponta Grossa, 4ª RS Irati, 5ª RS Guarapuava, 6ª RS União da Vitória e 21ª RS Telêmaco Borba);

- 2) Macrorregional Norte: composta por cinco RS (16ª RS Apucarana, 17ª RS Londrina, 18ª RS Cornélio Procópio, 19ª RS Jacarezinho e 22ª RS Ivaiporã);
- 3) Macrorregional Noroeste: composta por cinco RS (11ª RS Campo Mourão, 12ª RS Umuarama, 13ª RS Cianorte, 14ª RS Paranavaí e 15ª RS Maringá);
- 4) Macrorregional Oeste: composta por cinco RS (7ª RS Pato Branco, 8ª RS Francisco Beltrão, 9ª RS Foz do Iguaçu, 10ª RS Cascavel e 20ª RS Toledo).

FIGURA 6 - ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ EM REGIONAIS DE SAÚDE. CURITIBA, PARANÁ, 2019.



FONTE: Secretaria do Estado da Saúde (SESA), Paraná.

Destaca-se que as RS com maior importância é a 2ª RS Curitiba com 3.223.836 habitantes (30,9%); e 17ª RS Londrina com 871.267 (8,3%) e a 15ª RS Maringá com 733.404 (7,0%). As três somadas concentram 46,7% da população paranaense (PARANÁ, 2016).

A Taxa de Analfabetismos foi de 33,2%, em 2010, entre os maiores de 15 anos que se declaram não possuir capacidade de ler e escrever um bilhete simples. As condições são mais críticas para o ensino médio, quando comparado ao fundamental, que apresenta 11,3% de reprovação, 6,3% de abandono, 22,4% de distorção de idade e série. Para o ensino fundamental,

observa-se 7,2% de reprovação, 0,8% de abandono e 11,5% de distorção entre idade e série (IPARDES, 2019).

O número de matrículas é maior para o ensino fundamental (54,9%) quando comparado ao ensino médio (16,3%) e profissionalizante (5,1%). Estes dois últimos somados (21,4%) superam as matrículas da educação infantil (18,9%). Para a educação de jovens e adultos a proporção de matrículas foi de 6,9%, sendo que a maioria necessitava da conclusão do ensino fundamental (60,1%) quando comparado ao ensino médio (39,9%), sugerindo uma evasão precoce da escola. Entretanto, a tendência em relação ao número de estabelecimentos de ensino não apresenta o mesmo comportamento, pois em maior número se observam as instituições de ensino fundamental, seguida da educação infantil, e por fim, para o ensino médio. Para o ensino superior, as matrículas foram de 376.694, sendo que apenas 61.165 finalizaram algum curso, se comparado ao número de matrícula apenas 16,2% se formaram (IPARDES, 2019).

O Paraná apresentou a produção de R\$ 35.726,00 de Produto Interno Bruto (PIB) *Per Capta*, em 2018. Os principais gastos pertinentes aos municípios são atividades relacionadas à saúde, à educação, ao urbanismo e à administração. Apresenta Índice de Gini da renda domiciliar *per capita* de 0,541, sugerindo média desigualdade na distribuição de renda. Com renda média domiciliar *Per Capta* de R\$ 870,59 (referência de salário-mínimo de R\$ 510,00 em 2010) (IPARDES, 2019).

Entre as principais atividades econômicas, destaque para o maior empregador, as instituições de administração pública direta ou indireta, que empregam 15,8% dos trabalhadores ativos. O agronegócio emprega 3,3% dos trabalhadores, utiliza uma extensão territorial de 14.741.974 hectares para atividades como: lavoura temporária; pecuária e criação de outros animais; produção florestal de florestas plantadas; lavoura permanente; produção florestal de florestas nativas; horticultura e floricultura; aquicultura; produção de sementes, de mudas e de outras formas de propagação vegetal; e pesca (IPARDES, 2019).

Com registro de 3.094.054 famílias, com maior proporção de famílias compostas até duas pessoas, o estado apresenta Taxa de Natalidade de 13,7 nascidos vivos a cada mil habitantes (IPARDES, 2019).

5.3. PARTICIPANTES E PERÍODO DO ESTUDO

A literatura recomenda a participação de um número variável de participantes, como por exemplo, entre 3 e 10 pessoas para a composição do **Comitê de Juízes Especialistas**. Entretanto, discute-se que um número mínimo de participantes inferior a 10 pode levar à dificuldade de concordância e que uma quantidade ímpar pode evitar o empate no consenso (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Por isso, optou-se pela inclusão de 11 participantes para a formação do Comitê de Juízes Especialistas para a presente pesquisa.

A escolha dos especialistas ocorreu de forma intencional, de maneira que os participantes apresentavam inserção na assistência, ou na gestão, ou na pesquisa, de alguma maneira ou em algum momento com proximidade ao sistema de governança da Linha de Cuidado Materna e Infantil do estado do Paraná

Como **critérios de inclusão** consideraram-se os profissionais com vivência na assistência, na gestão ou na pesquisa em saúde materna e infantil; como área de formação na saúde, ciências sociais ou tecnologia da informação, a saber: enfermeiros, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, analistas de sistemas e psicólogos. Como **critério de exclusão** foi considerada a não devolutiva das respostas ao instrumento de coleta de dados, de maneira completa, no prazo de até 60 dias após o envio, mesmo que tivessem emitido resposta positiva à Carta Convite.

Foram convidados 20 profissionais, dos quais 7 recusaram em participar apresentando como motivo falta de disponibilidade de tempo. Destes 13 participantes, 2 não completaram o preenchimento do questionário de coleta de dados e foram excluídos. Por fim, contou-se com a participação de 11 indivíduos para compor o Comitê de Juízes Especialistas.

O estudo foi desenvolvido durante os anos de 2020 a 2021, oito anos após a implantação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil que ocorreu no ano de 2012.

5.4. COLETA E FONTE DE DADOS

A coleta de dados consistiu em opiniões e sugestões dos juízes especialistas em relação ao Modelo Lógico de Avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil desenvolvido. Apresentam-se na sequência a estratégia de revisão bibliográfica para a fundamentação e a criação do Modelo Lógico, que permitirá a avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil.

5.4.1. Revisão bibliográfica para a fundamentação do Modelo Lógico

A revisão bibliográfica foi realizada em oito fases, a saber: 1) Escolha do tema; 2) Elaboração do plano de trabalho; 3) Identificação; 4) Localização; 5) Compilação; 6) Fichamento; 7) Análise e interpretação; e 8) Redação (MARCONI; LAKATOS, 2017). Essas etapas foram apresentadas no capítulo 6.1 que detalha a estrutura metodológica para uma revisão das políticas públicas de saúde da mulher e da criança. Contribuiu para a formulação da análise em relação à avaliação da Qualidade em Saúde, fundamentando os itens de cada domínio dos domínios que compõem o modelo lógico.

5.4.2. Estrutura para a Construção do Modelo Lógico

O uso de modelos lógicos para avaliação de programas em saúde é considerado como a primeira etapa do processo avaliativo (CHAMPAGNE; BROUSSELLE; HARTZ et al., 2011), caracterizado por ser uma representação gráfica de imagens que se utiliza de palavras-chave extraídas dos objetivos específicos do programa (PINTO; SOUZA, 2017). Favorece o planejamento, a gestão e a avaliação (KELLOGG-FOUNDATION, 2004), assim a construção deste modelo lógico foi realizada de forma participativa (CHAMPAGNE; BROUSSELE; HARTZ et al., 2011) com o apoio da Secretaria de Estado da Saúde.

A construção do modelo lógico pode ser elaborada em qualquer etapa do desenvolvimento de um programa (KELLOGG-FOUNDATION, 2004). Por isso, mesmo com a implantação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, desde 2012, não inviabilizou sua construção.

Dentre os modelos lógicos disponíveis foi optado pelo *Theory Approach Model*, que representa o caminho entre causas imediatas e distantes, estruturado no planejamento, conectando ideias teóricas com as premissas do programa. As premissas fundamentam a estrutura do programa, proporcionando monitoramento e avaliação, com a produção de dados e formulação de informações confiáveis para evidenciar os resultados e o impacto do programa (KELLOGG-FOUNDATION, 2004). A FIGURA 4, apresentada no subcapítulo 3.1.6. Modelo Lógicos para Avaliação de Programas de Saúde, apresenta a estrutura para a organização deste modelo, segundo a Fundação *Kellogg*, permitindo a mensuração, sobretudo, de indicadores de estrutura, de processo e de resultado.

A leitura desse modelo lógico procede da esquerda para a direita, onde a etapa da direita é interdependente da conclusão da etapa à esquerda. Assim, é possível expressar, especificamente, o *como* o programa vai atingir o que espera e não apenas apresenta sobre o que é esperado (KELLOGG-FOUNDATION, 2004).

5.4.3. Fonte de Dados para a Validação de Conteúdo

O primeiro contato com os juízes especialistas foi realizado via *on line*, por e-mail, com o encaminhamento de uma Carta Convite para Participação na Pesquisa (APÊNDICE 1). Essa carta continha a orientação sobre o objetivo da presente pesquisa e a solicitação para participação e, ao confirmarem sua participação, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2) foi solicitada e realizada no *Zoho Forms*.

Para a construção do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE 3) optou-se por utilizar um instrumento proposto por Coluci et al. (2015) e adaptado para o conteúdo desta pesquisa (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). As perguntas eram fechadas organizadas em duas escalas, uma do tipo *Thurstone* com 2 pontos (concordo e discordo) e outra tipo *Likert* com 4 pontos (1. Não claro, pertinente ou abrangente; 2. Pouco claro, pertinente ou abrangente; 3. Bastante claro, pertinente ou abrangente; 4. Muito claro, pertinente ou abrangente). O modelo lógico foi avaliado em duas fases:

- 1) **Domínios:** avaliação dos conceitos e conteúdo dos domínios se foram empregados adequadamente; se estão adequados para quem o irá utilizar; se está correto; e se é representativo, permitindo aos especialistas contribuírem com sugestão de inclusão e exclusão de conteúdo. Foi analisado, quantitativamente, pela Taxa de Concordância (TC) (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015);
- 2) **Itens:** avaliados individualmente quanto ao formato, ao título, à instrução, à interpretação, à clareza e à pertinência de cada um deles ao instrumento. Para clareza e instrução se avalia a redação se está compreensível ou não. Foram disponibilizados espaços em branco para os comentários com o fim de qualificar cada item. Utilizou-se a medida quantitativa de proporção de concordância, entre os juízes especialistas, pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A coleta de dados para a validação do modelo lógico aconteceu entre os meses de junho a dezembro de 2020, via *on line*, pela disponibilização de um *link* de acesso à ferramenta *Zoho Forms*, a qual gerou uma base de dados, posteriormente importada para análise dos dados. Esses dados foram oriundos do julgamento do instrumento pelos participantes do Comitê de Juízes Especialistas.

5.5. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi efetivada para a validação do modelo lógico, com base na Psicometria (PASQUALI, 2009; PASQUALI, 2013). Os dados coletados foram importados da ferramenta *Zoho Forms* para o *Microsoft Power BI Desktop*. Foi realizado o pré-processamento da base de dados permitindo a correção das inadequações de digitação no preenchimento dos campos de identificação; a exclusão de dois participantes por não completarem o preenchimento do instrumento; e a conferência do quantitativo das respostas para evitar a duplicidade dos dados ou a ausência da informação.

Para a vertente TCT, foi utilizada a Fase 1 do instrumento de coleta de dados, onde a validação de conteúdo em relação à abrangência dos domínios contemplou adequadamente o número de itens necessários; se todas as dimensões assistenciais foram incluídas; se está adequado aos respondentes; se o conteúdo está correto e representativo. É neste momento que o Comitê de Juízes Especialistas faz sugestões para a inclusão ou exclusão de conteúdo no campo destinado a comentário. Em seguida, utilizar-se-á a **Taxa de Concordância (TC)** para calcular a proporção de concordância, entre os participantes, respondidas em uma escala do tipo *Thurstone*, contemplando dois pontos, concordância ou não, utilizando a fórmula (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015):

$$TC = \frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que concordam entre si} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$$

A adequação de conteúdo pode ser considerada quando a TC for igual ou superior a 90%, quando o valor é menor, o domínio ou o item foi discutido e readequado (COLUCI, ALEXANDRE, MILANI, 2015) conforme as sugestões do Comitê de Juízes Especialistas. A TC de cada domínio foi calculada a partir da média da TC de cada item, e para a TC do

instrumento foi calculada em relação à média das TC de cada domínio (COLUCI; ALEXANDRE; MILANE, 2015).

Para avaliar a concordância entre os avaliadores quanto à clareza e pertinência do item para o instrumento, foi calculada a **Razão de Validade de Conteúdo (RVC)**:

$$RVC = \frac{(n_e - N/2)}{(N/2)}$$

Onde o n_e indica o número de juízes especialistas que recomendaram o domínio ou o item como essenciais, resposta concordo, e N o número total de avaliadores (PACICO; HUTZ, 2015). Sendo assim, o item se apresenta como importante para o instrumento quando mais da metade dos juízes especialistas selecionaram a resposta concordo na fase 1 do instrumento de coleta de dados (PACICO; HUTZ, 2015).

Considerando a participação de 11 juízes especialistas, foi respeitado o valor mínimo de **RVC** de 0,59, sendo assim seria improvável que a concordância entre eles tivesse ocorrido ao acaso. Quando o **RVC** é inferior a este valor compreende-se uma chance maior de 5% de concordarem ao acaso, por isso sugere-se a exclusão do item do instrumento. Portanto, um **RVC** maior que 0,59 indica que o item apresenta validade de conteúdo (PACICO; HUTZ, 2015) em relação ao modelo lógico quanto à sua clareza ou pertinência.

Para a vertente TRI, a validação utilizou a Fase 2 do instrumento de coleta de dados, na qual cada item deveria ser avaliado um a um quanto à clareza de sua redação, como também o formato, o título, as instruções e os domínios, além da pertinência e representatividade dos itens em relação aos domínios. Desta forma, sugestões foram descritas no campo denominado comentários. A concordância entre os juízes especialistas foi analisada pelo **Índice de Validade de Conteúdo (IVC)** aos dados produzidos pela escala do tipo *Likert* com os quatro pontos de emissão de juízo pelo validador partindo na primeira opção do ‘não claro ou pertinente ou abrangente’ para ‘muito claro’, na última. Assim, foi possível somar as respostas 3 (bastante claro, pertinente ou abrangente) e 4 (muito claro, pertinente ou abrangente) para depois dividi-la pelo total de respostas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015):

$$IVC = \frac{N^\circ \text{ de Respostas 3 e 4}}{N^\circ \text{ Total de Resposta}}$$

Foi considerado como concordância aceitável um IVC maior, 0,78, para a verificação do novo instrumento, com concordância mínima de 0,80, mas preferencialmente a 0,90 (PASQUALI, 2009; COLUCI, ALEXANDRE, MILANI, 2015). Para esta análise descritiva a base de dados foi importada para o *Microsoft Office Excel Professional Plus 2019*, que auxiliou nos cálculos.

Para análise estatística da confiabilidade da consistência interna do modelo lógico, foi aplicado o **Coefficiente Alfa**, anteriormente conhecido como Alfa de Cronbach, medindo a correlação entre os juízes especialistas em relação aos itens, domínios e modelo lógico. Ele analisa a variância dos itens individuais e a soma dos itens de cada juiz especialista. O valor mínimo esperado é de 0,70, quando abaixo disso a consistência do instrumento é considerada baixa, sugere-se reavaliar o item do instrumento (MEDEIROS; FERREIRA-JUNIOR, PINTO et al., 2015).

O resultado da análise da confiabilidade da consistência interna do modelo lógico foi categorizado em: menor que 0,50 é considerado inaceitável; de 0,50 a 0,59 ruim; 0,60 a 0,69 questionável; 0,70 a 0,79 aceitável; 0,80 a 0,89 bom; e maior de 0,90 excelente (ZANON; HAUCK-FILHO, 2015). Para a análise inferencial, a base de dados foi importada para a ferramenta *Software IBM SPSS Statistics 26.0.0.0*, possibilitando os cálculos.

QUADRO 1 - SÍNTESE DOS INDICADORES DE ANÁLISE DA VALIDADE DE CONTEÚDO E CONFIABILIDADE INTERNA SEGUNDO CRITÉRIOS E INTERPRETAÇÃO. CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Indicadores	Crítérios	Interpretação
<i>Taxa de Concordância aplicado a clareza e pertinência.</i>	Se > 90%	Conteúdo adequado, o item não necessitava ser revisto.
	Se < 90%	Conteúdo readequado considerando as sugestões dos juízes especialistas.
<i>Razão de Validade de Conteúdo aplicado a clareza e pertinência.</i>	Se > 0,59	Improvável concordância ao acaso, manutenção do item no domínio.
	Se < 0,59	Provável concordância ao acaso em 5%, exclusão do item quando avaliado em relação a pertinência.
<i>Índice de Validade de Conteúdo, aplicado a clareza, pertinência e abrangência.</i>	Se > 0,90	Itens apresentaram concordância preferencial, mantido sem alteração.
		Itens apresentaram concordância mínima, mantido sem alteração.
	Se < 0,78	Itens apresentaram concordância inaceitável, realizado adequações quanto a clareza.
<i>Coefficiente Alfa de Chrombach</i>	Se > 0,90	Excelente consistência interna do domínio e modelo lógico.
	De 0,80 a 0,89	Boa consistência interna do domínio e modelo lógico.
	De 0,70 a 0,79	Consistência interna aceitável do domínio e modelo lógico.
	De 0,60 a 0,69	Consistência interna questionável.

FONTE: Coluci, Alexandre, Milani, (2015).

5.6. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa compõe um projeto de pesquisa maior, intitulado como “Rede de atenção à saúde materna e infantil no Paraná: governança mediada por tecnologias inovadoras”. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, sob o Parecer de nº 3.912.101 de 2020 (ANEXO 1). Também do Hospital do Trabalhador da Secretaria da Saúde do Paraná, sob o parecer nº 3.939.969 de 2020 (ANEXO 2). Os participantes incluídos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2), seguindo as recomendações éticas da Resolução do Conselho Nacional nº 466 de 2012 (BRASIL, 2012b).

6. RESULTADOS

6.1 AÇÃO OPERACIONAL 1

Este subcapítulo compõe um artigo de revisão bibliográfica sobre as políticas públicas de saúde da mulher e da criança, publicado na revista *Gestão & Saúde*, no formato on-line. Esta, avaliada pelo antigo Qualis CAPES com nota B4 para a área da Enfermagem. Este artigo organizou as políticas públicas nas áreas de promoção à saúde; atendimento pré-natal e parto; assistência ao recém-nascido; organização dos serviços e sistema para a saúde materna e infantil; e impacto das políticas globais no sistema de saúde. Foram analisadas segundo os critérios de avaliação da Qualidade em Saúde para estrutura, processo e resultado. Deste modo, de maneira incipiente, as políticas públicas apresentam critérios específicos para avaliação da Qualidade em Saúde, havendo necessidade de aprimoramento em relação aos procedimentos de avaliação para a mensuração de seus objetivos.

**ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA
SOB A ÓTICA DA QUALIDADE EM SAÚDE***ANALYSIS OF PUBLIC HEALTH POLICIES FOR WOMEN AND CHILDREN FROM THE
POINT OF VIEW OF QUALITY IN HEALTH*

Michelle Thais MIGOTO¹
Márcia Helena de Souza FREIRE²

RESUMO

Introdução: A Mortalidade Materna e Infantil apresenta-se como problema de saúde pública, a continuidade de sua redução está fundamentada na melhoria da Qualidade em Saúde. **Objetivo:** analisar as políticas públicas brasileiras voltadas a saúde da mulher e da criança, sob a ótica do referencial teórico da Qualidade em Saúde com foco na tríade da estrutura, do processo e do resultado. **Materiais e Método:** revisão bibliográfica, cujo tema foi delimitado pela pergunta de pesquisa: quais os critérios de avaliação da qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança propostos pelas políticas públicas brasileiras? A identificação dos documentos ocorreu em sites do governo e nas bases de dados SciELO e PUBMED/MEDLINE. A busca ocorreu entre julho a outubro de 2019, atualizada em fevereiro de 2021. A compilação dos resultados aconteceu pela reunião metodizada dos documentos identificados. A análise e interpretação das informações foi organizada em: promoção à saúde da mulher; assistência à gestação, ao pré-natal e ao parto; assistência ao recém-nascido; organização dos serviços e sistema para a saúde materna e infantil; e, impacto das políticas globais no SUS. **Resultados:** foi selecionado 26 documentos, os quais apresentavam as políticas públicas de saúde que foram apresentadas relacionando objetivo e população-alvo. Foi extraído de cada documento os critérios de avaliação para a Qualidade em Saúde, algumas não apresentavam este tipo de informação, outras sugeriam a necessidade da avaliação sem detalhar os métodos, e poucas apresentavam indicadores com definições. **Considerações Finais:** políticas públicas de saúde na saúde mulher e da criança tem se estruturando ao longo dos anos, apresentam, de maneira incipiente, critérios específicos para avaliação da Qualidade em Saúde que contemplem a tríade estrutura, processo e resultado.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas de saúde, saúde materno-infantil, revisão.

ABSTRACT

Introduction: Maternal and Infant Mortality presents itself as a public health problem, the continuity of its reduction is based on the improvement of Quality in Health. **Objective:** to analyze Brazilian public policies aimed at the health of women and children, from the perspective of the theoretical framework of Quality in Health, focusing on the triad of structure, process, and result. **Materials and Method:** bibliographic review, whose theme was delimited by the research question: what are the criteria for assessing the quality of health care for women and children proposed by Brazilian public policies? The identification of the documents took place on government websites and in the SciELO and PUBMED / MEDLINE databases. The search took place between July and October 2019, updated in February 2021. The analysis and interpretation of the information was organized in promotion of women's health; assistance for pregnancy, prenatal care and childbirth; assistance to the newborn; organization of services and systems for maternal and child health; and the impact of global policies on SUS. **Results:** 26 documents were selected, which presented the public health policies that were presented relating objective and target population. The evaluation criteria for Quality in Health were extracted from each document, some did not present this type of information, others suggested the need for evaluation without detailing the methods, and few presented indicators with definitions. **Final Considerations:** public health policies on women's and children's health have been structured over the years, present, in an incipient way, specific criteria for assessing Quality in Health that include the triad structure, process and result.

KEYWORDS: Public health policy, maternal and child health, review.

¹Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná – Curitiba, Paraná.

²Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná – Curitiba, Paraná. *E-mail para correspondência: michellemigoto@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a construção histórica da saúde a mesma se estabeleceu como um direito social instituído pela Constituição Federal de 1988, e deve ser garantido pelo Estado mediante o desenvolvimento de políticas públicas, que confirmem a universalidade, a integralidade e a equidade. Para tanto, os diversos serviços de saúde já existentes foram organizados em um Sistema Único de Saúde (SUS), como resultante da Reforma Sanitária¹. Ela é entendida como resposta a um contexto de desigualdades sociais, de uma economia centrada na industrialização, com o agravamento da saúde da população decorrente de endemias, gestão de um governo autoritário¹. Da Constituição Federal de 1988 até o momento atual, tivemos concluída as gestões de seis Presidentes da República, os quais tiveram sob suas responsabilidades a implantação e estruturação da SUS, como uma política de Estado².

Em 1990, foi eleito o primeiro presidente pelo voto direto, Fernando Collor de Mello (1990-1992), filiado ao Partido da Reconstrução Nacional. Em resposta à desigualdade social e à crise política, este iniciou uma abertura econômica do país. Neste cenário, foi publicada a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 de 1990, que dispõe sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde. Devido corrupção, renunciou seu cargo que foi ocupado pelo seu vice-presidente Itamar Franco (1992-1995). Este, desfilou-se do partido de Fernando Collor para filiar-se ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro. Em sua gestão a desigualdade social se manteve, ele priorizou recursos para a Previdência Social, manteve a economia aberta e implantou o Plano Real, como uma estratégia para melhoria econômica. Na saúde, o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social vinculou-se ao Ministério da Saúde e, o

início do SUS se destacou pelo início da descentralização do sistema de saúde, permeado por dificuldades advindas de financiamento centralizado na esfera Federal do Governo assim, limitando a almejada integralidade^{1,3}.

A seguir, Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) foi eleito e governou por dois mandatos seguidos, era filiado ao Partido da Social Democracia Brasileira. Sua gestão apresentou características neoliberais pela privatização de empresas estatais, assentando a economia às regras internacionais. No combate à desigualdade social promoveu reajustes no salário-mínimo, iniciou a oferta de programas sociais na tentativa de redistribuir a renda. Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 2, que utilizava o dinheiro arrecadado pela Contribuição Provisória Sobre a Movimentação Financeira (CPMF) para o financiamento da saúde, bem como o Programa Saúde da Família (PSF) que alterou o formato do financiamento para a criação do piso *per capita*, estratégias para promoção do financiamento do SUS. Aprovou ainda a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), iniciando assim a consolidação do setor privado como um subsistema do setor público^{1,3}. Desta forma, promoveu mercantilização da saúde no Brasil, opondo-se às ideias da Reforma Sanitária.

Em 2002, foi eleito Luiz Inácio Lula da Silva, filiado ao Partido dos Trabalhadores, que também governou por dois mandatos consecutivos (2003-2010). Em sua gestão deliberou para o fortalecimento dos serviços públicos, aumento do salário-mínimo e dos direitos sociais, refletindo em redução da desigualdade pela melhor distribuição de renda, mantendo a economia aberta proposta, pelos governos anteriores. Aprovou a extinção da CPMF, fortalecendo o subfinanciamento do SUS, que provocou ajustes fiscais contribuindo para o fortalecimento dos Planos de Saúde³.

Apesar de sofrer com crise política de corrupção, a popularidade de Lula era significativa, o que favoreceu a eleição de Dilma Rousseff (2011-2016), também filiada ao

Partido dos Trabalhadores. Em seu segundo mandato passou a adotar uma política de austeridade com contenção dos gastos públicos, devido reflexo de crises internacionais, aumentando o desemprego e levando a um contingenciamento dos gastos com políticas sociais e de saúde. Desta forma, abriu a saúde ao capital estrangeiro pela alteração do Art. 23 da Lei Orgânica, implantou o programa Mais Médicos³ e iniciou a privatização da gestão de serviços de saúde por meio das Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS) e as Fundações de Direito Privado².

Uma nova crise política se instaura, Dilma sofre *impeachment*, foi substituída pelo seu vice-presidente Michel Temer (2016-2019), filiado ao Movimento Democrático Brasileiro. Neste governo foi aprovada a Emenda Constitucional n° 95⁴, esta limita as despesas públicas à variação inflacionária⁵, aplicando austeridade ao financiamento de todas as políticas sociais. Este novo regime fiscal favoreceu o setor privado em detrimento do setor público no âmbito da saúde, associado a publicação de uma nova Política Nacional de Atenção Básica que instituiu novas formas de financiamento para arranjos assistenciais que não contemplam a equipe multiprofissional².

Por conseguinte, a saúde como uma política de Estado não foi priorizada pelos governantes, apesar de estar contida na Constituição Federal, ficou evidente o desenvolvimento de um Projeto Privatista da Saúde que se alargou paralelamente a implantação do SUS. Este cenário levou a um subfinanciamento crônico, e este ocasiona impactos sobre a Qualidade em Saúde, sobretudo após a implementação da Emenda Constitucional n° 95.

Diante do cenário traçado, afirma-se que uma das demandas de saúde que mais sofreu impacto do subfinanciamento crônico é a assistência ao pré-natal, ao parto e ao atendimento ao recém-nascido, processos que acontecem de forma contínua e, não se extinguirão. Assim, vislumbra-se o sofrimento da população mais vulnerável à desigualdade social e econômica

para o acesso integral a assistência à saúde, fazendo-se oportuna uma análise das políticas públicas de saúde à mulher e à criança, sob a luz da Qualidade em Saúde, e conseqüentemente, promovendo a institucionalização da avaliação em saúde.

Deste modo, o objetivo deste estudo foi analisar as políticas públicas brasileiras voltadas a saúde da mulher e da criança, sob a ótica do referencial teórico da Qualidade em Saúde com foco na tríade da estrutura, do processo e do resultado.

1. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em oito fases: 1) Escolha do tema; 2) Elaboração do plano de trabalho; 3) Identificação; 4) Localização; 5) Compilação; 6) Fichamento; 7) Análise e interpretação; e 8) Redação⁶.

O tema escolhido foi delimitado na construção de uma pergunta de pesquisa, estruturada conforme a estratégia PICO⁷, onde: P indica população e, se refere as mulheres e crianças; I aponta a intervenção relacionando-se com as políticas públicas de saúde; e, Co relaciona-se ao contexto, considerado como os critérios de avaliação para a Qualidade da Assistência. Concluindo-se pela seguinte pergunta de pesquisa: quais os critérios de avaliação da qualidade da assistência a saúde da mulher e da criança propostos pelas políticas públicas brasileiras?

A elaboração do plano deste trabalho, para construir um entendimento correlato às políticas públicas de saúde, consistiu na introdução, do desenvolvimento e da conclusão deste estudo. A introdução buscou abordar o contexto político, social e econômico no qual o Brasil está inserido desde a criação do SUS, em 1988. No desenvolvimento buscou-se apresentar as principais políticas públicas de saúde, considerando a promoção da saúde da mulher; o atendimento ao pré-natal e parto; e, à saúde do recém-nascido.

Migoto MTet al. Análise das políticas públicas de saúde da mulher e da criança sob a ótica da qualidade em saúde RGS.2021;23(1):52-77.

Quanto a identificação dos dados buscou-se por documentos legais como a Constituição Federal, leis, resoluções, portarias, instruções normativas, documentos do Ministério da Saúde, os quais orientam as políticas públicas de saúde, e os artigos científicos. Os documentos foram localizados em sites oficiais do Governo Federal e, os artigos científicos em bases de dados da área da saúde, como o SciELO e a PUBMED/MEDLINE. A busca foi realizada entre julho a outubro de 2019, atualizada em fevereiro de 2021.

A compilação dos resultados se deu pela reunião metodizada dos materiais identificados, conforme os tópicos estabelecidos no Plano de Trabalho. Após, foi realizado o fichamento por meio da leitura completa dos documentos identificados, que possibilitou a extração fidedigna de informações que respondiam à pergunta de pesquisa, com o propósito de delimitar o tema escolhido. Desta forma, foi elaborado um quadro contendo as principais políticas públicas de saúde da mulher e da criança, relacionando à população atendida, o objetivo de cada política pública, os critérios de avaliação da qualidade em saúde e as diretrizes do SUS que buscam atender.

Para análise e interpretação das informações obtidas a literatura foi organizada conforme as dimensões: de promoção à saúde da mulher; assistência à gestação, ao pré-natal e ao parto; assistência ao recém-nascido; organização dos serviços e sistema para a saúde materna e infantil; e, impacto das políticas globais no Sistema Único de Saúde. Por fim, a elaboração deste estudo considerou a redação de cada uma das etapas de um trabalho científico. Devido tratar-se de uma revisão bibliográfica não é apontada a necessidade de apreciação ética para o estudo.

2. RESULTADOS

Foram identificados diversos documentos que normatizam as políticas públicas de saúde voltadas a mulher e a criança. Este arcabouço legislativo tem sua primeira publicação no ano de 1996, transcorrendo por mais de 20 anos seguidos. Estão apresentadas no Quadro 1 as políticas públicas de saúde descritas segundo a população alvo a ser assistida, o objetivo da política pública e os critérios de avaliação da qualidade em saúde com foco na estrutura, no processo e no resultado.

Em relação a Qualidade em Saúde, foi possível observar que grande parte das políticas não apresentavam critérios de avaliação pré-estabelecidos, ou ainda, quando sugeriam a necessidade avaliação, não detalham como desenvolvê-la. Contudo, houve indicação da avaliação da estrutura, do processo e de resultados em número reduzido de políticas.

Quadro 1. Políticas públicas de saúde da mulher e da criança segundo a população alvo, objetivos, diretrizes do SUS e critérios para avaliação da Qualidade em Saúde, 2021.

Política e ano	População-alvo	Objetivo	Menciona critérios para a avaliação da Qualidade em Saúde?
PROMOÇÃO A SAÚDE DA MULHER			
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2004 ⁸ .	Mulheres de todas as idades.	Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres.	Orienta a necessidade de avaliação, mas não detalha o método.
Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Caderno de Atenção Básica de 2013.	Mulheres que se encontram na adolescência, no climatério e na terceira idade.	Organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para reduzir a incidência e a mortalidade do câncer de colo e mama.	Não.
Lei n° 9.263 de 1996 ¹⁰ .	Mulheres e homens com mais de 25 anos.	Indicação da esterilização.	Não.
Resolução n° 192 de 2009 ¹¹ .	Mulher e homem.	Oferecer conhecimento para a escolha e utilização do método de anticoncepção.	Não.
ATENDIMENTO PRÉ-NATAL E PARTO			
Portaria n° 569 de 2000 ¹²	Mulher gestante e recém-nascido.	Desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, na assistência obstétrica e neonatal pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).	Sugere indicadores de processo e resultado. Estes últimos divididos em resultado e impacto.
Lei n° 11.108 de 2005 ¹³ .	Mulher gestante e puerpéra.	Garantir o direito ao acompanhante no trabalho de	Não.

