

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Natália Cristina de Oliveira

**Impactos do projeto Pré-natal Baseado em Evidências (PRENABE) na
assistência materno-infantil: uma proposta de intervenção no Distrito Sanitário
Nordeste, Belo Horizonte, Minas Gerais.**

Belo Horizonte
2018

Natália Cristina de Oliveira

Impactos do projeto Pré-natal Baseado em Evidências (PRENABE) na assistência materno-infantil: uma proposta de intervenção no Distrito Sanitário Nordeste, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP/MG), como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Ms Nayara Dornela Quintino
Coorientadora: Esp. Maria Luisa F. Tostes.

Belo Horizonte
2018

O48i Oliveira, Natália Cristina de.
Impactos do projeto pré-natal baseado em evidências (PRENABE) na assistência materno-infantil: uma proposta de intervenção no Distrito Sanitário Nordeste, Belo Horizonte, Minas Gerais. / Natália Cristina de Oliveira. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2018.

69 p.

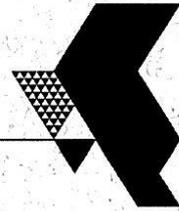
Orientador(a): Nayara Dornela Quintino; Maria Luisa F. Tostes.

Projeto de Intervenção (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Cuidado pré-natal. 2. Avaliação em saúde. 3. Indicador de saúde.
I. Quintino, Nayara Dornela. II. Tostes, Maria Luisa F. III. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. IV. Título.

NLM WA 310



ATA

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da (o) aluna (o): **Natália Cristina de Oliveira**, com o título: "Impactos do projeto Pré-natal Baseado em Evidências (PRENABE) na assistência materno-infantil: uma proposta de intervenção no Distrito Sanitário Nordeste, Belo Horizonte, Minas Gerais" foi avaliado pela banca composta por: Nayara Dornela Quintino (Orientadora), Thaís Lacerda e Silva (Avaliadora) e Letícia Rodrigues (Avaliadora) foi considerado APROVADA obtendo Nota/Conceito 100 / A.

Reformulações:

- () Sugeridas – Somente para Conceito A, B e C;
(X) Não se aplicam.

Obs: _____

Belo Horizonte, 15 de junho de 2018.

Nayara Dornela Quintino
Orientador (a)

Thaís Lacerda e Silva
Avaliador (a)

Letícia A. Rodrigues
Avaliador (a)

Dedico a conclusão deste trabalho, em especial, a minha família, pela fortaleza que representam em minha vida, pelo constante incentivo na busca do saber, do aperfeiçoamento e formação profissional.

AGRADECIMENTOS

“Deus não poderia me inspirar desejos irrealizáveis”. Inspirada pelas palavras de Santa Terezinha do Menino Jesus e considerando que durante este trabalho, as dificuldades não foram poucas, os desafios foram muitos e os obstáculos, muitas vezes, pareciam intransponíveis, apesar da sinuosidade do caminho, a garra e a tenacidade foram mais fortes.

Os ensinamentos foram se transformando em atos, se abrindo em arte. A arte de compreender como as políticas públicas de saúde se inserem, transformam e (re) orientam o cotidiano das pessoas.

Enfim, meus cordiais e sinceros agradecimentos, primeiro à Deus pelas bênçãos, oportunidades e privilégios que me foram oferecidos em compartilhar tamanha experiência e por me proporcionar novos caminhos.

A todos aqueles que se fizeram presentes e contribuíram ao longo dessa trajetória. Aos amigos e colegas de trabalho que compartilharam os desafios dessa caminhada na formação de sanitarista.

Aos meus colegas de turma e docentes da ESP/MG cujos laços de amizade perpetuarão.

A minha orientadora Nayara Dornela Quintino por sua dedicação, incentivo e por me proporcionar permear pelos caminhos da sistematização de políticas públicas em saúde com muita leveza.

A minha coorientadora Maria Luisa F. Tostes, pela dedicação, disponibilidade e compartilhamento de saberes e experiências na luta pela construção do SUS.

Gratidão a todos por ser luz em minha vida.

“Um dia você vai olhar para trás e ver que os problemas eram, na verdade, os degraus que te levaram à vitória”.

Jordel Monteiro

RESUMO

A qualificação do cuidado ofertado pelas equipes de saúde da família e a articulação em rede perinatal integrada ainda é um desafio para as políticas públicas de saúde da mulher e da criança. Inúmeros também são os desafios em torno da necessidade de conceber e implantar uma cultura de monitoramento e avaliação de políticas públicas, visto que inexiste, na administração pública brasileira, uma prática consagrada ou uma cultura institucional de avaliação. Este estudo objetiva elaborar uma proposta de um sistema de monitoramento e avaliação dos impactos do projeto Pré-Natal Baseado em Evidências (PRENABE) na qualidade da assistência materno-infantil, no Distrito Sanitário Nordeste, Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de um projeto de intervenção, no qual se realizou revisão de literatura na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, elaboração do modelo lógico do projeto PRENABE e do painel de indicadores, definição do plano de ação para implantação do projeto de intervenção. O instrumento de monitoramento foi construído após o delineamento do modelo lógico do projeto PRENABE e os indicadores foram definidos considerando os componentes de resultados (curto, médio e longo prazo) do modelo lógico. Estes serão submetidos a apreciação, correções e validação da equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte responsável pela concepção do projeto PRENABE. O monitoramento e avaliação visam subsidiar a tomada de decisão e constituem uma prática reflexiva pessoal e institucional que promove transparência, regularização e melhorias contínuas nos processos de gestão.

Palavras Chave: Cuidado Pré-natal, Avaliação em saúde, Indicador de saúde.

ABSTRACT

The qualification of care offered by family health teams and integrated perinatal network articulation is still a challenge for public health policies for women and children. Numerous are also the challenges surrounding the need to design and implement a culture of monitoring and evaluation of public policies, since there is no established practice or institutional evaluation culture in the Brazilian public administration. This study aims to elaborate a proposal for a system to monitor and evaluate the impact of the Evidence-Based Prenatal Project (PRENABE) on the quality of maternal and child care in the Northeastern Health District, Belo Horizonte, Minas Gerais. It is an intervention project, in which a literature review was carried out in the Virtual Health Library (BVS) database, the PRENABE project was developed and the panel of indicators was defined, the action plan was defined for the implementation of the intervention project. The monitoring instrument was constructed after the design of the PRENABE project logic model and the indicators were defined considering the results components (short, medium and long term) of the logic model. These will be submitted to appreciation, corrections and validation of the technical team of the Municipal Health Department of Belo Horizonte responsible for the design of the PRENABE project. Monitoring and evaluation aims to support decision making and is a reflexive personal and institutional practice that promotes transparency, regularization and continuous improvements in management processes.

keywords: Prenatal care, Health evaluation, health indicator.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Painel de indicadores para monitoramento e avaliação dos impactos assistenciais do projeto PRENABE.....	47
Quadro 2 Plano de Ação.....	55

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	O ciclo da política pública.....	21
Figura 2	Regiões administrativas de Belo Horizonte, Minas Gerais.....	37
Figura 3	Mapa da vinculação das gestantes dos centros de saúde para as maternidades do SUS-BH.....	40
Figura 4	Modelo Lógico do Projeto Pré-natal baseado em Evidências (PRENABE).....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção primária à saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CMDI	Centro Municipal de diagnóstico por imagem
CMO	Centro Municipal de Oftalmologia
CREAB	Centro de Reabilitação
CRIE	Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
ESB	Equipes de saúde bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESM	Equipes de saúde mental
GCT	Gestão do Cuidado no Território
GEAPS	Gerência de Atenção Primária à Saúde
GEDSA	Gerência de Educação em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NV	Nascidos Vivos
PIB	Produto Interno Bruto
PN	Pré-natal
PRENABE	Pré-natal Baseado em Evidências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIM	Sistema de informação sobre mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SPP/BH	Subsecretaria de Participação Popular de Belo Horizonte
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de mortalidade infantil
UPA	Unidades de Pronto-Atendimento
URS	Unidade de Referência Secundária

SUMÁRIO

1 . INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. OBJETIVOS.....	18
3.1.Objetivo Geral.....	18
3.2. Objetivos Específicos.....	18
4. REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1. Políticas Públicas e a cultura de monitoramento e avaliação.....	19
4.2. Sistemas de monitoramento e avaliação: aspectos conceituais.....	23
4.3. O projeto Pré-Natal Baseado em Evidências (PRENABE).....	28
5. METODOLOGIA	34
6. DESENVOLVIMENTO	35
6.1. Caracterização do local de intervenção.....	35
6.2. Modelo lógico do PRENABE e indicadores de monitoramento e avaliação.....	43
6.3. Plano de ação do sistema de monitoramento e avaliação.....	53
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

1. INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde voltadas à população materno-infantil têm como prioridade a atenção integral às mulheres na gestação e à criança nos primeiros anos de vida, visando à garantia de assistência à saúde para ambas, além de promover estratégias para prevenção e redução da mortalidade materno-infantil (VICTORA et. al., 2011).

Sabe-se que os fatores sociodemográficos e de vida influenciam fortemente os resultados sobre a saúde materno-infantil e para Gaiva; Fujimori e Sato (2016) estes fatores constituem a rede causal da determinação da mortalidade, em especial da mortalidade neonatal. No entanto, os benefícios da realização de um pré-natal de qualidade e da assistência adequada ao recém-nascido destacam-se como fator essencial na proteção e na prevenção de eventos adversos, sendo a redução da mortalidade materna e infantil o principal benefício (ROSA; SILVEIRA, COSTA, 2014).

Sendo assim, o monitoramento contínuo e a avaliação de ações implantadas para este grupo populacional são essenciais e possibilitam a identificação dos avanços e retrocessos na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde prestados, fortalecendo a gestão pública a partir da observação das evidências, do desempenho e, em alguns casos, do impacto resultante de suas ações (DENIS, 2010). Em Belo Horizonte, historicamente, muitas iniciativas têm sido instituídas com o objetivo de oferecer cuidado oportuno e qualificado às gestantes e aos recém-nascidos. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada em Belo Horizonte há cerca de 16 anos, vem fomentando avanços significativos no modelo de assistência à saúde e consolidando-se como *locus* privilegiado para o cuidado da mulher e da criança e do pré-natal de risco habitual (BRASIL, 2011 a). A gestão municipal tem-se empenhado no fortalecimento da atenção primária à saúde (APS), ponto da rede capaz de propiciar à população a atenção necessária para a solução da maioria dos seus problemas de saúde e ordenadora do cuidado por meio da criação do vínculo, coordenação, integralidade e responsabilização (BRASIL, 2010 a).

Realizou-se em 2016 em Belo Horizonte, o monitoramento do estado de saúde da população da capital (SMSA/BH, 2016 b), o qual apresentou resultados que apontavam para a necessidade de aprimoramento em questões relacionadas ao cuidado de saúde materno-infantil, como por exemplo, o pré-natal de risco habitual.

A divulgação deste relatório culminou com o aquecimento da rede SUS/BH para as discussões da Estratégia da Gestão do Cuidado no Território (GCT) que visa sistematizar o apoio às equipes de saúde da família, a organização dos macroprocessos da APS e o cuidado integral da população (SMSA/BH, 2016 a). Impulsionados por este desejo de fortalecimento da estratégia de saúde da família, da qualificação do dinâmico processo de trabalho da APS e considerando que entre os diversos desafios para a qualidade assistencial, a formação dos profissionais para atuação no modelo da Saúde da Família ainda encontra-se defasada em relação ao modelo assistencial proposto, foi implantado, em 2016, o Projeto Pré-Natal baseado em Evidências (PRENABE). Sendo este uma estratégia para a qualificação do cuidado materno-infantil, desenvolvido em parceria da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e as Maternidades de referência na Rede SUS/BH, que tem como objetivo empoderar os profissionais médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família para realização do pré-natal de risco habitual (SMSA/BH 2017 a).

Neste contexto, considerando que a APS e de modo especial as equipes de saúde da família podem contribuir para a redução da mortalidade fetal, infantil e materna evitáveis, através de um pré-natal de qualidade, a proposta é que o projeto PRENABE seja implantado em todos os Distritos Sanitários de Belo Horizonte. A estratégia de implantação será por oficinas temáticas as quais já foram implantadas no Distrito Sanitário Norte (SMSA/BH, 2017 a).

Apesar do Distrito Sanitário Norte ter sido o piloto para a realização do projeto PRENABE não há até o presente momento, um sistema de monitoramento e avaliação definido para o projeto PRENABE. Sabe-se que ao se investir na institucionalização da avaliação busca-se contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção primária, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

No Distrito Sanitário Nordeste as fases de implantação para o projeto PRENABE teve início o ano de 2017 e será retomado em 2018. Entretanto, identificou a necessidade de estruturar um sistema de monitoramento e avaliação, com o objetivo principal de supervisionar e produzir resultados do projeto PRENABE

no referido distrito, subsidiando melhorias e novas intervenções para redução da mortalidade materna, infantil e fetal na região.

