

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
Mestrado Profissional em Saúde Pública

André Vinicius Pires Guerrero

Avaliabilidade do Pacto pela Redução da  
Mortalidade Infantil nas Regiões Amazônia Legal e  
Nordeste do Brasil: descrição do Programa e  
construção do Modelo Lógico

RECIFE  
2010

ANDRÉ VINICIUS PIRES GUERRERO

AVALIABILIDADE DO PACTO PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL  
NAS REGIÕES AMAZÔNIA LEGAL E NORDESTE DO BRASIL: DESCRIÇÃO DO  
PROGRAMA E CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde Pública  
do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães  
da Fundação Oswaldo Cruz para a  
obtenção do grau de mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Vitor Laerte Pinto Junior

Co-orientador: Prof. Dr. José Antonio Costa Cardoso

Recife

2010

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

G934a Guerrero, André Vinicius Pires.

Avaliabilidade do pacto pela redução da mortalidade infantil nas regiões Amazônia legal e nordeste do Brasil: descrição do programa e construção do modelo lógico/ André Vinicius Pires Guerrero. — Recife: A. V. P. Guerrero, 2010.  
74 p.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientador: Vitor Laerte Pinto Junior, Co-orientador: José Antonio Costa Cardoso.

1. Avaliação em Saúde. 2. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 3. Programas Nacionais de Saúde. 4. Mortalidade Infantil. I. Pinto Junior, Vitor Laerte. II. Cardoso, José Antonio Costa. III. Título.

---

CDU 612.39

ANDRÉ VINICIUS PIRES GUERRERO

AVALIABILIDADE DO PACTO PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL  
NAS REGIÕES AMAZÔNIA LEGAL E NORDESTE DO BRASIL: DESCRIÇÃO DO  
PROGRAMA E CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde Pública  
do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães  
da Fundação Oswaldo Cruz para a  
obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovada em: 17/11/2010

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Vitor Laerte Pinto Junior – Orientador  
Fiocruz – Brasília

---

Prof. Dr. José Antonio Iturri de La Mata  
Universidade de Brasília

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Solange Baraldi  
Universidade de Brasília

*Dedico esse trabalho a minha amada Luiza, amiga e companheira,  
e a meus amados filhos: Julia e Lucas.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelo Dom da Fortaleza para concluir este trabalho.

A meus pais Therezinha e José Walter Porto Guerrero que sempre me ensinaram o valor do “caminho”.

A meus irmãos Marco e Ricardo pela amizade e companheirismo.

A Augusto Cesar Guerrero de Almeida por sua visão profética.

Ao meu orientador Vitor Laerte Pinto Junior pela confiança, amizade e solidariedade de trilhar este caminho juntos.

Ao amigo e co-orientador José Antonio Costa Cardoso, pelos ensinamentos do verdadeiro mestre na vida.

A Paulette Albuquerque, pela ética, amizade e sabedoria de quem sabe ensinar.

Ao professor José Iturri pelos ensinamentos e incentivo.

Ao amigo Adson França eterno militante, pela possibilidade de participar da construção.

Ao amigo Valcler Rangel pela solidariedade durante este trabalho.

Aos colegas do Ministério da Saúde (Otaliba Libânio, André Bonifacio, Adail de Almeida Rollo, Dário Pasche, Ana Stela Adad, José Luiz Telles, Elsa Regina Justo Guigliani, Lena Vânia Carneiro Peres e todos os seus comandados) envolvidos com o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil pela luta por um sistema de saúde mais justo.

A Amiga Florianita Campos pelo incentivo de nunca desistir das guerras.

À amiga Adla Marques, por sua competência profissional, solidariedade e amizade nos momentos finais deste trabalho sempre com um toque de beleza e sensibilidade.

GUERRERO, André Vinicius Pires. **Avaliabilidade do pacto pela redução da mortalidade infantil nas regiões Amazônia legal e nordeste do Brasil**: descrição do programa e construção do modelo lógico. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

## RESUMO

Visando a reduzir as desigualdades sociais e econômicas entre as Regiões geográficas do Brasil, a Presidência da República propôs em 2009 uma plataforma de ações, com quatro eixos e priorização da Amazônia Legal e do Nordeste: redução do analfabetismo (foco em adultos), apoio à agricultura familiar, garantia do registro civil e redução da mortalidade infantil. Nos últimos trinta anos, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil vem apresentando um decréscimo de 4,4 % ao ano. Contudo, nas regiões Nordeste e Norte, a taxa é superior a todas as demais Regiões. O componente neonatal representa a maior parcela da taxa de mortalidade infantil. Para dar conta deste compromisso de governo, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil (PRMI), cujo objetivo é reduzir em 5% ao ano a TMI nos anos de 2009 e 2010, com prioridade para o componente neonatal. Foram definidos seis eixos de ação, que estão concentrados em 154 municípios de 8 estados do Nordeste e em 102 municípios da Amazônia Legal, com previsão de recursos da ordem de R\$ 110 milhões em 2009/2010. O presente trabalho buscou analisar a avaliabilidade deste programa de governo, destacando seus objetivos; ações e produtos esperados; mecanismos de coordenação; critérios de repartição de recursos; e construir o seu Modelo Lógico, buscando identificar a racionalidade das escolhas das ações e produtos (como se espera que o programa exerça sua influência). A análise de avaliabilidade é um processo de avaliação preliminar e sistemática de um programa (em seu campo teórico e em sua prática) como forma de verificar se o programa está bem desenhado e se apresenta um plano plausível de alcance dos resultados esperados. Modelos Lógicos são esquemas visuais de programas a serem implementados, que apresentam o fluxo das relações existentes entre os recursos, atividades, resultados e impactos esperados, ajudando a estabelecer e testar a racionalidade do programa e a conceber instrumentos de avaliação adequados. Apenas o componente “Qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido” foi analisado. As principais fontes de dados consultadas foram os documentos oficiais produzidos pelo MS entre 2008 e 2010. No caso do PRMI, diversas variáveis permitem antever, por um lado, problemas de coordenação (entre objetivos dos programas e objetivos dos agentes) e, por outro, desafios metodológicos na avaliação de sua efetividade.

**Palavras-Chave:** Avaliação em Saúde, Pesquisa Avaliativa, Teoria dos Programas, Avaliabilidade de Programas, Modelo Lógico, Mortalidade Infantil

GUERRERO, André Vinicius Pires. **Evaluability of the Pact for the Reduction of Infant Mortality in the Legal Amazon and Northeast regions of Brazil**: Program Description and construction of the logic model. Dissertation (Professional Master's in Public Health) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

## ABSTRACT

In order to reduce the social and economic inequalities among the geographic regions of Brazil, the Presidency proposed a platform of action in 2009. This platform is comprised of with four axes and prioritizes the Legal Amazon and the Northeast: reducing illiteracy (focus on adults); supporting family agriculture; guaranteeing civil registration; and child mortality reduction. Over the past thirty years, the Infant Mortality Rate (IMR) in Brazil is showing a 4.4% decrease per year. However, in the Northeast and North, the rate is higher than all other regions. The neonatal component represents the largest portion of infant mortality rate. To account for this commitment of government, the Ministry of Health (MOH) established the Covenant for the Reduction of Infant Mortality in the Regions of the Legal Amazon and Northeast Brazil (PRMI). Its goal is to reduce IMR by 5% per annum in the years 2009 and 2010, with priority given to the neonatal component. The six defined lines of action are concentrated in 154 municipalities of 8 Northeastern states and 102 municipalities of the Legal Amazon, with estimated resources of approximately R\$ 110 million in 2009/2010. This study aimed at analyzing the evaluability of this government program, highlighting its objectives, actions and expected output, coordination mechanisms, criteria for allocating resources, and the construction of its logic model; trying to identify the rationality of choices of actions and products (the manner in which the program is expected to exert its influence). Evaluability analysis is a process of preliminary assessment and a systematic program (in theory and practice) as a way to check if the program is well designed and presents a plausible plan in order to reach the expected results. Logic models are visual diagrams of schemes to be implemented, showing the flow of the relationship between resources, activities, expected results and impacts, helping to establish and test the rationality of the program and to design the proper evaluation instruments. Only the component "Qualification of pre-natal, delivery and newborn" was analyzed. The main data sources consulted were the official documents produced by the Ministry of Health between 2008 and 2010. In the case of PRMI, several variables enabled us to foresee the problems of coordination (between the programs goals and objectives of the agents), on one hand, and methodological challenges to the evaluation of their effectiveness on the other.

**Keywords:** Health Evaluation, Evaluation Research, Theory of Programs, program evaluators, Logic Model, Child Mortality.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL – Amazônia Legal  
AP – Avaliabilidade do Programa  
BLH – Banco de Leite Humano  
CMA – Comissão de monitoramento e Avaliação  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
DAS – Designação de Assessoria Superior  
ENSPSA – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Avançadas  
ML – Modelo Lógico  
MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família  
NE – Nordeste  
NV – Nascidos vivos  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PPA – Plano Plurianual  
PRMI – Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil  
RIPSA – Rede Integrada de Informações para a Saúde  
SAMU – Serviço Atendimento Médico de Urgência  
SPI – Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico  
SIM – Sistema Integração de Mortalidade  
SINAM – Sistema Nacional de Nascidos  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde  
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil  
TP – Teoria do Programa  
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1 Justificativa .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
2.1 Objetivo Geral .....	15
2.2 Objetivos Específicos .....	15
<b>3 MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
3.1 Teoria do Programa (TP).....	17
3.2 Modelo Lógico (ML).....	19
3.3 Avaliabilidade do Programa (AP) .....	22
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>26</b>
4.1 A Coleta dos Dados .....	26
4.2 A Análise dos Dados .....	27
<b>5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	<b>30</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>31</b>
6.1 O Problema Mortalidade Infantil e seu Enfrentamento no Brasil.....	31
6.2 Modelo Lógico do Pacto .....	37
6.2.1 <i>Referências básicas do programa e sua contextualização</i> .....	38
6.2.2 <i>As ações desenvolvidas para a “Qualificação da Atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém nascido”</i> .....	40
6.2.3 <i>Gestão do Programa</i> .....	49
6.2.4 <i>Estrutura física e de pessoal</i> .....	51
6.2.5 <i>Demais Componentes do Programa</i> .....	52
6.2.6 <i>Representação do Modelo Lógico</i> .....	63
<b>7 CONCLUSÕES</b> .....	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil tem sido freqüentemente utilizada como indicador da qualidade de vida de uma população (AERTS, 1997; SZWARCWALD, 1997; VIDAL et al., 2003), determinada em sua dimensão mais ampla pelas condições sociais, econômicas e culturais dos indivíduos e da comunidade a que pertencem (COSTA, 2002; AERTS, 1997; PAIM et al., 1987). “É uma medida que reflete as condições de vida da população, associando o nível de vida, por exemplo, a alimentação, moradia e acesso ao conhecimento médico, como determinantes de sobrevivência no primeiro ano de vida” (SOUSA; GOTLIEB, 1993). Nesse contexto, associam-se às causas biológicas da morte infantil aquelas de ordem social, econômica e ambiental. Os óbitos infantis estão mais propensos a determinantes sociais do que os ocorridos na idade adulta, pois o organismo infantil é um “complexo psicobiológico em formação”, com a capacidade de defesa das agressões externas reduzidas, defrontando-se, com freqüência, com inúmeras doenças e complicações que potencializam o risco da morte infantil (MOSLEY; CHEN, 1984 apud HARTZ; SILVA, 2005).

No Brasil, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), que mede a mortalidade de crianças com menos de um ano de vida, vem decrescendo nos últimos 30 anos devido a um conjunto de ações, tais como o aumento da cobertura vacinal da população, da terapia de reidratação oral, aumento da cobertura do pré-natal, ampliação do acesso aos serviços de saúde, redução contínua da fecundidade, melhoria do saneamento, aumento da escolaridade das mães e das taxas de aleitamento materno, além do investimento governamental em programas sociais que reduziram a prevalência de desnutrição (BRASIL, 2009c).

Entretanto, diversos estudos realizados (MOTA, 2008; PAIM; COSTA, 1993; SIMÕES; MONTEIRO, 1995; TRAVASSOS; NORONHA; MARTINS, 1999; VIANNA, 2001; VICTORA, 2001; VIDAL et al., 2003) apontam para desigualdades sociais e econômicas entre as Regiões geográficas do Brasil e demonstram que, apesar dos avanços, eles ocorreram de forma desigual. A TMI é um indicador, entre outros, destas desigualdades regionais. Um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Avançadas (IPEA) (ROCHA, 2008), além de apontar estas

desigualdades na TMI, destacou a taxa de analfabetismo, a precária estrutura para os agricultores familiares e a falta do registro civil como problemas que, se trabalhados pelos diversos níveis de Governo, poderiam contribuir fortemente para uma maior igualdade entre as diversas regiões do Brasil.

Com base neste estudo do IPEA e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em janeiro de 2009, foi proposta pela Presidência da República do Brasil uma plataforma de ações objetivando reduzir as desigualdades regionais existentes no Brasil, focando nos quatro eixos indicados pelos estudos realizados pelo IPEA, com priorização da Amazônia Legal (AL) e do Nordeste (NE), que são: redução do analfabetismo (foco em adultos), apoio à agricultura familiar, garantia do registro civil e redução da mortalidade infantil.

Para dar conta do compromisso de governo, o Ministério da Saúde (MS) instituiu um grupo ministerial para montar um Programa, o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil (PRMI), que tem como responsabilidade “elaborar e executar ações cujo objetivo principal é reduzir em 5% ao ano a TMI nos anos de 2009 e 2010 com prioridades no componente Neonatal” (BRASIL, 2009a).

As ações, em desenvolvimento, estão concentradas em 154 municípios prioritários de 8 estados do Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe) e em 102 municípios prioritários da Amazônia Legal: Amapá, Acre, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Roraima, Rondônia e Tocantins (BRASIL, 2009b).

Em termos de investimentos financeiros, o Pacto previa recursos da ordem de R\$ 110 milhões em 2009/2010 para ações de redução da mortalidade infantil na Amazônia Legal e no Nordeste (BRASIL, 2009a).

O presente trabalho objetivou a descrição deste Programa de Governo e a construção de seu Modelo Lógico.

## **1.1 Justificativa**

No Brasil, como em diversos outros países, os setores públicos estão com o desafio de resolver problemas complexos, tais como reduzir o analfabetismo

funcional, qualificar empregados e reduzir a criminalidade, o abuso das drogas, os maus tratos às mulheres e a gravidez na adolescência, entre outras questões (FIGUERÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; HARTZ; SILVA, 2005).

Aumenta a preocupação da sociedade com esses problemas e aumentam também os esforços para resolvê-los. Órgãos locais, regionais e nacionais construíram diversos programas com o objetivo de identificar e eliminar as suas causas. Programas específicos considerados ineficazes *a posteriori* foram arquivados ou descartados, em geral, para serem substituídos por novos programas destinados a atacar o problema de forma diferente e, assim, se espera que sejam mais eficazes (FIGUERÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; HARTZ; SILVA, 2005).

O desafio é maior quando os recursos são escassos. Neste cenário, os gestores precisam fazer opções ainda mais difíceis, sendo obrigados a cancelar alguns programas ou partes deles, para que os recursos existentes venham a ficar disponíveis para outros terem continuidade (HARTZ; SILVA, 2005; SAMICO; FIGUERÓ; FRIAS, 2010).

As políticas e programas sociais demandam avaliações permanentes e de espectro amplo. O aperfeiçoamento da elaboração, da formulação e da implantação de programas vinculados às políticas sociais pode produzir uma maior efetividade e rendimento nas intervenções, mesmo em situações onde aumentam as necessidades sociais e existem limitados recursos para viabilizá-las. A melhoria dos instrumentos de planejamento e de avaliação do desempenho das políticas sociais adquire, nesse contexto, condição de instrumento indispensável à gestão governamental (CHIECHELSKI, 2005; FIGUERÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; MARINHO; FAÇANHA, 2001).

Neste sentido, o aumento da racionalidade das políticas sociais pode ser obtido medindo a eficiência na utilização dos recursos e comprovando a eficácia com que se alcançam os objetivos e, conseqüentemente, a equidade. Assim, a importância dos processos avaliativos encontra justificativa pela possibilidade de proporcionar informações e interpretações mais adequadas para instrumentalizar o processo de planejamento, permitindo escolher as melhores opções dentre os programas e projetos a serem implementados e/ou propiciando avaliar os efeitos produzidos pelos que estão em andamento ou concluídos (CHIECHELSKI, 2005).

A avaliação em saúde, ao se constituir em uma área ainda em construção conceitual e metodológica, pode ser encontrada na literatura de forma muito diversificada (HOUSE, 1980 apud NOVAES, 2000).

Em realidade, existem inúmeros modelos de avaliação dos serviços e programas da área social que derivam tanto do objeto a ser avaliado como dos variados critérios empregados para a sua consecução, dentre os quais podem ser destacados o estágio de desenvolvimento do programa, a natureza do agente que processa a avaliação, a escala dos projetos e a alçada decisória a que se destina, dentre outros (CHIECHELSKI, 2005).

As abordagens que têm merecido maior atenção estão relacionadas ao acompanhamento do gasto social e aos elementos determinantes da eficiência e da eficácia na utilização dos recursos. “A primeira constitui-se numa análise da evolução do gasto público, que, através da construção de indicadores genéricos, objetiva quantificar a relação entre gastos sociais com respeito ao gasto governamental total. A segunda fundamenta-se em uma análise econômica que tem por objetivo identificar o grau em que os recursos governamentais são utilizados para a produção de bens e serviços e/ou se os resultados alcançados com os empreendimentos sociais são compatíveis com as respectivas necessidades, que poderiam ser medidas tanto do ponto de vista do atendimento integral da demanda existente quanto do atendimento de metas físicas” (CHIECHELSKI, 2005).

Mas as estratégias de avaliação devem ser uma expressão prática do quadro teórico construído e do desenvolvimento do modelo lógico, etapa "crucial" na apreciação da viabilidade de qualquer programa. Os modelos lógicos ajudam a estabelecer e testar a razão do programa bem como a conceber um instrumento de avaliação adequado (HARTZ, 1997; SAMICO; FIGUERÓ; FRIAS, 2010). “Os avaliadores só deveriam avaliar políticas e programas que tenham explicitado sua teoria e as medidas ou indicadores correspondentes” (HARTZ, 1999). Trata-se de contribuição para a reprodutibilidade ou validade externa da intervenção governamental em larga escala. A avaliação é uma função de gestão destinada a auxiliar o processo decisório visando torná-lo mais racional e efetivo possível (HARTZ, 1997; SAMICO; FIGUERÓ; FRIAS, 2010).

Se a gerência governamental por programas facilita a cobrança de responsabilidades, a atribuição dos resultados obtidos exige múltiplos focos de avaliação articulados por um modelo teórico ou lógico, de modo a se mostrar de forma coerente e convincente a presumida associação entre as intervenções e os estados de saúde observados (HARTZ, 1999). Mas estas evidências são quase sempre incompletas ou insuficientes na Saúde. “Por isso mesmo não se vai iniciar a avaliação a partir da observação de resultados: há dificuldades críticas de mensuração de resultados e é tarefa complexa a associação dos resultados

observados ao desenho programático, assim como aos seus objetivos” (MARINHO; FAÇANHA, 2001).

Desta forma, realizar a construção do modelo lógico (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009) do PRMI como parte de uma Análise de Avaliabilidade torna-se relevante para que este programa possa ser avaliado e comparado com outras Políticas Públicas no âmbito da Saúde.

