



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Doutorado em Saúde Pública

Análise da implantação das Ações Estratégicas para a Redução  
da Mortalidade Infantil Neonatal em Municípios  
do Estado de Mato Grosso

Stella Maris Malpici Luna

Salvador

Março /2015



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Doutorado em Saúde Pública

Análise da implantação das Ações Estratégicas para a Redução  
da Mortalidade Infantil Neonatal em Municípios  
do Estado de Mato Grosso

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de Concentração: Planificação e Gestão em Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sônia Cristina Lima Chaves

Salvador

Março /2015

Ficha Catalográfica

Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

L961a Luna, Stella Maris Malpici

Análise da Implantação das Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal em Municípios do Estado de Mato Grosso / Stella Maris Malpici Luna – Salvador: S. M. M. Luna, 2015.

254f.

Orientador(a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sônia Cristina Lima Chaves.

Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia

1.Mortalidade Infantil Neonatal. 2. Avaliação de Programas de Saúde. 3. Plano de Ações Estratégicas. I. Título.

CDU 613.95

---

Folha de aprovação



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**STELLA MARIS MALPICI LUNA**

**Análise da Implantação das Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal em Municípios do Estado de Mato Grosso.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 19 de março de 2015.

Banca Examinadora:

Profª Sônia Cristina Lima Chaves – Orientadora – FOUFBA

Profª Ligia Maria Vieira da Silva – ISC/UFBA

Profª Alcione Brasileiro Oliveira Cunha – ISC/UFBA

Profª Cristina Maria Meira de Melo - EEUFBA

Profª Marly Marques da Cruz – ENSP/FIOCRUZ-RJ

Salvador  
2015

A minha família, em especial, meus pais por terem dedicado grande parte de suas vidas à educação na certeza de um futuro melhor a todos;

A todas as mães que perderam seus bebês. Para as mães que perderam seus bebês por motivos evitáveis a minha indignação;

E a todos os trabalhadores e gestores que fazem do seu dia a dia uma luta constante em prol da saúde dos mato-grossenses e brasileiros.

## **Agradecimentos**

A Deus por ter permitido mais essa conquista.

A todos os colegas da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso pelo carinho, apoio e incentivo durante toda essa caminhada.

Aos amigos e colegas, Gilce, Maria Helena, Irani, Ione, Scatena, Hudson, Silvana, Mara, Alexandre, Hailton, Julia Vine, Nidia, Eliane Jeronimo, pelo incentivo, apoio e colaboração para com este trabalho.

Ao Teles e à Diretora do Escritório Regional da Baixada Cuiabana, Zélia da Guia Nobre, pela liberação do motorista e do veículo por um período de cinco dias úteis.

Ao Sr. Geraldo B. dos Santos, motorista da SESMT, por ter me acompanhado com muita determinação e companheirismo. Sua parceria foi fundamental para encontrar parte dos endereços das mães, em Cuiabá.

Ana e Nátalie por terem me ajudado nas transcrições das entrevistas. À Rose e a todos da minha família, que me ajudaram em casa na minha ausência.

A todos os colegas da pós-graduação, que me ajudaram a abrandar a saudade de casa e compartilhar o aprendizado. Em especial, Catharina, Shirley, Denise, Lucia e Jair.

Em especial, à Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ligia Maria Viera da Silva e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sônia Cristina Lima Chaves pelo carinho, estímulo e apoio em todos os momentos desse doutorado.

Em especial, a minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sônia Cristina Lima Chaves, pelas relevantes contribuições para este trabalho, pela paciência, e oportunidade de aprendizado.

À Anunciação, Bia, Sônia Malheiros e todo pessoal da secretaria da pós-graduação; à equipe técnica e administrativa do ISC/UFBA pelas orientações e apoio.

Aos Gestores Municipais de Saúde de Cuiabá e Poconé, Sr. Kamil Hussein Fares e Darlan Guimarães Ribeiro, que apoiaram essa pesquisa.

Aos gestores, profissionais de saúde e mães que participaram desta pesquisa.

## **APRESENTAÇÃO**

A motivação para a realização deste estudo surgiu de minha trajetória profissional. A minha inserção no sistema público de saúde, desde 1983, desenvolvendo atividades profissionais, na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, junto com outros colegas militantes do SUS, possibilitou-me a experiência de iniciar as capacitações na Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, em especial, de avaliações em saúde.

Tal experiência possibilitou-me, ainda, o convívio com os profissionais de saúde e gestores, Estadual e Municipal, bem como a observação das dificuldades para o desempenho das suas funções gestoras, estabelecidas no arcabouço legal do SUS. Dentre as quais, destacam-se dificuldades referentes à formulação de políticas, planejamento e avaliação. Diante disso, acredito que fortalecer a institucionalização do monitoramento e avaliação na SESMT e no SUS muito contribuirá para o avanço das políticas de saúde.

Com esse propósito, na introdução apresento o problema da investigação. Trago, também, uma sucinta trajetória histórica das políticas de saúde para a redução da mortalidade infantil, no Brasil e em Mato Grosso. Exponho o objetivo da pesquisa que se trata de analisar a implantação das ações estratégicas, a partir do Plano de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal, em dois municípios de Mato Grosso no período de 2009 a 2013.

Em seguida, apresento a literatura especializada que nos forneceu os elementos teórico-metodológicos para avaliação das ações estratégicas. As contribuições teóricas do planejamento e da avaliação em saúde são destacadas. Um modelo teórico lógico da avaliação tendo como base o modelo lógico causal e da intervenção é proposto. O estudo de dois casos é apresentado como estratégia metodológica por ser adequado para a proposta de análise do grau de implantação das ações. Destaco o plano de análise, a matriz de avaliação e os parâmetros adotados para o julgamento do grau de implantação das ações. O julgamento do grau de implantação dos dois casos é apresentado. Na

discussão me dediquei a realizar uma análise das categorias, segundo o referencial teórico estabelecido.

Por último, recomendo os principais pontos a serem considerados, sem a pretensão de esgotá-los. Considero como importantes reflexões que poderão contribuir com o avanço das políticas de saúde para a aceleração da redução da mortalidade infantil neonatal.

Enfim, todos que percorrerem esta pesquisa terão mais elementos para refletir sobre o problema e respostas para seu enfrentamento. A minha finalidade, também, foi contribuir com a construção do conhecimento, compreender como a política vem sendo implementada e com a construção de um arcabouço teórico-metodológico que possa subsidiar a avaliação de políticas para a redução da mortalidade infantil neonatal.

Boa leitura a todos!



## Resumo

Este estudo avaliou a implantação das ações estratégicas, a partir do Pacto Pela Redução da Mortalidade Infantil na região Nordeste e Amazônia Legal, em dois municípios do Estado de Mato Grosso, no período de 2009 a 2013. As contribuições teórico-metodológicas de Wholey (1977), Matus (1993), Testa (1995) e Denis e Champagne (1997) subsidiaram o estudo de avaliabilidade, a análise das características de governo e da gestão da saúde e o grau de implantação das ações estratégicas. Foi construído o modelo causal, da intervenção e o teórico lógico para subsidiar a avaliação. A pesquisa avaliativa foi realizada em duas etapas. Na primeira, realizou-se um estudo de avaliabilidade da intervenção e, na segunda, uma análise das características de governo e da gestão da saúde e do grau da implantação das ações. Dos treze municípios prioritários de Mato Grosso, estabelecidos no Pacto, foram selecionados como municípios-caso deste estudo, Cuiabá e Poconé a partir de critérios pré-estabelecidos. O estudo de dois casos foi realizado por meio de abordagem qualitativa e quantitativa utilizando-se de dados primários e secundários. Foram conduzidas entrevistas com cinquenta e nove informantes-chave e realizada análise documental e observação de campo. A coleta dos dados e a observação de campo foram realizadas no período de abril a setembro de 2013. Os dados foram analisados por categorias, conforme o quadro teórico. O estudo de avaliabilidade demonstrou que as ações estratégicas estavam suficientemente estruturadas para permitir avaliações sistemáticas e havia clima político favorável para sua implementação. Contudo, as características de governo e de gestão da saúde que influenciaram negativamente a implementação do Plano, em ambos os municípios-caso, foram uma baixa governabilidade, principalmente, por instabilidade política e desgaste da gestão local e baixa capacidade de governo marcada por dificuldades na política de gestão de pessoas que resultou em um Plano Municipal frágil. Observou-se uma prática de planejamento não estruturada com caráter mais burocrático e ritualístico, não havendo acompanhamento e avaliação sistemática do Plano. Em 2013, as ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal no município de **Cuiabá**, foram classificadas como em estágio intermediário (51,4%), enquanto para o município de **Poconé**, elas se mostraram incipientes (42,9%). A vigilância do óbito materno e infantil, além da mobilização social estão entre os componentes menos implantados. As principais causas de mortes neonatais estiveram relacionadas aos cuidados imediatos ao recém-nascido, tendo o maior número os óbitos neonatais ocorridos por aspiração de mecônio e por causas redutíveis por adequado controle na gravidez. Recomenda-se ampliar e qualificar a atenção primária à saúde, implementar e qualificar a vigilância do óbito e nascimento, garantir apoio logístico integrado à rede de atenção à saúde, implementar o complexo regulador e a atenção especializada, fortalecer e melhorar a qualidade das maternidades, instituir Plano de Carreira no SUS para valorizar os profissionais de saúde e ampliar a qualidade da atenção, monitorando a execução das ações estratégicas.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil Neonatal, Avaliação de Programas de Saúde, Plano de Ações Estratégicas.

## ABSTRACT

The present study evaluated the implementation of strategic actions proposed on the pact for reducing child mortality in the northeast and legal amazon region, in two municipalities of the state of Mato Grosso, on 2009-2013 period. The theoretical and methodological contributions of Wholey (1977), Matus (1993), Testa (1995) and Denis and Champagne (1997) subsidized the evaluability study, the analysis of government and health management characteristics and the degree of actions strategic implementation. It was built the causal model of intervention and the theoretical logical to support the assessment. The evaluative research was conducted into two stages. On the first one was held an intervention evaluability study and on the second one, an analysis of the characteristics of government and health management and the degree of actions implementation. Of the thirteen priority municipalities of Mato Grosso, established on the pact, were selected as case-study municipalities, Cuiaba and Poconé from pre-established criteria. The study was performed in both cases by means of qualitative and quantitative approach using primary and secondary data. Interviews with fifty-nine key informants and presents a documentary analysis and field observations were conducted. Data collection and field observations were made in the period from April to September of 2013. Data were analyzed by categories as the theoretical framework. The evaluability study demonstrated that strategic actions were sufficiently structured to allow systematic reviews and had political pavoravel climate for the implementation. However, the government's characteristic and health management that adversely affected the implementation of the plan, in both cities-case, were bad governance, mainly by political instability and erosion of local management and low government capacity marked by difficulties in policy people management which resulted in a fragile municipal level. The study observed a practice of planning unstructured more bureaucratic and ritualistic character, with no systematic monitoring and evaluation of the plan. In 2013, the strategic actions to reduce neonatal mortality in cuiaba municipality, were classified as intermediate stage (51.4%), on the other hand, Poconé showed as incipientes (42.9%). The monitoring of maternal and infant death, in addition to social mobilization, are among the least implemented components. The main causes of neonatal deaths were related to the immediate care of the newborn, with the highest number of neonatal deaths by aspiration of meconium and reducible causes by proper control in pregnancy. It is recommended to widen and improve the primary health care, implement and assess the surveillance of death and birth, ensure logistical support integrated health care network, implement the regulatory complex and specialized care, strengthen and improve the quality of maternity, establish career path in the SUS to value health professionals and increase the quality of care, monitoring the implementation of strategic actions.

Keywords: Neonatal and infant mortality , evaluation of health program, strategic action plans.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Total de entrevistas realizadas, por etapas da pesquisa de análise de implantação das ações estratégicas. Cuiabá, 2013. ....	64
<b>Tabela 2</b> – Pontuação média dada pelos especialistas consultados e respectivo desvio padrão por critérios e padrões estabelecidos. Cuiabá, 2013. ....	72-73
<b>Tabela 3</b> – Caracterização dos municípios-caso nos seus aspectos sociodemográficos e condições de saúde. ....	77
<b>Tabela 4</b> - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e seus componentes dos municípios de Cuiabá e Poconé – MT, 2010. ....	79
<b>Tabela 5</b> - Características das mães que perderam seus bebês no período neonatal precoce em 2010 nos municípios-caso, Cuiabá e Poconé .....	94
<b>Tabela 6</b> - Características dos recém-nascidos que foram a óbito no período neonatal precoce em 2010 nos municípios-caso, Cuiabá (n = 57) e Poconé (n = 3) .....	95
<b>Tabela 7</b> - Distribuição de óbito neonatal precoce ocorrido em 2010, segundo classificação de causas e CID 10 nos municípios-caso selecionados, Cuiabá e Poconé. Mato Grosso, Brasil/2010. ....	96-97
<b>Tabela 8</b> – Classificação do grau de implantação das ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal no nível gestão da organização da atenção por dimensão, subdimensão e critérios dos municípios-caso, Cuiabá e Poconé, Brasil, 2013. ....	152-155

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Políticas de Saúde para redução da mortalidade infantil, no Brasil e em Mato Grosso .....	52
<b>Figura 2</b> – Modelo lógico causal da mortalidade infantil neonatal .....	54
<b>Figura 3</b> – Modelo lógico de intervenção: Plano Nacional de Ações Estratégicas para Redução da Mortalidade Infantil Neonatal .....	56
<b>Figura 4</b> – Modelo teórico da avaliação da implantação das ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal .....	58
<b>Figura 5</b> – Sumário das intervenções prioritárias no pré-natal, parto e pós-parto, nos programas de cuidados de saúde materno e neonatal, baseado na avaliação de evidências para impacto na saúde perinatal e neonatal .....	59
<b>Figura 6</b> - Modelo Lógico de Intervenção: objetivos, metas e ações identificados pelos informantes-chave da SMS de Cuiabá, 2013.....	90
<b>Figura 7</b> - Modelo Lógico de Intervenção: objetivos, metas e ações identificados pelos informantes-chave da SMS de Poconé, 2013.....	91
<b>Figura 8</b> – Modelo Lógico Causal da Mortalidade Infantil Neonatal, segundo informantes-chave da SMS de Cuiabá e Sistema de Informação. Cuiabá, 2013..	98
<b>Figura 9</b> – Modelo Lógico Causal da Mortalidade Infantil Neonatal, segundo informantes-chave da SMS de Poconé e Sistema de Informação. Poconé, 2013..	102
<b>Figura 10</b> - Modelo Lógico de Intervenção: a proposta de intervenção para enfrentamento do problema, segundo informantes-chave da SMS de Cuiabá – 2013 .....	108
<b>Figura 11</b> - Modelo Lógico de Intervenção: a proposta da SMS de Cuiabá, segundo Plano Municipal de Ações Estratégicas para Redução da Mortalidade Neonatal (2009) .....	109
<b>Figura 12</b> - Modelo Lógico de Intervenção: a proposta de intervenção para enfrentamento do problema, segundo os informantes-chave da SMS de Poconé – 2013 .....	113
<b>Figura 13</b> - Modelo Lógico de Intervenção: a proposta da SMS de Poconé, segundo Plano Municipal de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Neonatal (2009) .....	114

<b>Figura 14</b> – Trajetória do óbito de recém-nascido 1. Cuiabá, 2010 .....	137
<b>Figura 15</b> – Trajetória do óbito de recém-nascido 2. Cuiabá, 2010 .....	138
<b>Figura 16</b> – Trajetória do óbito de recém-nascido 3. Cuiabá, 2010 .....	138
<b>Figura 17</b> – Trajetória do óbito de recém-nascido 4. Cuiabá, 2010 .....	139
<b>Figura 18</b> – Trajetória do óbito de recém-nascido 5. Cuiabá, 2010 .....	139
<b>Figura 19</b> – Trajetória do óbito de recém-nascido 6. Cuiabá, 2010 .....	140
<b>Figura 20</b> – Trajetória do óbito de recém-nascido 7. Cuiabá, 2010 .....	140
<b>Figura 21</b> – Trajetória do óbito de recém-nascido 8. Cuiabá, 2010 .....	141
<b>Figura 22</b> – Trajetória do óbito de recém-nascido 9. Cuiabá, 2010 .....	141
<b>Figura 23</b> – Trajetória do óbito de recém-nascido 10. Poconé, 2010 .....	142
<b>Figura 24</b> – Trajetória do óbito de recém-nascido 11. Poconé, 2010 .....	143
<b>Figura 25</b> – Trajetória do óbito de recém-nascido 12. Poconé, 2010 .....	143
<b>Figura 26</b> - Grau de implantação das ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal por nível, dimensão e subdimensão nos municípios-caso, Cuiabá e Poconé, Brasil, 2013.....	159