Migoto MTet al. Análise das políticas públicas de saúde da mulher e da criança sob a ótica da qualidade em saúde RGS.2021;23(1):52-77.

		parto, parto e pós-parto imediato no SUS.	
Lei nº 11.634 de 2007 ¹⁴ .	Mulher gestante e parturiente.	Vincular a gestante à maternidade em que se realizará o parto no SUS.	Não.
Resolução nº 516 de 2016 ¹⁵ .	Mulher parturiente e puérpera.	Definir as competências do enfermeiro obstetra.	Orienta a necessidade de avaliação do processo, mas não detalha o método.
Lei nº 17.701 de 2017 ¹⁶ .	Mulher gestante ou parturiente.	Implantar medidas de informação e proteção contra a violência obstétrica.	Não.
Lei nº 19.701 de 2018 ¹⁷ .	Mulher gestante ou parturiente.	Estabelecer os direitos das gestantes e parturientes e, definir a violência obstétrica.	Não.
Lei nº 20.127 de 2020 ¹⁸ .	Mulher gestante e parturiente.	Definir as condições de parto adequado.	Não.
Portaria nº 306 de 2016 ¹⁹ .	Mulher gestante e parturiente.	Aprovar as diretrizes para a operação cesariana.	Não.
Portaria nº 2.068 de 2016 ²⁰ .	Mulher puérpera e recém-nascido.	Aprovar diretrizes para a assistência em alojamento conjunto.	Não.
ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO			
Portaria nº 693 de 2000 ²¹ .	Gestante ou recém-nascido de alto risco, e sua família.	Orientar a implantação do Método Canguru.	Sugere avaliação e propõe indicadores de processo e resultado.
Portaria nº 1.683 de 2007 ²² .	Gestante ou recém-nascido de alto risco, e sua família.	Aprovar as normas de orientação para a implantação do Método Canguru.	Sugere avaliação e propõe indicadores de processo e resultado.
Portaria nº 36 de 2008 ²³ .	Mulher parturiente ou puérpera, e recém-nascido.	Estabelecer padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.	Sugere avaliação baseada em indicadores da Instrução Normativa nº 2 de 2008 (processo e resultado).
Resolução nº 7 de 2010 ²⁴ .	Recém-nascido.	Estabelecer padrões para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva.	Sugere avaliação e, não propõe indicadores.
Instrução Normativa nº 2 de 2008 ²⁵ .	Mulher parturiente ou puérpera, e recém-nascido.	Estabelecer Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.	Sugere indicadores de processo e resultado.
Portaria nº 1.153 de 2014 ²⁶ .	Mulher parturiente ou puérpera, e recém-nascido.	Definir responsabilidades do hospital vinculado a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e seu monitoramento.	Orienta a necessidade de avaliação, mas não detalha o método.
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E SISTEMA PARA A SAÚDE MATERNA E INFANTIL			
Portaria nº 1.459 de 2011 ²⁷ .	Mulher gestante, parturiente ou puérpera, e recém-nascido.	Definir as diretrizes da Rede Cegonha.	Orienta a necessidade de avaliação, mas não detalha o método.
Portaria nº 650 de 2011 ²⁸ .	Mulher gestante, parturiente ou puérpera, e recém-nascido.	Definir a governança por pactuação.	Orienta a necessidade de avaliação, mas não detalha o método.
Portaria nº 1.020 de 2013 ²⁹ .	Mulher gestante e recém-nascido de alto risco.	Apoiar o cuidado às gestantes e recém-nascidos de alto risco, conforme os serviços	Orienta a necessidade de avaliação, em relação a prazos e

Migoto MTet al. Análise das políticas públicas de saúde da mulher e da criança sob a ótica da qualidade em saúde RGS.2021;23(1):52-77.

		ambulatoriais e hospitalares de referência.	financiamento, indicando estrutura.
Portaria nº 2.351 de 2011 ³⁰ .	Mulher gestante, parturiente ou puérpera, e recém-nascido.	Alterar a Portaria nº 1.459 de 2011, sobre a Rede Cegonha em relação a custos de serviços de saúde.	Não.
Portaria nº 930 de 2012 ³¹ .	Recém-nascidos.	Definir diretrizes para a assistência de recém-nascidos em estado grave ou potencialmente graves.	Orienta a necessidade de avaliação, mas não detalha o método.
Projeto Apice On, 2017 ³² .	Mulheres gestante, parturientes ou puérperas, e recém-nascidos.	Qualificar a assistência e a gestão dos serviços obstétricos e neonatais.	Orienta a necessidade de avaliação de forma abrangente.
IMPACTO DAS POLÍTICAS GLOBAIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			
Resolução nº 42 de 2018 ³¹ .	Mulheres em idade fértil e crianças até 5 anos.	Aprovar diretrizes para o enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância no contexto do Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 2030.	Avaliação da Redes de Atenção à Saúde quanto a processo e resultado.

As políticas públicas de saúde identificadas buscaram atender as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade, preconizadas pelo SUS. Estas diretrizes respeitam as ideias da Reforma Sanitária e, estão em concordância com a Constituição Federal.

3. DISCUSSÃO

Qualidade em Saúde

A **Qualidade em Saúde** consiste em julgamentos de valores sobre diversos aspectos da assistência à saúde, que refletem os valores e as metas estabelecidas aos serviços e sistemas de saúde. Avaliação das dimensões da tríade estrutura, processo e resultado reflete a qualidade da assistência³³⁻³⁴. A avaliação da **estrutura** consiste no julgamento da estrutura física, instalações, equipamentos, recursos humanos, e recursos financeiros. Apresenta características estáveis, por não contar com mudanças frequentes e, apresenta menor importância, quando comparada à avaliação do processo e do resultado. Contudo, a estrutura influencia o processo,

Migoto MT et al. Análise das políticas públicas de saúde da mulher e da criança sob a ótica da qualidade em saúde RGS.2021;23(1):52-77.

ao apresentar boa qualidade proporcionará um bom processo. É a dimensão que menos oferece informações sobre a qualidade da atenção à saúde, servindo como complemento da avaliação do processo e do resultado³⁵⁻³⁶.

Na avaliação do **processo** faz-se a mediação entre o meio e o fim de uma atividade de assistência, são feitos julgamentos instáveis, quando comparados aos resultados. Um tipo de avaliação relevante para a gestão dos serviços e sistemas de saúde, permite a padronização e a validação de comportamentos para uma prática assistencial de qualidade, favorecendo a correção de problemas em tempo real.

Já na avaliação do **resultado** como dimensão da qualidade que reflete aplicação de tecnologia na assistência, está atribuída a um processo e reflete as mudanças no estado de saúde da população. Um incremento nos resultados de saúde de uma população reflete qualidade da assistência, e assim, a avaliação do resultado complementa a do processo³⁵⁻³⁶.

As políticas públicas voltadas à promoção da saúde da mulher

Em 2004, foi publicada a **PNAISM**, um projeto que se consolidou em política pública, deixando de considerar saúde apenas no contexto da reprodução e passando a contemplar ações convergentes com as necessidades de promoção de saúde e, de controle de doenças prevalentes. Além de estabelecer assistência humanizada e articular os serviços em redes integradas⁸.

Uma política de saúde que perpassa pelas instâncias de atendimento e qualificação: do atendimento clínico-ginecológico; do tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e HIV; do planejamento reprodutivo garantindo a oferta de métodos contraceptivos, estimulando a participação do homem e dos adolescentes; da promoção da atenção obstétrica e neonatal, bem como, o abortamento seguro; da promoção da assistência à saúde de mulheres e

adolescentes em situação de violência; redução da morbimortalidade por câncer feminino (mama e colo do útero); da saúde da mulher no climatério; saúde mental no contexto de gênero; terceira idade; das trabalhadoras do campo e da cidade; e, da mulher negra e indígena⁸.

Em 2013, o Ministério da Saúde atualiza as ações para a prevenção e controle do câncer pela regulamentação da organização do SUS em RAS, para a oferta de ações de promoção, de prevenção primária e secundária, de diagnóstico, de tratamento e cuidados paliativos⁹.

Em 1996, pela Lei nº 9.263, o **Planejamento Familiar** afirma que os métodos ofertados precisavam apresentar eficácia cientificamente comprovada e respeitar a liberdade de escolha pela mulher. Também regulamentou critérios para esterilização por procedimento de laqueadura na mulher ou vasectomia no homem. Ela deveria ser voluntária e respeitar alguns critérios e, se faz proibido sua realização diante da alteração da capacidade de discernimento de escolha, devido abuso de álcool e drogas, ou por apresentar estado emocional ou incapacidade mental¹⁰.

Em 2009, a Resolução nº 192 reforçou a cobertura do Planejamento Familiar no segmento ambulatorial, apresentando o dispositivo intrauterino e, a consulta de aconselhamento, em nível individual ou para o casal. Incentiva atividades educacionais, em grupo ou individualmente, executadas por profissionais de saúde habilitados, valorizando a troca de informação e de vivências. Define o aconselhamento como um processo de escuta e acolhimento da demanda, individual ou do casal, favorecendo o manejo de métodos contraceptivos e de infecções sexualmente transmissíveis¹¹.

Em 2013, o Ministério da Saúde atualizou a nomenclatura para **Saúde Reprodutiva**, fortalecendo o acesso pela Atenção Primária a Saúde, estendendo-se para além da oferta dos métodos e técnicas contraceptivas, para a divulgação de informações e acompanhamento,

segundo a escolha da mulher na fase adulta e na adolescência. Nesta abordagem, a Saúde Sexual é relevante para a manutenção da qualidade de vida e, se constitui um direito, com foco, sobretudo, na promoção à saúde⁹.

Estudo transversal, vinculado ao Projeto Nascer no Brasil, realizado com puérperas classificadas com risco habitual, em 2018, observou que com a adesão ao planejamento reprodutivo havia maior chance de gravidez planejada (42,0%), com início precoce do pré-natal ($p<0,001$), refletindo na realização de seis consultas e preparação para o parto ($p=0,005$). Assim, as mulheres relataram satisfação em estarem grávidas (64%), pelo desejo em engravidar (43%) e, com pré-natal de maior qualidade. Destacado o mérito e a magnitude do planejamento reprodutivo nos desfechos maternos e infantis³⁷.

Políticas públicas voltadas ao atendimento do pré-natal e do parto

Sob o foco da humanização, em 2000, a Portaria n° 569 instituiu o **PHPN** estabelecendo ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, que impulsionou a qualidade da assistência obstétrica e neonatal, ampliando o acesso às mesmas. Além de definir a estrutura e, o financiamento do programa, bem como, os princípios gerais para o adequado acompanhamento pré-natal¹².

Este programa aponta indicadores de avaliação para sua efetividade, organizados em três grupos: 1) Processo: percentual de consultas de pré-natal; consultas de pré-natal e de puerpério; consultas de pré-natal e todos os exames; consultas de pré-natal, de puerpério e todos os exames; cobertura de gestantes imunizadas com a vacina antitetânica; e, percentual de consultas de pré-natal e puerpério, todos os exames, teste de HIV e vacinação antitetânica; 2)

Resultados: percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita e de tétano

neonatal em relação aos nascidos vivos; 3) Impacto: Coeficiente de Sífilis Congênita, de tétano, Razão de Mortalidade Materna, Mortalidade Neonatal Precoce, Neonatal Tardia e Neonatal Total, todos comparados ao ano anterior¹².

Estudo transversal identificou que a qualidade do pré-natal de nascimento prematuros, segundo o Índice de Kessner, foi menor ($p < 0,001$) quando comparada aos nascimentos a termo. Ao aplicar uma análise logística, verificou-se que o pré-natal inadequado estava associado ao financiamento misto ($p < 0,001$), à raça não branca ($p < 0,012$), à gestação não planejada ($p < 0,001$) e à multiparidade ($p < 0,013$)³⁸, identificando a população mais vulnerável.

Outro estudo realizado com mulheres que fizeram pré-natal pelo SUS, em unidades da ESF do Distrito Federal, conclui que apenas 15,0% delas receberam assistência completa. Para tanto, foram consideradas as ações preconizadas como: seis consultas ou mais; vacinação contra o tétano; prescrição de sulfato ferroso; exame físico completo; todas as orientações; e, a realização de exames complementares³⁹. Estes achados reforçam a necessidade da institucionalização da avaliação para que se compreenda o cenário assistência e sejam estabelecidas novas estratégias para alcance dos critérios qualidade.

Em seguida, duas Leis buscaram fortalecer a humanização no momento do parto e nascimento: a Lei 11.108 de 2005, que passou a garantir a presença do acompanhante, de escolha da mulher, durante o trabalho de parto, parto e nascimento¹³; a Lei nº 11.634 de 2007, que dispôs sobre o direito da gestante ao conhecimento da vinculação à maternidade onde receberá a assistência do parto¹⁴. Esta vinculação minimiza os problemas relacionados a demora no acesso a assistência, por evitar a peregrinação das gestantes nos serviços de saúde. O PHPN também garante a disponibilidade do transporte, da presença do pediatra na sala de parto e da visita do pai sem restrições de horário¹², ampliando ao acesso a uma assistência de qualidade e efetiva.

A fim de contribuir com a qualificação do atendimento ao parto, o Conselho Federal de Enfermagem, publicou a Resolução nº 516 de 2016, dispondo sobre a normatização da atuação no enfermeiro nos serviços que oferecem assistência ao parto. Regulamenta a assistência por Enfermeiras Obstétricas, qualificando o processo, por apresentar competências no acolhimento; avaliação clínicas e obstétricas; promover o cuidado centrado na evolução fisiológica do parto; identificação e encaminhamento diante de uma distocia; adoção de boas práticas no parto e nascimento; emissão de Declaração de Nascido Vivo; notificação dos óbitos maternos, neonatais e fetais; ações intersetoriais e interdisciplinares para a promoção da saúde materna e infantil; entre outras¹⁵.

Estudo brasileiro de base hospitalar identificou que 51,5% dos partos de primíparas foram cirúrgicos, predominância de 87,5% no setor privado e 44,8% no SUS. Relacionada a precariedade de orientações durante o pré-natal, apesar de 70,0% das mulheres considerarem o parto normal mais seguro ($p < 0,001$). Dos partos cirúrgicos realizados, 62,3% não entraram em trabalho de parto ($p < 0,001$), 76,1% apresentaram intercorrências ($p < 0,001$) e, 40,0% das multíparas já haviam passado por cesárea anterior⁴⁰. Uma proporção de nascimentos por cesárea muito acima do que recomenda a Organização Mundial de Saúde.

A cesárea é a via final de parto para 40,0% das primíparas adolescentes, sendo que 46,6% delas referem esta opção devido ao medo da dor do parto. O perfil social destas adolescentes apresenta escolaridade adequada à idade, classe econômica mais elevada, financiamento privado de saúde, realizando o pré-natal e o parto com o mesmo profissional responsável, de etnia branca, e idade entre os 17 a 19 anos⁴¹. Sugerindo a precariedade de orientações relacionadas ao parto durante o período pré-natal.

Na perspectiva de reduzir a **Violência Obstétrica** para impulsionar maior adesão ao parto normal, no Paraná, foi publicada a Lei nº 19.207 de 2017, dispondo sobre estratégias de

informação e denúncias contra atos realizados por quaisquer membros da equipe multiprofissional¹⁶. No ano seguinte, foi sancionada a Lei nº 19.701 de 2018, considerando os sofrimentos, as negligências, os tratamentos excessivos e a coação para inibir denúncias de violência obstétrica. Entende-se que a gestante ou parturiente tem como direito receber avaliação de suas condições clínicas, receber uma assistência humanizada, respeitando sua individualidade, de modo a preservar sua intimidade, respeitar suas crenças e cultura, bem como, a permanência do acompanhante de sua escolha¹⁷.

Diante disso, pela Lei nº 20.127 de 2020, foram conceituadas as condições de parto adequado como sendo aquele que promove uma experiência agradável, confortável, tranquila e segura ao binômio. Considera a tomada de decisão por parte da mulher em relação ao seu parto, e, assim foi estabelecido que a cesariana, quando a pedido da gestante que apresente risco habitual, somente será realizada a partir da 39ª semana de gestação, cabendo o registro oportuno no prontuário¹⁸. No Brasil, as diretrizes para indicação deste procedimento haviam sido atualizadas pela Portaria nº 306 em 2016¹⁹.

Com a chegada do momento do parto, a fim de fortalecer o vínculo da família com o recém-nascido, a capacitação para o desenvolvimento do cuidado no domicílio e a redução do risco de infecção, foi publicada a Portaria nº 2.068 de 2016, que apresenta diretrizes da atenção integral à puerpera e ao recém-nascido, de risco habitual ou intermediário assistidas no **Alojamento Conjunto**, aos serviços públicos e privados. Este serviço é estruturado com o propósito de receber recém-nascidos para tratamento de icterícia, anomalias congênitas menores, infecções congênitas e em processo de investigação. Conta com os recursos humanos capacitados, como enfermeiro habilitado em neonatologia ou obstetrícia e equipe médica composta por pediatra e obstetra²².

A assistência deve estar organizada para promover o aleitamento materno, orientando sobre o seu manejo, proporcionando atividades de educação em saúde, oferta e inserção de métodos contraceptivos e, os testes de triagem neonatal. Destaca-se a responsabilidade de toda a equipe multiprofissional para as orientações de alta²², a fim de capacitar a família para o cuidado domiciliar do binômio.

Políticas públicas voltadas à assistência ao recém-nascido

Concomitantemente à PHPN, devido a crescente proporção de nascimentos prematuros, foi publicada a Portaria n° 693 de 2000, posteriormente revogada pela Portaria n° 1.683 de 2007, que orientou a implantação do **Método Canguru**. Uma estratégia para a melhoria da eficiência e da eficácia da assistência neonatal preconizando a estruturação dos serviços de saúde em três etapas, a saber: 1) Assistência humanizada ao recém-nascido gravemente ou potencialmente enfermo, introduzindo a importância do papel da família frente a recuperação da criança; 2) Internamento na Unidade Canguru para que a mãe cuide integralmente do recém-nascido com baixo peso até a alta hospitalar, garantindo a família a capacitação para os cuidados especiais; e o 3) Acompanhamento ambulatorial para avaliação do crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos²¹⁻²².

Apresenta indicadores de avaliação de saúde, como: taxa de morbidade e mortalidade neonatal; taxas de reinternação; condições de desenvolvimento e crescimento; grau de satisfação e segurança materna/família; prevalência de aleitamento materno; desempenho e satisfação da equipe de saúde; conhecimentos maternos quanto aos cuidados com a criança; e, tempo de permanência intra-hospitalar nascidos²¹⁻²².

Sob a ótica da gestão, foi publicada a regulamentação técnica na Portaria n° 36 de 2008, contemplando os serviços obstétricos e neonatais, bem como a Resolução n° 07 de 2010, sobre o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais. Elas sugerem a adaptação da infraestrutura, dos recursos humanos, de materiais e de equipamentos, do acesso à recursos assistenciais, dos processos operacionais assistenciais, do transporte de pacientes, a prevenção e controle de infecção; e quanto à biossegurança, a notificação de eventos adversos graves e o descarte de resíduos hospitalares nascidos²¹⁻²².

Ademais, a alocação de recursos para o Unidade Canguru que privilegia a internação do binômio clinicamente estável, podendo receber recém-nascidos a partir de 34 semanas com peso superior a 1.800g²¹⁻²². Com isso, defende-se a humanização no período puerperal, garantindo o fortalecimento do vínculo entre o recém-nascido e sua família, mesmo em condições de prematuridade limítrofe.

Em 2008, foi publicada a Instrução Normativa n° 2 que dispõem os indicadores de avaliação dos serviços de atenção obstétrica e neonatal organizados em três grupos: 1) Indicadores de gestão: média de permanência de puérperas; 2) Indicadores de processo: taxa de cesáreas, taxa de cesárea em primíparas, taxa de episiotomia e taxa de partos com acompanhantes; e, 3) Indicadores de resultados: taxa de mortalidade neonatal precoce, taxa de infecção puerperal relacionada ao parto normal ou cesárea²⁴⁻²⁵.

Desde 1992, no Brasil, vem sendo desenvolvida a **IHAC** que visa assegurar a prática do aleitamento materno, prevenir o desmame precoce e a não oferta de leites artificiais sem indicação criteriosa. São requeridas várias iniciativas dos serviços hospitalares que pleiteiam e recebem o título de IHAC, a saber: manter suas equipes capacitadas para o manejo do aleitamento materno; orientar as mulheres quantos aos benefícios desta prática; incentivar a pega ainda na primeira hora de vida; e, capacitar as mães quanto a ordenha em condições de

separação do binômio; além de proporcionarem o internamento em alojamento conjunto⁴². A IHAC é regulamentada pela Portaria nº 1.153 de 2014, que definiu estas responsabilidades aos hospitais participantes, os quais deverão ser monitorados anualmente e, reavaliados a cada três anos²⁶, para o recebimento do incremento financeiro do Ministério da Saúde.

Políticas públicas voltadas à organização dos serviços e sistema para a saúde materna e infantil

Integrando as políticas públicas de assistência à saúde materna e infantil que deliberam sobre a dimensão processo, em 2011, foi publicada a Portaria nº 1.459 que instituiu a **Rede Cegonha** em todo o âmbito do SUS, considerando as diretrizes da organização em Rede de Atenção à Saúde. Esta preconiza a organização dos serviços de saúde em redes, para a garantia do acesso, do acolhimento e da resolutividade, com vistas ao impacto na mortalidade materna e infantil²⁷.

Sua implantação se deu mediante a gestão compartilhada entre os municípios e os estados, a partir da Portaria nº 650 de 2011, que definiu a governança por pactuação entre estas esferas de governo, a ser realizada pela Comissão Intergestora Regional e homologada pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB), das secretarias de estado da saúde. Além de definir, o número de leitos obstétricos, de gestação de alto risco, neonatais, cangurus e intensivos segundo os habitantes e nascidos vivos da região²⁸. Esta permitiu o avanço para a regionalização da saúde, na perspectiva de garantir o acesso universal às mulheres e seus recém-nascidos.

A Portaria nº 1.020, de 2013, em concordância com a Rede Cegonha organiza o conjunto de ações e serviços para a assistência de gestantes e recém-nascidos de alto risco, contemplando todos os níveis de complexidade. Cabe a Atenção Primária o início, a captação precoce da gestante para do pré-natal e sua estratificação de risco, vinculando ao ambulatório

especializado. Aos hospitais, a oferta de casas de apoio, a adoção de boas práticas ao parto e nascimento, proporcionando a elaboração do plano de parto, considerando o respeito de taxas menores de 30,0% de cesarianas, bem como os valores de procedimento²⁹.

A Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil está estruturada em Componentes da Rede Cegonha como o pré-natal, o parto e nascimento, o puerpério e a atenção integral à saúde da criança, bem como, o sistema logístico de transporte sanitário e regulação. No pré-natal tem-se a garantia do início precoce das consultas, com a classificação de risco e de vulnerabilidade da gestante, e posterior, acesso aos exames para diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, bem como de complicações obstétricas ou de saúde, com encaminhamento garantido ao atendimento de alto risco em tempo oportuno. Ainda, com respeito à aplicação da classificação de risco, tem-se o estabelecimento da vinculação à maternidade que garanta a complexidade de assistência necessária. Conectando estes diferentes serviços há o apoio da disponibilidade de transporte às consultas e ao momento do parto. E, por fim, preconiza-se a qualificação das informações relativas a todos os dados produzidos por este aparato assistencial a partir da gestão da informação²⁷.

Com relação ao parto e nascimento, há que haver serviços aptos para a oferta de assistência baseada em evidência, com a disponibilização de leitos obstétricos e neonatais conforme a necessidade regional e com prática do acolhimento e da classificação de risco. É reforçada a necessidade de respeito ao direito da permanência do acompanhante no momento do trabalho de parto, no parto e no pós-parto. Respeito este estabelecido pela relação fundamentada na humanização, entre uma equipe multiprofissional horizontal²⁷.

No puerpério e atenção integral à saúde da criança, destaca-se o incentivo e a promoção do aleitamento materno, bem como a alimentação saudável, orientada por um acompanhamento pela Atenção Primária à Saúde, iniciada na visita domiciliar durante a primeira semana de vida

do recém-nascido. Para os casos de vulnerabilidade, este serviço deve se responsabilizar pela busca ativa e acompanhamento, como também, pela oferta de métodos contraceptivos, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis²⁷.

Por fim, relativo aos Sistema Logístico de Regulação e Transporte, a oferta de transporte seguro deve ser realizada pelo SAMU, com a disponibilidade de incubadoras e respiradores neonatais. A vinculação entre a maternidade deve ser respeitada e garantida pelo serviço de transporte e ser orientada pela regulação dos leitos obstétricos e neonatais²⁷.

Ainda em 2011, foi publicada a Portaria nº 2.351, alterando a Portaria anterior quanto ao financiamento dos recursos para a ampliação do número de leitos obstétricos e neonatais, bem como quanto ao repasse financeiro do SUS aos serviços de saúde³⁰, que se encontra vigente.

Na sequência, a organização do atendimento neonatal nos serviços de saúde, foi direcionada pela Portaria nº 930 de 2012. Esta definiu a classificação dos leitos neonatais segundo a necessidade imposta pela complexidade do cuidado. Preconiza que cada unidade que disponibilize 10 leitos neonatais deve respeitar a proporção de 4 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), contabilizada a partir de 2 leitos para cada mil nascidos vivos; 6 leitos Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) organizados em duas tipologias, sendo 4 de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e 2 de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)³¹.

Igualmente é detalhada a descrição dos recursos humanos mínimos para a composição da equipe multiprofissional neonatal, compondo: médico especialista em Pediatria ou Neonatologia, um diarista e um plantonista; fisioterapeuta assistencial e coordenador; fonoaudiólogo; enfermeiros neonatologistas, um como coordenador, um como assistencial e outro como plantonista; um técnico de enfermagem para cada 2 leitos. Deve haver a

disponibilidade de aparatos tecnológicos, como: ressuscitador manual; ventilador mecânico; bombas de infusão contínua; berço de calor radiante; incubadoras de parede dupla e de transporte; berços de acrílico; monitor de múltiplos parâmetros; estetoscópio; termômetro; oxímetro; balança eletrônica; fototerapia; esfigmomanômetro; oftalmoscópio; otoscópio; capacete de oxigênio; aspirador portátil; dentre outros³¹.

Após anos de discussão de (re)estruturação da assistência à saúde materna e infantil nos serviços e sistemas de saúde pela Rede Cegonha e, frente a necessidade de qualificação dos profissionais, foi lançado o **Projeto Apice On** – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Este reconhece a necessidade da qualificação da formação, da assistência e da gestão como um tripé indissociável e necessário, para a composição de um modelo de atenção. Reforçando as melhores práticas de gestão, promovida pela participação e corresponsabilização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de decisão, de planejamento e de avaliação³⁰.

Assim, o Apice On tem articulado o ensino, a pesquisa e a extensão no cuidado ao parto, ao nascimento, ao planejamento reprodutivo, ao pós-parto ou pós-aborto, bem como, às mulheres em situação de violência sexual e aborto legal. De tal modo, proporcionando o desenvolvimento de ações baseadas em evidências científicas que se articulam com a humanização e, a garantia dos direitos das mulheres e crianças, para a inovação do ensino, da atenção e da gestão. Proporcionando ainda, um cuidado singular e seguro, pela gestão compartilhada do trabalho em equipe e em rede, com a implantação de estratégias que viabilizem um espaço de escuta às usuárias, suas famílias e seus acompanhantes³⁰.

Impacto das políticas globais no Sistema Único de Saúde

Concomitante às políticas públicas nacionais aqui relacionadas, em nível global foram estabelecidos os **Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM)**, entre 2000 a 2015,

assumidos por 191 países integrantes da Organização das Nações Unidas para a erradicação da pobreza nos países em desenvolvimento. De entre os objetivos relacionados à saúde, estabeleceu-se a redução da Mortalidade na Infância e a Mortalidade Materna. Em 2011, o Brasil atinge o objetivo em relação à mortalidade na infância, com redução para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos para os óbitos menores de 5 anos. Entretanto, o relacionado à mortalidade materna, não atingiu a meta nacional de 35 para óbitos maternos, ficando ainda em 64 óbitos por mil nascidos vivos. Apesar da redução destes óbitos identificam-se diferenças regionais, sob as quais justifica-se a integração de uma nova agenda para o período de 2016 a 2030, a dos **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. Este é lançado com 17 objetivos e 169 metas, acompanhado por indicadores para mensuração das metas. Destaca-se o terceiro objetivo sobre Saúde e Bem-estar que permitirá o aprimoramento das políticas públicas e programas de saúde em todos os níveis de governo, a partir do modelo de governança⁴³⁻⁴⁴.

Por conseguinte, foram aprovados diretrizes e estratégias para a redução da Mortalidade Materna e Infantil, no contexto da agenda dos ODS, pela publicação da Resolução nº 42, de 2018. Esta regulamenta a gestão no modelo de governança pela elaboração de um plano de enfrentamento com marcadores de acompanhamento como indicadores de monitoramento e cronograma, segundo cada uma das esferas de governos. Fato que corrobora com a avaliação da pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta pela integração entre os governos nacional, estadual e municipal³¹.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas de saúde na saúde mulher e da criança tem se estruturando ao longo dos anos, mesmo havendo o desenvolvimento de um projeto privatista em saúde e um subfinanciamento para avanço do SUS. Contudo, algumas políticas apresentam, de maneira

incipiente, critérios específicos para avaliação da Qualidade em Saúde que contemplem as dimensões de estrutura, processo e resultado. Fato que estabelece a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que produzam evidências científicas correlatas à institucionalização da avaliação, estabelecendo estratégias e critérios de Qualidade em Saúde para a Linha de Cuidado a Saúde Materna e Infantil.

5. REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C. Et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*; 2011;377(9779):1778–1797. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611600548>>
 2. Silva JLL, Santos VM, Correia MVC. Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer. *Ser Social*. 2021;23(48). Doi: 10.26512/sersocial.v23i48.29324.
 3. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saude Publica*; 2017;33(2):e00129616. Doi: 10.1590/0102-311X00129616.
 4. Brasil. Emenda Constitucional nº 95 de 2016. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/EMC95_15.12.2016/EMC95.asp
 5. Teixeira CF. Por uma análise política dos impasses da regionalização do SUS. *Cad Saude Publica*. 2019;35(Sup 2):e00077019. Doi: 10.1590/0102-311X00077019.
 6. Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamentos de metodologia científica*. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.
 7. Apóstolo JLA. Síntese de evidência no contexto da translação da ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Joao-Apostolo/publication/322861762_Sintese_da_evidencia_no_contexto_da_translacao_da_ciencia/links/5a7336560f7e9b20d48fcb1/Sintese-da-evidencia-no-contexto-da-translacao-da-ciencia.pdf
 8. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004. Disponível em: <http://www.jstage.jst.go.jp/article/ieejpes1972/106/3/106_3_294/_article>
 9. Brasil. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2ª Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf
 10. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 9.263 de 1996. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/12079378/artigo-10-da-lei-n-9263-de-12-de-janeiro-de-1996>.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução nº 192 de 2009. Disponível em:
-
- Migoto MT et al. Análise das políticas públicas de saúde da mulher e da criança sob a ótica da qualidade em saúde *RGS*.2021;23(1):52-77.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2009/res0192_27_05_2009.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20cobertura%20aos,familiar%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAscias.&text=35%2DC%20da%20Lei%20N%C2%BA,11%20de%20maio%20de%202009.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 569 de 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

13. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei n° 11.108 de 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm

14. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei n° 11.634 de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/111634.htm

15. Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n° 516 de 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html

16. Paraná. Legislação Estadual. Lei n° 19.207 de 2017. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=352205#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20de,obst%C3%A9trica%20no%20Estado%20do%20Paran%C3%A1.>

17. Paraná. Legislação Estadual. Lei n° 19.701 de 2018. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=369582>

18. Paraná. Legislação Estadual. Lei n° 20.127 de 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=388956>

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 306 de 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.html

20. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 2.068 de 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html

21. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 693 de 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html

22. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.683 de 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html

23. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n° 36 de 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html

24. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n° 7 de 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

25. Brasil. Ministério da Saúde. Instrução normativa n° 2 de 2008. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_1270192_INSTRUCAO_NORMATIVA_N_2_DE_3_DE_JUNHO_DE_2008.aspx

26. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.153 de 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html#:~:text=Redefine%20os

%20crit%C3%A9rios%20de%20habilita%C3%A7%C3%A3o,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).

27. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.459 de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 650 de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html

29. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.020 de 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html

30. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 2.351 de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html

31. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 930 de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html

30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n° 42 de 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57217977/do1-2018-12-28-resolucao-n-42-de-13-de-dezembro-de-2018-57217765

33. Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Volume 1; Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

34. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2005.

35. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process, and outcome. In: Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press. v. 1, 1980.

36. Donabedin A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4):691–729.

37. Santos JM, Matos TS, Mendes RB. Et al. Influência do planejamento reprodutivo e da satisfação materna com a descoberta da gravidez na qualidade da assistência pré-natal no Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*; 2019;19(3):537–543. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292019000300529&script=sci_arttext&lng=pt.

38. Melo EC, Oliveira RR, Mathias TAF. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):0540–0549. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400540&lng=en&lng=en.

39. Tomasi E, Fernandes PAA, Fisher T. Et al. Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(3):03. Doi: 10.1590/0102-311X00195815.
40. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M. Et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saude Publica*; 2014;30(Suppl 1). Doi: 10.1590/0102-311X00105113.
41. Gama SGN, Viellas EF, Schilithz AOC. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad Saude Publica*; 2014;30(supl.1). Doi: 10.1590/0102-311X00145513.
42. Lamounier JA, Chaves RG, Rego MAS. Et al. Iniciativa hospital amigo da criança: 25 anos de experiência no Brasil. *Rev paul pediatr*; 2019;37(4). Doi: 10.1590/1984-0462/;2019;37;4;00004.
43. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Decreto nº 8.892 de 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8892.htm>.
44. Roma JC. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. *Cienc Cult*; 2019;71(1):33-39. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252019000100011.