À luz desta situação-problema o presente estudo tem como objetivo elaborar uma proposta de um sistema de monitoramento e avaliação dos impactos do projeto Pré-Natal Baseado em Evidências (PRENABE) na qualidade da assistência materno-infantil, no Distrito Sanitário Nordeste, Belo Horizonte, Minas Gerais.

2. JUSTIFICATIVA

Embora as políticas de saúde criadas para assistir às mulheres durante a gestação tenham sofrido mudanças e ampliações, ainda se observa a incidência de agravos evitáveis, como óbitos fetais, infantis e maternos, sendo muitos deles reduzíveis por uma assistência pré-natal de qualidade (FERREIRA et. al, 2017). Observa-se também a persistência da dificuldade de acesso à assistência pré-natal em algumas regiões do País e uma baixa qualidade da atenção prestada à mulher, no ciclo gravídico-puerperal.

Apesar da necessidade de avanços no cuidado materno-infantil, é importante reconhecer e considerar que a implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil ampliou o acesso da população aos serviços de saúde, melhorou a situação de saúde da população e contribuiu para a redução significativa das taxas de mortalidade infantil, pós-neonatal e neonatal (MACINKO et. al., 2007). Redução mais expressiva no componente pós-neonatal, muito impactada por ações de melhoria de condições de vida, como saneamento básico.

Em estudo de revisão realizado por Nunes et. al. (2016), ao investigarem a qualidade da atenção pré-natal no Brasil de 2005 a 2015 concluíram que houve aumento da cobertura da atenção pré-natal ao longo dos últimos dez anos em quase todo o país, a despeito da qualidade, com elevado nível de inadequação. Destacaram-se como fatores que contribuem para a baixa qualidade da atenção pré-natal a não realização dos exames laboratoriais de rotina, os procedimentos básicos recomendados, as prescrições e orientações durante as consultas. A análise dessas variáveis somadas aos fatores investigados para qualificação do pré-natal apontaram para uma queda significativa dos índices de adequação à assistência pré-natal. Diante disso, foi evidenciado que a atenção pré-natal do Brasil da última década não pode ser considerada adequada, carecendo de melhorar significativamente em vários aspectos da assistência, principalmente de forma qualitativa. Enfatiza também que os estudos de avaliação dos serviços de saúde revelam ser excelentes ferramentas para a análise de condições relacionadas à qualidade da assistência pré-natal. Assim, contribuem como instrumento para estudos futuros relacionados à implementação de novas ações, políticas e estratégias que promovam a melhoria dos serviços de assistência à gestante.

Nesta perspectiva, a qualificação do cuidado ofertado pelas equipes de saúde da família e a articulação em rede perinatal integrada ainda são grandes desafios, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado voltado para a assistência materno-infantil. Portanto, melhorias da atenção obstétrica e neonatal e implementação de práticas baseadas em evidências no pré-natal, atenção ao parto e nascimento são importantes para evitar o óbito fetal, infantil e materno.

Implantar melhorias traz a necessidade de pensar em práticas de monitoramento e avaliação. Entretanto, apesar da relevância, implantar sistemas de monitoramento e avaliação como rotina nos serviços de saúde é um desafio porque esta prática ainda não se faz presente. Do ponto de vista gerencial, sabe-se que implantar melhorias é de suma importância, porém, as mesmas devem ser monitoradas e avaliadas para que se tenha uma análise clara dos resultados das ações implantadas visando a elaboração de propostas de correção, justificando assim a proposta deste estudo.

Para Tamaki et. al. (2012), os processos e práticas de avaliação devem fazer sentido na perspectiva dos diversos atores envolvidos e as interpretações e interações decorrentes devem apresentar relevância tanto na produção dos resultados como no desenvolvimento dos processos de aprendizagem. Portanto, propõe-se a estruturação de um sistema de monitoramento e avaliação dos resultados do projeto PRENABE para o Distrito Sanitário Nordeste. Espera-se que implantando um sistema de monitoramento e avaliação se tenha uma melhor identificação dos resultados alcançados, assim como, elementos para o aprimoramento das práticas de atenção a gestação e gestão em saúde pelo Distrito Sanitário Nordeste.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de um sistema de monitoramento e avaliação dos impactos do projeto Pré-Natal Baseado em Evidências (PRENABE) na qualidade da assistência materno-infantil, no Distrito Sanitário Nordeste, Belo Horizonte, Minas Gerais.

3.2. Objetivos Específicos

- Elaborar modelo lógico do projeto PRENABE.
- Propor indicadores para monitoramento e avaliação do impacto do projeto.
- Definir plano de ação para implantação do sistema de monitoramento e avaliação.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Políticas Públicas e a cultura de monitoramento e avaliação

Há várias definições para políticas públicas, uma delas é a proposta por Thomas Dye, em 1972, o qual definiu política pública de maneira bastante imprecisa, como qualquer ação que os governos escolhem fazer ou não fazer. Já William Jenkins (1978) sofisticou a definição, tratando política pública como um processo, uma conjunção de decisões inter-relacionadas, tomadas por atores políticos ou grupos de atores em relação a metas e recursos para se atingir uma determinada situação. Por fim, James Anderson (1984) define política como o curso de uma ação proposta por um ator ou grupo de atores para a solução de um problema ou uma questão de interesse, indicando que não somente problemas públicos ou sociais se tornam objeto de decisões governamentais (GIOVANELLA, 2012).

As políticas públicas de saúde estão no escopo das políticas sociais e visam tornar transparente a ação do governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa, potencializando os recursos disponíveis e orientando o planejamento (BRASIL, 1998). Já para Paim e Teixeira (2006), políticas de saúde abrangem questões relativas ao poder em saúde na conformação da agenda, formulação, condução, implementação e avaliação de políticas. Neste aspecto instrumental da política de saúde, pode-se visualizar concretamente a estratégia de política adotada, seus princípios e núcleos temáticos, ações que serão realizadas, resultados almejados, os responsáveis pela execução, o volume de recursos disponíveis e sua origem e os indicadores que serão utilizados para avaliar sua execução (GIOVANELLA, 2012).

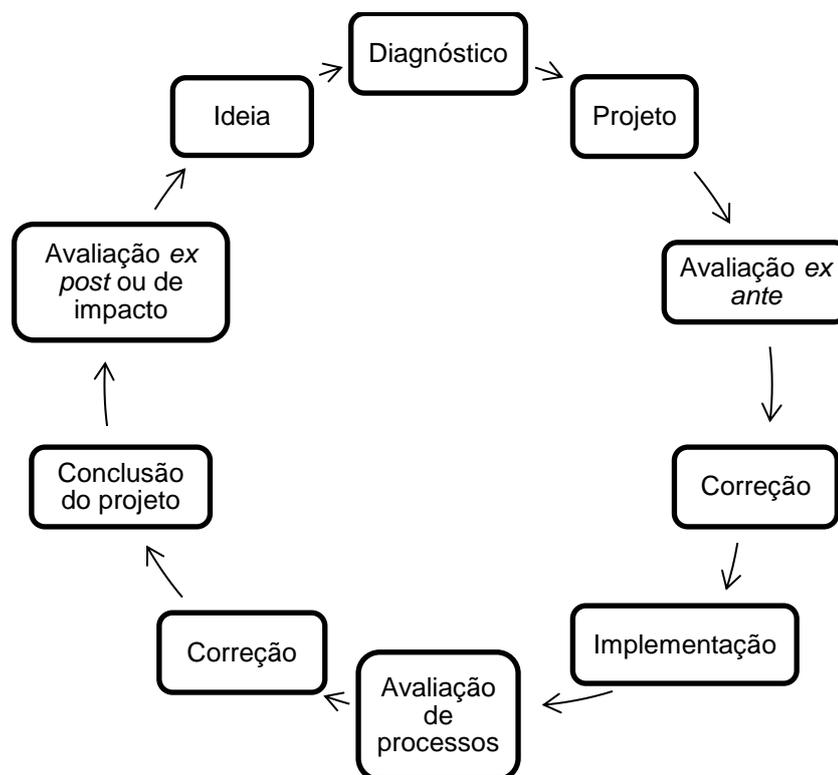
Para poder compreender os diferentes aspectos que compõem o campo das políticas públicas criou-se uma simplificação teórica chamada de “ciclo de políticas públicas”, voltado à compreensão das diferentes etapas que envolvem o processo destas políticas (OLIVEIRA, 2016).

Sendo assim, o ciclo de políticas públicas é organizado em cinco estágios (GIOVANELLA, 2012):

- **Montagem de agenda:** fase do reconhecimento do problema como de relevância pública. Introduce a noção de assuntos e problemas que chama a atenção do governo e da sociedade.
- **Formulação da política:** definição de propostas de solução para o problema. Compreendido como um diálogo entre intenções e ações.
- **Tomada de decisão:** engloba o processo de escolha, pelo governo de uma solução. É o momento em que se desenham as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção.
- **Implementação:** momento de colocar uma solução em prática. É considerada como momento crucial no ciclo de uma política porque nesta fase novas formulações podem ser feitas e decisões tomadas podem ser modificadas ou rejeitadas, alterando inclusive o argumento principal da própria política.
- **Avaliação:** monitoramento de resultados pelo governo ou por outro tipo de organização, visando a subsidiar uma análise da política implementada reconduzindo seu curso.

Considerando que o quinto estágio do ciclo da política pública é a avaliação, Cohen e Franco (1994) *apud* Giovanella (2012) ressaltam que os estudos avaliativos consideram um cenário de ações sobrevindas entre a situação atual (retratada por diagnósticos) e uma nova situação, conforme representado na figura 1.

Figura 1 - O ciclo da política pública



Fonte: Cohen & Franco, 1994 *apud* Giovanella, 2012

Em relação à incorporação do termo *policy analysis* (análise de política pública), o mesmo foi introduzido por Lasswell ainda nos anos 1930, como forma de conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo (SOUZA, 2006).

No entanto, seu estudo sistemático, iniciou-se após a Segunda Guerra Mundial e com a evolução desses estudos, a análise deixou de ter caráter normativo, como propunha Lasswell e passou-se a avaliar as políticas em termos de eficiência ou efetividade e o quanto os governos de fato direcionam seus esforços para atingir as metas estabelecidas (OLIVEIRA, 2016).

Segundo Contandriopoulos (2006), avaliar consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes. Isso permite aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamentos diferentes, se posicionarem e construir

(individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. A institucionalização da avaliação representa uma estratégia importante a ser promovida para melhorar a eficiência do sistema de saúde e para tornar mais eficaz o desempenho do SUS.

Ressalta-se que a finalidade de políticas de avaliação e de melhoria de qualidade não pode ser apenas para demonstrar os problemas, nem propor soluções para os problemas detectados, mas produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O objetivo não é outro senão a identificação, a avaliação e a correção de situações com potencial de ser melhoradas (PISCO, 2006). No âmbito da política de saúde no Brasil, o Ministério da Saúde desenvolveu, a partir de 2003, a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, com o objetivo de institucionalizar a avaliação no âmbito da atenção básica. Busca-se também com esta política contribuir para o debate sobre avaliação, entendida como ferramenta de negociação permanente e de formação das pessoas no cotidiano de suas práticas, tornando-se, assim, a avaliação parte integrante do trabalho no SUS (BRASIL, 2005 a).

Institucionalizar a avaliação adquire um sentido de incorporação à rotina das organizações de saúde, sendo entendida como uma demanda interna de acompanhamento de todo o processo de planejamento e gestão das políticas e/ou programas (FELISBERTO, 2006), permitindo que qualquer decisão seja tomada com base em evidências comprovadas e capazes de melhorar o desempenho do SUS (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

As fases da implementação e da avaliação de programas governamentais, ainda que pouco estudadas no contexto nacional, conforme constatou Faria (2005), são consideradas variáveis importantes para o sucesso dos governos na consecução de suas políticas públicas. Assim, a avaliação em saúde tem se desenvolvido como um campo de conhecimento teórico, prático e metodológico, servindo como ferramenta fundamental para planejamento nos serviços de saúde, pelo acompanhamento de resultados e impactos das intervenções de saúde (WEHBY et. al., 2009).

Porém, apesar da historicidade e relevância, implantar sistemas de monitoramento e avaliação de políticas públicas, programas e projetos são um grande desafio nas práticas dos serviços de saúde. Atualmente tem-se buscado

organizá-los restringindo apenas ao maior acompanhamento dos resultados das ações implantadas em detrimento de apreender mudanças desejáveis e de construir redes assistenciais coesas, eficazes e resolutivas. Entretanto, este último deve ser o objetivo almejado ao se incorporar cultura de monitoramento e avaliação nas práticas das políticas de saúde.