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Elementos que devem compor um Estudo de Avaliabilidade, segundo alguns autores .....	41
<b>Quadro 2</b> - Municípios priorizados para o Plano de Ações Estratégicas de Redução da Mortalidade Infantil Neonatal, segundo variáveis selecionadas para seleção de município-caso, Mato Grosso, 2012 .....	61
<b>Quadro 3</b> – Matriz de análise de implantação das ações estratégicas dos municípios-caso: nível, dimensões, critérios e pontuação. Cuiabá, 2013 .....	67-71
<b>Quadro 4</b> - Matriz das características de governo e de gestão que podem influenciar a implantação das ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal: perguntas-chave e fonte de verificação .....	74
<b>Quadro 05</b> - Síntese dos principais achados do estudo de avaliabilidade que demonstraram condições de viabilidade da avaliação, segundo Wholey (1994, 2004), nos municípios-caso, Cuiabá e Poconé. Cuiabá, 2013 .....	115
<b>Quadro 6</b> - Síntese das principais características de governo e de gestão da saúde, no período de 2009 a 2010 nos municípios-caso, Cuiabá e Poconé, que influenciaram o Plano Municipal de Ações Estratégicas, 2013 .....	124
<b>Quadro 7</b> - Síntese das principais características da gestão da saúde, no período de 2009 a 2010, nos municípios-caso, Cuiabá e Poconé, que influenciaram o Plano Municipal de Ações Estratégicas .....	135

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DST/AIDS – Doença Sexualmente Transmissível e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ESF – Equipes de Saúde da Família

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAM – Pronto Atendimento Médico

PMS – Plano Municipal de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

PTA – Plano de Trabalho Anual

RAG – Relatório Anual de Gestão

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSF- Unidade Básica de Saúde da Família

UBST – Unidade Básica de Saúde Tradicional

## SUMÁRIO

Apresentação	
Resumo	
Abstract	
Lista de Tabelas	
Lista de Figuras	
Lista de Quadros	
Lista de Siglas e Abreviações	
<b>1- Introdução</b> .....	<b>16</b>
1.1 As políticas de saúde para a redução da mortalidade infantil, no Brasil e em Mato Grosso .....	19
<b>2- Objetivos</b> .....	<b>30</b>
<b>3- Metodologia</b> .....	<b>31</b>
3.1- Referencial Teórico .....	31
3.1.1 Contribuições Teóricas do Planejamento em Saúde para a Análise das Ações Estratégicas nos Espaços e Processos de Decisão .....	31
3.1.2 Avaliação em Saúde: concepções teóricas e metodológicas.....	37
3.1.2.1 Avaliabilidade e Análise de Implantação de planos, programas e ações de saúde: revisão da literatura.....	43
3.2 Modelizando a Avaliação.....	50
3.2.1 O Modelo Lógico Causal .....	51
3.2.2 Modelo Lógico do Plano de Ações Estratégicas para Redução da Mortalidade Infantil Neonatal: Modelo Operacional da Intervenção .....	55
3.2.3 O Modelo Teórico Lógico da Avaliação das Ações Estratégicas para Redução da Mortalidade Infantil Neonatal.....	57
3.3 Estratégia Metodológica.....	59
3.3.1 Tipo de estudo e seleção dos municípios-caso .....	59
3.3.2 Etapas da pesquisa .....	62
3.3.3 Coleta e Análise dos dados: fontes, técnicas, sujeitos e instrumentos utilizados.	62
3.3.4 - Plano de Análise .....	65
3.3.4.1- Matriz de Avaliação .....	65
3.3.4.2 Julgamento do Grau de Implantação das Ações Estratégicas .....	74
3.3.5. Procedimentos éticos e Orçamento .....	75
<b>4 – Resultados</b> .....	<b>76</b>
4.1 Caracterização dos aspectos sociodemográficos e condições de saúde dos municípios-caso .....	76
4.2 O Estudo de Avaliabilidade das Ações Estratégicas .....	85
4.2.1 Identificação do problema, dos objetivos, das metas e das ações estratégicas .....	85
4.2.2 O modelo causal e de intervenção: as causas e a proposta de intervenção dos municípios-caso .....	92
4.2.3 A intervenção para redução da mortalidade infantil neonatal nos municípios-caso: a percepção dos informantes-chave e a proposta municipal .....	103
4.3 As características de governo e de gestão da saúde e a implantação do Plano de Ações Estratégicas .....	116



4.4 Gestão da organização da atenção: a trajetória do óbito neonatal e o julgamento do grau de implantação das ações estratégicas .....	136
4.4.1 A trajetória do óbito neonatal .....	136
4.4.2 A consulta aos especialistas e o grau de implantação das ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal .....	150
4.4.2.1 A consulta aos especialistas.....	150
4.4.2.2 Grau de implantação das ações estratégicas .....	151
<b>5- Discussão .....</b>	<b>177</b>
<b>6- Recomendações e limites do estudo.....</b>	<b>206</b>
<b>7- Referências .....</b>	<b>212</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>229</b>
<i>Apêndice A</i> - Estudos de Avaliabilidade identificados entre o período de janeiro de 2011 até fevereiro de 2013 .....	230
- Estudos sobre avaliação e análise de implantação selecionados no período de janeiro 2011 a fevereiro 2013 .....	235
<i>Apêndice B</i> - Distribuição da Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal (trienal) em municípios selecionados de Mato Grosso, 2004 a 2010 .....	239
- Demonstrativo da taxa de mortalidade infantil neonatal, segundo município selecionado e ano. Mato Grosso 2004-2010.....	239
<i>Apêndice C</i> - Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal, anual (A) e trienal (T) e linha de tendência (regressão linear), município de Cuiabá– MT, 2004 a 2010 .....	240
- Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal, anual (A) e trienal (T) e linha de tendência (regressão linear), município de Poconé – MT, 2004 a 2010 .....	240
<i>Apêndice D</i> - Demonstrativo da rede assistencial por município priorizado para realização do Plano de Ações Estratégicas com vista à Redução da Mortalidade Infantil Neonatal, Mato Grosso/2009 .....	241
<i>Apêndice E</i> – Roteiro de Entrevistas - Estudo de Avaliabilidade .....	242
<i>Apêndice F</i> - Roteiro de Entrevista: Caracterização do governo e da gestão da saúde ....	243
<i>Apêndice G</i> - Roteiro de Entrevista com as mães: Trajetória dos Óbitos .....	244
<i>Apêndice H</i> - Roteiro de Entrevista com Gestores e Profissionais de saúde: Observação da implantação das ações estratégicas .....	245
<i>Apêndice I</i> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Gestores e Profissionais .....	251
<i>Apêndice J</i> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Mães ou Acompanhantes.....	252
<i>Apêndice L</i> – Termo de Anuência Institucional .....	253
Termo de Anuência Institucional de Cuiabá .....	253
Termo de Anuência Institucional de Poconé .....	254

## 1 INTRODUÇÃO

As intervenções propostas pelas políticas públicas para acelerar a redução no mundo de, aproximadamente, 10 milhões de mortes anuais de crianças menores de cinco anos e de 4 milhões de recém-nascidos, nos primeiros vinte oito dias de vida, por causas evitáveis, precisam ser acompanhadas e avaliadas para produzir conhecimento, acelerar as mudanças sociais e recomendar tomadas de decisão aos gestores na implementação das futuras intervenções. As políticas públicas devem alterar o contexto sanitário, político, social e econômico de uma sociedade. (WHO, 2005; LAWN et al., 2005; MOREIRA et al., 2012).

Diante dessa realidade, é inaceitável que a sobrevivência infantil receba pouca atenção de gestores, implementadores de políticas e pesquisadores. Acompanhar em que condições os países conseguirão avançar para reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de cinco anos, até 2015, como proposto pelas “Metas do Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM)” com a participação, também, das políticas de saúde, é o maior desafio (WHO, 2005; LAWN et al., 2005).

As avaliações das intervenções formuladas pelas políticas de saúde para a redução da mortalidade infantil têm sido raras, e a priorização e o sucesso dos programas estabelecidos, em nível internacional para a sobrevivência infantil, nas décadas de 80 e 90, têm levado a uma errônea impressão de que a mortalidade infantil estaria sob controle com redução e transferência de investimentos financeiros a outros importantes problemas de saúde (WHO, 2005; VICTORIA; BARROS, 2005; LAWN et al., 2005).

A última análise global estimou que 99% dos óbitos infantis ocorrem no período neonatal e por causas preveníveis, com elevado número de óbitos encontrados nos países da África Subsaariana e na Ásia Subcentral. Dentre as causas preveníveis estão as infecções respiratórias, em especial as pneumonias (19%) e as condicionantes neonatais, parto prematuro (28%), infecções (26%) e asfixia intraparto (23%). As mais baixas taxas de mortalidade de menores de cinco anos foram encontradas na Islândia e Singapura – 3 por 1000 nascidos vivos -, e na Suécia, Noruega e Finlândia, taxas de 4 por 1000 nascidos vivos (WHO, 2005).

Alguns países, como a Tunísia, são exemplos da organização de programas verticalizados nos centros de saúde e hospitais, onde reduziram a mortalidade de menores de cinco anos em 50%, entre 1970 e 1980; 48%, entre 1980 e 1990; e, 46%, entre 1990 e 2000. Em 1990, foram 52 óbitos menores de cinco anos por 1000 nascidos vivos alcançando, em 2006, 23 óbitos menores de cinco anos por 1000 nascidos vivos (WHO, 2005; UNICEF, 2007).

As experiências, também, têm demonstrado que mesmo os países em desenvolvimento poderão reduzir a mortalidade neonatal com medidas simples sem acesso a altas tecnologias, a exemplo de Honduras, Indonésia e Vietnã (LAWN et al., 2005; UNICEF, 2007). Mesmo os países ricos conseguiram redução sem a inclusão de cuidados intensivos onerosos, a exemplo, da Inglaterra, que, por meio da adoção de pré-natais gratuitos, melhoria dos cuidados do trabalho de parto e disponibilidade de antibióticos reduziu a TMN de mais 30% por 1000 nascidos vivos, em 1940, para 10% por 1000 nascidos vivos, no final dos anos 70 (LAWN et al., 2005; MACLFARLANE, 2001).

Na América Latina há diferenças significativas das taxas de mortalidade infantil entre os países. Em 2006, no Canadá, a mortalidade dos menores de cinco anos foi de 6 por 1000 nascidos vivos; em Cuba, de 8 por 1000 nascidos vivos; na Bolívia e no Haiti foi de 61 por 1000 nascidos vivos, e 80 por 1000 nascidos, respectivamente. Para a maioria dos países da América Latina, mais da metade de todas as mortes, também, acontecem no período neonatal (UNICEF, 2007).

Victora e colaboradores (2011) encontraram uma taxa anual de decréscimo do coeficiente de mortalidade infantil brasileiro de 5,5%, nas décadas de 1980 e 1990, e 4,4%, no período de 2000 a 2008, atingindo vinte mortes por 1000 nascidos vivos em 2008. Segundo esses pesquisadores, no Brasil, as mudanças nos determinantes sociais das doenças e na organização dos serviços de saúde são apontadas como responsáveis por essa redução.

Chama a atenção que a taxa atual brasileira é semelhante a dos países desenvolvidos, encontrada na década de 60, com redução simultânea da mortalidade pós-natal e neonatal, enquanto no Brasil não houve redução significativa no componente neonatal nas últimas décadas (UNICEF, 2007; LANSKY et al., 2009).

A mortalidade neonatal, no Brasil, tem se tornado um importante componente a ser enfrentado apresentando magnitude alta (14,2/1000, em 2005) quando comparada com outros países como os EUA (4,6/1000, em 2004) e o Chile (5,6/1000, em 2000) (FRANÇA; LANSKY, 2008).

Alguns estudos brasileiros demonstram que o componente neonatal é responsável pela maioria dos óbitos infantis (COSTA et al., 2003; MONTEIRO; SCHMTIZ, 2007). Apontam que o componente neonatal tem sido responsável por 68% dos óbitos infantis, no Brasil. Evidenciam que há uma estabilização do coeficiente de mortalidade neonatal, o que compromete o declínio da mortalidade infantil. Os estudos sugerem, ainda, que a baixa resolutividade e qualificação dos serviços de atenção à saúde materno-infantil podem ser prováveis responsáveis pela estabilização da mortalidade neonatal (VICTORA et al., 2011; VICTORA; BARROS, 2001; GONÇALVES, 2010).

A mortalidade neonatal também está vinculada a causas preveníveis, relacionadas ao acesso facilitado e utilização oportuna dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. As afecções perinatais<sup>1</sup> respondem, atualmente, por cerca de 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais, além de ser a primeira causa de morte em menores de cinco anos. Além disso, associa-se a esses fatores, taxas elevadas e crescentes de cesarianas, a prematuridade e o baixo peso ao nascer associado à baixa escolaridade da mãe, a baixa renda familiar e ao deficiente saneamento básico, como água tratada e esgoto (BRASIL, 2009 a).

Assim, um número expressivo de mortes no período neonatal poderia ser evitado pela ação dos serviços de saúde, seja pela atenção à saúde da mulher, ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, sendo, portanto, um grave problema de saúde pública no país.

---

<sup>1</sup> São afecções que têm origem no período perinatal (7 dias), ainda que a morte tenha ocorrido mais tardiamente. Segundo Caldeira et al. (2005), afecções perinatais representam o principal grupo de causas reduzíveis entre os óbitos neonatais e estão relacionadas, em sua maioria, à má-nutrição fetal, prematuridade, hipóxia, asfixia perinatal, além de outras afecções respiratórias ou cardiovasculares próprias do período perinatal.

## **1.1 As políticas de saúde para a redução da mortalidade infantil, no Brasil e em Mato Grosso**

Na perspectiva dos serviços de saúde, ao longo dos anos, o governo brasileiro tem proposto várias ações para o enfrentamento da mortalidade infantil. Dentre elas, destacaram-se, na década de 1970, o Plano Nacional de Saneamento e o II Plano Nacional de Desenvolvimento, onde diversas políticas públicas compensatórias foram implantadas, como o Programa de Saúde Materno-Infantil e o de Nutrição em Saúde (VICTORA et al. , 2011).

Essas iniciativas do governo brasileiro foram impulsionadas pelos movimentos de proteção à criança ocorridos no âmbito internacional para melhorar o desenvolvimento econômico e as condições básicas de vida – água potável, saneamento e nutrição - no decorrer da década de 1970, por acreditarem ser a melhor trajetória para alcançar a melhoria da saúde infantil (WHO, 2005).

Assim, nesse período, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) estimularam o debate acerca da universalização dos cuidados. E, em 1978, a Declaração de Alma-Ata destacou a atenção primária como proposta para a estruturação de sistemas nacionais de saúde.

Em Mato Grosso, nessa mesma década, os projetos rodoviários, que atravessaram sua extensão territorial em direção à Amazônia, trouxeram importantes incentivos fiscais e recursos internacionais para o Estado, a exemplo do Programa de Desenvolvimento Rural Integrado (PDRI), que proporcionou, dentre outros, a expansão da rede de saúde pública ao longo da rodovia Cuiabá-Porto Velho (MEIRELLES, 1984; MÜLLER NETO et al., 2012). Além disso, a divisão do Estado em 1979, trouxe para o período pós-divisão, a criação de novos centros urbanos em decorrência do processo migratório e emancipação política, e, também, os profissionais de saúde com vínculos, quer com a SESMT e prefeituras e quer com a criação de clínicas ou hospitais privados e filantrópicos, com predominância da rede privada sobre a pública (MÜLLER NETO et al., 2012).

As políticas de saúde de Mato Grosso, implantadas ao longo dessas últimas quatro décadas, sempre estiveram articuladas com as políticas nacionais, que surgiram conforme o contexto brasileiro, e, impulsionadas pelos movimentos internacionais de proteção à criança.

Um dos marcos internacionais dos anos 80 foi a Revolução da Sobrevivência Infantil, liderada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), como proposta de ação imediata para enfrentar a emergência da sobrevivência infantil uma vez que, a complexidade do desenvolvimento socioeconômico só poderia ser resolvida a longo prazo. Essa revolução pautou-se num pacote de quatro intervenções denominada de estratégia GOBI, que incluía o monitoramento do crescimento, o aleitamento materno, a reidratação oral e a imunização. A Organização Mundial da Saúde (OMS) também apoiou, com importantes programas verticais, como o Programa Alargado de Vacinação, o Programa de Controle das Diarreias e de Infecções Respiratórias Agudas (WHO, 2005).

No Brasil, no final dos anos 70 e nos anos 80, com os movimentos sociais – movimento feminista e outros-, foi possível estabelecer legalmente e regulamentar o direito à proteção da mulher e da criança com a participação do Estado.

No âmbito nacional, a partir da década de 1980, é possível organizar os movimentos brasileiros de proteção à criança e as políticas de saúde em dois momentos. O primeiro momento, o direito à proteção, e, o segundo, a qualificação das ações e pactuações para a redução da mortalidade materno infantil.

Assim, no Brasil, destacou-se, em 1982, a obrigatoriedade do alojamento conjunto, em hospitais universitários. Em 1984, a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que teve como proposta a articulação de todos os ciclos de vida e não apenas o momento reprodutivo (ALMEIDA, 2005). Destaca-se que esta foi a primeira vez que o governo passou de uma assistência individual e curativa para incluir a família. Privilegiou o planejamento familiar, deixando de ser a esterilização o principal método contraceptivo, e incluiu a prevenção e o tratamento de agravos à saúde desde a adolescência até a terceira idade (CASSIANO et al., 2014).