6.2 AÇÃO OPERACIONAL 2

Este subcapítulo apresenta a construção de um modelo lógico segundo as recomendações da Fundação Kellogg, do tipo *Theory Approach Logic Models*. Destaca-se que ele permitiu trabalhar com elementos relacionados ao trabalho planejado e aos resultados pretendidos. Buscou-se pela construção de links entre indicadores para a medição das premissas relacionadas às diretrizes do SUS, bem como os objetivos da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil.

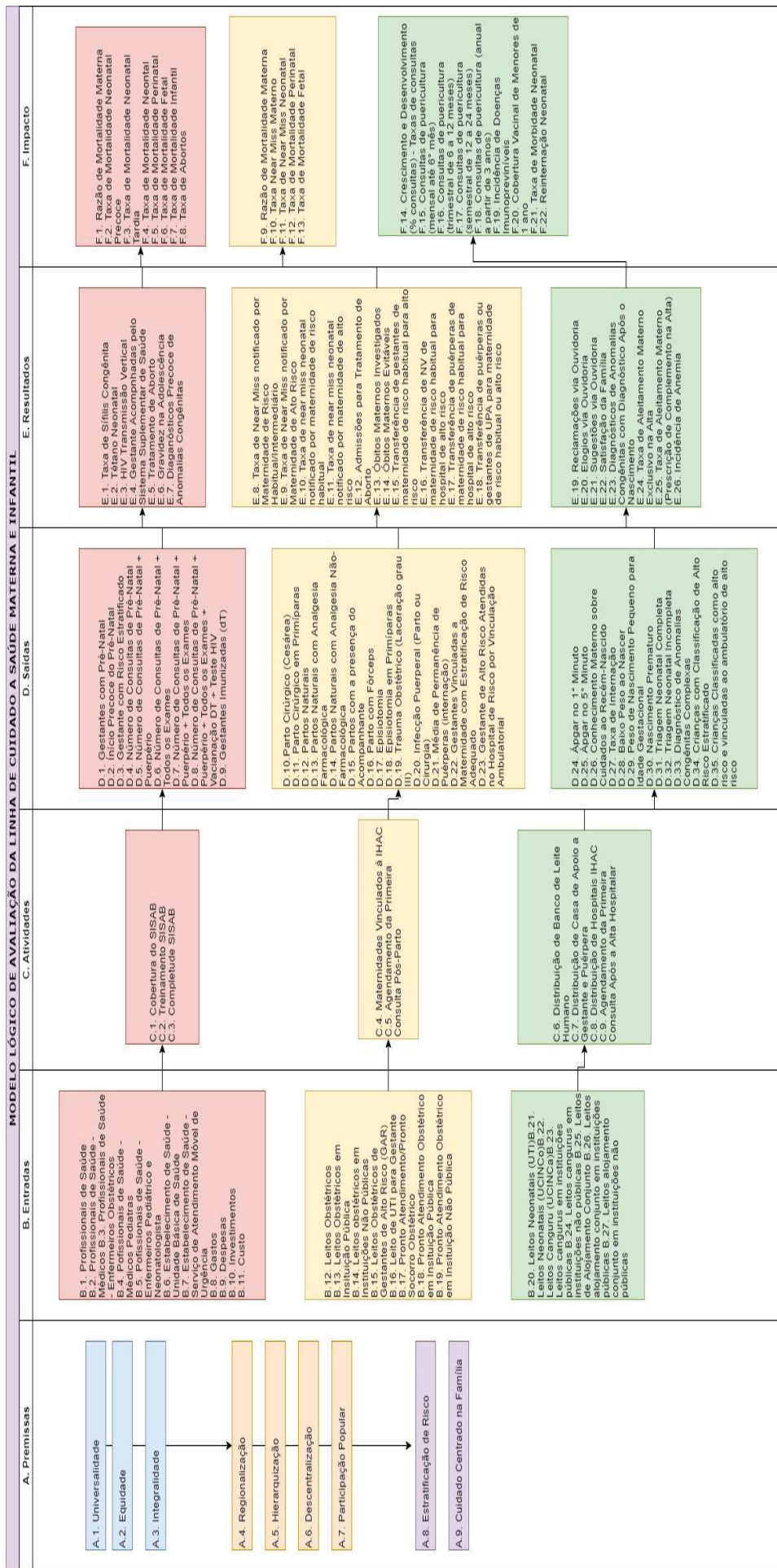
O conteúdo do modelo lógico foi organizado em domínios, a saber: premissas, entradas, atividades, saídas, resultados e impacto. Essa sequência de atividades está vinculada e planejada para atingir o resultado de saúde que se busca, refletindo a mudança da saúde individual e comunitária. As etapas do planejamento do trabalho são: 1) Entrada: consiste nos recursos humanos, nos financeiros e os organizacionais; e 2) Atividades: consiste no como o programa aplica os seus recursos disponíveis, como processos, ferramentas, eventos e tecnologias, que promovem a mudança por estarem destinadas a provocar a mudança apresentada nos resultados (KELLOGG-FOUNDATION, 2004).

Outras três etapas estão relacionadas ao resultado pretendido, a saber: 3) Saídas: está relacionada às metas a serem entregues pelo programa; 4) Resultados: trazem mudança de comportamento, no conhecimento a nível individual do profissional e suas habilidades, organizados em curto (1 a 3 anos) e longo (4 a 6 anos) prazo; e o 5) Impacto: compreende os resultados entre 7 a 10 anos, caracterizando a mudança causada nos serviços e sistemas de saúde pela influência dos resultados (KELLOGG-FOUNDATION, 2004).

Dentro desses domínios foram estabelecidos indicadores de saúde que monitorem a estrutura, o processo e o resultado. Esses indicadores buscam contemplar todas as dimensões assistenciais que compõem a Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, como: 1) O pré-natal contemplando a responsabilidade da atenção primária e os ambulatórios de alto risco; 2) O atendimento ao parto e puerpério que vincula o serviço terciário para o parto, considerando as maternidades de risco habitual e alto risco; e 3) O atendimento ao recém-nascido realizado por Unidades Neonatal, refletindo as condições do pré-natal e do parto. Toda essa estrutura assistencial segue as diretrizes da Rede Cegonha.

A FIGURA 7 apresenta o modelo lógico segundo a Fundação Kellogg relacionando o referencial teórico da Qualidade em Saúde, apontando a estrutura, o processo e o resultado das dimensões assistenciais.

FIGURA 7 – MODELO LÓGICO, SEGUNDO A FUNDAÇÃO KELLOGG, PROPOSTO PARA VALIDAÇÃO PELO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTAS, CURITIBA, PARANÁ, 2020.



FONTE: a autora (2020).

Os indicadores permitem o monitoramento de resultados de saúde e seu impacto que contribuem na mensuração do desempenho e sucesso da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil. No QUADRO 3 apresentamos as especificações quanto aos indicadores de saúde propostos em cada domínio e sua dimensão assistencial, bem como a explicação dos dados referentes aos numeradores e denominadores e suas fontes de dados.

QUADRO 2 – MATRIZ DO MODELO LÓGICO APRESENTADA EM BLOCOS ASSISTENCIAIS PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO, DEFINIÇÃO, NUMERADORES, DENOMINADORES E FONTE DOS DADOS. CURITIBA, PARANÁ, 2020.

ESTRUTURA DA MATRIZ COM A DESCRIÇÃO DOS INDICADORES E A FONTE DOS DADOS						
PREMISSAS						
A.1. Universalidade	A saúde como direito de todos os cidadãos, assegurado pelo Estado, garantido acesso aos serviços de saúde a todas as pessoas, independentemente características sociais ou pessoais.					
A.2. Equidade	Visa a redução das desigualdades, onde os serviços de saúde oferecem mais aos cidadãos que apresentam necessidades distintas, investindo mais onde a carência é maior.					
A.3. Integralidade	Busca atender o cidadão considerando o todo considerando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o acesso ao tratamento e a reabilitação, considerando a necessidade de articulação para a inclusão da saúde em todas as políticas, refletindo maior qualidade de vida.					
A.4. Regionalização	Organização dos serviços e sistema de saúde em níveis crescentes de complexidade em uma região, considerando características epidemiológicas, que direcionam a população atendida.					
A.5. Hierarquização	Articulação entre os serviços do sistema de saúde, com comando unificado, procedendo os níveis de atenção primária, secundária e terciária, para garantir o acesso ao serviço segundo sua necessidade de complexidade.					
A.6. Descentralização	Direcionamento da responsabilidade de gestão dos serviços e sistemas de saúde, nos três níveis de governo, descentralizando do governo federal até o município. Onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade, garantindo qualidade, controle e fiscalização.					
A.7. Participação Popular	Participação da sociedade nas deliberações relacionadas ao sistema de saúde, pela atuação de Conselhos e Conferências de Saúde, atuando na formulação de estratégias, controle e avaliação da execução da política de saúde.					
A.8. Estratificação de Risco	Garantir o acesso a assistência, promovendo o cuidado seguro e de qualidade, segundo a estratificação de risco da gestante (risco habitual, intermediário e alto risco) na gestação, parto e puerpério, bem como as crianças menores de um ano de idade. Permitindo a vinculação aos serviços de saúde especializados, resolutivos e acessíveis em tempo adequado.					
A.9. Cuidado Centrado na Família	Modelo de assistência que reconhece família como cliente do cuidado, assegurando sua participação nas ações de saúde de forma democrática na tomada de decisão em relação ao tratamento de saúde.					
ESTRUTURA						
Dimensão Assistencial	Nome	Definição	Numerador	Fonte	Denominador	Fonte

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL		B. ENTRADA				
B.1. Profissionais de Saúde	Número de profissionais de saúde em atividade (médicos ginecologista e obstetra, enfermeiros obstétricos) em uma determinada região dividido pelo total de habitantes.	N	CNES	Habitantes	IBGE	
B.2. Profissionais de Saúde - Médicos	Número de médicos ginecologista e obstetras em atividade, de uma determinada região, dividida pelo total de habitantes.	N	CNES	Habitantes	IBGE	
B.3. Profissionais de Saúde - Enfermeiros Obstétricos	Número de enfermeiros obstétricos em atividade, de uma determinada região, dividido pelo total de habitantes.	N	CNES	Habitantes	IBGE	
B.4. Profissionais de Saúde - Médicos Pediatras	Número de médicos pediatras em atividade, de uma determinada região, dividido pelo total de habitantes.	N	CNES	Habitantes	IBGE	
B.5. Profissionais de Saúde - Enfermeiros Pediátrico e Neonatologista	Número de enfermeiros pediátricos ou neonatologistas em atividade, de uma determinada região, dividido pelo total de habitantes.	N	CNES	Habitantes	IBGE	
B.6. Estabelecimento de Saúde - Unidade Básica de Saúde	Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT) e Pronto atendimento 24 Horas.	N	CNES	Habitantes	IBGE	
B.7. Estabelecimento de Saúde - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	Veículo terrestre, aéreo ou hidroviário destinado a prestar atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar a paciente vítima de agravos a sua saúde	N	CNES	Habitantes	IBGE	
B.8. Gastos	Recurso financeiro desembolsado para aquisição despesa, custo e investimento.	R\$	Contratualização	Habitantes	IBGE	
B.9. Despesas	Recurso financeiro desembolsado para manutenção do ambiente para prestação de serviço. Exemplo: aluguel, impostos, água, luz, etc.	R\$	Contratualização	Habitantes	IBGE	
B.10. Investimentos	Recurso financeiro desembolsado para expansão da prestação de serviço. Exemplo: compra de equipamentos, expansão da estrutura, reformas, aquisição de imóveis etc.	R\$	Contratualização	Habitantes	IBGE	

		R\$	Contratualização	Habitantes	IBGE		
ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO	C. ATIVIDADES	B.11. Custo	Recurso financeiro desembolsado para a prestação do serviço. Exemplo: compra de materiais hospitalares, despesa com infraestrutura tecnológica, gastos com exames diagnósticos e tratamentos, pagamentos de consórcios, vacinas, salário dos profissionais.				
		C.1. Cobertura do SISAB	Número de gestantes cadastradas no sistema de informação para acompanhamento do pré-natal, o SISAB, por municípios.	N	SINASC		
		C.2. Treinamento SISAB	Capacitação em formato de treinamento dos profissionais de saúde que realizam as consultas de pré-natal, para sensibilização da importância do uso do sistema de informação no registro de informações padronizadas segundo protocolo estabelecido para a coleta de dados referentes ao atendimento ofertado.	N	Contratualização	CNES	
	C.3. Completude SISAB	Completude das variáveis digitadas no sistema de informação segundo as variáveis coletadas que refletem as condutas realizadas durante a assistência pré-natal.	N (preenchida)	SISAB	Total de Gestantes	SISAB	
	B. ENTRADAS	B.12. Leitos Obstétricos	Leitos obstétricos disponíveis para internação com cobertura do SUS segundo a proporção de nascidos vivos na região. Devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.	Gestantes Estimadas (NV x 1,05) x 2,5 dias (média tempo de internação)	SINASC SISAB	[365 dias x 0,70 (taxa ocupação 70%) x 1,21 (ajuste para outros procedimentos obstétricos)]	*
		B.13. Leitos Obstétricos em Instituição Pública	Leitos obstétricos disponíveis, em serviços públicos, para internação com cobertura do SUS segundo a proporção de nascidos vivos na região. Devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.	Gestantes Estimadas (NV x 1,05) x 2,5 dias (média tempo de internação)	SINASC SISAB	[365 dias x 0,70 (taxa ocupação 70%) x 1,21 (ajuste para outros procedimentos obstétricos)]	*

	B.14. Leitos obstétricos em Instituições Não Públicas	Leitos obstétricos disponíveis, em serviços não públicos (instituições filantrópicas, sem fins lucrativos), para internação com cobertura do SUS segundo a proporção de nascidos vivos na região. Devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.	Gestantes Estimadas (NV x 1,05) x 2,5 dias (média tempo de internação)	SINASC SISAB	$[365 \text{ dias} \times 0,70 \text{ (taxa ocupação)}] \times 1,21 \text{ (ajuste para outros procedimentos obstétricos)}$	*	
	B.15. Leitos Obstétricos de Gestantes de Alto Risco (GAR)	Leitos obstétricos disponíveis para internação de gestantes de alto risco, com cobertura do SUS, segundo a proporção de nascidos vivos na região, calcula-se 10% dos leitos obstétricos, sob pactuação e distribuição por município e serviço de saúde.	N	CNES	Total de Leitos	CNES	
	B.16. Leito de UTI para Gestante	Leito de UTI adulto disponibilizados para o atendimento a gestantes, sob pactuação e distribuição por município e serviço de saúde.	N	CNES	Total de Leitos	CNES	
	B.17. Pronto Atendimento/Pronto Socorro Obstétrico	Serviços de saúde com disponibilidade de pronto atendimento obstétrico de risco habitual ou intermediário.	N	Contratualização	*	*	
	B.18. Pronto Atendimento Obstétrico em Instituição Pública	Serviços de saúde com disponibilidade de pronto atendimento obstétrico de risco habitual ou intermediário, considerados instituições públicas.	N	Contratualização	*	*	
	B.19. Pronto Atendimento Obstétrico em Instituição Não Pública	Serviços de saúde com disponibilidade de pronto atendimento obstétrico de risco habitual ou intermediário, considerados instituições não públicas.	N	Contratualização	*	*	
	C.4. Maternidades Vinculadas à IHAC	Maternidades, de risco habitual/intermediário e alto risco, classificadas como Iniciativa Hospital Amigo da Criança.	N	Contratualização	*	*	
	C.5. Agendamento da Primeira Consulta Pós-Parto	Cobertura do agendamento pela maternidade à primeira consulta da mulher e ao recém-nascido após o parto na Unidade Básica de Saúde;	N	e-SUS	Nascidos Vivos	SINASC	
	B.20. Leitos Neonatais (UTI)	Distribuição de leitos de UTI Neonatal por municípios indicando 2 leitos para cada 1.000 nascidos vivos.	N	SIH	Nascidos Vivos	SINASC	
	B.21. Leitos Neonatais (UCINCo)	Distribuição de leitos de UCI convencional por municípios indicando 3 leitos para cada 1.000 nascidos vivos.	N	SIH	Nascidos Vivos	SINASC	
	C. ATIVIDADES						
ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO	B. ENTRADAS						

ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO D. SAÍDAS	D.2. início precoce do Pré-Natal	Proporção de gestantes que realizaram a primeira consulta de pré-natal antes da 12ª semana de idade gestacional.	N	SISAB	Total de Gestantes	SISAB	
	D.3. Gestante com Risco Estratificado	Proporção de gestantes que foram avaliadas nas consultas de pré-natal e tiveram seu risco estratificado adequadamente como risco habitual, risco intermediário ou alto risco pela Unidade Básica de Saúde.	N	SISAB	Total de Gestantes	SISAB	
	D.4. Número de Consultas de Pré-Natal	Proporção de gestantes em relação ao número de consultas de pré-natal realizadas durante o período gestacional, conforme a adequação: 2 consultas no primeiro trimestre; 2 consultas no segundo; 3 consultas no terceiro; e 1 consulta no puerpério.	N	SISAB	Nascidos Vivos	SINASC	
	D.5. Número de Consultas de Pré-Natal + Puerpério	Proporção de gestantes segundo o número de consulta de pré-natal e puerpério.	N	SISAB	Total de Gestantes	SISAB	
	D.6. Número de Consultas de Pré-Natal + Todos os Exames	Proporção de gestantes segundo o número adequado de consulta de pré-natal e realização de todos os exames.	N	SISAB	Total de Gestantes	SISAB	
	D.7. Número de Consultas de Pré-Natal + Puerpério + Todos os Exames	Proporção de gestantes segundo o número adequado de consulta de pré-natal e de puerpério, bem como a realização de todos os exames.	N	SISAB	Total de Gestantes	SISAB	
	D.8. Número de Consultas de Pré-Natal + Puerpério + Todos os Exames + Vacinação DT + Teste HIV	Proporção de gestantes segundo o número adequado de consulta de pré-natal e de puerpério, a realização de todos os exames, vacinação antitetânica e realização de teste de HIV.	N	SISAB	Total de Gestantes	SISAB	
	D.9. Gestantes Imunizadas (dT)	Cobertura vacinal das gestantes imunizadas com a vacina antitetânica.	N	SISAB	Total de Gestantes	SISAB	
	D.10. Parto Cirúrgico (Cesárea)	Proporção de partos realizados de forma cirúrgica, via abdominal pelo profissional médico, com o uso de anestesia.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC	
	D.11. Parto Cirúrgico em Primíparas	Proporção de mulheres em primeira gestação, primíparas, que tiveram o parto de forma cirúrgico.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC	
	D.12. Partos Naturais	Proporção de partos naturais realizados via vaginal, estratificado pelo profissional de saúde que auxiliou, podendo ser a enfermeira obstétrica ou o médico obstetra.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC	

D.13. Partos Naturais com Analgesia Farmacológica	Proporção de partos naturais realizados via vaginal, estratificado pelo profissional de saúde que auxiliou, podendo ser a enfermeira obstétrica ou o médico obstetra, que aplicaram analgesia farmacológica.	N	SIH	Nascidos Vivos	SINASC
D.14. Partos Naturais com Analgesia Não-Farmacológica	Proporção de partos naturais realizados via vaginal, estratificado pelo profissional de saúde que auxiliou, podendo ser a enfermeira obstétrica ou o médico obstetra, que aplicaram analgesia não farmacológica.	N	Prontuário	Nascidos Vivos por Parto Normal	SINASC
D.15. Partos com a presença do Acompanhante	Proporção de mulheres internadas para a realização do parto sob a companhia de uma pessoa de sua escolha para acompanhá-la.	N	Prontuário	Nascidos Vivos	SINASC
D.16. Parto com Fórceps	Proporção de partos naturais realizados via vaginal que necessitaram do auxílio do fórceps, estratificado pelo profissional de saúde que auxiliou, podendo ser a enfermeira obstétrica ou o médico obstetra.	N	Prontuário	Nascidos Vivos	SINASC
D.17. Episiotomia	Proporção de partos naturais realizados via vaginal que necessitaram do auxílio da episiotomia, estratificado pelo profissional de saúde que auxiliou, podendo ser a enfermeira obstétrica ou o médico obstetra.	N	Prontuário	Nascidos Vivos	SINASC
D.18. Episiotomia em Primíparas	Proporção de partos naturais de primíparas realizados via vaginal que necessitaram do auxílio da episiotomia, estratificado pelo profissional de saúde que auxiliou, podendo ser a enfermeira obstétrica ou o médico obstetra.	N	Prontuário	Nascidos Vivos	SINASC
D.19. Trauma Obstétrico (Laceração grau III)	Proporção de puéperas que apresentaram parto natural e sofreram laceração de grau III, por 100.000 partos, estratificado pelo profissional de saúde que auxiliou, podendo ser a enfermeira obstétrica ou o médico obstetra.	N	Prontuário	Nascidos Vivos	SINASC
D.20. Infecção Puerperal (Parto ou Cirurgia)	Taxa de infecção relacionada ao parto, sendo ele por via vaginal como também cirúrgico, por via abdominal.	N	Prontuário	Nascidos Vivos	SINASC
D.21. Média de Permanência de Puéperas (internação)	Tempo médio de permanência das puéperas internadas para a realização do parto.	Dias de internação	SIH	Nascidos Vivos	SINASC
D.22. Gestantes Vinculadas a Maternidade com Estratificação de Risco Adequado	Gestantes que fizeram a visita à maternidade antes do parto seguindo o critério de referência de acordo com a estratificação de risco (risco habitual/intermediário ou alto risco) recebida no atendimento pré-natal.	N	SISAB	Nascidos Vivos	SINASC
D.23. Gestante de Alto Risco Atendidas no	Gestantes que fizeram o parto em hospital de alto risco seguindo o critério de referência de acordo com a estratificação de risco recebida no atendimento pré-natal.	N	SISAB	Nascidos Vivos	SINASC

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO		D. SAÍDAS		Hospital de Risco por Vinculação Ambulatorial							
		D.24. Ápgar no 1º Minuto	Proporção de score de 0 a 3 no primeiro minuto de vida, indicando asfixia grave, refletindo dificuldades no trabalho de parto.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC				
		D.25. Ápgar no 5º Minuto	Proporção de score de 0 a 3 no primeiro minuto de vida, indicando asfixia grave, refletindo dificuldades no trabalho de parto.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC				
		D.26. Conhecimento Materno sobre Cuidados ao Recém-Nascido	Nível de conhecimento do cuidado neonatal, obtido pela aplicação de protocolos de alta de unidades neonatais e de alojamento conjunto, de puérperas.	N	Pesquisa	Nascidos Vivos	SINASC				
		D.27. Taxa de Internação	Número de internações da população com idade de 0 a 27 dias, de residentes de uma determinada região, dividido pelo número de nascidos vivos atendidos pelo SUS, por 1.000 nascidos vivos.	Dias de Internação	SIH	Nascidos Vivos	SINASC				
		D.28. Baixo Peso ao Nascer	Proporção de nascidos vivos com peso inferior a 2.500g, nascidos em maternidade de risco habitual, intermediário ou alto risco.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC				
		D.29. Peso de Nascimento Pequeno para Idade Gestacional	Proporção de nascidos vivos com peso inferior a 2.500g, que apresentam o percentil inferior a 10% quando comparado a idade gestacional de ao nascimento.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC				
		D.30. Nascimento Prematuro	Proporção de nascimentos com idade gestacional inferior a 37 semanas, classificados com prematuridade limítrofe (34 a 36 semanas), moderada (31 a 34 semanas) e extrema (menor que 30 semanas).	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC				
		D.31. Triagem Neonatal Completa	Proporção de nascidos vivos que receberam alta do alojamento conjunto com os cinco testes de triagem neonatal realizados.	N	SIH	Nascidos Vivos	SINASC				
		D.32. Triagem Neonatal Incompleta	Proporção de nascidos vivos que receberam alta do alojamento conjunto com quatro ou menos testes de triagem neonatal realizados.	N	SIH	Nascidos Vivos	SINASC				
		D.33. Diagnóstico de Anomalias Congênicas Complexas	Nascidos vivos que apresentaram diagnóstico pré-natal ou neonatal de cardiopatia congênita do tipo complexa, por 1.000 nascidos vivos.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC				
		D.34. Crianças com Classificação de Alto Risco Estratificado	Proporção de recém-nascidos de alto risco estratificados para seguimento de puericultura que necessita de acompanhamento de alto risco.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC				

		D.35. Crianças classificadas como alto risco e vinculadas ao ambulatório de alto risco	Proporção de recém-nascidos de alto risco estratificados para seguimento de puericultura em acompanhamento ambulatorial de alto risco.	N	SIH	Nascidos Vivos	SINASC	
ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL	Dimensão Assistencial	RESULTADO						
		F. RESULTADOS						
		Nome	Definição	Numerador	Fonte	Denominador	Fonte	Fonte
		E.1. Taxa de Sífilis Congênita	Prevalência de nascidos vivos com diagnóstico de sífilis congênita e óbitos neonatais por sífilis, por 100.000 nascidos vivos.	N	SIH	Nascidos Vivos	SIH	SINASC
		E.2. Tétano Neonatal	Prevalência de nascidos vivos com diagnóstico de tétano neonatal.	N	SIH	Nascidos Vivos	SIH	SINASC
		E.3. HIV Transmissão Vertical	Prevalência de nascidos vivos com diagnóstico de HIV por transmissão vertical.	N	SIH	Nascidos Vivos	SIH	SINASC
		E.4. Gestante Acompanhadas pelo Sistema Suplementar de Saúde	Proporção de gestantes que realizam acompanhamento pré-natal pelo Sistema de Saúde Suplementar (Plano de Saúde).	N	CNES	Mulheres em Idade Fértil	CNES	CNES
		E.5. Tratamento de Aborto	Taxa de internações hospitalares para tratamento gestantes em condição de aborto espontâneo, dividido pelo número de nascidos vivos e óbitos fetais, por 1.000 nascidos vivos.	N	SIH	Nascidos Vivos e Fetais	SIH	SINASC SIM
		E.6. Gravidez na Adolescência	Proporção de mulheres com idade menor que 20 anos com diagnóstico de gravidez confirmado.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC	SINASC
		E.7. Diagnósticos Precoce de Anomalias Congênitas	Taxa de diagnóstico precoce, durante o período gestacional, de feto com presença de anomalias congênitas confirmadas por exames de imagem.	N	SISAB	Nascidos Vivos e Óbitos Fetais	SISAB	SINASC SIM
F. IMPACTO								
F.1. Razão de Mortalidade Materna	Taxa que expressa as mortes maternas relacionadas ou agravadas pelo processo gravídico-puerperal, da gestação, do parto e até o 42º dia pós-parto. Independente da duração da gestação ou do local em que ocorreu, por 100.000 nascidos vivos.	N	SIM	Nascidos Vivos	SIM	SINASC		
F.2. Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce	Taxa que expressa o óbito de nascidos vivos até o 6º dia de vida completo, nascido com idade gestacional a partir de 22 semanas, por 1.000 nascidos vivos.	N	SIM	Nascidos Vivos	SIM	SINASC		

ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPERIO		E. RESULTADOS				
F.3. Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia	Taxa que expressa o óbito de nascidos vivos, entre o 7° até o 28° dia de vida, nascido com idade gestacional a partir de 22 semanas, por 1.000 nascidos vivos.	N	SIM	Nascidos Vivos	SINASC	
F.4. Taxa de Mortalidade Neonatal	Taxa que expressa o óbito de nascidos vivos até o 28° dia de vida, nascido com idade gestacional a partir de 22 semanas, por 1.000 nascidos vivos.	N	SIM	Nascidos Vivos	SINASC	
F.5. Taxa de Mortalidade Perinatal	Taxa que expressa o óbito fetal a partir da 22° semana de gestação, até o 6° dia de vida completo de nascido com idade gestacional a partir de 22 semanas, por 1.000 nascidos vivos.	N	SIM	Nascidos Vivos	SINASC	
F.6. Taxa de Mortalidade Fetal	Taxa que expressa o óbito fetal a partir da 22° semana de gestação, ocorridos intraútero, por 1.000 nascidos vivos.	N	SIM	Nascidos Vivos e Óbitos Fetais	SINASC SIM	
F.7. Taxa de Mortalidade Infantil	Taxa que expressa o óbito de crianças até 1 ano de vida, ou 365 dias, por 1.000 nascidos vivos.	N	SIM	Nascidos Vivos	SINASC	
F.8. Taxa de Abortos	Taxa que expressa a mortalidade de fetos com idade gestacional inferior a 22 semanas, ou com peso menor de 500g, ou estatura menor que 25 cm, por 1.000 nascidos vivos.	N	SIM	Nascidos Vivos e Óbitos Fetais	SINASC SIM	
E.8. Taxa de Near Miss notificado por Maternidade de Risco Habitual/Intermediário	Proporção de notificações de near miss materno por hospitais de risco habitual/intermediário	N	Vigilância Epidemiológica	Total de Near Miss Materno	Vigilância Epidemiológica	
E.9. Taxa de Near Miss notificado por Maternidade de Ato Risco	Proporção de notificações de near miss materno por hospitais com maternidades de alto risco.	N	Vigilância Epidemiológica	Total de Near Miss Materno	Vigilância Epidemiológica	
E.10. Taxa de near miss neonatal notificado por maternidade de risco habitual	Proporção de notificações de near miss neonatal por hospitais de risco habitual/intermediário	N	Vigilância Epidemiológica	Total de Near Miss Materno	Vigilância Epidemiológica	
E.11. Taxa de near miss neonatal notificado por maternidade de alto risco	Proporção de notificações de near miss neonatal por hospitais de alto risco.	N	Vigilância Epidemiológica	Total de Near Miss Materno	Vigilância Epidemiológica	
E.12. Admissões para Tratamento de Aborto	Proporção de admissões relacionadas ao tratamento do aborto espontâneo e suas complicações.	N	SIH	Internações obstétricas	SIH	
E.13. Óbitos Maternos Investigados	Proporção de óbitos maternos investigados pelos Comitês de Investigação ao Óbitos.	N	SIM	Óbitos maternos	SIM	

E.14. Óbitos Maternos Evitáveis	Proporção de óbitos maternos por causas evitáveis investigados pelos Comitês de Investigação ao Óbitos	N	SIM	Óbitos maternos	SIM
E.15. Transferência de gestantes de maternidade de risco habitual para alto risco	Número de transferência de gestantes de maternidade de risco habitual para alto risco, conforme o número de nascimento, por 100.000 nascidos vivos.	N	Central de Leitos	Nascidos Vivos	SINASC
E.16. Transferência de NV de maternidade de risco habitual para hospital de alto risco	Número de transferência de gestantes de maternidade de risco habitual para alto risco, conforme o número de nascimento, por 100.000 nascidos vivos.	N	Central de Leitos	Nascidos Vivos	SINASC
E.17. Transferência de puérperas de maternidade de risco habitual para hospital de alto risco	Número de transferência de puérperas de maternidade de risco habitual para alto risco, conforme o número de nascimento, por 100.000 nascidos vivos.	N	Central de Leitos	Nascidos Vivos	SINASC
E.18. Transferência de puérperas ou gestantes de UPA para maternidade de risco habitual ou alto risco	Número de transferência de puérperas de UPA para alto risco, conforme o número de nascimento, por 100.000 nascidos vivos.	N	Central de Leitos	Nascidos Vivos	SINASC
F. IMPACTO					
F.9. Razão de Mortalidade Materna	Óbitos de mulheres ocorridos durante a gestação, até o 42º dia pós-parto, devido causas diretas e indiretas, independente da duração da gestação expressado, por 100.000 nascidos vivos.	Mortes Maternas	SIM	Nascidos Vivos (100.000)	SINASC
F.10. Taxa Near Miss Materno	Notificações de near miss materno de mulheres gestantes ou puérperas, por 1.000 nascidos vivos.	N	Vigilância Epidemiológica	Nascidos Vivos	SINASC
F.11. Taxa de Near Miss Neonatal	Proporção de notificações de near miss neonatal de recém-nascidos, por 1.000 nascidos vivos.	N	Vigilância Epidemiológica	Nascidos Vivos	SINASC
F.12. Taxa de Mortalidade Perinatal	Taxa que expressa o óbito fetal a partir da 22ª semana de gestação, até o 6º dia de vida completo de nascido com idade gestacional a partir de 22 semanas, por 1.000 nascidos vivos.	N	SIM	Nascidos Vivos	SINASC
F.13. Taxa de Mortalidade Fetal	Taxa que expressa o óbito fetal a partir da 22ª semana de gestação, ocorridos intraútero, por 1.000 nascidos vivos.	N	SIM	Nascidos Vivos e Óbitos Fetais	SINASC/SIM