4.2. Sistemas de monitoramento e avaliação: aspectos conceituais

Em geral, os sistemas de monitoramento e avaliação visam justamente avaliar eficiência, eficácia e/ou efetividade das políticas de saúde, relacionando os objetivos propostos das políticas e programas com os resultados obtidos, averiguando em que medida atingiram os objetivos e metas estabelecidas. As avaliações são peças-chave para o encerramento do ciclo da política pública, devendo implicar em sua extinção ou aprimoramento, neste último caso indicando a necessidade de reformulação das políticas. Quando isso não se verifica, abrem-se duas possibilidades: ou as políticas seguem com os problemas identificados ou são extintas, dando início a novas políticas, redesenhadas, com mais ou menos elementos daquela anterior (OLIVEIRA, 2016).

No entanto, os resultados não acontecem por acaso, pois governos, organizações públicas, políticas, programas e projetos não são auto-orientados para resultados. Assim como, também não basta apenas definir bem os resultados, pois não são autoexecutáveis. Portanto, a implementação passa a ser a variável crítica (PLANEJAMENTO, 2009; MARTINS; MARINI, 2010).

Neste cenário, a apresentação de uma proposta de monitoramento e avaliação é especialmente oportuna para a apropriação e prática dos conceitos, estruturas e processos de formulação, operacionalização e aplicação das ações propostas. Todavia, a construção e consolidação de uma cultura de planejamento que incorpore o indispensável processo de monitoramento e avaliação ainda é um desafio nas políticas públicas (BRASIL, 2010b).

Entende-se por monitoramento um processo sistemático e contínuo que produz informações sintéticas em tempo eficaz, permitindo uma rápida avaliação situacional e uma intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações monitoradas (GARCIA, 2001).

Para Matus (1994) o monitoramento da gestão pública exige, de seu dirigente, conhecimento contínuo e objetivo do processo que lidera e da situação na qual intervém. Um sistema de informações casuístico, parcial, assistemático, atrasado, inseguro, disperso e sobrecarregado de dados primários irrelevantes é um aparato sensorial defeituoso que limita severamente a capacidade de uma organização para sintonizar-se com os processos concretos, identificar os problemas atuais e potenciais, avaliar os resultados da ação e corrigir oportunamente os desvios com respeito aos objetivos traçados.

Poister (2003) define monitoramento como o acompanhamento sistemático e reflexivo da prática para o seu aprimoramento, facilitando um uso mais efetivo e eficiente dos recursos humanos e financeiros, viabilizando maiores benefícios em saúde para a população assistida. É de fundamental importância para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, tanto para o processo de implementação de um programa, quanto para o acompanhamento de seu desempenho operacional, como para o seu desempenho finalístico.

O monitoramento propõe-se verificar a existência de mudanças, mas não as suas razões, incluindo a definição da temporalidade para coleta e sistematização de dados. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde e da execução de políticas, ações e serviços, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão, identificação, encaminhamento de soluções e redução de problemas, bem como a correção de rumos (TAMAKI et. al. 2012).

Sendo, portanto, o monitoramento, um acompanhamento continuado de compromissos (objetivos, metas e ações), explicitados em planos, programações ou projetos, de modo a verificar se estes estão sendo executados conforme preconizado (BRASIL, 2010 b).

Já a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são muito incipientes, não tendo sido incorporados às práticas dos serviços de saúde e dotando um caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem como ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação dos sujeitos (profissionais de saúde, gestores e usuários do sistema de saúde) neles envolvidos (BRASIL, 2003).

Especificamente no que se refere à avaliação da atenção básica ressalta-se a dificuldade de implementar processos de avaliação, tendo em vista a distância que separa a concepção que constitui a imagem-objetivo da atenção básica e o que vem sendo exercido na prática dos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Na saúde pública, a avaliação tem como objetivo fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do SUS, subsidiar a identificação de problemas, a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005b). E também a necessidade de que a avaliação possibilite a percepção de mudanças na perspectiva de reorganização do sistema e reorientação das práticas de saúde (BRASIL, 2003).

Do ponto de vista teórico, há inúmeras definições de avaliação (HARTZ, 2009). A avaliação traz a visão de julgamento, prática de intervenções que auxiliam na tomada de decisão, ação capaz de subsidiar mudanças na construção e/ou na implementação de programas, projetos ou políticas de saúde (CARVALHO et. al., 2012).

Para Garcia (2001), avaliar não significa apenas medir, mas antes de tudo julgar a partir de um referencial de valores. É estabelecer, a partir de uma percepção intersubjetiva e valorativa, com base nas melhores medições objetivas, o confronto entre a situação atual com a ideal. Mede o possível afastamento dos objetivos propostos, das metas a alcançar, de maneira a permitir uma constante e rápida correção de rumos, com economia de esforços (recursos) e de tempo.

Sendo assim, a avaliação é entendida como um processo que tem por base uma análise do que foi realizado (intervenção, ação, serviço, procedimento) ou uma análise do resultado obtido, sempre em comparação com um referencial considerado como um ideal a ser alcançado (BRASIL, 2010b).

Brousselle et. al. (2011) afirmam que a avaliação visa melhoria do bem-estar coletivo e reúne em sua definição elementos que hoje são consensuais. Para o autor avaliar consiste em implementar um dispositivo capaz de fornecer informações válidas e socialmente legítimas que possibilite aos diferentes atores envolvidos a aptidão para se posicionarem sobre a intervenção e construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Giovanella (2012) corrobora retratando que a avaliação é a atividade que compara os recursos empregados e sua organização (avaliação de estrutura), os serviços e bens produzidos (avaliação de processo) e os resultados obtidos (avaliação de impacto) com critérios e normas.

Segundo Brousselle et. al. (2011), a avaliação pode ser concebida em diferentes dimensões, sendo elas:

- Dimensão cognitiva: a avaliação visa produzir informações científicas válidas e socialmente legítimas.
- Dimensão normativa: quando a avaliação visa emitir um julgamento.
- Dimensão instrumental ou utilitária: quando visa melhorar uma situação.
- Dimensão democrática: quando a avaliação visa provocar debates.

Na concepção de Hartz (1997) e Brousselle et. al. (2011), as finalidades de uma avaliação são numerosas e entre os objetivos oficiais de uma avaliação distinguem-se os seguintes:

- Finalidade estratégica: auxilia no planejamento e na elaboração de uma intervenção.
- Finalidade formativa: fornece informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer.
- Finalidade somativa: determina os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida.
- Finalidade transformadora: utiliza o processo de avaliação como alavanca para transformar uma situação injusta ou problemática.
- Finalidade fundamental: contribui para o progresso dos conhecimentos empíricos e teóricos sobre a intenção, assim como para a construção e validação de normas.

Uma intervenção, qualquer que seja, pode ser objeto da avaliação normativa ou da pesquisa avaliativa (BROUSSELLE et. al., 2011). Na concepção de Hartz (1997), a avaliação normativa compreende:

- Apreciação da estrutura: visa saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Compara os recursos da intervenção, assim como sua organização.

- Apreciação do processo: busca saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados.
- Apreciação dos resultados: consiste em se perguntar se os resultados observados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs atingir. A apreciação dos resultados é feita comparando-se os índices dos resultados obtidos com critérios e com normas de resultados esperados.

Em relação à pesquisa avaliativa, Hartz (1997) e Brousselle et. al. (2011), descrevem que esta, por sua vez, depende de um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção. Possui por objetivo analisar a pertinência, a lógica, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos, a eficiência e o rendimento de uma intervenção, assim como, as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. A pesquisa avaliativa pode se decompor em seis tipos de análise (estratégica, lógica, produtividade, efeitos, eficiência e implantação) que recorrem a métodos de pesquisa diferentes.

Esta presente proposta de intervenção adota a análise normativa para estruturação do sistema de monitoramento e avaliação, analisando o componente apreciação dos resultados. Ou seja, será avaliada a influência dos serviços sobre os estados de saúde, procurando medir a efetividade da intervenção para modificar esses estados de saúde, estabelecendo uma distinção entre os efeitos desejados (entre os quais os resultados esperados da intervenção) e os efeitos não esperados (externalidades positivas ou negativas). É preciso, igualmente, distinguir os efeitos em curto prazo dos efeitos a médio e longo prazo. Nesta concepção a palavra “impacto” pode ser utilizada para expressar, ao mesmo tempo, o efeito global e os efeitos em longo prazo da intervenção (HARTZ, 1997; BROUSSELLE et. al., 2011).

A avaliação é um dispositivo de produção de informação e, conseqüentemente, ela é fonte de poder para os atores que a controlam (HARTZ, 1997). Sendo assim, ao se pensar em rotinas de avaliação em saúde devem-se considerar práticas integradas com as ações de Vigilância em Saúde, considerando

que este campo da saúde pública possui como objeto de atuação a informação em saúde e que muitos dos indicadores que compõem o sistema de monitoramento e avaliação possuem como fonte de dados os sistemas de informação gerenciados pela Vigilância em Saúde.

Salienta-se que os sistemas de informação em saúde devem disponibilizar o suporte necessário para que o planejamento, decisões e ações dos gestores sejam baseados em dados de realidade com a finalidade de facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões (CNS/BRASIL, 2017).

Para a análise da situação sanitária, tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde, a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a construção dos indicadores de saúde (RIPSA, 2008). Entende-se por indicadores-medidas-síntese que contêm informação relevante sobre o estado de saúde e o desempenho do sistema de saúde, possibilitando a reflexão sobre a situação sanitária de uma população e norteando a vigilância das condições de saúde. Como atributos de qualidade do indicador destacam-se a integridade ou completude (dados completos) e a consistência interna (valores coerentes e não contraditórios). Já o grau de excelência do indicador é definido por sua validade (capacidade de medir o que se pretende, determinando a sensibilidade e a especificidade) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares), agregando ainda outros atributos como a mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). Sendo assim, o conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados (RIPSA, 2008).

4.3. O projeto Pré-Natal Baseado em Evidências (PRENABE).

Ao longo dos anos, a SMSA-BH vem assumindo a responsabilidade da construção de uma rede de serviços para a organização da linha de cuidado integral

à gestante e ao recém-nascido. Estas ações impactaram na redução da morbimortalidade materna e infantil, aumento do acesso das mulheres ao cuidado pré-natal e qualificação da assistência durante o trabalho de parto e o nascimento, do acompanhamento no puerpério e aumento dos índices de aleitamento materno. Entretanto, os índices de mortes maternas, fetais e infantis são ainda elevados quando comparados ao parâmetro ideal definidos nos objetivos de desenvolvimento sustentável, e ocorrem óbitos por causas evitáveis, decorrentes de síndromes hipertensivas, diabetes mellitus, infecções, asfixia intraparto, além do grande número de internações por causas preveníveis pela atenção durante a gestação, como infecção urinária, sífilis e toxoplasmose congênita. A adequada assistência ao pré-natal e puerpério é uma oportunidade de cuidado e atenção e pode contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil (SMSA/BH, 2017 b).

Sendo assim, a assistência do pré-natal deve acompanhar toda a gestação da mulher, com o objetivo de promover o nascimento de uma criança saudável e garantir o bem-estar de mãe e filho. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente 6 consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2013).

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, a qualificação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado, bem como à integração da Atenção Básica com a rede, voltada para o cuidado materno-infantil (BRASIL, 2013).

Considerando este desafio e na perspectiva de qualificar a atuação dos profissionais médicos e enfermeiros da atenção básica, responsáveis pela realização do pré-natal, e reduzir morbimortalidade fetal, infantil e materna, a SMSA-BH incentivou a realização do projeto PRENABE. Em 2016, o projeto foi inicialmente proposto como um produto da estratégia Gestão do Cuidado no Território (GCT), embasado pelos resultados obtidos no monitoramento do estado de saúde da população de Belo Horizonte e representados através do Painel de Indicadores, onde se identificou uma necessidade de intervenção em relação à qualidade da

assistência materno-infantil, muito diante de uma situação observada pela gestão municipal.

A Atenção Primária em Belo Horizonte assume a complexidade de uma rede, estruturada a partir da Estratégia de Saúde da Família, apoiada por médicos ginecologistas, clínicos e pediatras que também atuam nas unidades básicas de saúde. O objetivo maior da atuação dos médicos especialistas é o apoio matricial às equipes de saúde da família na assistência aos casos complexos. Porém, na prática diária, algumas vezes ocorre uma inversão dessa diretriz e os ginecologistas acabam conduzindo o pré-natal de risco habitual, alternando os atendimentos com os enfermeiros. Com isso há uma menor atuação dos médicos generalistas nessa atividade.

Essa situação tem sido observada e abordada em diversas reuniões e discussões de Gestão na condução da Assistência ao Pré- Natal no município de Belo Horizonte. Trata-se, portanto, de uma situação que merece acompanhamento e monitoramento para responsabilização de toda a equipe de saúde da família na condução do Pré- Natal de risco habitual.