Diante do exposto, justificada está a descrição do PRMI nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil e a reconstrução do seu modelo lógico como tarefa relevante para um futuro processo de avaliação da sua execução.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Realizar parcialmente a primeira etapa do processo de Avaliabilidade do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil, descrevendo-o com foco na reconstrução do seu modelo lógico.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões Norte e Nordeste como programa de governo, destacando seus objetivos, ações, produtos esperados e mecanismos de coordenação;
- b) Descrever o PRMI e seu modelo lógico, buscando identificar a racionalidade justificadora das escolhas feitas em termos de ações e produtos (o “como se espera que o programa exerça sua influência”);
- c) Verificar a consistência do PRMI.



### 3 MARCO TEÓRICO

As avaliações de programas em saúde têm como foco de análise processos complexos de organização de práticas dirigidas para objetivos específicos (NOVAES, 2000). “São considerados programas, tanto aquelas propostas voltadas para a realização de um macro objetivo, a exemplo da implantação de formas de atenção para populações específicas (atenção domiciliar para idosos, vacinação e procedimentos de “*screening*” para grupos de risco para problemas de saúde determinados, propostas terapêuticas para doenças e doentes priorizados etc.) e que envolvem instituições, serviços e profissionais diversos, como atividades desenvolvidas em serviços de saúde, que têm por objetivo prestar um determinado tipo de atendimento para uma dada clientela (SHORTELL; RICHARDSON, 1978 apud NOVAES, 2000).

No Brasil, de um modo geral, apenas os procedimentos da primeira alternativa são considerados programas no âmbito da avaliação em saúde, mas já se observa uma maior variabilidade no seu uso, o que faz com que a avaliação de programa deva se iniciar com uma clara explicitação dos contornos do objeto a ser avaliado: propostas, ações programáticas, atividades gerenciais, serviços, procedimentos, profissionais etc. (NOVAES, 2000).

O conjunto de aspectos normativo-programáticos e os serviços previstos como produtos do Pacto permitem considerar este como uma intervenção que pretende modificar o modelo de atenção, e não apenas o modelo assistencial, relacionado ao problema da mortalidade infantil com foco neonatal nas regiões priorizadas (BRASIL, 2009b). O discurso normativo do Pacto sugere que a mudança desse modelo seria sua principal forma de operacionalização local para que seja capaz de gerar os efeitos esperados nos indicadores do problema. Assim, o processo de mudança do modelo de atenção pode ser considerado, no desenho da avaliação, um aspecto privilegiado para compreender a implementação do Pacto e organizar nossa leitura da sua teoria de programa.

Teixeira (2003) sintetiza a noção de modelo de atenção situando-a numa abordagem sistêmica, essencial para examinar o Sistema Único de Saúde (SUS). Para essa autora:

[...] pode-se admitir uma concepção ‘ampliada’, sistêmica, sobre ‘modelo de atenção’, que inclui três dimensões: uma dimensão ‘gerencial’, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão ‘organizativa’, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e a dimensão propriamente ‘técnico-assistencial’, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e pela tecnologia, que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação).

Dessa forma o conceito de modelo de atenção permite acompanhar diversos componentes do Pacto, não restringindo o olhar sobre aspectos parciais (as dinâmicas institucionais ou interinstitucionais entre os diversos níveis da gestão ou o embasamento teórico científico dos serviços propostos etc.).

Nesse sentido, é diferente da idéia de “modelo assistencial” que, situado na abordagem do processo de trabalho, prioriza: “[as] ‘combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas” (PAIM, 1999 apud TEIXEIRA, 2003).

A noção de “mudança de modelo de atenção” não substitui a teoria do programa; mas, no caso de uma futura avaliação quanto a sua real efetividade, servirá para ajudar a interpretar e organizar os dados coletados quanto às validades externa e interna do Pacto. Essencialmente, a abordagem do modelo de atenção poderá contribuir para verificar a consistência das ações do Pacto: até que ponto a cadeia de efeitos lógica e hierarquicamente articulados pelo programa atua nas três dimensões envolvidas na modificação da oferta de serviços necessária para afetar o problema da mortalidade infantil, alvo do Pacto.

### **3.1 Teoria do Programa (TP)**

Ao longo do tempo foi possível identificar as “gerações” que elaboraram o processo avaliativo até o dia de hoje e destacar, dentro destas, a avaliação dos programas. Segundo Figueiró e Navarro (2010) uma primeira geração se identifica com a “construção e aplicação de instrumentos de medidas” onde o avaliador era

responsável por identificar ou elaborar um instrumento que auxiliasse na mensuração, principalmente no setor da educação entre as décadas de 1910 e 1930.

Uma segunda geração, na qual Ralph Tyler (1942 apud FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010) identifica o nascimento da avaliação de programas, onde o avaliador passa a descrever o fenômeno objeto da avaliação. Na década de 60 com o reconhecimento que o papel do avaliador deve ser também de “julgamento” e não só de descrever o fenômeno (STAKE, 1967 apud FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010) marca o surgimento da terceira geração da avaliação de programas.

A partir da década de 80, segundo Hartz (1997), o processo de avaliação de programas em saúde veio superar as chamadas avaliações de modelo “caixa preta”, “onde a intervenção era tratada como uma variável dicotômica (ausência ou presença da intervenção)”, que desconsideravam os contextos políticos e organizacionais onde se davam as intervenções sob exame” (HARTZ, 1997). De acordo com Hartz e Silva (2005), a “pesquisa avaliativa já se referia à análise dos resultados dos programas”, mas era criticada por desconsiderar as diversas formas de se implantar um programa dentro de diversos contextos possíveis e das variadas teorias que influenciam a execução dos programas (HARTZ, 1997; HARTZ; SILVA, 2005; BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010). De acordo com Valente:

[...] o papel primordial numa teoria são as relações entre os objetos [...] e para falar em relação há que existir uma trama, uma teia, uma rede... para então se construir ou descrever o bordado. O bordado não é obrigado a ocupar todo o tecido, pode ser um percurso, pode ser pontuações (VALENTE, 1998 p. 9-10 apud HARTZ, 1999).

O trecho acima citado define de forma poética o que é a teoria do programa. Sendo um dos fundamentos desta pesquisa, a TP é definida como “um conjunto de pressupostos, princípios e ou proposições que guiam a ação social” (HARTZ; SILVA, 2005). Não se trata de grandes teorias sociais, mas sim aquelas que se referenciam ao programa, suas interações e o contexto. Trata-se de conjugar as ações necessárias com as possíveis na direção de um objetivo. Tratando o racional e o subjetivo de maneira a tornar o processo mais compreensível e executável.



Figura 1 – Exemplo de Teoria do Programa  
Fonte: Elaboração do autor

Chen (apud HARTZ; SILVA, 2005) diferencia as teorias que são causais e que buscam explicar as relações entre a intervenção, a implementação e os resultados das que são categorizadas como normativas que, segundo o autor “estariam voltadas para definir a imagem-objetivo, ou seja, como devem ser as interações, o processo de implementação do programa e os resultados”. Para ele, a teoria do programa deve abranger as duas dimensões. Sendo assim a TP deveria demonstrar o que deve ser realizado para que os objetivos sejam alcançados e os possíveis impactos na realidade social.

Para Furtado (2001 apud PEDROSA, 2004), “a articulação dos dois métodos contribuiria para a construção de novos sentidos e significados da intervenção e da avaliação, considerando dimensões como o estabelecimento de contratos e compromissos, negociações concretas entre desejos e interesses, mediados por uma postura ética que garante igual valor às manifestações dos implicados. Esse processo define o problema, a intervenção e a avaliação”.

Ainda para Pedrosa (2004), fazer com que o processo avaliativo se torne um “dispositivo pedagógico” “significa a elaboração, negociação e aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso” que teria como finalidade permitir que pessoas e organizações apreendam a desenvolver as pessoas e a própria organização.

Para Hartz e Silva (2005), “a teoria do programa como estratégia metodológica para a avaliação de programas remete à elaboração de modelos lógicos ou teóricos como componentes necessários desse processo”. Os autores Frias (et al, 2010) e Mendes (et al, 2010) também seguem o mesmo pensamento.

### 3.2 Modelo Lógico (ML)

Segundo Rowan (2000), Modelo Lógico é um “esquema visual de um programa a ser implementado”. Para o autor, o modelo lógico constitui uma importante ferramenta de planejamento e avaliação nas diversas áreas de intervenção tanto públicas quanto privadas. Ela demonstra o fluxo de relações existentes entre os recursos, atividades, resultados e os impactos esperados. Nas versões mais completas se torna possível ampliar esta relação causal, tendo como ponto de partida a intervenção na situação inicial que a justifique no contexto, seja ele social, físico, político e institucional. De acordo com Bezerra, Cazarin e Alves:

Modelo Lógico é um método que explicita a teoria de um programa, permitindo verificar se o desenho do seu funcionamento está adequadamente orientado para alcançar os resultados esperados, e é um passo essencial na organização dos trabalhos de avaliação. Sendo definido desta forma, o modelo lógico tem a potencialidade de sintetizar teorias complexas de mudança em componentes analítico (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

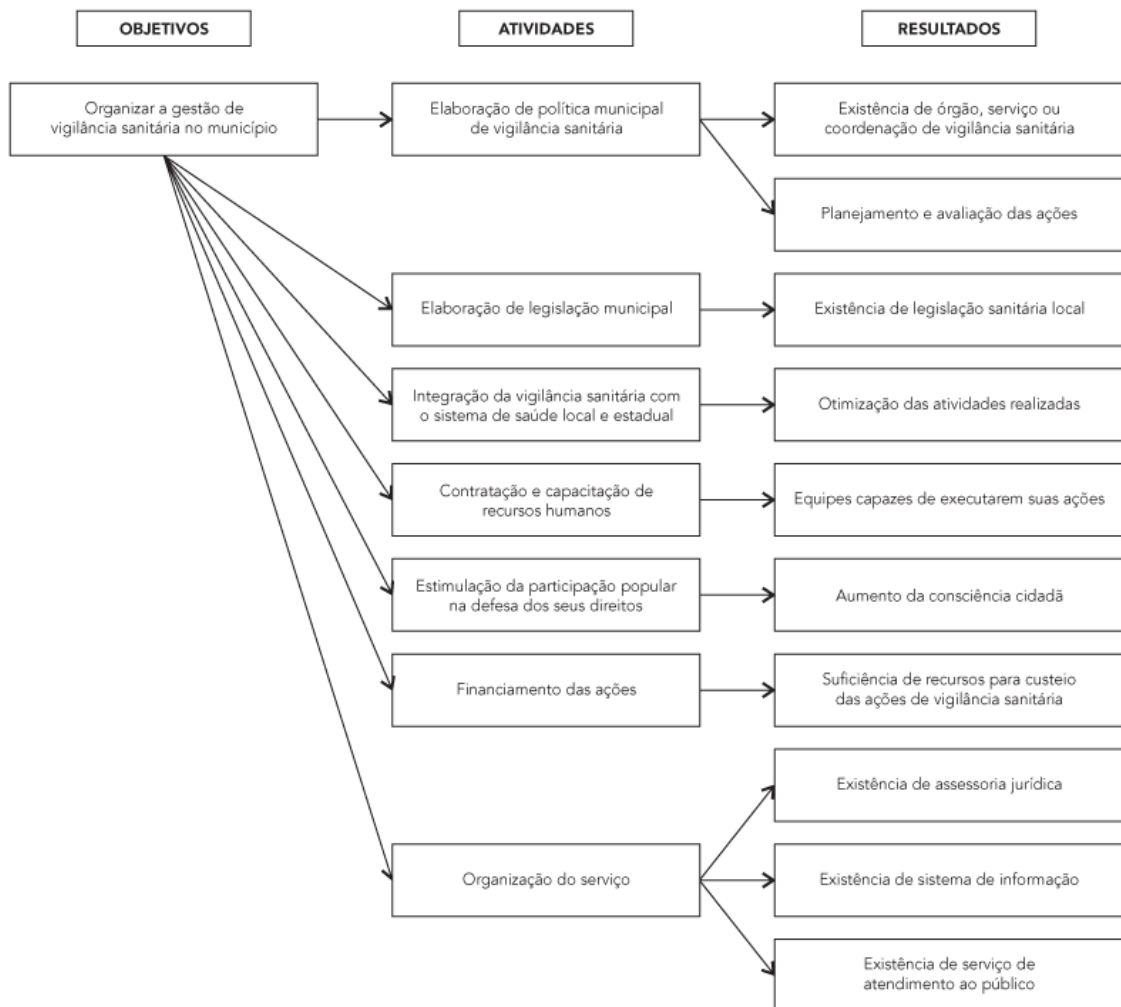


Figura 2 – Exemplo de modelo Lógico.  
Fonte: Ferraro, Costa e Vieira-da-Silva (2009).

Silva a partir da análise da teoria do programa, destaca a importância do ML para a identificação de deficiências ou problemas em seu fluxo que poderão interferir no seu desempenho. Avaliar a qualidade da teoria significa “verificar se o programa está bem desenhado e se apresenta um plano plausível de alcance dos resultados esperados” (SILVA, 2007). Desta forma, faz-se necessário a articulação das idéias, hipóteses e expectativas nas quais se baseiam o programa e o funcionamento esperado. Em muitos casos, segundo Silva (2007), “a teoria não é detalhada nos documentos oficiais, dificultando uma análise adequada”.

O objetivo do modelo lógico é ser um desenho funcional de como o programa poderá se desenvolver, de sua possível execução em um determinado cenário e como pretende resolver os problemas iniciais identificados. O modelo lógico poderá ser o ponto inicial de uma base para um “convincente relato do desempenho esperado, ressaltando onde está o problema objeto do programa e como este se organiza para enfrentá-lo” (SILVA, 2007).

Segundo Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2009), os elementos que compõem um modelo lógico deverão ser os recursos (humanos, financeiros, intelectuais, tecnológicos, etc.) existentes para desenvolver o programa; as operações/ações que deverão ser realizadas para atingir a meta do programa; os produtos, resultados intermediários e finais, assim como as hipóteses que sustentam as relações existentes; e as possíveis variáveis de contexto que devam ser levadas em conta.

A seqüência lógica, de como os princípios que indicam os recursos e as ações levam aos resultados esperados, é com freqüência indicada como a teoria do programa. De acordo com Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2009), “as hipóteses são de que os recursos certos serão transformados em ações necessárias para os beneficiários certos, e isso, em um contexto favorável, irá conduzir aos resultados que o programa pretende alcançar”. Ao se explicitar hipóteses de “como o programa se desenvolverá”, cria uma referência de “como poderá ser realizada tanto a gestão quanto a avaliação do programa.

Com freqüência, o processo de planejamento da avaliação se beneficia da existência de um modelo lógico, na medida em que este último auxilia a ajustar a avaliação do programa; saber o quê e quando avaliar; focar a avaliação nos pontos-chave; conhecer as necessidades ou problemas que afetam determinado grupo, região, organização etc.; e conhecer os resultados e os impactos possíveis do programa (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009).

Em se tratando de avaliação – relevância, eficiência, eficácia, impacto e sustentabilidade –, a utilização do modelo lógico pode contribuir no intuito de localizar e sistematizar questões a serem avaliadas.

Embora sejam objetos de compromissos, negociações entre o desejável e o possível, traduzindo ideologias, crenças e relações de força, os resultados esperados são claros (explícitos), precisos e avaliáveis?

Os indicadores selecionados para medir estes efeitos avaliam o nível de risco das populações expostas e não expostas? Cobertura e qualidade da atenção? Efeitos positivos e negativos? Levam em consideração outras intervenções que podem influenciar os resultados? Os indicadores são mobilizadores de vontades e fazem convergir os atores? São objetivos, mensuráveis, logicamente conectados ao programa, multidimensionais (englobando o conjunto de preditores) e longitudinais (pois os efeitos variam no tempo)?

Os critérios de repartição de recursos adotados são claros e equitativos? Os recursos são distribuídos proporcionalmente à população beneficiária ou às necessidades de investimentos? As regras de repartição de recursos procuram contemplar preocupações com a efetividade e a eficiência no uso de verbas governamentais? Privilegiam metas de eficácia? A regra é transparente e fácil de explicar e justificar?<sup>1</sup>

No Canadá, os modelos teóricos, “popularmente” conhecidos como modelos lógicos, constituem uma exigência governamental para avaliação das intervenções federais, desde o início dos anos 80, e são considerados extremamente práticos pelos avaliadores, ajudando-os a estabelecer e testar a razão do programa bem como a conceber um instrumento de avaliação adequado (MONTAGUE, 1997 apud HARTZ, 1999).

No Brasil, atualmente o Ministério do Planejamento vem aplicando metodologia de construção do modelo lógico em diversos órgãos Federais como forma de avaliar a implantação e os progressos dos diversos Programas de Governo (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009).

### **3.3 Avaliabilidade do Programa (AP)**

---

<sup>1</sup> “Se somente os idealizadores da fórmula podem entendê-la, ela é politicamente inútil” (MUSGROVE, 1996 apud MARINHO; FAÇANHA, 2001).

A partir dos anos 60, verificou-se um aumento na realização de avaliações em programas sociais. Isso decorreu, em grande medida, de uma cobrança por parte de organismos financiadores internacionais (HARTZ, 1997; MATIDA; CAMACHO, 2004).

Porém, muitas destas avaliações foram grandes estudos com foco no desenho e no método (SUCHMAN, 1967 apud HARTZ; SILVA, 2005) com resultados limitados e custo alto, mostrando-se de pouca utilidade para os gerentes de programas e os seus formuladores (FIGUERÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; HARTZ; SILVA, 2005;). A implantação de muitos programas de forma precária gerou problemas que decorreram de deficiências em suas concepções, influenciando o alcance dos resultados esperados. Quando foram avaliados, foi possível verificar que, em muitos desses programas, não existia ou era frágil a articulação entre as ações e o problema a ser enfrentado, o que influenciava nos resultados almejados (HARTZ; SILVA, 2005; MENDES et al., 2010).

Diversos problemas ocorreram pela pouca atenção dada, no período de elaboração dos programas, na formulação dos objetivos e a uma minuciosa descrição das ações necessárias para o atendimento das metas e a uma relação lógica entre os objetivos, as atividades, os resultados e a situação problema a ser enfrentada (HARTZ; SILVA 2005)

O Objetivo da análise de avaliabilidade é identificar como um determinado programa foi construindo sua consistência durante a implementação e se existe uma permanente avaliação com periodicidade explícita e definida (PATTON, 2002 apud HARTZ; SILVA, 2005). A avaliabilidade é um processo de avaliação preliminar e sistemática de um programa, em seu campo teórico e em sua prática, como forma de demonstrar se existem necessidades de ajustes nos seus componentes e identificar pontos a serem verificados durante a avaliação mais extensa do mesmo. (HARTZ, 1997; MENDES et al., 2010 ; SILVA, 2007).

Segundo Silva (2007), “a análise de avaliabilidade estuda o nível em que as características de cada programa afetam a possibilidade de realização de uma avaliação eficaz. A pré-avaliação pergunta a que extensão é possível avaliar os efeitos do programa. O que deve ser medido? E o que realmente pode ser medido?” O estudo de avaliabilidade é indicado como etapa inicial da execução de avaliações mais complexas e é recomendado para a identificação de necessidades de



conhecimento e informação, no intuito de recomendar o foco e os métodos da avaliação (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009; MEERES; FISHER; GERRARD, 1995 apud SILVA, 2007).