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO		E. RESULTADOS				F. IMPACTO	
E.19. Reclamações via Ouvidoria	Taxa de reclamações realizadas por gestantes, puérperas ou familiares relacionados à assistência ao pré-natal, ao parto e ao nascimento, por 1.000 nascidos vivos.	N	Ouvidoria	Nascidos Vivos	SINASC		
E.20. Elogios via Ouvidoria	Taxa de elogios realizadas por gestantes, puérperas ou familiares relacionados à assistência ao pré-natal, ao parto e ao nascimento, por 1.000 nascidos vivos.	N	Ouvidoria	Nascidos Vivos	SINASC		
E.21. Sugestões via Ouvidoria	Taxa de sugestões realizadas por gestantes, puérperas ou familiares relacionados à assistência ao pré-natal, ao parto e ao nascimento, por 1.000 nascidos vivos.	N	Ouvidoria	Nascidos Vivos	SINASC		
E.22. Satisfação da Família	Relato documentado por pesquisas científicas qualitativas, identificando no discurso do participante podendo ele ser a mulher ou sua família em relação a assistência recebida no pré-natal, parto e atendimento neonatal.	Pesquisa	Pesquisa	Pesquisa	Pesquisa		
E.23. Diagnósticos de Anomalias Congênicas com Diagnóstico Após o Nascimento	Proporção de diagnósticos de anomalias congênicas após o parto de nascidos vivos por 1.000 nascidos vivos.	N	SIH	Nascidos Vivos com Anomalias Cardíacas	SINASC		
E.24. Taxa de Aleitamento Materno Exclusivo na Alta	Proporção de recém-nascidos que recebem alta da unidade neonatal em aleitamento materno exclusivo, nascidos vivos com idade gestacional inferior a 37 semanas. Estratificados em prematuridade limitrofe (34 a 36 semanas), moderada (31 a 34 semanas) e extrema (menor que 30 semanas).	N	SIH	Internações Neonatais	SIH		
E.25. Taxa de Aleitamento Materno (Prescrição de Complemento na Alta)	Proporção de recém-nascidos que recebem alta da unidade neonatal em aleitamento materno com necessidade de prescrição de complemento, nascidos vivos com idade gestacional inferior a 37 semanas. Estratificados em prematuridade limitrofe (34 a 36 semanas), moderada (31 a 34 semanas) e extrema (menor que 30 semanas).	N	SIH	Internações Neonatais	SIH		
E.26. Incidência de Anemia	Incidência de anemia ferropriva em crianças, até 24 meses, estratificadas com risco habitual, intermediário ou alto risco que necessitam de tratamento.	N	e-SUS	Nascidos Vivos	SINASC		
F.14. Crescimento e Desenvolvimento (% consultas) - Taxas de consultas	Proporção de crianças menores de 24 meses em acompanhamento de consultas de puericultura de risco habitual e intermediário, em acompanhamento pelo SUS.	N	SIAB	Nascidos Vivos	SINASC		

F.15. Consultas de puericultura (mensal até 6º mês)	Proporção de crianças menores de seis meses que completaram o calendário de consultas de puericultura de uma consulta por mês, em acompanhamento pelo SUS.	N	SIAB	Nascidos Vivos	SINASC
F.16. Consultas de puericultura (trimestral de 6 a 12 meses)	Proporção de crianças entre seis a doze meses que completaram o calendário de consultas de puericultura de uma consulta a cada três meses, em acompanhamento pelo SUS.	N	SIAB	Nascidos Vivos	SINASC
F.17. Consultas de puericultura (semestral de 12 a 24 meses)	Proporção de crianças entre 12 a 24 meses que completaram o calendário de consultas de puericultura de uma consulta por semestre, em acompanhamento pelo SUS.	N	SIAB	Nascidos Vivos	SINASC
F.18. Consultas de puericultura (anual a partir de 3 anos)	Proporção de crianças menores de 3 anos que completaram o calendário de consultas de puericultura de uma consulta ao ano, em acompanhamento pelo SUS.	N	SIAB	Nascidos Vivos	SINASC
F.19. Incidência de Doenças Imunopreviníveis	Incidência de doenças transmissíveis que são prevenidas pela administração de vacinas disponibilizadas no Calendário Básico da Criança do Programa Nacional de Imunização do SUS, em crianças com idade até 11 anos e 29 dias.	N	SINAN	Nascidos Vivos	SINASC
F.20. Cobertura Vacinal de Menores de 1 ano	Cobertura vacinal, do Calendário Básico da criança, até 1 ano, disponibilizado pelo Programa Nacional de Imunização do SUS.	N	SISAB	Nascidos Vivos	SINASC
F.21. Taxa de Morbidade Neonatal	Taxa de diagnósticos crônicos identificados em nascidos vivos durante o primeiro ano de vida que justifiquem alguma limitação no crescimento e desenvolvimento, bem como na necessidade de tratamento com cirurgias, medicações e reabilitação, por 1.000 nascidos vivos.	N	SIH	Nascidos Vivos	SINASC
F.22. Reinternação Neonatal	Proporção de casos de reinternação, até 30 dias após a alta, de crianças que receberam assistência em saúde em Unidade Neonatal, que nasceram com prematuridade limitrofe (34 a 36 semanas), moderada (31 a 34 semanas) e extrema (menor que 30 semanas).	N	SIH	Taxa de Internação Neonatal	SIH

Siglas: N: número de casos; R\$: valor total da receita; CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; SISAB: Sistema de Informação para Atenção Básica; SINASC: sistema de Informação sobre Nascidos Vivos; SIH: Sistema de Informações Hospitalares; SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade; e-SUS: Prontuário Eletrônico do Sistema Único de Saúde; CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; UCI: Unidade de Cuidado Intermediário; UCINCo: Unidade de Cuidado Intermediário Convencional; UCINCa: Unidade de Cuidado Intermediário Canguru; IHAC: Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

6.3 AÇÃO OPERACIONAL 3 E 4

Neste subcapítulo apresentam-se os dados relativos à validade de conteúdo e sua confiabilidade do modelo lógico, bem como a análise e discussão de seus domínios (entradas, atividades, saídas, resultados e impacto) e seus itens (indicadores). Considerou-se a adequação, exclusão e inclusão de itens conforme a sugestão do Comitê de Juízes Especialistas, chegando na versão final do conteúdo a ser apresentado para a sociedade com o propósito de transformação da realidade.

6.3.1. Caracterização dos participantes que compuseram o Comitê de Juízes Especialistas

Foram encaminhados a 20 profissionais os convites para participar da presente pesquisa, dos quais 7 recusaram, justificando dificuldade em disponibilidade de tempo. Dos 13 participantes que confirmaram a participação, 2 deles não completaram as respostas do questionário no prazo determinado, que foi de 60 dias, devido a isto foram excluídos da pesquisa, totalizando 11 participantes. A caracterização deste **Comitê de Juízes Especialistas** está apresentada na TABELA 1.

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTAS, CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	9	81,8
Masculino	2	18,2
Formação Profissional		
Enfermeiro	9	81,8
Outros	2	18,2
Tempo de Formação		
Até 20 anos	4	36,4
Entre 20 a 30 anos	5	45,4
Mais de 30 anos	2	18,2
Especialização		
Saúde da Criança	3	27,2
Saúde da Mulher	4	36,4
Saúde Pública ou Coletiva	4	36,4
Titulação		
Mestrado	5	45,5
Doutorado	6	54,5
Área de Atuação		
Docência e Pesquisa	5	45,4
Gestão em Serviços de Saúde	4	36,4

Gestão em Sistema de Saúde	2	18,2
----------------------------	---	------

FONTE: A autora (2021).

Dos juízes especialistas, 9 (81,8%) são do sexo feminino, 9 (81,8%) enfermeiros, 7 formados há mais de 20 anos (63,6%), exerceram atividades na área de saúde da criança (27,3%), saúde da mulher (36,4%) e saúde pública ou coletiva (36,4%). Desses, todos apresentavam titulação para nível doutorado (54,5%) ou mestrado (45,5%), com atuação em pesquisa voltada à área da saúde (TABELA 1).

Em relação à atuação profissional, 5 (45,5%) deles eram docentes no ensino superior e exerciam atividades de pesquisa adjunta à temática desta pesquisa. Outros 4 (36,4%) atuavam na gestão de serviços de saúde, com experiência anterior na assistência à saúde da criança ou da mulher. Por fim, 2 (18,2%) deles atuavam na gestão do sistema de saúde, na esfera estadual, com foco na saúde materna e infantil (TABELA 1).

6.3.2. Validação de Conteúdo do Domínio ENTRADAS

O domínio ENTRADAS foi avaliado quanto à concordância entre os juízes especialistas para clareza, pertinência e abrangência. Utilizou-se o cálculo da **Taxa de Concordância (TC)** para mensurar a relação do item em expressar o domínio, que foi de 45,5% e, quanto ao item aparecer no domínio, a TC foi de 81,1%, indicando a necessidade de adequação do conteúdo. Assim, dos 27 itens que compõem o domínio ENTRADAS, 17 deles (B.1, B.2, B.4, B.6, B.7, B.8, B.9, B.10, B.11, B.13, B.14, B.17, B.18, B.19, B.20, B.21 e B.22) apresentaram TC menor que 90,00% (QUADRO 3). Foram reavaliados também quanto à clareza e pertinência, para as quais as adequações estão apresentadas no QUADRO 4. A TC do domínio para clareza foi de 88,89% e para pertinência foi de 91,20%.

A seguir, foi calculada a **Razão de Validade de Conteúdo (RVC)** sobre a clareza e pertinência do item em relação ao domínio, a qual expressa se os itens estão claros e são considerados como essenciais pelo comitê de juízes especialistas. Quando a RVC é maior que 0,59 é improvável que a concordância tenha acontecido ao acaso. O item B.1 apresentou RVC inferior, de 0,45, tanto para clareza como para pertinência e foi excluído (QUADRO 3).

Os itens B.6, B.7 e B.8 apresentaram RVC sugestivo de exclusão quanto à clareza, mas optou-se pela adequação do item conforme as sugestões de alguns juízes especialistas. O item B.8 apresentou RVC para clareza de 0,09 e assim sofreu uma importante alteração em seu

título e definição. Esses três itens apresentavam RVC adequado ($> 0,59$) quando avaliado à pertinência do item em relação ao domínio, por isso não foram excluídos (QUADRO 3).

O item B.11 apresentou uma RVC de 0,45 para clareza e 0,64 quanto à pertinência, apesar de ser pertinente optou-se por sua exclusão, pois as adequações realizadas nos itens B.8, B.9 e B.10 (QUADRO 3) tornaram-no redundante, havendo sugestões por parte de alguns juízes especialistas quanto à sua exclusão por estender a avaliação do financiamento da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil.

QUADRO 3 - TAXA DE CONCORDÂNCIA, DA RAZÃO DE VALIDADE DE CONTEÚDO E DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO DOMÍNIO ENTRADAS. CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Item	TC da clareza do Domínio	RVC	TC da pertinência do Domínio	RVC	IVC de clareza do item	IVC de pertinência do item
B.1.	72,7	0,45	72,7	0,45	0,82	0,73
B.2.	81,8	0,64	90,9	0,82	0,91	0,82
B.3.	90,9	0,82	90,9	0,82	1,00	0,91
B.4.	81,8	0,64	100,0	1,00	1,00	0,91
B.5.	90,9	0,82	100,0	1,00	1,00	0,91
B.6.	63,6	0,27	90,9	0,82	0,91	0,91
B.7.	72,7	0,45	81,8	0,64	0,82	0,82
B.8.	54,5	0,09	81,8	0,64	0,73	0,82
B.9.	81,8	0,64	81,8	0,64	0,82	0,82
B.10.	81,8	0,64	90,9	0,82	0,82	0,82
B.11.	72,7	0,45	81,8	0,64	0,82	0,82
B.12.	90,9	0,82	100,0	1,00	0,91	0,91
B.13.	81,8	0,64	81,8	0,64	0,91	0,91
B.14.	81,8	0,64	100,0	1,00	0,91	0,91
B.15.	100,0	1,00	100,0	1,00	0,82	0,82
B.16.	90,9	0,82	90,9	0,82	0,91	0,82
B.17.	81,8	0,64	90,9	0,82	0,82	0,82
B.18.	81,8	0,64	90,9	0,82	0,82	0,82
B.19.	81,8	0,64	90,9	0,82	0,82	0,82
B.20.	90,9	0,82	81,8	0,64	1,00	1,00
B.21.	90,9	0,82	90,9	0,82	1,00	1,00
B.22.	90,9	0,82	81,8	0,64	1,00	1,00
B.23.	90,9	0,82	100,0	1,00	0,82	0,91
B.24.	100,0	1,00	100,0	1,00	0,82	0,82
B.25.	100,0	1,00	100,0	1,00	1,00	1,00
B.26.	90,9	0,82	100,0	1,00	0,91	0,91
B.27.	100,0	1,00	100,0	1,00	0,91	0,91
GERAL	84,8	0,70	91,2	0,82	0,89	0,88
GERAL (B.1 e B.11 excluído)	85,8	0,72	92,4	0,85	0,89	0,88

FONTE: A autora (2021).

Após a exclusão dos itens (B.1 e B.11), a TC geral do domínio foi recalculada apresentando 85,8% para clareza e 92,4% para pertinência.

QUADRO 4 – SUGESTÕES DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTA PARA ADEQUAÇÃO DO ITEM QUE COMPÕEM O DOMÍNIO ENTRADAS. CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Item	Sugestões dos Juízes Clareza e Relevância do Item ao Domínio	Adequações
B.1	<ul style="list-style-type: none"> - O rótulo do item não remete ao seu conteúdo para cálculo. - Trabalhar individualmente quantificando médico ginecologista e enfermeiro obstetra. - Na Atenção Primária o médico e o enfermeiro generalista garantem o atendimento, o item não contempla os outros níveis de atenção. - A maioria das gestantes são de risco habitual ou intermediário e não são atendidas por especialistas. 	Item excluído.
B.2	<ul style="list-style-type: none"> - A informação mais precisa seria complementar o nome do indicador para médicos ginecologista e obstetras. - Indicador não contempla os três níveis de atenção. 	Ajustado o nome do indicador para médico ginecologista e obstetra.
B.4	<ul style="list-style-type: none"> - Em unidades neonatais o médico precisar ser neonatologista, - Indicador não contempla os três níveis de atenção. 	Ajustado o nome e a definição do indicador incluindo o médico neonatologista.
B.6	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir as Estratégia de Saúde da Família na avaliação. - Não é claro porque a linha de cuidado medir o número de unidades de atenção primária a saúde. - Indicador não está claro. 	Ajustado o nome para Atenção Primária a Saúde para incluir todos os tipos de unidades disponíveis, e a definição do indicador incluindo a palavra número (de unidades).
B.7	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever melhor o que precisa e, se quer encontrar. - Utilizar a definição do Plano Estadual de Saúde de 2020-2023. 	Ajustado o nome para Estabelecimento de Saúde - Rede de Atenção às Urgências, e a definição do indicador segundo as premissas da rede.
B.8	<ul style="list-style-type: none"> - Texto não está claro, poderia ser substituído por custo efetivo total. - Esclarecer o que se refere aquisição de despesas. - Especificar as esferas de governo, considerando que o financiamento é tripartite, conforme definido na Constituição federal e o Plano Estadual de Saúde de 2020-2023. 	Ajustado o nome do indicador para receitas arrecadadas para financiamento da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil e sua definição especificando o desembolso por cada esfera de governo.
B.9	<ul style="list-style-type: none"> - Separar os valores do financiamento por cada esfera de governo. - O financiamento da média e da alta complexidade é de responsabilidade tripartite. Assistência custeada pelo Fundo Nacional de Saúde, Fundo Estadual de Saúde e Fundos Municipais de Saúde. Utilizar a definição do Plano Estadual de Saúde de 2020-2023. - Considerar que o repasse ocorre por contratos a entidades filantrópicas, consórcios, prefeituras e fundos municipais. - Complexo para incluir em um processo avaliativo. 	Ajustado definição considerando o atendimento ambulatorial e hospitalar específico a atenção obstétrica e neonatal.
B.10	<ul style="list-style-type: none"> - O financiamento da média e da alta complexidade é de responsabilidade tripartite. Utilizar a definição do Plano Estadual de Saúde de 2020-2023. 	Ajustado definição considerando investimentos para expansão da assistência obstétrica e neonatal.

	- Especificar o que é investido na atenção obstétrica e neonatal.	
B.11	- Ficou muito ampla a avaliação com este item. - O financiamento da média e da alta complexidade é de responsabilidade tripartite. Utilizar a definição do Plano Estadual de Saúde de 2020-2023.	Item excluído, após ter sido considerado as alterações dos itens B.8 a B.10.
B.13	- Repete o item anterior. - Leitos obstétricos em serviços públicos, deste modo, já é possível entender que é coberto pelo SUS, não é necessário repetir.	Ajustado definição retirando cobertura pelo SUS.
B.14	- Instituições não públicas não precisam pactuar este número. - Retirar pactuação.	Ajustado definição retirando pactuação.
B.17	- Incluir alto risco. - Maternidades pactuam como porta aberta para atendimento de urgência.	Ajustado definição incluindo alto risco.
B.18	- Incluir alto risco. - As maternidades pactuam para a rede atendimento de porta aberta para atendimento de urgência.	Ajustado definição incluindo alto risco.
B.19	- A maternidades pactuam para a rede atendimento de porta aberta para atendimento de urgência. Não considero diferenciar público de privado uma informação relevante. - Acrescentar cobertura para o SUS.	Ajustado definição incluindo atendimento com cobertura para o SUS.
B.20	- Incluir indicadores para monitoramento de leitos em instituição pública e não pública. - O número de 2 leitos para cada 1.000 nascidos vivos pode ser insuficiente.	Não foi alterado a definição de 2 leitos, pois, segue o proposto em resolução. Domínio: Entradas. Posição: B.20. Leitos Neonatais (UTI) em instituições públicas: proporção de leitos de UTI Neonatal em hospitais públicos. Numerador: N. Fonte: SIH. Denominador: leitos de UTIN. Fonte CNES. Leitos Neonatais (UTI) em instituições não públicas: proporção de leitos de UTI Neonatal em hospitais não públicos. Numerador: N. Fonte: SIH. Denominador: leitos de UTIN. Fonte CNES.
B.21	- Incluir indicadores para monitoramento de leitos em instituição pública e não pública.	Domínio: Entradas. Posição: B.21. Leitos Neonatais (UCINCo) em instituições públicas: proporção de leitos de UCINCo em hospitais públicos. Numerador: N. Fonte: SIH. Denominador: leitos de UTIN. Fonte CNES. Leitos Neonatais (UCINCo) em instituições não públicas: proporção de leitos de UCINCo em hospitais não públicos. Numerador: N. Fonte: SIH. Denominador: leitos de UTIN. Fonte CNES.
B.22	- O número de 2 leitos para cada 1.000 nascidos vivos pode ser insuficiente.	Não foi alterado a definição de leitos, pois segue o que foi proposto em resolução.

FONTE: A autora (2021).

Logo, foi realizado o cálculo do **Índice de Validade de Conteúdo (IVC)**, que analisa cada item individualmente, também aplicado quanto à clareza e pertinência, sendo identificados

apenas 2 itens com valor inferior a 0,78, valor que sugere o item como inaceitável. O item B.1 apresentou IVC para pertinência de 0,73, justificando sua exclusão. Também o item B.8 apresentou IVC para clareza de 0,73, fundamentando a necessidade de uma importante readequação. O IVC do domínio quanto à clareza (0,89) e pertinência (0,88) apresentaram adequação mínima. Com relação à abrangência do domínio, o IVC foi de 1,00, medindo a cobertura adequada pelo conjunto de itens apresentados (QUADRO 3).

Foi analisada a confiabilidade dos itens incluídos no domínio ENTRADAS mediante o teste **Coefficiente Alfa**, também conhecido como Alfa de Cronbach. Sem a exclusão dos itens B.1 e B.11, o teste indicou clareza (0,95) e pertinência (0,96) excelentes; com a exclusão destes itens, o valor do Coeficiente Alfa também indicou clareza (0,94) e pertinência (0,95) excelentes (TABELA 2).

TABELA 2 - CONFIABILIDADE DO DOMÍNIO ENTRADAS COM A APLICAÇÃO DO TESTE COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Estatística da Escala	27 Itens	25 Itens (Exclusão dos itens B.1 e B.11)
Coefficiente Alfa – Clareza	0,95	0,94
Média	95,64	89,09
Variância	194,05	154,69
Desvio Padrão	13,93	12,44
Coefficiente Alfa – Pertinência	0,96	0,95
Média	95,64	89,27
Variância	223,05	175,42
Desvio Padrão	14,93	13,24

FONTE: A autora (2021).

6.3.3. Validação de Conteúdo do Domínio ATIVIDADES

A TC quanto aos itens expressando o domínio foi de 72,7% e sua manutenção no domínio 81,8%, indicando necessidade de adequação do conteúdo. Dos 9 itens que compõem o domínio ATIVIDADES, três deles (C.2, C.8 e C.9) apresentaram TC menor que 90,0% para clareza e dois (C.8 e C.9) para pertinência (QUADRO 5). Eles foram reavaliados e as adequações estão apresentadas no QUADRO 6 e a TC do domínio para clareza passou para 89,9% e pertinência de 88,9% (QUADRO 5).

QUADRO 5 – TAXA DE CONCORDÂNCIA, DA RAZÃO DE VALIDADE DE CONTEÚDO E DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO DOMÍNIO ATIVIDADES. CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Item	TC da clareza do Domínio	RVC	TC da pertinência do Domínio	RVC	IVC de clareza do item	IVC de pertinência do item
C.1.	100,0	1,00	100,0	1,00	0,91	0,91
C.2.	81,8	0,64	90,9	0,82	0,82	0,91
C.3.	90,9	0,82	90,9	0,82	0,82	0,91
C.4.	100,0	1,00	90,9	0,82	0,91	0,91
C.5.	90,9	0,82	90,9	0,82	1,00	1,00
C.6.	90,9	0,82	90,9	0,82	0,91	0,91
C.7.	90,9	0,82	90,9	0,82	0,91	0,91
C.8.	81,8	0,64	72,7	0,45	0,91	0,91
C.9.	81,8	0,64	81,8	0,64	0,82	1,00
GERAL	89,9	0,80	88,9	0,78	0,89	0,93

FONTE: A autora (2021).

Foi calculada a RVC sobre a clareza do item em relação ao domínio, não havendo valores inferiores a 0,59. Para a RVC que avaliou a pertinência do item em relação ao domínio, apenas o item C.8 apresentou RVC de 0,45, contudo, as justificativas dos especialistas não fundamentavam sua exclusão (QUADRO 6). Desta forma, a TC do domínio para clareza e pertinência tornou-se ideal, de 90,9% e 90,9% respectivamente.

QUADRO 6 - SUGESTÕES DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTAS PARA ADEQUAÇÃO DO ITEM QUE COMPÕE O DOMÍNIO ATIVIDADES. CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Item	Sugestões dos Juízes Clareza e Relevância do Item ao Domínio	Adequações
C.2	- Especificar número de profissionais que fizeram o treinamento ou que precisariam fazer.	Ajustado definição do item para número de profissionais que receberam capacitação.
C.8	- Incluir maternidades que não possuem IHAC em indicador separado. - Não é relevante dosar maternidade vinculadas à IHAC, pois em geral são maternidades de alto risco que possuem esse título.	Busca monitorar uma política pública de promoção ao aleitamento materno. Conquistar a IHAC outros poderão ser credenciados. Ocorrem reavaliações periódicas e por isso monitorar como um indicador é necessário.
C.9	- No sistema em RAS é difícil a mãe voltar com o recém-nascido para a primeira consulta após a alta hospitalar do parto. Seria pertinente se fosse possível.	Item não sofreu adequações. Alguns serviços/municípios realizam esse trabalho, é o recomendado pelas políticas públicas.

FONTE: A autora (2021).

Não foi identificado IVC para clareza e pertinência com valores inferiores a 0,78, inclusive para o item C.8 os valores indicavam clareza e relevância preferencialmente. O domínio apresentou IVC de 0,89 indicando concordância mínima para clareza e 0,93 para

pertinência (QUADRO 5). Observa-se que a abrangência do domínio foi de 1,00 com adequada cobertura do conjunto de itens apresentados.

A confiabilidade dos itens incluídos no domínio ATIVIDADES apresentada pelo cálculo do **Coefficiente Alfa** sem a exclusão de itens indicou clareza aceitável (0,79) e excelente pertinência (0,90) (TABELA 3).

TABELA 3 - CONFIABILIDADE DO DOMÍNIO ATIVIDADES COM A APLICAÇÃO DO COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Estatística da Escala	9 Itens
<i>Coefficiente Alfa – Clareza</i>	0,79
Média	31,73
Variância	16,22
Desvio Padrão	4,03
<i>Coefficiente Alfa – Pertinência</i>	0,90
Média	32,82
Variância	17,36
Desvio Padrão	4,17

FONTE: A autora (2021).

6.3.4. Validação de Conteúdo do Domínio SAÍDAS

A TC quanto aos itens expressando o domínio foi de 72,7%, para a manutenção dos itens no domínio SAÍDAS foi de 81,8%, indicando necessidade de adequação do conteúdo. Dos 35 itens que compõem este domínio, cinco deles (D.5, D.6, D.7, D.8 e D.33) apresentaram TC menor que 90,0% para clareza e outros cinco (D.9, D.13, D.16, D.20 e D.26) para pertinência (QUADRO 7). Eles foram reavaliados e as adequações estão apresentadas no QUADRO 9. Após, a TC do domínio para clareza foi de 94,3% e pertinência de 93,0% (QUADRO 8).

QUADRO 7 – TAXA DE CONCORDÂNCIA, DA RAZÃO DE VALIDADE DE CONTEÚDO E DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO DOMÍNIO SAÍDAS. CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Item	TC da clareza do Domínio	RVC	TC da pertinência do Domínio	RVC	IVC de clareza do item	IVC de pertinência do item
D.1	90,9	0,82	90,9	0,82	1,00	1,00
D.2	90,9	0,82	90,9	0,82	1,00	1,00
D.3	90,9	0,82	81,8	0,64	1,00	1,00
D.4	90,9	0,82	81,8	0,64	1,00	1,00
D.5	81,8	0,64	90,9	0,82	1,00	1,00
D.6	81,8	0,64	90,9	0,82	1,00	1,00
D.7	81,8	0,64	90,9	0,82	1,00	1,00

D.8	81,8	0,64	90,9	0,82	1,00	1,00
D.9	90,9	0,82	81,8	0,64	1,00	1,00
D.10	100,0	1,00	100,0	1,00	1,00	1,00
D.11	100,0	1,00	100,0	1,00	1,00	1,00
D.12	90,9	0,82	90,9	0,82	0,91	1,00
D.13	90,9	0,82	81,8	0,64	0,91	1,00
D.14	100,0	1,00	100,0	1,00	0,64	0,82
D.15	100,0	1,00	100,0	1,00	0,91	1,00
D.16	90,9	0,82	81,8	0,64	0,91	0,82
D.17	100,0	1,00	100,0	1,00	0,91	0,91
D.18	100,0	1,00	90,9	0,82	0,91	0,91
D.19	100,0	1,00	100,0	1,00	0,91	0,91
D.20	100,0	1,00	81,8	0,64	1,00	0,91
D.21	90,9	0,82	100,0	1,00	0,91	1,00
D.22	100,0	1,00	100,0	1,00	1,00	1,00
D.23	90,9	0,82	90,9	0,82	1,00	1,00
D.24	100,0	1,00	90,9	0,82	1,00	1,00
D.25	100,0	1,00	90,9	0,82	0,91	1,00
D.26	90,9	0,82	81,8	0,64	0,91	0,82
D.27	100,0	1,00	100,0	1,00	0,91	1,00
D.28	100,0	1,00	100,0	1,00	1,00	1,00
D.29	90,9	0,82	90,9	0,82	1,00	1,00
D.30	100,0	1,00	90,9	0,82	1,00	1,00
D.31	100,0	1,00	100,0	1,00	1,00	1,00
D.32	100,0	1,00	100,0	1,00	1,00	1,00
D.33	81,8	0,64	100,0	1,00	0,91	1,00
D.34	100,0	1,00	100,0	1,00	1,00	1,00
D.35	100,0	1,00	100,0	1,00	1,00	1,00
GERAL	94,3	0,89	93,0	0,86	0,96	0,97

FONTE: A autora (2021).

Foi calculada a RVC sobre a clareza e pertinência do item em relação ao domínio, não havendo valores inferiores a 0,59. Em relação ao IVC para clareza, apenas um item apresentou valor inferior a 0,78, mas as sugestões apenas aplicavam-se a fonte de dados para o seu cálculo. O IVC sobre pertinência de todos os itens apresentou concordância mínima ou preferencial. Observou-se um IVC quanto à clareza de 0,96 e de pertinência de 0,97 no domínio SAÍDAS, indicando concordância preferencial (QUADRO 8). A abrangência do domínio foi de 1,00 com adequada cobertura do conjunto de itens apresentados.

QUADRO 8 - SUGESTÕES DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTA PARA ADEQUAÇÃO DO ITEM QUE COMPÕE O DOMÍNIO SAÍDAS. CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Item	Sugestões dos Juízes Clareza e Relevância do Item ao Domínio	Adequações
D.5	- Deixar mais claro as variáveis envolvidas no cálculo. - Como foi quantificado pré-natal no item anterior, manter este indicador apenas com consultas puerperais.	Adequado o nome e a definição do indicador considerando apenas puerpério.
D.6	- Deixar mais claro as variáveis envolvidas no cálculo. - Não ficou claro tipo de exames, incluir os exames laboratoriais e/ou de imagem.	Adequado a definição incluindo os tipos de exames.

D.7	- Deixar mais claro as variáveis envolvidas no cálculo. - Não ficou claro tipo de exames, incluir os exames laboratoriais e/ou de imagem.	Adequado a definição incluindo os tipos de exames.
D.8	- Deixar mais claro as variáveis envolvidas no cálculo. - Deixar claro exames laboratoriais e de imagem.	Adequado a definição incluindo os tipos de exames.
D.9	- Deixar mais claro as variáveis envolvidas no cálculo. - Incluir imunização com Influenza, a difteria e tétano, e hepatite B, que também são vacinas preconizadas para a gestante.	Adequado o nome e a definição incluindo todas as vacinas preconizadas.
D.13	- Sugiro que no caso para enfermeiro obstétrico, é preciso colocar que somente será indicado mediante protocolo pré-estabelecido, ou então, retirar enfermeiro deste item.	Adequado a definição incluindo analgesia mediante protocolos.
D.14	- A fonte do numerador (prontuário) pode ser frágil, pois deve-se considerar que os registros podem estar incompletos	Mantido, pois não há uma fonte de dados secundários para esse tipo de dado no momento.
D.16	- A Diretriz do parto Normal da CONITEC não considera parto com fórceps como parto normal, considerar o uso de parto instrumental (vácuo-extrator ou fórceps). - O enfermeiro não tem respaldo para a realização do parto com fórceps.	Adequado nome e a definição, considerando a retirada do enfermeiro.
D.20	- A taxa de infecção não reflete a realidade quando não há busca ativa por infecções pós-alta. Associar a indicadores da RDC nº 48 de 2000. - Acrescentar um multiplicador, como vezes 1.000 nascidos vivos.	Adequado a definição do indicador, considerando indicadores da RDC 48.
D.26	- Deixar mais claro as variáveis envolvidas no cálculo. - Avaliar o conhecimento das mães em relação ao cuidado com o recém-nascido a partir da implementação de protocolos educativos que são aplicados às puérperas, nas maternidades preparando para uma alta responsável.	Adequado a definição incluindo serviços que utilizam protocolos educativos às puérperas, como a base de cálculo do indicador.
D.33	- O indicador refere anomalia congênita, e na descrição cardiopatia congênita, não ficou claro se serão computadas todas as anomalias ou somente as cardiopatias. - Incluir todas as anomalias congênicas e rever o cálculo para 100.000 nascidos vivos. - Retirar o tipo de cardiopatia complexa.	Adequado nome e a definição do indicador considerando anomalia congênicas. Ajustado o cálculo.

FONTE: A autora (2021).

A confiabilidade dos itens incluídos no domínio SAÍDAS apresentada pelo cálculo do **Coefficiente Alfa** sem a exclusão de itens indicou clareza (0,95) e pertinência (0,96) excelentes (TABELA 4).

TABELA 4 - CONFIABILIDADE DO DOMÍNIO SAÍDAS COM A APLICAÇÃO DO COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Estatística da Escala	35 Itens
<i>Coefficiente Alfa – Clareza</i>	0,95
Média	129,82
Variância	147,16
Desvio Padrão	12,13
<i>Coefficiente Alfa – Pertinência</i>	0,96
Média	131,36
Variância	131,45
Desvio Padrão	11,46

FONTE: A autora (2021).

6.3.5. Validação de Conteúdo do Domínio RESULTADOS

A TC quanto aos itens expressando o domínio foi de 72,7%, para a manutenção dos itens no domínio RESULTADOS também foi de 72,7%, indicando necessidade de adequação do conteúdo. Dos 26 itens que compõem este domínio, nove deles (E.1, E.4, E.5, E.6, E.8, E.9, E.10, E.11 e E.27) apresentaram TC menor que 90,0% para clareza e seis (E.4, E.6, E.8, E.9, E.10 e E.11) para pertinência (QUADRO 9). Eles foram reavaliados e as adequações estão apresentadas no QUADRO 10. Assim, após as adequações, a TC do domínio para clareza foi de 89,9% e pertinência de 92,7% (QUADRO 9).