Em 1984, Mato Grosso, acompanhando os acordos realizados no âmbito nacional, faz adesão às Ações Integradas de Saúde (AIS) com a participação das principais cidades do Estado. Nesse mesmo ano, com as altas taxas de morbimortalidade por doenças infecto-parasitárias é proposto pelo governo brasileiro a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISMC) e a SESMT dá início, a partir de 1985, à capacitação dos profissionais de saúde de diferentes municípios mato-grossenses para a implantação das ações de promoção, prevenção e recuperação da

saúde das crianças de zero a cinco anos (MÜLLER NETO et al., 2012; CASSIANO et al., 2014).

Assim, foram priorizadas cinco intervenções importantes para a saúde da criança. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento trazendo a implantação do cartão da criança, o incentivo ao aleitamento materno e orientações para o desmame, a imunização com o estabelecimento do calendário de vacinas e das campanhas, a prevenção e o tratamento das infecções respiratórias e diarreias agudas pela sistematização do uso de antibiótico e do atendimento por grau de gravidade e pela terapia de hidratação oral (TRO), respectivamente (MOREIRA et al., 2012). Dessas ações, a que apresentou maior dificuldade de implantação foi o crescimento e desenvolvimento em relação à referência para a curva adotada para o acompanhamento da criança.

Em seguida, o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) foi recebido no Estado sendo incorporado por prefeituras de expressão, como Cuiabá e Rondonópolis, iniciando a constituição de sistemas municipais de saúde. Iniciou-se o processo de pré-municipalização, que aconteceu por meio de convênios entre a SESMT e prefeituras, com repasse do gerenciamento das unidades de saúde e recursos financeiros (MÜLLER NETO et al., 2012).

A partir de 1988, no Brasil, observa-se, também, a instituição de importante marco legal na garantia do direito à proteção. A aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, das normas para comercialização dos substitutos do leite materno que, após 1990, passa a fazer parte do código de defesa do consumidor, e se constitui um importante aparato legal na defesa e proteção à amamentação.

A Constituição Federal de 1988 foi também um marco importante na garantia dos direitos das mulheres e crianças, dentre eles destacam-se: o direito das presidiárias em permanecerem com seus filhos, no período de amamentação; a licença à gestante sem prejuízo do emprego e salário com duração de cento e vinte dias; e, a licença-paternidade (BRASIL, 1988).

Com a Constituição de 1988, que estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), teve início o processo de municipalização em Mato Grosso. A municipalização no Estado não decorreu de um processo de diagnóstico e planejamento.

Tratou desiguais de forma igual, com repasse aos municípios das unidades sanitárias, cessão de pessoal e convênios de implantação do SUS (MÜLLER NETO et al., 2012).

No âmbito internacional, em 1990, ocorreu a Reunião de Cúpula Mundial em Favor da Infância, onde o Brasil, como um dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), assinou, com os demais países, a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança assumindo o compromisso de, até o ano 2000, cumprir as 26 metas, dentre elas, as 19 metas da área da saúde.

No Brasil, no início dos anos 90, no campo jurídico, especificamente para a atenção à criança, houve aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei nº 8069/90); e, no campo burocrático, o Ministério da Saúde priorizou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC (1992) -, estabelecendo as diretrizes e normas e assegurando o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto aos hospitais credenciados (FRIAS et al., 2009).

Ao longo da implantação do SUS, avanços importantes aconteceram para a redução da mortalidade infantil, como a reorganização dos serviços de saúde, em especial na atenção básica, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991; e, o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (PAIM et al., 2011; VICTORA et al., 2011).

Em Mato Grosso, as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 93 e 96, como expressão da descentralização, possibilitaram aos municípios mato-grossenses habilitarem-se a diferentes formas de gestão, e, conseqüentemente, a assumirem e ampliarem o acesso, em especial à atenção primária, alterando a lógica do financiamento no SUS (MATO GROSSO, 2000a). Essas NOB's expressaram, para a maioria dos municípios, uma habilitação de condição de gestão mais parcial (42% na NOB 93) e plena da atenção básica (99% na NOB 96), onde apenas a capital foi habilitada numa gestão mais avançada, demonstrando que o sistema de saúde possuía uma rede pouco desenvolvida e dependente de Cuiabá (MÜLLER NETO et al., 2012).

O período de 1995 a 2002, para o sistema de saúde de Mato Grosso, foi de expansão e de consolidação de algumas ações e serviços coordenados pela gestão Estadual, que modificou a condução da descentralização para uma participação ativa, a nível regional, de importância, também, para a saúde da mulher e da criança. Dentre as ações e serviços, destacam-se a criação do Programa de Apoio ao Agente Comunitário



Rural (PASCAR), Incentivo Estadual diferenciado, por regiões, para o PACS e PSF, o estabelecimento dos consórcios intermunicipais de saúde, a criação do Serviço Estadual de Referência assegurando, dentre outros, acesso e fluxo dos pacientes para os serviços básicos, de média e de alta complexidade. Dentre as referências prioritárias, estavam a gestante e o recém-nascido de alto risco (MATO GROSSO, 1998, 2000b, c, 2001; MARQUES; MENDES, 2003).

Além disso, foram criadas as Comissões Intergestores Bipartites Regionais (CIBR), as Câmaras de Auditorias Regionais (CAR), a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, denominada, à época, Escola de Saúde Pública “Doutor Agrícola Paes de Barros”, e constituído o Comitê Estadual de Mortalidade Materna de Mato Grosso. Como consequência, as pactuações, o acompanhamento e a formação e educação permanente dos profissionais de saúde puderam acontecer com intensidade (MATO GROSSO, 2000d). Esse período, para a saúde de Mato Grosso, pautou-se pela expansão e organização municipal da atenção básica, por meio da estratégia Saúde da Família com ordenação dos serviços especializados de forma regionalizada (MÜLLER NETO et al., 2012).

Em 1998, o Ministério da Saúde adaptou para o Brasil a estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIPI), com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e organizar a assistência às crianças menores de cinco anos.

Em 2000, após três décadas de implantação do PAISM, considerando os altos índices de morbimortalidade materna e infantil e as dificuldades políticas, financeiras e operacionais enfrentadas por esse programa, foi lançado o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) (TYRRELL, 1997; SERRUYA et al., 2004).

O PHPN teve como objetivo reduzir a morbimortalidade materna e neonatal por meio de atendimento humanizado, melhorando o acesso, a cobertura e a qualidade da assistência do pré-natal, do parto, do puerpério e do recém-nascido. A implantação do PHPN garantia a presença do pediatra na sala de parto e foi incentivada por meio de recursos financeiros e acompanhada pelo Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL) (BRASIL, 2000).

Além disso, houve, em 2000, a aprovação das normas para a implantação do Método Mãe Canguru, esta destinada a humanizar o atendimento ao recém-nascido de baixo peso. E, em 2001, a implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal

(Teste do Pezinho), com o objetivo de ampliar a cobertura para 100% dos recém-nascidos, oportunizando a identificação das doenças congênitas ou infecciosas assintomáticas, no período neonatal e a busca ativa dos pacientes triados para confirmação do diagnóstico e tratamento adequado (FRIAS et al., 2009).

O início desse período, em 2000, pautou-se por reflexões sobre a saúde da criança, quer no âmbito internacional - onde os 189 países integrantes das Nações Unidas se comprometeram a cumprir os oito objetivos da Cúpula do Milênio - quer no âmbito nacional, pelo Ministério da Saúde, com os compromissos estabelecidos no documento Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004a).

Além disso, o governo brasileiro, reconhecendo que os indicadores de saúde demonstravam que muitos avanços, ainda, deveriam ser conquistados na saúde integral das crianças brasileiras, passou a delinear pactos com os Estados e municípios para reduzir a mortalidade materna infantil e reorganizar uma rede única integral, qualificada e humanizada (BRASIL, 2004a).

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, proposto pelo Ministério da Saúde, em 2004, definiu uma série de ações estratégicas, como a ampliação da Estratégia Saúde da Família, a vigilância dos óbitos materno e infantil, a redução da transmissão vertical do HIV/AIDS e sífilis congênita, investimentos na rede hospitalar, e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2004b, c).

Em 2006, o Pacto pela Saúde, na dimensão “Pacto pela Vida”, elegeu, dentre as seis prioridades, a redução da mortalidade materna e infantil como um compromisso a ser acompanhado, por meio do Pacto de Indicadores a partir do estabelecimento de metas entre os três níveis de gestão (BRASIL, 2006, 2009a).

O Plano “Mais Saúde: direito de todos”, lançado em 2008, teve como objetivo “colocar em toda a sua estrutura a clara percepção de que saúde não é somente uma política social, mas parte integrante do desenvolvimento econômico do país”, e apontou oito eixos de atuação, dentre eles o Eixo 2, o da *atenção à saúde*, “envolvendo a assistência básica e as ações de alta e média complexidade, a regulação e a qualificação da saúde suplementar e a integração com ações voltadas para o monitoramento, a prevenção e a vigilância em saúde”(BRASIL, 2008a).

O Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (2009) foi um dos compromissos do governo federal para acelerar a redução das desigualdades, no Nordeste e na Amazônia Legal, priorizando não apenas a saúde, mas, também, a redução do analfabetismo, a erradicação do sub-registro civil e o fortalecimento da agricultura familiar (BRASIL, 2012). Na saúde, a proposta era reduzir em, no mínimo, 5% ao ano a mortalidade infantil (crianças menores de um ano de idade), especialmente o componente neonatal (até 27 dias do nascimento), nos anos de 2009 e 2010 (BRASIL, 2009b).

As ações desenvolvidas foram concentradas em 250 cidades. Sendo 154 municípios prioritários, em oito estados do Nordeste: Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe; e, em 96 municípios prioritários, em nove estados da Amazônia Legal: Amapá, Acre, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Roraima, Rondônia e Tocantins (BRASIL, 2009c).

Nesse sentido, a Amazônia Legal e o Nordeste deveriam implantar 425 equipes de Saúde da Família, 460 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 736 leitos de UTI, 2.208 leitos de UCI, 22 bancos de leite, 107 Hospitais Amigo da Criança, 110 Maternidades com equipes capacitadas para Método Canguru e capacitar 1.659 equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009c).

Foram previstos no pacto sete componentes prioritários, a saber: qualificar a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido; educação em saúde; gestão do trabalho; gestão da informação; vigilância do óbito infantil e neonatal; mobilização social e comunicação; e produção de conhecimento e pesquisa. Para cada componente foram elencadas várias ações e programadas por meio de planos estaduais e municipais, visando o alcance da meta de redução de 5% ao ano da mortalidade neonatal.

Do ponto de vista dos resultados desse conjunto de intervenções, observa-se que o Estado de Mato Grosso vem apresentando um declínio na taxa de mortalidade infantil, de 22/1000 nascidos vivos, em 2000, para 16,6/1000 nascidos vivos, em 2009 (SESMT, 2014). Porém, de 2006 a 2009 observa-se uma redução lenta nesta taxa (16,7/1000 nascidos vivos em 2006 para 16,6/1000 nascidos vivos em 2009), com o componente neonatal representando 63,2% desses óbitos. Além disso, a razão de mortalidade materna, em 2009, apresentou-se alta com 76 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos (SESMT, 2014).

O Estado de Mato Grosso, por meio da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso e das Secretarias Municipais de Saúde, participou desse pacto, no período de março a maio de 2009, e se comprometeu a elaborar planos estadual e municipais para viabilizar tal estratégia, visando à redução desses indicadores. Assim, o Plano Estadual e Municipal de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal foi celebrado em março de 2009. O Ministério da Saúde priorizou 11 municípios e a SESMT acrescentou na listagem mais dois. São eles: Cuiabá, Várzea Grande, Rondonópolis, Cáceres, Sinop, Barra do Garças, Tangará da Serra, Alta Floresta, Juína, Poconé, Sorriso, Pontes e Lacerda (Estado) e Juara (Estado) (BRASIL, 2009c).

Nesse Pacto, encontrava-se, também, o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais, cujo objetivo foi qualificar a assistência obstétrica e neonatal de 26 maternidades do país. Em Mato Grosso, foi selecionado o Hospital Santa Helena, no município de Cuiabá (BRASIL, 2012). Quase duas décadas depois da proposição essa foi a segunda maternidade a ser credenciada no Estado (2010) como “Hospital Amigo da Criança”. Sendo a primeira, o hospital de Vila Rica (Portaria 109/2000), no início dos anos 2000, atualmente desativado; e, a terceira, o Hospital São Luís, no município Cáceres, em 2014 (SESMT, 2001b, 2014).

Além disso, os planos deveriam compor ações para atender às Leis nº 11.108/2005 e nº 11.634/2007. A primeira estabeleceu o direito da mulher à acompanhante, de sua livre escolha, na internação para o parto; a segunda, a vinculação da gestante, desde o pré-natal, ao serviço onde o parto realizar-se-ia (BRASIL, 2012).

Em 2011, o Ministério da Saúde propôs implementar a política de redução da mortalidade materno infantil, com ênfase no componente neonatal, lançando o Programa “Rede Cegonha”. Para tal, pretendeu implementar a atenção à saúde da mulher e à saúde da criança redirecionando a atenção ao parto, ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento da criança de zero a vinte e quatro meses, buscando garantir o acesso, o acolhimento e a resolutividade das ações. Nessa perspectiva, contemplou quatro eixos: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, e, o Transporte Seguro e Regulação (BRASIL, 2011a).

Em relação ao Pré-Natal, a “Rede Cegonha”, propunha a captação de gestantes, precocemente, bem como seu acolhimento, segundo classificação de risco, buscando

garantir os exames de pré-natal, de risco habitual e de alto risco, além de vinculação da gestante da Unidade Básica de Saúde à Maternidade.

Para o Parto e Nascimento, pretendeu garantir suficiência de leitos, a ambiência, o direito da mulher à acompanhante, o acolhimento e a classificação de risco, boas práticas e a implantação de conselho gestor nas maternidades.

Com relação ao Puerpério e Atenção à Criança, a Rede Cegonha, propôs estimular o aleitamento materno, o acompanhamento da criança, a visita domiciliar, na primeira semana após o parto e nascimento, com busca ativa das crianças vulneráveis, a prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites e o planejamento reprodutivo.

Para o Transporte e Regulação, o programa se predispôs a garantir o transporte seguro<sup>2</sup>, por meio do Sistema Móvel de Urgência – SAMU Cegonha, com ambulâncias de suporte avançado equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais, a “vaga sempre”<sup>3</sup>, e a regulação de leitos.

A operacionalização da Rede Cegonha previa a adesão do município, elaboração do diagnóstico municipal com construção do desenho regional, a contratualização dos pontos de atenção, qualificação e certificação dos componentes. Para tal, seria necessário a constituição de um grupo de condução municipal, regional e estadual com a participação dos Colegiados de Gestão Regional, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), das Comissões Intergestores Bipartite com o apoio do Ministério da Saúde.

A Rede Cegonha previa, também, repasses de recursos financeiros, aquisição e distribuição de equipamentos, ampliação dos exames como o teste do pezinho e de ultrassom, a garantia de qualificação dos profissionais de saúde que, por meio dos Ministérios da Saúde e da Educação, lançaram o Programa Nacional de Residência de Enfermagem Obstetrícia (BRASIL, 2011a, 2012).

---

<sup>2</sup> Componente transporte sanitário refere-se à promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais (BRASIL, 2011).

<sup>3</sup> "Vaga Sempre": vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto visando o acolhimento imediato da gestante e do recém-nascido independente de vaga. (BRASIL, 2011). Pactuação ocorrida com as maternidades que participaram do Plano de Qualificação (BRASIL, 2012).

Assim, pode-se dizer que a Rede Cegonha, instituído pelo governo federal, foi uma conexão das várias políticas de saúde anteriormente estabelecidas para a redução da mortalidade materna infantil visando implementar ações já existentes com acréscimo de algumas intervenções de interesse das necessidades da época.

Segundo Barreto (2013), essas políticas de saúde, estabelecidas para a redução da mortalidade infantil, a partir dos anos 2000, apresentam intensa medicalização no nascimento e o uso de tecnologias sem evidências científicas, cesáreas e intervenções desnecessárias ao parto.

No Brasil, a justificativa para a implementação das políticas de saúde materno infantil e suas reedições com nomes distintos têm sido em decorrência da persistência das taxas elevadas de mortalidade materna e da redução gradual da mortalidade infantil, em especial, nas regiões Nordeste e Amazônia Legal. A mortalidade materna passou de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos, em 1990, para 64,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2011. Na mortalidade infantil (menores de um ano), o componente pós-neonatal apresentou redução significativa, entre 1990 a 2007, de 7,3% ao ano. Contudo, o componente neonatal precoce e tardio não acompanhou o mesmo decréscimo onde a redução de óbitos neonatais precoce foi de 3,1% ao ano, entre 1990 a 2007, permanecendo como um importante problema de saúde pública (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2009<sup>a</sup>; BRASIL, 2012).