Segundo Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2009) e Mendes et al. (2010), a Análise de Avaliabilidade é um processo cíclico que consiste em quatro etapas:

(a) Clarificação dos objetivos do programa, realizado pela revisão dos seus documentos e por entrevistas com o gerente do programa e demais interessados; (b) Desenvolvimento de um modelo de programa, incluindo objetivos imediatos, intermediários e finais, e indicadores de performance, seguidos da apresentação para o coordenador do programa como feedback; (c) Exploração da realidade do programa por métodos tais como o exame das operações do programa e entrevistas com clientes e fornecedores. Esse passo inclui a comparação da realidade do programa com o programa modelo e a revisão do mesmo, seguido novamente pela apresentação para o coordenador do programa como feedback; e (d) Elaboração das Recomendações para: 1) Identificar áreas para o melhoramento do programa; 2) Identificar componentes do programa que podem ser avaliados; 3) Identificar quais questões avaliativas são úteis e praticáveis (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009; MENDES et al, 2010).

Silva (2007) sugere três etapas para a realização da análise de avaliabilidade: “a) a descrição do modelo lógico do programa com atenção particular para a definição das suas metas e objetivos; b) a análise de quão bem definido e avaliável é o modelo; c) a identificação dos interesses do público alvo (“*stakeholders*”) na avaliação e o uso adequado das suas descobertas”. Para o autor, os avaliadores que conduzem a pré-avaliação devem buscar descrever e entender o programa por meio de entrevistas e observações, com o propósito de revelar sua “realidade social” tal como é percebida pelos que operam o programa, assim como pelo público alvo.

O plano discursivo de um programa traz, para o trabalho concreto, proposições éticas e técnicas que conformam o objeto de trabalho (mediante a assunção de valores e de finalidades técnicas) e os instrumentos de trabalho (mediante o estabelecimento de normas gerais de operação e de julgamento do trabalho). No plano do trabalho, os valores e normas são construídos de forma real em seu cotidiano. No cruzamento do discurso com a prática, a resultante de qualidade será aquela que demonstrar ser mais coerente (HARTZ; SILVA, 2005).

Em 2005, a Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA), órgão colegiado de composição interministerial e coordenado pela Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (SPI/MOPG), “iniciou o desenvolvimento de uma proposta metodológica para avaliação

de programas do Plano Plurianual (PPA) menos complexa e de menor custo, a qual deveria preceder a contratação de avaliações de maior profundidade” (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009).

A metodologia deveria ser utilizada no “aperfeiçoamento de aspectos relacionados ao desenho e ao gerenciamento de programas e, ao mesmo tempo, sistematizar a demanda por avaliações de resultados das ações do governo” (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009). Como referência teórica e metodológica, foi tomado o Exame de Avaliabilidade, de Joseph S. Wholey. Esta foi construída enquanto uma pré-avaliação para “se verificar se um programa está desenhado para ser gerenciado por resultados, e identificar quais as mudanças necessárias para que isto ocorra” (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009). Uma etapa da metodologia é a construção do modelo lógico de resultados, que tem o papel de explicitar a teoria do programa “verificando se está bem desenhado e se apresenta um plano plausível de alcance de resultados” (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009).

## **4 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso no âmbito da Avaliação de Programas, que, aplicando metodologia de análise de avaliabilidade, realizou avaliação sistemática e preliminar do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões Amazônia Legal e Nordeste do Brasil.

A Análise de Avaliabilidade realizada pretendeu cumprir as duas primeiras etapas do processo cíclico descrito por Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2009) e Mendes et al. (2010): a clarificação dos objetivos do programa – realizada pela revisão dos seus documentos e por entrevistas com o gerente do programa e demais interessados – e o desenvolvimento de um modelo do programa, incluindo objetivos imediatos, intermediários e finais, e indicadores de performance.

Vale destacar, contudo, que não houve tempo hábil para a realização de entrevistas com informantes-chaves (como o coordenador do programa e gerentes de ações) que pudessem esclarecer alguma dúvida sobre a elaboração do PRMI.

### **4.1 A Coleta dos Dados**

As principais fontes de dados consultadas foram os documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde entre 2008 e agosto de 2010.

Os critérios de escolha utilizados foram: documentos publicados em diário oficial, atas de reuniões que se encontram publicadas na página do Ministério da Saúde na internet, publicações oficiais, informações dos diversos bancos de dados do Ministério da Saúde: Sistema Informação de Mortalidade (SIM), Sistema Nacional de Nascidos (SINAM) e banco de dados da Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA). Foram também fonte de pesquisa os Termos de Cooperação Assinados entre os Governadores de Estado e o Governo Federal e os Termos de Cooperação Assinados entre as secretarias estaduais e municipais de saúde com o Ministério da Saúde.

Além desses documentos, foram fontes de pesquisa: a página oficial do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a página oficial da Organização Pan-Americana para Saúde (OPAS).

## **4.2 A Análise dos Dados**

Foram analisados dados e informações de 2008 a agosto de 2010. Este período foi o selecionado, pois nele transcorreram as ações do PRMI até a data de início desta pesquisa. É importante esclarecer que o programa tem seu prazo de execução até 31 de dezembro de 2010. Este segundo período fará parte de estudos futuros deste autor.

Foi destacado um dos seis eixos do programa: “Qualificar a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido”. Sua eleição decorreu do fato deste eixo corresponder a 55,5% de todas as ações do PRMI e corresponder ao foco do programa. Quando da montagem do desenho do modelo lógico, entretanto, todos os eixos envolvidos no programa serão apresentados.

Uma primeira leitura flutuante dos documentos permitiu destacar dados julgados relevantes e estabelecer uma categorização primeira. Após esta categorização, os textos foram relidos, sendo destacadas dos mesmos as informações relevantes para a descrição do Programa e construção do modelo lógico propriamente dito e para a avaliabilidade do PRMI.

Como marco de referência para a seleção e organização das informações foi utilizada a proposta de Bezerra, Cazarin e Alves (2010) que apresenta um conjunto de “perguntas chaves” norteadoras da construção dos programas/políticas de saúde até a construção do modelo lógico dos mesmos. Foram buscadas nos diversos documentos, as informações para responder as “perguntas chaves” colocadas. .

O cruzamento das informações contidas nos diversos documentos com as “perguntas chaves” deveria permitir a visualização de forma ordenada do objetivo do programa, seus componentes, ações, resultados e metas esperadas, assim como de fatores que pudessem influenciar o desenvolvimento do PRMI. Abaixo segue o conjunto das “perguntas-chaves”, como colocadas por Bezerra, Cazarin e Alves (2010):

1. Qual o problema visado pelo programa, pelos seus formuladores federais e executores ou agentes locais?
2. Qual o programa de saúde criado para resolver o problema?
3. Qual o objetivo geral do programa?
4. Quais os objetivos específicos do programa?
5. Quais as metas que o programa pretende alcançar?
6. Qual é a população alvo?
7. Quais são os componentes do programa?
8. Que atividades são realizadas no programa?
9. Quais as estruturas que o programa precisa para funcionar?
10. Quais os produtos que se espera obter com a realização das atividades?
11. Quais os resultados que o programa pretende alcançar?
12. Quais os fatores que podem influenciar no alcance destes resultados, que não apenas os relacionados ao programa?

O programa foi tratado em sua pluralidade, mas também na singularidade de seus subprogramas ou ações, buscando-se identificar os efeitos lógicos e hierarquicamente articulados em uma série de "se → então", associando recursos, atividades e resultados (HARTZ, SILVA, 2005)

Uma questão importante a ser levada em consideração quando da avaliação do Pacto refere-se à natureza dos fenômenos sociais enfrentados. Produzidos por uma conjunção variada de causas, não é simples estabelecer o papel que cada um dos fatores desempenha na sua ocorrência. Assim, na busca da resposta esperada a uma determinada política pode significar que as premissas em que ela está baseada são inadequadas ou que a metodologia e instrumentos de intervenção são inadequados; mas pode significar, também, que variáveis externas tenham restringido os efeitos esperados.

Segue abaixo um quadro-síntese dos documentos pesquisados e de onde foi possível coletar os dados necessários para responder às “perguntas-chaves” para a descrição do programa e seu modelo lógico, bem como verificar a sua avaliabilidade.

PERGUNTAS CHAVES	DOCUMENTOS PRODUZIDOS PELO PRMI				
	Compromisso para Acelerar a Redução das Desigualdades no NE e AL (2009)	Diário Oficial da União, 25/02/09. Seção 2, p. 26.	Sistemática p/ Monitoramento e Avaliação do Plano de Ações do MS para a RMI no NE e AL (ago/10)	Nota Técnica: MI no Brasil e Políticas de Saúde da Criança do MS nos 20 anos do SUS (2009)	Ata da Primeira Reunião de Avaliação do PRMI no NE e AL (fev/10)
Qual o problema visado pelo programa, pelos seus formuladores federais e executores ou agentes locais?	X	X		X	
Qual o programa de saúde criado para resolver o problema?	X	X	X	X	X
Qual o objetivo geral do programa?	X	X	X		
Quais os objetivos específicos do programa?	X	X	X		X
Quais as metas que o programa pretende alcançar?	X		X		
Qual é a população alvo?	X	X	X	X	
Quais são os componentes do programa?	X		X		X
Que atividades são realizadas no programa?	X		X		X
Quais as estruturas que o programa precisa para funcionar?	X		X		X
Quais os produtos que se espera obter com a realização das atividades?	X		X		
Quais os resultados que o programa pretende alcançar?	X		X		
Quais os fatores que podem influenciar no alcance destes resultados, que não apenas os relacionados ao programa? <sup>2</sup>			X		X

Quadro 1 – Lista de documentos do PRMI que respondem às perguntas-chave.

Fonte: Elaboração do autor.

<sup>2</sup> Durante pesquisa nos documentos do PRMI, apesar de não encontradas evidências que o autor do programa consideravam possíveis causas externas e como deveriam lidar com elas, pode-se verificar (principalmente na ata da 1ª reunião de avaliação e na Sistemática para Monitoramento e Avaliação, escritas após o início da execução das ações) que durante o desenvolvimento, quando provavelmente foram ocorrendo as dificuldades de implantação, as variáveis externas começaram a ser trabalhadas, para que fosse minimizada sua influência durante a execução das ações.

## 5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os procedimentos metodológicos tiveram o cuidado de preservar o caráter científico do trabalho e a aplicabilidade de seus resultados na melhoria da vida das pessoas.

Além disso, o trabalho se encontra em harmonia com a Resolução nº. 196, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo em vista que todos os cuidados foram tomados para manter o necessário sigilo e anonimato, não apresentando nenhum risco às pessoas diretamente envolvidas com o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil.

É importante destacar que o autor desta pesquisa ocupava uma posição de assessoramento dentro do grupo executivo que coordenou o PRMI, o que, por um lado, permitiu o acesso a informações importantes, mas por outro pode ter dificultado o desejado distanciamento do objeto da pesquisa durante o processo de avaliabilidade do PRMI.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa, conforme já citado no capítulo da Metodologia (item 4.2 A Análise dos Dados), percorreram uma trajetória que se inicia com a caracterização do problema mortalidade infantil no Brasil, que gerou a necessidade da construção do programa, e vai até a esquematização do desenho lógico do mesmo.

O modelo lógico construído compõe-se, pois, da explicação do problema e das referências básicas do programa; a estruturação do programa para o alcance de resultados; e identificação dos fatores de contexto.

### 6.1 O Problema Mortalidade Infantil e seu enfrentamento no Brasil

Diversas ações na perspectiva da gestão, da participação do cidadão e na área da atenção podem ser lembradas como indicadores e eventos traçadores de melhorias na saúde da população brasileira. O combate a Mortalidade Infantil, entretanto, é uma das políticas na qual tem sido realizadas diversas ações em diversos campos (vide quadro histórico e a lista de conjunto de ações realizadas pelo MS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)). Os resultados se mostram evidentes e efetivos, indicando, de maneira positiva, os avanços de uma política de Estado<sup>3</sup>.

---

3 Entende-se por Políticas de Estado aquelas que envolvem as burocracias de mais de uma agência do Estado, justamente, e acabam passando pelo Parlamento ou por instâncias diversas de discussão, depois que sua tramitação dentro de uma esfera (ou mais de uma) da máquina do Estado envolveu estudos técnicos, simulações, análises de impacto horizontal e vertical, efeitos econômicos ou orçamentários, quando não um cálculo de custo-benefício levando em conta a trajetória completa da política que se pretende implementar.



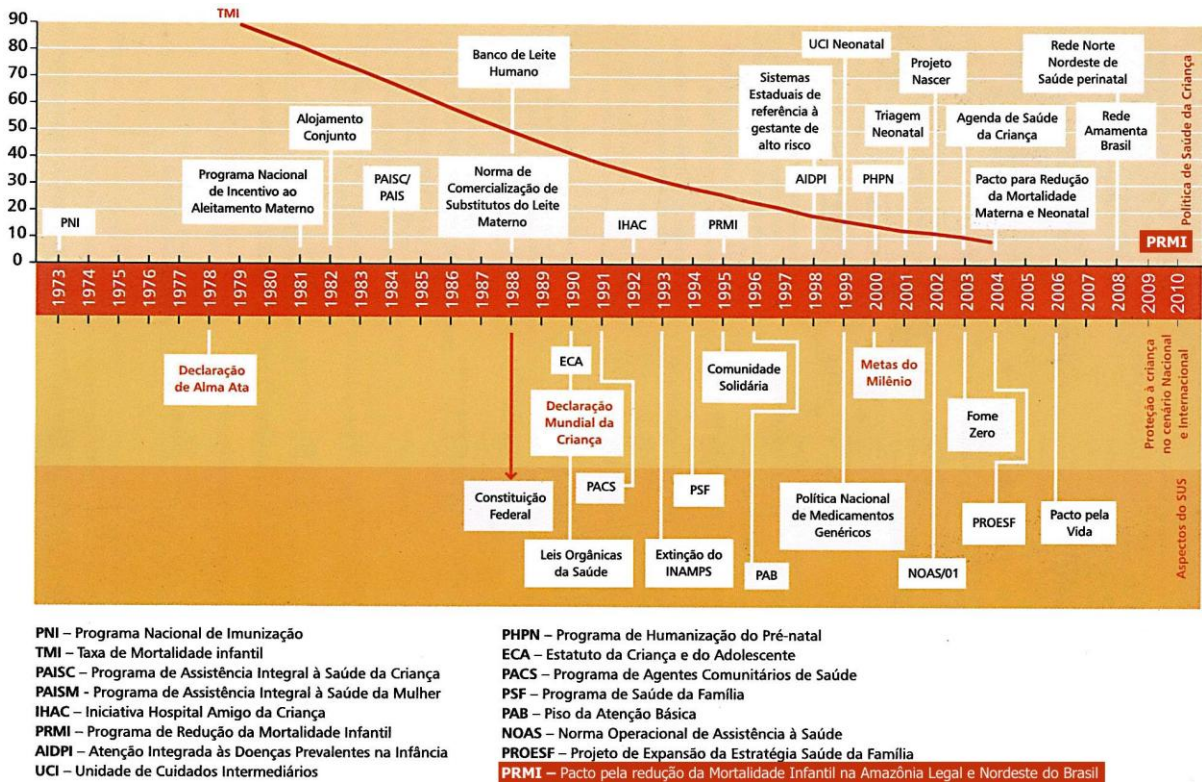


Figura 3 – Linha do tempo da saúde da criança  
 Fonte: Adaptação do autor com base em Brasil (2009c)

Nos últimos trinta anos, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil vem apresentando um decréscimo de em média 4,4 % ao ano, tendo passado de 80,1 óbitos por mil nascidos vivos (NV) em 1980, para 21,2 óbitos por mil NV em 2005, uma redução de 73,6% (BRASIL, 2009c). Essa evolução pode ser verificada no gráfico a seguir.

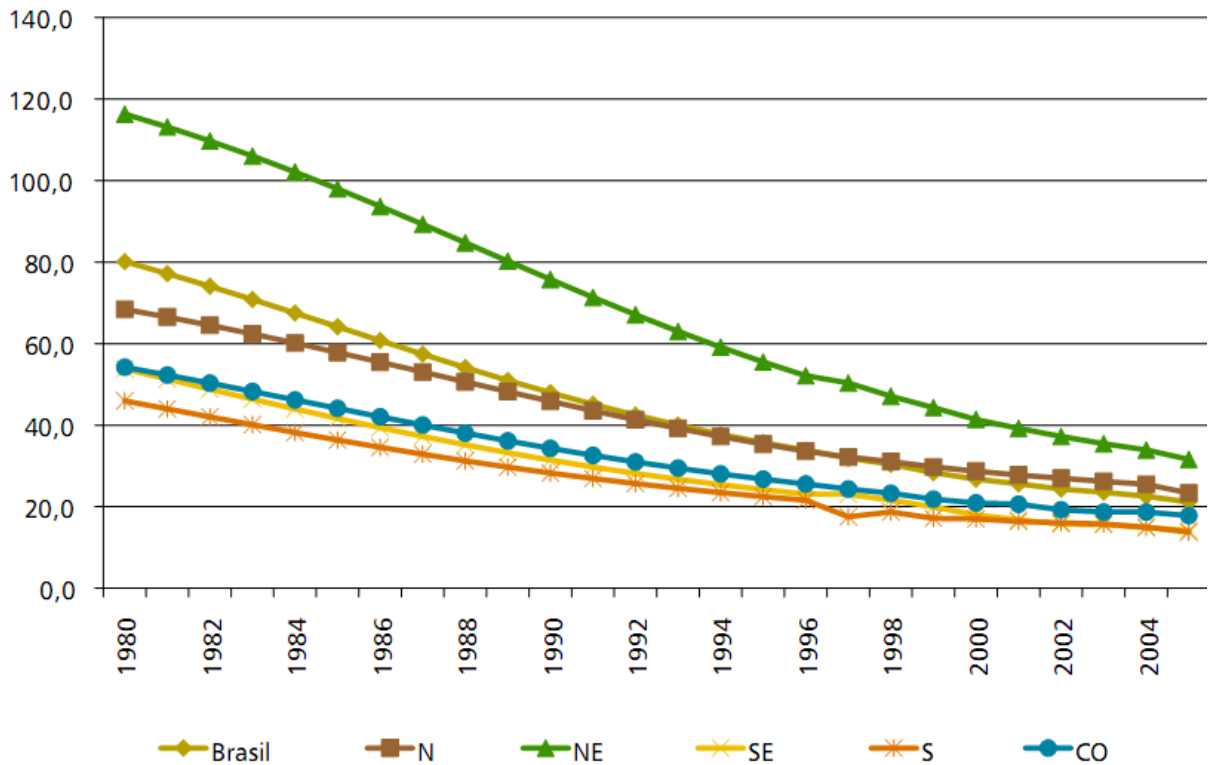


Gráfico 1 – Taxa de Mortalidade Infantil. Brasil e regiões, 1990-2005  
 Fonte: SIM-MS e Ripsa (BRASIL, 2009c)

Observando as regiões do Brasil, nota-se também um decréscimo das TMI, mas este decréscimo não se deu na mesma proporção em todas as regiões. Nota-se pelos dados que a região Norte foi a que teve menor redução, enquanto que o Nordeste apresentou declínio das taxas mais acentuado. A justificativa para o decréscimo na região Nordeste “decorreu, possivelmente, das maiores taxas no período inicial analisado” (BRASIL, 2009b) e possíveis políticas locais.

