 DOI: https://doi.org/10.51723/ccs.v34i04.1390

Avaliação do programa de hospital de ensino: um estudo de caso focado na gestante

Evaluation of the hospital teaching program: a case study of care for risky pregnancy

Edelaide Raquel Pilau Frazão[1], Elizabeth Moreira dos Santos[2], Gisela Cordeiro Pereira Cardoso[3], Adriana Haack de Arruda Dutra[1], Marcela Alves de Abreu[3]

RESUMO

Objetivo: o objetivo da avaliação foi verificar se os insumos e as atividades na maternidade seguem as normas preconizadas e classificar o grau de implantação das ações de adequação do Programa de Certificação.

Método: foi avaliada a conformidade dos componentes técnicos insumo e atividade em suas subdimensões disponibilidade e qualidade técnica, nas células operacionais "pré-parto" e "parto e pós-parto", em dois momentos distintos: antes e durante a pandemia da covid-19. Avaliação do tipo normativa, formativa de caso único.

Resultados: o Programa está implantado conforme as normativas previstas, mesmo tendo havido perturbação no grau de conformidade do insumo e atividade durante o período pandêmico.

Descritores: Hospitais de Ensino; Avaliação em Saúde; Cuidado Pré-Natal; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: the objective of the evaluation was to verify if the maternity hospital inputs and activities follow the recommended norms and to classify the implementation degree of the Certification Program adequacy actions.

Method: the technical components input and activity compliance were evaluated in their subdimensions availability and technical quality in the "pre-delivery" and "delivery and post-partum" operational cells in two different moments: before and during the covid-19 pandemic. Evaluation normative type, formative of a single case.

Results: this work indicates that the Program was implemented in accordance with the established regulations, even though there was a disturbance in the degree of compliance with the input and activity during the pandemic period.

Keywords: Teaching Hospitals; Health Evaluation; Prenatal Care; Health Education.

[1] Secretaria de Saúde do Distrito Federal Brasília, Distrito Federal Brasil.

[2] Fundação CESGRANRIO, Rio de Janeiro, Brasil.

[3] Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil.

Contato para correspondência: Edelaide Raquel Pilau Frazão. E-mail: raquelpfrazao@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Os Hospitais de Ensino (HEs) têm papel fundamental no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, devido à especificidade de suas atribuições. Eles agregam à atenção à saúde o ensino e a qualificação de profissionais, a produção do conhecimento e a geração de inovações tecnológicas para o setor[1]. Entretanto, apesar da sua comprovada importância para o sistema de saúde e para a sociedade, eles não são objeto de políticas e pesquisas específicas, razão pela qual o Programa de Certificação dos Hospitais de Ensino (PCHE) foi instituído. O PCHE tem o objetivo de colaborar para a valoração das instituições focadas no ensino e pesquisa, auxiliar sua adequação aos novos modelos de gestão e contribuir para a qualificação das instituições, visando ao alcance da excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão.

Hospitais de Ensino são instituições públicas ou privadas, certificadas pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), que servem de campo para a prática de atividades de ensino em saúde e para o desenvolvimento de boas práticas assistenciais e educativas. Os hospitais são referência em procedimentos de média e alta complexidades no país e são centros de formação e ensino, responsáveis por grande parte da formação de profissionais de saúde[2]. Também abrigam um número significativo de médicos especialistas, que contribuem nos processos de inovação, tanto assistencial como na incorporação de novas tecnologias[2]. Atualmente, existem 202 HEs no Brasil, cinco deles localizados no Distrito Federal (DF), dos quais apenas um é maternidade, foco desta avaliação, sendo ele a referência de assistência da criança e da gestante de alto risco para todo o DF e seu entorno.

No Brasil, entre as patologias específicas da gestação de alto risco, a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) tem grande relevância na morbimortalidade, sendo uma das cinco patologias responsáveis por 75% dos óbitos maternos no país, segundo relatório da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)[3]. O ano de 2018 foi um marco na valoração da saúde da gestante, quando a OPAS destacou a necessidade de focar ações de atenção à assistência à saúde da gestante. O Brasil seguiu o mesmo caminho, estabelecendo também em 2018 a meta de diminuir a mortalidade materna em 50%, saindo de 59,1 óbitos por 100 mil nascidos vivos para menos de 30/100 mil até 2030[4]. Em 2021, segundo dados preliminares apresentados pelo Observatório Obstétrico baseados no Sistema de Informação de Mortalidade do MS, a mortalidade materna no país foi aproximadamente de 102/100 mil nascimentos, bem distante daquela verificada em países com alta renda, que apresentaram taxas em torno de 10-20 óbitos/100 mil habitantes. Esse fato evidencia que a qualidade da assistência prestada à gestante é fator determinante para um bom ou mau desfecho da gravidez.

O boletim epidemiológico número 29 do MS, publicado em agosto 2021, ao informar a mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil, no período de 2010 a 2019, apresentou a doença hipertensiva da gestação como principal causa de mortalidade materna, aumentando seu grau de risco em relação aos anos anteriores[4] e mantendo-se nessa posição até 2021[5]. A Comissão Nacional de Pré-Eclâmpsia da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) conceitua a DHEG como sendo a identificação da hipertensão arterial pela primeira vez a partir da vigésima semana de gestação, associada à proteinúria, excreção de proteína na urina feita pelos rins. Atualmente, ampliou-se o conceito de DHEG, que passou a compreender a possibilidade de ausência da proteinúria, desde que presentes alguns sintomas, como cefaleia, turvação visual, dor abdominal, edema pulmonar, distúrbios visuais ou cerebrais, ou alterações laboratoriais, como a plaquetopenia, a elevação de enzimas hepáticas e o comprometimento renal[6].

Brown *et al*. (2018)[7] definem a hipertensão arterial como a presença de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg. A medida deve ser feita em um dos antebraços elevados à altura do átrio, repetida em um ou dois intervalos de cinco minutos, com a paciente sentada. A proteinúria é definida pela perda de 300 mg ou mais de proteína em urina no período de 24 horas. Devido à necessidade de rapidez nos diagnósticos de DHEG para definição de condutas, pode ser considerada amostra isolada de urina que apresente relação proteinúria/creatinúria (presença de creatina na urina), ambas em mg/dl, igual ou superior a 0,3 e, ainda, em alguns casos, a presença de menos 1+ em fita reagente, desde que assegurada a qualidade do método[7].

O estudo que originou este artigo foi realizado em dois momentos distintos devido aos acontecimentos referentes à pandemia do covid-19, o primeiro momento incluiu evidências referentes aos três meses antecedentes à declaração da pandemia no país, e o segundo momento abrangeu os mesmos três meses do ano seguinte, durante a pandemia.

O Brasil e o mundo foram devastados pela pandemia do novo coronavírus, que causa a covid-19, sigla derivada do nome da doença em inglês *Corona Virus Disease* acrescida do ano de sua descoberta. Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recebeu o comunicado da China sobre o surgimento de uma nova pneumonia de causa desconhecida em moradores de Wuhan e, no início de 2020, descobriu-se que se tratava do novo coronavírus SARS-CoV-2[8]. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou a nova doença uma emergência de saúde pública, sendo esse o mais alto nível de alerta da Organização. Após 40 dias, ela declarou que as proporções da nova doença já eram de pandemia – uma distribuição geográfica da doença em diferentes continentes do mundo[9].