Assim, no Brasil, ao longo das últimas décadas, o conjunto das intervenções voltadas para o período da gestação e primeiro ano de vida esteve sempre no escopo das políticas públicas de saúde, e, apesar dos avanços, há ainda um longo e complexo caminho a percorrer, na busca pela qualidade da assistência neonatal, no qual a superação pode ser construída pelas avaliações sistemáticas dessas ações.

Desta forma, este estudo pretendeu responder os seguintes questionamentos: Por que o coeficiente de mortalidade infantil neonatal do município-caso, apesar das ações estabelecidas para o período 2009 a 2010, não respondeu com uma redução percentual significativa maior do que a proposta de 5% ao ano? Como o problema, os objetivos, as ações realizadas e o resultado do Plano de Ação são percebidos pelos seus implementadores? Quais fatores facilitaram ou obstaculizaram a realização das ações propostas? Em que medida as ações foram implantadas nos municípios selecionados?

A hipótese inicial deste estudo é que as características do governo local, como o projeto e capacidade de governo e sua governabilidade, e os aspectos organizacionais, como o menor acesso e a baixa resolutividade dos serviços de saúde materno-infantil, podem explicar essa redução lenta do coeficiente da mortalidade infantil neonatal.

Assim, o presente estudo avaliou a implantação das ações estratégicas, a partir do Plano Nacional de Ações Estratégicas de Redução da Mortalidade Infantil Neonatal proposto no Pacto Pela Redução da Mortalidade Infantil Nordeste e Amazônia legal, (BRASIL, 2009c) em municípios do Estado de Mato Grosso.

Por fim, este estudo pretendeu compreender como os gestores e profissionais de saúde local, implementadores dessas políticas, percebiam o problema, os objetivos propostos pela intervenção. Além de poder verificar como essas ações foram priorizadas e o resultado alcançado. Ademais, estabelecer o grau de implantação das ações estratégicas implementadas, a partir dos relatos das mães, tendo os óbitos neonatais evitáveis ocorridos, em 2010, como eventos sentinela, triangulando com as informações obtidas dos gestores, dos profissionais de saúde e nos documentos oficiais, propiciou a construção de uma robusta metodologia de confirmação desses importantes achados empíricos, que poderão contribuir, tanto com o conhecimento científico para futuras pesquisas, como com o redesenho da política de saúde para a redução da mortalidade infantil neonatal.

## **2 OBJETIVOS**

### **Geral**

Analisar a implantação das ações estratégicas, a partir do Plano de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal, em dois municípios de Mato Grosso no período de 2009 a 2013.

### **Específicos:**

- Descrever a implementação dessa política pública no nível local;
- Avaliar como o problema, o objetivo, as ações realizadas e o resultado do Plano de Ação tem sido percebido pelos implementadores;
- Analisar a influência das características de governo e organizacionais na implantação do Plano de Ações;
- Identificar e descrever os fatores facilitadores e obstaculizadores para a implementação da intervenção;
- Analisar a trajetória dos óbitos neonatais precoces ocorridos em 2010, em ambos os municípios, identificando as prováveis barreiras organizacionais da rede de atenção, bem como os determinantes sociais da saúde;
- Estimar o grau de implantação das ações estratégicas para a redução da mortalidade infantil neonatal.



### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

##### 3.1.1 Contribuições Teóricas do Planejamento em Saúde para a Análise das Ações Estratégicas nos Espaços e Processos de Decisão.

A fundamentação teórica inicial, considerando o objeto a ser estudado, parte da necessidade de estabelecer o conceito de planificação, em particular, o planejamento em saúde, que na literatura, tanto nacional como latino-americana, apresenta várias denominações.

Assim, o planejamento é conceituado como um processo social, um método, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, um cálculo que precede e preside a ação. É visto ainda como um trabalho de gestão, uma mediação entre as diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade dos trabalhadores (GIORDANI, 1979; MATUS, 1993; MERHY, 1995; SCHRAIBER et al., 1999; PAIM, 2002b; CAMPOS, 2003; RIVERA; ARTMANN, 2003).

Giordani (1986), em sua obra intitulada “*Planificación, Ideología y Estado: El caso de Venezuela*”, traz a possibilidade de observar a planificação num conceito que se fundamenta em uma realidade concreta, explicando a evolução da planificação como fenômeno social: “[...] *ambos aspectos, lo concreto y lo abstracto, deben ser dialécticamente considerados al observar la planificación como un proceso social*” (GIORDANI, 1986, p.41).

Compreender o planejamento “[...] *como uma forma de orientação da ação humana dirigida para o alcance de uma dada finalidade*” (VILASBÔAS, 2006) ou como “[...] *possibilidade de pensar o futuro e de intervenção social*” (GIORDANI, 1986) sugere que é fundamental pensar no posicionamento ideológico dos atores sociais inseridos num determinado contexto, tentando identificar se eles são capazes de intervir para modificar a realidade, caracterizando-se não apenas como “*sujeitos críticos*”, mas especialmente como “*sujeitos implicados*” (SPINELLI ; TESTA, 2005).

As diferenças entre as concepções citadas anteriormente relacionam-se com as possíveis interações e racionalidades presentes no ato de planejar, e o papel deste na construção de estratégias para intervir na transformação de uma realidade social. Essas diferenças também conduzem a refletir sobre o papel que o Estado exerce na

formulação, implantação e implementação das políticas dentro de um processo socio-histórico e de conjunturas específicas (GIORDANI, 1979; RIVERA, 1989; PAIM, 1986; CAMPOS, 2003; PAIM, 2002b). As convergências dessas definições trazem a ideia do planejamento como estratégia de ação humana dirigida para alcançar uma finalidade.

Desta maneira, o planejamento pode ser visto como uma ação social (WEBER, 1994). Weber (1994) considera a ação como o objeto da sociologia e afirma que “[...] a sociologia é uma ciência que pretende compreender e interpretar a ação social (WEBER, 1994). Destaca a diferença entre ação e ação social (incluindo a omissão)<sup>4</sup>. O teórico, para compreender o “sentido”<sup>5</sup> da ação do agente, apresenta três tipos de ações que determinam a ação social: o racional, o emocional e o tradicional<sup>6</sup>.

O poder e a dominação são categorias centrais na obra de Weber. Para o autor, “poder” refere-se à “[...] toda probabilidade de impor a própria vontade numa relação social, mesmo contra a resistência, seja qual for o fundamento desta”. Acrescenta, ainda, que “o desejo de poder seria algo que movimenta o agente e o instinto de poder seria uma de suas qualidades” (WEBER, 2003).

Entretanto, a dominação<sup>7</sup> seria “[...] a probabilidade de obedecer a uma ordem de determinado conteúdo, entre determinadas pessoas” (WEBER, 1994). Para Weber (2003), o Estado exerce a dominação reivindicando com êxito o monopólio legítimo da violência física para realizar as ordens vigentes. De sua análise sobre o Estado e da realidade social alemã, Weber propõe a teoria da burocracia (COLLINS, 2009;

---

<sup>4</sup> Para Weber (1994) ação social é “[...] uma ação que, quanto ao seu sentido visado pelo agente ou pelos agentes, refere-se ao comportamento de outros, orientando-se por este em seu curso”

<sup>5</sup> O “sentido”, segundo Weber(1994), refere-se ao racional, emocional e tradicional da ação social. E destaca que mesmo em uma ação racional, como tipo ideal, haverá componentes do afetivo e do tradicional que irão moldar a ação planejadora dos atores sociais

<sup>6</sup> Weber (1994), define três modos de determinação da ação social: o racional, baseado em fins voltados para o êxito ou em valores; o emocional, conduzido pelos afetos; e, o tradicional, fundamentado em costumes arraigados.

<sup>7</sup> Weber (2003) estudou diferentes formas de dominação: poder tradicional, o que o patriarca exercia; poder carismático, enquanto devoção e confiança estritamente pessoais depositadas em alguém; e legalidade, crença na validade de um estatuto legal.

TRAGTENBERG, 1977). E, como consequência, a moderna sociologia das organizações (COLLINS, 2009).

Segundo Weber (1982) a burocracia refere-se a uma organização, com padrão de racionalidade tendente a fins. A ação racional burocrática é a coerência da relação de meios e fins visados, não sendo entendida apenas como um fenômeno meramente técnico, mas um fenômeno de dominação. A burocracia pressupõe o formalismo, a existência de normas escritas, estrutura hierárquica, divisão horizontal e vertical do trabalho, além da impessoalidade no recrutamento dos quadros (WEBER, 1982; TRAGTENBERG, 1977).

Por fim, o planejamento, enquanto ação humana com finalidade determinada socialmente, possui uma dimensão estratégica dentro do contexto político organizacional, que não exclui o social, transformando as ações estratégicas deste em produto, que implica em trabalho humano.

Nesse aspecto, a produção teórica relacionada à dimensão estratégica dos processos de gestão pública em saúde, especialmente no seu componente planejamento, é também útil para subsidiar a análise estratégica de implantação dos planos propostos para desenvolver a política de saúde, no caso deste estudo, a de redução da mortalidade infantil neonatal.

Na América Latina, dois autores têm contribuído com essa produção teórica: o economista chileno, Carlos Matus, e o médico argentino, Mário Testa. As importantes abordagens teóricas produzidas por esses autores apoiam este estudo, conforme demonstrado a seguir.

#### **- Carlos Matus: as contribuições do triângulo de governo para análise do Plano e suas ações estratégicas.**

Para Matus (1991), um plano é um compromisso que expressa a intenção de alcançar resultados, porém, não depende unicamente desse acordo porque está circundado, na vida real, de incertezas, imprecisões, rejeições, ou apoio de diversos atores.

Esse planejamento, tomado como trabalho de diferentes atores, é necessário para implementar políticas, no caso de saúde. Para o autor, o dirigente e sua equipe escolhem

e alteram os objetivos que pretendem alcançar, de acordo com as circunstâncias do projeto de governo em questão, superando os obstáculos conforme sua governabilidade, e resistindo às forças com a capacidade de governo que possui (MATUS, 1993).

Para Matus, o triângulo de governo se constitui em um sistema triangular de três variáveis que se articulam entre si no ato de governar, a saber: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema<sup>8</sup>. A capacidade de governo se refere às práticas das ações planejadas, e estão dependentes e condicionadas pelo projeto de governo e pela governabilidade do sistema.

#### **- Mario Testa: as contribuições do pensamento estratégico na análise do processo de programação em saúde.**

As contribuições teóricas de Testa (1992,1995), voltadas para o campo da saúde, estão relacionadas às análises, acerca das inter(ações) de poder nas organizações, onde os atores sociais se constituem e da forma como se configuram os cenários, os tempos, as formas organizativas e suas consequências e significações quanto ao seu uso.

Testa (1995) define política como forma de distribuição de poder e a estratégia como modo de implementação da política. Para o autor, o pensamento estratégico “[...] tem a ver com comportamentos organizacionais destinados ao manejo de situações em que seja preciso superar obstáculos que se oponham à conquista de um objetivo”. Já a estratégia se refere à maneira como o ator se coloca em situação para se aproximar do alcance da meta: ganhar espaço, ganhar tempo, estabelecer condições favoráveis ao próprio desempenho (TESTA, 1995, p.15). Assim, para agir em situações de enfrentamento é preciso pensar estrategicamente, podendo ser um risco ou mesmo um fracasso, parcial ou total, não fazê-lo.

---

<sup>8</sup> Projeto de governo: trata-se do “[...] conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator pretende realizar para alcançar seus objetivos; governabilidade do sistema: “[...] relação entre variáveis que o ator controla e não controla no processo de governo, variáveis essas ponderadas pelo seu valor ou peso para ação do ator”; e, capacidade de governo : “[...] é uma capacidade de condução ou direção e refere-se ao acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados, dados a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo (...) expressa-se na capacidade de direção, de gerência e de administração e controle” (MATUS, 1993, p 59-61).

Testa (1995) destaca ainda que a política de saúde não está presente apenas no setor saúde, devendo abarcar o conjunto social. Além disso, a política de saúde não pode ser a mesma em todos os lugares, porque as estratégias adotadas serão diferentes em virtude das condições que as determinam, das conjunturas e dos acontecimentos que ocorrem fora do setor saúde, ou seja, as forças para transformação ou conservação e do poder. Desta forma, as propostas para o social ou para a saúde serão direcionadas para favorecer o acesso ao poder das forças partidárias para transformação ou conservação.

Nessa perspectiva, Testa (1992) destaca que o papel do Estado será de busca constante de dominação, acentuando suas funções de árbitro, de unificador de certos segmentos da burguesia, de organizador do proletariado e de apoio à acumulação de capital.

Nesse sentido, o autor enfatiza que é nas organizações<sup>9</sup>, por meio da burocracia e dos interesses dos atores sociais inseridos nela, que o poder se manifesta. Testa (1992) estabelece uma tipologia do poder, referente ao setor saúde, como a capacidade de um indivíduo, grupo social, instituição de realizar o poder técnico<sup>10</sup> que abrange gerar, aceder e lidar com a informação; o poder administrativo<sup>11</sup> de se apropriar e atribuir recursos administrativos; e, o poder político<sup>12</sup> de mobilizar grupos sociais frente às necessidades ou interesses.

Para Testa (1995), o exercício do poder contém uma ação, o uso de um instrumento ou recurso para se atingir determinados objetivos. As interações de poder se desenvolvem em cenários, em razão e função tempo, de propósitos institucionais e de

---

<sup>9</sup> Para Testa (1992, p.117), o conceito de organização abrange dois aspectos: o institucional, ou a consolidação burocrática de uma organização em geral e o agrupamento de pessoas com interesses comuns, os atores sociais primários.

<sup>10</sup> O poder técnico atua em vários aspectos e âmbitos, tratando das informações que lidam como forma de poder identificadas como: informações médicas inerentes à clínica, sanitárias e as teóricas, identificando a determinação e produção das enfermidades em geral (TESTA, 1992, p. 119).

<sup>11</sup> O poder administrativo, na perspectiva de acumulação de poder no setor saúde, nos países capitalistas, se dá no elemento central que é o financiamento, conseguir recursos financeiros diretos (próprios) ou indiretos (incentivos, aquisição de equipamentos e outros) para se conseguir alcançar os propósitos do plano em curso dentro da organização (TESTA, 1992, p.121).

<sup>12</sup> O poder político, como capacidade de mobilizar, vai depender do conhecimento empírico e científico. Esse poder, no setor saúde, intersecta-se com os poderes do tipo técnico e administrativo, nas formas de saber científico, com a prática de dominação, e de saber empírico, com a prática hegemônica (TESTA, 1992, p. 124).

objetivos particulares, que vão conformar dialeticamente uma direção política para o processo em curso.

No planejamento, as dimensões temporais são, portanto, dependentes das considerações estratégicas. Essas delimitações de fluxos, limites de tempo (curto, médio e longo prazo), recursos escassos, condicionam as configurações estratégicas no campo do poder. Os propósitos da instituição podem ser de mudança ou crescimento, mas, principalmente, o de busca da legitimação.

Para se analisar as relações e ações de poder, no âmbito institucional, torna-se necessário relacionar as características dos atores ao recurso, aos tipos e tempo de poder, aos propósitos institucionais e aos objetivos particulares, colocando-os no centro de uma trama estratégica, onde se destacam as suas ideologias, seus interesses, suas motivações e objetivos políticos.

Na sua proposta de pensamento estratégico, Testa (1995) desenvolve ainda as questões de transparência e opacidade estratégicas, e destaca que essa última não pode ser total, pois pode dificultar o êxito do plano. Estabelece categorias para os atores sociais do drama estratégico como os atores individuais e coletivos, onde os seus comportamentos são de relevância no pensamento estratégico porque é através deles que se alcançam os objetivos.

O cenário de uma ação social também é colocado como importante no pensamento estratégico de Testa (1995) e se define como um espaço social onde ocorre uma relação entre os atores, que são gerados ao desenvolver uma ação (p.67). O espaço social é caracterizado como um campo de força, enquanto o poder definido como capacidade, a força do campo social seria essa capacidade em movimento. O campo de força pode alterar permanentemente, tanto mediante situações conjunturais diversas como históricas.

Cabe destacar, no pensamento estratégico de Testa (1995), que as estratégias institucionais internas estão relacionadas com dois aspectos: 1) o da lógica organizacional; e, 2) o das contradições ou conflitos que se expressam no espaço institucional. A estratégia programática abrange a implementação de uma política por meio da constituição de um programa que tem recursos específicos, objetivos prefixados e sob condução normativa. Nessa estratégia pode ocorrer uma limitação dos alcances,

frente à precisão dos objetivos e rigidez dos atos administrativos interferindo na eficácia do programa (p.75).

Assim, o triângulo de governo, proposto por Matus (1993) e o pensamento estratégico de Testa (1995) contribuem na avaliação da característica político-organizacional do governo local, do Plano e suas ações estratégicas estabelecidas.