Apesar dos indicadores apresentados na média nacional, a TMI da região Nordeste e Norte encontram-se superiores as demais. Quando se desmembra por ente federado ficam demonstradas as disparidades das taxas, apesar dos avanços entre os estados da região da Amazônia Legal (quatro estados) e Nordeste (dez estados) do Brasil em relação aos demais estados (ver tabela a seguir).

**Tabela 1 – Brasil e Unidades da Federação: Taxas de Mortalidade Infantil  
1980-2006 – Ambos os Sexos**

Brasil e	Taxas de Mortalidade Infantil ( Ordenada por 2006)				Declínio(%) 1980-2006
	1980	1991	2000	2006	
Rio Grande do Sul	36.5	21.6	16.7	13.9	-61.9
São Paulo	56.7	29.9	19.4	16.0	-71.8
Santa Catarina	46.1	28.6	20.3	16.6	-64.0
Distrito Federal	45.7	27.5	20.7	17.3	-62.2
Mato Grosso do Sul	49.8	31.7	22.2	18.5	-62.9
Paraná	54.0	32.3	24.0	19.3	-64.3
Espírito Santo	48.2	31.7	23.5	19.5	-59.6
Roraima	70.8	40.9	22.9	19.6	-72.3
Goiás	47.3	33.2	23.9	20.0	-57.7
Rio de Janeiro	51.8	30.7	24.7	20.2	-61.0
Mato Grosso	49.2	35.3	25.0	21.0	-57.4
Minas Gerais	65.0	35.7	25.6	21.1	-67.5
Rondônia	55.5	38.5	29.1	24.4	-56.0
Amapá	53.9	36.7	29.4	24.6	-54.4
<b>Brasil</b>	<b>69.1</b>	<b>45.2</b>	<b>30.4</b>	<b>24.9</b>	<b>-64.0</b>
Pará	62.5	44.6	30.1	25.2	-59.7
Amazonas	58.2	42.5	32.3	26.8	-54.0
Tocantins		49.1	33.6	28.1	-42.8
Piauí	81.0	61.9	36.5	29.3	-63.8
Ceará	111.5	71.1	38.1	30.8	-72.4
Acre	69.6	53.9	37.9	31.7	-54.5
Bahia	83.1	62.6	41.3	34.5	-58.5
Sergipe	90.1	67.3	43.1	35.0	-61.1
Rio Grande do Norte	111.2	72.1	44.7	36.1	-67.5
Paraíba	117.1	77.4	48.6	39.4	-66.3
Pernambuco	104.6	75.7	48.9	39.8	-61.9
Maranhão	86.1	73.6	49.9	40.7	-52.7
Alagoas	111.6	98.5	63.8	51.9	-53.5

Fonte: Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS/DPE/IBGE)

É importante ressaltar, como demonstram estudos científicos (BRASIL, 2009d; FRIAS et al, 2008; SZWARCOWALD et al, 1999), que também nestas regiões o número de sub-notificações de mortalidade é reconhecidamente maior, o que faz supor que estejam subestimadas as taxas. Atualmente, inclusive, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância a Saúde (SVS) e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vem realizando atividades específicas para minimizar estes casos.

Os estudos que direcionaram sua observação para os diversos componentes da fase infantil (Neonatal-precoce 0-6dias, Neonatal-Tardio 7-27 dias, pós-neonatal

28-365 dias e neonatal 0-27 dias) foram capazes de verificar que o componente pós-neonatal foi o responsável pelas altas TMI prevalentes até o ano 1980, como pelas reduções das TMI observadas após este período até 2005 (BRASIL 2009d), tanto em nível nacional (Gráfico 2) quanto por regiões (Gráfico 3).

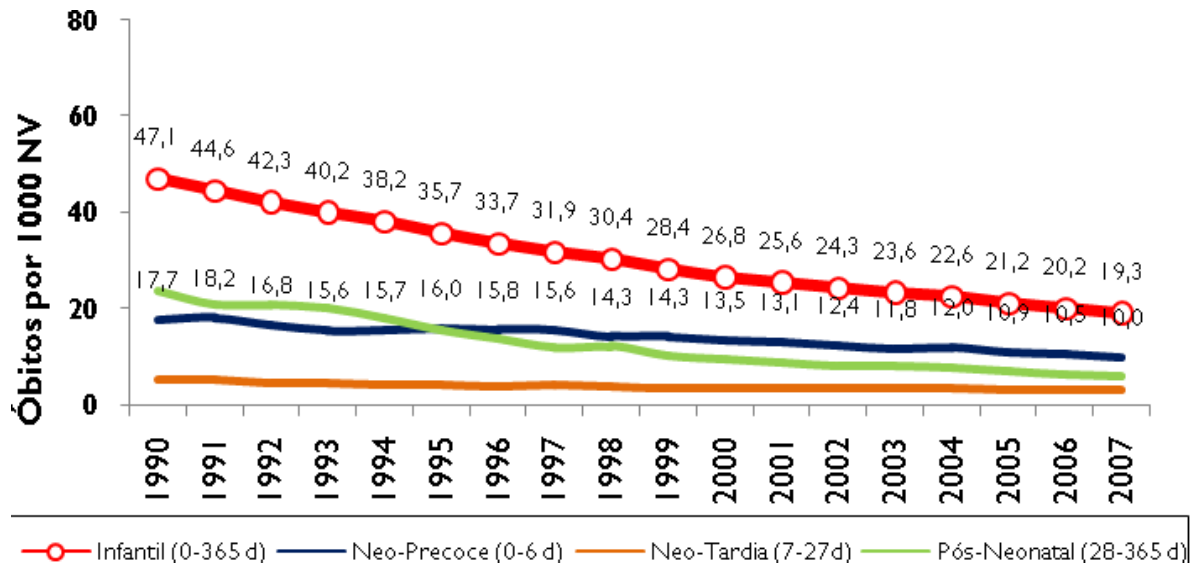


Gráfico 2 – Taxa de Mortalidade Infantil por fase de vida entre 1990 e 2007  
 Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS (BRASIL 2009b)

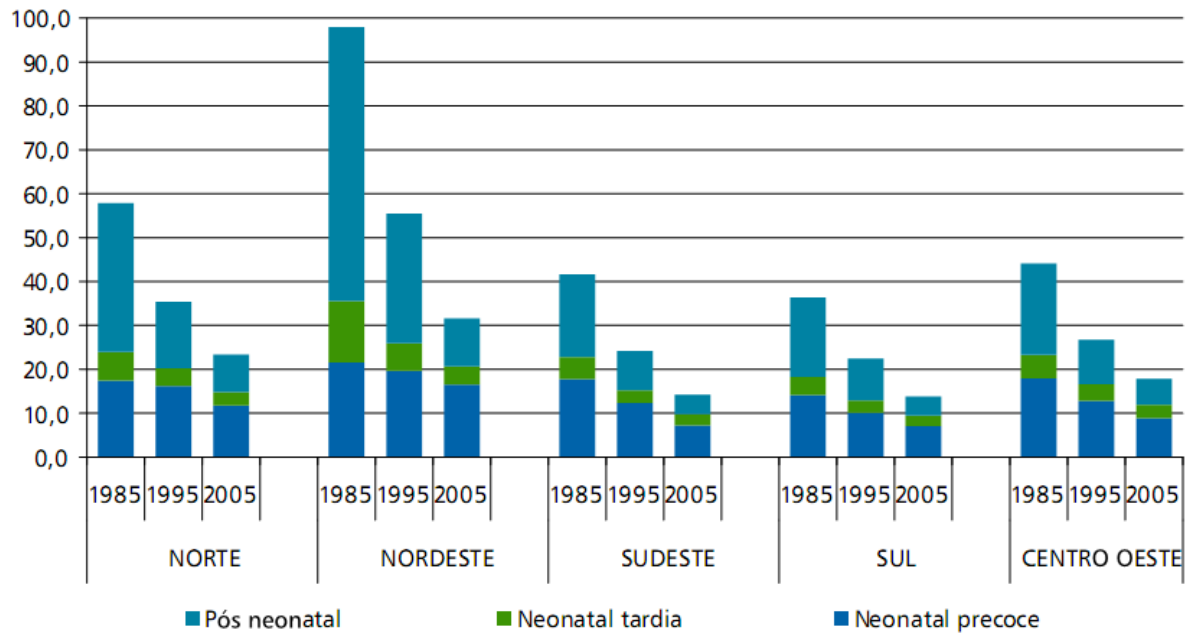


Gráfico 3 – Taxa de Mortalidade Infantil segundo componentes e regiões do Brasil, 1985-1995-2005  
 Fonte: Brasil (2009c)

O componente pós-neonatal foi o responsável pela maior parte da redução da mortalidade infantil nas últimas décadas, ao passo que o componente neonatal representa a maior parcela da taxa de mortalidade infantil, principalmente nas regiões onde as taxas são menores (MARANHÃO et al., 1999).

Segundo os dados do SIM-MS, a doença diarréica aguda representava em 1980 a segunda causa de mortalidade infantil, sendo responsável por 25% dos óbitos por causas definidas. Os mesmos estudos demonstram que, em 2005, a mesma causa de óbitos representava somente 4% dos óbitos por causa definida. Em contrapartida, as afecções perinatais, que em 1980 já eram o maior grupamento de causas com 37,8% dos casos no Brasil, passaram a ser responsáveis por 60,8%, mesmo tendo uma redução de mais de 40% em números absolutos (Tabela 2 e Gráfico 4)

**Tabela 2 – Principais grupos de causas de mortalidade infantil (Brasil, 1980-2005)**

Grupamento de Causas	1980		1985		1990		1995		2000		2005	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doença diarréica aguda	32704	24,3	17525	17,3	10824	14,0	6901	9,8	3004	5,0	1988	4,1
Doenças imunizáveis	2917	2,2	1227	1,2	639	0,8	279	0,4	137	0,2	80	0,2
Desnutrição e anemias nutricionais	8405	6,2	6270	6,2	3228	4,2	2229	3,2	1432	2,4	909	1,9
Infecção respiratória aguda	18852	14,0	12681	12,5	9235	11,9	6875	9,8	3310	5,5	2357	4,8
Afecções perinatais	51030	37,8	46030	45,4	38088	49,1	37856	53,8	36566	61,1	29690	60,8
Malformações congênitas	7191	5,3	7086	7,0	6424	8,3	7300	10,4	7798	13,0	7830	16,0
Demais causas	13755	10,2	10490	10,4	9073	11,7	8942	12,7	7564	12,6	5947	12,2
Causas definidas (sub-total)	134854	100,0	101309	100,0	77511	100,0	70382	100,0	59811	100,0	48801	100,0
Causas mal-definidas*	45194	25,1	29398	22,5	18427	19,2	11194	13,7	8388	12,3	2743	5,3
Total (todas as causas)	180048	100,0	130707	100,0	95938	100,0	81576	100,0	68199	100,0	51544	100,0

Fonte: SIM/MS (BRASIL, 2009c)

Nota: \*Proporção calculada em relação ao total de causas

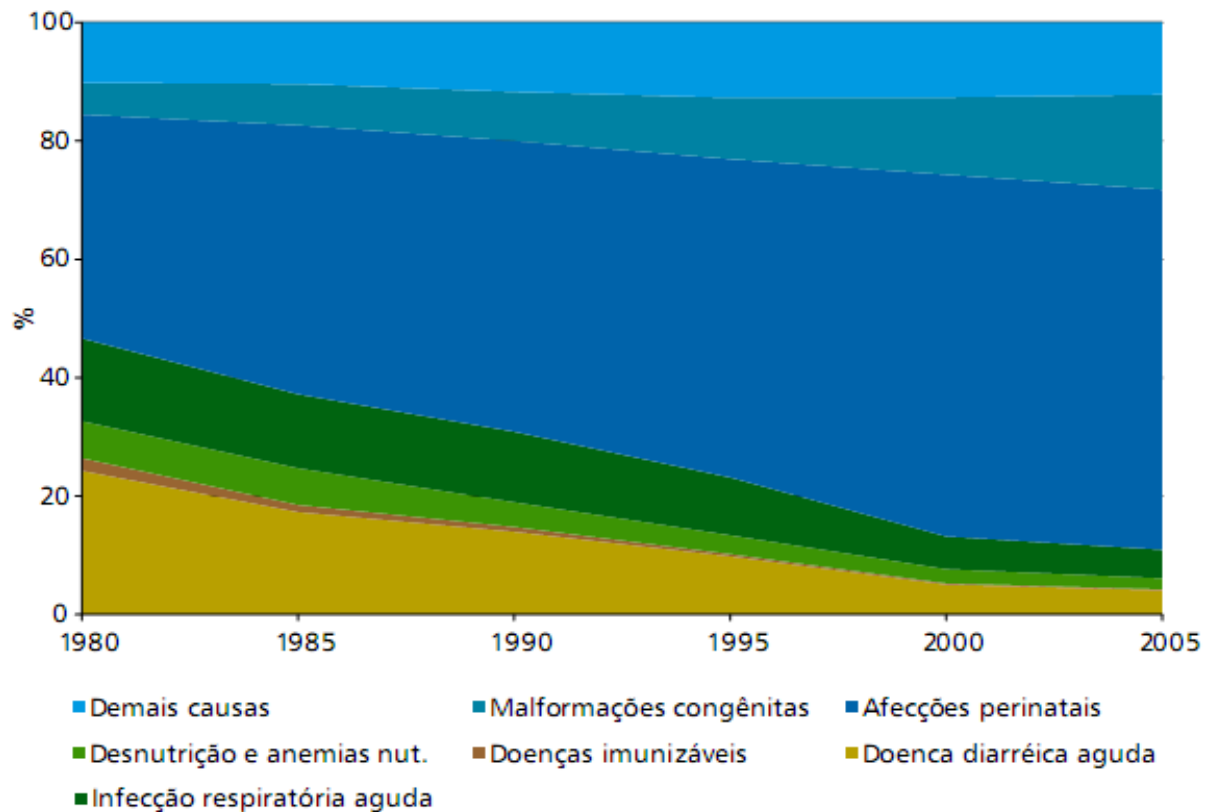


Gráfico 4 – Mortalidade Proporcional por principais grupos de causa de óbito infantil. Brasil, 1980-2005. Fonte: SIM/MS (BRASIL, 2009c)

## 6.2 Modelo Lógico do Pacto (BRASIL 2009a; 2009b; 2009d; 2010g)

Para dar resposta a este quadro de desigualdade apresentado anteriormente, o Ministério da Saúde respondeu a iniciativa da Casa Civil da Presidência da República, tendo constituído um grupo ministerial (BRASIL, 2009a) cuja responsabilidade seria elaborar, executar, monitorar e avaliar um programa de ações articuladas com os gestores estaduais e municipais do SUS das regiões da Amazônia Legal do Brasil e do Nordeste, que foi denominado Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil (PRMI), com ênfase no período neonatal (até 27 dias).

O processo de determinação da mortalidade infantil no Brasil ancora fatores e causas de naturezas diversas: desde a falta de infraestrutura básica (como baixa cobertura de água e esgoto tratado), passando por problemas sociais complexos, até a falta de atenção qualificada a mulher e a criança (BRASIL, 2009d).

A escolha da faixa etária dos neonatos (nascidos vivos até o 27 dia) pelos formuladores do PRMI se deu porque os indicadores de acompanhamento dos sistemas de informação de mortalidade e o de nascidos vivos demonstram que é nesta fase na qual ocorre o maior número de óbitos infantis no Brasil como um todo, amplificado nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste principalmente por afecções perinatais (afecções que tem origem no período perinatal – primeiros 7 dias de vida).

Após a constituição do grupo ministerial, foram solicitadas às secretarias do MS que fizessem um levantamento das diversas ações já previstas no PPA que pudessem acelerar a redução da mortalidade infantil. A partir deste levantamento foram elaborados os seis eixos básicos estruturadores do Programa, como apresentados a seguir.

### **6.2.1 Referências básicas do programa e sua contextualização**

O PRMI assumiu como objetivo geral a redução em 5% da TMI nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil.

O Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil com foco em ações na fase neonatal teve como público-alvo as mulheres gestantes e os recém-nascidos até o vigésimo sétimo dia de nascido, pois, como já foi referido nos dados acima, é nesta fase que se encontra a maior número de óbitos infantis.

Como componentes deste programa foram definidos seis eixos de ação, estruturadores para organização do programa. Foram eles:

1. Qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido;
2. Educação na Saúde;
3. Gestão da informação;
4. Vigilância do óbito infantil;
5. Fortalecimento do Controle Social, Mobilização Social e Comunicação; e
6. Produção de conhecimento e pesquisas.

Esta estratégia selecionou 256 municípios dos 17 estados que compõe a Região da Amazônia Legal (102) e Nordeste (154) do País (BRASIL, 2009a; 2009b; 2009d; 2010g).



O critério para escolha destes municípios foi ser residência ou destino de ocorrência de mais de 50% dos óbitos de menores de 1 ano.

Abaixo segue a lista dos Municípios divididos em dois quadros organizados segundo as regiões de execução do programa.

Municípios Prioritários nos Estados da Amazônia Legal			
Estado	Mun. de Residência	Lista de Municípios	Mun. de Ocorrência*
Roraima	2	<u>Boa Vista</u> , Uiramutã	1
Amapá	2	<u>Macapá</u> , Santana	1
Acre	4	<u>Rio Branco</u> , Cruzeiro do Sul, Brasília, Tarauacá	1
Tocantins	13	<u>Palmas</u> , <u>Araguaína</u> , <u>Gurupi</u> , Porto Nacional, Colinas do Tocantins, Paraíso do Tocantins, Miracema do Tocantins, Tocantinópolis, Augustinópolis, Araguatins, Formoso do Araguaia, Dianópolis, Esperantina	3
Rondônia	4	<u>Porto Velho</u> , <u>Ji-Paraná</u> , <u>Ariquemes</u> , Cacoal	3
Amazonas	12	<u>Manaus</u> , Boca do Acre, Borba, Coari, Itacoatiara, Manacapuru, Maués, Parintins, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga, Tapauá, Tefé	1
Pará	15	<u>Belém</u> , <u>Ananindeua</u> , <u>Marabá</u> , <u>Santarém</u> , Parauapebas, Itaituba, Altamira, Abaetetuba, Paragominas, Bragança, Castanhal, Cametá, Breves, Tucuruí, Marituba	4
Maranhão	38	<u>São Luís</u> , <u>Imperatriz</u> , <u>Caxias</u> , <u>Codó</u> , <u>Timon</u> , <u>Açailândia</u> , <u>Bacabal</u> , <u>Santa Inês</u> , Barra do Corda, São José de Ribamar, Chapadinha, Santa Luzia, Itapecuru Mirim, Coroatá, Coelho Neto, Paço do Lumiar, Vargem Grande, Buriti, Presidente Dutra, Balsas, Zé Doca, Pinheiro, Pedreiras, Viana, São João dos Patos, Rosário, Barreirinhas, Estreito*, Carolina*, Porto Franco*, Alcântara, Raposa, Cururupu, Governador Nunes Freire, Lago da Pedra, Colinas, Tuntum, Grajaú	8
Mato Grosso	12	<u>Cuiabá</u> , <u>Várzea Grande</u> , <u>Rondonópolis</u> , <u>Cáceres</u> , Sinop, Barra do Garças, Tangará da Serra, Alta Floresta, Juína, Poconé, Sorriso, Pontes e Lacerda	4
Total – Mun. de Residência	102	Total – Municípios de Ocorrência*	26

Quadro 2 – Municípios Prioritários na Amazônia Legal eleitos para execução do PRMI

Fonte: Elaboração do autor a partir de Brasil (2009b).