As proporções alcançadas pela pandemia foram inimagináveis. Em 12 de novembro de 2021, havia 251.788.329 casos confirmados no mundo e 5.077.907 mortes causadas pela covid-19. No Brasil, em 14 de novembro de 2021, o painel coronavírus disponível no site do MS registrava 21.957.967 casos confirmados, 611.283 óbitos e uma incidência de 10.448,9 por 100.000 habitantes. Nas mesmas data e fonte, as informações referentes ao DF apresentavam 516.470 casos, 10.957 óbitos e uma incidência de 17.128,5 por 100.000 habitantes.

Por meio do Decreto nº 40.528, de 17 de março de 2020, posteriormente alterado pelo Decreto nº 40.530, de 18 de março de 2020, o DF estabeleceu o primeiro *lockdown*, ou seja, as atividades comerciais foram suspensas e apenas estabelecimentos destinados a atividades essenciais, como os das áreas de alimentos, saúde, segurança, vigilância sanitária, comunicação e órgãos de fiscalização do consumidor ficariam abertos e em funcionamento. Enquanto durasse o *lockdown*, as pessoas ficariam obrigadas a manter o isolamento social, afastando-se de grupos e restringindo-se ao convívio familiar. No mesmo período, foi decretada a suspensão de todas as licenças não médicas da área da saúde, o afastamento de servidores dos grupos de risco da linha de frente da assistência, o remanejamento de servidores para áreas administrativas e a instituição do teletrabalho[10].

As inúmeras incertezas sobre a pandemia, o insuficiente conhecimento científico sobre o novo coronavírus, a alta velocidade de transmissão e a taxa de mortalidade provocaram dúvidas e controvérsias sobre as melhores estratégias para o enfrentamento da pandemia na sociedade, na economia e na saúde. A preocupação sobre a melhor forma de prestar assistência à saúde atingiu grande importância e provocou mudanças significativas nos processos de trabalho em todo o país. No DF, as alterações foram sendo apresentadas pelo governo à sociedade, recomendando-se certa autonomia às instituições para ajustes no âmbito local, de acordo com o perfil de cada uma delas.

A pesquisa, referência desse artigo, descreveu detalhadamente o Programa de Certificação dos Hospitais de Ensino, com foco na conformidade das atividades realizadas pela maternidade do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) às normas preconizadas pelo PCHE, dispostas na Portaria Interministerial MS/MEC nº 285, de 24 de março de 2015, que estabelece as diretrizes sobre a certificação. Assim, esta avaliação teve como foco um agravo que reflete o perfil assistencial do Hospital: a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e classificou o grau de implantação das ações de adequação daquele Programa de Certificação, considerando a dimensão de conformidade. Utilizando-se de um desenho de estudo de caso em dois momentos: pré-pandemia e durante a pandemia, em duas células operacionais: 'pré-parto' e 'parto e pós-parto'.

MÉTODOS

Para a realização do estudo foram definidas as seguintes etapas metodológicas: 1) revisão bibliográfica; 2) análise documental; 3) desenho da avaliação; 4) coleta de evidências incluindo o diagrama da teia ou de critérios; 5) matrizes de informação; 6) matrizes de relevância; 7) matrizes de análise e de julgamento, incluindo os padrões e parâmetros de classificação; e, por fim, 8) os procedimentos mobilizados para a realização da síntese avaliativa.

Definiu-se o HMIB como local da pesquisa por ser ele uma instituição pública, com atendimento totalmente realizado no âmbito do SUS, possuindo a linha de cuidado integral à DHEG, além de ser certificado como Hospital de Ensino e ser o local onde a pesquisadora desempenha suas atividades.

A revisão da bibliografia é uma etapa imprescindível para o trabalho científico, pois proporciona o aprofundamento e a abrangência do conhecimento sobre o tema escolhido como objeto do projeto. Proporciona conhecer as diretrizes e normativas detalhadamente, além dos pensamentos dos autores que se debruçaram anteriormente sobre o objeto a ser estudado, permitindo formular as bases intelectuais sobre as quais a lógica da pesquisa foi estruturada[11].

A estratégia de busca para revisão bibliográfica foi realizada em três fases. Inicialmente, desenvolveu-se uma pesquisa, separadamente, dos descritores booleanos: hospitais de ensino; avaliação em saúde; hospital universitário e avaliação; hospital universitário e educação; educação médica; doença hipertensiva específica da gestação. Nas bases de dados Scielo, Medline e Lilacs, foram encontrados 15.653 artigos, número reduzido para 5.563 quando foi acrescentado o filtro de estudos em avaliação, avaliação econômica e síntese de evidência. Aplicando-se o filtro de língua inglesa, portuguesa e espanhola, o número de artigos encontrados foi de 193. Nesse momento, a busca foi ampliada para repositórios institucionais da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

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

Na segunda fase, foi realizada uma busca nas plataformas abertas como Google® Acadêmico, Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Distrito Federal, com as palavras-chave Portaria e Hospital de Ensino. A partir da primeira Portaria encontrada, iniciou-se uma pesquisa retroativa sobre os documentos citados e assim sucessivamente e, após a exclusão dos documentos nos quais o foco não era o Hospital de Ensino, foram analisadas 24 portarias e uma lei.

A terceira fase foi a procura em plataforma de busca aberta como Google® e Google® Acadêmico, e base de dados como Scielo, Medline e Lilacs de todas as palavras-chave referentes às atividades apontadas no modelo lógico (ML) da intervenção. Primeiramente, buscou-se apenas as palavras-chave: acolhimento e classificação de risco; identificação do paciente; visita aberta e acompanhante; leitos de retaguarda; perfil assistencial hospitalar; comissões assessoras; clínica ampliada; dados hospitalares; perfil hospitalar; prontuário único; residência médica e multiprofissional; educação permanente; e plano institucional de pesquisa. Posteriormente, foram acrescentadas à busca as seguintes palavras: portaria, diretriz, protocolo, Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), DHEG, alto risco, maternidade ou Hospital Universitário de Ensino (HUE). Em cada uma dessas etapas, procedeu-se à separação entre artigos e documentos oficiais sobre o programa em foco para o desenvolvimento da análise documental e, após a avaliação de todos os documentos segundo os critérios de inclusão e exclusão, foram analisados 46 documentos.

A análise documental proporciona a extração de uma riqueza de informações dos documentos públicos, ampliando o entendimento da intervenção dentro de uma contextualização histórica e social, além de acrescentar a dimensão do tempo nesse entendimento. A análise favorece a observação do processo de maturação, evolução e transformação na construção do programa, proporcionando ao autor interpretar, sistematizar as informações e, na medida do possível, fazer inferências sobre o assunto, compreendendo os fenômenos envolvidos[12].

Realizou-se uma busca por dados institucionais dos Hospitais Universitários e de Ensino nos sistemas de informação do SUS. Essa busca aberta, porém, apresentou resultados infrutíferos. Durante todo o estudo, foi realizada a busca constante de publicações relacionadas ao tema, abrangendo pesquisas na área de educação, as quais apresentaram também poucos resultados com temas que evidenciavam pontos de convergência com o PCHE, sempre mantendo o foco da pesquisa.