Considerando este cenário e corroborando com um desejo e uma necessidade identificada pelo Distrito Sanitário Norte em qualificar e empoderar os profissionais médicos de família e enfermeiros da atenção básica para a realização do pré-natal, de maneira que esta assistência não ficasse centrada apenas no profissional médico ginecologista, o projeto PRENABE foi idealizado. O mesmo foi estruturado em interface com os Distritos Sanitários, Gerência de Atenção Primária à Saúde (GEAPS), Coordenação de Atenção à Mulher, Gerência de Educação em Saúde (GEDSA) e parceria com as maternidades de referência do SUS-BH.

O projeto PRENABE objetiva capacitar os profissionais de saúde, médicos de família e enfermeiros, para o atendimento de pré-natal baseado no Protocolo Pré-Natal e Puerpério (SMSA/BH, 2016c) e nas principais evidências científicas, aprimorando a assistência às gestantes nas unidades básicas de saúde. Portanto, o PRENABE consiste em otimizar o cuidado prestado às gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (SMSA/BH, 2017b) e apesar de iniciado no Distrito Sanitário Norte, propôs-se a implantação nos demais distritos sanitários desde 2017.

Como muitos projetos desenvolvidos nos serviços de saúde não houve a sistematização e definição de um modelo lógico de sua implantação nem estratégias

de monitoramento e avaliação pré-implantação. As fases do projeto descritas abaixo foram construídas e sistematizadas após a implantação no Distrito Sanitário Norte e utilizadas como norteadoras para os demais distritos. Segundo Carvalho et. al. (2017), o projeto PRENABE no Distrito Sanitário Norte adotou as seguintes fases em sua implantação:

1ª fase- Criação da Comissão distrital para alinhar com os organizadores e parceiros da rede as ações prioritárias do cuidado materno-infantil.

2ª fase- Sensibilização dos gerentes das Unidades de Atenção Primária à Saúde para abordar o tema e iniciar as discussões. Foi realizada uma oficina para reorganização do Cuidado perinatal no Distrito Sanitário Norte denominada “Assistência Pré-Natal Investimento no Território, Responsabilidade Social”. O objetivo da oficina era a sensibilização dos gerentes quanto à maternidade e paternidade e a importância em promover um espaço de discussão e reflexão com os profissionais da atenção básica. Como recurso metodológico foi utilizada uma apresentação em power point retratando, através de um painel de fotografias, o cotidiano de mães e pais com seus filhos. Posteriormente realizou-se uma discussão dialogada sobre o perfil de morbimortalidade perinatal, infantil e materna.

3ª fase- Realização e discussão do diagnóstico situacional através de reuniões com os gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde. Realizou-se um questionário semi-estruturado denominado “Questionário para conhecimento sobre as ações das Equipes de Saúde da Família na Atenção à Mulher - Foco pré- natal e puerpério”. O mesmo possuía 20 questões referentes à assistência que, até então, estava sendo prestada às gestantes. Este questionário foi destinado aos profissionais médicos e enfermeiros. Consolidaram-se os dados e iniciaram-se as discussões locais nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, denominadas “reuniões por pólo”. Estas consistem em 5 pólos compreendendo 4 unidades básicas de saúde que foram agrupadas segundo os critérios de proximidade e características sociais semelhantes, totalizando 20 unidades. O objetivo destes encontros era socializar o diagnóstico situacional “Análise da assistência proposta atualmente pelas Equipes de Saúde da Família” e correlacionar a assistência ofertada com o preconizado no protocolo assistencial de Pré-natal e Puerpério da SMSA/BH.

4ª fase- Capacitação PRENABE- A capacitação do PRENABE foi estruturada em módulos temáticos, mantendo coerência interna com a especificidade do saber/fazer. O público-alvo foram os profissionais da atenção primária à saúde, envolvendo as categorias profissionais médicos e enfermeiros.

A capacitação proposta contemplou atividades presenciais e a distância distribuídas em 04 módulos de 04 horas e meia. A abordagem metodológica utilizada foram exposições dialogadas em estações temáticas e como recursos complementares às apresentações dos conteúdos abordados utilizaram-se a plataforma EADNOVO, um Ambiente Virtual de Aprendizagem da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. A certificação do curso foi realizada pela Gerência de Educação em Saúde (GEDSA) da secretaria de saúde de Belo Horizonte, por meio da Plataforma Arouca, sendo obrigatório 75% de frequência e entrega, dentro do prazo estipulado, de todas as atividades (dispersão, pré-teste e pós-teste). Os facilitadores foram profissionais da rede SUS-BH, sendo eles médicos, enfermeiros, referências técnicas distritais e municipais, além de profissionais do Hospital Sofia Feldman (SMSA/BH, 2017 a).

Após a implementação do projeto PRENABE no Distrito Sanitário Norte e reavaliando o desenvolvimento da ação educacional, a GEDSA propôs a estruturação da ação educacional na modalidade presencial, não sendo obrigatória a utilização da plataforma EADNOVO, devido ao insucesso na adesão ao uso desta ferramenta. Sendo assim propõe-se realizar 5 módulos temáticos, com carga horária de 4 horas. A certificação passa a ser realizada por meio da SMSA-BH sendo obrigatório 80% de frequência e entrega, dentro do prazo estipulado, de todas as atividades de dispersão e avaliações (SMSA/BH, 2017b). Entretanto, cada distrito possui autonomia para estruturar os módulos e incluir novos tópicos de abordagens.

Ao término da ação educacional no Distrito Sanitário Norte, Carvalho et. al. (2017) mencionam que, como encaminhamento para o monitoramento do projeto, foi proposto que cada Unidade de Atenção Primária à Saúde identificasse o principal ponto crítico para a assistência materno-infantil e realizasse um plano de intervenção local para a qualificação da assistência materno-infantil.

5ª fase- Acompanhamento dos planos de ação materno-infantil nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Nesta fase foram retomadas as reuniões de pólo

para uma avaliação das estratégias utilizadas e os desdobramentos do projeto em cada unidade e avaliação das próximas ações.

6ª fase- Reestruturação do Comitê de Prevenção da Morte Materna, Infantil e Fetal do Distrito Sanitário Norte.

7ª fase- Vivência prática dos profissionais médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família na Maternidade de referência SUS/BH- Hospital Sofia Feldmam.

8ª fase- Ações específicas para outras categorias profissionais das unidades de atenção primária envolvidos no cuidado: ginecologistas, pediatras, dentistas, profissionais do NASF, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

O Distrito Sanitário Nordeste utilizará na ação educacional do Projeto PRENABE uma estrutura de módulos temáticos diferentes do Distrito Sanitário Norte. Será realizada a ação educacional com a proposição de 10 turmas com aproximadamente 20 participantes em 07 encontros. Carga horária de 04 horas/encontro temático conforme descrito abaixo, sendo necessário 85% de frequência e entrega dentro do prazo estipulado, de todas as atividades (dispersão e avaliações) para a certificação. Assim, os encontros temáticos foram assim estruturados:

Encontro1: Organização do Pré-natal (vigilância e coordenação do cuidado). Objetiva abordar a organização do processo de trabalho no pré-natal.

Encontro2: Assistência multiprofissional ao pré-natal e ao puerpério (aspectos práticos da assistência ao Pré-natal). Visa organizar a assistência às gestantes e puérperas, definir as atribuições e responsabilidades de cada profissional e fortalecer o intercâmbio de práticas e saberes para atuação de forma integrada.

Encontro 3: Promoção à saúde. Tem por finalidade implementar práticas educativas em saúde, coletivas ou individuais, e promover o incentivo às boas práticas na assistência obstétrica e neonatal.

Encontro 4: Intercorrências clínicas e obstétricas I. Objetiva abordar as principais queixas e comorbidades crônicas não degenerativas do período gestacional.

Encontro 5: Intercorrências clínicas e obstétricas II e preparo para o parto. Objetiva abordar as principais comorbidades infecto-contagiosas do período gestacional e promover as boas práticas de parto e nascimento.

Encontro 6: Direitos da mulher durante a gestação e lactação, Gestantes com vulnerabilidades sociais e Puerpério. Objetiva abordar as questões de proteção social às mulheres, gestantes e puérperas e acompanhamento do período pós-parto.

Encontro 7: Assistência ao recém-nascido. Visa instrumentalizar os profissionais de saúde no atendimento a crianças de 0 a 2 meses de vida. No Distrito Sanitário Nordeste no período de Julho a Dezembro de 2017 realizou-se as fases 1 a 3 do projeto PRENABE. Em 2018 o projeto será retomado, com a implantação das capacitações e implantação do sistema de monitoramento e avaliação da implantação.

5. METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, exploratório do tipo projeto de intervenção, cujo produto é uma proposta de um sistema de monitoramento e avaliação dos impactos do projeto Pré-Natal Baseado em Evidências (PRENABE) na assistência materno-infantil do Distrito Sanitário Nordeste, em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Buscou-se na literatura estudos que realizaram avaliação de programas, projetos ou ações que possuíam como objetivo otimizar o cuidado prestado a gestantes e, conseqüentemente, redução da mortalidade materna, fetal e infantil e que contribuíssem para a sustentação teórica desta proposta.

Realizou-se o levantamento na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os seguintes descritores – cuidado pré-natal, avaliação em saúde, indicador de saúde. O operador booleano utilizado foi o *and* e a data de realização da busca foi 13 de janeiro de 2018.

Foram adotados os seguintes critérios para a seleção dos artigos: todas as categorias de artigo (original, revisão de literatura, reflexão, atualização, relato de experiência); artigos redigidos em português, inglês e espanhol; publicados no período compreendido entre 2000 a 2017; artigos disponíveis gratuitamente e com texto completo.

Para elaboração do modelo lógico do projeto e do sistema de monitoramento e avaliação, realizou-se análise documental dos instrumentos normativos do PRENABE no município de Belo Horizonte. A estruturação do modelo lógico

norteou-se pelo referencial teórico de Brousselle et. al. (2011). O sistema de monitoramento e avaliação embasou-se na proposta do Ministério do Planejamento (2009), adaptado do referencial teórico Gestão para Resultados (MARTINS; MARINI, 2010). Para a definição do plano de ação foi utilizada a metodologia proposta por Campos; Faria, Santos (2010).

6. DESENVOLVIMENTO

6.1. Caracterização do local de intervenção

O município de Belo Horizonte, localizado na Região Sudeste do Brasil, foi inaugurado em 12 de dezembro de 1897 e planejado para ser a capital política e administrativa do estado de Minas Gerais. Possui uma população estimada para 2017 de 2.523.794 pessoas, abrangendo uma área territorial de 331,401 Km² e densidade demográfica de 7.167 habitantes por Km² (IBGE, 2018).

Entre 2000 e 2010, a população de Belo Horizonte cresceu a uma taxa média anual de 0,59%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 100% (BRASIL, ATLAS DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2018). Sendo a população residente na faixa etária de 10 a 49 anos (mulheres em idade fértil), responsável por 60,36% da população estimada para 2015 (IBGE, 2012).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Belo Horizonte em 2010 foi 0,810, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Alto. A dimensão que mais contribuiu para o IDHM foi longevidade, com índice de 0,856, seguida de renda, com índice de 0,841 e de educação, com índice de 0,737 (BRASIL, ATLAS DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2018).

Em relação à economia, Belo Horizonte apresentou, em 2015, um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 34.910,13, com 48% das receitas oriundas de fontes externas (IBGE, 2018). Belo Horizonte é a quinta cidade mais rica do país, sendo as primeiras São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília e Curitiba (BRASIL, 2017). Sua economia é baseada no segundo e terceiro setores econômicos e as principais atividades econômicas, além da industrial, são a de prestação de serviço, atacado e varejo e de construção civil. O turismo também tem importância econômica, uma vez

que a cidade é um importante centro cultural e histórico da região sudeste (BRASIL, 2017).

A renda per capita média de Belo Horizonte cresceu 87,77% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 797,42 em 1991, para R\$ 1.101,96 em 2000 e para R\$ 1.497,29 em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,37%. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 passou de 17,23% em 1991, para 10,57% em 2000 e para 3,80% em 2010 (BRASIL, ATLAS DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2018).