Nota: \* Os municípios de ocorrência (sublinhados) são aqueles responsáveis por 50% dos óbitos menores de 1 ano.

Municípios Prioritários nos Estados da Região Nordeste			
Estado	Mun. de Residência	Lista de Municípios	Mun. de Ocorrência*
Alagoas	14	<u>Maceió</u> , <u>Arapiraca</u> , Atalaia, Penedo, Palmeira dos Índios, Coruripe, Santana do Ipanema, São Luís do Quitunde, União dos Palmares, Delmiro Gouveia, Rio Largo, Joaquim Gomes, Marechal Deodoro, Teotônio Vilela	2
Bahia	33	<u>Salvador</u> , <u>Feira de Santana</u> , <u>Vitória da Conquista</u> , <u>Juazeiro</u> , <u>Itabuna</u> , <u>Ilhéus</u> , <u>Camaçari</u> , <u>Jequié</u> , Porto Seguro, Barreiras, <u>Paulo Afonso</u> , Lauro de Freitas, <u>Alagoinhas</u> , <u>Eunápolis</u> , Simões Filho, <u>Teixeira de Freitas</u> , Itamaraju, Bom Jesus da Lapa, Valença, Senhor do Bonfim, Casa Nova, Itapetinga, <u>Santo Antônio de Jesus</u> , Jacobina, Itaberaba, Jaguaquara, Ribeira do Pombal, Santo Amaro, Dias d'Ávila, Guanambi, Santa Maria da Vitória, Irecê	13
Ceará	18	<u>Fortaleza</u> , <u>Juazeiro do Norte</u> , Caucaia, <u>Sobral</u> , Maracanaú, Itapipoca, <u>Crato</u> , Tianguá, Crateús, Icó, Iguatu, Camocim, Quixadá, Granja, São Benedito, Viçosa do Ceará, Canindé, <u>Barbalha</u>	5



Municípios Prioritários nos Estados da Região Nordeste			
Estado	Mun. de Residência	Lista de Municípios	Mun. de Ocorrência*
Paraíba	21	<u>João Pessoa</u> , <u>Campina Grande</u> , Santa Rita, <u>Patos</u> , Bayeux, Sapé, Mamanguape, Cajazeiras, Monteiro, Guarabira, <u>Sousa</u> , Cabedelo, Queimadas, Esperança, Areia, Alagoa Grande, Princesa Isabel, Taperoá, Itabaiana, Alhandra, Juazeirinho	4
Pernambuco	26	<u>Recife</u> , <u>Jaboatão dos Guararapes</u> , <u>Petrolina</u> , Olinda, <u>Caruaru</u> , Garanhuns, Paulista, Araripina, Cabo de Santo Agostinho, Serra Talhada, Buíque, Vitória de Santo Antão, Belo Jardim, Arcoverde, Pesqueira, Ouricuri, Palmares, Camaragibe, Ipojuca, Santa Cruz do Capibaribe, Salgueiro, Timbaúba, Bom Conselho, São Bento do Una, Escada, São Lourenço da Mata	4
Piauí	24	<u>Teresina</u> , <u>Parnaíba</u> , <u>Picos</u> , Piripiri, Barras, Esperantina, Miguel Alves, Pedro II, União, Altos, Piracuruca, Bom Jesus, José de Freitas, Cocal, Castelo do Piauí, Batalha, Luzilândia, Floriano, Corrente, São João do Piauí, São Raimundo Nonato, Valença do Piauí, Oeiras, Paulistana	3
Rio Grande do Norte	9	<u>Natal</u> , <u>Mossoró</u> , Parnamirim, Caicó, Ceará-Mirim, Macaíba, Currais Novos, São Gonçalo do Amarante, Pau dos Ferros	2
Sergipe	9	<u>Aracaju</u> , Nossa Senhora do Socorro, Lagarto, São Cristóvão, Itabaiana, Estância, Capela, Glória, Própria	1
<b>Total – Mun. de Residência</b>	<b>154</b>	<b>Total – Municípios de Ocorrência*</b>	<b>34</b>

Quadro 3 – Municípios Prioritários na Região Nordeste eleitos para execução do PRMI

Fonte: Elaboração do autor a partir de Brasil (2009b)

Nota: \* Os municípios de ocorrência (sublinhados) são aqueles responsáveis por 50% dos óbitos menores de 1 ano.

### 6.2.2 As ações desenvolvidas para a “Qualificação da Atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém nascido”<sup>4</sup>

A meta finalística proposta para “Qualificação da Atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém nascido” foi reduzir o número de óbitos nas regiões da AL e NE em um total de 4.071, sendo 2.133 no ano de 2009 e 1.938 no ano de 2010. Levando em consideração que o foco do PRMI é o componente neonatal, espera-se uma redução total de 2.773 óbitos nos anos de 2009 e 2010 neste componente (BRASIL, 2009b).

<sup>4</sup> Pode-se verificar que em diversos planos estaduais encaminhados ao Ministério da Saúde, que além das informações solicitadas pelo mesmo, os Estados incluíram ações que o Executivo local, por iniciativa própria, vinha tomando para enfrentar o problema da Mortalidade Infantil. A análise dos Planos estaduais será realizada na sequência desta pesquisa.

Um conjunto de ações foram propostas para dar conta do problema inicial que era a desigualdade regional nas TMI. As ações propostas, que somaram dez, foram assim trabalhadas:

- **Ação 1: Implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL 2009b)<sup>5</sup>.**

Essa ação teve como indicador “número de equipes a serem implantadas” e meta de 167 equipes na AL e 436 na região NE, totalizando 603 equipes (BRASIL 2009b).

- **Ação 2: Implantação de equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>6</sup>.**

Essa ação tem como meta a formação de 88 equipes na região da AL e 74 para a região NE, totalizando 162 novas equipes de NASF (BRASIL, 2009b). Em janeiro de 2010 as metas para os NASF foram atualizadas para 111 na AL e 153 NE seguindo solicitações feitas pelos estados (BRASIL 2010g),

Até agosto de 2010 foram implantadas novas 207 equipes da ESF sendo 98 na AL e 109 NE. Com relação aos NASF foram implantados 207 núcleos sendo 62 na AL e 145 na região NE (BRASIL, 2010f; 2010g).

Com a ampliação das equipes do PSF e de NASF, os formuladores do PRMI tinham como um de seus objetivos reforçar as ações de vigilância em saúde à gestante e ao recém-nascido, aprimorando as ações de captação precoce, continuidade e integralidade do cuidado durante a gestação e nas intercorrências, incluindo a manutenção do acompanhamento de gestantes em pré-natal de alto risco, até a internação e após a alta hospitalar (VICTORA, 2001; STARFIELD ,2004; BRASIL, 2009b,2009d).

---

5 “Em1994, o Ministério da Saúde (MS) apresentou o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para consolidação do SUS em oposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, prioriza as ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e da família. Até agosto de 2010 existiam 31.423 equipes implantadas com cobertura de 52% da população” (BRASIL 2010c).

6 O NASF surgiu pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008. Tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (BRASIL 2010c).

Como resultado destas ações, espera-se que as mortes infantis por complicações do período perinatal se reduzam.

No contexto (situação) analisado, um dos grandes problemas encontrado foi da fixação, principalmente do profissional médico, nas regiões onde o PRMI está sendo executado (BRASIL, 2010f, 2010g). Este tem sido um desafio, não somente para o PRMI, como também para a Estratégia da Saúde da Família (ESF). Faz-se necessário colocar que esta questão não se tem como causa principal os baixos salários pagos a profissionais nestas regiões. Trata-se de um conjunto de questões, a supervalorização de especialidades médicas que utilizam de tecnologias duras (MERHY, 2002), a baixa valorização da cultura da promoção a saúde tanto por parte de parte dos profissionais de saúde (incluindo os gestores) quanto da própria população, o sentimento de desamparo por parte do profissional de saúde quando os recursos tecnológicos são escassos ou até inexistente, a falta de estrutura de rede de atenção onde o a ESF possa se apoiar entre outras (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDOÇA, 2009).

A execução de ações no campo da Atenção Primária (AP) é relevante no curto, médio e longo prazo para a redução das Taxas de Mortalidade Infantil. Sendo assim se faz imperativo o enfrentamento do problema citado acima, pois caso não se resolva a tendência é de estagnação da TMI (VICTORA, 2001; BRASIL, 2009d).

• **Ação 3: Ampliação dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva neonatal (UTI)<sup>7</sup> e Ação 4: Ampliação dos leitos de Unidades Cuidados Intensivos neonatal (UCI)<sup>8</sup>.** (BRASIL, 2009b)

A Ampliação e qualificação dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva neonatal (UTI) e a Ampliação dos leitos de Unidades Cuidados Intensivos neonatal (UCI) são outras duas ações propostas que, segundo Victora (2001), têm impacto direto na redução da TMI, principalmente quando se trata do período neonatal.

---

7 A UTI surgiu para dar suporte de vida avançado a pacientes em estado agudo e que tenham chance de sobreviver. Este espaço historicamente surgiu nas salas de recuperação pos-anestésicas por volta de 1930. Até o dia 30 de agosto de 2010 existiam cadastrados junto ao MS 7.300 leitos de UTI Neonatal, sendo que destes um total de 3.500 são ofertados ao SUS (BRASIL, 2010d).

8 Segundo Silva (2007) "A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é uma unidade especial que se encontra inserida no Serviço de Neonatologia. Esta unidade é o lugar onde se proporciona vigilância, tratamento e cuidados aos recém nascidos prematuros e de termo com problemas de saúde que possam ser potencialmente graves e os que tenham saído da UTI". Até o dia 30 de agosto de 2010 o Ministério da Saúde não cadastra leitos de UCI, ficando este financiamento por conta das Secretarias de Saúde dos estados e municípios. Desta forma torna-se difícil estimar quantos leitos de UCI atendem hoje o SUS.

Existe uma falta de leitos de UTI e de UCI nas duas regiões colocadas nesta pesquisa, o que acarreta, segundo Victora (2001), baixa qualificação da atenção prestada. O funcionamento deste tipo de leito hospitalar amplia de forma determinante a qualificação da atenção, podendo proporcionar uma melhor atenção ao neonato e a gestante.

A proposta dos técnicos e gestores do MS foi de somar mais 710 (305 AL e 405 NE) aos atuais 809 leitos de UTI (319 AL e 490 NE), passando a 1519 leitos ao final do programa. Em relação aos leitos de UCI, que em dezembro de 2008 somavam 863 (143 AL e 720 NE), a meta é incorporar ao SUS mais 1318 leitos (531 na AL e 787 no NE), totalizando 2181 leitos de UCI nas duas regiões. Até agosto de 2010, nenhuma unidade cadastrou novos leitos dentro desta ação (BRASIL, 2009b).

A dificuldade encontrada, de acordo com os técnicos e gestores do MS na implantação destas duas ações em alguns Estados e Municípios diz respeito às adequações físicas propostas nos planos estaduais para o pacto (BRASIL, 2010g). Uma das alegações colocadas foi a falta de recursos financeiros para realizar as obras, pois as mesmas não foram previstas nos Planos Plurianuais (PPA), e, sendo assim, não foram previstos recursos orçamentários (BRASIL, 2010g).

Esta impossibilidade de ampliar os leitos de UCI impede a ampliação dos leitos de UTI, pois segundo os técnicos, as duas ações estão “atreladas”. Este atrelamento é justificado na bibliografia científica no que toca o processo de qualificação da estrutura hospitalar (VICTORA, 2001). Segundo o autor, os serviços de UTI devem contar com o suporte de leitos de UCI para que os pacientes não fiquem tempo excessivo nas UTI, ocupando sem ganho terapêutico vagas que poderiam atender um número maior de crianças que necessitam deste tipo de atenção. Desta forma, a montagem de serviços de UTI com a montagem de UCI ajuda a qualificar a atenção ao paciente neste perfil, possibilitando a montagem de projetos terapêuticos e com rotatividade de leitos adequada à natureza do atendimento.

Esta é uma das ações que podemos colocar como obstáculo mais político do que técnico, apesar de parecer o contrário. Existe forma de se incluir no PPA novas ações a serem realizadas. Basta que elas se justifiquem por ser uma necessidade que atenderá a população (BRASIL, 2010b). Durante o ano de 2009 os estados tiveram a oportunidade de realizar ações para incluir em seu PPA a ação. Mas isto não foi realizado em boa parte dos estados, justificando porque até agosto de 2010

não tinha ocorrido nenhum cadastramento novo deste tipo de serviço nos municípios eleitos pelo PRMI.

• **Ação 5: Implantação do Serviço Atendimento Médico de Urgência (SAMU-192)<sup>9</sup> em 100% dos municípios prioritários** (BRASIL, 2009b).

Para garantir acesso a este serviço através da Central de Regulação Médica, assim como atenção e transporte qualificados. A meta prevista para o final do programa era de implantação de 229 unidades de remoção (ambulância, “ambulanchas” e “motolâncias”), sendo 63 na região da AL e 166 no NE (BRASIL, 2009b).

A principal dificuldade encontrada para alcance desta meta, segundo os relatórios, foi a montagem e organização de Centrais de Regulação para o SAMU, pois em diversos municípios e/ou estados existia falta de mão de obra (principalmente da categoria médica) e de cultura organizacional para montagem do processo de regulação do sistema (BRASIL, 2010g).

A ação de montar e gerenciar centrais de regulação traz uma série de compromissos, sejam de ordem política, financeira e organizacional que é uma típica ação que poderia ser assumida pelo estado como regulador do sistema de saúde no âmbito regional. O conjunto de municípios envolvidos no PRMI são de pequeno a médio porte, que tem muitas dificuldades de assumir estruturas complexas como centrais de regulação (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004; BRASIL, 2009d), por terem recursos limitados, financeiros e humanos.

• **Ação 6: Implantação de Banco de Leite Humanos (BLH)<sup>10</sup>** (BRASIL, 2009b).

Essa ação, que tem como meta de resultado cobrir 100% da demanda de leite humano para Recém Nascidos de 1.500 gramas nos municípios prioritários, assumiu como meta de produto abrir 57 novos BLH (16 AL e 41 NE). Até agosto de 2010 foram abertos 9 novos BLH, sendo 3 na AL e 6 NE, e 10 postos de coleta de leite humano (PCLH), 7 na região da AL e 3 no NE (BRASIL, 2009b).

---

9 O SAMU-192 faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências do SUS. Organizado em 2003 é oferecido pelo Ministério da Saúde, em parceria com governos estaduais e prefeituras, com a finalidade de prover o atendimento pré-hospitalar à população (BRASIL, 2010e).

10 “O primeiro Banco de Leite Humano do Brasil foi implantado em outubro de 1943, no Instituto Nacional de Puericultura, atualmente Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz. Seu principal objetivo era coletar e distribuir leite humano com vistas a atender os casos considerados especiais, a exemplo de recém nascidos prematuros (RNPT), perturbações nutricionais e alergias às proteínas heterólogas” (ANVISA, 2008).

Esta é uma ação destacada na literatura científica (VICTORA, 2001; VENANCIO; ALMEIDA, 2004; GUINSBURG, 2005, BRASIL, 2009d) como estratégica para a redução da mortalidade infantil, pois ela garante ao neonato as condições nutricionais para o desenvolvimento e aumento da resistência do organismo, e em especial do sistema imunológico da criança, que nesta fase encontra-se ainda em formação.

Nesta ação o Brasil é um exemplo para o mundo. Atualmente a OMS utiliza a Rede de Banco de Leite Humanos do Brasil como exemplo bem sucedido a ser replicado.

Esta ação é um exemplo que demanda poucos recursos financeiros e muito recurso de gestão e de mobilização social. A referida tecnologia, utilizada há dezenas de anos, vem valorizando com o passar dos anos o envolvimento e o conhecimento emocional da família e da sociedade no momento do aleitamento materno (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

• **Ação 7: Ampliar o número de hospitais com o título Amigo da Criança**<sup>11</sup> (BRASIL, 2009b).

Ao credenciar os hospitais com mais de 1.000 partos/ano nos municípios prioritários do PRMI, atingiria a meta de 158 hospitais com o título, o que corresponde a uma ampliação de 85 novas unidades (31 AL e 54 NE). Em dezembro de 2008 já existiam 73 (25 na AL e 48 no NE) com o título. Até agosto de 2010 foram credenciadas três novas unidades, segundo os relatórios de progresso do PRMI (BRASIL, 2009b, 2010g).

Esta ação encontra respaldo na bibliografia científica pela sua importância na melhoria da qualidade da atenção na fase perinatal (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2009d; VICTORA, 2001). O conjunto de ações necessárias para a conquista do título e a necessária manutenção da qualidade na atenção para a permanência com o mesmo demonstram a garantia de uma qualificação na atenção pré e pós-parto que influencia na redução da MI, principalmente nas causas evitáveis.

---

11 "Hospital Amigo da Criança é uma maternidade onde os profissionais de saúde são capacitados para executarem ações que protejam e apoiem o aleitamento materno. Foi concebido pela primeira vez em 1990, na Itália, quando representantes de vários países se reuniram para promover ações que valorizassem a prática da amamentação, como forma de combater e diminuir as altas taxas de mortalidade infantil. Idealizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para promover, proteger e apoiar a amamentação. Se tornou uma estratégia do MS em 1992 e com o apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde" (HAMANAKA, 2006).

Por se tratar de uma ação em que se necessita desenvolver a cultura<sup>12</sup> hospitalar, que se inicia com o plano de credenciamento até a obtenção do título, se torna um processo no qual a variável tempo é de difícil controle, não tendo garantias de se poder atingir a meta estipulada pelo PRMI. Desta forma esta é mais uma ação que provavelmente não ocorrerá até dezembro de 2010 quando do final da vigência da portaria que instituiu o grupo ministerial para condução do PRMI. Por se tratar de uma política anterior ao PRMI, sua execução a princípio não sofrerá interrupção, podendo perseguir a meta após o término da portaria citada acima.

• **Ação 8: Adesão das maternidades à rede Perinatal do Norte-Nordeste**<sup>13</sup>

Essa ação teve como meta adicionar 51 unidades (28 AL e 23 NE) à rede existente em 2008, que era de 34 unidades hospitalares (4 AL e 30 NE). A Ação visa Integrar à Rede as unidades hospitalares com mais de 1.000 partos/ano nos municípios prioritários (BRASIL, 2009b).

Segue a linha que busca a melhoria da qualidade da atenção. A base científica que sustenta esta ação está no marco da qualidade da atenção (VICTORA, 2001; BRASIL, 2009c; 2009d). Historicamente a rede foi uma ação organizada pela sociedade civil contando com o apoio do MS. A partir de 2009 a rede passou a ser coordenada pelo MS.

A variável tempo é de importância capital nesta modalidade de ação. Por se tratar de ação que trabalha a cultura hospitalar, respeitar o conjunto de valores de cada unidade que pleiteia entrar para a rede se faz imperativo, o que muitas vezes acarreta em atrasos no processo, comprometendo o resultado do programa, principalmente no caso do PRMI que tem um tempo de duração muito curto para ações tão complexas como as que pretendem trabalhar a cultura das organizações hospitalares (BRASIL, 2010g).