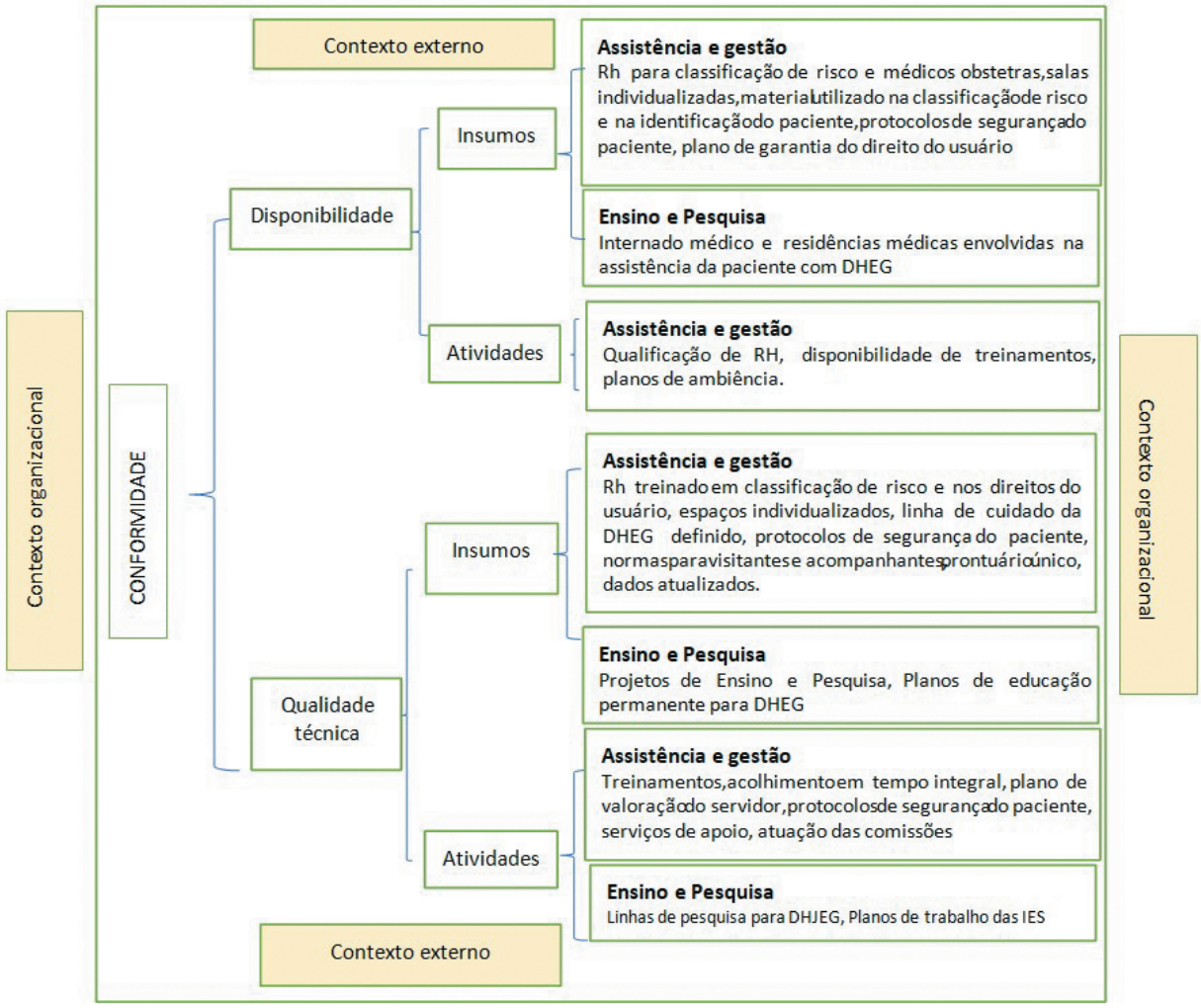
Foram solicitadas por via eletrônica informações relacionadas aos indicadores e as diretrizes dos HEs do país, ao MS e à Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABHUE), além de setores da instituição.

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

A construção da linha do tempo tornou-se uma ferramenta capaz de organizar cronologicamente os acontecimentos da intervenção e facilitar a exploração do contexto. Dessa forma, foi construído o Quadro 1, que apresenta os critérios: primeiramente, aqueles definidos na Portaria Interministerial MS/MEC nº 285/2015 e, depois, as demais normativas que tratam da certificação, sinalizando os pontos de encontro das normas vigentes com o PCHE.

Quadro 1

Diagrama da teia, Brasília 2022.



Foi realizado um estudo avaliativo do tipo normativo, usando as normas e critérios definidos nas diretrizes vigentes do PCHE com finalidade formativa, obtendo-se informações úteis para a melhoria da intervenção em curso da atividade avaliativa[13]. A avaliação foi realizada em uma instituição pública certificada como HE, com atendimento voltado para o SUS e que utiliza a linha de cuidado integral para as DHEG. A apreciação normativa apresenta valoração do avaliando ou de qualquer um de seus componentes, insumos, atividades e efeitos, tomando como padrão de comparação critérios predefinidos ou normas estabelecidas. Esta abordagem da avaliação tem dois pontos que podem comprometer a sua qualidade: ela não discute a relevância da intervenção objeto da investigação, nem as escolhas de como operacionalizá-las. A escolha adequada desses dois pontos está intimamente relacionada à validade das conclusões encontradas. Por isso, optou-se por utilizar a Portaria Interministerial MS/MEC nº 285/2015, último documento formalizado referente às exigências de certificação.

Os diferentes tipos de avaliação apresentam particularidades. Segundo Whorten *et al.* (2004)[13], apesar das avaliações formativas e somativas se entrelaçarem constantemente, elas se distinguem pela singularidade de suas características. Os atributos das formativas vão ao encontro desse trabalho, que tem como propósito, ao determinar a conformidade à portaria, utilizar esse tipo de avaliação para melhorar as práticas relativas ao programa. Nessas avaliações, os executores geralmente são avaliadores internos, podendo ter ou não apoio de avaliadores externos; há uma continuidade na coleta de dados e a sua principal vantagem é o fato de, ao gerar evidências compartilhadas em

tempo real, facilitar a utilização de seus resultados para produzir melhorias na intervenção. Destaca-se que, conforme descrito por Guijt *et al*. (2012)[14], a participação mista de avaliadores internos e externos pode ser uma condição de trocas mútuas de experiências e aprendizado, reforçando o processo de influência ou efeitos processuais da avaliação.

O estudo de caso foi o desenho escolhido por ser adequado quando se pretende efetuar uma análise do processo da implantação[15]. Esse tipo de estudo é uma estratégia de pesquisa abrangente, muito mais que uma tática de coleta de dados e uma característica de pesquisa, mas sim um método que engloba a lógica do planejamento, incorporando abordagens específicas, coletas e análise de dados que possibilitam a exploração das relações entre a intervenção e seu contexto.

O estudo de caso único proporciona uma análise em profundidade de sua unidade de análise, com coleta de evidências, podendo utilizar-se de várias fontes de informação. Assim sendo, o fator mais importante é a escolha da unidade a ser estudada. Ela deve ser proposital no sentido de potencialmente ser um caso crítico e revelador[16]. Segundo Yin (2003)[17], esse tipo de estudo pode servir para despertar interesse para um novo tipo de problema até então adormecido.