QUADRO 9 - TAXA DE CONCORDÂNCIA, DA RAZÃO DE VALIDADE DE CONTEÚDO E DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO DOMÍNIO RESULTADOS. CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Item	TC da clareza do Domínio	RVC	TC da pertinência do Domínio	RVC	IVC de clareza do item	IVC de pertinência do item
E.1	81,8	0,64	90,9	0,82	0,82	1,00
E.2	90,9	0,82	90,9	0,82	1,00	1,00
E.3	90,9	0,82	90,9	0,82	1,00	1,00
E.4	81,8	0,64	81,8	0,64	0,73	0,91
E.5	72,7	0,45	90,9	0,82	0,82	0,91
E.6	81,8	0,64	81,8	0,64	0,91	1,00
E.7	90,9	0,82	90,9	0,82	0,91	1,00
E.8	81,8	0,64	81,8	0,64	0,82	0,91
E.9	81,8	0,64	81,8	0,64	0,82	0,91
E.10	81,8	0,64	81,8	0,64	0,91	1,00
E.11	81,8	0,64	81,8	0,64	0,91	1,00
E.12	90,9	0,82	90,9	0,82	1,00	0,91
E.13	100,0	1,00	100,0	1,00	1,00	1,00
E.14	100,0	1,00	100,0	1,00	0,91	0,91
E.15	90,9	0,82	100,0	1,00	1,00	0,91
E.16	90,9	0,82	100,0	1,00	0,82	1,00

E.17	90,9	0,82	100,0	1,00	1,00	1,00
E.18	90,9	0,82	100,0	1,00	0,91	0,82
E.19	100,0	1,00	90,9	0,82	0,91	0,91
E.20	100,0	1,00	90,9	0,82	0,91	0,91
E.21	100,0	1,00	100,0	1,00	0,91	0,91
E.22	81,8	0,64	90,9	0,82	0,82	0,82
E.23	100,0	1,00	100,0	1,00	0,91	1,00
E.24	90,9	0,82	100,0	1,00	0,82	0,91
E.25	90,9	0,82	100,0	1,00	0,82	1,00
E.26	100,0	1,00	100,0	1,00	1,00	1,00
GERAL	89,9	0,80	92,7	0,85	0,90	0,95

FONTE: A autora (2021).

Foi calculada a RVC sobre a clareza e pertinência do item em relação ao domínio, havendo valores inferiores a 0,59 apenas para o item E.5 quanto à clareza (0,45); como seu RVC para pertinência foi de 0,82 optou-se por ajustar a definição do indicador em relação à sua forma de cálculo (QUADRO 9).

Em relação ao IVC para clareza, apenas o item E.4 apresentou valor de 0,73 e seu IVC referente à pertinência apresentou-se elevado (0,92), por isso o item sofreu adequação importante e não foi excluído. Observou um IVC do domínio para clareza de 0,90 e de pertinência de 0,95, indicando concordância preferencial (QUADRO 9). A abrangência do domínio foi de 1,00 com adequada cobertura do conjunto de itens apresentados.

QUADRO 10 - SUGESTÕES DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTA PARA ADEQUAÇÃO DO ITEM QUE COMPÕE O DOMÍNIO RESULTADOS. CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Item	Sugestões dos Juízes Clareza e Relevância do Item ao Domínio	Adequações
E.1	- Separar diagnóstico de sífilis dos óbitos por sífilis.	Adequado a definição para diagnóstico de sífilis, considerando apenas a Sífilis Congênita.
E.4	- Deixar mais claro as variáveis envolvidas no cálculo. - Denominador ajustado para nascidos vivos, com fonte SINASC.	Adequado a definição, alterado a base de cálculo para numerador e fonte CNES, e o denominador por nascidos vivos da fonte SINASC.
E.5	- Relacionar com o número de gestantes. - Rever clareza na definição, em relação ao cálculo.	Adequado a título e definição do item.
E.6	- Deixar mais claro as variáveis envolvidas no cálculo.	Adequado definição e base de cálculo por mil nascidos vivos.
E.8	- A notificação gera a taxa, e as maternidades não possuem uma estimativa de volume de <i>near miss</i> . Quanto mais complexo o atendimento, maior a chance de casos graves. Sugestão: número de maternidades de risco habitual/intermediário que notificaram <i>near miss</i> materno nos últimos 12 meses.	Adequado o nome, definição e base de cálculo, considerando proporção e não taxa.
E.9	- A notificação gera a taxa, e as maternidades não possuem uma estimativa de volume de <i>near miss</i> . Quanto mais complexo o atendimento, maior a chance de casos graves. Sugestão: número de maternidades de risco	Adequado o nome, definição e base de cálculo, considerando proporção e não taxa.

	habitual/intermediário que notificaram <i>near miss</i> materno nos últimos 12 meses.	
E.10	- Acrescentar período na base de cálculo.	Adequado a definição e a base de cálculo.
E.11	- Acrescentar período na base de cálculo.	Adequado a definição e a base de cálculo.
E.22	- Deixar mais claro as variáveis envolvidas no cálculo. - Não fica claro a base de cálculo apresentando pesquisa científica, mas é relevante o serviço de saúde conhecer este dado.	Ajustado definição e excluído base de cálculo por utilizar bases de dados de cada serviço.

FONTE: A autora (2021).

A confiabilidade dos itens incluídos no domínio RESULTADOS apresentada pelo cálculo do Coeficiente Alfa, sem a exclusão de itens, indicou clareza (0,95) e pertinência (0,97) excelentes (TABELA 5).

TABELA 5 - CONFIABILIDADE DO DOMÍNIO RESULTADOS COM A APLICAÇÃO DO COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Estatística da Escala	26 Itens
<i>Coeficiente Alfa – Clareza</i>	0,95
Média	92,91
Variância	166,691
Desvio Padrão	12,911
<i>Coeficiente Alfa – Pertinência</i>	0,97
Média	95,18
Variância	132,364
Desvio Padrão	11,505

FONTE: A autora (2021).

6.3.6. Validação de Conteúdo do Domínio IMPACTO

A TC dos itens expressando o domínio foi de 81,8%, para a manutenção dos itens no domínio IMPACTO foi de 72,7%, indicando necessidade de adequação do conteúdo. Dos 22 itens que compõem este domínio, dois deles (F.12 e F.22) apresentaram TC menor que 90,0% para clareza e todos os itens avaliados quanto à pertinência apresentaram TC maior que 90% (QUADRO 11). Esses itens foram reavaliados e as adequações estão apresentadas no QUADRO 12, passando a TC geral do domínio para clareza para 97,1% e pertinência de 98,8%.

QUADRO 11 – TAXA DE CONCORDÂNCIA, DA RAZÃO DE VALIDADE DE CONTEÚDO E DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO DOMÍNIO IMPACTO. CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Item	TC da clareza do Domínio	RVC	TC da pertinência do Domínio	RVC	IVC de clareza do item	IVC de pertinência do item
F.1	100,0	1,00	100,00	1,00	1,00	1,00
F.2	100,0	1,00	100,00	1,00	1,00	1,00
F.3	100,0	1,00	100,00	1,00	1,00	1,00
F.4	100,0	1,00	100,00	1,00	1,00	1,00
F.5	90,9	0,82	100,00	1,00	0,91	1,00
F.6	100,0	1,00	100,00	1,00	0,91	1,00
F.7	100,0	1,00	100,00	1,00	1,00	1,00
F.8	100,0	1,00	100,00	1,00	0,91	1,00
F.9	100,0	1,00	100,00	1,00	0,91	0,91
F.10	100,0	1,00	100,00	1,00	0,82	0,82
F.11	100,0	1,00	100,00	1,00	1,00	1,00
F.12	81,8	0,64	90,91	0,82	1,00	1,00
F.13	100,0	1,00	100,00	1,00	0,91	1,00
F.14	90,9	0,82	90,91	0,82	0,91	1,00
F.15	100,0	1,00	100,00	1,00	1,00	1,00
F.16	100,0	1,00	100,00	1,00	1,00	1,00
F.17	100,0	1,00	100,00	1,00	1,00	1,00
F.18	90,9	0,82	100,00	1,00	0,91	1,00
F.19	100,0	1,00	100,00	1,00	1,00	1,00
F.20	100,0	1,00	100,00	1,00	1,00	1,00
F.21	100,0	1,00	100,00	1,00	1,00	1,00
F.22	81,8	0,64	90,91	0,82	0,91	1,00
GERAL	97,1	0,94	98,8	0,98	0,96	0,99

FONTE: A autora (2021).

Foi calculada a RVC sobre a clareza e pertinência do item em relação ao domínio, não havendo valores inferiores a 0,59 (QUADRO 11). Desta forma, não houve exclusão de nenhum item. Em relação ao IVC para clareza e pertinência, todos foram superiores a 0,78, com IVC do domínio para clareza de 0,96 e de pertinência de 0,99, indicando concordância preferencial (QUADRO 11). A abrangência do domínio foi de 0,91 com adequada cobertura do conjunto de itens apresentados.

QUADRO 12 - SUGESTÕES DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTA PARA ADEQUAÇÃO DO ITEM QUE COMPÕE O DOMÍNIO IMPACTO. CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Item	Sugestões dos Juízes Clareza e Relevância do Item ao Domínio	Adequações
F.12	- Retirar a segunda menção de 22 semanas, porque ficou repetido.	Adequado a definição e a base de cálculo.
F.22	- Rever a classificação da prematuridade. - Existe uma grande parte das reinternações de recém-nascido a termo, incluir essa classificação.	Adequado a definição quanto as semanas gestacionais e incluído o recém-nascido a termo.

FONTE: A autora (2021).

A confiabilidade dos itens incluídos no domínio IMPACTO apresentada pelo cálculo do Coeficiente Alfa sem a exclusão de itens indicou clareza (0,94) e pertinência (0,96) excelentes (TABELA 6).

TABELA 6 - CONFIABILIDADE DO DOMÍNIO IMPACTO COM A APLICAÇÃO DO TESTE DO COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Estatística da Escala	22 Itens
<i>Coeficiente Alfa – Clareza</i>	0,94
Média	83,00
Variância	59,60
Desvio Padrão	7,72
<i>Coeficiente Alfa – Pertinência</i>	0,96
Média	83,73
Variância	51,42
Desvio Padrão	7,17

FONTE: A autora (2021).

6.3.7. Validação de Conteúdo da Estrutura do Modelo Lógico

A TC do Modelo Lógico foi calculada pela média da TC de cada domínio (entradas, atividades, saídas, resultados e impacto) quanto à clareza foi de 91,6% e pertinência 93,8%, considerando uma TC ideal.

O IVC do Modelo Lógico também foi calculado pela média do IVC de cada domínio quanto à clareza (0,92), pertinência (0,94) e abrangência (0,98) como validade referencial. Também foram avaliadas pelo IVC as estruturas do Modelo Lógico como título (1,00) com validade ideal, formato e organização (0,91) com validade preferencial e a redação das premissas (0,82) apresentando concordância mínima.

Também foi realizado o cálculo do IVC para avaliar o Modelo Lógico em relação à abrangência pela representatividade dos itens quanto às dimensões assistenciais, como: pré-natal, parto, nascimento e atendimento ao recém-nascido, que foi de 0,91.

Para a análise de confiabilidade destas estruturas utilizou-se o teste Coeficiente Alfa que apresentou o valor de 0,92, indicando uma excelente confiabilidade do Modelo Lógico (TABELA 7).

TABELA 7 - CONFIABILIDADE DO DOMÍNIO MODELO LÓGICO COM A APLICAÇÃO DO TESTE DO COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Estatística da Escala	Nove Itens
<i>Coefficiente Alfa – Pertinência</i>	0,92
Média	31,64
Variância	19,65
Desvio Padrão	4,43

FONTE: A autora (2021).

Também foi realizada a análise de confiabilidade dos indicadores organizados nas dimensões assistenciais do atendimento pré-natal, parto e puerpério, bem como o atendimento ao recém-nascido. Foi considerada a análise conforme a tríade estrutura, processo e resultado. Assim, todos foram identificados com excelente confiabilidade da consistência interna (TABELA 8).

TABELA 8 - CONFIABILIDADE DOS INDICADORES CONFORME AS DIMENSÕES ASSISTENCIAIS E A TRÍADE DA QUALIDADE EM SAÚDE, COM A APLICAÇÃO DO TESTE DO COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Dimensão Assistencial	Tríade da Qualidade em Saúde	Coefficiente Alfa	Média	Variância	Desvio Padrão
Atendimento ao Pré-natal	Estrutura	0,94	84,18	147,16	12,13
	Processo	0,98	68,36	41,25	6,42
	Resultado	0,94	113,09	95,29	9,76
Parto e Puerpério	Estrutura	0,97	70,45	170,27	13,05
	Processo	0,96	102,36	164,85	12,84
	Resultados	0,97	116,55	232,07	15,23
Atendimento ao Recém-Nascido	Estrutura	0,94	88,27	104,82	10,24
	Processo	0,91	90,45	49,67	7,05
	Resultado	0,97	125,18	201,56	14,20

FONTE: A autora (2021).

A seguir, a análise da confiabilidade da consistência interna foi realizada conforme as dimensões assistenciais e os domínios do modelo lógico. Dos 15 domínios, 12 deles apresentaram confiabilidade excelente (>0,90), apenas três domínios apresentaram boa confiabilidade (>0,80), a saber: relacionado ao atendimento pré-natal os domínios atividades (0,86) e resultados (0,86), bem como para o atendimento ao recém-nascido o domínio atividades (0,85) (TABELA 9). Estes dados conferem a possibilidade da flexibilidade nos procedimentos

de avaliação segundo a tríade estrutura, processo e resultados, ou conforme os domínios dos modelos lógicos entradas, atividades, saídas, resultados e impacto.

TABELA 9 - CONFIABILIDADE DOS INDICADORES CONFORME AS DIMENSÕES ASSISTENCIAIS E OS DOMÍNIOS DO MODELO LÓGICO, COM A APLICAÇÃO DO TESTE DO COEFICIENTE ALFA, CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Dimensão Assistencial	Domínios do Modelo Logico	Coefficiente Alfa	Média	Variância	Desvio Padrão
Atendimento ao Pré-natal	Entradas	0,96	63,09	125,49	11,20
	Atividades	0,86	21,09	10,89	3,30
	Saídas	0,98	68,36	41,25	6,42
	Resultados	0,86	51,45	28,67	5,35
	Impacto	0,96	61,64	26,25	5,12
Parto e Puerpério	Entradas	0,98	55,91	143,69	11,99
	Atividades	0,97	14,55	3,27	1,81
	Saídas	0,96	102,36	164,85	12,84
	Resultados	0,97	79,55	132,67	11,52
	Impacto	0,90	37,00	19,00	4,36
Atendimento ao Recém-Nascido	Entradas	0,92	59,36	45,65	6,76
	Atividades	0,85	28,91	15,29	3,91
	Saídas	0,91	90,45	49,67	7,05
	Resultados	0,94	57,09	71,29	8,44
	Impacto	0,97	68,09	45,29	6,73

FONTE: A autora (2021).

6.3.8. Remoção e inclusão de Indicadores

No instrumento de coleta de dados foi perguntado sobre a sugestão de remoção ou inclusão de novos indicadores. Os comentários dos juízes especialistas foram organizados no QUADRO 13, que apresenta também as respostas das pesquisadoras às sugestões realizadas.

QUADRO 13 - SUGESTÃO DE INCLUSÃO OU REMOÇÃO DE INDICADORES NO MODELO DE AVALIAÇÃO. CURITIBA, PARANÁ, 2021.

Remoção		Inclusão	
Juiz Especialista	Pesquisadoras	Juiz Especialista	Pesquisadoras
- Indicador baseado em textos científicos pois, contraria o significado do que seja um indicador.	- Alguns itens são relativos à proporção e não taxa, isso foi verificado em todos os indicadores que mensuram proporção, acrescentado a multiplicação por 100.	- Sugerido pontualmente em algum comentário anterior.	- Atendido no Quadro 4, com a inclusão de quatro indicadores.
- Taxa de <i>near miss</i> materno por não haver uma referência clara	- Item sofreu as adequações sugeridas.	- Readequação de indicadores que falam de Taxa de <i>Near Miss</i> .	- Item sofreu as adequações sugeridas.

para comparação nesse momento.			
- Muitos indicadores possuem o mesmo significado. Em avaliação, para que seja mais dinâmica há que se procurar o que é mais significativo.	- O modelo buscou ser o mais completo possível conforme sugere o referencial metodológico, considerando que processo de validação permite a exclusão, não ocorrida devido o posicionamento/parecer dos juízes especialistas.	- O Modelo Lógico já possui muitos indicadores, não incluir mais nenhum. Uma inclusão poder tornar sua operacionalização mais trabalhosa e, dificultar a viabilidade prática.	- O modelo buscou ser o mais completo possível conforme sugere o referencial metodológico, pois o processo de validação permite a exclusão, mas não ocorreu devido o posicionamento dos juízes especialistas.
- Retirar os itens de F.14 a F.18, e F.20 e F.22 do domínio impacto. Reclassificando-os como processuais.	- Os indicadores F.14 a F.18, e F.20 foram realocados para a dimensão processo considerando não mensurarem as condições do estado de saúde, mas sim, uma atividade de assistência à saúde. - E o F.22 expressa uma mudança na condição de saúde, representando um resultado e não o processo.	- Incluir a UPA para gestação de alto risco, se me recordo, no item está especificado para risco intermediário e habitual.	- O indicador inclui alto risco.
- Não remover, talvez readequar entre os domínios como sugerido em itens específicos.	- Adequações atendidas.	- Indicador de Planejamento familiar.	- Apesar da influência do Planejamento Reprodutivo sob a gestação, este tipo de indicador seria anterior as dimensões assistenciais envolvidas na proposta da assistência a Linha de Cuidado. Fato que sugere a necessidade o monitoramento detalhado desta política pública.
- Não, pois todos são de extrema importância para o planejamento, acompanhamento e resultados na assistência.	- O IVC individual dos itens confirmou este posicionamento.	- Indicador de contato pele a pele.	Domínio: Saídas. Posição: D.26. Contato pele a pele: proporção de recém-nascidos colocado em contato pele a pele na primeira hora de vida, dividido pelo número de nascidos vivos, multiplicado por 100. Numerador: N. Fonte: SIH. Denominador: Total de Nascidos Vivos. Fonte SIH.

FONTE: A autora (2021).

Por fim, foram realocados os itens F.14 a F.18 e F.20 a F.22 do domínio impacto para o domínio processo. Foram incluídos cinco indicadores conforme apresentados no quadro 13. Foi sugerido um indicador para avaliação do planejamento familiar que não foi considerado, com a justificativa de que o foco da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil apresenta-se a partir do atendimento pré-natal disponível no Sistema Único de Saúde.

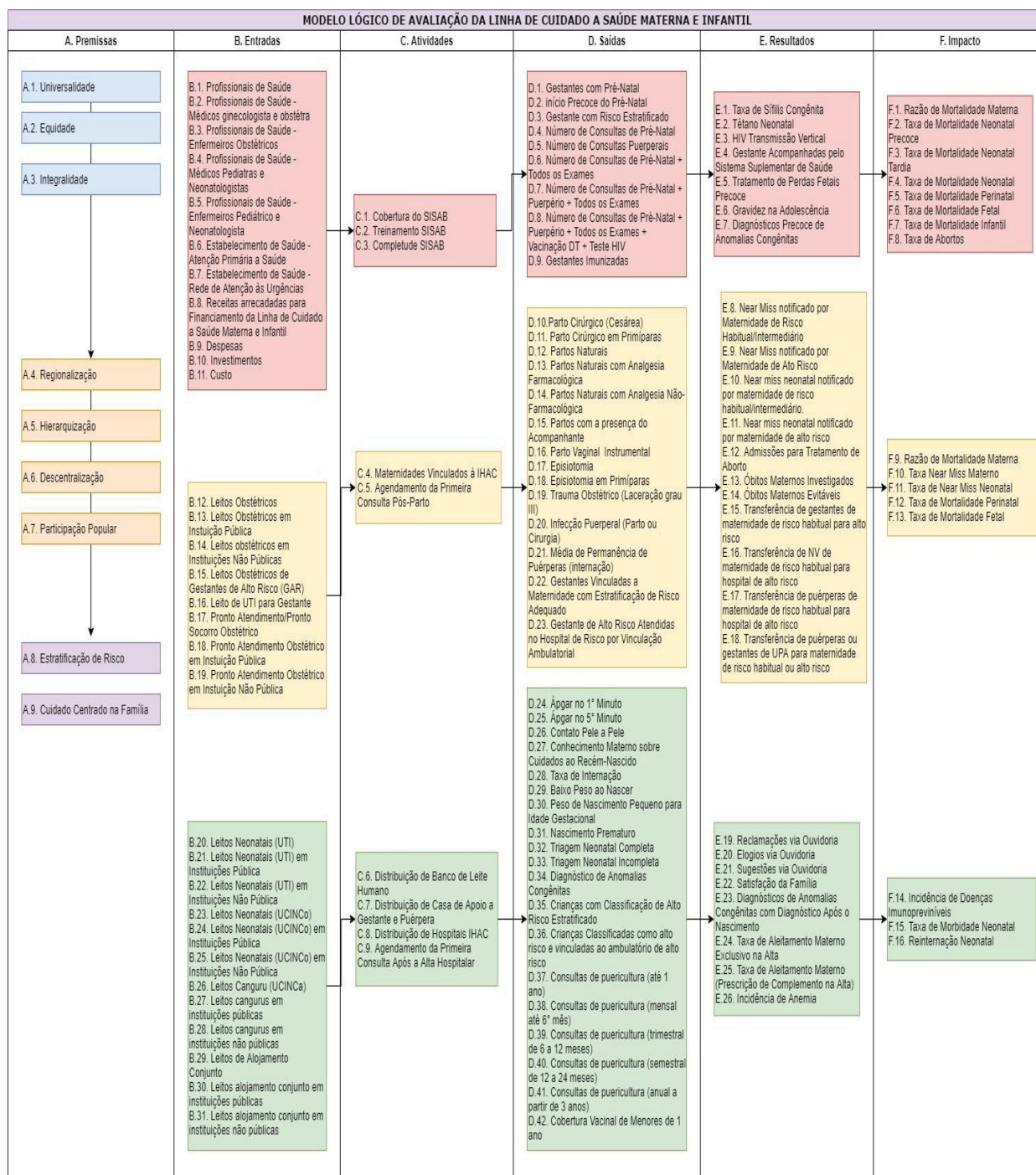
6.4 AÇÃO OPERACIONAL 5

Neste subcapítulo apresentamos a remodelagem do modelo lógico considerando as alterações nos indicadores em relação à adequação do conteúdo, exclusão, inclusão ou realocação e estão apresentadas na FIGURA 8.

No domínio ENTRADAS foram excluídos quatro indicadores, incluídos outros quatro indicadores e 21 sofreram adequações na clareza de seu conteúdo. No domínio ATIVIDADES houve apenas readequação na clareza do conteúdo para três indicadores. Em SAÍDAS um indicador foi excluído, 6 foram realocados para este domínio oriundos de impacto e 17 indicadores sofreram readequação de conteúdo. No domínio RESULTADOS nove indicadores receberam readequação de conteúdo. E por fim, em IMPACTO, dois indicadores receberam readequação de conteúdo. No QUADRO 14 apresenta-se a estrutura dos indicadores após a remodelagem do modelo lógico.

O Modelo Lógico de Avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, remodelado e apresentado na FIGURA 8, foi registrado como uma produção tecnológica na Câmara Brasileira do Livro (ANEXO 3).

FIGURA 8 – MODELO LÓGICO, SEGUNDO A FUNDAÇÃO KELLOGG, PROPOSTO APÓS A VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PELO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTAS. CURITIBA, PARANÁ, 2021.



FONTE: A autora (2021).

QUADRO 14 - REMODELAGEM DA MATRIZ DO MODELO LÓGICO APRESENTADA EM BLOCOS ASSISTENCIAIS PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO, DEFINIÇÃO, NUMERADORES, DENOMINADORES E FONTE DOS DADOS. CURITIBA, PARANÁ, 2021.

ESTRUTURA DA MATRIZ COM A DESCRIÇÃO DOS INDICADORES E A FONTE DOS DADOS						
PREMISSAS						
A.1. Universalidade	A saúde como direito de todos os cidadãos, assegurado pelo Estado, garantido acesso aos serviços de saúde a todas as pessoas, independentemente características sociais ou pessoais.					
A.2. Equidade	Visa a redução das desigualdades, onde os serviços de saúde oferecem mais aos cidadãos que apresentam necessidades distintas, investindo mais onde a carência é maior.					
A.3. Integralidade	Busca atender o cidadão considerando o todo considerando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o acesso ao tratamento e a reabilitação, considerando a necessidade de articulação para a inclusão da saúde em todas as políticas, refletindo maior qualidade de vida.					
A.4. Regionalização	Organização dos serviços e sistema de saúde em níveis crescentes de complexidade em uma região, considerando características epidemiológicas, que direcionam a população atendida.					
A.5. Hierarquização	Articulação entre os serviços do sistema de saúde, com comando unificado, procedendo os níveis de atenção primária, secundária e terciária, para garantir o acesso ao serviço segundo sua necessidade de complexidade.					
A.6. Descentralização	Direcionamento da responsabilidade de gestão dos serviços e sistemas de saúde, nos três níveis de governo, descentralizando do governo federal até o município. Onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade, garantindo qualidade, controle e fiscalização.					
A.7. Participação Popular	Participação da sociedade nas deliberações relacionadas ao sistema de saúde, pela atuação de Conselhos e Conferências de Saúde, atuando na formulação de estratégias, controle e avaliação da execução da política de saúde.					
A.8. Estratificação de Risco	Garantir o acesso a assistência, promovendo o cuidado seguro e de qualidade, segundo a estratificação de risco da gestante (risco habitual, intermediário e alto risco) na gestação, parto e puerpério, bem como as crianças menores de um ano de idade. Permitindo a vinculação aos serviços de saúde especializados, resolutivos e acessíveis em tempo adequado.					
A.9. Cuidado Centrado na Família	Modelo de assistência que reconhece família como cliente do cuidado, assegurando sua participação nas ações de saúde de forma democrática na tomada de decisão em relação ao tratamento de saúde.					
ESTRUTURA						
Dimensão Assistencial	Nome	Definição	Numerador	Fonte	Denominador	Fonte

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL		B. ENTRADA				
B.1. Profissionais de Saúde	Número de profissionais de saúde em atividade (médicos ginecologista e obstetra, enfermeiros obstétricos) em uma determinada região dividido pelo total de habitantes, e multiplicado por 100.	N	CNES	Habitantes	IBGE	
B.2. Profissionais de Saúde - Médicos ginecologista e obstetra	Número de médicos ginecologista e obstetras em atividade, de uma determinada região, dividido pelo total de habitantes, multiplicado por 100.	N	CNES	Habitantes	IBGE	
B.3. Profissionais de Saúde - Enfermeiros Obstétricos	Número de enfermeiros obstétricos em atividade, de uma determinada região, dividido pelo total de habitantes, multiplicado por 100.	N	CNES	Habitantes	IBGE	
B.4. Profissionais de Saúde - Médicos Pediatras e Neonatologistas	Número de médicos pediatras e neonatologistas em atividade, de uma determinada região, dividido pelo total de habitantes, multiplicado por 100.	N	CNES	Habitantes	IBGE	
B.5. Profissionais de Saúde - Enfermeiros Pediátrico e Neonatologista	Número de enfermeiros pediátricos ou neonatologistas em atividade, de uma determinada região, dividido pelo total de habitantes, multiplicado por 100.	N	CNES	Habitantes	IBGE	
B.6. Estabelecimento de Saúde - Atenção Primária a Saúde	Número de unidades para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT) e Pronto atendimento 24 Horas. Dividido pelo total de habitantes da região, e multiplicado por 100.	N	CNES	Habitantes	IBGE	
B.7. Estabelecimento de Saúde - Rede de Atenção às Urgências	Número de veículo terrestre, aéreo ou hidroviário destinado acolher o usuário, classificar o risco assistencial conforme o grau de urgência, estabelecer o diagnóstico definitivo, aplicar as medidas terapêuticas do ponto assistencial e encaminhar o usuário para a continuidade terapêutica. Dividido pelo total de habitantes da região, e multiplicado por 100.	N	CNES	Habitantes	IBGE	
B.8. Receitas arrecadadas para Financiamento da Linha de Cuidado a Saúde Materna e Infantil	Soma dos recursos financeiros (em reais) desembolsado pelos municípios, estado e União para o pagamento de despesa, custo e investimento da Linha de Cuidado a Saúde Materna e Infantil. Considerando para municípios e estado, 15% e 12%, da arrecadação de impostos, bem como para a União o valor do ano anterior acrescido da	R\$	Contratualização	Habitantes	IBGE	

		variação do Produto Interno Bruto respeitando a Lei Orçamentaria Anual (considerar a EC 95 de 2016 que congela os gastos por 20 anos).					
B.9. Despesas		Recurso financeiro desembolsado (em reais) pelos Fundos de Saúde (municipal, estadual e federal) para manutenção da prestação de serviço assistência ambulatorial e hospitalar (contratos com entidades filantrópicas, consórcios e prefeituras) destinadas ao atendimento obstétrico e neonatal.	R\$	Contratualização	Habitantes	IBGE	
B.10. Investimentos		Recurso financeiro desembolsado (em reais) pelos Fundos de Saúde (municipal, estadual e federal) para expansão da prestação de serviço de assistência ambulatorial e hospitalar destinadas ao atendimento obstétrico e neonatal. Exemplo: compra de equipamentos, expansão da estrutura física, aquisição de imóveis etc.	R\$	Contratualização	Habitantes	IBGE	
B.11. Custo		Recurso financeiro desembolsado para a prestação do serviço. Exemplo: compra de materiais hospitalares, despesa com infraestrutura tecnológica, gastos com exames diagnósticos e tratamentos, pagamentos de consórcios, vacinas, salário dos profissionais.	R\$	Contratualização	Habitantes	IBGE	
C.1. Cobertura do SISAB		Número de gestantes cadastradas no sistema de informação para acompanhamento do pré-natal, o SISAB, por municípios, dividido pelo número de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	SISAB	Nascidos Vivos	SINASC	
C.2. Treinamento SISAB		Número de profissionais de saúde que realizam consultas de pré-natal, e que receberam capacitação em formato de treinamento para sensibilização da importância do uso do sistema de informação no registro de informações padronizadas segundo protocolo estabelecido para a coleta de dados referentes ao atendimento ofertado. Dividido pelo total de profissionais que realizam este atendimento, multiplicado por 100.	N	Contratualização	Total de Profissionais	CNES	
C.3. Completude SISAB		Completude das variáveis digitadas no sistema de informação segundo as variáveis coletadas que refletem as condutas realizadas durante a assistência pré-natal, dividido pelo total de gestantes, multiplicado por 100.	N (preenchida)	SISAB	Total de Gestantes	SISAB	
C. ATIVIDADES							

ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO		B. ENTRADAS			
B.12. Leitos Obstétricos	Leitos obstétricos disponíveis para internação com cobertura do SUS segundo a proporção de nascidos vivos na região. Devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.	Gestantes Estimadas (NV x 1,05) x 2,5 dias (média tempo de internação)	SINASC SISAB	[365 dias x 0,70 (taxa ocupação 70%)] x 1,21 (ajuste para outros procedimentos obstétricos)	*
B.13. Leitos Obstétricos em Instituição Pública	Leitos obstétricos disponíveis, em serviços públicos, segundo a proporção de nascidos vivos na região. Devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.	Gestantes Estimadas (NV x 1,05) x 2,5 dias (média tempo de internação)	SINASC SISAB	[365 dias x 0,70 (taxa ocupação 70%)] x 1,21 (ajuste para outros procedimentos obstétricos)	*
B.14. Leitos obstétricos em Instituições Não Públicas	Leitos obstétricos disponíveis, em serviços não públicos (instituições filantrópicas, sem fins lucrativos), para internação com cobertura do SUS segundo a proporção de nascidos vivos na região.	Gestantes Estimadas (NV x 1,05) x 2,5 dias (média tempo de internação)	SINASC SISAB	[365 dias x 0,70 (taxa ocupação 70%)] x 1,21 (ajuste para outros procedimentos obstétricos)	*
B.15. Leitos Obstétricos de Gestantes de Alto Risco (GAR)	Leitos obstétricos disponíveis para internação de gestantes de alto risco, com cobertura do SUS, segundo a proporção de nascidos vivos na região, calcula-se 10% dos leitos obstétricos, sob pactuação e distribuição por município e serviço de saúde.	N	CNES	Total de Leitos	CNES
B.16. Leito de UTI para Gestante	Proporção de leito de UTI adulto disponibilizados para o atendimento a gestantes sob pactuação e distribuição por município e serviço de saúde, dividido pelo total de leitos e multiplicado por 100.	N	CNES	Total de Leitos	CNES
B.17. Pronto Atendimento/Pronto Socorro Obstétrico	Número de serviços de saúde com disponibilidade de pronto atendimento obstétrico de risco habitual, intermediário e alto risco.	N	Contratualização	*	*

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO		B. ENTRADAS		C. ATIVIDADES	
	B.18. Pronto Atendimento Obstétrico em Instituição Pública	Número de serviços de saúde com disponibilidade de pronto atendimento obstétrico de risco habitual, intermediário ou alto risco considerados instituições públicas.	N	Contratualização	*
	B.19. Pronto Atendimento Obstétrico em Instituição Não Pública	Número de serviços de saúde com disponibilidade de pronto atendimento obstétrico de risco habitual, intermediário e alto risco considerados instituições não públicas para atendimento com cobertura do SUS.	N	Contratualização	*
	C.4. Maternidades Vinculadas à IHAC	Número de maternidades, de risco habitual/intermediário e alto risco, classificadas como Iniciativa Hospital Amigo da Criança.	N	Contratualização	*
	C.5. Agendamento da Primeira Consulta Pós-Parto	Proporção de puérpera que recebem alta da maternidade com agendamento da primeira consulta após o parto na Unidade Básica de Saúde, dividido pelo total de nascidos vivos e multiplicado por 100.	N	e-SUS	SINASC
	B.20. Leitos Neonatais (UTI)	Número de leitos de UTI Neonatal por municípios, indicando 2 leitos para cada 1.000 nascidos vivos.	N	SIH	SINASC
	B.21. Leitos Neonatais (UTI) em Instituições Públicas	Proporção de leitos de UTI Neonatal em hospitais públicos.	N	SIH	CNES
	B.22. Leitos Neonatais (UTI) em Instituições Não Pública	Proporção de leitos de UTI Neonatal em hospitais não públicos.	N	SIH	CNES
	B.23. Leitos Neonatais (UCINCo)	Número de leitos de UCI convencional, por municípios indicando 3 leitos para cada 1.000 nascidos vivos.	N	SIH	SINASC
	B.24. Leitos Neonatais (UCINCo) em Instituições Pública	Proporção de leitos de UCIN convencional em hospitais públicos.	N	SIH	CNES
	B.25. Leitos Neonatais (UCINCo) em Instituições Não Pública	Proporção de leitos de UCIN convencional em hospitais não públicos.	N	SIH	CNES
	B.26. Leitos Canguru (UCINCa)	Número de leitos de UCI canguru por municípios, indicando 1 leito para cada 1.000 nascidos vivos.	N	SIH	SINASC
	B.27. Leitos cangurus em instituições públicas	Proporções de leitos neonatais, intensivo, intermediário e canguru disponibilizados ao SUS por instituições públicas.	N	SIH	SINASC