---

12 “Fleury partindo da concepção de Schein incorporou, ao conceito de cultura, o aspecto político definindo-a como o conjunto de valores e pressupostos básicos expressos em elementos simbólicos, que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, age tanto como elemento de comunicação e consenso, como oculta e instrumentaliza as relações de dominação” (MACHADO; KURGANT, 2004).

13 Criada em 18 de novembro de 2008, por meio da Portaria GM nº 2.800, que coloca: “Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade perinatal por meio de aprimoramento nas áreas de gestão, assistência, ensino e pesquisa perinatal, nos Estados do Norte e Nordeste do Brasil. Parágrafo único. A Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal constitui-se numa estratégia de aprimoramento da competência do sistema público de saúde na área perinatal por meio de articulação das principais maternidades e unidades neonatais de médio e alto risco, no âmbito de cada Estado da Região Norte-Nordeste, para formação de serviços de atenção perinatal integrados e trabalhando com a lógica de uma rede de saúde” (BRASIL, 2008).

• **Ação 9: Ampliar o número de Maternidades com equipes capacitadas no método canguru**<sup>14</sup>

Mais uma ação na linha de garantia da amamentação do neonato. Os estudos científicos (VENANCIO; ALMEIDA, 2004) demonstram que há impacto do método na prática da amamentação. Embora o método pareça reduzir a morbidade infantil, as evidências científicas são ainda insuficientes.

A meta estipulada para capacitar a equipe em todos os hospitais com mais de 1000 partos/ano nos municípios prioritários é de 48 novos hospitais (21 AL e 27 NE) capacitados e utilizando o método. Em dezembro de 2008 existiam nas duas regiões 37 (11 AL e 26 NE) hospitais capacitados e utilizando o método canguru (BRASIL, 2009b).

O Brasil hoje utiliza este método, principalmente nas regiões com a mesma característica social das que são trabalhadas neste PRMI e como ferramenta de humanização do parto (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

A implantação do método canguru é mais uma ação que necessita trabalhar a cultura hospitalar, tendo o fator tempo como condicionante (BRASIL, 2010g). Mas, como já fazem parte de uma política do Ministério da Saúde, o que permite concluir que continuará existindo após o término de vigência da portaria que instituiu o grupo ministerial de condução do PRMI.

• **Ação 10: Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da AL e NE**

Modificada pelo acréscimo de duas sub-ações: 10.1 – Publicações da Portaria nº 3136 (12/08), que define o repasse de um incentivo financeiro para os Estados auxiliarem os hospitais-maternidade de referência a se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento; e 10.2 – Regulação dos leitos obstétricos e neonatais. É uma ação administrativa e financeira

---

14 “O Método Mãe Canguru (MMC), também conhecido como Contato Pele a Pele, tem sido proposto como uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer (BPN). Foi idealizado e implantado de forma pioneira por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia, e denominado Mãe Canguru devido à maneira pela qual as mães carregavam seus bebês após o nascimento, de forma semelhante aos marsupiais. Era destinada a dar alta precoce para recém-nascido de baixo peso (RNBP) frente a uma situação crítica de falta de incubadoras, infecções cruzadas, ausência de recursos tecnológicos, desmame precoce, altas taxas de mortalidade neonatal e abandono a terno” (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).



que visa dar suporte financeiro às ações da regulação do sistema hospitalar, principalmente a linha de cuidado materno-infantil (BRASIL, 2009b).

Ela tem como meta financeira o repasse de R\$ 4 milhões a 36 maternidades localizadas nos municípios prioritários, visando apoiar a qualificação da atenção. Segundo informações coletadas nos relatórios e portarias no Diário Oficial da União (DOU), já foi repassado, até agosto de 2010, o montante de R\$ 2,5 milhões.

Na sub-ação 10.1, até agosto de 2010, os 17 estados enviaram seus projetos e os mesmos, segundo a Sistemática para o Monitoramento e Avaliação do PRMI, foram aprovados e já havia sido feito o repasse (BRASIL, 2010g).

Com relação à sub-ação 10.2, as informações levantadas demonstram que os 17 estados foram capacitados e estão regulando, mas com patamares de apropriação diversos (BRASIL, 2010g).

O ato de poder regular o sistema de saúde local, que é uma das atribuições do gestor, é um dos pontos de alicerce para o sucesso do SUS (MENDES et al, 2010; PAIM, 2008).

Realizando uma análise geral das diversas ações deste componente, é possível encontrar uma coerência lógica respaldada na literatura científica. Se bem coordenadas, as ações propostas poderiam contribuir decisivamente para atingir as metas propostas. O que talvez não tenha sido dimensionado adequadamente foi o cenário eleitoral de 2010, quando diversos secretários de estado foram substituídos, o que acarretou atraso do cronograma proposto para muitas das ações programáticas.

Outro fato importante é que estas ações devem estar articuladas (VICTORA, 2001), mas não necessitam ser implantadas simultaneamente e sim dentro da necessidade de cada município ou serviço.

### **6.2.3 Gestão do Programa**

A gestão do PRMI foi instituída pela Portaria/GM nº. 364, de 19 de fevereiro de 2009. O grupo de condução do Pacto ficou composto pelo Ministro da Saúde (coordenador do Pacto) e os secretários do Ministério da Saúde. Na mesma portaria foram designados os membros do grupo executivo, tendo ficado composto por cinco

diretores designados por cada secretário de estado, mais o assessor especial do ministro da saúde, a quem efetivamente coube à coordenação executiva das ações do PRMI.

Os “Termos de Cooperação Federativa” assinados entre os Governos Estaduais e a Casa Civil do Governo Federal formalizaram compromissos que tinham como meta contribuir para a redução das desigualdades nas áreas do analfabetismo adulto, Agricultura Familiar, no Registro Civil (certidão de nascimento) e na mortalidade infantil. No âmbito intra-setorial da saúde, foram realizadas duas oficinas regionais, quando, ao final, os Secretários de Estado da Saúde das Regiões da Amazônia Legal e do Nordeste assinaram um pacto junto com o Ministro da Saúde com o objetivo de reduzir em 5% ao ano no componente neonatal da TMI nos respectivos estados.

Este documento era composto de ações ainda genéricas, mas os Secretários Estaduais de Saúde se comprometiam com o envio ao MS de um Plano Estadual que contivesse ações necessárias para a redução da mortalidade infantil. Alguns desses planos demoraram a serem elaborados e alguns tiveram que ser readequados, pois, após avaliação das áreas técnicas do MS, os mesmos não eram viáveis. Ficaram responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento dos planos os diretores designados pelos secretários de estado, ficando cada um responsável por um conjunto de planos estaduais.

Para tornar o programa efetivo, diretores do MS se reuniam regularmente a partir da publicação da portaria ministerial, com a responsabilidade de montar o plano que permitisse o trabalho conjunto e articulado dos diversos setores do MS. Estas reuniões aconteciam na sala de reuniões do gabinete do ministro da saúde. Além dos diretores envolvidos, contavam também com a presença de diversos coordenadores responsáveis pela execução das diversas ações dentro do MS, um representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e diversos assessores e técnicos do MS.

Observando as atas das reuniões pode-se verificar que, entre 08/05/2009 e 30/08/2010, ocorreram 22 reuniões do Comitê Executivo do PRMI. A frequência dos diretores das áreas envolvidas foi, aparentemente, considerável (vide Tabela 3). A presença de tantos tomadores de decisão e ordenadores de despesas, que diversas das ações foram compartilhadas, fazendo com que os recursos fossem otimizados e não tendo atividades redobradas. Um bom exemplo foram os processos de capacitação apesar de estarem sob a responsabilidade do eixo II, diversas

secretarias disponibilizaram recursos ou permitiram que a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde coordenasse as ações.

Trabalhando desta forma, foi possível verificar nos documentos pesquisados (BRASIL, 2010g) uma sinergia entre as diversas ações e diversas secretarias para focos prioritários e um entendimento do programa, suas ações e seus problemas de forma mais homogeneia, permitindo que os problemas pudessem ser analisados de diversos focos e suas soluções nem sempre vieram das áreas responsáveis pela ação.

O clima de compartilhamento e co-responsabilidade entre os membros executivos do grupo ministerial é algo que vale a pena ressaltar como um dos alicerces da gestão do PRMI (BRASIL, 2010g).

**Tabela 3 – Frequência de Participação de Dirigentes (Designação de Assessoramento Superior - DAS 04 e 05) nas Reuniões para Gestão do PRMI**

Reunião	Data	Total DAS 4	Total DAS 5	Total Participantes
1	08/05/2009	2	5	16
2	12/05/2009	3	3	10
3	14/05/2009	5	3	16
4	15/05/2009	2	3	18
5	01/06/2009	6	3	25
6	05/06/2009	1	4	6
7	10/07/2009	3	4	11
8	07/2009	4	3	22
9	07/2009	8	6	25
10	07/08/2009	3	5	21
11	14/08/2009	3	4	15
12	28/08/2009	2	2	13
13	04/09/2009	1	3	18
14	18/09/2009	2	3	16
15	25/09/2009	5	3	13
16	09/10/2009	6	1	18
17	16/10/2010	4	5	15
18	28/10/2010	2	1	8
19	30/10/2009	6	3	13
20	04/12/2009	4	2	10
21	05/03/2010	4	4	16
22	30/08/2010	5	4	22

Fonte: Elaboração do autor

Os recursos financeiros alocados para o desenvolvimento das ações foram recursos já previstos no Plano Plurianual (PPA 2008-2011), não tendo sido identificada até agosto de 2010 nenhuma alocação de recursos novos, somente realocação das ações e das metas estabelecidas.

Vale ressaltar que nos documentos pesquisados (Brasil 2009b) foi colocado que os recursos para o programa seria da ordem de 110 milhões de reais, não citando a fonte, o que durante o desenvolvimento das ações gerou muitas incertezas pela indefinição de rubricas orçamentárias e financeiro para execução das ações, o que durou quase 6 meses, fragilizando a relação entre os atores envolvidos, sejam eles do MS, dos estados, municípios ou dos serviços.

Definir o montante de recursos e suas fontes se faz necessário para o bom desempenho das ações. Caso a decisão da utilização dos recursos já existentes no PPA fosse colocada no início do programa assim como sua forma de repartição (FERREIRA, CASSIOLATO, GONZALEZ, 2009) facilitaria ao grupo ministerial tomar decisões mais de caráter técnico e menos político.

#### **6.2.4 Estrutura física e de pessoal**

O programa PRMI contou com diversos técnicos do MS, das secretarias estaduais e municipais de saúde. Apesar de ser um programa fortemente centralizado no MS, constituiu-se uma estrutura em cada estado para apoiar as ações dos planos estaduais: os chamados comitês de redução da mortalidade infantil. Pode-se notar pelas informações repassadas na Sistemática para Monitoramento e Avaliação do Plano de Ações do MS para o PRMI no NE e AL<sup>15</sup>, que, com frequência, os técnicos estaduais não tinham delegações políticas pelos gestores ou estaduais ou municipais para exercer sua ação de apoio à execução dos planos.

---

<sup>15</sup> As áreas responsáveis pela implementação das ações, informavam mensalmente a situação da implementação das ações, assim como os nós críticos existentes para o bom desempenho da implementação do PRMI.

O Ministério da Saúde contou com o apoio de 17 consultores de seus quadros para atuação nos estados, além de diversos técnicos que residem em Brasília, mas que tinham como responsabilidade acompanhar, pelas suas áreas técnicas, as ações em um determinado estado ou região.

Apesar de ter estrutura física e de pessoal, a organização deste recurso poderia se dar de forma a contribuir com uma maior efetividade para o PRMI. A Sistemática para o Monitoramento e Avaliação (BRASIL 2010g) demonstrou que as visitas realizadas aos estados e municípios poderiam ter sido articuladas, com co-responsabilidades e agendas de trabalho compartilhadas entre as diversas secretarias do MS.

Desta forma, evitar-se-iam algumas questões como, por exemplo, visitas múltiplas no mesmo período de técnicos do MS a um mesmo estado ou mesmo município, o que acarreta problemas operacionais e políticos para estes e um aumento de gastos com transporte e hospedagem que poderiam ter sido evitados (BRASIL, 2010g).

### **6.2.5 Demais Componentes do Programa**

Para enfrentar o problema da alta taxa de mortalidade infantil nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil no componente neonatal, foram ainda desenvolvidas um conjunto de ações pelo MS, com apoio dos Estados e Municípios, que se dividiram em outros 5 eixos de ação, que abaixo são apresentados, mas que diferentemente do componente 1, serão objetos de trabalho futuro do autor.

**Eixo II: Educação na Saúde** – mediante a educação permanente em saúde dos profissionais de saúde. O processo de qualificação será direcionado para os profissionais de saúde das ESF, NASF, maternidades / hospitais / UTIs neonatais e SAMU. Os temas abordados vão desde a atenção pré-natal, atenção perinatal hospitalar (parto, atenção ao recém-nascido) até ao transporte à gestante e ao RN.

Para dar suporte a esse processo serão estruturados os centros de apoio educacional (Telesaúde e laboratórios de habilidades clínico-procedimentais), que permitirão a implantação da educação à distância e ao desenvolvimento de

habilidades clínico-procedimentais essenciais para a aquisição das competências profissionais.

Com isso espera-se como resultados preparar os profissionais para uma prática efetiva para a redução da mortalidade infantil e adoção de medidas, como o Método Canguru.

Outro aspecto importante para melhorar a efetividade dos serviços de saúde é a segunda opinião formativa por meio do Telesaúde. Entretanto, não basta melhorar somente a assistência, mas sim a organização dos serviços de saúde preparando os profissionais para analisar a situação de saúde com foco na mortalidade infantil, e principalmente a codificação de causa básica de morte.

Ação 11 – Qualificação dos profissionais das ESF e NASF	Regiões	Número de profissionais já qualificados até 2008	Meta de profissionais a serem qualificados entre 2009 e 2010
	Amazônia Legal	NI	13.599
	Nordeste	NI	31.050
	<b>Total</b>	<b>NI</b>	<b>44.649</b>

Quadro 4 – Meta de profissionais a serem qualificados das ESF e NASF, entre 2009 e 2010, e sua relação com o nº de profissionais qualificados até 2008, na Amazônia Legal e Nordeste do Brasil.

Descrição: Qualificar equipes locais de Saúde da Família (Equipe local de SF – médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitário de saúde) até dezembro de 2010, mediante a modalidade de educação à distância e presencial.

Fonte: Elaboração do autor a partir de Brasil (2009b)

Ação 12 – Qualificação dos profissionais das Maternidades (UTI Neonatal, SAMU e ALSO)	Regiões	Meta de profissionais a serem qualificados em UTI Neo/SAMU entre 2009 e 2010	Meta de profissionais a serem qualificados no ALSO entre 2009 e 2010
	Amazônia Legal	3.925	249
	Nordeste	13.411	476
	<b>Total</b>	<b>17.336</b>	<b>725</b>

Quadro 5 – Meta de profissionais a serem qualificados em UTI Neonatal, Samu e ALSO entre 2009 e 2010, na Amazônia Legal e Nordeste do Brasil.

Descrição: Qualificar profissionais (Pediatras, Neonatologistas e Obstetras das maternidades e UTI/UCI neonatais, e profissionais envolvidos no transporte e atendimento pré-hospitalar) até dezembro de 2010, mediante a modalidade de educação a distância.

Fonte: Elaboração do autor a partir de Brasil (2009b)

Ação 13 – Qualificação dos profissionais da área de informação e vigilância em saúde	Regiões	Número de profissionais qualificados nas áreas até 2008	Meta de profissionais a serem qualificados até 2010
	Amazônia Legal	NI	1.102
	Nordeste	NI	1.071
	<b>Total</b>	<b>NI</b>	<b>2.173</b>

Quadro 6 – Meta de profissionais a serem qualificados da área de informação e vigilância em saúde, até 2010, e sua relação com o nº de profissionais qualificados até 2008, na Amazônia Legal e Nordeste do Brasil.

Descrição: Qualificação de técnicos e profissionais dos estados e municípios da Amazônia Legal e Nordeste, mediante a modalidade de educação a distância, na utilização dos sistemas de informação, codificação da informação, análise de situação de saúde e vigilância epidemiológica de óbitos.

Fonte: Elaboração do autor a partir de Brasil (2009b)

Ação 14 – Estruturação do telesaúde	Regiões	Número de pontos do telesaúde implantados até 2008	Meta de pontos do telesaúde implantados até 2010
	Amazônia Legal	NI	NI
	Nordeste	NI	NI
	<b>Total</b>	<b>NI</b>	<b>1.263</b>

Quadro 7 – Meta de pontos de Telesaúde implantados até 2010 e sua relação com o nº de pontos implantados até 2008, na Amazônia Legal e Nordeste do Brasil.

Descrição: Implantação de 1.263 pontos de Telesaúde nos estados descobertos deste sistema até dez/10.

Fonte: Elaboração do autor a partir de Brasil (2009b)

**Eixo III: Gestão da informação** – mediante o aprimoramento dos sistemas de informação de mortalidade (SIM)<sup>16</sup> e nascidos vivos (SINASC)<sup>17</sup>, objetivando o cálculo direto da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no estado, por meio da busca ativa dos óbitos e nascimentos e pesquisa para criação do fator de correção da TMI no Nordeste e Amazônia Legal.

Ação 15 – Estratégias para o aumento da cobertura e qualidade do SIM e SINASC objetivando o cálculo direto da TMI	Situação desde dez/2007			Metas Propostas		
	Estado/Região	SIM	SINASC	Mal definido	Meta 2009	Meta 2010
	RO	76,7	41,3	4,5	Início da Busca Ativa de óbitos e nascidos	- Ter estimativa de óbitos e nascidos vivos nos estados do Nordeste e Amazônia Legal; e - Correção das coberturas de óbitos, nascidos vivos
	AC	65,2	97,7	6,9		
	AM	85,1	103,1	17,7		
	MA	54,3	86,6	8,0		
	RR	78,2	70,9	4,9		
	PA	65,5	106,1	14,1		
	AP	80,4	79,1	16,6		
	TO	60,7	94,2	2,9		
	MT	86,4	90,0	3,7		

16 O SIM é um levantamento das declarações de óbitos, que em princípio devem ser preenchidas por um médico (Cavenaghi, 2006).

17 O SINASC é um registro de informações epidemiológicas sobre os nascimentos no Brasil. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Nascido Vivo, padronizada em todo o país (Cavenaghi, 2006).

	PI	71,8	78,8	4,5		e óbitos com causas mal definidas; - Fator de correção das TMI
	CE	74,2	85,1	5,4		
	RN	68,9	80,1	3,6		
	PB	73,8	81,7	7,4		
	PE	82,6	92,7	5,3		
	AL	71,0	73,5	7,1		
	SE	80,0	83,2	7,7		
	BA	74,7	75,1	15,9		

Quadro 8 – Metas de cobertura e qualidade do SIM e SINASC objetivando o cálculo direto da TMI

Descrição: Aumento da cobertura do SIM e SINASC para no mínimo 90% e redução dos óbitos com causas mal definidas para menos de 10% nos estados.

Fonte: Elaboração do autor a partir de Brasil (2009b)

**Eixo IV: Vigilância do óbito** – mediante estruturação das ações de vigilância dos óbitos maternos, fetais, infantis e de óbitos por causa mal definida nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e monitoramento contínuo da ocorrência desses óbitos no estado e nos municípios.