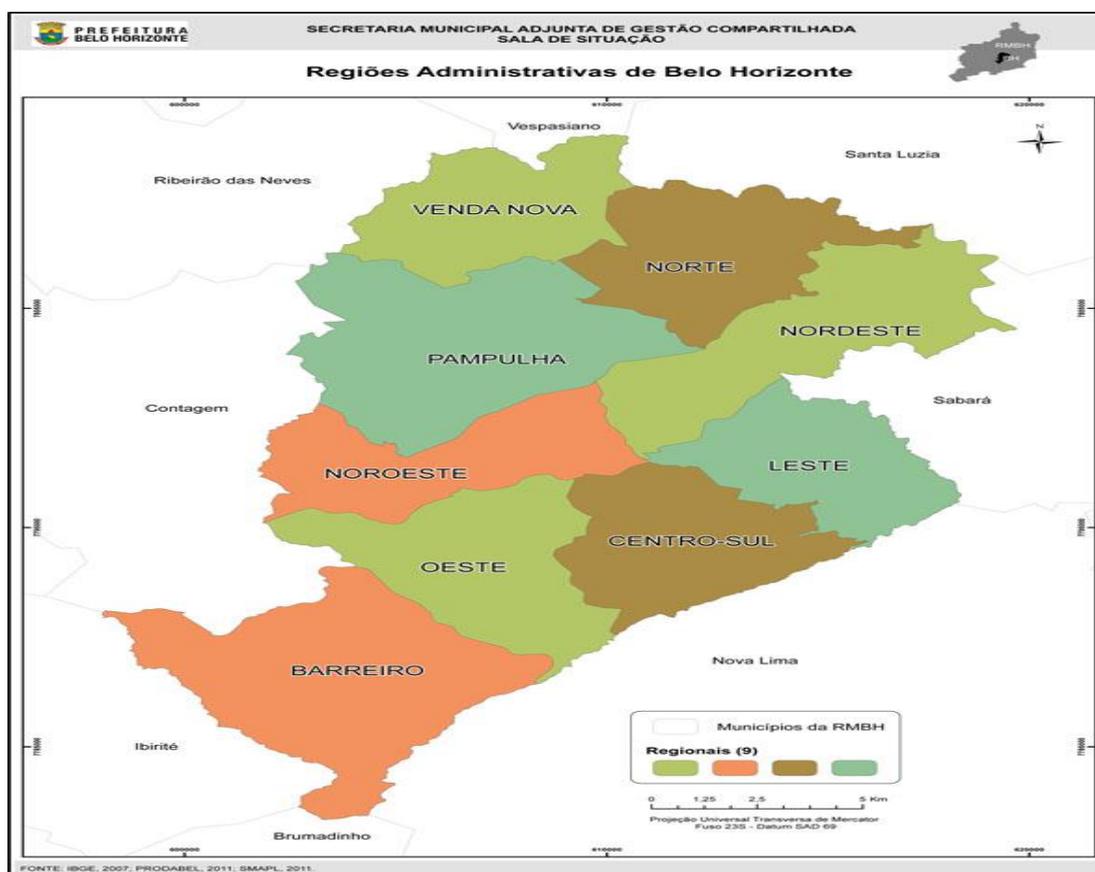
Para a gestão e planejamento, o município é subdividido em 9 áreas administrativas regionais: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (figura 2). Desta estrutura originaram os 9 Distritos Sanitários de saúde, que favorecem a territorialização, descentralização, coordenação de ações em saúde, análise e avaliação de políticas públicas regionais. Cada um dos Distritos Sanitários tem definido um espaço geográfico, populacional e administrativo. Em média, 15 a 20 unidades ambulatoriais fazem parte de um distrito, constituído de unidades básicas e unidades secundárias, além da rede hospitalar pública e contratada. Cada unidade básica, por sua vez, tem um território de responsabilidade denominado "área de abrangência de Centro de Saúde" (SMSA/BH, 2017c).

Desde a implantação das primeiras equipes de saúde da família, em 2002, Belo Horizonte organiza a sua atenção à saúde a partir da definição de territórios ou áreas de abrangência vinculadas às unidades básicas de saúde e às equipes de saúde da família, responsáveis pela situação de saúde de uma determinada população e território. O conhecimento desta população parte do cadastro das famílias, do diagnóstico epidemiológico e da análise de riscos e vulnerabilidades, o que permite a identificação das prioridades e planejamento das ações. As unidades básicas de saúde estão sob a responsabilidade administrativa dos Distritos Sanitários e estes são vinculados ao nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) (TOSTES; COIMBRA, PITCHON, 2012).

Na organização territorial considera-se também a classificação de risco socio-sanitário, denominada Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). Este indicador, desenvolvido pela SMSA em 1998, associa indicadores de base populacional do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), tais como moradia e renda,

com indicadores de saúde, e permite estratificar o risco de adoecer e morrer da população em 4 níveis: baixo, médio, elevado e muito elevado risco (TOSTES; COIMBRA, PITCHON, 2012). É um dos indicadores que instrumentaliza a gestão para a disponibilização de recursos humanos e equipamentos de forma equânime, priorizando as áreas de maior vulnerabilidade social e que apresentam os maiores índices de vulnerabilidade à saúde. No início da implantação, as equipes de saúde da família foram alocadas para atendimento das populações residentes nas áreas de muito elevado, elevado e médio risco socio sanitário.

Figura 2 - Regiões administrativas de Belo Horizonte, Minas Gerais



Fonte: Subsecretaria de Participação Popular SPP/BH, 2018.

A Atenção Primária à Saúde (APS) em Belo Horizonte é estruturada a partir da Estratégia da Saúde da Família (ESF), constituída por 152 unidades básicas de saúde e 588 equipes de saúde da família, com uma cobertura de atenção primária de 80,4%. Estas se integram a uma rede de apoio, composta por 300 equipes de

Saúde Bucal (ESB), 150 equipes de Saúde Mental (ESM) e 82 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (CMS/BH, 2018). Incorporam-se também a esta rede profissionais médicos clínicos, pediatras e ginecologistas, as equipes complementares para assistência à saúde mental das crianças e adolescentes e o projeto Arte na Saúde.

Na atenção especializada, são 5 Unidades de Referência Secundária (URS), 9 Centros de Especialidades Médicas (CEM), 4 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 4 Centros de Reabilitação (CREAB), 2 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 2 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 1 Centro Municipal de Oftalmologia (CMO), 1 Centro Municipal de diagnóstico por imagem (CMDI). Já a rede de Urgência e Emergência é composta por 9 Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), 01 Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno (SUP) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A rede de apoio ao diagnóstico possui 5 laboratórios distritais, 1 laboratório central, 1 laboratório de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 9 laboratórios de UPA. A Vigilância em Saúde tem em sua estrutura 01 Laboratório de Bromatologia, 01 Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), 01 Laboratório de Zoonoses, 01 Centro de Controle de Zoonoses, 04 centros de esterilização de cães e gatos, 01 Unidade Móvel de Castração e o Serviço de Atenção ao Viajante. Na promoção à saúde são 76 Academias da Cidade em funcionamento e 127 locais que promovem a prática Lian Gong (SMSA/BH 2018 a). A rede hospitalar própria é composta pelo Hospital Municipal Odilon Behrens e o Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro.

Em relação a rede hospitalar materno-infantil do SUS/BH, a mesma está estruturada com 7 maternidades: Maternidade/Hospital Sofia Feldman, Maternidade Odete Valadares, Maternidade Hilda Brandão (Santa Casa), Hospital das Clínicas, Hospital Júlia Kubitschek, Maternidade Risoleta Tolentino Neves (Maternidade de Venda Nova), Hospital Municipal Odilon Behrens (SMSA/BH, 2013 a).

Considerando que Belo Horizonte não conta com serviços de maternidade equanimemente distribuídos pelos distritos, algumas parturientes são referenciadas para serviços mais distantes de sua residência. Esta vinculação entre unidades básicas de saúde e hospitais foi proposta visando pôr fim à perigosa perambulação das gestantes em busca de uma vaga não garantida e procurou seguir uma lógica

de facilidade de acesso e transporte. Sendo assim, para o alto risco materno e neonatal as maternidades referência são Santa Casa, Hospital das Clínicas, Maternidade Odete Valadares, Hospital Municipal Odilon Behrens e Hospital Júlia Kubitschek. A referência para alto risco neonatal é Maternidade/Hospital Sofia Feldman (referência para alto risco materno - Hospital Municipal Odilon Behrens). O Hospital Risoleta Tolentino Neves (Maternidade de Venda Nova) é referência para alto risco materno e a referência para alto risco neonatal é o Hospital Municipal Odilon Behrens (figura 3) (SMSA/BH, 2013 b).

Figura 3- Mapa da Vinculação das gestantes dos Centros de Saúde para as maternidades do SUS-BH



Fonte: SMSA/BH, 2013 b

Em relação ao perfil de mortalidade, o município de Belo Horizonte nos últimos anos vem apresentando tendência de declínio da mortalidade perinatal e

com possibilidades de redução ainda mais significativa em virtude dos serviços de atenção perinatal disponíveis no município.

Em relação à taxa de mortalidade infantil (TMI) observou-se uma redução de 34,6 para 9,7 por 1.000 nascidos vivos (NV) entre 1993 e 2013, sendo que o componente neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) apresenta a maior taxa de redução de 14,6 (1993) para 4,7 (2013) por 1.000 NV, apontando os desafios para a qualificação da atenção pré-natal, ao parto e nascimento e ao recém-nascido, prioridades das ações de saúde da Comissão Perinatal/Comitê de óbitos BH-Vida e Movimento BH pelo Parto Normal (SMSA/BH, 2014).

Porém, o que se observa é que apesar da queda da TMI ainda prevalece um percentual alto de óbitos infantis evitáveis. Dos óbitos infantis de 2015 analisados pelo Comitê Municipal de Prevenção de Morte Materna Infantil e Fetal (n=323), 56,34% foram evitáveis (n=182) e destes 90,65% (n=165) são evitáveis por atenção a mulher na gestação, parto, feto e recém-nascido (BRASIL, 2018).

As principais causas de mortalidade são as afecções perinatais, relacionadas à qualidade da assistência ao pré-natal, parto e nascimento, atenção ao puerpério e ao recém-nascido. Dos 127 óbitos infantis evitáveis analisados pela Comissão Perinatal de BH em 2015, 27,6% (n=35) possui a prematuridade como principal causa; 13,4% (n=7) a asfixia intraparto; 3,9% (n=5) infecções perinatais e 5,5% (n=7) demais infecções (pneumonia, bronquiolite e diarreia). A análise desses óbitos aponta, principalmente, desafios na qualificação da atenção primária à saúde, na atenção ao pré-natal e na vigilância em saúde após o parto e se destacam pelo seu grande potencial de prevenção (SMSA/BH, 2014; SMSA/BH, 2016 b).

Já em relação aos óbitos maternos, Belo Horizonte apresentava, em 2015, a razão de mortalidade materna em tendência de queda, passando de 66,0 em 1998 para 28,5 por 100.000 nascidos vivos em 2015, observando-se uma redução de 56,8%. Foram neste ano de 2015, a ocorrência de 09 óbitos maternos de mulheres residentes em Belo Horizonte, sendo 6 óbitos maternos obstétricos diretos e 3 maternos obstétricos indiretos (SMSA/BH, 2016 b). Esse indicador reflete o esforço desta Secretaria para implantação das boas práticas de assistência ao parto que impactam na mortalidade materna, fetal e infantil do município (SMSA/BH, 2014).

O Distrito Sanitário Nordeste, local da intervenção, apresenta uma área de 39,33 km², com uma população residente estimada de 290.353 habitantes, sendo

46,99% homens, 52,76% mulheres, com uma distribuição populacional caracterizada pelo IVS de muito elevado risco (5,53%), elevado risco (21,85%), médio risco (47,65%), baixo risco (24,66%) (SMSA/BH, 2018 b).

Este distrito é sediado por uma Diretoria Regional de Saúde e possui em sua estrutura assistencial 21 unidades básicas de saúde, com 78 equipes de saúde da família, 9 academias da Cidade, 1 Centro de Convivência, 1 Centro de Especialidades Médicas, 1 Farmácia Distrital, 1 Unidade de Pronto Atendimento, 1 Centro de Referência em Saúde Mental, 1 Centro de Referência em Saúde Mental - Álcool e Drogas e 1 Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (SMSA/BH, 2017d). A rede hospitalar materno-infantil do SUS do Distrito Sanitário Nordeste está estruturada com 3 maternidades de referência. A Maternidade/Hospital Sofia Feldman é referência para 18 unidades de saúde. O Hospital Odilon Behrens é referência para 2 unidades de saúde e a Maternidade Hilda Brandão (Santa Casa), referência para 1 unidade de saúde (SMSA/BH, 2013 b).

Nas 78 equipes de saúde da família há 67 médicos de equipes de saúde da família, 77 enfermeiros de equipes de saúde da família (40 horas), 18 enfermeiros de apoio, 20 médicos clínicos de apoio, 18 pediatras, 17 ginecologistas, 03 equipes transitórias¹, 02 médicos de equipe transitória de apoio e 03 enfermeiros de equipe transitória (40 horas) (SMSA/DRES-NE, 2018).

Em relação ao perfil epidemiológico do Distrito Sanitário Nordeste a mortalidade materna apresentou entre os anos de 2010 a 2016 uma variação com tendência de redução progressiva. Registrou-se de 2010 a 2012 uma diminuição em 50% na ocorrência de casos de óbitos maternos, passando de 4 casos em 2010 para 2 casos em 2012 e de 3 casos em 2013 para 0 caso em 2016 (SMSA/BH, 2016 b).