	B.28. Leitos cangurus em instituições não públicas	Proporções de leitos neonatais, intensivo, intermediário e canguru disponibilizados ao SUS por instituições não públicas.	N	SIH	Nascidos Vivos	SINASC
	B.29. Leitos de Alojamento Conjunto	Proporção de leitos de alojamento conjunto, por municípios, dividido pelo número de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	CNES	Nascidos Vivos	SINASC
	B.30. Leitos alojamento conjunto em instituições públicas	Proporções de leitos de alojamento conjunto disponibilizados ao SUS por instituições públicas.	N	CNES	Nascidos Vivos	SINASC
	B.31. Leitos alojamento conjunto em instituições não públicas	Proporções de leitos de alojamento conjunto disponibilizados ao SUS por instituições não públicas, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	CNES	Nascidos Vivos	SINASC
	C.6. Distribuição de Banco de Leite Humano	Número de maternidades de alto risco com disponibilidade de Banco de Leite Humano.	N	Contratualização	*	*
	C.7. Distribuição de Casa de Apoio a Gestante e Puérpera	Número de vagas em casa de apoio a gestantes, recém-nascidos e puérperas quando o hospital apresentar mais de 20 leitos para gestantes de alto risco.	N	Contratualização	*	*
	C.8. Distribuição de Hospitais IHAC	Número de maternidades de risco habitual/intermediário e alto risco com título de Iniciativa Hospital Amigo da Criança	N	Contratualização	*	*
	C.9. Agendamento da Primeira Consulta Após a Alta Hospitalar	Proporção de recém-nascidos com agendamento, pela unidade neonatal, da primeira consulta após alta hospitalar, dividido pelo número de nascidos vivos e multiplicado por 100.	N	e-SUS	Nascidos Vivos	SINASC
PROCESSO						
Dimensão Assistencial	Nome	Definição	Numerador	Fonte	Denominador	Fonte
	D.1. Gestantes com Pré-Natal	Proporção de gestantes que foram assistidas por consultas de pré-natal, independentemente do número de consultas, dividido pelo total de gestantes, multiplicado por 100.	N	SISAB	Total de Gestantes	SISAB
PRÉ-NATAL ASSISTÊNCIA AO	D.2. início Precoce do Pré-Natal	Proporção de gestantes que realizaram a primeira consulta de pré-natal antes da 12ª semana de idade gestacional, dividido pelo total de gestantes, multiplicado por 100.	N	SISAB	Total de Gestantes	SISAB
C. ATIVIDADES						

		D. SAÍDAS			
		ASSISTÊNCIA AO PARTO E			
D.3. Gestante com Risco Estratificado	Proporção de gestantes que foram avaliadas nas consultas de pré-natal e tiveram seu risco estratificado adequadamente como risco habitual, risco intermediário ou alto risco pela Unidade Básica de Saúde, dividido pelo total de gestantes e multiplicado por 100.	N	SISAB	Total de Gestantes	SISAB
D.4. Número de Consultas de Pré-Natal	Proporção de gestantes em relação ao número de consultas de pré-natal realizadas durante o período gestacional, conforme a adequação: 2 consultas no primeiro trimestre; 2 consultas no segundo; 3 consultas no terceiro; e 1 consulta no puerpério. Dividido pelo total de gestantes e multiplicado por 100.	N	SISAB	Nascidos Vivos	SINASC
D.5. Número de Consultas Puerperais	Proporção de mulheres que realizaram a consulta puerperal no pós-parto, dividido pelo total de gestantes e multiplicado por 100.	N	SISAB	Total de Gestantes	SISAB
D.6. Número de Consultas de Pré-Natal + Todos os Exames	Proporção de gestantes com o número adequado de consulta de pré-natal e realização de todos os exames laboratoriais e de imagem, dividido pelo total de gestantes, multiplicado por 100.	N	SISAB	Total de Gestantes	SISAB
D.7. Número de Consultas de Pré-Natal + Puerpério + Todos os Exames	Proporção de gestantes segundo o número adequado de consulta de pré-natal, de puerpério, bem como a realização de todos os exames laboratoriais e de imagem.	N	SISAB	Total de Gestantes	SISAB
D.8. Número de Consultas de Pré-Natal + Puerpério + Todos os Exames + Vacinação DT + Teste HIV	Proporção de gestantes que realizaram o número adequado de consulta de pré-natal, de puerpério, realizaram todos os exames laboratoriais e de imagem, com vacinação antitetânica e realização de teste de HIV. Dividido pelo total de gestantes e multiplicado por 100.	N	SISAB	Total de Gestantes	SISAB
D.9. Gestantes Imunizadas	Proporção de gestantes que apresentam a atualização de seu calendário vacinal com todas as vacinas preconizadas como antitetânica, Influenza e hepatite B. Dividido pelo total de gestantes e multiplicado por 100.	N	SISAB	Total de Gestantes	SISAB
D.10. Parto Cirúrgico (Cesárea)	Proporção de partos realizados de forma cirúrgica, via abdominal pelo profissional médico, com o uso de anestesia, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC
D.11. Parto Cirúrgico em Primíparas	Proporção de mulheres em primeira gestação, primíparas, que tiveram o parto de forma cirúrgico, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC

D.12. Partos Naturais	Proporção de partos naturais realizados via vaginal, estratificado pelo profissional de saúde que auxiliou, podendo ser a enfermeira obstétrica ou o médico obstetra, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC
D.13. Partos Naturais com Analgesia Farmacológica	Proporção de partos naturais realizados via vaginal, com analgesia farmacológica, administrado pelo médico obstetra, ou enfermeira obstétrica mediante protocolo estabelecido pela instituição, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	SIH	Nascidos Vivos	SINASC
D.14. Partos Naturais com Analgesia Não-Farmacológica	Proporção de partos naturais realizados via vaginal, estratificado pelo profissional de saúde que auxiliou, podendo ser a enfermeira obstétrica ou o médico obstetra, que aplicaram analgesia não farmacológica, dividido pelo total de nascidos vivos nascidos de parto vaginal, multiplicado por 100.	N	Prontuário	Nascidos Vivos por Parto Normal	SINASC
D.15. Partos com a presença do Acompanhante	Proporção de mulheres internadas para a realização do parto sob a companhia de uma pessoa de sua escolha para acompanhá-la, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	Prontuário	Nascidos Vivos	SINASC
D.16. Parto Vaginal Instrumental	Proporção de partos naturais realizados via vaginal que necessitaram do auxílio do fórceps ou do vácuo-extractor realizado pelo médico obstetra.	N	Prontuário	Nascidos Vivos	SINASC
D.17. Episiotomia	Proporção de partos naturais realizados via vaginal que necessitaram do auxílio da episiotomia, estratificado pelo profissional de saúde que auxiliou, podendo ser a enfermeira obstétrica ou o médico obstetra, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	Prontuário	Nascidos Vivos	SINASC
D.18. Episiotomia em Primíparas	Proporção de partos naturais de primíparas realizados via vaginal que necessitaram do auxílio da episiotomia, estratificado pelo profissional de saúde que auxiliou, podendo ser a enfermeira obstétrica ou o médico obstetra, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	Prontuário	Nascidos Vivos	SINASC
D.19. Trauma Obstétrico (Laceração grau III)	Proporção de puérperas que apresentaram parto natural e sofreram laceração de grau III, por 100.000 partos, estratificado pelo profissional de saúde que auxiliou, podendo ser a enfermeira obstétrica ou o médico obstetra, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	Prontuário	Nascidos Vivos	SINASC
D.20. Infecção Puerperal (Parto ou Cirurgia)	Taxa de infecção relacionada ao parto, sendo ele por via vaginal como também cirúrgico, identificado no ambulatório de egressos, por aerograma, busca fonada ou comunicação com outros serviços, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 1.000 nascidos vivos.	N	CCIH/Serviço	Nascidos Vivos/Serviço	SINASC

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO		D. SAÍDAS		Dias de internação	SIH	Nascidos Vivos	SINASC
D.21. Média de Permanência de Puérperas (internação)	Tempo médio de permanência, em dias, das puérperas internadas para a realização do parto.						
D.22. Gestantes Vinculadas a Maternidade com Estratificação de Risco Adequado	Gestantes que fizeram a visita à maternidade antes do parto seguindo o critério de referência de acordo com a estratificação de risco (risco habitual/intermediário ou alto risco) recebida no atendimento pré-natal, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.			N	SISAB	Nascidos Vivos	SINASC
D.23. Gestante de Alto Risco Atendidas no Hospital de Risco por Vinculação Ambulatorial	Proporção de gestantes que fizeram o parto em hospital de alto risco seguindo o critério de referência de acordo com a estratificação de risco recebida no atendimento pré-natal, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.			N	SISAB	Nascidos Vivos	SINASC
D.24. Ápgar no 1º Minuto	Proporção de score de 0 a 3 no primeiro minuto de vida, indicando asfixia grave, refletindo dificuldades no trabalho de parto, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.			N	SINASC	Nascidos Vivos	SINAS
D.25. Ápgar no 5º Minuto	Proporção de score de 0 a 3 no primeiro minuto de vida, indicando asfixia grave, refletindo dificuldades no trabalho de parto, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.			N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC
D.26. Contato Pele a Pele	Proporção de recém-nascidos, nascidos em um determinado serviço de saúde, colocados em contato pele a pele na primeira hora de vida.			N	SIH	Nascidos Vivos	SIH
D.27. Conhecimento Materno sobre Cuidados ao Recém-Nascido	Proporção de serviços de saúde que implementaram protocolos educativos para o cuidado ao recém-nascido, para uma alta responsável de unidades neonatais e de alojamento conjunto, dividida pelo número de serviços que oferecem esse atendimento, multiplicado por 100.			N	Pesquisa	Unidade Neonatal + Maternidades	CNES
D.28. Taxa de Internação	Número de internações da população com idade de 0 a 27 dias, de residentes de uma determinada região, dividido pelo número de nascidos vivos atendidos pelo SUS, por 1.000 nascidos vivos.			Dias de Internação	SIH	Nascidos Vivos	SINASC
D.29. Baixo Peso ao Nascer	Proporção de nascidos vivos com peso inferior a 2.500g, nascidos em maternidade de risco habitual, intermediário ou alto risco, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.			N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC
D.30. Peso de Nascimento Pequeno para Idade Gestacional	Proporção de nascidos vivos com peso inferior a 2.500g, que apresentam o percentil inferior a 10% quando comparado a idade gestacional de ao nascimento, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.			N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC

D.31. Nascimento Prematuro	Proporção de nascimentos com idade gestacional inferior a 37 semanas, classificados com prematuridade limitrofe (34 a 36 semanas), moderada (31 a 34 semanas) e extrema (menor que 30 semanas), dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC
D.32. Triagem Neonatal Completa	Proporção de nascidos vivos que receberam alta do alojamento conjunto com os cinco testes de triagem neonatal realizados, dividido pelo total de internações, multiplicado por 100.	N	SIH	Total Internações em Alojamento Conjunto	SIH
D.33. Triagem Neonatal Incompleta	Proporção de nascidos vivos que receberam alta do alojamento conjunto com quatro ou menos testes de triagem neonatal realizados.	N	SIH	Total Internações em Alojamento Conjunto	SIH
D.34. Diagnóstico de Anomalias Congênitas	Taxa de nascidos vivos que apresentaram diagnóstico pré-natal ou neonatal de anomalias congênitas, dividido pelo total de nascidos vivos, por 100.000 nascidos vivos.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC
D.35. Crianças com Classificação de Alto Risco Estratificado	Proporção de recém-nascidos de alto risco estratificados para seguimento de puericultura que necessita de acompanhamento de alto risco, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	SINASC	Nascidos Vivos	SINASC
D.36. Crianças Classificadas como alto risco e vinculadas ao ambulatório de alto risco	Proporção de recém-nascidos de alto risco estratificados para seguimento de puericultura em acompanhamento ambulatorial de alto risco, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	SIH	Nascidos Vivos	SINASC
D.37. Consultas de puericultura (até 1 ano)	Proporção de crianças menores de 24 meses em acompanhamento de consultas de puericultura de risco habitual e intermediário, em acompanhamento pelo SUS, dividido pelo número de total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	SIAB	Nascidos Vivos	SINASC
D.38. Consultas de puericultura (mensal até 6º mês)	Proporção de crianças menores de seis meses que completaram o calendário de consultas de puericultura de uma consulta por mês, em acompanhamento pelo SUS, dividido pelo número de total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	SIAB	Nascidos Vivos	SINASC
D.39. Consultas de puericultura (trimestral de 6 a 12 meses)	Proporção de crianças entre seis a doze meses que completaram o calendário de consultas de puericultura de uma consulta a cada três meses, em acompanhamento pelo SUS, dividido pelo número de total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	N	SIAB	Nascidos Vivos	SINASC

E.12. Admissões para Tratamento de Aborto	Proporção de admissões relacionadas ao tratamento do aborto espontâneo e suas complicações, dividido pelo número de internações obstétricas e multiplicado por 100.	N	SIH	SIH	Internações obstétricas	SIH
E.13. Óbitos Maternos Investigados	Proporção de óbitos maternos investigados pelos Comitês de Investigação ao Óbitos, dividido pelo número total de óbitos maternos, multiplicado por 100.	N	SIM	SIM	Óbitos maternos	SIM
E.14. Óbitos Maternos Evitáveis	Proporção de óbitos maternos por causas evitáveis investigados pelos Comitês de Investigação ao Óbitos, dividido pelo número total de óbitos maternos, multiplicado por 100.	N	SIM	SIM	Óbitos maternos	SIM
E.15. Transferência de gestantes de maternidade de risco habitual para alto risco	Taxa de transferência de gestantes de maternidade de risco habitual para alto risco, dividido pelo número de nascidos vivos, multiplicado por 100.000 nascidos vivos.	N	Central de Leitos	Central de Leitos	Nascidos Vivos	SINASC
E.16. Transferência de NV de maternidade de risco habitual para hospital de alto risco	Taxa de transferência de nascidos vivos de maternidade de risco habitual para alto risco, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.000 nascidos vivos.	N	Central de Leitos	Central de Leitos	Nascidos Vivos	SINASC
E.17. Transferência de puérperas de maternidade de risco habitual para hospital de alto risco	Taxa de transferência de puérperas de maternidade de risco habitual para alto risco, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.000.	N	Central de Leitos	Central de Leitos	Nascidos Vivos	SINASC
E.18. Transferência de puérperas ou gestantes de UPA para maternidade de risco habitual ou alto risco	Taxa de transferência de puérperas de UPA para maternidade de alto risco, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.000.	N	Central de Leitos	Central de Leitos	Nascidos Vivos	SINASC
F.9. Razão de Mortalidade Materna	Óbitos de mulheres ocorridos durante a gestação, até o 42º dia pós-parto, devido causas diretas e indiretas, independente da duração da gestação expressado, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 100.000.	Mortes Maternas	SIM	SIM	Nascidos Vivos (100.000)	SINASC
F.10. Taxa Near Miss Materno	Número de notificações de near miss materno de mulheres gestantes ou puérperas, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 1.000.	N	Vigilância Epidemiológica	Vigilância Epidemiológica	Nascidos Vivos	SINASC
F.11. Taxa de Near Miss Neonatal	Número de notificações de near miss neonatal de recém-nascidos, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 1.000.	N	Vigilância Epidemiológica	Vigilância Epidemiológica	Nascidos Vivos	SINASC
F.12. Taxa de Mortalidade Perinatal	Soma dos óbitos fetais a partir da 22ª semana de gestação até o 6º dia de vida de vida completo, dividido pela soma dos nascidos vivos e dos	N	SIM	SIM	Nascidos Vivos + Óbitos Fetais	SINASC SIM
F. IMPACTO						

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO		E. RESULTADOS			
		óbitos fetais a partir de 22 semanas, multiplicado por 1.000 nascidos vivos.			
F.13. Taxa de Mortalidade Fetal		Número de óbito fetais a partir da 22ª semana de gestação ocorridos intraútero, dividido pela soma de nascidos vivos mais óbitos fetais, multiplicado por 1.000 nascidos vivos.	N	SIM	Nascidos Vivos e Óbitos Fetais SINASC/SIM
E.19. Reclamações via Ouvidoria		Número de reclamações realizadas por gestantes, puérperas ou familiares relacionados à assistência ao pré-natal, ao parto e ao nascimento, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 1.000.	N	Ouvidoria	Nascidos Vivos SINASC
E.20. Elogios via Ouvidoria		Número de elogios realizadas por gestantes, puérperas ou familiares relacionados à assistência ao pré-natal, ao parto e ao nascimento, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 1.000.	N	Ouvidoria	Nascidos Vivos SINASC
E.21. Sugestões via Ouvidoria		Número de sugestões realizadas por gestantes, puérperas ou familiares relacionados à assistência ao pré-natal, ao parto e ao nascimento, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 1.000.	N	Ouvidoria	Nascidos Vivos SINASC
E.22. Satisfação da Família		Relato documentado por pesquisas, individualizadas para cada serviço de saúde, identificando no discurso do participante podendo ele ser a mulher ou sua família em relação a assistência recebida no pré-natal, parto e atendimento neonatal.	*	*	*
E.23. Diagnósticos de Anomalias Congênicas com Diagnóstico Após o Nascimento		Proporção de diagnósticos de anomalias congênicas após o parto, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 1.000.	N	SIH	Nascidos Vivos com Anomalias Cardíacas SINASC
E.24. Taxa de Aleitamento Materno Exclusivo na Alta		Número de recém-nascidos que recebem alta da unidade neonatal em aleitamento materno exclusivo, nascidos vivos com idade gestacional inferior a 37 semanas. Estratificados em prematuridade limítrofe (34 a 36 semanas), moderada (31 a 34 semanas) e extrema (menor que 30 semanas), dividido pelo total de internações neonatais, multiplicado por 1.000.	N	SIH	Internações Neonatais SIH

		N	SIH	Internações Neonatais	SIH
E.25. Taxa de Aleitamento Materno (Prescrição de Complemento na Alta)	Número de recém-nascidos que recebem alta da unidade neonatal em aleitamento materno com necessidade de prescrição de complemento, nascidos vivos com idade gestacional inferior a 37 semanas. Estratificados em prematuridade limitrofe (34 a 36 semanas), moderada (31 a 34 semanas) e extrema (menor que 30 semanas), dividido pelo total de internações neonatais, multiplicado por 1.000.	N	SIH	Internações Neonatais	SIH
E.26. Incidência de Anemia	Incidência de anemia ferropriva em crianças, até 24 meses, estratificadas com risco habitual, intermediário ou alto risco que necessitam de tratamento.	N	e-SUS	Nascidos Vivos	SINASC
F.14. Incidência de Doenças Imunopreviníveis	Incidência de doenças transmissíveis que são prevenidas pela administração de vacinas disponibilizadas no Calendário Básico da Criança do Programa Nacional de Imunização do SUS, em crianças com idade até 11 anos e 29 dias.	N	SINAN	Nascidos Vivos	SINASC
F.15. Taxa de Morbidade Neonatal	Taxa de diagnósticos crônicos identificados em nascidos vivos durante o primeiro ano de vida que justifiquem alguma limitação no crescimento e desenvolvimento, bem como na necessidade de tratamento com cirurgias, medicações e reabilitação, dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 1.000.	N	SIH	Nascidos Vivos	SINASC
F.16. Reinternação Neonatal	Proporção de casos de reinternação até 30 dias após a alta, de crianças que receberam assistência em saúde em Unidade Neonatal, estratificando por prematuridade limitrofe (34 a 36 semanas), moderada (30 a 33 semanas) ou extrema (menor que 30 semanas) e a termo, dividido pelo número de total de nascidos vivos, multiplicado por 1.000.	N	SIH	Internação Neonatal	SIH
F. IMPACTO					

Siglas: N: número de casos; R\$: valor total da receita; CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; SISAB: Sistema de Informação para Atenção Básica; SINASC: sistema de Informação sobre Nascidos Vivos; SIH: Sistema de Informações Hospitalares; SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade; e-SUS: Prontuário Eletrônico do Sistema Único de Saúde; CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; UCI: Unidade de Cuidado Intermediário; UCINCo: Unidade de Cuidado Intermediário Convencional; UCINCa: Unidade de Cuidado Intermediário Canguru; IHAC: Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

7. DISCUSSÃO

A amostra de 11 juízes especialistas foi adequada, pois um número maior do que 10 favorece a concordância e uma quantidade ímpar proporciona o desempate no consenso (COLUCI; ALEXANDRE; MILANE, 2015). Foram evidenciadas elevadas Taxas de Concordância com a validade de conteúdo do Modelo Lógico de Avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil em relação aos: critérios de clareza, pertinência e abrangência, bem como, para a validade de conteúdo em sua estrutura, organização, título e dimensões assistenciais. Apresentou excelente confiabilidade em relação à sua consistência interna, o Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,92, corroborando com uma avaliação baseada em evidências científicas (POLIT; BECK, 2019).

A elaboração gráfica deste modelo lógico afirma-se como a primeira etapa realizada para um procedimento de avaliação da Qualidade em Saúde da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil do estado do Paraná. Foi elaborado de forma participativa, contribuindo para o planejamento, gestão e institucionalização da avaliação desta política pública de saúde. Estes critérios apresentados seguem as recomendações da Fundação Kellogg (KELLOGG-FUNDATION, 2004).

O modelo lógico pode ser compreendido como uma tecnologia por ser um processo aplicado à uma organização com a finalidade avaliativa. Assim, transcende a tecnologia como um objeto ou máquina, podendo ser considerada a um método a ser aplicado para a produção de bens, de serviços e processos aplicados a organizações. Trata-se de uma tecnologia leve-dura por ser composta por saberes estruturados, não sendo dura porque não se trata de um objeto, ou leve por não influenciar diretamente a relação entre os indivíduos (KOERICH; VIEIRA; SILVA et al., 2011; MERHY; ONOCKO, 1997).

Ele foi desenvolvido para o estado do Paraná após oito anos da implantação da linha de cuidado. Trata-se de uma política de Estado que se mantém vigente em distintos governos. Atualmente, o planejamento está completo e sua gestão avança para o monitoramento e avaliação (PARANÁ, 2018), fato que aponta para a contribuição do modelo lógico para a realização de ações cíclicas no planejar, fazer, verificar e agir. Assim, possibilita o estabelecimento de padrões que, de forma contínua, possam ser ajustados no alcance da melhoria da saúde (YUAN; CHUNG, 2016) elevando a qualidade, segurança e valor desta política.

Os itens estabelecidos para compor cada domínio deste modelo lógico consistem em indicadores que buscam mensurar a assistência na atenção primária, hospitalar e ambulatorial, nas dimensões assistenciais do pré-natal, do parto, do puerpério e do atendimento ao recém-nascido. É um conjunto de indicadores validado e com confiabilidade, tendo em vista a expertise de um Comitê de Juízes Especialistas, contribuindo para uma gestão fundamentada por evidências científicas. Esses indicadores consistem em procedimentos de avaliação (CANTANHEDE; AMORIM; OLIVEIRA, 2020 et al., 2020) de excelente confiabilidade para a avaliação da Qualidade em Saúde.

Estão em concordância com o contexto da agenda dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável para uma gestão no modelo de governança e monitoramento da continuidade da redução da Mortalidade Materna e Infantil (BRASIL, 2018). Possibilitará o estabelecimento de metas que contribuam para maior otimização dos recursos financeiros (YUAN; CHUNG, 2016) impactando no fortalecimento da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil.

A tríade estrutura, processo e resultados está contida nos domínios do modelo lógico, representada pelos indicadores que os compõem. Na estrutura, compreende-se o domínio entrada, este se refere aos indicadores para quantificar recursos humanos, financeiros e organizacionais, bem como, o domínio atividades para mensurar a aplicação dos recursos realizados pela política pública. Para o processo, no domínio saídas, identifica-se o desenvolvimento de atividades assistenciais (AGGARWAL; AERAN; RATHEE, 2019; YUAN; CHUNG, 2016).

Para resultados, o domínio também é chamado de resultados, composto por indicadores que mensuram a mudança no nível individual dos profissionais de saúde em relação ao comportamento, conhecimento e habilidades (AGGARWAL; AERAN; RATHEE, 2019; YUAN; CHUNG, 2016). Essas mudanças podem ser classificadas a curto prazo, no que se refere de 1 a 3 anos, ou a longo prazo, entre 4 e 6 anos. Já no domínio impacto são identificadas as mudanças ocorridas nos serviços e sistemas de saúde, considerando um tempo maior, de 7 a 10 anos (JORDAN; MARTEN; GUREJE et al., 2018; YUAN; CHUNG, 2016; KELLOGG-FOUNDATION, 2004), momento para a avaliação no qual se encontra a linha de cuidado proposta por este modelo lógico.

Trata-se de um procedimento extenso de avaliação devido à complexidade multidimensional à qual se propõe uma linha de cuidado. Assim, foi estruturado com um conjunto de indicadores que podem ser associados a estudos de métodos mistos para a validação, fusão, conexão ou incorporação de dados. Sua aplicação possibilita inovação em

avaliação, de tal modo que as evidências científicas produzidas sejam fidedignas para sua eficácia e para a compreensão do contexto no qual a política pública de saúde esteja inserida (PALINKAS; MENDON; HAMILTON, 2019).

Com isso, se favorece o estabelecimento de orientações normativas para a Qualidade em Saúde, fundamentada no processo aplicado e no resultado obtido (JORDAN; MARTEN; GUREJE et al., 2018). Assim, os procedimentos de avaliação que este modelo lógico propõe podem ser realizados de forma individualizada na esfera municipal ou estendida à uma Regional de Saúde ou Macrorregional, nas diversas dimensões assistenciais. Possibilitam ajustes e readequações de fragilidades relativas ao processo aplicado na assistência à saúde materna e infantil.

O modelo lógico permite apresentar, de forma clara, a prática assistencial da política pública de saúde, bem como os recursos necessários para a sua realização, de tal modo que seja possível compreender a relação entre a causa e o efeito (KELLOGG-FOUNDATION, 2004; BRASIL, 2018), e de que maneira o processo, estabelecido para a assistência a saúde, favorece a redução da morbimortalidade da população materna e infantil.

A validação de conteúdo, por contar com a participação dos especialistas que atuam na temática e incrementaram a construção deste modelo lógico, assevera a Linha de Cuidado e subsidia o avanço da mesma mediante a realização da avaliação. Nesta visão, a experiência da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil do estado do Paraná poderá ser utilizada como uma ferramenta de gestão em outros estados brasileiros.

Outro estudo brasileiro, com o objetivo de avaliar o grau de implantação da Rede Cegonha, em uma Macrorregional de Saúde do estado de Pernambuco, elaborou um modelo lógico contendo seis dimensões para a avaliação da implantação: política e legislação da macrorregional; investimentos e ações; ações específicas à saúde materna e infantil; contratação e captação de recursos humanos; estimulação da população na defesa dos direitos a ações de comunicação; e organização dos serviços, concluindo que o grau de implantação se apresentava insatisfatório (ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL-JÚNIOR, 2019). Estas dimensões em avaliação representam aspectos da estrutura, proposta por Donabedian, relativas à avaliação de entradas e atividades, de acordo com a Fundação Kellogg, não se estendendo para avaliação do processo e do resultado.

Estudo transversal, realizado em Porto Alegre, avaliou indicadores de processo aplicados a uma maternidade após quatro anos de implantação da Rede Cegonha, identificando elevação em alguns dos indicadores, com a presença do acompanhante (95,7%; $p=0,004$), uso

de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto (74,2%; $p = 0,040$), incentivo ao contato pele a pele (60,1%; $p < 0,001$) e a amamentação na primeira hora de vida (60,1%; $p < 0,001$), bem como, a redução de algumas práticas não recomendadas como a tricotomia (64,0%; $p < 0,001$) e a episiotomia (55,0%; $p = 0,024$) (LOPES; GONÇALVES; GOUVEIA et al., 2019). Neste modelo lógico foram considerados indicadores que possibilitam a avaliação do processo e estão de acordo com as diretrizes da Rede Cegonha.

Outro estudo transversal, realizado na 17ª Regional de Saúde do Paraná, identificou que os piores desfechos maternos e fetais diante de uma intercorrência obstétrica durante o trabalho de parto estão relacionados ao atraso na decisão da mulher em buscar o serviço de saúde ($p = 0,005$), decisão que está associada ao conhecimento materno sobre o trabalho de parto e parto ($p = 0,048$) recebido durante o período gestacional. O atraso em identificar e alcançar o serviço de saúde adequado ($p = 0,523$) ou o atraso em receber o cuidado adequado no momento oportuno ($p = 0,143$) promovendo piores desfechos de saúde (FRANCHI; PELLOSO; FERRARI et al., 2020). Possivelmente, esses atrasos possam estar relacionados à disponibilidade de transporte, à estratificação de risco da gestante e sua vinculação à maternidade adequada ao seu risco estratificado, conforme diretrizes da Rede Cegonha, incluídas como indicadores neste modelo lógico.

Nesse cenário, justifica-se a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde por meio de investimento de recursos financeiros. Necessidade que foi confirmada por um estudo qualitativo realizado com gestores do sistema de saúde do estado do Pará. Eles apontam como desafio o limitado acesso aos Sistema Único de Saúde devido à fragilidade da Atenção Primária, relacionada a poucos leitos disponíveis, ambos devido ao subfinanciamento crônico do sistema de saúde (BASTOS; BARBOSA; ROSSO et al., 2020). Assim, um procedimento de avaliação detalhado possibilitará a elaboração de evidências científicas que quantifiquem o problema de subfinanciamento, sobretudo após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016 (BRASIL, 2016b). Poder-se-á nesta perspectiva modificar o estado de bem-estar social e favorecer a prevenção da morbimortalidade das crianças (MIGOTO; OLIVEIRA; ANDRADE et al., 2020), melhorando a qualidade da assistência do pré-natal e do parto. Este modelo lógico sugere indicadores que possam mensurar recursos financeiros, permitindo a avaliação da estrutura, aplicado ao domínio entradas, destacando a sua alocação conforme os níveis de complexidade.

O presente modelo lógico sugere indicadores que avaliam o processo e os resultados de saúde pertinentes à prematuridade, principal causa vinculada à mortalidade em menores de

cinco anos, como mostra estudo de coorte, realizado no Distrito Federal, que traçou o perfil epidemiológico dos recém-nascidos assistidos em seguimento ambulatorial, que atendia, em sua maioria, prematuros com idade gestacional inferior a 34 semanas, com baixo peso ao nascer e história de internação maior que 30 dias. Esses recém-nascidos apresentavam problemas relacionados ao ganho de peso e diagnósticos médicos que podem levar a déficits em seu crescimento e desenvolvimento. As consultas forneciam orientações quanto aos principais cuidados para a manutenção de suas vidas, promovendo o aleitamento materno exclusivo e o crescimento saudável que favorecem a qualidade de vida (BELEZA; RIBEIRO; PAULA et al., 2019).

O modelo de gestão aplicado a uma Rede de Atenção envolve o conceito de *governança*, que compreende uma nova organização com relação entre o Estado a suas instituições municipais, estaduais e federais, bem como as instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, e toda a sociedade civil. Desta forma, a articulação entre estes diversos serviços contribui com a melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e humanização das ações (BRASIL, 2014) de saúde voltadas, sobretudo ao pré-natal. Por isso, a aplicação dos procedimentos de avaliação, propostos neste estudo, pode ser realizada no âmbito institucional, municipal, regional ou estadual, contribuindo para a institucionalização da avaliação da Qualidade em Saúde.

Assim, esse modelo de gestão consiste na *governança gerencial*, organizada no nível do território (BRASIL, 2014), onde as relações são estabelecidas conforme as legislações que orientam as redes temáticas e suas prioridades de saúde e apresentam a Atenção Primária como a coordenadora do cuidado, estabelecendo uma reorganização no processo de trabalho (PEITER; SANTOS; LANZONI et al., 2019). Com isso, o atendimento ao cuidado pré-natal no Paraná segue as diretrizes propostas pela Rede Cegonha, que foi aplicada à Linha Guia (PARANÁ, 2018), documento que define as ações executadas na Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, evidenciando sua legitimidade e conformidade social (BOND; RETIEF; CAVE et al., 2018). Esses procedimentos de avaliação oportunizarão a produção de evidências científicas, desde o nível local até o estadual, contribuindo ao incremento da Qualidade em Saúde na perspectiva dos componentes: eficácia, efetividade, eficiência e otimização (BOND; RETIEF; CAVE et al., 2018).