Estado/Região	<1 ano	MIF	Meta 2009	Meta 2010
RO	76,7	41,3	- Início da implantação nos 17 estados; -Apresentação dos manuais de vigilância do óbito infantil, fetal, materno e por causas mal definidas; -Aprimoramento dos manuais com as contribuições dos 17 estados.	- Estruturação dos sistemas de vigilância nas SES e SMS; -Estruturação dos comitês de mortalidade infantil e materna.
AC	65,2	97,7		
AM	85,1	103,1		
MA	54,3	86,6		
RR	78,2	70,9		
PA	65,5	106,1		
AP	80,4	79,1		
TO	60,7	94,2		
MT	86,4	90,0		
PI	71,8	78,8		
CE	74,2	85,1		
RN	68,9	80,1		
PB	73,8	81,7		
PE	82,6	92,7		
AL	71,0	73,5		
SE	80,0	83,2		
BA	74,7	75,1		

MIF: Mulher em Idade Fértil

Quadro 9 – Meta de implantação de vigilância dos óbitos infantis, fetais e maternos.

Descrições: a) Implantar a vigilância dos óbitos infantis, fetais e maternos nos estados e em 100% dos municípios prioritários; b) Implantar comitês de mortalidade infantil e materna nos estados e em 100% dos municípios prioritários.

Fonte: Elaboração do autor a partir de Brasil (2009b)



**Eixo V: Fortalecimento do Controle Social, Mobilização Social e Comunicação** – mediante a promoção de ações de controle social<sup>18</sup>, mobilização social e comunicação, visando a uma atenção qualificada para as gestantes e os recém-nascidos, com especial atenção para a primeira semana de vida das crianças residentes no estado, sexo seguro e prevenção da gravidez não desejada na adolescência.

---

<sup>18</sup> “Controle Social é a integração da sociedade com a administração pública, com a finalidade de solucionar problemas e as deficiências sociais com mais eficiência” (Brasil 2010a).

	Situação Atual	Proposta																																																						
<p><b>Ação 17 – Fortalecimento da Gestão Estratégica e Participativa nos seus componentes: Gestão Participativa, Ouvidoria, Auditoria e Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS</b></p>	<p>Todos os estados da região Nordeste e Amazônia Legal (17) com Planos de Ação para implantação da Política PARTICIPASUS</p>	<p>Plano de trabalho, com base nas portarias GM 3060/07 e 2588/08, visando implantar, nos estados e municípios prioritários, ações Política da Gestão Estratégica e Participativa nos seus componentes: gestão participativa, ouvidoria, auditoria e monitoramento e avaliação da gestão do SUS, enfatizando a redução da mortalidade infantil. Identificar na Secretaria Estadual e municípios prioritários as áreas responsáveis pela Gestão Participativa e controle social, ouvidoria, auditoria e monitoramento e avaliação da gestão do SUS</p>																																																						
	<p>Existência de ações de formação de Conselheiros e lideranças da região Nordeste e Amazônia Legal.</p>	<p>Orientar a inclusão da temática da redução da mortalidade infantil nos processos de formação dos conselheiros de saúde.</p>																																																						
	<p style="text-align: center;"><b>Sistema Informatizado OuvidorSUS</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">N1</th> <th style="text-align: center;">NII</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">PI</td><td style="text-align: center;">00</td><td style="text-align: center;">06</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">CE</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">14</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">RN</td><td style="text-align: center;">00</td><td style="text-align: center;">08</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PB</td><td style="text-align: center;">00</td><td style="text-align: center;">17</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PE</td><td style="text-align: center;">01</td><td style="text-align: center;">11</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">AL</td><td style="text-align: center;">00</td><td style="text-align: center;">08</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">SE</td><td style="text-align: center;">00</td><td style="text-align: center;">05</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">BA</td><td style="text-align: center;">01</td><td style="text-align: center;">24</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">RO</td><td style="text-align: center;">00</td><td style="text-align: center;">03</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">AC</td><td style="text-align: center;">00</td><td style="text-align: center;">01</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">AM</td><td style="text-align: center;">00</td><td style="text-align: center;">07</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">MA</td><td style="text-align: center;">00</td><td style="text-align: center;">32</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">RR</td><td style="text-align: center;">01</td><td style="text-align: center;">01</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PA</td><td style="text-align: center;">00</td><td style="text-align: center;">14</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">AP</td><td style="text-align: center;">00</td><td style="text-align: center;">01</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">TO</td><td style="text-align: center;">01</td><td style="text-align: center;">03</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">MT</td><td style="text-align: center;">00</td><td style="text-align: center;">03</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">* Maio 2009</p> <p>Existência de canais de comunicação e disseminação de informações aos cidadãos dos estados da região Nordeste e Amazônia Legal</p>		N1	NII	PI	00	06	CE	0	14	RN	00	08	PB	00	17	PE	01	11	AL	00	08	SE	00	05	BA	01	24	RO	00	03	AC	00	01	AM	00	07	MA	00	32	RR	01	01	PA	00	14	AP	00	01	TO	01	03	MT	00	03	<p>Estimular a implantação do Sistema informatizado Ouvidor SUS - nível 1 - nos estados e capitais da região nordeste e Amazônia Legal.</p> <p>Estimular a adesão, dos municípios prioritários, ao sistema informatizado Ouvidor SUS - nível 2.</p> <p>Inclusão da temática da redução da mortalidade infantil em todos os canais de comunicação disponíveis na Ouvidoria, visando à disseminação de informações aos cidadãos e aos estados e municípios do Nordeste e Amazônia Legal pertencentes ao Sistema Nacional de Ouvidorias.</p>
		N1	NII																																																					
	PI	00	06																																																					
	CE	0	14																																																					
RN	00	08																																																						
PB	00	17																																																						
PE	01	11																																																						
AL	00	08																																																						
SE	00	05																																																						
BA	01	24																																																						
RO	00	03																																																						
AC	00	01																																																						
AM	00	07																																																						
MA	00	32																																																						
RR	01	01																																																						
PA	00	14																																																						
AP	00	01																																																						
TO	01	03																																																						
MT	00	03																																																						
<p>Constatação de dados relativos à Mortalidade Infantil nas auditorias de gestão realizadas nos estados do Nordeste e Amazônia Legal.</p>																																																								

CONTINUAÇÃO	Situação Atual					Proposta
<p>Ação 17 – Fortalecimento da Gestão Estratégica e Participativa nos seus componentes: Gestão Participativa, Ouvidoria, Auditoria e Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS</p>	<b>04 publicações “Painel de Indicadores dos SUS”</b>					<p>Dar publicidade ao Painel de Indicadores do SUS, mostrando o resultado do monitoramento e avaliação das ações governamentais voltadas para a redução da mortalidade infantil, especialmente nos estados e municípios prioritários.</p> <p>Apoiar estados e municípios prioritários na inclusão e avaliação da redução da mortalidade infantil nos seus respectivos Planos de Saúde e Relatórios de Gestão.</p> <p>Estimular o processo de adesão ao Pacto pela Saúde</p>
	Estados	Plano de Saúde aprovado no CES *	Adesão ao Pacto pela Saúde	RG Estadual 2007 aprovado no CES	RG Estadual 2008 aprovado no CES	
	RO		1	1	0	
	AC		1	1	0	
	AM		1	1	0	
	RR		1	1	1	
	PA		1	0	0	
	AP		1	0	0	
	TO		1	1	1	
	MT		1	1	1	
	MA		1	1	1	
	PI		1	0	0	
	CE		1	1	0	
	RN		1	0	0	
	PB		1	1	0	
	PE		1	0	0	
	AL		1	0	0	
	SE		1	1	0	
	BA		1	1	1	
	* sem fonte oficial de informação					
	<b>Municípios prioritários</b>					
UF	Plano de Saúde aprovado no CMS	% municípios com adesão ao Pacto pela Saúde	% municípios com RG 2007 aprovados nos CMS	% municípios com RG 2008 aprovados nos CMS		
RO		100	75	0		
AC		50	100	0		
AM		8	92	42		
RR		100	0	50		

Quadro 10 – Proposta para o fortalecimento da Gestão Estratégica e Participativa no NE e AL do Brasil.

Fonte: Elaboração do autor a partir de Brasil (2009b)

**Eixo VI: Produção de conhecimento e pesquisas** – Mediante o fomento de pesquisas no Nordeste e Amazônia Legal que mostre o perfil do parto e nascimento, o diagnóstico do parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais<sup>19</sup> e avaliação da qualidade da atenção pré-natal e puerpério em municípios de pequeno porte; assim

19 “Parteira tradicional é aquela que presta assistência ao parto domiciliar e que é reconhecida pela comunidade como parteira. Originalmente adquire suas aptidões fazendo partos por conta própria ou após aprender o ofício com outras parteiras” (NASCIMENTO et al. 2009).

como a produção de revisões sistemáticas sobre efetividade das intervenções para redução da mortalidade neonatal em áreas marcadas pela pobreza e insuficiente rede de atenção.”

	Regiões	Situação em Dezembro de 2008	Proposta para 2009 e 2010
Ação 18 – Produção de conhecimento e pesquisa como subsídio para a redução da MI	Amazônia Legal	Limitado número de pesquisa que mostrem as condições de atenção do parto, nascimento e puerpério nos municípios de pequeno porte	Fomentar pesquisa sobre as condições de nascimento, de assistência ao parto e aos menores de um ano em uma amostra de municípios de médio e pequeno porte nas regiões Norte e Nordeste. Proposta de diagnóstico rápido nos municípios prioritários
	Nordeste		

Quadro 11 – Proposta para a produção de conhecimento e pesquisa como subsídio para a redução da MI na Amazônia Legal e Nordeste do Brasil.

Fonte: Elaboração do autor a partir de Brasil (2009b)

A trama das diversas ações nos diversos eixos propostos, na seqüência lógica de “se realizada” a ação e “atingindo os resultados” esperados, “então” a Meta será alcançada está indicado nos documentos pesquisados. Ainda através destes e cruzando com a bibliografia científica disponível, pode-se notar que o programa foi organizado dentro de bases clínicas e assistenciais reconhecidas cientificamente (BRASIL, 2009c; GUINSBURG, 2005; VENANCIO; ALMEIDA, 2004; VICTORA, 2001).

Porém, durante o desenvolvimento do PRMI surgiram ou não foram devidamente dimensionadas diversas situações sociais, políticas e de gestão que não favoreceram o desenvolvimento da seqüência lógica, trazendo um nível de complexidade ao programa que não constava nos documentos pesquisados (BRASIL, 2010g).

As possibilidades de surgimento de interferências políticas, sociais e econômicas e outras de naturezas diversas também são apresentadas pela bibliografia científica (HARTZ, SILVA 2005; SILVA 2007; FERREIRA, CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009; FRIAS et al, 2010; MENDES et al., 2010), mas não foram levadas em conta quando da estruturação do programa em 2009. Sendo assim a influência destas situações trouxeram diversos obstáculos ao desenvolvimento do PRMI, fazendo com que muitas das metas se tornem de difícil alcance dentro do tempo estipulado pelo grupo ministerial que conduz o PRMI.

É possível presumir que os atores-chaves possam ter lembrado destas interferências quando da formulação, mas elas não aparecem nos documentos publicados quando da organização das ações do PRMI, pois alguns vetores que influenciam a implementação de um determinado programa é subdimensionado, não sendo dado a ele a devida importância, como são os casos das sub-ações 7, 8 e 9 da ação 1 onde o componente cultura e tempo são estratégicos para o sucesso da implantação e suas metas são significantes dentro do universo já existentes e das necessidades colocadas (BRASIL, 2010g).

No desenvolvimento do PRMI, quando do surgimento do documento “Sistemática para o Monitoramento e Avaliação do Plano de Ações do MS para Redução da MI no NE e AL” em fevereiro de 2010, aparece pela primeira vez relato da necessidade de se destacar estas ocorrências. Abaixo segue um quadro síntese demonstrando a sequência lógica e bases científicas que sustentam as ações do PRMI:

Ação	“Se executada a ação”	“Então ocorre”	Base Científica
Ação 1: Implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)	Implantado 603 equipes da ESF nas regiões AL e NE	reforço das ações de vigilância em saúde à gestante e ao recém-nascido; e aprimorando as ações de captação precoce, continuidade e integralidade do cuidado durante a gestação e nas intercorrências.	VICTORA, 2001; STARFIELD,2004
Ação 2: Implantação de equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Implantação de 162 novas equipes de NASF	Apoio no aprimoramento das ações de captação precoce, continuidade e integralidade do cuidado durante a gestação e nas intercorrências.	BRASIL 2009C, BRASIL 2010C
Ação 3: Ampliação dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva neonatal (UTI)	Implantar 710 leitos de UTI	Qualifica a atenção ao Neo-Nato que necessita deste tipo de serviço.	VICTORA, 2001
Ação 4: Ampliação dos leitos de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI)	Implantar 1318 leitos de UCI	Qualifica a atenção ao Neo-Nato que necessita deste tipo de serviço.	VICTORA, 2001
Ação 5: Implantação do Serviço Atendimento Médico de Urgência – SAMU 192 em 100% dos Municípios envolvidos no PRMI	implantação de 229 unidades de remoção.	Transporte qualificado para transportar a gestante e Garantia de leito na maternidade pela regulação do Sistema;	SERRUYA, LAGO, CECATTI 2004

Ação	“Se executada a ação”	“Então ocorre”	Base Científica
Ação 6: Implantação de Banco de Leite Humanos (BLH)	abrir 57 novos BLH	Cobertura de 100% da demanda de leite humano para neo-natos e menores de 1.500 gramas nos municípios prioritários	VICTORA, 2001; VENANCIO; ALMEIDA, 2004; GUINSBURG, 2005
Ação 7: Ampliar o número de hospitais com o título Amigo da Criança	Adicionar 85 novas unidades hospitalares credenciadas como “Amigo da Criança”	Garantia de atenção qualificada na atenção pré e pós-parto a mãe e a criança.	VICTORA, 2001; BRASIL, 2009c
Ação 8: Adesão das maternidades à rede Perinatal do Norte-Nordeste	Adicionar 51 novas unidades a Rede Perinatal do Norte - Nordeste	Atenção a Gestante e ao Neo-nato qualificada	VICTORA, 2001; BRASIL, 2009c
Ação 9: Ampliar o número de Maternidades com equipes capacitadas no método canguru	Capacitar os profissionais de 48 novos hospitais que realizam mais de 1.000 partos por ano nos municípios prioritários	Garantia de parto mais “Humanizado”	VENANCIO; ALMEIDA, 2004
Ação 10: Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da AL e NE	meta financeira o repasse de R\$ 4 milhões a 36 maternidades que deverão ser reguladas pelas SES	Atenção qualificada nas 36 maternidades que são de referência para os municípios prioritários	MENDES et al, 2010; PAIM, 2008; VICTORA, 2001

Quadro 12 – Fluxo lógico e bases científicas de sustentação do PRMI.

Fonte: Elaboração do autor.

Na sequência é apresentado um quadro com as ações e as ocorrências, relatadas em agosto de 2010 (BRASIL, 2010g), que foram fatores influenciadores na implantação das ações do PRMI.

Ação	Fatores Influenciadores
Ação 1: Implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)	Baixa fixação principalmente do profissional médico nas cidades de execução do PRMI.
Ação 2: Implantação de equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Baixa fixação principalmente do profissional médico com perfil para atuar nos NASFs nas cidades de execução do PRMI.
Ação 3: Ampliação dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva neonatal (UTI)	Falta de recursos para adaptação física das unidades hospitalares
Ação 4: Ampliação dos leitos de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI)	Falta de recursos para adaptação física das unidades hospitalares
Ação 5: Implantação do Serviço Atendimento Médico de Urgência – SAMU 192 em 100% dos Municípios envolvidos no PRMI	Falta de mão de obra (principalmente da categoria médica) e de cultura organizacional para montagem do processo de regulação do sistema.
Ação 6: Implantação de Banco de Leite Humanos (BLH)	–
Ação 7: Ampliar o número de hospitais com o título Amigo da Criança	Por se tratar de uma ação que envolve mudanças culturais a variável tempo é de difícil controle, não podendo garantir a meta proposta
Ação 8: Adesão das maternidades à rede Perinatal do Norte-Nordeste	Por se tratar de uma ação que envolve mudanças culturais a variável tempo é de difícil controle, não podendo garantir a meta proposta
Ação 9: Ampliar o número de Maternidades com equipes capacitadas no método canguru	Por se tratar de uma ação que envolve mudanças culturais a variável tempo é de difícil controle, não podendo garantir a meta proposta

Ação	Fatores Influenciadores
Ação 10: Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da AL e NE	-

Quadro 13 – Fatores que influenciaram a execução das ações do PRMI, descritos em Brasil (2010g).

Fonte: Elaboração do autor.

Ainda analisando (BRASIL, 2009d; 2010f; 2010g), foi possível destacar alguns fatores que influenciaram na execução das ações de forma geral do PRMI. São eles:

- Falta de recurso orçamentário novo por parte do MS para execução do PRMI;
- Falta de previsão no PPA dos estados e Municípios para adequação física das unidades de saúde;
- Baixo poder decisório do Coordenador local;
- Ocorrência do Período Eleitoral em 2010, acarretando algumas mudanças de Secretários de Saúde;
- Ocorrência da Epidemia da Gripe H1N1, deslocando o foco das ações do PRMI para os da epidemia;
- Falta de recursos orçamentários dos estados e municípios para cumprir alguns compromissos do PRMI.

Diante do exposto, foi possível a construção de um quadro no qual destaca-se as ações possíveis de terem sua metas alcançadas e as metas que dificilmente serão atingidas na vigência da portaria que instituiu o Grupo Ministerial de condução do PRMI.

A principal medida, que serviu como balizador para a análise que segue, é a governança<sup>20</sup> que o Ministério da Saúde possuía sobre as ações, já que, em se tratando de um pacto entre entes federados, a participação dos Estados e Municípios se fez presente em diversas ações, existindo fatores que influenciaram na implantação das ações como os já citados acima.

---

<sup>20</sup>“refere-se ao modus operandi das políticas governamentais, que inclui, dentre outras, questões ligadas ao formato político-institucional do processo decisório, à definição do mix apropriado de financiamento de políticas e ao alcance geral dos programas.”. (SANTOS 1997)

Ações	Passível de Alcance (sob governança do MS)	Passível de não ter Meta Alcançada (fora da governança do MS)	Fatores Influenciadores
Ação 1: Implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)		X	Dificuldade de encontrar profissionais com perfil e fixá-los nas cidades envolvidas no PRMI
Ação 2: Implantação de equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	X		Dificuldade de encontrar profissionais com perfil e fixá-los nas cidades envolvidas no PRMI.
Ação 3: Ampliação dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva neonatal (UTI)		X	Falta de recursos para adequação das unidades hospitalares para receber equipamentos adquiridos pelo MS.
Ação 4: Ampliação dos leitos de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI)		X	Falta de recursos para adequação das unidades hospitalares para receber equipamentos adquiridos pelo MS.
Ação 5: Implantação do Serviço Atendimento Médico de Urgência – SAMU 192 em 100% dos Municípios envolvidos no PRMI		X	Instabilidade política trazidas pelas eleições para Governadores de Estado.
Ação 6: Implantação de Banco de Leite Humanos (BLH)	X		Necessita de poucos recursos financeiros e a tecnologia é totalmente dominada.
Ação 7: Ampliar o número de hospitais com o título Amigo da Criança		X	Processo de capacitação necessita de tempo para trabalhar questões como mudança de cultura institucional das Maternidades.
Ação 8: Adesão das maternidades à rede Perinatal do Norte-Nordeste		X	Processo de capacitação necessita de tempo para trabalhar questões como mudança de cultura institucional das Maternidades.
Ação 9: Ampliar o número de Maternidades com equipes capacitadas no método canguru		X	Processo de capacitação necessita de tempo para trabalhar questões como mudança de cultura institucional das Maternidades.
Ação 10: Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da AL e NE	X		Alta governabilidade por parte do MS para realização do repasse dos recursos.