### **3.1.2 Avaliação em Saúde: concepções teóricas e metodológicas**

A avaliação como um componente das práticas nos diversos âmbitos e campos do espaço social gera uma polissemia conceitual e metodológica (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994). As diversidades das definições sobre o que é avaliar marcam a evolução dos diferentes conceitos e objetivos das mesmas ao longo do tempo (CHAMPAGNE et al., 2011).

Patton (1997) inclui na sua definição alguns aspectos como “[...] a coleta de informações sobre as atividades, características e resultados dos programas; e fazer julgamento sobre programas e ou subsidiar o processo de tomadas de decisões sobre futuras programações”.

Weiss (1972a, 1972b, 1972c, 1998a) acrescenta uma concepção mais ampla, tratando-a como apreciação sistemática do funcionamento para além do acompanhamento dos objetivos traçados, mas analisando os processos para poder aprimorá-los.

Para Mark, Henry e Julnes (2000), avaliação se refere a uma análise sistemática das atividades, dos efeitos, das justificativas e das consequências sociais de políticas e programas, com o objetivo de contribuir para a melhoria destes e das condições sociais.

Rossi e Freeman (1993, p.5) definem a avaliação como “a aplicação sistemática de procedimentos de pesquisa científica para verificar a conceitualização, design, implementação e utilidade dos programas de intervenção social”. Esses autores consideram a avaliação como uma atividade complexa que envolve também decisões políticas e administrativas.

Autores como Guba e Lincoln (1989, p.8) ressaltam que a avaliação deve transcender a simples aplicação dos métodos de pesquisa científica, e incluir os diversos

aspectos humanos, políticos, sociais, culturais e contextuais que envolvem todo o seu processo.

Entretanto, Champagne e colaboradores (2011) apresentam uma definição que agrega elementos consensuais mais atuais, adotada por este estudo:

“ [...] avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer de um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações” (CHAMPAGNE et al., 2011, p.44).

Assim, com essa definição, torna-se necessário evidenciar o conceito de intervenção em uma pesquisa avaliativa, que visa compreender o porquê e o como dos resultados. Nessa perspectiva, para CHAMPAGNE e colaboradores (2011), uma intervenção pode ser um sistema organizado de ação com seus componentes que, em um contexto e tempo determinado, podem modificar ou corrigir uma situação problemática. Com isso, pode-se caracterizar diferentes tipos de intervenções: a técnica, a de medicamentos e tratamentos, os protocolos clínicos, as organizações, os programas e as políticas.

Segundo Cohen e Franco (1993: 85-6), os termos projeto, programa e plano designam modalidades de intervenção social que diferem em escopo e duração. Para esses autores “[...] um plano é a soma dos programas que procuram objetivos comuns, ordena os objetivos gerais e os desagrega em objetivos específicos, que constituirão por sua vez os objetivos gerais dos programas. Ele determina o modelo de alocação de recursos resultante da decisão política e dispõe as ações programáticas em uma sequência temporal de acordo com a racionalidade técnica das mesmas e as prioridades de atendimento [...]. O plano inclui a estratégia, isto é, os meios estruturais e administrativos, assim como as formas de negociação, coordenação e direção” (COHEN; FRANCO, 1993).



A intervenção compreendida como projetos, programas e planos pode ainda ser caracterizada como simples ou complexa<sup>13</sup>, e a abordagem e o método de avaliação dependerão do tipo e da complexidade da mesma.

A pesquisa avaliativa, como descrita por Contandriopoulos (1997), deve levar em consideração os fundamentos teóricos da intervenção, sua pertinência, sua produtividade e seus efeitos. Deve verificar o contexto que a gerou e buscar conhecer as relações entre contexto, processo e resultados, de forma a ser capaz de produzir informações que permitam orientar efetivamente a tomada de decisões.

Em uma pesquisa avaliativa, é desejável realizar uma importante etapa, conhecida como estudo de avaliabilidade ou pré-avaliação, como um procedimento e método para determinar se a intervenção ou programas estão prontos para serem avaliados.

Thurston e Ramaliu (2005) destacam que estudos de avaliabilidade são definidos como um conjunto de procedimentos para que os interesses dos envolvidos sejam considerados, e, assim, possam maximizar a utilidade da avaliação. O que se espera com esse estudo é uma descrição abrangente da intervenção, das questões-chave que devem ser abordadas, e um plano de avaliação em consonância com os envolvidos. Neste estudo, avalia-se e critica à descrição da intervenção até que esta represente um desenho coerente e lógico.

Para Rossi e Freeman (1999), a avaliabilidade é a análise sistemática e preliminar de um programa, em sua teoria e prática, para determinar se há justificativa para uma avaliação extensa e/ou delimitar melhor os seus objetivos, além de identificar áreas críticas a serem priorizadas na avaliação.

Wholey (1977) já recomendava um EA como a primeira atividade a ser realizada em um programa antes de sofrer uma avaliação em profundidade. Para o autor, o objetivo de um EA é identificar em que medida os objetivos são mensuráveis, se esses objetivos são partilhados pelas principais partes interessadas, se existe uma estrutura de

---

<sup>13</sup> Intervenção simples, os problemas podem ser resolvidos com solução única; e, nas complexas, procuram-se soluções que se apresentam de formas diversas, contraditórias ou opostas (CAMERON,1986; CHAMPAGNE et al., 2011,p.49).

programa razoável e recursos suficientes para a obtenção dos objetivos, e se os gestores do programa vão utilizar os resultados das avaliações.

Wholey (1994) observa, ainda, que um dos aspectos importante de um EA é examinar a realidade do programa que se destina a observar, a plausibilidade para alcançar a meta, se o modelo lógico é realista, a possibilidade de acessar dados relevantes e significativos e identificar usos pretendidos de potenciais usuários da avaliação. Essa plausibilidade, para Alkin e Taut (2003), envolve examinar os fatores ligados ao processo de avaliação e as características do avaliador, os fatores contextuais que incluem o inter e intra organizacional e os fatores humanos que incluem os usuários pretendidos, características organizacionais, pessoais e profissionais.

Para Wholey (1977,1994, 2004), o EA é uma importante ferramenta de gestão. O autor propõe como método para conduzir um EA, a realização de entrevistas com gestores e formuladores de políticas, visitas ao local para observar o programa em operação e a análise dos seus documentos.

Outros autores como Smith (1989), Thurston e Potvin (2003) e Thurston e Ramaliu (2005) propõem para o EA um sistema de elementos a serem descritos por dez etapas ou por sete elementos, respectivamente (Quadro 01).

A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análise: a estratégica, a lógica, da produtividade, dos efeitos, da eficiência, e a análise da implantação (BROUSSELLE et al. , 2011), ainda que diversos autores considerem outros atributos como a acessibilidade, cobertura, qualidade técnico-científica, entre outros (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Considerando os objetivos propostos por este estudo evidenciou-se apenas a análise de implantação.

Segundo, Denis e Champagne (1997, p. 51), “[...] a análise da implantação consiste em especificar o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção”. Faz uma relação entre a intervenção, seus componentes e o contexto, em comparação com a produção dos efeitos, e “[...] visa, principalmente, identificar os procedimentos implicados na produção dos efeitos de uma intervenção” (p.54). Esta pode ser realizada quando a intervenção analisada é complexa e possui elementos sobre os quais o contexto pode interagir de várias formas.

Quadro 01– Elementos que devem compor um Estudo de Avaliabilidade, segundo alguns autores.

Wholey (1977)	Smith (1989)	Thurston e Potvin (2003) Thurston e Ramaliu (2005)
Identificar em que medida os objetivos são mensuráveis.	Determinar os propósitos, os envolvimento e identificar membros dos grupos de trabalho.	Descrição do programa identificando os objetivos, a meta e as suas atividades
	Definir limites do programa a ser estudado	Identificar e rever os documentos disponíveis.
	Identificar e analisar documentos relativos ao programa	Modelagem (Modelo lógico do programa/MLP) dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados, e conexões causais presumidas
	Desenvolver uma clara Teoria do Programa, ou a lógica do programa, e de como seus componentes interagem para produzir os resultados e mostrar os indicadores envolvidos para a alcance dos objetivos	
	Identificar e entrevistar os usuários envolvidos.	Como o programa opera
	Descrever a percepção do programa pelos usuários.	
Objetivos partilhados entre os interessados.	Identificar demandas dos usuários, interesses e diferenças na percepção.	Desenvolvimento do Modelo Teórico da Avaliação (MTA)
Estrutura e recursos suficientes para atingir os objetivos	Determinar a plausibilidade do modelo do programa	Identificação de usuários e principais envolvidos.
Utilização dos resultados	Esboçar as conclusões e recomendações.	Obtenção de acordo quanto ao procedimento de uma avaliação.
	Plano específico para dar continuidade à avaliação do programa.	

A análise da implantação ao buscar compreender os efeitos da interação, ou seja, o papel desempenhado por um conjunto de variáveis que não a intervenção (como as concepções dos atores, da organização e outros) na determinação dos efeitos observados aumenta a validade externa de uma avaliação. Além disso, ao discriminar a contribuição dos componentes realmente implantados do programa (grau de implantação) na produção dos efeitos contribui também para aumentar a validade externa da pesquisa (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Os autores definem implantação como a transferência de uma intervenção no plano operacional e o processo de implantação refere-se à implementação de um projeto, ou seja, a sua integração a um contexto organizacional.

Denis e Champagne (1997) apresentam três componentes para guiar a análise de implantação: o componente 1 - propõe a análise dos determinantes contextuais do grau de implantação, o componente 2 - a análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados, e o componente 3 - a análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados<sup>14</sup>.

Na análise da implantação esses componentes trazem informações sobre os meios a serem beneficiados por uma intervenção (componente 1 e 3) e permitem também especificar como variações no grau de implantação agem no impacto de uma intervenção (componente 2).

---

<sup>14</sup> Segundo Denis e Champagne (1997, p. 56-60): no componente do tipo 1, a análise desse tipo de implantação visa definir os fatores explicativos das diferenças observadas entre a intervenção planejada e a implantada, e é apropriada quando a intervenção é complexa e composta de elementos sequenciais; no componente do tipo 2, a análise permite interpretar com mais exatidão os resultados de uma avaliação de impacto, contribuindo para distinguir os componentes de uma intervenção que facilitaram o alcance dos resultados, busca analisar a influência do grau de implantação de uma intervenção, sendo as variáveis dependentes os efeitos observados, após a sua introdução. Por ser a intervenção complexa e com pouca especificidade, o seu grau de implantação pode variar a depender do local. Então, nesse caso, pode ser possível analisar em que medida essas variações modificam os efeitos trazidos pela ação interventora; e, o componente do tipo 3 analisa a interação, sinérgica ou antagônica, entre o contexto e a intervenção em relação à produção de efeitos, tendo como objeto a generalização de uma intervenção em outros contextos.

### **3.1.2.1 Avaliabilidade e Análise de Implantação de planos, programas e ações de saúde: revisão da literatura**

A revisão dos estudos, a seguir, transita entre resultados encontrados de pesquisas avaliativas sobre políticas, planos e programas desenvolvidos em nível nacional e internacional, com destaque para as análises realizadas no contexto mato-grossense (Apêndice A).

#### **- Estudo de Avaliabilidade**

Esta revisão da literatura sobre EA destaca dezesseis trabalhos selecionados. Destes, dois são internacionais e os demais são brasileiros, identificando a crescente produção brasileira de estudo de avaliabilidade em anos recentes. Dos estudos brasileiros, dois foram encontrados no banco de dados da *Web of Science*, a saber: LIMA e VIEIRA-DA-SILVA (2008); e, BEZERRA et al., 2012. As pesquisas objetivaram descrever a intervenção, delimitando seus objetivos, elaborando o modelo lógico e identificando áreas prioritárias para avaliação.

A maioria dos autores optou por adotar uma abordagem pela adoção da combinação de técnicas e métodos qualitativos, e alguns desses estudos utilizaram-se de abordagens qualitativas e quantitativas. Essas avaliações foram focadas em ampla consulta a partes interessadas, com entrevistas com informantes-chave (gestores, profissionais e usuários), análise documental e observação das práticas. Além disso, alguns estudos submeteram os critérios a uma consulta, por meio de um comitê de especialistas, através da técnica Delfos (SILVA, 2007; e LIMA e VIEIRA-DA-SILVA, 2008). Natal e colaboradores (2010) usaram abordagem qualitativa baseada nos sete elementos propostos por Thurston e Ramaliu (2005); por sua vez, D'ostie-Racine e colaboradores (2013) utilizaram-se dos elementos apontados por Wholey (1994, 2004).

Os autores avaliaram as intervenções (programas, campanhas e ações) como suficientemente estruturadas e prontas para futuras avaliações. No que se refere ao resultado, os EA conseguiram trazer, enquanto produto, uma descrição detalhada dos programas, os modelos lógicos e teóricos, as questões fundamentais a serem abordadas pela avaliação, identificação de áreas prioritárias para futuras avaliações, e relativa compreensão e concordância entre gestores e profissionais quanto aos objetivos e

atividades do programa. Apenas Silva (2007), e Lima e Vieira da Silva (2008), identificaram diversidade de compreensão dos objetivos do programa. Algumas recomendações foram apontadas, principalmente, relacionadas às questões logísticas e técnicas dos programas. Os pesquisadores destacaram a relevância do EA, como etapa preliminar, na realização de avaliação de programa.

D'Ostie-Racine e colaboradores (2013) realizaram um estudo de avaliabilidade da capacidade de avaliar a estratégia de avaliação progressiva de uma organização não governamental (ONG) humanitária, com sede na África Ocidental (Nigéria e Burkina Faso), fundamentados em Wholey (1994) e nos fatores para plausibilidade, estabelecidos por Alkin e Taut (2003). Nesse estudo, examinam quatro condições preliminares para determinar que: (1) a intenção do programa e do modelo lógico são claros e, portanto, que as metas do programa, objetivos, efeitos importantes e necessidades prioritárias de informação estavam bem definidos, (2) o programa é plausível e, portanto, suas metas e objetivos são possíveis, (3) dados relevantes são acessíveis e, finalmente, que (4) a utilidade de uma avaliação era clara entre os seus usuários.

Nesta revisão, foi possível encontrar apenas o EA de Guerrero (2010), que se propôs a analisar a avaliabilidade do Pacto Pela Redução da Mortalidade Infantil, nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste, com o objetivo de descrever o programa e construir o modelo lógico somente do componente “qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido“, no âmbito das ações propostas pelo Ministério da Saúde, entre 2008 e 2010. Guerrero (2010) faz uma revisão dos documentos oficiais do Ministério da Saúde, nesse período, e o conclui como um programa avaliável e bem estruturado cientificamente em suas ações e nos possíveis impactos a que se propõe.

A revisão de literatura, realizada por Trevisan (2007), dos EA publicados, no período de 1986-2006, concorda com os achados descritos acima. O autor localizou 23 trabalhos, dos quais 12 foram publicados no período de 2001 a 2006, demonstrando um aumento na utilização do EA. Como resultados, o autor destaca que o EA foi conduzido em uma ampla variedade de programas, disciplinas e configurações; que a maioria dos estudos vem empregando a metodologia recomendada pela literatura para EA com análise de documentos, visitas e entrevistas; e novas inclusões, tais como o uso de instrumentos e modelos estatísticos. Verificou, também, que os estudos,

frequentemente, trazem o detalhamento dos objetivos e o desenvolvimento das metas, desenvolvem a teoria do programa com a inclusão do modelo lógico e seu desempenho, e que há sensibilização das partes interessadas na compreensão do programa.

Trevisan (2007, p. 301) recomenda que os avaliadores possam trabalhar com profissionais de outras áreas para garantir a compreensão e prática do EA, tendo a oportunidade de aprender o papel e o lugar de um EA e como conduzi-lo. O autor ressalta “que a experiência do mundo real com os grupos interessados traz diferentes visões de um programa, de que um programa pode não ser claro sobre seus objetivos ou que os objetivos são construídos illogicamente ou que um programa não é desenvolvido bem para a produção dos efeitos esperados”.

#### **- Avaliação e Análise de Implantação**

Esta revisão traz 15 estudos brasileiros que realizaram avaliação e análise de implantação de diferentes intervenções relacionadas com programas, projetos, atividades e ações estratégicas (Apêndice A). Destes, apenas um estudo avaliou o grau de implantação das ações de um projeto para a redução da mortalidade infantil (FRIAS et al., 2005). Onze estudos avaliaram programas e ações que, de certa forma, contribuem diretamente na redução da mortalidade infantil (HARTZ et al., 1997; COSENDEY, 2000; FELISBERTO, 2001; FERREIRA; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; SOUSA, 2006; BEZERRA et al., 2007; LOPES, 2010; HANDELL, 2010; AMORIM, 2010; NAGAHAMA, 2009; FERRAZ;NEMES, 2009). E três estudos avaliaram e/ou analisaram o grau de implantação de estratégias que também influenciam na redução da mortalidade infantil (CANESQUI; SPNELLI, 2008; BOTTI, 2010; GATTAS, 2010).