Já em relação a mortalidade infantil no Distrito Sanitário Nordeste em 2015, ocorreram 17 casos de óbitos potencialmente evitáveis em menores de 1 ano, apontando como principais causas de mortalidade a asfixia intraparto (29,41%), prematuridade (17,64%), infecções perinatais e demais infecções (23,52%). Quanto a classificação dos óbitos potencialmente evitáveis em 2015 (n=17), 41,17% (n=7)

¹ Equipes transitórias apresentam em sua composição 1 médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família e recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas (BRASIL, 2011 b).

ocorreram no período neonatal precoce (0 a 6 dias), 52,94% (n=9) no período neonatal tardio (7 a 27 dias) e 5,88% (n=1) no período pós-neonatal (28 dias de vida ou mais). Na síntese dos problemas identificados como contribuintes para a ocorrência dos óbitos infantis predominaram problemas relacionados a assistência ao pré-natal (62,5%) (SMSA/BH, 2016 b). Estes dados corroboram com a necessidade identificada por este distrito em se promover ações, estratégias e projetos visando a qualidade das ações assistenciais para o público materno-infantil.

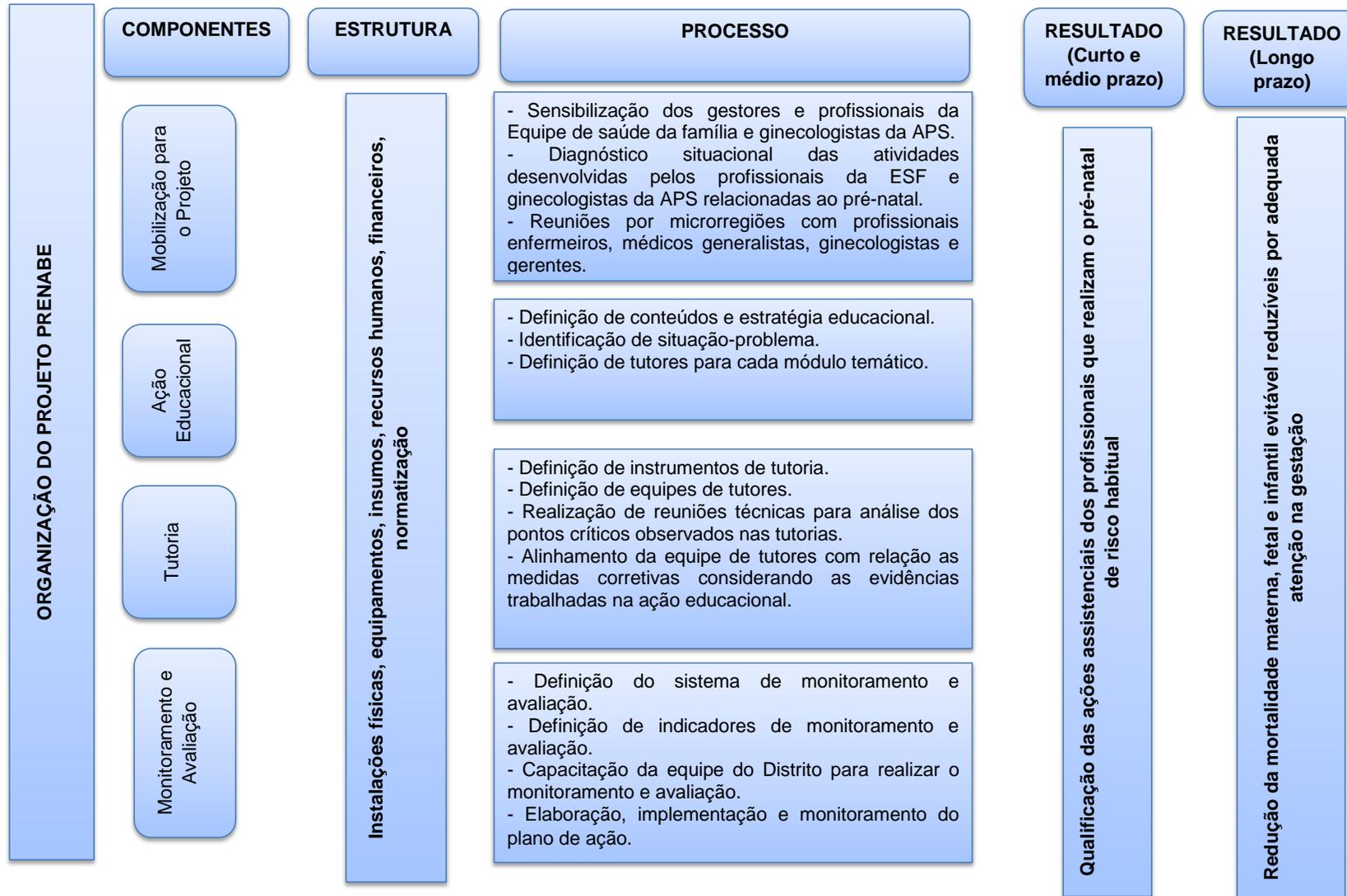
6.2. Modelo lógico do PRENABE e indicadores de monitoramento e avaliação.

Na revisão de literatura realizada identificou-se 183 artigos. Após análise, obteve-se um total de 31 artigos que foram utilizados para subsidiar teoricamente a concepção do sistema de monitoramento e avaliação, bem como a definição de indicadores de monitoramento e avaliação para o projeto PRENABE.

A partir da análise documental foram identificados os componentes do projeto PRENABE, a estrutura necessária, como recursos humanos, materiais, financeiros e organizacionais, os processos, ou seja, atividades para que cada componente fosse implantado e os resultados esperados (DENIS & CHAMPAGNE, 1997). A modelização possibilita explicitar e documentar o sentido de um programa e intervenção graças à conceituação dos vínculos entre as estruturas, os processos e seus resultados e efeitos. Permite também explicitar o caminho lógico dos atores, revelar seus objetivos e constitui uma excelente ferramenta de comunicação, por utilizar de modelos esquemáticos para sua representação (BROUSSELLE et. al. 2011).

A luz deste conceito elaborou-se o modelo lógico do projeto PRENABE, representado na Figura 4, com o intuito de compreender como cada componente contribui para o resultado final do projeto. Esta etapa é considerada essencial na composição da arquitetura de sistemas de desempenho e irá ajudar na etapa posterior de seleção de indicadores (LAHEY, 2010). Ressalta-se que o modelo lógico do projeto PRENABE será submetido ao grupo técnico da SMSA de Belo Horizonte responsável pela concepção do projeto PRENABE, para correções e validação de seu conteúdo.

Figura 4 - Modelo Lógico do Projeto Pré-natal baseado em Evidências (PRENABE)



Para se avaliar a qualidade do projeto de qualificação do pré-natal de risco habitual utiliza-se a tríade estrutura-processo-resultado proposto por Donabedian (MALIK; SCHIESARI, 2002) para a construção do modelo lógico, assim como, os conceitos de cada categoria. Sendo assim, entende-se como **ESTRUTURA** os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência de qualidade. Já a categoria **PROCESSO** são atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. E por fim a categoria **RESULTADO**, que é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Na concepção de Denis & Champagne (1997), a avaliação da estrutura busca saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados, enquanto a avaliação do processo é uma maneira de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Portanto, o modelo lógico se torna o elemento normativo que permite interpretar os indicadores dos painéis (BROUSSELLE et. al. 2011).

A sistematização e construção do painel de monitoramento e avaliação ocorreram a partir da sistematização teórica da intervenção (projeto PRENABE) e elaboração do modelo lógico do projeto. A partir daí selecionou-se indicadores relacionados aos processos de trabalho das equipes de saúde da família, constituindo, na visão de Tamaki et. al. (2012), um instrumento simples, ágil, útil, transparente e de fácil comunicação entre todos os envolvidos na tomada de decisão e execução das ações.

Para definição destes indicadores partiu-se da revisão de literatura e indicadores que já são utilizados nos instrumentos de planejamento do SUS em Belo Horizonte. Sendo os indicadores relacionados ao pré-natal e puerpério, extraídos dos atendimentos realizados no protocolo de pré-natal do prontuário eletrônico (Sistema Gestão Saúde em Rede) e da base de dados do DATASUS (Sisprenatal, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos- SINASC, Sistema de informação sobre Mortalidade-SIM).

Propõe-se que o monitoramento do projeto PRENABE seja quadrimestral e a avaliação de resultados anual. A definição da periodicidade quadrimestral para o monitoramento foi preconizada considerando ser um instrumento de apoio à gestão,

devendo, assim, orientar a tomada de decisões e, neste caso, permitir que estas possam ser implementadas e continuamente (re) avaliadas. Assim, pretende-se atuar em uma perspectiva formativa que facilite o aprendizado pessoal e institucional (COSTA et. al., 2013).

Apropriado do modelo lógico e definida a periodicidade do monitoramento e avaliação, foi elaborado o painel de indicadores para monitoramento e avaliação do projeto PRENABE (quadro 1). Por se tratar de uma avaliação de impacto do projeto, definiram-se indicadores considerando as dimensões de resultado (curto, médio e longo prazo) do modelo lógico do projeto.

Quadro 1 - Painel de indicadores para monitoramento e avaliação dos impactos assistenciais do projeto PRENABE.

Dimensão: Qualificação das ações assistenciais dos profissionais que realizam o pré-natal de risco habitual						
I.D.	Objetivo	Indicador	Definição	Forma de Cálculo	Fonte	Parâmetro
1	Identificar a adesão dos profissionais na ação educacional.	Proporção de profissionais, por categoria profissional (médicos generalistas, ginecologistas e enfermeiros) participantes da ação educacional.	Distribuição percentual de profissionais por categoria profissional participantes da ação educacional.	Número de profissionais de cada categoria profissional por unidade básica de saúde, participantes da ação educacional, em cada módulo / total de profissionais de cada categoria profissional que compõe o quadro de recursos humanos da unidade básica de saúde x 100	Listas de presença de cada módulo temático.	100%
2	Analisar a oferta de atendimentos de pré-natal realizado por categoria profissional (médicos generalistas, ginecologistas e enfermeiros), por gestante cadastrada, em cada unidade básica de saúde, em determinado período.	Proporção de atendimentos (consultas) realizados no protocolo de pré-natal por categoria profissional.	Distribuição percentual de atendimentos de pré-natal realizado por categoria profissional.	Número de atendimentos de pré-natal realizado por categoria profissional (médicos generalistas, ginecologistas e enfermeiros) em cada unidade básica de saúde, em determinado período / Número de gestantes cadastradas por unidade básica de	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Sistema Gestão Saúde em Rede.	A definir

				saúde, em determinado período x 100		
3	Verificar a capacidade do serviço de saúde em captar precocemente as gestantes residentes na sua área de abrangência para realização do acompanhamento pré-natal.	Proporção de gestantes com captação precoce no pré-natal.	Distribuição percentual de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação (até 90 dias de gestação).	Número de gestantes com início do pré-natal até 90 dias de gestação em cada unidade básica de saúde, em um dado período/ Total de gestantes cadastradas em cada unidade básica de saúde e no mesmo período x 100	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Sistema Gestão Saúde em Rede/ <i>SISPRENATAL</i> . Ministério da Saúde/ Declaração de Nascidos Vivos (<i>DNV</i>).	Meta municipal ≥78%
4	Indicar a participação relativa das gestantes acompanhadas segundo o protocolo da SMSA/BH e analisar as variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal. Objetiva também contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal.	Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal.	Distribuição percentual de gestantes que realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal.	Número de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal em cada unidade básica de saúde, em um dado período/ Número total de gestantes acompanhadas em cada unidade básica de saúde no mesmo período x100	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Sistema Gestão Saúde em Rede/ <i>SISPRENATAL</i> .	Meta municipal ≥75%
5	Analisar e expressar a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada na gestante em dois	Número de testes rápidos de sífilis realizados por gestante.	Número de testes rápidos de sífilis realizados por gestantes acompanhadas no pré-	Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis em gestantes, por unidade básica de	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Sistema Gestão Saúde em	3 testes rápidos de sífilis por gestante.