E ainda, a governança gerencial visa pelo desenvolvimento de comitês e tem conformada na estrutura federal para a coordenação de compromissos e prioridades de governamentais. Estes comitês favorecem o diálogo entre as equipes, gestores e usuários

(PEITER; SANTOS; LANZONI et al., 2019). Neste diálogo, a articulação entre estes diversos atores sociais envolvidos na elaboração de uma política informada por evidências científicas, buscando o avanço da Qualidade em Saúde, considera a acessibilidade (BOND; RETIEF; CAVE et al., 2018) e preza pelos desejos e expectativas da população assistida, tanto na atuação de profissionais na gestão como na prática profissional.

Na governança dos recursos financeiros, a *governança de financiamento* ocorre por meio da definição de programas que atendem a solicitação das legislações, das contratualizações entre estabelecimentos e municípios na regulação de acesso (BRASIL, 2014), a fim de superar a baixa capacidade gerencial e assistencial de municípios de pequeno porte (PEITER; SANTOS; LANZONI et al., 2019). Esta articulação corrobora com a ampliação do acesso ao cuidado pré-natal, como também a integralidade da assistência, a fim de oferecer o cuidado necessário, em tempo oportuno, para a redução da morbimortalidade materna e infantil. Assim, respeita-se o componente da equidade (BOND; RETIEF; CAVE et al., 2018), pela distribuição justa da assistência a uma sociedade democraticamente livre.

As evidências científicas produzidas pelos procedimentos de avaliação, que são propostos por este estudo, apresentam como principal implicação para a gestão e a assistência a formulação de ações de educação permanente que subsidiarão mudanças no cuidado prestado. Trata-se de uma importante ferramenta que coopera no fortalecimento do desempenho de profissionais de saúde que atuam na assistência e na gestão (PEITER; SANTOS; LANZONI et al., 2019) da Rede Cegonha, permitindo a comparação entre os resultados atingidos conforme a disponibilidade de elementos de estrutura e de processo, considerando seu contexto local.

Uma assistência de qualidade consiste em um conjunto de sete atributos desejáveis, conhecidos como pilares da qualidade, a saber: eficácia que mede o benefício produzido pela intervenção; a efetividade que verifica os resultados atingidos e o quanto ele se difere do ideal; a eficiência que é dada pela análise de custos; a otimização para a realização do melhor a ser feito com menores perdas; a aceitabilidade que considera o indivíduo e sua família como parte do cuidado; a legitimidade que considera a relevância da política pública para a sociedade; e a equidade que consiste em dar mais a quem mais precisa (AGGARWAL; AERAN; RATHEE, 2019).

Estudo transversal, realizado em Sergipe, avaliou a qualidade do pré-natal segundo as recomendações do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, identificou que a cobertura do pré-natal foi de 99,3%, sendo que 43,0% iniciaram após 16 semanas e 74,7% apresentavam seis consultas, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, havendo

significância estatística ($p < 0,005$) quanto à escolaridade com ensino médio completo, viver com o companheiro, apresentar o desejo de engravidar e estarem satisfeitas com a gestação. Quanto à qualidade dos registros de exames no cartão pré-natal apresentou-se baixa, dificultando a análise da rotina de realização de exames, bem como as orientações a serem realizadas. Cerca de 64,9% dos atendimentos ocorreram na Atenção Primária, na qual 48,0% por enfermeiros, destas 16,6% classificadas como alto risco e apenas metade das mulheres foram encaminhadas ao seguimento ambulatorial de referência (MENDES; SANTOS; PRADO et al., 2020).

Essas evidências científicas corroboram com os procedimentos de avaliação propostos por este estudo, apontando a necessidade de análise mais aprofundada quanto à construção de indicadores que monitorem o processo no que se refere à assistência realizada durante as consultas de pré-natal. Destaca-se que os exames preconizados se referem ao protocolo local de cada programa em execução, sugerindo a necessidade de um Sistema de Informação que evidencie estes dados aplicáveis à uma análise da Qualidade em Saúde. Entretanto, a análise de indicadores de estrutura e processo permitem uma avaliação aprofundada quanto aos resultados de saúde, fato não relacionado no estudo transversal apresentado. Condição esta que evidencia a necessidade de uma avaliação completa da Qualidade em Saúde, apontando elementos da estrutura, do processo e do resultado.

A aplicação dos procedimentos propostos para a avaliação da Qualidade em Saúde do parto e puerpério buscam produzir evidências científicas que subsidiem a tomada de decisão. Desta forma, aprimorar a transformação do modelo de atenção para menos intervencionista e pautado em evidências científicas com maior disponibilidade de leitos. Este avanço está relacionado à adequação da estrutura, como mostra o estudo brasileiro que avaliou a ambiência das maternidades que disponibilizam quartos com cama Pré-Parto, Parto e Puerpério (DPP), ambiente privativo à mulher durante a assistência no pré-parto, parto e puerpério. Ele identificou que essa estrutura está presente em serviços localizados em capital (37,5%), de administração pública (24,7%) que são referência para atendimento à gestante de alto risco (34,2%). Essa transformação vem apresentando transição lenta, mesmo em um momento favorável à revisão de conceitos e práticas assistenciais (PASCHE; PASSATTI; SILVA; GOMES; MARTA et al., 2021). Para isso, foi estabelecido um indicador de monitoramento por este estudo, pois a alteração da estrutura não depende apenas dos gestores estaduais, precisam ser aderidas pelos profissionais que desenvolvem a assistência, confirmando a necessidade de procedimentos de avaliação continuados do modelo assistencial com foco no processo.

Os indicadores de processo buscam avaliar o impacto das boas práticas à assistência ao parto normal, considerando a diretriz da Rede Cegonha de incorporação das enfermeiras obstétricas. Estudo brasileiro aponta que 30,0% dos partos são assistidos por enfermeiras obstétricas, entretanto com maior evidência na região Norte (46,0%) quando comparada ao Sul (18,5%). A atuação destas enfermeiras evidencia efetividade pelo maior uso do partograma (OR: 1,9; IC: 1,3-2,7), que culmina com menos intervenções, como exemplo: uso da ocitocina (OR: 0,7; IC:0,5-0,9); posição litotômica (OR: 0,6; IC:0,4-0,9); e episiotomia (OR: 0,7; IC:0,5-0,9); refletindo em menor ocorrência de partos cirúrgicos (OR: 0,8; IC: 0,7-0,9), quando comparadas à atuação por profissionais médicos (GAMA; VIELLAS; MEDINA et al., 2021). A ausência de distocia no parto indica que a enfermeira obstétrica é competente em realizar a assistência humanizada, contudo sua atuação precisa expandir e garantir a transformação da experiência do parto em um momento agradável para as mulheres paranaenses, com redução dos partos cirúrgicos e favorecimento da acessibilidade às expectativas (desejos) das mulheres.

Essa mudança no modelo de atenção visa aumentar os números de partos normais e reduzir os partos cirúrgicos, considerando que o primeiro apresenta benefícios que superam os riscos de um procedimento cirúrgico, tornando os serviços e sistema de saúde mais eficientes. Quando não há indicação clínica e a cesariana é realizada de forma eletiva decorre impacto negativo, podendo haver necessidade de transfusões sanguíneas, histerectomias, internações em Unidade de Terapia Intensiva e ainda a ocorrência da mortalidade neonatal (ENTRINGER; PINTO; GOMES et al., 2019). No Brasil, foram identificadas elevadas taxas de partos cirúrgicos, cerca de 56,0%, a região Sul supera a média, atingindo 62,0%, com ocorrência prevalente no sistema suplementar (85,0%) do que no SUS (40,0%). Sabe-se que o recomendado para a população brasileira é de até 29,0% de partos cirúrgicos (BRASIL, 2016a).

Estudo realizado no Rio de Janeiro analisou os custos de cada tipo de parto realizado nos serviços públicos, identificando que o normal apresenta menores custos (R\$ 808,16) quando comparados ao cirúrgico (R\$ 1.516,02), agendados de forma eletiva (ENTRINGER; PINTO; GOMES et al., 2019). Neste cenário econômico, cogita-se que uma mudança no modelo, com prevalência de partos vaginais, pode suscitar economia e otimização dos gastos, como por exemplo, aplicando-os na estrutura, com adequação da ambiência e aquisição de insumos que viabilizem as boas práticas ao parto e nascimento, elevando assim a Qualidade em Saúde.

Foram estabelecidos indicadores resultados, entre eles a análise do *Near Miss* materno e neonatal, bem como a investigação dos óbitos evitáveis. Estudo brasileiro identificou *near*

miss materno de 10,2 casos por mil nascidos vivos, com 30,8 casos a cada morte materna, evento que esteve associado com a idade materna superior a 35 anos ou mais, história de cesárea anterior e ser gestante de risco (DIAS; DOMINGUES; SCHILITZ et al., 2014). A análise do *Near Miss* materno favorece a compreensão de falhas apresentadas pelos serviços e sistema de saúde, conhecê-las auxiliará na elaboração de estratégias que contribuam com a melhoria da Qualidade em Saúde da assistência obstétrica.

A produção de um instrumento de avaliação validado e confiável possibilitará o aprimoramento da assistência ao parto e puerpério, propiciando a produção de evidências científicas capazes de mensurar o desempenho dos gestores e dos profissionais de saúde de maneira que a atuação dos envolvidos se volte para a adequação da estrutura e do processo, com otimização dos recursos disponíveis, bem como para a reflexão dos resultados conforme sua eficácia, efetividade e eficiência. Ressalta-se, nesse cenário, a atuação de enfermeiras obstétricas as quais são responsáveis pela gestão e realização do cuidado nos Centros Obstétricos e Alojamentos Conjuntos, pois ao desenvolver a assistência busca por atitudes fundamentadas na equidade e na aceitabilidade. Além de interceder pela implementação de outros insumos correlatos à analgesia do parto normal, ainda invisível nos critérios de avaliação apresentados pelas políticas públicas; como também, para o acesso aos métodos contraceptivos no período pós-parto, que é altamente recomendado pelos profissionais de saúde, mas ainda não inserido de forma clara nas políticas públicas.

O Método Canguru é uma política pública de saúde voltada, sobretudo, aos prematuros e recém-nascidos com baixo peso e está em concordância com toda a população recém-nascida em geral. Está inserido transversalmente na linha de cuidado à saúde materna e infantil orientada pela Rede Cegonha, contribuindo para a avaliação de seu desempenho (BRASIL, 2000; BRASIL, 2007; BRASIL, 2011; FARIAS; SOUZA; MORAIS, 2020), como vem sendo demonstrado pelos estudos científicos nacionais e internacionais.

Ensaio clínico randomizado realizado no Paquistão identificou maior ganho de peso nos recém-nascidos que recebiam a intervenção do Método Canguru, tempo de internação menor ($p < 0,0001$) com redução dos custos ao sistema de saúde (REHMAN; HAYAT; GUL et al., 2020). Resultado considerado eficiente (AGGARWAL; AERAN; RATHEE, 2019) por apresentar menor custo devido ao menor tempo de internação, quando comparado ao tratamento convencional (YUAN; CHUNG, 2016; JORDAN; MARTEN; GUREJE et al., 2018; REHMAN; HAYAT; GUL et al., 2020). É uma condição relacionada com a estabilização dos índices fisiológicos (BASTANI; RAJAI; FARSI et al., 2017; PARSA; KARIMI; BASIRI et al.,

2018), refletindo em maior qualidade no sono por contribuir com maior tempo de sono profundo e despertar tranquilo (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012). Propõe um cuidado eficaz (AGGARWAL; AERAN; RATHEE, 2019) por melhorar o quadro clínico diante da prematuridade. Corroborando com estes achados foi proposto o indicador de reinternação neonatal, para medida de impacto.

O Método Canguru é recomendado como um cuidado de rotina aos recém-nascidos prematuros e de baixo peso ao nascer (BASTANI; RAJAI; FARSI et al., 2017; PARSA; KARIMI; BASIRI et al., 2018), este contexto apresenta impacto positivo identificado em diversas regiões globais. Destaca-se que recém-nascido a termo ao necessitarem de cuidados intensivos ou intermediários recebem os mesmos procedimentos assistenciais. Evidencia-se a importância dos procedimentos de avaliação para o monitoramento dos processos, modificados por esta política e propostos por este estudo, como: contato pele a pele, conhecimento materno sobre cuidados aos recém-nascido, triagem neonatal, consultas de puericultura e cobertura vacinal.

O método em questão promove uma assistência individualizada e humanizada, otimizando (AGGARWAL; AERAN; RATHEE, 2019) os recursos disponíveis, reduzindo falhas pela definição de protocolos assistenciais (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012; JORDAN; MARTEN; GUREJE et al., 2018), conforme aponta estudo brasileiro de avaliação do Método Canguru, em maternidades do Sistema Único de Saúde (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012). Ocorre pelo monitoramento de resultados, aprofundando os processos estabelecidos pela implantação da política pública, conforme os indicadores propostos: taxa de aleitamento materno exclusivo, incidência de anemias e diagnósticos de anomalias congênitas. Favorece a compreensão de sua efetividade (AGGARWAL; AERAN; RATHEE, 2019) por atingindo melhores resultados de saúde, retratado pelo modelo assistencial vigente (YUAN; CHUNG, 2016; JORDAN; MARTEN; GUREJE et al., 2018), alterando o impacto no sistema de saúde constatados pelo monitoramento de incidência de doenças imunopreveníveis, morbidade neonatal e reinternação hospitalar.

A participação da família é imprescindível para a recuperação e desenvolvimento do recém-nascido, precisa ser favorecida pelo apoio social considerando sua reorganização familiar (FARIAS; SOUZA; MORAIS, 2020; REHMAN; HAYAT; GUL et al., 2020). Entende-se que nesta perspectiva há contribuição com a Qualidade em Saúde conforme os pilares da aceitabilidade (AGGARWAL; AERAN; RATHEE, 2019), que consiste no cuidado adaptado aos desejos e valores do paciente e sua família, bem como da equidade, em oferecer

mais aos que necessitam mais (YUAN; CHUNG, 2016; JORDAN; MARTEN; GUREJE et al., 2018; SILVA; GOMES; MARTA et al., 2021). Assim, o monitoramento de distribuição de casas de apoio, bem como pesquisas de relatos de ouvidoria e satisfação do cliente possibilitará a compreensão das necessidades reais das famílias assistidas.

Constata-se que a disseminação do modelo de atenção proposto pelo Método Canguru, no Brasil, ocorre mediante um movimento organizado de capacitações dos profissionais de saúde e apoio institucional aos profissionais mediante o desenvolvimento de protocolos assistenciais onde a sensibilização dos gestores favorece a melhoria da infraestrutura e dos recursos humanos, promovendo a melhoria da Qualidade em Saúde (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012; CORREIA; ABREU; NASCIMENTO et al., 2020), para que a eficácia (AGGARWAL; AERAN; RATHEE, 2019) seja conquistada gradativamente, ao atingir os objetivos estabelecidos pela política pública (YUAN; CHUNG, 2016; JORDAN; MARTEN; GUREJE et al., 2018). Monitorar a disponibilidade de leitos neonatais, considerando o credenciamento de serviços públicos e não-públicos, subsidiarão a alocação de recursos, de modo que a institucionalização da avaliação da assistência ao recém-nascido poder-se-á impactar com a transformação do modo de desenvolver o processo assistencial, não só por melhorar os resultados de saúde na dimensão individual, como também transformar o desempenho do sistema de saúde. São conquistas legítimas (AGGARWAL; AERAN; RATHEE, 2019) a uma sociedade que entende a saúde como um direito (YUAN; CHUNG, 2016; JORDAN; MARTEN; GUREJE et al., 2018).

8 CONCLUSÃO

O desenvolvimento do Modelo Lógico de Avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, do estado do Paraná, apresenta validade de conteúdo e com confiabilidade estabelecida provando a tese apresentada por esta pesquisa, em conformidade com as políticas públicas de saúde. A validação deste instrumento ocorreu de forma multiprofissional, aumentando a objetividade de avaliação do fenômeno em estudo. Seus procedimentos de avaliação possibilitarão a institucionalização da avaliação da Qualidade em Saúde, avançando os padrões de qualidade da assistência materna e infantil pela contínua produção de evidências científicas, tornando-a uma prática cotidiana nos serviços e sistema de saúde. Favorecerá a compreensão da estrutura, do processo e do resultado, proporcionará o fortalecimento desta linha de cuidado, transformando a realidade social da população assistida pela Rede Cegonha, no estado do Paraná.

O formato deste constructo permite flexibilidade para sua aplicação nas diversas dimensões territoriais, ou seja, pode ser aplicado a serviços de saúde como também a municípios, regiões e macrorregiões de saúde, locais onde ocorre o processo assistencial. Assim sendo, sua análise poderá ser estendida para a esfera estadual, convergindo com as recomendações da Rede Cegonha, alcançando a esfera federal. Ou seja, o Modelo de Avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, por estar alinhado à Rede Cegonha, poderá ser aplicado para avaliação da Linha de Cuidado em outros estados brasileiros que a seguem.

Considerou-se como limitação deste estudo a dificuldade na seleção de profissionais de saúde que detivessem *expertise* em todas as áreas do conhecimento envolvidas neste procedimento de avaliação para a Linha de Cuidado de Saúde Materna e Infantil, a saber: saúde pública; avaliação em saúde; saúde da mulher; e da criança. Associando-se ainda a confirmação de sua atuação profissional, direta ou indiretamente, na Linha de Cuidado, no âmbito do estado do Paraná. Contudo, este desafio foi superado e contou-se com especialistas de todas estas áreas, cada um pôde contribuir com o conhecimento específico que detinha. Os participantes apresentam elevado nível de formação em pesquisa, como mestrado e doutorado, supondo significativo discernimento para o processo de validação de conteúdo.

Embora tenham sido considerados importantes participantes de várias áreas de formação profissional e áreas de atuação, como experiência na assistência, gestão, ensino e pesquisa, a maioria dos participantes que se dispuseram a contribuir com o processo de validação de

conteúdo eram enfermeiros. Este fato confirma o relevante engajamento destes profissionais com projetos de melhoria da qualidade da assistência.

Recomenda-se a realização de novos estudos que apliquem estes procedimentos de avaliação para que se principie o estabelecimento de padrões de Qualidade em Saúde, apontando ajustes possíveis na estrutura e nos processos das políticas públicas de saúde maternas e infantis implementadas. Espera-se que em estudos posteriores estes procedimentos sejam aplicados pela gestão municipal, regional, estadual e federal, cenários nos quais as evidências científicas produzidas possam subsidiar a tomada de decisão na dimensão política conforme o contexto de cada região, considerando a fundamentação técnica que estes procedimentos de avaliação apresentam para a melhoria da Qualidade em Saúde.

É altamente conveniente a institucionalização da avaliação da estrutura e do resultado pela Secretaria Estadual de Saúde, a ser realizada em cada gestão de governo, no planejamento das políticas de Estado. Para a avaliação de processo indica-se que os serviços de saúde, dos diversos pontos de atenção, monitorem os indicadores continuamente a fim de identificar as principais influências na realização da assistência à saúde materna e infantil.

Com a institucionalização da avaliação da Qualidade em Saúde, proposta neste Modelo Lógico, almeja-se o aprimoramento textual quanto aos critérios de avaliação apresentados nas legislações definidas e publicados pelo governo federal. Essa condição certamente favorecerá o fortalecimento da cultura de avaliação e proporcionará o aprimoramento do uso dos indicadores para mensuração do alcance dos objetivos das políticas públicas de saúde materna e infantil.

A partir da definição do presente “Modelo Lógico de Avaliação da Qualidade em Saúde da Linha de Cuidado Materna e Infantil: projeto para gestão sob governança”, com seus procedimentos sistematizados para a avaliação, vislumbra-se a tradução do conhecimento, integrando academia / ensino e o serviço. Considera-se, para tanto, a possibilidade do fortalecimento da tomada de decisão impulsionada por dados, adotando-se uma equipe de infraestrutura tecnológica que utilize o *Business Intelligence*, integrando a mineração de dados, com a formulação e a apresentação de informações para análise.

Por fim, admite-se que este modelo de avaliação possa ser adaptado para avaliação da Qualidade em Saúde de outras linhas de cuidado, como: a Linha de Cuidado do Idoso; a Linha de Cuidado em Saúde Mental; e a Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial e Diabetes, relacionando a tríade da estrutura, do processo e do resultado com os critérios de avaliação propostos nas políticas públicas de saúde que as fundamentam.

REFERÊNCIAS

- AGGARWAL, A; AERAN, H; RATHEE, M. Quality management in healthcare: The pivotal desideratum. **J Oral Biol Craniofac Res**, v. 9, n. 2, p. 180-182, 2019. Doi: 10.1016/j.jobcr.2018.06.006. Acesso em: 17 de Set. 2021.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 17 de Set. 2021.
- ALMEIDA, N. S. F. As pesquisas denominadas estado de arte. **Educ Soc**, v. 23, n. 59, p. 257–272, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf> Acesso em: 17 de Set. 2021.
- APÓSTOLO, J. L. A. **Síntese da evidência no contexto da translação da ciência**. 6 ed. ed. Coimbra, Portugal.
- ARAGÃO, A. A. V; OLIVEIRA, S. R. A; GURGEL-JÚNIOR, G. D. The use of the Delphi Method adjusted to evaluate the Stork Network: from Image-objective to Reality. **Esc Anna Nery**, n. 23, v. 2, p. e20180318, 2019. Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0318. Acesso em: 17 de Set. 2021.
- ARRUDA, C.; LOPES, S. G. R.; KOERICH, M. H. A. DA L. et al. Health care networks under the light of the complexity theory. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 169–173, 2015. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150023>>. Acesso em: 17 de Set. 2021.
- ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. et al. Definição de objetivos e construção de indicadores visando a triangulação. In: MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G; SPUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 105-132, 2005.
- BASTANI, F; RAJAI, N; FARSI, Z. Et al. The Effects of Kangaroo Care on the Sleep and Wake States of Preterm Infants. **Journal of Research in Nursing**, v. 25, n. 3, p. 231-9, 2017. Doi: 10.1097/JNR.000000000000194. Acesso em: 17 de Set. 2021.
- BASTOS, L. B. R; BARBOSA, M. A; ROSSO, C. F. W. ET AL. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. **Rev Saude Publica**, v. 54, n. 25, p. 1-13, 2020. Doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001512. Acesso em: 17 de Set. 2021.
- BELEZA, L. O; RIBEIRO, L. M; PAULA, R. A. P. Et al. Profile of at-risk newborns attended by nurses in outpatient follow-up clinic: a retrospective cohort study. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 27, p. e3113, 2019. Doi: 10.1590/1518-8345.2301.3113. Acesso em: 17 de Set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica nº 8.080 de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 17 de Set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais. Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Secretaria executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. a. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso em: 17 de Set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006. b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 17 de Set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 693, 5 de julho de 2000. Aprovar a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html>. Acesso em: 2 Ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007**. Aprova na forma de Anexo a Norma de Orientação para a implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html>. Acesso em: 2 Ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010. a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 2 Ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 2 Ago. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 2 Ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias das SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>.

Acesso em: 2 Ago. 2021.

BRASIL. CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Relatório de Recomendações.

Brasília: Ministério da Saúde, 2016. a. Disponível em:

<http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf>.

Acesso em: 17 Set. 2021.

BRASIL. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para incluir no novo regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 2 Ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 42, de 13 de dezembro de 2018. Aprova as diretrizes e estratégias para elaboração do plano de enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância, no contexto da agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016. Disponível em:

<<https://www.conass.org.br/conass-informa-n-272-publicada-resolucao-cit-n-42-que-aprova-as-diretrizes-e-estrategias-para-elaboracao-do-plano-de-enfrentamento-da-mortalidade-materna-e-na-infancia-no-contexto-da-ag/>>. Acesso em: 2 Ago. 2021.

BOND, A; RETIEF, F; CAVE, B; Et al. Environmental Impact Assessment Review. **Elsevier**, n. 68, p. 49-58, 2018. Doi: 10.1016/j.eiar.2017.10.006. Acesso em: 2 Ago. 2021.

CANTANHEDE, E. S; AMORIN, F. C. M; OLIVEIRA, A. D. S. Et al. Experiências das mães no cuidado ao recém-nascido prematuro no método canguru. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, p. e67416, 2020. Doi: 10.5380/ce.v25i0.67416. Acesso em: 2 Ago. 2021.

CASANOVA, A. O.; CRUZ, M. M.; GIOVANELLA, L. et al. Health care networks implementation and regional governance challenges in the Legal Amazon Region: an analysis of the QualiSUS-Rede Project. **Ciênc saúde coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1209–1224, 2017.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401209&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 Ago. 2021.

CHAMPAGNE, F; BROUSSELE, A; HARTZ, Z. et al. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Et al. **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 2ª Reimpressão, 2016.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C. MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc saúde coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925–936, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 Ago. 2021.

CORREIA, R. S. F; ABREU, A. F; NASCIMENTO, T. R. Et al. Humanização durante a assistência de enfermagem nos cuidados imediatos ao recém-nascido: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 11, n. 1, p. 94-105, 2020. Disponível em: <<https://seer-adventista.com.br/ojs3/index.php/RBSF/article/view/1159/953>>. Acesso em: 2 Ago. 2021.

- DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. M; SCHILITZH, A. O. C. Et al. Incidence of maternal near miss in hospital childbirth and postpartum: data from the Birth in Brazil study. **Cad Saúde Pública**, n. 30, v. Sup, p. S169-S181, 2014. Acesso em: 2 Ago. 2021.
- DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process, and outcome. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment**. Health Administration Press, v. 1, 1980, a.
- DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health Administration Press, v. 1, 1980, b.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005, a.
- DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2005, b.
- ENTRINGER, A. P; PINTO, M. F. T; GOMES, M. A. S. M. Costs analysis of hospital care for vaginal delivery and elective caesarean section for usual risk pregnant women in the Brazilian Unified National Health System. **Ciênc saúde coletiva**, v. 24, n. (4), p. 1527-1536, 2019. Doi: 10.1590/1413-81232018244.06962017. Acesso em: 2 Ago. 2021.
- EQUATOR. Centre for statistics in medicine. University of Oxford. Quality improvement studies. **SQUIRE 2.0 checklist, 2015**. Disponível em: <<http://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2012/12/SQUIRE-2.0-checklist.pdf>>. Acesso em 23 de outubro de 2019.
- FARIAS, R. V; SOUZA, Z. C. S. N; MORAIS, A. C. Prática de cuidados imediatos ao recém-nascido: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 56, p. e3983, 2020. Doi: 10.25248/reas.e3983.2020. Acesso em: 2 Ago. 2021.
- FERREIRA, S. C. M., SILVINO, Z. R., SOUZA, D. F. Pesquisa Metodológica. In: ZENITH, R. S. **Gestão Baseada em Evidência: recursos inteligentes para a solução de problemas da prática em saúde**. Curitiba: Editora CRV, 2018.
- FRANCHI J. V. O; PELLOSO, S. M; FERRARI R. A. P. Et al. Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. **Rev Lat Am Enfermagem**, n. 28, p. e3292, 2020. Doi: 10.1590/1518-8345.3470.3292. Acesso em: 2 Ago. 2021.
- GAMA, S. G. N; VIELLAS, E. F; MEDINA, E. T. Et al. Delivery care by obstetric nurses in maternity hospitals linked to the Rede Cegonha, Brazil – 2017. **Ciênc saúde coletiva**, n. 26, v. 3, p. 919-929, 2021. Doi: 10.1590/1413-81232021263.28482020. Acesso em: 2 Ago. 2021.
- GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health, Hoboken**. 1987;10(1):1-11
- GIOVANELLA, L; FRANCO, C. M; ALMEIDA, F. F. Política Nacional da Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc saúde coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020. Doi: 10.1590/1413-81232020254.01842020. Acesso em: 2 Ago. 2021.

GOMES, E. C. S. **Conceitos e ferramentas da epidemiologia**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015.

GONTIJO, T. L; XAVIER, C. C; FREITAS, M. I. F. Evaluation of the implementation of Kangaroo Care by health administrators, professionals, and mothers of newborn infants. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 935-944, 2012. Doi: 10.1590/S0102-311X2012000500012. Acesso em: 17 de Set. 2021.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100027&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17 de Set. 2021.

HARTZ, Z. M. A. Evaluation of health programs: theoretical-methodological prospects and institutional policies. **Ciênc saúde coletiva**, v. 4, n. 2, p. 341–353, 1999. Doi: 10.1590/S1413-81231999000200009. Acesso em: 17 de Set. 2021.

HAUCK-FILHO, N; ZANON, C. Questões básicas sobre mensuração. In: HUTZ, C. S; BANEIRA, D. R; TRENTINI, C. M. **Psicometria**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico do Estado do Paraná**. Novembro, 2019. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Cadernos-municipais>. Acesso em: 17 de Set. 2021.

JORDAN, K; MARTEN, R; GUREJE, O. et al. Where is quality in health systems policy? An analysis of global policy documents. **Lancet Glob Health**, v. 6, n. 11, p. e1158-e1161, 2018. Doi: 10.1016/S2214-109X (18)30375-9. Acesso em: 17 de Set. 2021.

KELLOGG-FOUNDATION. **Logic Model Development Guide**. Kellogg. 1ª Ed. Michigan, 2004. Disponível em: <<https://www.aacu.org/sites/default/files/LogicModel.pdf>>. Acesso em: 17 Set. 2021.

KOERICH, M. H. A. L; VIEIRA, R. H. G; SILVA, D. E. Et al. Produção tecnológica Brasileira na área de enfermagem: avanços e desafios. **Rev. Gaúcha Enferm**; v. 32, n. 4, 736-743, 2011. Doi: 10.1590/S1983-14472011000400014. Acesso em: 17 de Set. 2021.

LOPES, G. D. C; GONÇALVES, A. C; GOUVEIA, H. G. Et al. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. **Rev Lat Am Enfermagem**, n. 27, p. e3139, 2019. Doi: 10.1590/1518-8345.2643-3139. Acesso em: 17 de Set. 2021.

MAGALHÃES-JUNIOR, H. M; MIRANDA, H. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulg. saúde debate**, n. 52, p. 15–37, 2014.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MENDES, R. B; SANTOS, J. M. J; PRADO, D. S. Et al. Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations Prenatal and Birth Humanization Program. **Ciênc saúde**

coletiva, n. 25, v. 3, p. 793-804, 2020. Doi: 10.1590/1413-81232020253.13182018. Acesso em: 17 Set. 2021.

MERHY, E. E; ONOCKO, R. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. Organizadores. **Praxis en salud: un desafío para lo público**. São Paulo: Hucitec; 1997.

MIGOTO, M. T; OLIVEIRA, R. P; FREIRE, M. H. S. Análise da mortalidade perinatal e seus fatores associados. **Rev Baiana Enferm**, v. 32, p. e26249, 2018. Doi: 10.18471/rbe.v32.26249. Acesso em: 17 Set. 2021.

MIGOTO, M. T; OLIVEIRA, R. P; ANDRADE, L. et al. Correlação espacial da mortalidade perinatal com condições sociais, econômicas e demográficas: estudo ecológico. **R. Saúde Públ. Paraná**, v. 3, n. 1, p. 75-85, 2020. Doi: 10.32811/25954482-2020v3n1p75. Acesso em: 17 Set. 2021.

MIGOTO, M. T; FREIRE, M. H. S. Análise das políticas públicas de saúde da mulher e da criança sob a ótica da qualidade em saúde. **RGS**, v. 23, n. 1, p. 52-77, 2021. Doi: 10.17648/1984-8153-rgs-v1n23-5. Acesso em: 17 Set. 2021.

MIGOTO, M. T; SAGANSKI, G. F; PERES, A. L. et al. Mortalidade em crianças menores de cinco anos: revisão integrativa. **R. Saúde Públ. Paraná**, v. 4, n. 2, p.140-156, 2021. Doi: 0.32811/25954482-2021v4n2p140. Acesso em: 17 Set. 2021.

OGRINC, G; DAVIES, L; GOODMAN, D. et al. SQUIRE 2.0 Standards for Quality Improvement Reporting Excellence: revised publication guidelines from a detailed consensus process. **BMJ Qual Saf**, v. 25, p. 986–992, 2016. Doi: 10.1136/bmjqs-2015-004411. Acesso em: 17 Set. 2021.

PACICO, J. C; HUTZ, C. S. Validade. In: HUTZ, C. S; BANEIRA, D. R; TRENTINI, C. M. **Psicometria**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

PAIM, J. TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611600548>>. Acesso em: 17 Set. 2021.

PALINKAS; L, A; MENDON, S. J; HAMILTON, A. B. Innovations in Mixed Methods Evaluations. **Ann Rev Public Health**, n. 40, p. 423–42, 2019. Doi: 10.1146/annurev-publhealth-040218-044215. Acesso em: 17 Set. 2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde do Paraná 2016-2019**. Curitiba: SESA, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PlanoEstadualSaude2016MioloAlt.pdf>>. Acesso em: 17 Set. 2021.

PARANÁ. **Linha Guia do Programa Rede Mãe Paranaense**. Secretaria Estadual de Saúde. 7ª Edição, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf>. Acesso em: 17 Set. 2021.