Seis estudos são mato-grossenses (CANESQUI; SPINELLI, 2008; LOPES, 2010; HANDELL, 2010; AMORIM, 2010; BOTTI, 2010; GATTAS, 2010), mas não avaliam projetos específicos de redução da mortalidade infantil.

A maioria dos estudos objetivou avaliar o grau de implantação da intervenção, tendo como base o modelo lógico e a percepção dos agentes envolvidos, identificando os fatores facilitadores e restritivos. Utilizaram, como estratégia de pesquisa, o estudo de caso (único ou múltiplo), com métodos qualitativos e quantitativos, privilegiando a

avaliação normativa, com exceção de Canesqui e Spinelli (2008) e de Bezerra e colaboradores (2007).

Canesqui e Spinelli (2008) avaliaram a implementação do Programa Saúde da Família em sete municípios do Estado de Mato Grosso, utilizando-se de fontes de dados secundários e primários, oriundos de entrevistas com diferentes agentes. Bezerra e colaboradores (2007) analisaram o grau de implantação da ação de incentivo ao aleitamento materno, nos ambulatórios públicos de Recife (PE), por meio de uma avaliação normativa, utilizando-se de um instrumento com questões estruturadas referentes a normas e rotinas para a promoção do aleitamento materno.

Os dados, na maioria dos estudos, foram obtidos por triangulação de métodos, por meio de entrevistas com informantes-chave, análise de prontuários, dados dos sistemas de informação em saúde, observação direta e análise documental. Para a construção da matriz de análise e julgamento, os critérios e pontuação foram selecionados e obtidos por diferentes técnicas, como a técnica Delfhos (HARTZ et al., 1997; LOPES, 2010; NAGAHAMA, 2009), por consulta a especialistas (COSENDEY, 2000; GATTAS, 2010), por técnica de consenso (HANDELL, 2010; NAGAHAMA, 2009) ou atribuídos pelo próprio pesquisador (FRIAS et al., 2005; FELISBERTO, 2001).

Em relação aos padrões adotados para estimar o grau de implantação, a maior parte dos estudos, adotou estimá-lo pela proporção de pontos obtidos em relação ao número máximo. Além disso, alguns estudos optaram por construir os padrões próprios para a classificação do grau de implantação (HARTZ et al., 1997; COSENDEY, 2000; FRIAS et al., 2005; FERREIRA;VIEIRA-DA-SILVA, 2005; FELISBERTO, 2001).

Alguns estudos adotaram padrões de classificação adaptados de Cosendey (2000): Sousa (2006); Amorim (2010) e Handell (2010). Outros estudos se basearam em de Vieira-da-Silva et al. (2005): Nagahama (2009) e Botti (2010). E apenas um estudo optou pelo padrão de Santos e colaboradores (2010) que foi o estudo de Lopes (2010).

Notou-se, nos estudos trazidos nesta revisão, apesar das justificativas apresentadas em alguns trabalhos, a opção de escolha de padrões rígidos, adotados na classificação do grau de implantação, como de não satisfatório menor que 79% (HARTZ et al., 1997) e com escores amplos, a exemplo: insatisfatório - de 40% a 79,9% (HARTZ et al., 1997; SANTOS et al., 2010). Tal achado traz reflexões, levando



em consideração que uma avaliação não tem o caráter de punição, mas, sim, de estimular gestores e profissionais a avançarem na qualidade das intervenções oferecidas.

Com relação aos principais achados, os estudos demonstraram que seis (40%) das intervenções avaliadas encontravam-se, em seu conjunto, com grau de implantação insatisfatório, incipiente ou limitado. Cinco intervenções (33%) apresentavam-se com grau de implantação aceitável ou parcialmente implantado, uma (6%) encontrava-se parcialmente implantada e apenas duas (13%) foram classificadas como implantado e/ou avançado.

Hartz e colaboradores (1997), apesar de terem encontrado um grau de implantação do Programa materno-infantil insatisfatório (menor que 80% nos dois sílos), encontrou um grau de implantação aceitável para as instalações de Centros e Postos de Saúde, porém, com falta de antibióticos para as infecções respiratórias agudas e ausência de anticoncepcionais e inexistência do planejamento familiar. Para a autora, os maiores problemas diziam respeito aos recursos humanos e sua competência para o planejamento, gestão e aplicação das normas; a inexistência de informação sobre o estado de saúde da comunidade; a inexistência de um mecanismo formal de referência e contra-referência, inclusive entre o pré-natal e o parto; mães sem informação sobre os métodos anticoncepcionais e o estado de saúde das crianças. Além disso, o grau de implantação das normas de cuidados prestados às crianças não eram aceitáveis e não estavam sendo utilizados pelos profissionais médicos para o acompanhamento e classificação de risco, e a uniformidade das informações sem considerar as diferenças da população assistida.

Frias e colaboradores (2005) encontraram dificuldade de acesso aos bens, serviços e tecnologias. A menor qualidade técnico-científica esteve relacionada à alta proporção de óbitos domiciliares. Além disso, insuficiente adesão e precária utilização de tecnologias simplificadas e normatizadas, nos subprogramas relacionados à prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento precoce, foram associadas a maior mortalidade infantil nos municípios estudados.

Ferreira e Vieira-da-Silva (2005) encontraram um grau de implantação incipiente (47%) para as ações intersetoriais do Projeto de Redução da Mortalidade na Infância do município caso estudado. Os resultados encontrados, pelas pesquisadoras, demonstraram que a incipiência das ações intersetoriais, em grande parte, se deu por

não implantação de algumas atividades ou critérios estabelecidos nos diferentes componentes. Observou-se, no componente III - Desenvolvimento das Ações Setoriais - , que puderam ser consideradas implantadas apenas algumas ações setoriais do setor saúde como as atividades referentes à cobertura vacinal, assistência ao planejamento familiar e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.

Ferreira e Vieira-da-Silva (2005), também, identificaram que a incipiência da implantação das ações intersetoriais do Projeto de Redução da Mortalidade Infantil da Diretoria Regional de Saúde de Galiléia/BA estavam relacionadas a diversos obstáculos. Dentre eles, as características do poder local, onde a disputa pelo poder centralizou/concentrou os recursos na prefeitura, ficando as secretarias sem autonomia, com exceção da Saúde e Educação, para implantar as ações que não fossem prioridade da mesma.

O governo local não incorporou a estratégia de intersetorialidade como parte do projeto de governo, levando a pouco envolvimento e participação das instituições municipais. A capacidade de governo também foi fragilizada pelo pouco conhecimento acerca do projeto e acumulação de poder técnico por parte dos representantes que reduziram o programa aos seus aspectos formais e atividades meio, e o não entendimento da proposta como uma ação governamental para intervir nos determinantes sociais da saúde. E a governabilidade apresentou problemas relacionados tanto com a gestão do programa quanto com a composição das forças políticas do município.

Lopes (2010), em seu estudo do grau de implementação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis no pré-natal, em Cuiabá, apontou incipiência (47,5% da pontuação máxima). Os principais fatores negativos encontrados foram os baixos percentuais de gestantes que realizaram o exame VDRL no primeiro trimestre de gravidez, e que realizaram o segundo exame VDRL no início do terceiro trimestre, o baixo percentual de parceiros tratados, a ausência de capacitação profissional para as ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis, ausência de atividades de promoção à saúde e prevenção da transmissão vertical da sífilis; ausência de incentivo ao uso do preservativo e indisponibilidade do medicamento nas unidades básicas de saúde da família (UBSF).

Handell (2010), na avaliação da implementação da assistência pré-natal, no município de Cuiabá, encontrou, nas duas unidades analisadas, as ações estratégicas de

assistência em desacordo com as normas preconizadas pelo PHPN/MS. Dentre elas, ausência de protocolos clínicos e recursos visuais; baixo registro em prontuário dos resultados de exames e dos procedimentos realizados pelos profissionais das Unidades de Saúde analisadas; alto percentual de gravidez na adolescência; e, baixo registro da escolaridade, também influenciando negativamente sobre a qualidade da assistência no pré-natal.

Amorim (2010), na avaliação da implementação das ações de controle da gestação de alto risco, cuidados a gestante com doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), e aos conceitos, no município de Cuiabá, encontrou uma implementação satisfatória (78.7 %) para os insumos. Para as atividades, a implementação foi parcial (61.3%), destacando-se como principais fatores negativos nenhuma disponibilidade das consultas no puerpério para parturientes e recém-nascidos; poucas (25%) gestantes com DHEG com exames complementares realizados; parte (50%) das gestantes com verificação de triagem no pré-natal com registro de no mínimo de seis consultas; parte (50%) das gestantes com verificação do cartão da gestante no atendimento, e parte do atendimento das gestantes com DHEG (50%) com protocolo completo.

Gattas (2010), na avaliação da implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família realizada no município de Poconé/MT, destacou que o programa estava parcialmente implantado, com 62,4% dos padrões estabelecidos. O município alcançou percentuais mais elevados nos padrões relacionados ao contexto político-organizacional (72,0%), necessitando melhoria no planejamento das ações (56,7%), e investimento na capacidade técnica-gerencial (56,4%). Esse estudo, também, ressaltou uma elevada execução financeira (90,2%), enquanto no contexto interno o percentual alcançado pelo município foi de 48,1%. Os principais fatores que interferiram no grau de implantação nesse contexto foram a deficiência na educação permanente, o predomínio de contratos temporários, e a inexistência de planejamento das atividades das equipes de saúde da família.

Por fim, observa-se nos estudos encontrados, tanto para EA quanto para análise de implantação, uma diversidade metodológica importante. Para os EA, as opções metodológicas estão mais voltadas para o proposto por Thurston e Ramaliu (2005) e Wholey (1977) e para a análise de implantação, a maioria, pelo estabelecido por Denis e Champagne (1997). Alguns autores como Ferreira e Vieira-da-Silva (2005), Botti

(2010) e Gattas (2010) incluíram outras abordagens teóricas como Matus (1997) e Testa (1981, 1982, 1995) para a explicação dos fenômenos. Notou-se uma lacuna de EA e análise de implantação para os planos de ações estratégicas para a redução da mortalidade infantil neonatal estabelecido no âmbito municipal.

### **3.2 Modelizando a Avaliação**

Segundo Champagne e colaboradores (2011), para avaliar uma intervenção, seja um programa ou uma política, é necessário modelizá-la, ou seja, contextualizar as relações entre um programa e seus resultados, constituindo a primeira etapa desta, descrevendo os vínculos complexos entre os recursos, as atividades e os efeitos. Permite, ainda, visualizar como a intervenção foi prevista e como foi realmente implantada.

Para Chen (1990), a modelização tem um poder analítico e descritivo importante. Aponta o modelo lógico como a possibilidade de representar não apenas os objetivos, mas também os efeitos e as consequências possíveis de uma intervenção.

O autor, por meio da técnica de modelização, ilustra a teoria do programa com a apresentação de um modelo de mudança, de ação e de implantação do programa (CHEN, 2005, p.62). Segundo ele, o modelo lógico é uma representação gráfica das relações entre as atividades previstas e os resultados esperados.

A modelização da intervenção abrange três tipos de modelos: o modelo causal, que demonstra o problema a ser enfrentado e suas causas; o modelo lógico operacional que descreve o funcionamento da intervenção que foi implementada; e o modelo teórico lógico da intervenção que representa o percurso lógico entre as causas iniciais e as distantes focadas pelo programa (CHAMPAGNE et. al., 2011, p.67).

Para Medina e colaboradores (2005), a construção do modelo lógico da intervenção traz uma racionalidade, pois é possível especificar o problema, a população-alvo, o contexto do programa e os atributos necessários e suficientes que produzirão os efeitos de forma isolada ou integrada. Para Vieira-da-Silva (2005) trata-se de uma importante etapa no processo avaliativo, pois descreve a intervenção de forma racional e organizada. Dessa forma, as diferentes modelizações, apresentadas a seguir, foram utilizadas para sistematizar e caracterizar a avaliação realizada.

### 3.2.1 O Modelo Lógico Causal

A figura 1 apresenta uma sistematização do conjunto de intervenções implementadas, no Brasil e em Mato Grosso, nas últimas quatro décadas na tentativa de reduzir a mortalidade infantil.

Adotou-se como referência para este estudo o modelo lógico causal para a redução da mortalidade infantil neonatal, conforme representado na Figura 2. Esse modelo causal foi adaptado do proposto para o marco conceitual dos determinantes sociais da saúde por Solar e Irwin (2010).

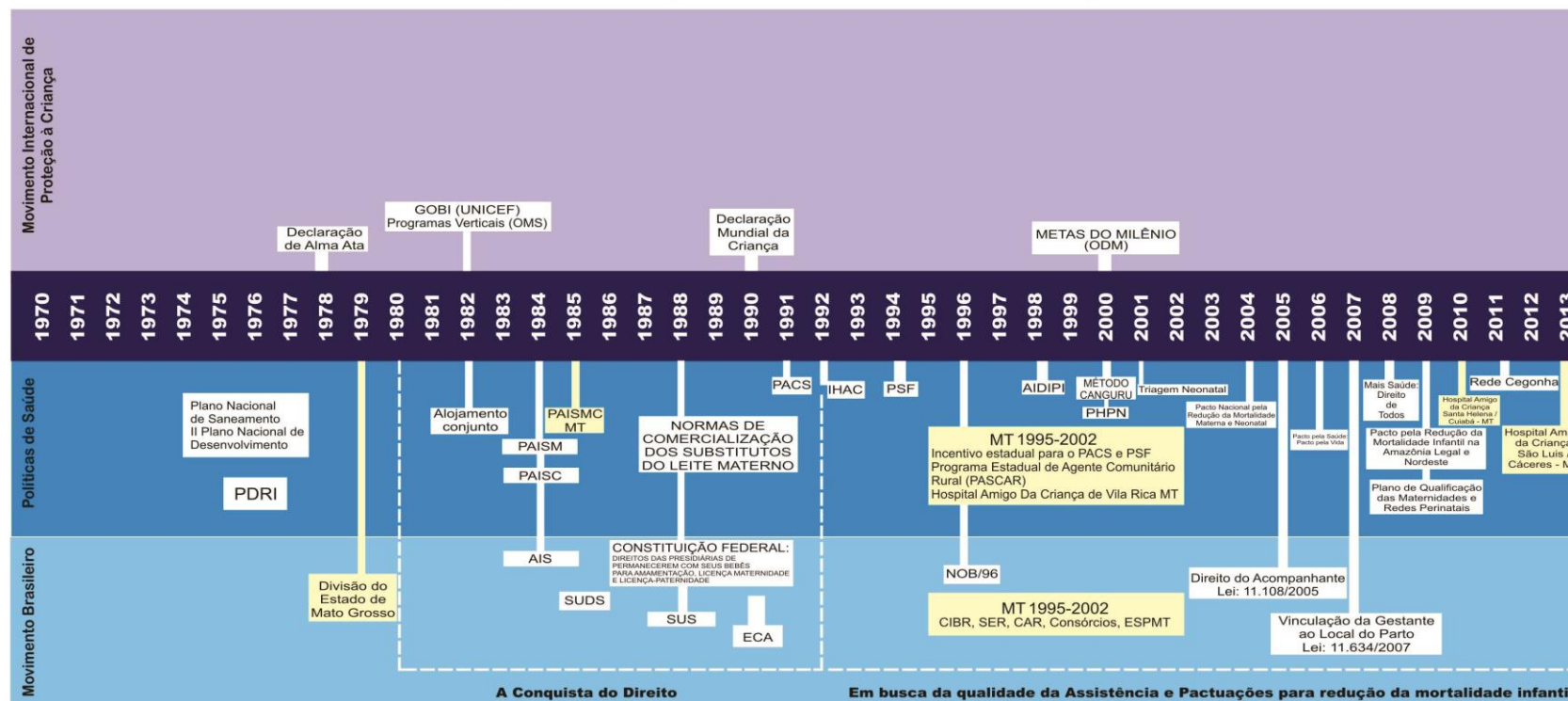
Ao modelo originalmente proposto por Solar e Irwin (2010) foi incorporado elementos dos estudos de Victora e colaboradores (2011), que traz uma revisão da situação de saúde de mães e crianças no Brasil nas últimas três décadas; e, de Macagnan (2005), Morais (2009), Lourenço (2010) e Oliveira (2011), que descrevem e analisam os fatores de risco para a mortalidade infantil, segundo determinantes socioeconômicos, assistenciais e biológicos, em Mato Grosso e Cuiabá.

Além disso, realizou-se monitoramento da série histórica dos indicadores das condições de saúde da população infantil menor de um ano, no período de 2005 a 2010, dos municípios selecionados como prioritários para o Plano de Ações Estratégicas, a partir do qual foi possível apontar as principais causas de óbito infantil neonatal.

Dessa forma, foram consideradas as causas distais, intermediárias e proximais que podem explicar a permanência das altas taxas de mortalidade infantil neonatal. Na base da Figura 1, encontram-se os principais componentes estruturais da causalidade, ou seja, (1) determinantes estruturais das iniquidades da saúde infantil representados pelas dimensões sociais, econômicas e políticas, (2) os determinantes intermediários das iniquidades em saúde, onde se destaca a contribuição do sistema de saúde, (3) e os determinantes proximais da saúde, com destaque para a presença dos aspectos organizacionais da rede de assistência perinatal da saúde dos recém-nascidos.