O sistema de saúde é muito complexo e necessita equilibrar na balança da saúde os serviços, as necessidades do usuário, as novas tecnologias, a expectativa de vida da população e os orçamentos públicos, tornando indispensável a promoção da avaliação dos programas e políticas públicas. Segundo Drummond *et al*. (1997)[18], a avaliação constitui um dos melhores mecanismos para apresentar evidências aos gestores, sustentando suas decisões em referências legítimas e cientificamente embasadas e justificando suas escolhas.

A análise de implantação, fundamentalmente a análise lógica realizada em contexto, pode ser classificada, segundo Brousselle *et al*. (2011)[16], em quatro categorias diferentes. Neste estudo, a categoria utilizada foi a do tipo 1b, que visa explicar as diferenças entre as intervenções planejadas e a implantada, acrescentando uma dimensão analítica, muito apropriada quando se trata de intervenções complexas, como a do estudo.

Foram utilizados dois critérios e 76 indicadores, que permitiram responder e articular os componentes técnicos do PCHE aos seus componentes estruturais e os efeitos produzidos pela sua implantação. Entre os critérios de avaliação normativa, estão a fidelidade ou conformidade e a qualidade técnica. Segundo Brousselle *et al*. (2011)[16], o critério fidelidade, também conhecido como conformidade, permite compreender os desvios na implantação da intervenção e determinar as razões da diferença entre o que foi proposto e o que foi implantado. A qualidade técnica tem o objetivo de analisar a conformidade do processo do cuidado com as boas práticas normatizadas[19].

Foi utilizado o critério de conformidade, subdividido em disponibilidade e qualidade técnica. Observe-se que, em avaliações baseadas em critérios, a intervenção é apreciada segundo uma ou mais dimensões de relevância. No caso em estudo, o alinhamento entre o planejado e o observado é o que confere significado de sucesso à intervenção e que respalda a abrangência da apreciação de disponibilidade e qualidade técnica. Assim, a subdimensão da disponibilidade verificou se os insumos estão disponíveis para o atendimento da gestante com DHEG nas diferentes células operacionais, conforme o planejado. A qualidade técnica avaliou se as atividades estão de acordo com as boas práticas preconizadas pelas normativas. De suma importância ressaltar que as subdimensões são complementares entre si e, portanto, a separação é meramente didática[20].

A conformidade foi avaliada nos componentes técnicos do PCHE, ou seja, ensino e pesquisa, assistência e gestão. Os componentes técnicos podem ser definidos como eixos de ação que agregam diferentes atividades e seus efeitos específicos. O critério foi aplicado a seus componentes estruturais, representados pelos insumos, atividades e efeitos, em dois locais da atenção à DHEG: 'pré-parto' (célula operacional 1), e 'parto e pós-parto' (célula operacional 2). Entende-se por célula operacional o arranjo operacional (sistema de ações coordenadas) do serviço em que os insumos, as atividades e seus efeitos imediatos serão apreciados.

A qualidade técnica pode ser verificada nos recursos, atividades e resultados, conforme apresentado por Vuori (1991)[21]. Quando a qualidade está vinculada aos insumos, pressupõe-se que quando eles são apropriados tornam-se precondições para determinar que as atividades sejam adequadas. Atividades com qualidade são precondições para o alcance dos efeitos esperados

ou, em outras palavras, aumentam a chance de se chegar a bons resultados[21].

A qualidade técnica e a disponibilidade foram avaliadas segundo critérios construídos nas normativas do programa, como referência de conformidade. Tais critérios consideram os diferentes componentes técnicos e estruturais, avaliados nos diferentes momentos da pesquisa.

Os critérios envolvidos no atendimento da gestante com doença hipertensiva específica da gestação estão divididos em duas células operacionais, conforme suas semelhanças no local avaliado. Na célula 'pré-parto', os indicadores estão relacionados com o acolhimento e a classificação de risco, existência de espaços adequados, materiais para classificação de risco, identificação do paciente e serviços de apoio, definição do papel do hospital na rede do DF, protocolos de segurança do paciente, treinamentos, estudantes e projetos de pesquisa com foco na DHEG. Na célula 'parto e pós-parto', os indicadores focados na DHEG são relacionados à equipe obstétrica, treinamentos, protocolos de segurança do paciente, normas para visitantes e acompanhantes, atualização de dados institucionais, estudantes e projetos de pesquisa com foco na DHEG. Alguns indicadores estão presentes nas duas células devido à sua importância no atendimento das gestantes com DHEG. Esses critérios estão separados nos componentes operacionais conforme os componentes técnicos estão representados no diagrama da teia (Quadro 1).

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

A abordagem utilizada para a coleta foi realizada por meio de solicitações dos documentos institucionais por *e-mail*, após contato telefônico. Previamente, todas as chefias das áreas envolvidas foram informadas sobre o estudo e concordaram em participar da pesquisa.

A coleta de evidências teve início com a solicitação da documentação. Para essa etapa, os dados e informações a serem coletados foram organizados por semelhança de fontes, facilitando o direcionamento da coleta por fonte e/ou por contato visando à sua obtenção. Um *e-mail* foi produzido para cada unidade com a solicitação da listagem de dados, com base no Direito Constitucional de Acesso à Informação, previsto no artigo 5º, inciso XIV, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, bem como na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso a informações.

O processo foi repetido parcialmente ou integralmente diversas vezes, quando não havia resposta ou a mesma era parcial. Mesmo após essas ações, alguns dados mantiveram-se incompletos, assim entendido o não envio da totalidade dos dados solicitados, até a finalização do estudo. O contato direto com o servidor via telefônica por si só produziu uma grande quantidade de informações. Além disso, identificou-se a existência de uma série de dados e informações sem registro formal e algumas realmente desconhecidas institucionalmente. Destaca-se que somente a solicitação dos dados já provocou mudanças em diversos setores, pois, nesse processo, eles eram revistos, produzidos e até interpretados durante a interação avaliadora e o setor responsável pelos dados e informações.

Quando não disponibilizados os dados no tempo preestabelecido, eles foram incluídos nas tabelas como não disponíveis (ND) e foram excluídos da análise, uma vez que sua utilização comprometeria os resultados. Apesar de retirados do estudo, deve-se enfatizar a importância desse achado. A ausência de valores em indicadores pactuados não é rara em relatórios de gestão e pode ser fator de subestimação da execução das ações, tornando invisível o trabalho de equipe e ocasionando instabilidade nos relatórios de gestão perante os órgãos de controle.

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

cas de coleta dos dados e a matriz de relevância, os valores atribuídos aos indicadores conforme detalhado adiante. Importante salientar que em todos os indicadores a fonte de verificação secundária está presente.

A matriz de relevância apresenta a valoração estabelecida para os componentes críticos para a implantação da intervenção. O encontro com o GTRHE presencialmente foi em dezembro de 2019, quando ocorreu a validação do modelo lógico do programa e da pergunta avaliativa, e a atribuição de valores aos indicadores pelos *stakeholders*. Porém, os demais encontros ocorreram de forma remota devido ao estado de emergência na saúde pública em consequência da pandemia da covid-19.

A escala de significância da matriz de relevância foi baseada na literatura. Santos & Cruz (2014)[22] referiram sua escala como: muito relevante, que é representada por RRR; relevante, representada por RR; ou pouco relevante, representada por R, sendo essa escala utilizada na pesquisa.