- PARSA, P; KARIMI, S; BASIRI, B. Et al. The effect of kangaroo mother care on physiological parameters of premature infants in Hamadan City, Iran. **Pan Afr Med J**, n. 30, p. 89, 2018. Doi: 10.11604/pamj.2018.30.89.14428. Acesso em: 17 Set. 2021.
- PASCHE, D. F; PASSATTI, M. P; SILVA, L. B. R. A. A. Et al. Transition of the environment model in hospitals that deliver in Rede Cegonha. **Ciênc saúde coletiva**, n. 26, v. 3, p. 887-896, 2021. Doi: 10.1590/1413-81232021263.45262020. Acesso em: 17 Set. 2021.
- PASQUALI, L. **Psicometria. Rev Esc Enferm USP**, n. 43, v. Esp, p. 992-9, 2009.
- PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 5ª Edição, Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- PEITER, C. C; SANTOS, J. L. G; LANZONI, G. M. M. Et al. Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. **Esc Anna Nery**, n. 23, v. 1, p. e20180214, 2019. Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214. Acesso em: 17 Set. 2021.
- PINTO, E. S. G; SOUZA N. L. **Caminho para avaliação em saúde: Elaboração de modelos lógicos como passo inicial**. Curitiba: CRV, 2017.
- POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
- REHMAN, M. O. U; HAYAT, S; GUL, R. Et al. Impact of intermittent kangaroo mother care on weight gain of neonate in nicu: Randomized control trial. **JPMA**, v. 70, n. 6, p. 973-7, 2020. Doi: 10.5455/JPMA.45123.
- SILVA, F. V. R; GOMES, T. O; MARTA, C. B. Et al. Preparation of parents of preterm newborn for hospital discharge: proposal for a protocol. **Revista de Pesquisa cuidado é fundamental**, n. 12, p. 386-92, 2021. Acesso em: 17 Set. 2021.
- ZANON, C; FILHO-HAUCK, N. Fidedignidade. In: HUTZ, C. S; BANEIRA, D. R; TRENTINI, C. M. **Psicometria**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- WHO. **World Health Statistics 2019: Monitoring Health for the Sustainable Development Goals**. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf>>. Acesso em: 17 Set. 2021.

APÊNDICE 1 – CARTA CONVITE AOS JUÍZES ESPECIALISTAS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Projeto: Desenvolvimento de Modelo Lógico de Avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil do Paraná para a Gestão sob Governança.

Doutoranda: Michelle Thais Migoto

Orientadora: Dra. Márcia Helena de Souza Freire.

Prezado Especialista,

Convidamos você a participar da pesquisa *“Desenvolvimento de modelo lógico de avaliação da linha de cuidado à saúde materna e infantil do Paraná para a gestão sob governança”*. Esta pesquisa está sendo desenvolvida como tese de doutorado da Michelle T. Migoto, sob a orientação da Professora Dra. Márcia Helena de Souza Freire, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Contamos com a sua participação na qualidade de membro do Comitê de Juízes Especialistas para a validação de conteúdo de um Modelo Lógico de Avaliação a Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, quanto a clareza, pertinência ou representatividade, e abrangência, podendo contribuir com adequações quando necessárias. Seu conhecimento na temática permitirá o desenvolvimento de uma versão validada para uma política pública de saúde, que segue como diretriz a Rede Cegonha.

Na sequência enviamos o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o modelo lógico e os links do instrumento para a coleta de dados, onde você colocará o seu parecer. Agradecemos a sua relevante colaboração em benefício do desenvolvimento desta pesquisa.

Atenciosamente,

Professora Dra. Márcia Helena de Souza Freire e Me. Michelle Thais Migoto.

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você é convidado a participar da pesquisa “Avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil no Paraná: um Modelo de Governança”. Ele visa contribuir o monitoramento de indicadores de saúde, relativos à estrutura, processo e resultado. A fim de produzir evidências científicas para a tomada de decisão pelos gestores em saúde. Assim, apresentamos algumas informações quanto a sua participação:

- a) Objetivo desta pesquisa é desenvolver um modelo lógico de avaliação para a Linha de Cuidado a Saúde Materna e Infantil do estado do Paraná.
- b) Você responderá um questionário disponibilizados pelos pesquisadores;
- c) Espera-se que os resultados contribuam a governança da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil no estado do Paraná;
- d) Os pesquisadores disponibilizam-se para esclarecer dúvidas: *Dra. Márcia Helena de Souza Freire*, localizada no Departamento de Enfermagem da UFPR, em horário comercial, na Av. Prefeito Lothário Meissner, nº 632 – Campus Botânico, ou pelo e-mail marciahelenafreire@gmail.com, ou pelo telefone comercial (41) 3361-3769. A *Doutoranda Michelle Thais Migoto*, pelo e-mail michellemigoto@gmail.com, ou pelo telefone (41) 9 8760-0349;
- e) Sua participação é voluntária e poderá desistir a qualquer momento, sem prejuízos;
- f) As informações serão conhecidas apenas pelas pesquisadoras, *Dra. Márcia Helena de Souza Freire* e *Michelle Thais Migoto*, ao serem divulgadas ocorrerá codificada, preservando a identidade dos participantes;
- g) As informações serão destruídas ao término do estudo, em um período máximo de cinco;
- h) Não há despesas necessárias para a realização da pesquisa e custos não são de sua responsabilidade. Por se tratar de uma participação voluntária, não será repassado nenhum valor em dinheiro;
- i) Para dúvidas relacionadas a sua participação, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão responsável por pesquisa envolvendo seres humano, criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, quanto a sua integridade e dignidade, assegurando padrões éticos nas pesquisas (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Li, compreendi a natureza e objetivo do estudo, fui orientado quanto a riscos e benefícios. Entendo que posso interromper minha participação a qualquer momento sem justificar e sem qualquer prejuízo para mim, minha imagem e meu nome nesta instituição. Entendo que minha participação é voluntária, não acarretando pagamentos ou recebimentos. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de _____.

[Assinatura do Participante/Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador]

APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para realizar a validação do conteúdo do Modelo Lógico de Avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil você irá fazer a leitura e avaliar quanto à: 1) Clareza: qualidade da redação, verificar se o conceito pode ser bem compreendido e se expressa adequadamente o que se espera medir; 2) Pertinência ou representatividade: verificar se há relação com os conceitos envolvidos, se é relevante e se atinge os objetivos propostos; e, 3) Abrangência: verificar se cada domínio foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens e se todas as dimensões foram incluídas.

O modelo lógico foi elaborado conforme as recomendações da Fundação Kellogg, contendo uma revisão bibliográfica para sustentar as premissas da política pública, bem como cinco domínios que compreendem a tríade estrutura, processo e resultado. Abaixo apresentamos o conceito de cada elemento do modelo lógico:

- **Premissas:** estão relacionadas à teoria do programa, considerando o que se busca alcançar com sua aplicação no sistema de saúde;
- **Entradas:** consiste dos recursos: humanos; nos financeiros; e, os organizacionais;
- **Atividades:** consistem em como o programa aplica os seus recursos, como os processos, as ferramentas, os eventos e as tecnologias; são as atividades que promovem as mudanças, devido estarem destinadas, focadas para os resultados. Tanto as atividades como os Resultados são etapas incluídas no planejamento do programa;
- **Saídas:** estão relacionadas às metas a serem entregues pelo programa;
- **Resultados:** provocam a mudança do comportamento, do conhecimento e das habilidades; são organizados em prazos, a saber - curto (1 a 3 anos) e longo (4 a 6 anos) prazo, bem como o seu impacto (7 a 10 anos);
- **Impacto:** mudança causada nos serviços e sistemas de saúde pela influência dos resultados. Estas últimas três etapas se articulam em direção do resultado pretendido.

Por fim, cada domínio é composto por itens que são indicadores de saúde com sua definição, forma de cálculo e a fonte dos dados. Portanto, o instrumento de coleta de dados conta com duas fases, à saber: 1) Avaliação dos Domínios (entradas, atividades, saídas, resultados e impactos), orientada no 1º e 2º passo; e, 2) Avaliação dos Itens (indicadores de saúde), orientada no 3º passo.

AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DOS DOMÍNIOS DO MODELO LÓGICO - FASE 1

1º Passo - Avaliação dos Domínios: avalie se cada domínio do instrumento (entrada, atividade, saída, resultados e impacto) se foi adequadamente coberto pelo conjunto de indicadores de saúde. Para cada respostas considerar C para quando você concordar e D para quando discordar, se discordar favor justificar em comentários. Cada domínio será avaliado segundo os seguintes conceitos de avaliação:

- Clareza: avaliar a redação, ou seja, verificar se o conceito pode ser bem compreendido e se expressa adequadamente o que se espera medir.
- Pertinência ou representatividade: notar se há relação com os conceitos envolvidos, se é relevante e se atinge os objetivos propostos.
- Abrangência: verificar se cada domínio foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens e, se todas as dimensões foram incluídas.

Domínios	1. Cada indicador apresentado expressa o conteúdo abordado pelo domínio?	2. Os indicadores apresentados devem aparecer neste domínio?	Comentários
B. Entradas: de B.1. a B.27.	() C () D	() C () D	
C. Atividades: C.1. a C.9.	() C () D	() C () D	
D. Saídas: D.1. a D. 35.	() C () D	() C () D	
E. Resultados: E.1. a E.26.	() C () D	() C () D	
F. Impacto: F.1. a F.22.	() C () D	() C () D	

2º Passo – Avaliação dos Indicadores em Relação ao Domínio: avalie cada item quanto à clareza (redação dos indicadores, se eles foram redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressa adequadamente o que se supostamente deve medir) e à pertinência ou representatividade (notar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e se são adequados para atingir os objetivos propostos). Para cada respostas considerar C quando você concorda e D quando você discordar, por justificar no campo comentários quando discordar.

Domínios e Itens	3. O indicador está claro e compreensível?	4. O indicador é representativo e relevante quanto ao conceito explorado?	Comentários
B. Entradas: de B.1. a B.27.	B.1. () C () D B.2. () C () D B.3. () C () D Etc.	B.1. () C () D B.2. () C () D B.3. () C () D Etc.	
C. Atividades: C.1. a C.9.	C.1. () C () D C.2. () C () D C.3. () C () D Etc.	C.1. () C () D C.2. () C () D C.3. () C () D Etc.	
D. Saídas: D.1. a D. 35.	D.1. () C () D D.2. () C () D D.3. () C () D Etc.	D.1. () C () D D.2. () C () D D.3. () C () D Etc.	

E. Resultados: E.1. a E.26.	E.1. () C () D E.2. () C () D E.3. () C () D Etc.	E.1. () C () D E.2. () C () D E.3. () C () D Etc.	
F. Impacto: F.1. a F.22.	F.1. () C () D F.2. () C () D F.3. () C () D Etc.	F.1. () C () D F.2. () C () D F.3. () C () D Etc.	

AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DOS ITENS QUE COMPÕES O MODELO LÓGICO - FASE 2

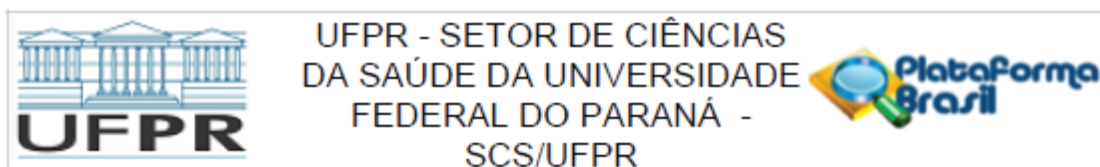
3º Passo - Avaliação dos Indicadores Individualmente: avalie se cada indicador do instrumento, quanto a sua clareza, pertinência ou representatividade, e abrangência. Para cada resposta considerar: 1) Não; 2) Pouco; 3) Bastante, ou 4) Muito, em relação aos conceitos de avaliação:

- Clareza: avaliar a redação, ou seja, verificar se o conceito pode ser bem compreendido e se expressa adequadamente o que se espera medir.
- Pertinência ou representatividade: notar se há relação com os conceitos envolvidos, se é relevante e se atinge os objetivos propostos.
- Abrangência: verificar se cada domínio foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens e se todas as dimensões foram incluídas.

Domínios	Pergunta de Avaliação	Resposta	Comentários
Título: Modelo Lógico de Avaliação da Linha de Cuidado Materna e Infantil	5. O título está claro e expressa a proposta de medida do modelo lógico?	() 1 () 2 () 3 () 4	
Formato do modelo lógico	6. Você considera que o formato do modelo lógico está adequado para sua compreensão, demonstrando clareza?	() 1 () 2 () 3 () 4	
Instruções do uso do modelo lógico	7. A redação das premissas está clara e sustentam adequadamente o que o modelo lógico gostaria medir?	() 1 () 2 () 3 () 4	
Indicadores de todos os domínios	8. A redação do indicador está clara, a qual expressa o que supostamente gostaria de medir?	B.1. () 1 () 2 () 3 () 4 B.2. () 1 () 2 () 3 () 4 Etc. C.1. () 1 () 2 () 3 () 4 C.2. () 1 () 2 () 3 () 4 Etc. D.1. () 1 () 2 () 3 () 4 D.2. () 1 () 2 () 3 () 4 Etc. E.1. () 1 () 2 () 3 () 4 E.2. () 1 () 2 () 3 () 4 Etc. F.1. () 1 () 2 () 3 () 4 F.2. () 1 () 2 () 3 () 4 Etc.	
	9. O indicador é relevante para representar o conceito que explica o domínio, e assim atingir o objetivo do domínio?	A.1. () 1 () 2 () 3 () 4 A.2. () 1 () 2 () 3 () 4 Etc. B.1. () 1 () 2 () 3 () 4 B.2. () 1 () 2 () 3 () 4 Etc.	

		C.1. () 1 () 2 () 3 () 4 C.2. () 1 () 2 () 3 () 4 Etc. D.1. () 1 () 2 () 3 () 4 D.2. () 1 () 2 () 3 () 4 Etc. E.1. () 1 () 2 () 3 () 4 E.2. () 1 () 2 () 3 () 4 Etc. F.1. () 1 () 2 () 3 () 4 F.2. () 1 () 2 () 3 () 4 Etc.	
Cálculo de escores	Não se aplica	Não se aplica	
Classificação dos escores	Não se aplica	Não se aplica	
Abrangência dos domínios	11. O domínio foi adequadamente coberto pelo conjunto de indicadores apresentados, demonstrando toda a abrangência do domínio?	B. Recursos: () 1 () 2 () 3 () 4 C. Atividades: () 1 () 2 () 3 () 4 D. Saídas: () 1 () 2 () 3 () 4 E. Resultados: () 1 () 2 () 3 () 4 F. Impacto: () 1 () 2 () 3 () 4	
	12.A) Você sugere a remoção de algum indicador? Justifique. 12.B) Você sugere a inclusão de algum indicador? Justifique.	-	
Abrangência do modelo lógico considerando cada domínio	13. Considerando as dimensões assistenciais pré-natal, parto, nascimento e atendimento ao recém-nascidos: todas as dimensões estão representadas nos indicadores incluídos, demonstrando a abrangência do modelo lógico?	() 1 () 2 () 3 () 4	

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA SCR/UFPR



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rede de atenção à saúde materna e infantil do Paraná: governança mediada por tecnologias inovadoras.

Pesquisador: Márcia Helena de Souza Freire

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28619419.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.912.101

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "Rede de atenção à saúde materna e infantil do Paraná: governança mediada por tecnologias inovadoras", pesquisadora responsável Profa. Dra. Márcia Helena de Souza Freire (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR) e colaboradoras Michelle Thais Migoto (Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, DENF/UFPR); Gabrielle Freitas Saganski (Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, DENF/UFPR); Glaucia Osis Gonçalves (Mestranda do Programa de Pós-graduação Enfermagem Profissional, DENF/UFPR).

Trata-se de pesquisa temática metodológica com aplicação de métodos mistos, que será realizada no Departamento de Enfermagem - Setor de Ciências da Saúde da UFPR e Secretaria de Saúde do Estado do Paraná – (SESA/PR), no período de fevereiro de 2020 a março de 2023 (início da coleta de dados após aprovação do CEP).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

- Desenvolver tecnologias inovadoras para a governança da rede de atenção à saúde materna e infantil.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

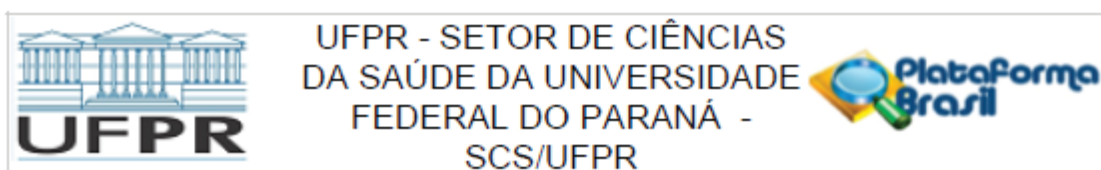
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.912.101

1.2 Objetivos Específicos

- Desenvolver tecnologia avaliativa para rede de atenção matema e infantil com base no Modelo Lógico da Fundação Kelloggs;
- Validar tecnologia para a notificação e acompanhamento do Near Miss materno no Paraná, na perspectiva do Programa Nacional de Segurança do Paciente;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com as pesquisadoras, por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, observa-se riscos mínimos e indiretos como quebra de confiabilidade, desconforto ou constrangimento. Será aplicado um questionário aos participantes, do qual pode haver a possibilidade destes riscos devido à natureza das perguntas. As pesquisadoras terão como compromisso o respeito ao participante, deixando livre a possibilidade de interrupção ou recusa solicitada. O participante será devidamente orientado sobre não haver nenhum tipo de restrição ou punição institucional caso o mesmo se recuse a participar, ou interrompa a sua participação. Ainda, como medida de proteção ao desconforto ou constrangimento os questionários serão respondidos em privacidade pelos participantes. Ele realizará em local de livre escolha, podendo ser fora da instituição de trabalho e distante de circulação de pessoas. As respostas serão codificadas, não identificando o participante na divulgação dos resultados.

Entre os benefícios esperados com essa pesquisa conta-se com compreensão por parte dos profissionais em relação às melhores evidências no monitoramento dos resultados de saúde da Linha de Cuidado à saúde materna e infantil. Para a formulação de evidências científicas que possam subsidiar a prática profissional e a gestão que possam subsidiar os gestores da Linha de Cuidado à saúde materna e infantil na tomada de decisão para o planejamento dos serviços e do sistema de saúde. Este projeto também contribui com a inovação em saúde materna e infantil, na medida em que implementa melhorias no monitoramento e na avaliação em saúde. Espera-se que esta pesquisa contribua com a transformação social, reduzindo a mortalidade materna e infantil, ampliando assim, qualidade de vida a mulher e a criança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa temática metodológica, com aplicação de métodos mistos (abordagem quantitativa e qualitativa), direcionada para o desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos. 1) Será realizada a construção de um Modelo Lógico segundo a fundação Kelloggs, instrumento contendo indicadores de avaliação a ser validado por profissionais de saúde que

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

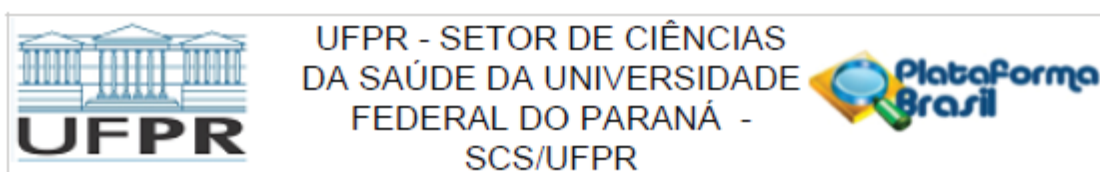
Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.912.101

atuam na assistência materna e infantil, bem como por gestores de regionais de saúde que atuam na rede de atenção à saúde materna e infantil (RAS-MI), e por fim, o instrumento será aperfeiçoado. 2) Será validado o formulário de notificação dos eventos de near miss materno, já em uso por profissionais da assistência a saúde das regionais que notificam este evento e atuam em serviços vinculados a RAS-MI, finalizando com o aperfeiçoamento do instrumento.

Os participantes envolvidos no processo de validação do Modelo Lógico (objetivo específico 1) serão especialistas a serem selecionados de forma intencional, para a composição de um grupo diverso (21 juízes especialistas constituirão um comitê). Considerar-se-á para inclusão ser profissional de saúde representativo de algumas das categorias de uma equipe multidisciplinar, a saber: médicos pediatras, médicos obstetras, enfermeiras, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, psicólogos, nutricionistas, etc. Outro critério é possuir pós-graduação na área materna e/ou infantil, considerando serem pessoas imparciais contudo interessadas no tema de avaliação: a linha de cuidado de atenção à saúde materna e infantil.

Serão critérios de inclusão dos participantes: ser profissional da saúde, independente da área de formação; ter experiência mínima de dois anos na área de saúde materna e infantil; atuar na gestão, na pesquisa ou na assistência direta ou indireta desde ano de 2013 (o marco do lançamento da linha de cuidado em avaliação no estado do Paraná, foi em 2012). Serão critérios de exclusão profissionais que estiverem em licença, férias ou em alguma forma de afastamento.

Quanto ao número de profissionais para o processo de validação (objetivo específico 2), aplicou-se uma fórmula recomendada por Lopes, Silva e Araújo (2012) para o cálculo do número de juízes, totalizando 22 profissionais. Quanto ao volume amostral, pretende-se ter, no mínimo, dois profissionais dos serviços notificadores por Macrorregional de Saúde; dois gestores, das Regionais de Saúde, por cada Macrorregional; e um profissional que atue na central da SESA-PR. Como o estado possui quatro Macrorregionais, somam-se 22 profissionais. E ainda, buscar-se-á pelo menos cinco (n=5) pesquisadores em near miss materno.

Serão critérios de inclusão para essa etapa do projeto: ser brasileiro residente em qualquer um dos estados; Atender a uma das três descrições a seguir: a) ser profissional do serviço notificador ou de Segurança do Paciente (Hospital e/ou Maternidade) e participar em alguma etapa da identificação / investigação / notificação dos casos de near miss materno, no período compreendido entre janeiro de 2019 e março de 2020; ou b) ser gestor de saúde, independente da área de formação, participar em alguma etapa da identificação / investigação / notificação dos casos de near miss materno na esfera regional ou estadual; ou c) ser profissional na área da pesquisa, com notório saber relacionado ao near miss materno, conforme conste no Curriculum

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

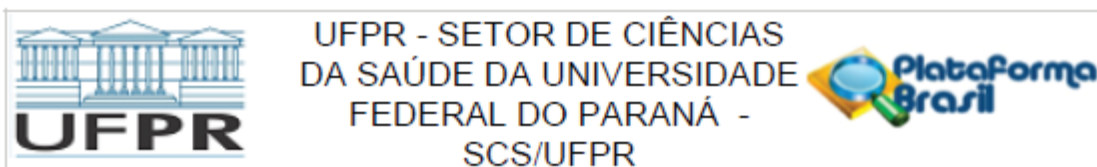
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.912.101

Lattes; e aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter sido informado sobre o objetivo da pesquisa e ter esclarecidas as dúvidas quanto a mesma.. Serão critérios de exclusão: Não responder em até 10 dias úteis ao convite encaminhado para participação do estudo; se encontrar em período de férias ou afastado devido algum tipo de licença no período reservado para a coleta de dados.

Os participantes receberão um convite de participação, via e-mail, explicando os objetivos da pesquisa e solicitando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ambas avaliações utilizarão a Técnica de Delfhi, que ocorrerá em três rodadas de coleta de dados a partir da aplicação de um formulário. Os participantes responderão perguntas em escala de Likert considerando se está adequado ou não, contendo um campo para justificativas. Em cada rodada buscará se chegar a um consenso, para que ao término da terceira fase obtenham-se dados suficientes para o aperfeiçoamento dos instrumentos. A análise dos dados se dará pelas respostas aos instrumentos de coleta e se fundamenta na validação de conceitos, domínios e conteúdo, mediante a Taxa de Concordância no Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

A pesquisa ocorrerá no estado do Paraná, entre 2019 a 2023, com início de coleta de dados após a publicação do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Garantir que o TCLE não apresente na última página apenas as assinaturas do pesquisador e do participante.

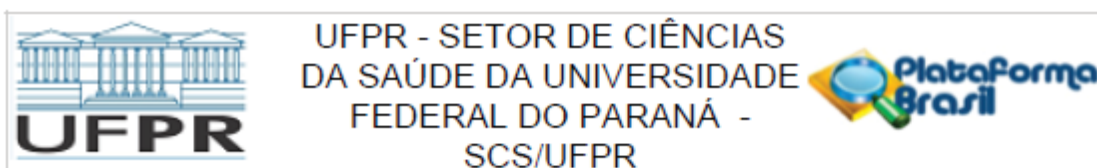
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa apresenta fundamentação teórica relevante à área de investigação materno-infantil, ao propor o desenvolvimento de tecnologias inovadoras. As pendências foram devidamente atendidas.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.912.101

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1463550.pdf	06/03/2020 12:05:23		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias.pdf	06/03/2020 12:04:30	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	OK_TCLE_Modelo_Logico_Near_Miss_corrigido.docx	06/03/2020 11:11:01	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_corrigido.docx	06/03/2020 11:10:15	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Final.docx	03/02/2020 22:14:40	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	OK_TCLE_Modelo_Logico_Near_Miss.docx	03/02/2020 22:13:59	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Folha de Rosto	OK_Folha_de_Rosto_Pendencia_Editada	16/11/2019	Márcia Helena de	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

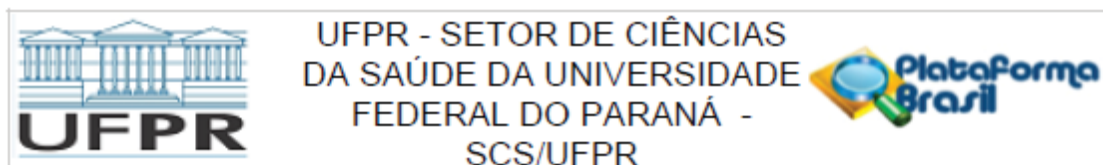
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR

Continuação do Parecer: 3.912.101

Folha de Rosto	da_Imagem_Tratada.pdf	20:54:44	Souza Freire	Aceito
Outros	OK_Termo_compromisso_uso_dados.pdf	14/11/2019 23:02:11	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Checklist_documentos.pdf	05/11/2019 16:50:30	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	concordancia_da_instituicao_participacao.pdf	05/11/2019 16:48:10	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Estrato_ata.pdf	05/11/2019 16:46:56	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Solicitacao_de_acesso_aos_dados.pdf	05/11/2019 16:43:30	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.pdf	05/11/2019 16:40:09	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	05/11/2019 16:36:27	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Analise_do_merito_cientifico.pdf	05/11/2019 16:27:45	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	05/11/2019 16:26:05	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Autorizacao_manipulacao_de_dados.pdf	05/11/2019 16:16:22	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Instrumento_Coleta_de_Dados.pdf	05/11/2019 16:02:29	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Formulario_Near_Miss_Materno.pdf	05/11/2019 15:58:11	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 12 de Março de 2020

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

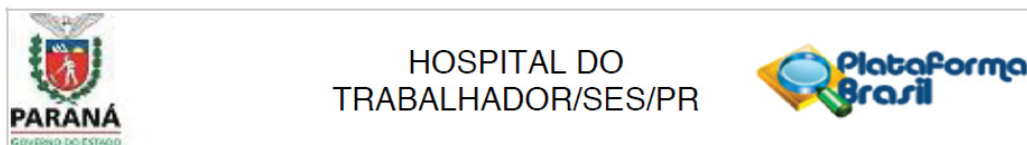
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA HOSPITAL DO TRABALHADOR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rede de atenção à saúde materna e infantil do Paraná: governança mediada por tecnologias inovadoras.

Pesquisador: Márcia Helena de Souza Freire

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28619419.0.3001.5225

Instituição Proponente: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.939.969

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa tem como tema o desenvolvimento de tecnologias inovadoras voltadas para otimização da Linha de Cuidado a Saúde Materna e Infantil (LCSMI) no estado do Paraná, como ferramentas de governança da política pública organizada em Rede de Atenção à Saúde. Será elaborada a avaliação da tecnologia em saúde atualmente utilizada na área da Linha de Cuidados à Saúde Materna e Infantil no estado do Paraná, consideração impactos sociais, econômicos e assistenciais ocorridos até o momento, conseqüentemente será feita a proposição de tecnologia inovadora e potencializadora de sua qualidade para possível incremento na prevenção de óbitos fetais, infantis e maternos.

A questão norteadora da equipe de pesquisa é "como favorecer / subsidiar a prevenção da morbimortalidade materna, infantil e fetal no processo de governança de uma rede de atenção à saúde materna e infantil?"

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Desenvolver tecnologias inovadoras para a governança da rede de atenção à saúde materna e infantil.

Objetivos Específicos:

1. Desenvolver tecnologia avaliativa para rede de atenção materna e infantil com base no Modelo

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 3.939.969

Lógico da Fundação Kellogs;

2. Validar tecnologia para a notificação e acompanhamento do Near Miss materno no Paraná, na perspectiva do Programa Nacional de Segurança do Paciente;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos descritos por quebra de confiabilidade, desconforto e constrangimento, proposta de superação destas questões tem relação a ambiência de resposta aos formulários ou mesmo a desistência de participação.

Benefícios: trabalho educativo sobre a compreensão de evidências para o monitoramento dos resultados de saúde da Linha de Cuidado à saúde materna e infantil, eventual formulação de evidências científicas que possam subsidiar a prática profissional, a gestão que possa subsidiar os gestores da Linha de Cuidado à saúde materna e infantil na tomada de decisão para o planejamento dos serviços e do sistema de saúde. De maneira geral, esta proposta tende a contribuir com inovações em saúde materna e infantil e por consequência, os indicadores na área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho que pretende contribuir para construção da avaliação e monitoramento de indicadores de saúde maternos e infantis. Válido para a academia, para a gestão de política pública, para o desenvolvimento científico e a elaboração de práticas profissionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em acordo.

Recomendações:

Reconsideração do calendário.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

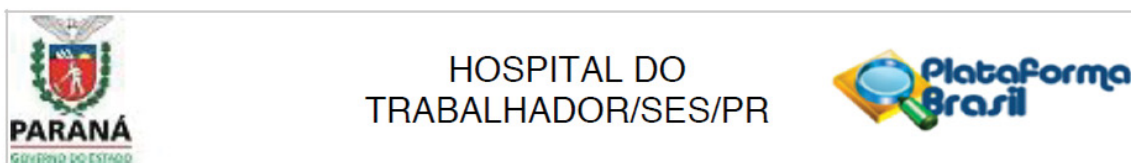
Reformular o calendário de aplicação da pesquisa para que seja adequado ao tempo e demandas atuais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Relembramos os autores que devem ser encaminhados como NOTIFICAÇÃO os seguintes assuntos:

- Relatórios parciais (semestrais), se for o caso
- Relatório final
- O trabalho concluído
- Comunicação de eventos adversos (se houver)
- Comunicação de início do trabalho e término do mesmo

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



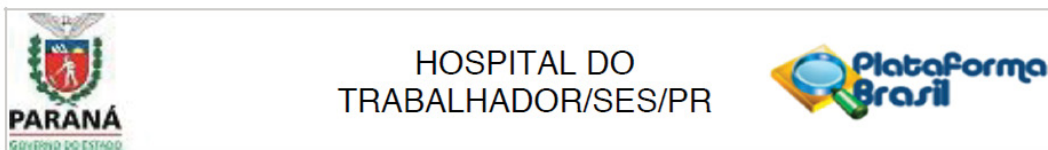
Continuação do Parecer: 3.939.969

Alterações no projeto devem ser submetidos como EMENDA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta_Resposta_Pendencias.pdf	06/03/2020 12:04:30	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	OK_TCLE_Modelo_Logico_Near_Miss_corrigido.docx	06/03/2020 11:11:01	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_corrigido.docx	06/03/2020 11:10:15	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Final.docx	03/02/2020 22:14:40	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	OK_TCLE_Modelo_Logico_Near_Miss.docx	03/02/2020 22:13:59	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	OK_Termo_compromisso_uso_dados.pdf	14/11/2019 23:02:11	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Checklist_documentos.pdf	05/11/2019 16:50:30	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	concordancia_da_instituicao_participacao.pdf	05/11/2019 16:48:10	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Estrato_ata.pdf	05/11/2019 16:46:56	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Solicitacao_de_acesso_aos_dados.pdf	05/11/2019 16:43:30	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	05/11/2019 16:36:27	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Analise_do_merito_cientifico.pdf	05/11/2019 16:27:45	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	05/11/2019 16:26:05	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Autorizacao_manipulacao_de_dados.pdf	05/11/2019 16:16:22	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Instrumento_Coleta_de_Dados.pdf	05/11/2019 16:02:29	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Formulario_Near_Miss_Materno.pdf	05/11/2019 15:58:11	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 3.939.969

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 27 de Março de 2020

Assinado por:
FABIO TERABE
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br

ANEXO 3 – CERTIFICADO DE REGISTRO DE AUTORAL DE TECNOLOGIA

REGISTRO
DIREITO
AUTORAL



CBL
Câmara
Brasileira
do Livro

CERTIFICADO DE REGISTRO DE DIREITO AUTORAL

A Câmara Brasileira do Livro certifica que a obra intelectual descrita abaixo, encontra-se registrada nos termos e normas legais da Lei nº 9.610/1998 dos Direitos Autorais do Brasil. Conforme determinação legal, a obra aqui registrada não pode ser plagiada, utilizada, reproduzida ou divulgada sem a autorização de seu(s) autor(es).

Responsável pela Solicitação:
Michelle Thais Migoto

Participante(s):
Michelle Thais Migoto (Autor) | Márcia Helena de Souza Freire (Autor)

Título:
Modelo lógico de avaliação da linha de cuidado a saúde materna e infantil

Data do Registro:
29/08/2021 23:10:43

Hash da transação:
0x60716c37d6fa6030c1f514a42d22a919e015f8ab75b1562857cf256379eac05b

Hash do documento:
ef11ba3cfa440df40922f7fe058aee4aaf4eebb3a373e59ea29e3fb0e091271

Compartilhe nas redes sociais

[f](#) [t](#) [e](#) [in](#)



[clique para acessar a versão online](#)