O modelo lógico causal traçado traz os caminhos possíveis que levam, a partir das diferentes posições sociais das mães, a resultados diferenciados na saúde dos recém-nascidos.

**Figura 1 - Políticas de Saúde para Redução da Mortalidade Infantil, no Brasil e em Mato Grosso**



Fonte: Adaptado de Frias et al (2009)

**LEGENDA:**

PDRI= Programa de Desenvolvimento Rural Integrado

PAISM= Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

AIS= Ações Integradas de Saúde

PAISC= Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

ECA= Estatuto da Criança e do Adolescente

PACS= Programa de Agente Comunitário de Saúde

IHAC= Iniciativa Hospital Amigo da Criança

PSF= Programa Saúde da Família

OMS= Organização Mundial da Saúde

NOB= Norma Operacional Básica

PASCAR= Programa de Agente Comunitário Rural

CIBR= Comissões Intergestores Bipartites Regionais

SER= Sistema de Referência Estadual

CAR= Câmaras de Auditorias Regionais

ESP= Escola de Saúde Pública de Mato Grosso

AIDIPI= Atenção Integral as Doenças Prevalentes na Infância

PHPN= Programa de Humanização do Parto e Nascimento

UNICEF= Fundo das Nações Unidas para a Infância

A Comissão Internacional dos Determinantes Sociais da Saúde (2011) adotou uma ampla definição sobre “determinantes sociais de saúde”, que engloba todo o conjunto de condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Para essa Comissão, os fatores causais têm importância diferenciada, levando a hierarquias, que vão sendo determinadas e, por vezes, interdependentes. Desta forma, é possível explicar as relações entre determinantes das desigualdades de saúde e as possíveis causas.

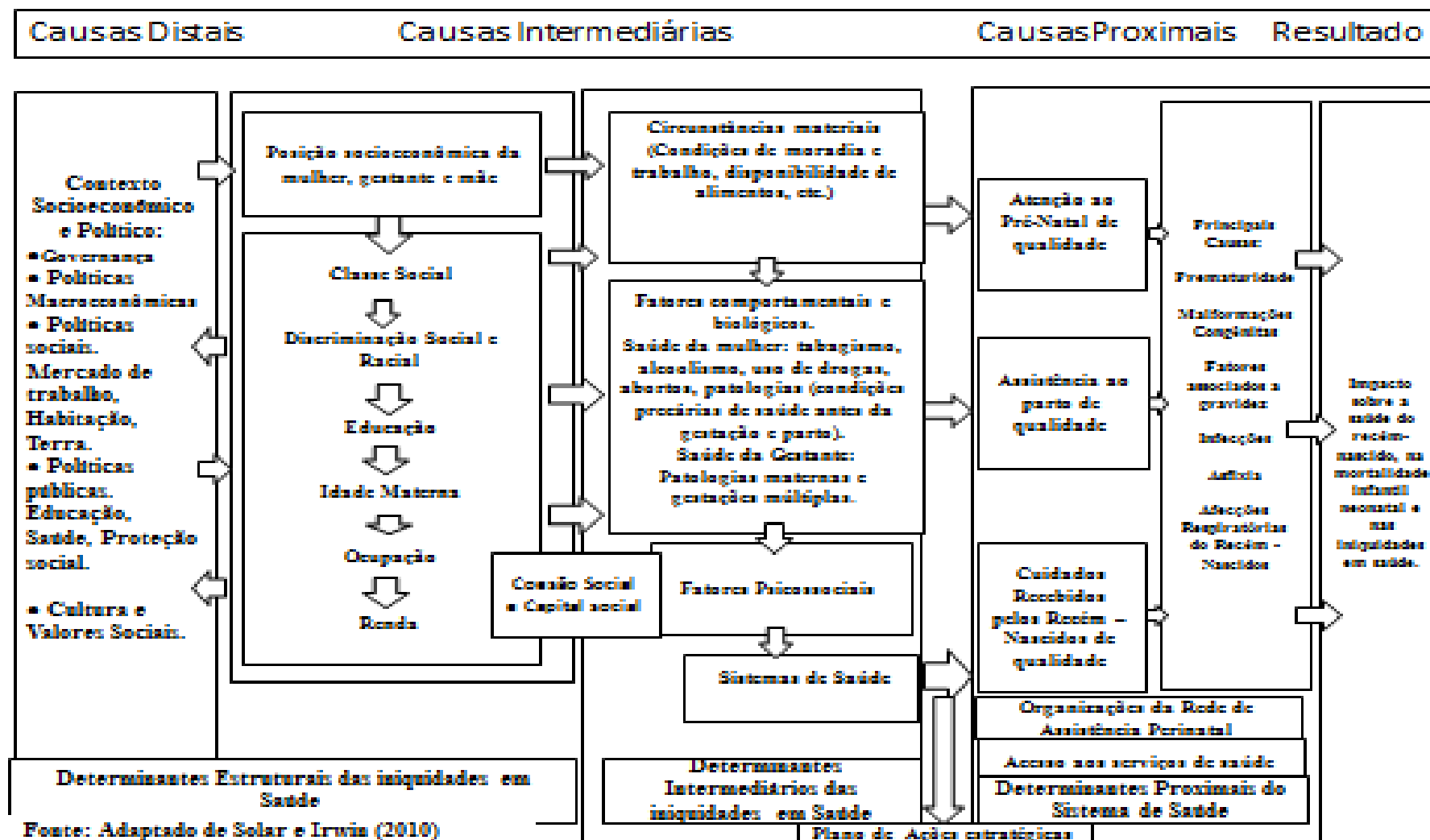
A saúde, em especial a do recém-nascido, é um fenômeno complexo, e pode ser abordada a partir de aspectos ligados desde as tecnologias médicas e intervenções de saúde pública até, a partir de uma compreensão de saúde como um fenômeno social, a formas mais complexas de ação intersetorial de política e, por vezes, atrelada a uma agenda mais ampla de justiça social (CDSS, 2011).

O modelo lógico causal, apresentado na Figura 2, destaca as principais causas proximais como: prematuridade, malformações congênitas, fatores associados à gravidez (hipertensão, diabetes e infecção urinária), infecções, asfixia e afecções respiratórias do recém-nascido (SIS/DATASUS/SINASC/2010).

Nesse sentido, estudo realizado por Macagnan (2005) sobre a morbidade e mortalidade em crianças, em Mato Grosso, no período de 1992 a 2002, concluiu que as principais causas de óbitos foram as afecções perinatais e doenças parasitárias. E, Moraes (2009), em estudo sobre fatores de risco para a mortalidade infantil em Cuiabá, Mato Grosso, em 2005, apontou o baixo peso ao nascer, a prematuridade e o número de consultas de pré-natal inferior a seis como fatores fortemente associados a mortes de crianças, antes de completar o primeiro ano de vida.

Assim, apesar da importância das causas distais e intermediárias, bem como das suas respectivas determinações estruturais e intermediárias para a redução da mortalidade infantil neonatal, este estudo privilegiou as causas proximais e os determinantes proximais do sistema de saúde, no desfecho das ações estratégicas estabelecidas pelo Plano de Ação, para organização da rede de assistência perinatal como uma das possibilidades para o enfrentamento da mortalidade neonatal nos municípios.

Figura 2 – Modelo Lógico Causal da Mortalidade Infantil Neonatal



Fonte: Adaptado de Solar e Iruin (2010)



### **3.2.2 Modelo Lógico do Plano de Ações Estratégicas para Redução da Mortalidade Infantil Neonatal: Modelo Operacional da Intervenção**

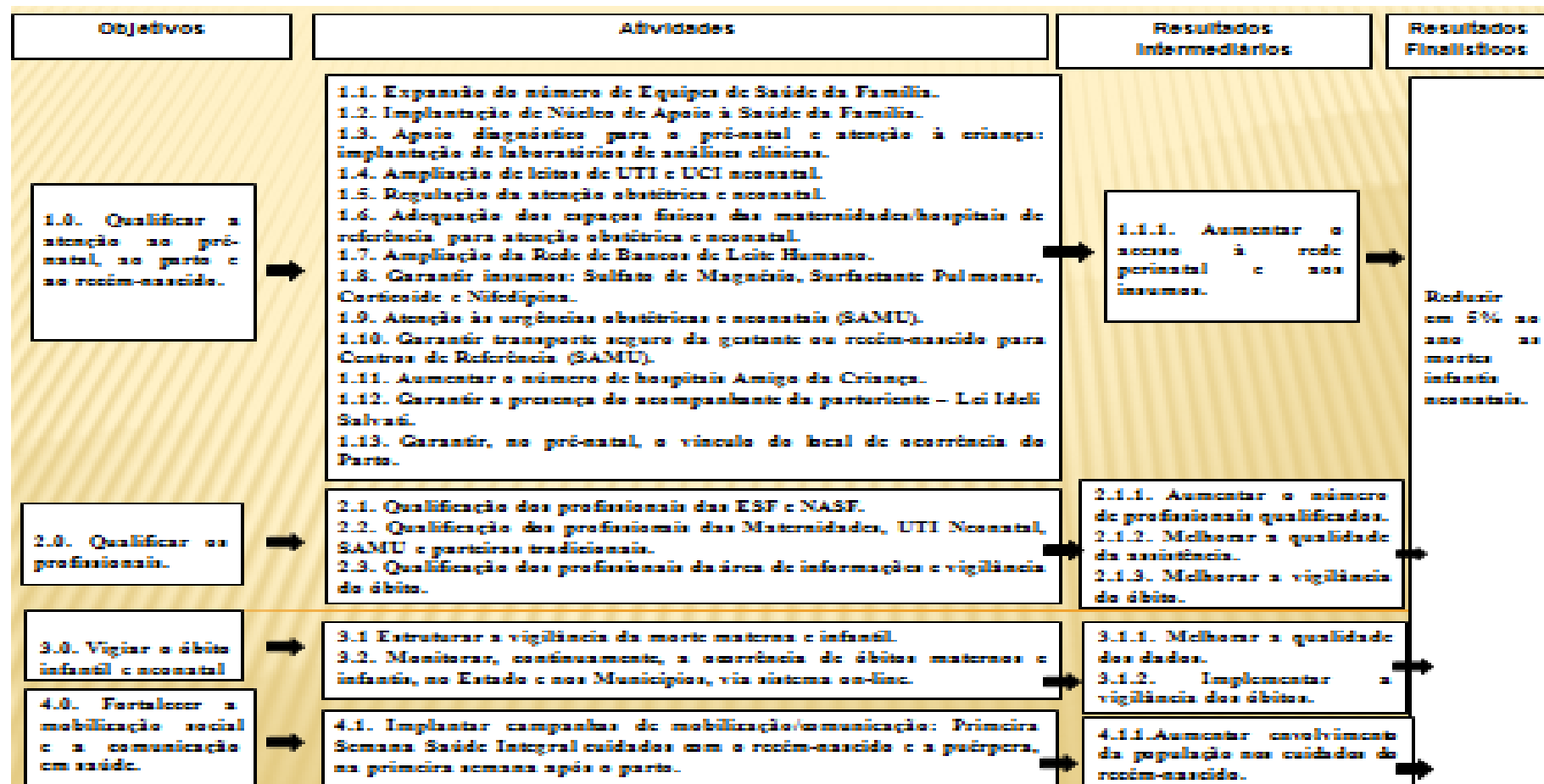
O modelo lógico operacional representa as relações entre os objetivos propostos pela intervenção e seus efeitos, incluindo as relações entre as atividades planejadas e as mudanças ou resultados que a intervenção pretende alcançar. A intenção do modelo lógico operacional é apresentar o ideal que a intervenção deveria produzir se as ações/atividades planejadas fossem realizadas, porém, não leva em consideração as possíveis barreiras para a execução e as mudanças desejáveis (CHAMPAGNE et al., 2011).

Neste estudo, a intervenção é o Plano de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal. Para construir o seu modelo lógico foram analisados o documento “Compromisso para Acelerar a Redução das Desigualdades na Região Nordeste e Amazônia Legal/Plano de Ações” (BRASIL, 2009 c).

Na construção do modelo lógico da intervenção, representado na Figura 3, partiu-se da concepção de que para a redução da mortalidade neonatal, faz-se necessário cumprir os objetivos propostos para o Plano, realizando as atividades planejadas para o alcance dos resultados intermediários e finalísticos esperados.

O Plano de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal objetiva: 1) qualificar a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido; 2) qualificar os profissionais; 3) vigiar o óbito infantil e neonatal e 4) fortalecer a mobilização social e a comunicação em saúde. Para esses objetivos foram propostas atividades específicas que deveriam propiciar, como resultados intermediários, o aumento da rede perinatal qualificada, incluindo a melhoria da qualidade dos dados e vigilância dos óbitos infantis, aumentando o envolvimento da família nos cuidados com o recém-nascido, e promovendo, como resultados finalísticos, a redução da mortalidade infantil neonatal em 5% ao ano (Figura 3).

Figura 3 - Modelo Lógico de Intervenção: Plano Nacional de Ações Estratégicas para Redução da Mortalidade Infantil Neonatal



Nota: Construção da autora.

### **3.2.3 O Modelo Teórico Lógico da Avaliação das Ações Estratégicas para Redução da Mortalidade Infantil Neonatal**

O modelo proposto para a análise da implantação das ações estratégicas, estabelecidas no Plano de Ação Para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal (BRASIL, 2009 c), foi adaptado de Vieira-da-Silva e colaboradores (2005) e considerou os elementos teóricos propostos por esta pesquisa, descritos anteriormente, para construir os seus níveis e dimensões, visualizados na Figura 4.

Considerou-se, assim, representativamente, o efeito, redução da mortalidade infantil neonatal, como resultantes das relações entre o espaço social geral, o espaço institucional e o conjunto de ações estabelecidas nos quatro níveis adotados, ou seja, as características de governo, gestão da saúde e organização da atenção e das práticas assistenciais no interior do sistema de saúde.

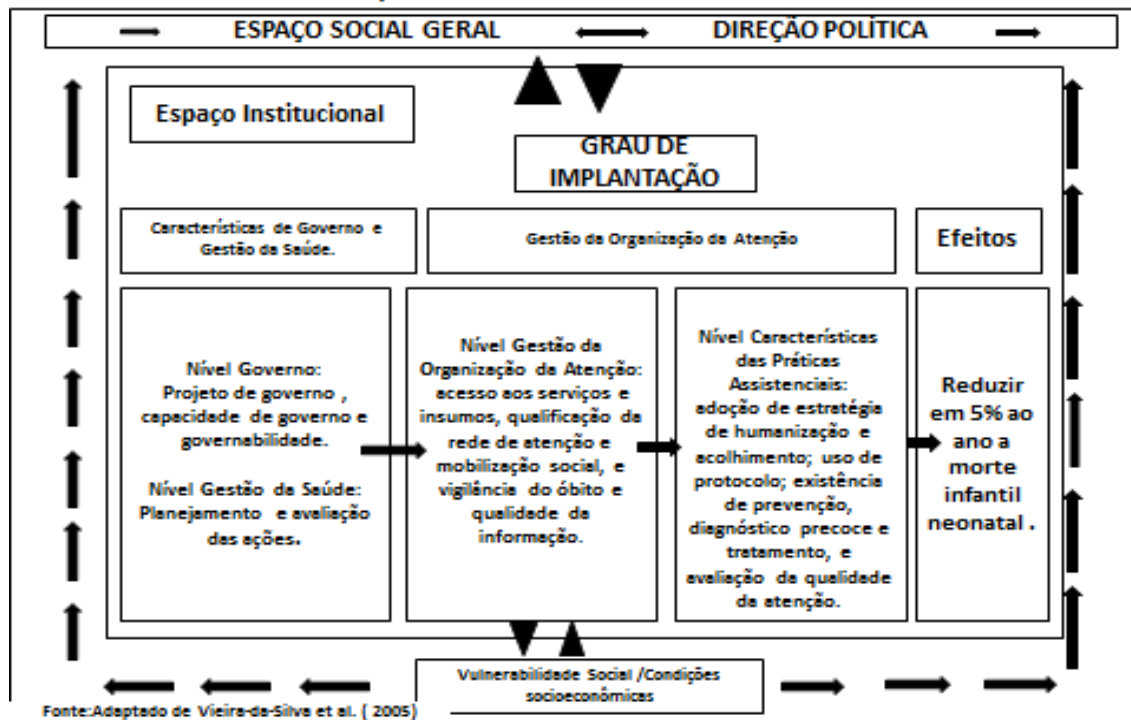
Dessa forma, o espaço social geral, representado pelas condições socioeconômicas e direção política, poderá influenciar o espaço institucional. O espaço institucional também poderá influenciar o espaço social geral a depender da sua característica de governo, de gestão da saúde e organizacional, produzindo efeitos quer para manutenção ou mudança na mortalidade infantil neonatal.