A concepção da matriz de relevância foi baseada nos valores atribuídos aos indicadores, na reunião presencial, com os *stakeholders*, representados por pessoas envolvidas na intervenção e avaliação, com base na literatura analisada, e na contribuição de especialistas integrantes da banca examinadora do projeto. Foram atribuídos para cada critério valores de R, RR ou RRR, conforme o peso de sua importância. Cada indicador teve sua relevância representada pelo valor de R, aqui atribuído com valor de 10 (R=10), podendo a pontuação variar entre 10, 20 e 30.

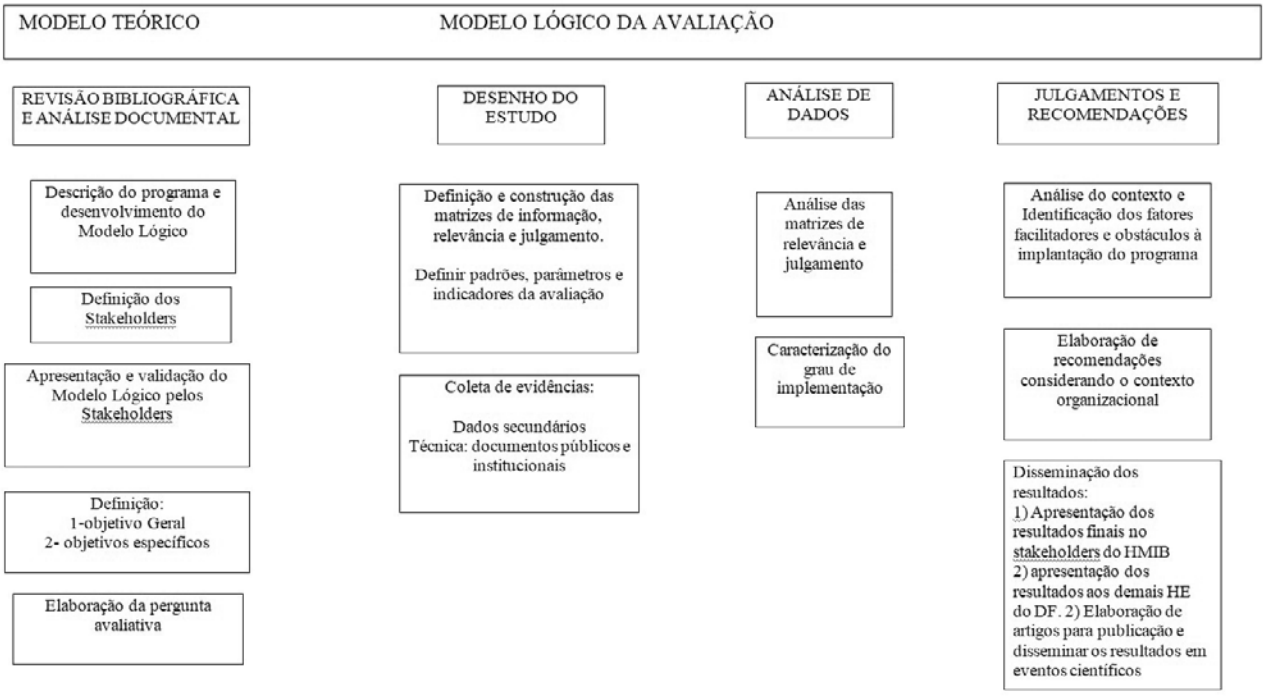
Para a construção das matrizes de julgamento, foram avaliados os componentes estruturais insumos e atividades, e incluídos os indicadores que alcançaram o grau de muito relevante, nas subdimensões de disponibilidade e da qualidade técnica, caracterizando assim a dimensão de conformidade nos diferentes momentos. Além disso, a matriz de julgamento incluiu os parâmetros definidos para a apreciação dos componentes citados.

As etapas da avaliação estão descritas no Quadro 2, que apresenta todos os passos do processo avaliativo realizado.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), atendendo aos requisitos da resolução n.º 466, de dezembro 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O comitê da ENSP/Fiocruz aprovou o projeto sob o CAAE 46559220.0.0000.5240 e o Comitê de Ética em pesquisa da FEPECS, sob o CAAE 46559220.03001.5553.

Quadro 2

Modelo lógico da avaliação, Brasília, 2022.



RESULTADOS

Os Programas de Saúde são planejados para modificar uma situação indesejável em um tempo e contexto específicos, utilizando um conjunto de meios organizados[23]. O PCHE surgiu como proposta para resolver as dificuldades institucionais encontradas pelos hospitais de ensino, para ampliar a inserção e o alinhamento de suas diretrizes e princípios àqueles preconizados pelo SUS. Operacionalmente, visava adequar tais diretrizes e princípios a novos arranjos contratuais implantados nas políticas públicas daquele momento[24].

O marco inicial de ações voltadas para os HEs ocorreu em 22 de maio de 1987, com o estabelecimento do Índice de Valorização Hospitalar (IVH) para apreciação do desempenho daquelas instituições. Esse índice parte de um valor de repasse básico, podendo ser acrescido dependendo das atividades desenvolvidas pelo hospital. Essa iniciativa não obteve o desfecho esperado, principalmente pela ausência de acompanhamento e avaliação dos hospitais.

Assim, em 1991, o Secretário de Assistência à Saúde do MS extinguiu o IVH e criou para os HEs o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), aplicável aos hospitais reconhecidos pelo MEC. Esse critério está em funcionamento há mais de cinco anos, vinculado ao Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (Sipac) do MS, como centro de referência nacional.

Em 1990, a Lei nº 8.080, que dispõe sobre as condições para promoção da proteção e recuperação da saúde e sobre o funcionamento dos serviços correspondentes, integrou os serviços dos HEs ao SUS, tendo todos os seus serviços remunerados por aquele Sistema[25]. Nos termos da legislação vigente, os serviços dos HEs integram-se ao SUS por força de um convênio, mantendo sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ao ensino, à pesquisa e à extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estavam vinculados[26].

Em 2003, em meio a um ambiente de muitos questionamentos sobre o real papel de alguns hospitais recebedores dos recursos previstos no FIDEPS, houve um movimento liderado pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino e apoiado pela Frente Parlamentar da Saúde. Esse movimento promoveu sucessivas audiências públicas que resultaram no envolvimento de quatro ministérios e várias entidades relacionadas ao assunto, contempladas na Portaria Interministerial nº 562, de 12 de maio de 2003, dos Ministérios da Educação e Cultura (MEC), da Saúde (MS), da Ciência e Tecnologia (MCT) e do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Essa portaria cria uma comissão para avaliar e diagnosticar a situação dos HEs e para reorientar ou reformular a política hospitalar, sendo composta por representantes das seguintes instituições: MS; MEC; MPOG; MCT; Associação Nacional de Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior; Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais e Municipais; Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde; Associação Brasileira de Educação Médica; Diretório Nacional dos Estudantes de Medicina; Associação Brasileira de Enfermagem; Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem; Comissão de Seguridade Social e Família e Comissão de Educação da Câmara dos Deputados[27].