	momentos: durante a gestação e também, durante o parto.		natal.	saúde em um dado período.	Rede/ <i>SISREDE</i> Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (<i>SIA/SUS</i>).	
6	Estimar o risco de ocorrência de sífilis congênita por transmissão vertical do <i>Treponema pallidum</i> . Indicar a existência de condições favoráveis à transmissão da doença e deficiência na atenção à saúde da mulher, especialmente no período pré-natal.	Taxa de incidência de Sífilis Congênita em menores de 1 ano.	Número de casos de sífilis congênita diagnosticados em menores de 1 ano de idade por unidade básica de saúde em determinado período, em relação aos NV.	Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade, por unidade básica de saúde e em determinado período de diagnóstico/ Número total de nascidos vivos de mães por unidade básica de saúde, no mesmo período x1000	Ministério da Saúde/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação (<i>SINAN</i>). Ministério da Saúde/ Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (<i>SINASC</i>).	≤ 0,5 caso/1.000 Nascidos vivos
7	Analisar as variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento do puerpério. Objetiva também contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência ao puerpério e avaliar o encerramento do <i>SISPRENATAL</i> em tempo oportuno (até 42 dias pós-parto).	Proporção de gestantes captadas no pré-natal que realizaram uma consulta de puerpério até 42 dias pós-parto.	Distribuição percentual de gestantes que realizaram a consulta de puerpério até 42 dias pós-parto e com encerramento do <i>SISPRENATAL</i> .	Número de gestantes em cada unidade básica de saúde em um dado período que realizaram consulta de puerpério até 42 dias pós-parto/ Número total de gestantes cadastradas em cada unidade básica de saúde no mesmo	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Sistema Gestão Saúde em Rede/ <i>SISPRENATAL</i>	≥75%

				período x100		
8	Refletir sobre a organização das redes de atenção à saúde, com fluxos estabelecidos.	Proporção de gestantes com vinculação a um serviço de parto durante o acompanhamento pré-natal.	Distribuição percentual de gestantes que durante o acompanhamento pré-natal foram vinculadas ao serviço onde será realizado o parto.	Número de gestantes vinculadas ao serviço onde será realizado o parto, durante o acompanhamento pré-natal, por unidade básica de saúde em determinado período/ Número total de gestantes acompanhadas no mesmo período e local x100	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Sistema Gestão Saúde em Rede/ <i>SISPRENATAL</i>	80%
Dimensão: Redução de óbitos infantis, fetais e maternos evitáveis por adequada atenção a gestação.						
I.D	Objetivo	Indicador	Definição	Forma de Cálculo	Fonte	Parâmetro
9	Estimar a frequência de óbitos femininos, ocorridos durante a gestação ou até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Refletir sobre a qualidade da atenção à saúde da mulher na assistência ao pré-natal, parto e puerpério.	Número de óbitos maternos evitáveis.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	Número de óbitos maternos (ocorridos até 42 dias após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em um determinado ano e local de residência.	Ministério da Saúde/ Sistema de informação sobre mortalidade (<i>SIM</i>).	0 Óbito materno evitável

10	Estimar o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida.	Taxa de mortalidade infantil.	Número de óbitos em menores de 1 ano de idade em determinado ano e local de residência em relação ao total de nascidos vivos.	Número de óbitos em menores de 1 ano de idade em determinado ano e local de residência / Número de nascidos vivos de mães residentes nesse mesmo local e ano x 1.000	Ministério da Saúde/ Sistema de informação sobre mortalidade (SIM). Ministério da Saúde/ Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).	9.9/ 1000 Nascidos vivos
11	Estimar o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida (6 primeiros dias). Refletir de maneira geral sobre as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, a infraestrutura ambiental, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.	Taxa de mortalidade neonatal precoce.	Número de óbitos de recém-nascidos de 0 (zero) a 6 dias de vida em determinado ano e local de residência, em relação ao total de NV.	Número de óbitos de recém-nascidos de 0 a 6 dias de vida em determinado ano e local de residência / Número de nascidos vivos nesse mesmo local e ano x 1.000	Ministério da Saúde/ Sistema de informação sobre mortalidade (SIM). Ministério da Saúde/ Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).	5.1/1000 Nascidos vivos
12	Estimar o risco de morte de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana. Refletir sobre fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer, bem como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao	Taxa de mortalidade perinatal.	Número de óbitos ocorridos no período perinatal (entre 22 semanas completas ou 154 dias de gestação e termina aos seis dias completos após o nascimento, ou seja, período neonatal precoce).	Soma do número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais) e de óbitos de crianças de 0 a 6 dias completos de vida em determinado ano e local de residência /Número de nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação nesse	Ministério da Saúde/ Sistema de informação sobre mortalidade (SIM). Ministério da Saúde/ Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).	13/1000 Nascidos vivos totais

	recém-nascido.			mesmo local e ano x 1.000		
13	Identificar a magnitude de óbitos até 1 ano que poderiam ser evitados por uma adequada atenção à gestação.	Proporção de óbitos infantis reduzíveis por adequada atenção à gestação.	Percentual dos óbitos em menores de 1 ano de idade em determinado ano e local de residência.	Número de óbitos infantis reduzíveis por adequada atenção à gestação/Número de óbitos infantis evitáveis x 100	Painel de monitoramento de mortalidade infantil/MS.	65%

6.3. Plano de ação do sistema de monitoramento e avaliação

O ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ações com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana, sendo realizada por atores sociais e orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (VILASBÔAS, 2004).

Somente com o grande desenvolvimento científico e tecnológico observado na segunda metade do século passado e as transformações decorrentes na prestação de serviços, com a organização de redes e sistemas de serviços de saúde, é que a prática do planejamento tornou-se uma necessidade reconhecida amplamente e com propostas metodológicas que pudessem subsidiar a administração pública dos serviços e sistemas de saúde (TEIXEIRA et. al. 2010).

A concepção situacional do planejamento, segundo Matus (1993) *apud* Teixeira et. al. (2010), reconhece a existência de múltiplos atores, sugerindo a adoção de uma visão policêntrica, que supõe a combinação de ações estratégicas e comunicativas entre os atores, visando à construção de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das alternativas de ação a desenvolver para alcançá-los.

Nesta perspectiva, Campos, Faria e Santos (2010) argumentam que o planejamento cotidiano precisa ser sistematizado através de um método que possibilite a compreensão e o compartilhamento de uma mesma “linguagem” (conceitos básicos, terminologia, instrumentos utilizados), que seja capaz de contribuir para o diálogo e efetiva participação de todos aqueles envolvidos na formulação e operacionalização de um plano.

Para Matus (1991), o plano é o produto momentâneo do processo pelo qual um ator seleciona uma cadeia de ações para alcançar seus objetivos. O autor atribui plano de ação como algo inevitável na prática humana, cuja única alternativa é o domínio da improvisação.

O plano nunca está acabado, mas deve estar sempre pronto, para orientar a ação da equipe que planeja. E o planejar passa a ser um processo permanente para que se possa garantir direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos,

enfrentando imprevistos e buscando sempre caminhar em direção aos objetivos que se quer alcançar (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010). No que diz respeito ao “produto do planejamento”, o enfoque estratégico-situacional propõe a “modularização” do plano, isto é, sugere que o plano seja composto de módulos operacionais que sintetizam os elementos do processo de trabalho previsto (objetivos, atividades, produtos e resultados, responsáveis, participantes, prazos e recursos), flexibilizando a organização e facilitando a participação de distintos sujeitos sociais, bem como um ordenamento espaço-temporal em função do desenho estratégico. E na proposta de “gestão do plano e gerência de operações”, traz embutida uma teoria de governo que abre espaços à mudança das práticas institucionais prevalentes nas organizações estatais, articulando-se com as propostas de reforma do Estado e de reorientação do desenho institucional e da prática administrativa na esfera pública, potencialmente em direção a uma democratização das relações e uma intensificação das ações comunicativas entre dirigentes, técnicos e usuários dos serviços (TEIXEIRA et. al., 2010).

Considerando as etapas de elaboração de um projeto de intervenção, proposto por Campos; Faria, Santos (2010), que culmina com o plano de ação, apresenta-se no quadro 2 o Plano de Ação para implantação do sistema de monitoramento e avaliação do projeto PRENABE.

Quadro 2: Plano de Ação

Problema Crítico 1: Necessidade de empoderar os profissionais da Equipe de Saúde da Família do Distrito Sanitário Nordeste no município de Belo Horizonte, Minas Gerais para a realização do pré-natal de risco habitual.					
Ação Proposta: Ação educacional Pré-natal baseado em evidências (PRENABE) para a qualificação do pré-natal de risco habitual.					
Plano de Ação					
O QUE FAZER (What)	QUEM VAI FAZER (Who)	QUANDO FAZER (When)	ONDE (Where)	POR QUE FAZER (Why)	COMO FAZER (How)
Alinhamento teórico para os tutores do Projeto PRENABE.	Referências técnicas da Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Nordeste da Secretaria Municipal de Saúde, referência técnica do Núcleo de Educação Permanente em Saúde Nordeste, referências técnicas da GEDSA e Tutores selecionados.	Julho de 2018.	Sala de reuniões da GEDSA.	Necessidade de estabelecer um método de tutorial uniforme.	Um encontro com carga horária de 04 horas para alinhamento dos tutores, elaboração e estruturação didática e metodológica dos módulos educacionais propostos.
Inscrições dos profissionais público alvo da ação educacional e formação das turmas	Profissionais da equipe de saúde da família e ginecologistas da APS sob a coordenação do gerente local. Referência Técnica do Núcleo de Educação Permanente Nordeste.	1 a 15 de julho de 2018.	Unidade básica de saúde.	Para a realização do dimensionamento das turmas.	Preenchimento de planilha de inscrição disponibilizada pela referência técnica do Núcleo de Educação Permanente Nordeste às unidades básicas de saúde através do e-mail institucional da unidade. Consolidação em planilha controle dos profissionais que participarão de cada turma e divulgação de cronograma da ação educacional PRENABE.
Realização dos encontros presenciais para a implementação da ação educacional.	Tutores do Projeto PRENABE.	31 de julho a 13 de dezembro de 2018.	Auditório da Faculdade parceira da rede SUS/BH.	Promover o alinhamento profissional para a realização do pré-natal de risco habitual.	Encontros presenciais por oficinas temáticas com possibilidade de atividades de dispersão.
Avaliação dos módulos	Tutores do Projeto PRENABE.	01 de agosto a 14 de dezembro de	Sala de reuniões da Diretoria	Para possibilitar o monitoramento, avaliação	Encontros semanais com carga horária de 04 horas para

concluídos e preparação dos próximos módulos.		2018.	Regional de Saúde Nordeste.	da tutoria e abordagem metodológica e propor correções.	avaliação do módulo temático, proposição de medidas corretivas e elaboração e estruturação didática e metodológica do próximo módulo temático.
Resultado: Qualificação das ações assistenciais dos profissionais que realizam o pré-natal de risco habitual.					Data limite: dezembro/2018.
Responsáveis pela ação: Representantes da Secretaria Municipal de Saúde de diversas Diretorias e Gerências e Maternidade de referência.					

Problema Crítico 2: Não sistematização do monitoramento e avaliação dos impactos do projeto Pré-Natal Baseado em Evidências (PRENABE).					
Ação Proposta: Sistema de Monitoramento e Avaliação dos indicadores implantados.					
Plano de Ação					
O QUE FAZER (What)	QUEM VAI FAZER (Who)	QUANDO FAZER (When)	ONDE (Where)	POR QUE FAZER (Why)	COMO FAZER (How)
Validação do Painel de indicadores.	Diretora da Diretoria Regional de Saúde Nordeste, Gerente e Referências técnicas da Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Nordeste da Secretaria Municipal de Saúde, Cordenação de Atenção à Saúde da Mulher e Cordenação da Atenção Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde, gerentes e profissionais das unidades básicas de saúde.	Julho de 2018.	Auditório da sede da Regional Nordeste.	Consensuar com os técnicos e gestores que estes são os indicadores adequados para avaliar o impacto do projeto PRENABE.	Roda de conversa e discussão entre diretora, gerentes locais de saúde, gerentes distritais de saúde, referências técnicas distritais e gestores do nível central da SMSA/BH durante a reunião de colegiado gestor para validação e seguimento da proposta de monitoramento e avaliação do projeto PRENABE.

Levantamento dos dados que compõem o painel de indicadores (linha de base) para o monitoramento e avaliação do Projeto.	Referências técnicas da Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Nordeste da Secretaria Municipal de Saúde.	Julho de 2018.	Sala da Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Nordeste.	Para proporcionar uma avaliação comparativa dos indicadores após a implementação do Projeto PRENABE.	Extração dos dados através dos Sistemas de Informação em Saúde.
Criação do núcleo técnico distrital e identificação das referências técnicas participantes do núcleo.	Gerente e Referências técnicas da Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Nordeste da Secretaria Municipal de Saúde.	Agosto de 2018.	Sala da Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Nordeste.	Para monitorar e avaliar se a ação educacional PRENABE foi capaz de promover mudanças no processo de trabalho e na prática clínica dos profissionais de equipe de saúde da família e ginecologistas.	Proposição de reuniões mensais para que o núcleo técnico discuta as ações e proponha maneiras para realizar o acompanhamento do painel de indicadores proposto.
Alinhar tecnicamente a equipe distrital para direcionar, coordenar e apoiar as unidades básicas de saúde no monitoramento e avaliação das ações realizadas.	Referência técnica distrital da Gestão do Cuidado no Território, referência técnica distrital de Saúde da Mulher e parceiros da rede SUS-BH.	Setembro a dezembro de 2018.	Sala da Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Nordeste.	Para fortalecer, sensibilizar e corresponsabilizar as equipes de saúde da família e unidade básica de saúde para que o Projeto PRENABE seja propositivo de mudanças no processo de trabalho.	Revisão, análise e estudo do painel de indicadores.
Definição da metodologia de monitoramento e avaliação.	Núcleo técnico distrital.	Novembro a dezembro de 2018.	Sala da Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Nordeste.	Para sistematizar o processo de trabalho do núcleo e definir responsabilidades de cada referência técnica participante.	Reuniões técnicas com a definição de cronogramas para a extração dos indicadores, análise, produção de informações, geração de relatórios (Boletim Informativo) e socialização das informações com as unidades básicas de saúde.