Quadro 14 – Ações passíveis de alcance, passíveis de não terem metas alcançada e fatores influenciadores.  
Fonte: Elaboração do autor.

## 6.2.6 Representação do Modelo Lógico

Na figura 4 apresenta-se o modelo lógico do programa (um dos objetivos deste trabalho) construído em consonância com a metodologia proposta (FERREIRA, CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009; MENDES et al., 2010), contendo o objetivo do programa proposto, seus componentes, ações



desenvolvidas, resultados esperados, meta estimada e o conjunto de fatores que influenciaram o PRMI até agosto de 2010, tornando o mesmo complexo em sua implantação.

Foi possível analisar, baseado na metodologia utilizada, que todos os componentes que deveriam fazer parte do ML (para solucionar o problema da alta TMI dentro do componente Neo-natal nas duas regiões) foram preenchidos corretamente. Vale ressaltar que em agosto de 2010 as ações ainda estavam em processo de implementação, não sendo possível averiguar o impacto das ações já realizadas em sua totalidade.

O desenho lógico a seguir apresentado, quando pensado em sua forma, se mostra semelhante ao ML apresentado por Hartz e Silva (2005), quando estas apresentam o “modelo lógico do programa de redução da mortalidade infantil em seis cidades do estado de Pernambuco”. Naquele trabalho, o ML foi testada e confirmada a sua consistência programática.

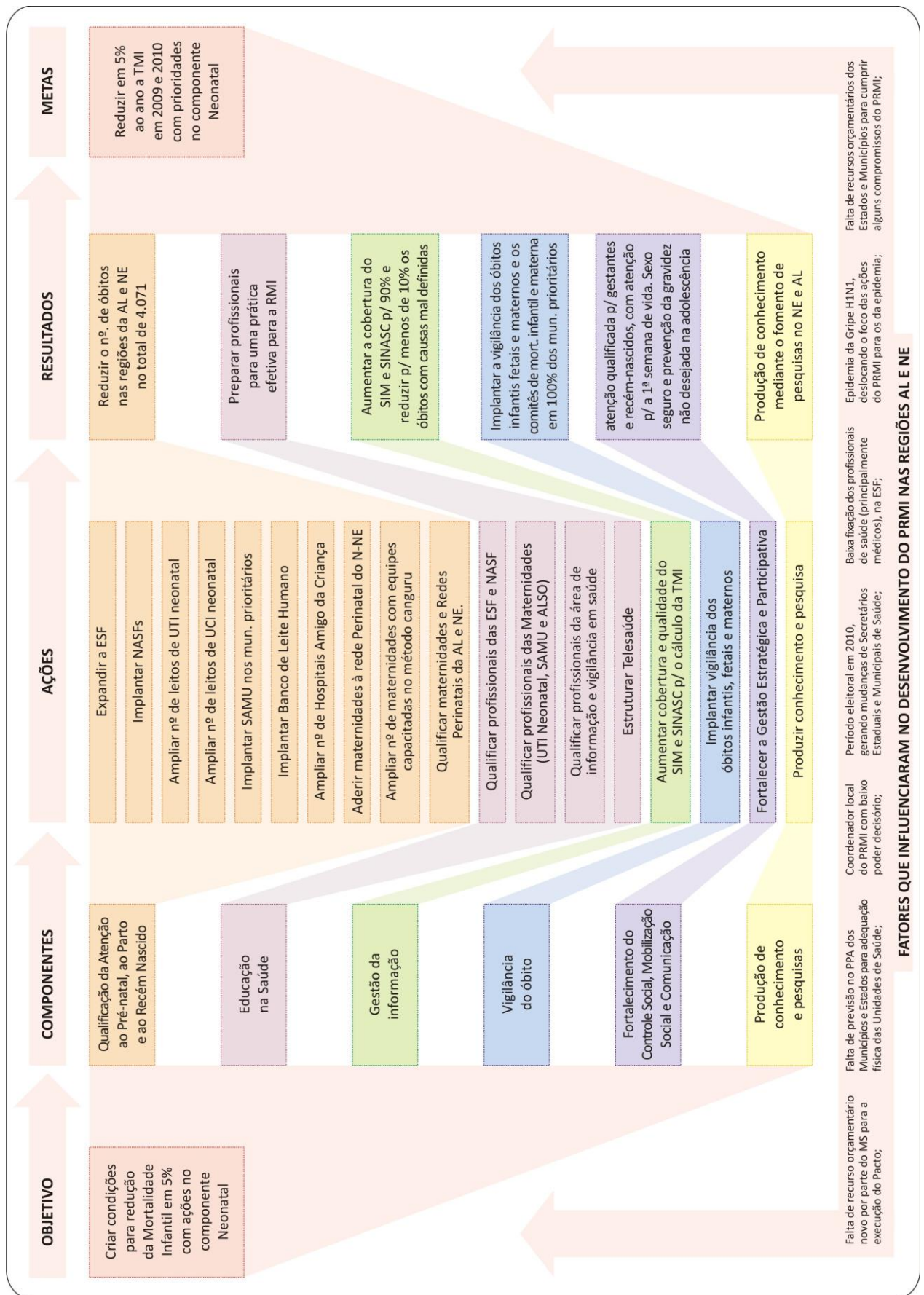


Figura 4 – Modelo Lógico do PRMI

Fonte: Elaboração do autor

## 7 CONCLUSÕES

A realização desta pesquisa permitiu produzir uma visão de como o Pacto para Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil foi elaborado, iniciou suas atividades e confirmar que o PRMI é um programa avaliável e bem estruturado cientificamente em suas ações e nos possíveis impactos que se propõe

A Aplicação da primeira fase da metodologia do Modelo Lógico de Programa (coleta de documentos e montagem do modelo lógico através das informações contidas nestes) permitiu a visualização do problema, das ações, objetivos e meta e o próprio encadeamento lógico do programa.

Foi possível descrever o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil com foco na reconstrução do seu modelo lógico, caracterizando o Pacto como programa de governo, destacando seus objetivos, ações e produtos esperados, mecanismos de coordenação

Foi possível identificar a racionalidade justificadora das escolhas feitas em termos de ações e produtos e as evidências científicas que convenceram os formuladores de que tais ações e produtos teriam uma chance de contribuir para a redução da mortalidade infantil nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste

Os documentos pesquisados demonstraram ser ricos em informações, o que permitiu a construção do modelo lógico, demonstrando o grande potencial desta fase da pesquisa, que merece ser reafirmado dentro dos processos de avaliabilidade do Programa.

No geral pode-se notar que algumas ações onde a variável cultural é imperativa foram subestimadas, quando se considera o tempo estipulado para realização das ações e alcance das metas tornando-se um problema de nascedouro do PRMI.

A falta de recursos específicos ou de definição da fonte acarretou atraso nas tomadas de decisão, assim como de execução de diversas ações, o que, em se tratando de um programa de curto prazo para sua implementação, pode trazer conseqüências negativas.

O fato de o programa apoiar ações pré-existentes dentro do PPA do MS e de que outros programas podem acelerar o efeito esperado, assim como permitir a

continuidade do programa. O momento político vivido nos governos estaduais devido ao processo eleitoral em 2010, poderá possibilitar que o PRMI tornar-se, em alguns casos uma agenda secundária em sua implementação.

Trata-se de um Programa multi-setorial do Governo Federal, coordenado pela Casa Civil e, internamente, no Ministro da Saúde, pelos seus Secretários e Diretores do MS, que, assim, se responsabilizaram diretamente pela implementação do pacto, colocando-se como responsáveis operacionais pela formulação das ações do PRMI, sem falar do envolvimento dos os 17 Governadores e Secretários de Saúde estaduais e Municipais no processo;

Na “ponta”, pode-se dizer que o desenvolvimento das ações e o respectivo alcance de metas propostas ampliarão a chance de ser trabalhado também o modelo de atenção, pois em diversos momentos, segundo o plano de ações, as práticas tanto da assistência propriamente dita, como a forma de gerir e gestar os serviços de saúde, quanto como se promove a saúde naqueles municípios serão alvos de reflexão e de novas práticas, caso sejam necessárias.

Como o processo de avaliabilidade está em seu primeiro momento, fica claro para o autor que muitas outras informações poderão surgir, contribuindo para o real desenho do programa, seus processos e seus possíveis impactos epidemiológicos e culturais.

Como sugestão ao Ministério da Saúde, propõe-se fomentar organizações de programas mais ligados aos fins do que à temática. Isto quer dizer que as Secretarias deveriam trabalhar mais com linhas de cuidado<sup>21</sup> e ações programáticas<sup>22</sup>, favorecendo uma maior integração entre as diversas secretarias do MS e suas agendas.

---

21 “Linha do cuidado é a imagem formulada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se esta desenhasse o caminho que o usuário deveria fazer por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias, assistência social, educação e outros” (CECILIO; MERHY, 2003).

22 “O programa é o instrumento de organização da atuação governamental que articula um conjunto de ações que concorrem para a concretização de um objetivo comum preestabelecido, mensurado por indicadores instituídos no plano, visando à solução de um problema ou o atendimento de determinada necessidade ou demanda da sociedade. [...] As ações são operações das quais resultam produtos (bens ou serviços), que contribuem para atender ao objetivo de um programa. Incluem-se também no conceito de ação as transferências obrigatórias ou voluntárias a outros entes da federação e a pessoas físicas e jurídicas, na forma de subsídios, subvenções, auxílios, contribuições, etc, e os financiamentos” (BRASIL, 2010b).

Caberá, na sequência deste trabalho, procurar os atores-chave envolvidos, apresentando o trabalho realizado e permitindo que os mesmos possam “validar” o que foi realizado, complementar as informações e ainda, caso necessário, reescrever o modelo lógico do programa, localizando fatores não escritos e divulgados, possíveis falhas encontradas quando de sua elaboração e ainda a atualização do programa após mais de um ano de desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. Investigação dos óbitos perinatais e infantis: Seu uso no planejamento de políticas públicas de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 73, p. 364-366, 1997.

BEZERRA, Luciana Caroline de Albuquerque; CAZARIN, Gisele; ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida. Modelagem de Programas: da Teoria à Operacionalização. In: SAMICO, Isabella; et al. (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Bolsa Família**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <[http://mds.gov.br/bolsafamilia/controle\\_social](http://mds.gov.br/bolsafamilia/controle_social)>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. **Manual Técnico de Orçamento versão 2011**. Brasília: Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, 2010b.

BRASIL. Portaria GM de 18 de novembro de 2008. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade perinatal por meio de aprimoramento nas áreas de gestão, assistência, ensino e pesquisa perinatal, nos Estados do Norte e Nordeste do Brasil. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2008. Seção 1, p. 124.

\_\_\_\_\_. Portaria GM de 19 de fevereiro de 2009. Constitui Grupo Ministerial com a finalidade de elaborar plano de ação em parceria com os gestores do SUS, visando a redução da mortalidade infantil nos Estados que compõem a Amazônia Legal e Região Nordeste, bem como monitorar e avaliar a implementação das ações propostas. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 fev. 2009a. Seção 2, p. 26.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília, DF, 2010c. Disponível em <<http://200.214.130.35/dab/>>. Acesso em 29 setembro de 2010.

\_\_\_\_\_. **Compromisso para Acelerar a Redução das Desigualdades na Região Nordeste e Amazônia Legal: Plano de Ações**. Brasília, DF, 2009b.

\_\_\_\_\_. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil.** Brasília, DF, 2009c.

\_\_\_\_\_. **Mortalidade Infantil no Brasil e Políticas de Saúde da Criança do MS nos 20 anos do SUS.** Nota Técnica. Brasília, DF, 2009d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Brasília, DF, 2010d. Disponível em <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp?VEstado=00](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00)>. Acesso em: 30 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. **O que é o SAMU/192?.** Brasília, DF, 2010e. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30273&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30273&janela=1)> . Acesso em: 29 set. 2010.

\_\_\_\_\_. **Ata da Primeira Reunião de Avaliação do Programa de redução da Mortalidade Infantil da Região Nordeste e na Amazônia Legal.** Brasília, DF, 2010f.

\_\_\_\_\_. **Sistemática para o Monitoramento e Avaliação: Plano de Ações do Ministério da Saúde para Redução da Mortalidade Infantil da Região Nordeste e na Amazônia Legal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010g.

CAVENAGHI, Suzana. **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva.** Rio de Janeiro: ABEP, 2006.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas, SP, 2003. Mimeografado.

CHIECHELSKI, Paulo Cesar Santos. Avaliação de programas sociais: abordagens quantitativas e suas limitações. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, ano 4, n. 4, p. 1-12, dez. 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1006/786>>. Acesso em: 27 set. 2010.

COSTA, Suely Gomes. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 301-309, jul. 2002.

DUARTE, Cristina. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro.** 2007, vol.23, n.7, pp. 1511-1528

FALEIROS, Francisca Teresa Veneziano; TREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. Aleitamento Materno: fator de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19,n.05, p.623-630, ste/out. 2006.

FERRARO, Andréa Helena Argolo; COSTA, Ediná Alves; VIEIRA-DA-SILVA, Lúgia Maria. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2201-2217, out, 2009.

FERREIRA, Helder; CASSIOLATO, Martha; GONZALEZ, Roberto. **Uma Experiência de Desenvolvimento Metodológico para Avaliação de Programas: O Modelo Lógico do Programa Segundo Tempo**. Brasília, DF: IPEA, 2009. (Texto para Discussão nº. 1.369). Disponível em: < [http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1369.pdf](http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/TDs/td_1369.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2010.

FIGUERÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de; NAVARRO, Leila Monteiro. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: SAMICO, Isabella; et al (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 1-13.

FRIAS, Paulo Germano de; et al. Atributos da Qualidade em Saúde. In: SAMICO, Isabella; et al (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 43-55.

FRIAS, Paulo Germano de; et al. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2257-2266, out. 2008.

GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Estudos de Caso Sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos – **Relatório Final Aracaju - 2009**

GUINSBURG, Ruth. Redução da mortalidade neonatal: um desafio atual na agenda de saúde global e nacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 301-302, jun, 2005.

HAMANAKA, Clarice Fumie. **Perfil do Aleitamento Materno no Município de Cacoal-RO, Brasil**. 2006. Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Lúgia Maria Vieira da (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de**



saúde. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LANSKY, Sônia et al. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Caderno de Saúde Pública**. 2006, vol.22, n.1, pp. 117-130.

MACHADO, Valéria Bertonha; KURCGART, Paulina. O processo de formação de cultura organizacional em um hospital filantrópico. **Revista da escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. Ao Paulo, vol.38.n.3,p.280-287, 2004.

MARANHÃO, A.G.K. et al. Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. Rio de Janeiro, **TEMA-Radis**, v.17, p. 6-17, 1999.

MARINHO, Alexandre; FAÇANHA, Luís Otávio. **Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**. Brasília: IPEA, 2001. (Texto para Discussão nº. 787).

MATIDA, Álvaro Hideyoshi; CAMACHO, Luiz Antônio Bastos. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 37-47, jan/fev, 2004.

MENDES, Marina Ferreira de Medeiros; et al. Avaliabilidade ou Pré-Avaliação de um Programa. In: SAMICO, Isabella; et al (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 57-64.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo : Hucitec 2002.

MOSLEY, Henry; CHEN, Lincoln. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. **Populations and development review**, v. 10 (supplement), n. 84, p. 25-45, 1984.

MOTA, Eduardo. Inquérito domiciliar de cobertura vacinal: a perspectiva do estudo das desigualdades sociais no acesso à imunização básica infantil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, supl. 1, maio. 2008.

NASCIMENTO, Keyla Cristina do; et al. A arte de partejar: Experiência de Cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**, 2009 Abril-Junho;13(2) 319-327

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 34, n. 5, p. 547-549, out. 2000.

PAIM, Jairnilson Silva, et al. Mortalidade Infantil Proporcional. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Salvador, v. 103, n. 2, p. 113-122, 1987.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PAIM, Jairnilson Silva; COSTA, Maria da Conceição Nascimento. Decréscimo e desigualdade da mortalidade infantil: Salvador, 1980-1988. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 114, n. 5, p. 415-28, 1993.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative Research & Evaluation Methods**. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2002.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Perspectiva na avaliação em Promoção da Saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 617-626, set. 2004.

ROCHA, Sonia Maria Rodrigues da. **O Brasil Dividido**: Espacialização Alternativa e Pobreza. Rio de Janeiro: Publit, 2008.

ROWAN, Margo. Logic Models in Primary Care Reform: Navigating the Evaluation. **The Canadian Journal of Program Evaluation**. v. 15, n 2, p. 81-92. 2000.

SANTOS, Maria Helena de Castro. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação de Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. **Dados,- Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p.335-376 1997

SAMICO, Isabella; FIGUERÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de. Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde. In: SAMICO, Isabella; et al (Org.). **Avaliação em Saúde**: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 15-28.

SERRUYA, Suzanne Jacobe; LAGO, Tânia de Giacomo; CECATTI, José Guilherme. O panorama da atuação pré-natal no Brasil e no Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife , vol.4,n.03,Jul/Set 2004,p.268-279.

SILVA, Robério Costa. **A avaliabilidade do Programa SESI de prevenção de quedas na indústria de construção civil na Bahia**. 2007 89 p. Dissertação (Mestrado em Gerenciamento e Tecnologias Ambientais no Processo Produtivo) - Universidade Federal da Bahia, Escola Politécnica, Salvador, 2007.

SILVA,Laureana Cartaxo Salgado Pereira da. Sentimentos de profissionais de enfermagem diate da morte de recém-nascidos em uma unidade de terapia intensiva-Natal [RN], 2007.

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva; MONTEIRO, Carlos Augusto. Tendência secular e diferenciais regionais da mortalidade infantil no Brasil. In: MONTEIRO Carlos Augusto (Org). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: A evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec/Nupens/USP, 1995. p.153-156.

SOUZA, Regina Kazue Tanno de; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Probabilidade de morrer no primeiro ano de vida em área urbana da região sul, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 27, n. 6, p.445-454, dez. 1993.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2004.

SZWARCWALD, Celia Landmann. **Apreciação das Informações de Registro sobre Nascimentos e Óbitos no Brasil**. In: SEMINÁRIO SOBRE MORTALIDADE INFANTIL NO NORDESTE, 1996, Recife. **Anais...** Recife, 1997.

SZWARCWALD, Célia Landmann; et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 15-28, jan/mar, 1999.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set/dez. 2003.

TRAVASSOS, Cláudia; NORONHA, José Carvalho de; MARTINS, Mônica. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.4, n. 2, p.367-381, 1999.

VENANCIO, Sonia Isoyama; ALMEIDA, Honorina de. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**. (Rio de Janeiro), Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. s173-s180, nov. 2004.

VIANNA, Maria Lúcia Werneck. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (Orgs.) **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

VICTORA, César Gomes. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 4, n. 1, abr. 2001.

VIDAL, Suely Arruda. et al. Óbitos infantis evitáveis em hospital de referência estadual do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, p. 281-289, jul/set. 2003.