Em 2009, Ademar Arthur Chioro, professor e pesquisador da Universidade Federal de São Paulo, pontuou que a construção de uma nova política para os HEs envolveu diversos atores sociais. Nos debates produzidos nessa Comissão, apontava-se para a mudança nos modelos de financiamento, contratualização e pagamentos. Assim, a necessidade de um novo modelo de financiamento consolidou-se no MS aos poucos, com a implantação de contratos de metas e a redefinição de compromissos com os HEs em termos de assistência, ensino, formação e educação permanente, produção de pesquisa e inserção de novas tecnologias. Esse modelo ainda tem o importante papel de indutor de diversas políticas prioritárias do SUS com interfaces com HEs, como a Política Nacional de Humanização, a participação nos sistemas estaduais de urgência e a implantação de mecanismos de gestão participativa e controle social[27].

Desse movimento, resultaram também a Portaria Interministerial MEC/MS n.º 1.000, de 15 de abril de 2004, que estabeleceu as bases para o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino; a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.006, de 27 de maio de 2004; e a Portaria MS nº 1.702, de 17 de agosto de 2004, revogada pela Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013. Os anos de 2003 e 2004 foram os anos de ouro, momento de visibilidade do programa nos ministérios e na sociedade. Quando o programa foi formalizado, estabeleceram-se os critérios de certificação e contratu-

alização e de seu funcionamento. A nova proposta de certificação incorporou a possibilidade de avaliação e fornecimento de informações sistemáticas sobre o perfil das instituições, como também a inclusão de critérios mínimos relacionados ao ensino, à pesquisa e à assistência.

Durante o período entre 2004 e 2006, muitos hospitais estavam em processo ou foram certificados e contratualizados. No ano de 2006, ocorreu a extinção do FIDEPS e o repasse financeiro foi incorporado ao PCHE. A Portaria Interministerial n.º 2.988, de 22 de novembro de 2006, do MS/MEC/MPOG/MCT, segundo movimento conjunto dos quatro ministérios, alterou a composição da comissão constituída em 2003. O MPOG, entre os inúmeros desafios, registra que: *a implantação de modelos de gestão adequados a organizações complexas – e o HE é uma das mais complexas – pouca atenção se dedicou ao acompanhamento desse programa*[28]. O MCT também diminuiu sua atenção sobre o assunto. Já o MEC voltou sua atenção ao Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais e depois de um período retornou parcialmente sua atenção ao HE, com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, em 2011. O Ministério da Saúde, que liderou o início do processo e financiou o Programa em sua quase totalidade, com o tempo passou a tratá-lo como mais um entre tantos programas existentes na sua pasta[28].

Em 2015, foi publicada a Portaria Interministerial MS/MEC nº 285, de 24 de março, último instrumento a definir os critérios de certificação dos HEs, e, desde então, havia uma promessa, informal, da publicação de novas diretrizes. A partir daquele ano, as portarias seguintes, publicadas em 2018, 2019 e 2021, prorrogaram as certificações existentes e alteraram a forma de financiamento, levando o incentivo para dentro do bloco de investimento na alta e média complexidades (MAC), alterando seu discricionário inicial.

Em resumo, o Programa foi idealizado com o objetivo de garantir de forma progressiva e planejada a melhoria da qualidade da assistência, do ensino, da pesquisa e da gestão; garantir a qualidade de formação de profissionais de saúde; estimular a inserção da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na gestão de tecnologias; garantir a inserção dos HEs na rede de atenção à saúde; estimular e integrar os hospitais aos programas e projetos que ampliam a oferta de profissionais médicos ao SUS[2].

A recuperação da história do programa para os HEs no decorrer dos anos pode ser constatada ao longo da linha do tempo, conforme quadro abaixo, que revela o caminho percorrido na sua construção, evidenciando suas transformações, controvérsias e adequações.

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

Os componentes norteadores do programa, técnicos e estruturais estão descritos no modelo lógico apresentado na Figura 4.

Os achados quantitativos foram descritos para cada componente técnico (assistência e gestão, ensino e pesquisa) por componente estrutural (insumo e atividade) no momento pré e durante a pandemia da covid-19. Além disso, eles foram detalhados por células operacionais, isto é, para os arranjos operacionais específicos do 'pré-parto' e do 'parto e pós-parto'. Deve-se destacar que a divisão em 'pré-parto' e 'parto e pós-parto', como já descrito, foi ditada por questões de afinidades das equipes em atuação e do lócus da implantação, de forma a facilitar o acompanhamento e as recomendações e ajustes, se necessário.

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

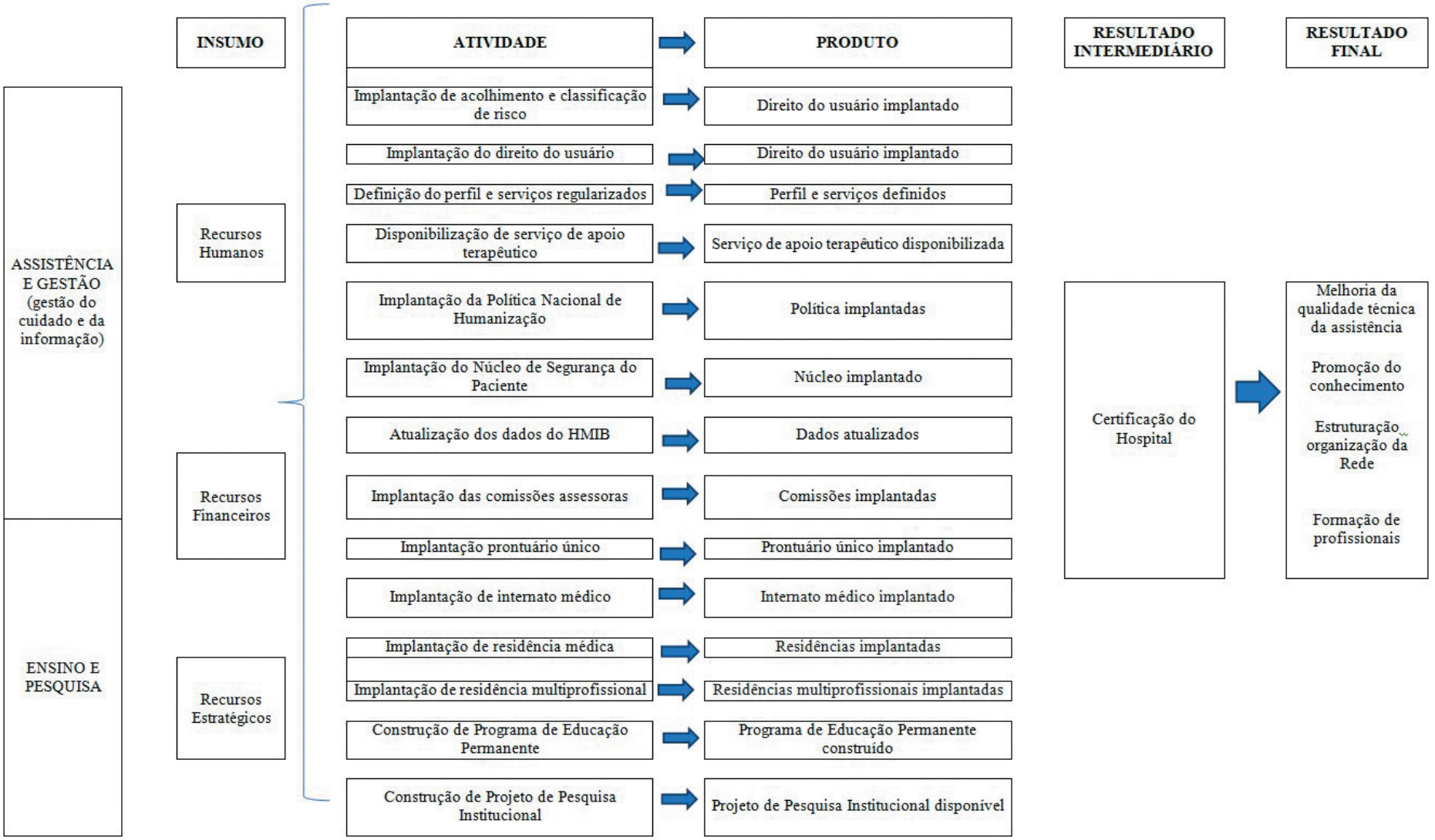
Quadro 3

Síntese da legislação sobre Programa de Certificação de Hospital de Ensino, Brasília 2022.