<p>Monitorar e avaliar junto às unidades básicas de saúde, as estratégias traçadas para o alcance dos objetivos compromissados no Painel de Indicadores.</p>	<p>Referência técnica distrital da Gestão do Cuidado no Território, referência técnica distrital de Saúde da Mulher, Núcleo técnico distrital e gerentes das unidades básicas de saúde.</p>	<p>Início em fevereiro de 2019.</p>	<p>Unidades básicas de saúde.</p>	<p>Monitorar a evolução dos indicadores, as mudanças no processo de trabalho da APS e promover a articulação entre os responsáveis.</p>	<p>Evitar sobreposição de ações e garantir agenda para discussão destas ações e dos resultados obtidos com a equipe de saúde da família.</p>
<p>Resultado: Melhoria nos indicadores de impacto das ações assistenciais ofertadas às gestantes, puérperas e crianças a partir de maior empoderamento dos profissionais, das práticas de educação em saúde in loco e maior articulação com a maternidade de referência.</p>					<p>Data limite: contínuo, com início em 2019.</p>
<p>Responsáveis pela ação: Representantes da Secretaria Municipal de Saúde de diversas Gerências, gestores, equipes das unidades básicas de saúde e maternidade de referência.</p>					

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil experimentou ao longo dos anos intensas transformações na sua estrutura populacional e no padrão de morbimortalidade. A conquista de altos padrões de saúde ocorreu em paralelo a mudanças nas condições e modos de vida das sociedades e no importante papel dos sistemas de saúde, atuando na cura ou na prevenção (BARRETO; CARMO, 2007), situação esta muito observada no contexto da mortalidade materna e infantil. A desigualdade socioeconômica no país se reflete no diferencial de acesso à assistência qualificada de pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, com concentração dos óbitos nos grupos sociais de baixa renda (RIPSA, 2009). Além destes aspectos socioeconômicos também se faz necessário aprimorar a qualidade da assistência materno-infantil que é prestada, via ações de educação permanente dos profissionais de saúde.

Sendo assim, a proposta de monitoramento e avaliação dos impactos do projeto PRENABE na assistência materno-infantil no Distrito Sanitário Nordeste, do município de Belo Horizonte, foi elaborada, motivada por uma inquietação no sentido de buscar formas de mensurar os resultados desse processo educacional na assistência à saúde materna e infantil e avaliar as mudanças no processo de trabalho e na prática clínica dos profissionais de equipe de saúde da família em relação ao pré-natal de risco habitual.

Na elaboração desse projeto, com a sistematização do modelo lógico e do painel de indicadores, almeja-se desencadear uma institucionalização do monitoramento e avaliação capaz de contribuir efetivamente com a qualificação da atenção primária, com os impactos sobre o perfil epidemiológico e com o poder decisório da gestão. A proposição de um painel composto por indicadores simples, que fazem parte do processo de trabalho da APS e de fácil obtenção nas bases de dados disponíveis possibilitará sua rápida utilização, sem a exigência da construção de um novo sistema, bem como um processo interativo e de revisão crítica visando a utilidade, transparência e confiabilidade das informações.

O projeto constitui espaço de aprendizado, tendo como propósito básico desenvolver o alinhamento técnico, conceitual e operacional que possa ser ampliado e se torne rotina na assistência materno-infantil. No entanto, muito ainda há de se discutir, principalmente no campo da saúde pública, de maneira a melhorar o

desenvolvimento de uma cultura de monitoramento, avaliação e transformação em uma nova realidade. Espera-se que ao final da implantação deste projeto de intervenção, o que não é objeto deste estudo, ocorra a inclusão de rotinas de monitoramento e avaliação nas práticas do distrito sanitário e, conseqüentemente, das equipes de saúde. Importante ressaltar que avaliar impacto de um projeto é algo complexo, considerando que na rotina dos serviços de saúde são implantadas inúmeras ações e não necessariamente o resultado observado nos indicadores é reflexo de uma única intervenção isolada.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciências e saúde coletiva**, v.12, supl. 0, Rio de Janeiro: nov., 2007.

BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informação e Análise Epidemiológica. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>. Acesso em: 11/04/2018.

BRASIL, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Belo Horizonte, MG. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/belo-horizonte_mg. Acesso em: 11/03/2018.

BRASIL- Belo Horizonte/ Minas Gerais- Estados e Capitais do Brasil. Disponível em: <https://www.estadosecapitaisdobrasil.com/capital/belo-horizonte>. Acesso em 23 de novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 318 (Cadernos de Atenção Básica, nº 32), 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011 a. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 21/01/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 b. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 07/04/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 a. Disponível em:

bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 21/01/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS** – (Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Cadernos de Planejamento, v. 8). Brasília: Ministério da Saúde, 2010 b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 b, p. 36. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf> Acesso em: 24/03/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. [Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria N° 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf f. Acesso em: 21/12/2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Políticas de Saúde: metodologia de formulação**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BROUSSELLE, A., et. al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Fiocruz ed., 2011.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P., SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARVALHO, A. L. B. et. al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, Rio de Janeiro: Apr., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2018.

CARVALHO, T. M. P. et. al. Investimento na linha do Cuidado Materno Infantil: experiência na Gestão do Cuidado no Território do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte. In: 4º CONGRESSO NACIONAL DE SAÚDE, PROMOÇÃO DA SAÚDE: INTERFACES, IMPASSES E PERSPECTIVAS, 8, 2017, Belo Horizonte. **Anais eletrônicos**: Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/congressosaude/anais/>. Acesso em: 20/10/2017.

CMS/BH, Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Informe Viva SUS-Movimento pelo fortalecimento da Atenção Primária e do Controle Social**. Belo Horizonte, 2018.

CNS/ BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Documento Orientador Diretrizes Metodológicas. Versão em Diagramação do Documento Orientador e do Documento das Diretrizes Metodológicas da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, aprovados na 294ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde em 08 e 09/06/2017. Disponível em: <http://www.conselhodesaude.rj.gov.br>. Acesso em: 10/03/ 2018.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705–711, 2006.

COSTA, J. M. B. S. et. al. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1201–1216, 2013.

DENIS, J. L. Institucionalização da avaliação na administração pública. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 10, (Supl. 1), p. 229-333, 2010.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: Hartz, Z. M. A., **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação das políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, p. 97-109, São Paulo, 2005.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553-563, Recife, 2006.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 3, p. 317-321, Recife, July/Sept. 2004.

FERREIRA, T. L. S. et. al. Avaliação da assistência com foco na consulta de atendimento pré-natal. **Rev. Ciência Plural**, v. 3, n. 2, p. 4-15, 2017.

GAIVA, M. A. M.; FUJIMORI, E., SATO, A. P. S. Fatores de risco maternos e infantis associados à mortalidade neonatal. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v. 25, n 4:e2290015, 2016. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2290015.pdf. Acesso em: 07/04/2018.

GARCIA, R. C. Subsídio para Organizar Avaliações da Ação Governamental. **Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); v. 23, p. 7–70, 2001. Texto para Discussão nº 776.

GIOVANELLA, L. (org.). **Política e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. rev. e amp./organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al.- Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>. Acesso em 24 /03/ 2018.

HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz ed., 1997.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Belo Horizonte MG- IBGE Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belohorizonte/panorama>. Acesso em 11/03/ 2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. DATASUS. Informações de Saúde. População residente - Minas Gerais. Município Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popmg.def>. Acesso em 11/03/ 2018.

LAHEY, R. **The Canadian M&E System: lessons learned from 30 years of development**. Washington: World Bank, (ECD Working series, nº 23), 2010.

MACINKO, J. et. al. Going to scale with communitybased primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Ciências Sociais e Medicina**, v. 65, n. 10, p. 2070-80, novembro de 2007.

MALIK, A. M; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**, v. 03. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002 (série saúde e cidadania).

MARTINS, H. F.; MARINI, C. **Um guia de Governança para Resultados na Administração Pública**. Brasília: Publix, 2010.

MATUS, C. **El Sistema Altadir de Montoreo**. Caracas: Fundación ALTADIR, mar, 1994.

MATUS, C. O Plano como Aposta. **São Paulo em Perspectiva**, v. 5, n.4, p.28-42, outubro/dezembro, 1991.

NUNES. J. T. et. al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 252-261, Rio de Janeiro, 2016.

OLIVEIRA, V. E. Saúde Pública e Políticas Públicas: campos próximos, porém distantes. **Saúde Soc.**, v.25, n.4, p. 880-894, São Paulo, 2016.

PAIM, J. S., TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. de Saúde pública**, v. 40, n. esp, p. 73-78, 2006.

PISCO, L. A. A. Avaliação como instrumento de mudança. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 566-568, Rio de Janeiro, July/Sept, 2006.

PLANEJAMENTO, Ministério do Planejamento. **Melhoria da gestão pública por meio da definição de um guia referencial para medição do desempenho da gestão, e controle para o gerenciamento dos indicadores de eficiência, eficácia e de resultados do programa nacional de gestão pública e desburocratização. Produto 4 : Guia Referencial para Medição de Desempenho e Manual**. Brasília, 2009.

POISTER, T. H. **Measuring performance in public and nonprofit organizations**. San Francisco: Wiley, 2003.

RIPSA, Rede Interagencial de Informações para Saúde. **Informe de situação e tendências: demografia e saúde**. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 36 – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências), 2009.

RIPSA, Rede Interagencial de Informações para Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROSA, C. Q.; SILVEIRA, D. S., COSTA, J. S. D. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n 6, p. 977-984, 2014.

SMSA/BH, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Estrutura de Governo. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude>. Acesso em 11/03/2018 a.

SMSA/BH, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte. População por Distrito Sanitário e Risco. Disponível em: <http://intranet.smsa.pbh/cgi/tabcgi.exe?pop2010/pop2010.def>. Acesso em: 12/04/2018 b.

SMSA/DRES-NE, Secretaria Municipal de Saúde, Diretoria Regional Saúde Nordeste. **Planilha Controle Quadro de Médicos e Enfermeiros**. Belo Horizonte, março, 2018.

SMSA/BH, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Sumário de Pré-Natal Baseado em Evidências. Disponível em: <http://eadnovo.pbh.gov.br/course/view.php?id=59>. Acesso em: 13/12/2017 a.

SMSA/BH, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Pré-natal baseado em evidências- Distrito Oeste. Disponível em: <http://eadnovo.pbh.gov.br/mod/resource/view.php?id=2607>. Acesso em 22 dez. 2017 b.

SMSA/BH, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Distritos Sanitários -PBH. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/distritos>. Acesso em: 25/11/2017 c.

SMSA/BH, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/noticia/ORG_SMSA.pdf. Acesso em: 25 de novembro de 2017 d.

SMSA/BH, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Gestão do Cuidado no Território**. Belo Horizonte, 2016 a.

SMSA/BH, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Monitoramento do Estado de Saúde da População de BH. Relatório – Terceiro Ciclo. Belo Horizonte, 2016 b. Disponível em: <portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download...monitoramento-3-ciclo>. Acesso em: 21/12/2017.

SMSA/BH, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Protocolo Pré-natal e Puerpério**. Belo Horizonte, 2016 c.

SMSA/BH, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Plano municipal de saúde 2014 – 2017**. Belo Horizonte, 2014.

SMSA/BH, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Cuidados para mães e filhos desde o pré-natal para uma gravidez, parto e nascimento saudáveis**. Belo Horizonte, 2013 a.

SMSA/BH, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Mapa de vinculação das gestantes dos centros de saúde para as maternidades do SUS-BH**. Belo Horizonte, 2013 b.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, Porto Alegre, 2006.

SPP/BH- Subsecretaria de Participação Popular. Mapas e Dados Estáticos. Gestão Compartilhada-PBH. Regiões Administrativas. Disponível em: **gestaocompartilhada.pbh.gov.br › Mapas e Estatísticas › Estrutura Territorial**. Acesso em 18 de março de 2018.

TAMAKI, E. M. et. al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Rev.Ciências e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012.

TEIXEIRA, C. F. et. al. (org). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

TOSTES, M. L. F.; COIMBRA, J. R., PITCHON, A. **A Coordenação do Cuidado Pela Atenção Primária**. Belo Horizonte: Rona Editora, 2012.

VICTORA, C. G. et. al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet, Londres**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. Disponível em: **http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_2.pdf**. Acesso em 13 dez. 2017.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004.

WEHBY G. L. et. al. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. **Health Policy Plan**, v. 24, n. 3, p. 175-88, 2009.