Normativa	Assunto
Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990.	Integra os HUE ao SUS.
Portaria GM/MS nº 1.127, 31 de agosto de 1999.	Avalia os hospitais recebedores do FIDEPS.
Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPGO nº 562, de 12 de maio de 2003.	Cria a Comissão para avaliar e diagnosticar a situação dos HUE e propor melhorias.
Portaria MS/GM nº 1.098, de 10 de julho de 2003.	Estipula valor de repasse financeiro aos Hospitais.
Portaria MS/GM nº 1.560, de 11 de agosto de 2003.	Suspende novas habilitações para o FIDEPS.
Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.000, de 15 de abril de 2004.	Define a certificação dos HUE.
Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.005, de 27 de maio de 2004.	Define a documentação comprobatória para certificação.
Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.006, de 27 de maio de 2004.	Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde.
Portaria MS/GM nº 1.007, de 27 de maio de 2004.	Estabelece o recurso financeiro destinado aos HUE.
Portaria MS/GM nº 1.702, de 17 de agosto de 2004.	Cria o programa de reestruturação dos HUE.
Portaria MS/GM nº 1.703, de 17 de agosto de 2004.	Destina verba aos HUE.
Portaria MS/GM nº 2.352, de 26 de outubro de 2004.	Regulamenta a alocação dos recursos financeiros destinados ao processo.
Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.355, de 26 de outubro de 2004.	Altera os arts. 4º e 5º da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.005/2004, que trata da documentação comprobatória para certificação.
Portaria nº 1.082, de 04 de julho de 2005.	Extingue o FIDEPS e o recurso passa a ser incorporado ao programa de certificação dos HEs.
Portaria Interinstitucional MS/MEC/MCT/MPOG nº 2.988, de 22 de novembro de 2006.	Reformula a comissão de acompanhamento do Programa.
Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.400, de 07 de outubro de 2007.	Estabelece os requisitos para a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.
Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPOG nº 68, de 16 de janeiro 2008.	Inclui membros na comissão interministerial.
Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.916, de 21 de setembro 2008.	Constitui a comissão de certificação.
Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dez de 2013.	Define diretrizes para contratação.
Portaria GS/MS nº 142, de 27 de janeiro de 2014.	Institui IGH e regras para contratualização.
Portaria Interministerial MS/MEC nº 285, de 24 de março de 2015.	Define as diretrizes para a certificação dos HEs.
Portaria de Consolidação GS/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017.	Regula formas de transferência de recursos para o SUS.
Portaria MS nº 2.925, de 1 de novembro de 2017.	Revoga as legislações que instituem o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH).
Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.302, de 30 de julho de 2018.	Prorroga o prazo da certificação.

Figura 4

Modelo Lógico.



que atingiram 80% ou mais nas dimensões analisadas receberam a pontuação máxima, significando que o componente estava implantado[8].

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

Os diferentes indicadores utilizados foram agrupados em índices conforme sua semelhança, compondo os seis componentes, quais sejam: conformidade de recursos humanos, índice de implantação de ambiência, índice de implantação de estrutura, índice de implantação de informação, índice de implantação do cuidado e índice de implantação de ensino e pesquisa. Essa estruturação possibilitou identificar os responsáveis por alterações da conformidade, quando existente, e dessa forma ofertar recomendações específicas.

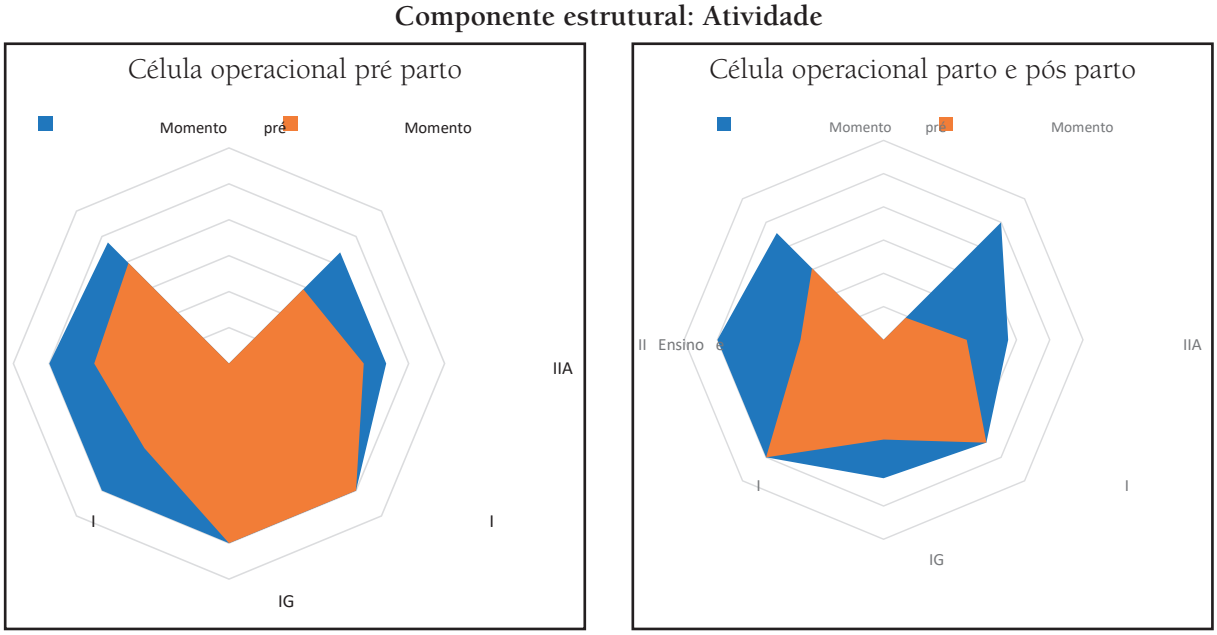
O grau de implantação do PCHE na maternidade, com foco na DHEG, foi bem-sucedido, mesmo com diferentes índices e porcentagens de conformidades em momentos distintos.

Pode-se observar que a porcentagem de conformidade dos indicadores que compõem os diferentes critérios de insumo esteve inalterada nos dois momentos avaliados, apresentando o grau de implantação de 85,1% e determinando, assim, que esse componente na célula 'pré-parto' estava implementado em conformidade com o PCHE; na célula 'parto e pós-parto' o grau de implantação foi de 91,1% no momento pré-pandêmico e 84,1% no pandêmico. Da mesma forma, quando avaliadas as atividades, o grau de conformidade encontrado na célula 'pré-parto' foi de 95,3% no momento 1 e 79,1 no momento 2; quando observada a célula 'parto e pós-parto', esse grau foi de 95,1% e 60,0% nos diferentes momentos.

Conforme se verifica, os insumos alcançaram o grau implantado nos dois momentos; já as atividades, alcançaram o grau implantado no momento pré-pandemia, mas, no momento pandêmico, esse grau foi de parcialmente implantado, demostrando o rompimento dos processos em decorrência da catástrofe sanitária, conforme observado na Figura 5 a seguir.

Figura 5

Gráficos comparativos do grau de conformidade alcançado nas diferentes células operacionais no momento pré-pandêmico e pandêmico, Brasília, 2022.



Legenda: CRH: conformidade de RH; II: Índice de Implantação; IG: Índice de ambiência; GICA: Grau de implantação do componente atividade.

SÍNTESE AVALIATIVA E LIÇÕES APRENDIDAS

O PCHE apresenta-se como uma ferramenta multifuncional, podendo e devendo ser usada para aperfeiçoar a assistência, a gestão, o ensino e a pesquisa na saúde. Ele proporciona condições para a instituição buscar meios de melhorar o atendimento aos pacientes, otimizar os processos de trabalho e produzir uma equipe produtiva e qualificada, tornando-se uma instituição de referência em assistência à saúde, de acordo as políticas mundiais[29]. Além disso, o Programa também fomenta a pesquisa com foco no perfil assistencial da instituição, a formação de profissionais de saúde capacitados e a incorporação de novas tecnologias.

O objetivo a longo prazo do Programa de Certificação é a melhoria da qualidade técnica da assistência, a estruturação e organização da rede de assistência, a formação de profissionais qualificados e a promoção do conhecimento. Nesse sentido, o Programa do HMIB foi considerado como tendo alcançado um resultado parcial no momento pandêmico do componente estrutural atividade, podendo-se verificar, além da certificação, o efeito das não conformidades encontradas.

Conclui-se que o Programa de Certificação no HMIB com foco na Doença Hipertensiva Específica da Gestação foi considerado como implantado. O componente estrutural insumo alcançou um grau de conformidade definido como implantado nos dois momentos avaliados, isto é, antes e durante a pandemia, apesar de apresentar grau diverso de implantação.

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

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

Os indicadores que apresentam resultados de baixa conformidade com o PCHE influenciam na qualidade da prestação de assistência ao usuário, e o momento da pandemia perturbou os processos já em andamento da mesma forma que a literatura apresentou em outras instituições de saúde pelo país e pelo mundo.

Os resultados indicam que o Programa de Certificação do Hospital de ensino com foco na Doença Hipertensiva Específica da Gestação está implantado conforme as normativas previstas, mesmo tendo havido uma leve perturbação no grau de conformidade do insumo e da atividade durante o período pandêmico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria interministerial GM/MS nº 1000 de 15 de abril de 2004. Certifica como hospital de ensino as instituições hospitalares que servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área da Saúde. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília. Edição número 73 de 16/04/2004. [acesso em: 2019 set 7]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri1005_27_05_2004.html.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). [Internet]. Brasília, 2015. [acesso em: 2019 out 13]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.htm.

3. Brasil. Ministério da Saúde. MS, Opas, Conass e Conasems apresentam proposta de plano nacional para enfrentamento da mortalidade materna e infantil. [Internet]. Publicado em: 16/08/2021. [acesso em: 2021 set 16]. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/noticia/13457.

4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico, vol. 52, nº 29, ago. 2021. [Internet]. Brasília 2021. [acesso em: 2021 set 16]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/agosto/9/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf.

5. Agência Brasil, [internet]. [citado em: 2022 mai 28]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-05/brasilteve-em-2021-media-de-107-mortes-cada-100-mil-nascimentos.

6. Ramos JGL, Sass N, Costa SHM. Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2017. [acesso em: 2019 set 16]. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/12PRE_ECLAyMPSIA.pdf.

7. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, Karumanchi SA, McCarthy FP, Saito S *et al*. Hypertensive Disorders of Pregnancy: ISSHP Classification, Diagnosis, and Management Recommendations for International Practice. Hypertension [Internet]. 2018 Jul.;72(1):24-43. [cited 2019 Jun 05]. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10803.

8. Croda JHR, Garcia LP. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2020;29(1):e2020002. [cited 2022 Ago 27]. Available from: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100021.

9. World Health Organization. Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. [Internet]. [cited 2022 abr 14]. Available from: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefingon-covid-19---8-december-2021.

10. Brasil. Distrito Federal Decreto nº 40.530, de 18 de março de 2020. Altera o Decreto nº 40.528, de 17 de março de 2020, que estabelece ponto facultativo no âmbito da administração pública direta e indireta do Distrito Federal. [Internet]. Diário Oficial 2022 mar 18. [acesso em: 2020 mar 20]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/8f1584fe78ea40da96730d655cf3046a/exec_dec_4 0530_2020.html.

11. Echer IC. A revisão de literatura na construção do trabalho científico. Rev Gaúch Enferm. 2001;5-20.

12. Sá-Silva JR, Almeida CD de, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. RBHCS [Internet]. 7º de julho de 2009 [citado 20 de dezembro de 2020];1(1). Disponível em: https://www.periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351.

13. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL, Azevedo D de A. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: EDUSP, Gente; 2004.

14. Guijt I, Kusters C, Lont H, Visser I. Developmental Evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use Report from an Expert Seminar with Dr. Michael Quinn Patton. Centre for Development Innovation, Wageningen University & Research centre. March 22, 2012. [cited 2020 set. 19]. Available from: https://library.wur.nl/WebQuery/wurpubs/fulltext/216077.

15. Robert KY. Estudo de Caso. São Paulo: Bookman, 2003.

16. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação conceitos e métodos. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2011.

17. Yin RK. Estudo de caso. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2003.

18. Drummond M. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1997.

19. Champagne F, Hartz Z, Brousselle A, Contandriopoulos AP. A Análise da Implantação. In Avaliação conceitos e métodos. Editora Fiocruz, 2011, p. 217-238.

20. Lopes MH. Avaliação da implementação das ações de prevenção da transmissão vertical de sífilis no prénatal em Unidades de Saúde da Família de Cuiabá. [teses]. Rio de Janeiro (RJ). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.

21. Vuori H. A qualidade da saúde. Divulgação em Saúde para Debate, n. 3, p. 17-24, fev. 1991.

22. Santos EM dos, Cruz MM da. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2014.

23. Hartz Z. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

24. Lima SML. Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2009.

25. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 de set 1990; pg18055.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.034. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet]. Brasília: 2019. [acesso em: 2020 set 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010.html.

27. Chioro RAA. Entre a intenção e o ato: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2011). [tese]. São Paulo (SP): UNIFESP, 2011.

28. Lampert JB, Barbosa Neto F, Streit DS, Moraes VA de, Brenelli SL. Hospitais de ensino: a trama da crise. Rev bras educ med [Internet]. 2013 Abr;37(2):155-6. [acesso em: 2022 Set 12]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/xtLtrF4C4YxVQqghzLHhLgD/.

29. Join Comission International. [Internet]. 2022. Disponível em: https://www.jointcommissioninternational.org/.