No espaço institucional, para observar a característica de governo e organizacional, que influenciou a implantação do Plano, adotou-se as concepções teóricas de Matus (1993) e Testa (1995). Assim sendo, estabeleceu-se um nível, governo, que considerou o projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade; um nível de gestão da saúde, que analisou o planejamento, as estratégias programáticas e administrativas (poder técnico, administrativo e político), a supervisão e avaliação das ações estratégicas; um nível de gestão da organização da atenção onde se encontra as ações estratégicas propostas pela intervenção; e um nível das práticas assistenciais.

Desse modo, no nível, governo, para a implantação do Plano de Ações Estratégicas para Redução da Mortalidade Infantil Neonatal, observou-se a relação sinérgica entre esses três componentes do triângulo de governo: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade. O projeto de governo identificou o conjunto de ações prioritizadas que demonstraram a vontade dos dirigentes locais em enfrentar o problema, bem como a garantia de financiamento para a realização das ações. A

capacidade de governo correspondeu à capacidade técnico-gerencial qualificada e em número suficiente e capaz de agregar os atores para um projeto em comum. E a governabilidade compreendeu as condições necessárias dadas para a implantação do Plano.

**FIGURA 4 - MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL.**

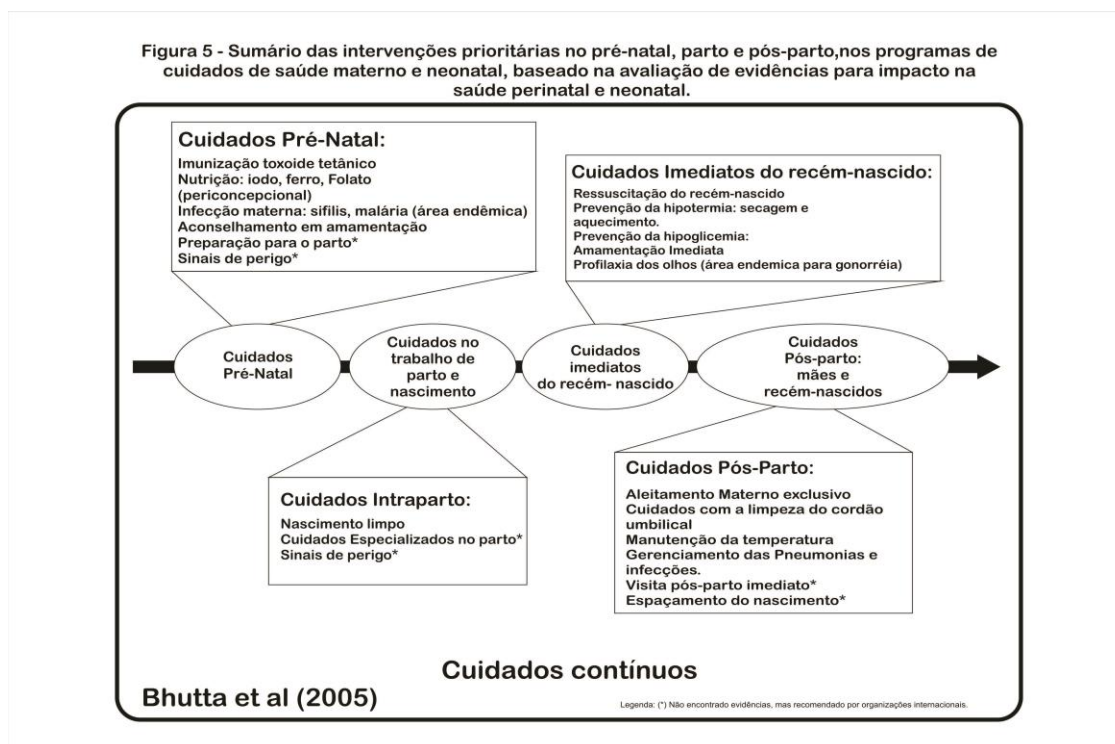


No nível de gestão da saúde, analisou o tipo de planejamento adotado, as estratégias programáticas e administrativas estabelecidas para a realização do Plano, bem como as influências do poder técnico, administrativo e político presentes para facilitar ou dificultar a realização das ações estratégicas. Com relação à supervisão e avaliação das ações verificou se houve apoio da gestão e se esta acompanhou os trabalhos avaliando os indicadores e meta pactuada.

Ainda nesse espaço institucional, consideraram-se, no nível de gestão da organização da atenção, as ações estratégicas estabelecidas no Plano, ou seja, o acesso aos serviços e insumos, a qualificação da rede de atenção e mobilização social (qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, educação permanente e mobilização social) e a vigilância do óbito e qualidade da informação.

Neste nível, avaliou-se o grau de implantação das ações estratégicas, e, para tal, considerou-se o que foi estabelecido no Plano, nos manuais, portarias e resoluções do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008 b; BRASIL, 2009 b; BRASIL, 2012 b) e o resultado da revisão da evidência das intervenções de base comunitária para melhorar os resultados de saúde perinatal e neonatal em países em desenvolvimento, encontrados por Bhutta e colaboradores (2005) (Figura 5).

No nível das características das práticas assistenciais priorizou-se evidenciar a adoção de estratégia de humanização e acolhimento, o uso de protocolo, a existência de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, a vigilância da saúde e avaliação da qualidade da atenção pelas mães por considerar importante na produção do efeito esperado.



### 3.3 Estratégia Metodológica

#### 3.3.1 Tipo de estudo e seleção dos municípios-caso

Realizou-se uma análise de implantação da intervenção, do tipo II, por meio de estudos de dois casos tendo como referência teórico-metodológica a implementação da política e a avaliação da implantação (avaliação de processo), com foco na análise das ações estratégicas do Plano de Ações Estratégicas para Redução da Mortalidade Infantil

Neonatal (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Utilizou-se de uma abordagem qualitativa e quantitativa com levantamento de dados primários e secundários

Dois casos foram selecionados dentre os treze municípios prioritários para realizarem o Plano de Ações Estratégicas para Redução da Mortalidade Infantil Neonatal com resultados positivos distintos na variação percentual de redução da taxa de mortalidade infantil neonatal no biênio 2009-2010 (Quadro 02).

Além disso, utilizou-se do acompanhamento da evolução da taxa de mortalidade infantil neonatal, anual e trienal, e linha de tendência (regressão linear) dos municípios priorizados no período de 2004 a 2010 ( Apêndice B e C).

Dessa forma, foram estabelecidos os seguintes critérios de seleção dos municípios-caso: existência do Plano de Ação; percentual de população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) acima de 30%; percentual de redução da taxa de mortalidade infantil neonatal de 5% ou mais, no biênio 2009-2010; traçado da curva com tendência de queda, tanto na taxa de mortalidade infantil neonatal trienal como na linha de tendência (regressão linear); e, existência de diferentes níveis de complexidade da rede de atenção (Quadro 02) ( Apêndice D).

Assim, analisando algumas características dos municípios priorizados no Estado que realizaram o Plano de Ações Estratégicas, foram selecionados dois casos. Um deles é município de referência estadual, possuindo população e rede assistencial diferenciada dos demais. Este é o município de Cuiabá (capital do estado). O outro é o município de Poconé possuindo atenção primária e média complexidade com maternidade de baixo risco.

Partiu-se do princípio de que essa escolha representativa de dois casos seria capaz de revelar a situação da assistência perinatal de uma região do Estado, onde o município-caso A é a referência Estadual e o outro é o município-caso B com uma rede assistencial dependente do município-caso A. Além disso, essa opção estabelecida justifica-se, ainda, por poder representar situação vivenciada por boa parte dos municípios mato-grossenses.

**Quadro 02 - Municípios priorizados para o Plano de Ações Estratégicas de Redução da Mortalidade Infantil Neonatal, segundo variáveis selecionadas para seleção de município-caso. Mato Grosso, 2012.**

Municípios priorizados	População *	Plano de Ações Estratégicas de Redução da Mortalidade Infantil	% de população coberta pela Estratégia Saúde da Família **	Taxa de Mortalidade Infantil***				Situação do município: redução/aumento e variação percentual da <b>TMI Neonatal</b> alcançada no biênio: 2009-2010	Evolução da <b>TMI Neonatal</b> , trienal e linha de tendência (regressão linear), dos municípios priorizados – MT, 2004 a 2010: características do traçado da curva.  TMIN Trienal / Linha de tendência
				2009		2010			
				Infantil / Neonatal	Infantil / Neonatal	Infantil / Neonatal	Infantil / Neonatal		
Alta Floresta	49.164	Sim	74,3%	9,9	7,4	16,5	13,0	5,6 (aumento 75,7%)	Tendência de queda
Barra do Garças	56.560	Não	82,9%	26,7	17,8	35,7	20,2	2,4 (aumento 13,5%)	Tendência de crescimento / Tendência de queda
Cáceres	87.942	Sim	39,5%	18,2	10,3	14,4	11,5	1,2 (aumento 11,7%)	Tendência de crescimento / Tendência de queda
Cuiabá	551.098	Sim	41,5%	15,6	10,3	13,2	8,6	1,7 (redução 16,6%)	Tendência de queda
Juara	32.791	Sim (2010)	53,2%	22,2	17,1	19,5	17,9	0,8 (aumento 4,7%)	Tendência de crescimento
Juína	39.225	Não	79,5%	14,3	10,0	19,8	13,7	3,7 (aumento 37,0 %)	Tendência de queda
Poconé	31.779	Sim	96,8%	12,6	6,3	13,1	5,6	0,7 (redução 11,11%)	Tendência de queda
Pontes e Lacerda	41.408	Sim	86,2%	13,6	6,2	10,8	8,1	1,9 (aumento 30,6%)	Tendência de queda /Tendência de estabilidade
Rondonópolis	195.476	Sim	56,1%	15,3	9,0	13,6	8,5	0,5 (redução 5,5%)	Tendência de crescimento / Tendência de queda
Sinop	113.099	Sim	48%	10,2	5,9	13,7	7,8	1,9 (aumento 32,2%)	Tendência de queda
Sorriso	66.521	Sim	75%	7,7	5,8	12,3	8,2	2,4 (aumento 41,4%)	Tendência de queda /Tendência de estabilidade
Tangará da Serra	83.431	Sim	52,2%	17,7	9,8	15,5	10,1	0,3 (aumento 3,1%)	Tendência de queda
Várzea Grande	252.596	Sim	23,8%	14,9	9,4	17,2	12,9	3,5 (aumento 37,2%)	Tendência de crescimento / Tendência de queda

Fonte: \*IBGE (BRASIL, 2010); \*\* Indicadores de Saúde (MATO GROSSO, 2012); \*\*\*MS/SVS/DATASUS – SINASC e SIM (BRASIL, 2010a), Banco de Dados SIM e SINASC/SESMT (MATO GROSSO, 2010) .

### **3.3.2 Etapas da pesquisa**

As ações estratégicas foram avaliadas, a partir do Plano de Ações Estratégicas, considerando duas etapas. A primeira etapa compreendeu a realização do estudo de avaliabilidade para verificar se a intervenção poderia ser objeto de uma avaliação sistemática. A segunda etapa analisou as características de governo e de gestão da saúde e avaliou o grau da implantação das ações.

### **3.3.3 Coleta e Análise dos dados: fontes, técnicas, sujeitos e instrumentos utilizados**

Na primeira etapa desta pesquisa, estudo de avaliabilidade, os dados primários foram obtidos por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada que foi aplicado aos informantes-chave, implementadores das ações estratégicas (Apêndice E).

No EA, em Cuiabá, seis informantes-chave foram entrevistados. Um deles estava recente no cargo e os demais eram profissionais de saúde já atuantes no sistema de saúde local. Em Poconé, três informantes-chave foram entrevistados, sendo um deles recente no cargo e os outros dois com atuação no sistema público de saúde do município há pelo menos quatro anos (Tabela 1).

Esses informantes-chave eram gestores, diretores e coordenadores que se encontravam no cargo, nas respectivas secretarias municipais de saúde, no momento da coleta de dados. Em Cuiabá, houve, também, a participação do Presidente do Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Infantil. Em Poconé, um dos informantes não ocupava cargo na gestão sendo profissional de saúde da rede de assistência e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A segunda etapa desta pesquisa constou da análise das características de governo e gestão da saúde e da avaliação do grau de implantação das ações. Para a análise das características de governo e da gestão da saúde, os dados primários foram coletados mediante a realização de entrevistas semiestruturada com os sete informantes-chave de Cuiabá e três de Poconé (Tabela 1) (Apêndice F).

Esses informantes eram gestores (ex-secretários municipais de saúde, diretores, coordenadores e gerentes), profissionais de saúde e o apoiador do Ministério da Saúde em Mato Grosso para a qualificação da maternidade que participaram da implantação do



Plano Municipal de Ações Estratégicas Para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal no período de 2009 e 2010.

Para a análise do grau de implantação das ações referidas no nível da gestão da organização da atenção, foi utilizada, ainda, a análise da trajetória dos óbitos infantis neonatais evitáveis, utilizando o preconizado para evento sentinela (RUTSTEIN et al.,1976).

Para tal, a partir do banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade/SIM municipal, foram identificados os óbitos neonatais evitáveis de residência ocorridos nesses dois municípios, em 2010, segundo a classificação da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados/ SEADE (BRASIL, 2009 a), e as mães desses recém-nascidos que foram a óbito. Em Cuiabá ocorreram 57 óbitos neonatais dos quais 44 óbitos eram evitáveis. Em Poconé foram identificados 3 óbitos neonatais evitáveis. Assim, para Cuiabá, foram identificadas 42 mães. Dessas, 15 mães foram encontradas, das quais, 9 mães (21,4%) participaram desta pesquisa. Em Poconé todas as três mães selecionadas participaram da pesquisa (Tabela 1). A partir do aceite da mãe para participação na pesquisa foi reconstruída a trajetória dos óbitos dos recém-nascidos (Apêndice G).

Nos estabelecimentos de saúde percorridos pelos recém-nascidos, conforme relato das mães, foram realizadas entrevistas com os quatorze profissionais de saúde de Cuiabá e com seis profissionais de saúde de Poconé, das UBS e hospitais, para observar a implantação das ações estratégicas (qualificação da assistência no pré-natal, parto, puerpério e cuidados imediatos ao recém-nascido; e vigilância do óbito infantil, educação permanente e mobilização social), considerando os critérios e padrões construídos com base nos documentos e estudos apontados no modelo teórico e estabelecidos no plano de análise (Apêndice H).

Na análise do grau de implantação das ações foram entrevistados, ainda, em Cuiabá, o gerente da vigilância do óbito e nascimento, um profissional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o gerente da regulação. Em Poconé, o profissional responsável pela vigilância dos óbitos, um profissional do SAMU e dois profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Tabela 1).

Para a análise das diferentes etapas desta pesquisa, as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, manualmente, de forma sequencial, com codificação e

registro dos extratos dos textos que expressassem os pensamentos e ações dos diferentes informantes. Foram utilizadas categorias analíticas, conforme o quadro teórico desta pesquisa.

Para análise do grau de implantação das ações, referidas no nível da gestão da organização da atenção, foi respeitado o plano de análise com suas dimensões e critérios, conforme detalhado a seguir.

Além disso, foram coletados dados secundários de documentos afins, tais como: Plano de Ações Estratégicas, Portarias, Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão. A triangulação das informações entre as respostas dos diferentes informantes e entre estes e os documentos e a observação do campo, também foram conduzida.

Todas as etapas da pesquisa constaram de análise documental e de observação sistemática do campo pelo pesquisador. A coleta dos dados e a observação de campo foram realizadas no período de 24 de abril a 3 de setembro de 2013. Foram entrevistadas 57 pessoas e realizadas 59 entrevistas (Tabela 1).

Tabela 1 – Total de entrevistas realizadas, por etapas da pesquisa de análise de implantação das ações estratégicas. Cuiabá, 2013.

Etapas da Pesquisa	Perfis dos Entrevistados	Cuiabá N°	Poconé N°	Total
Estudo de Avaliabilidade	Gestores, Coordenadores e Presidente do Comitê de Mortalidade Infantil de Cuiabá.	6	3	9
Caracterização do Governo e da gestão do Plano	Gestores, Coordenadores, Apoiador do Ministério da Saúde e profissionais que participaram do Plano.	7	3	10
Análise de Implantação	Mães	9 (21,4%)	3 (100%)	12
	Profissionais de Saúde (UBS e Policlínica).	8	3	11
	Profissionais de Saúde (Maternidades/Hospitais)	6	3	9
	Gerente/Profissional da Vigilância do óbito.	1	1	2
	Gerente/Profissional do SAMU.	1	1	2
	Gerente/Profissional da Regulação.	1	1	2
	Profissional de Saúde do NASF	-	2	2
Total de Entrevistas		39	20	59

### **3.3.4 - Plano de Análise**

#### **3.3.4.1- Matriz de Avaliação**

Tendo como base os níveis selecionados para este estudo no modelo teórico lógico foram construídas 2 (duas) matrizes para subsidiar a avaliação apresentando as dimensões, as subdimensões, os critérios e padrões, as fontes de verificação de informação e as perguntas-chave (Quadro 03 e 04).

A primeira matriz refere-se às informações necessárias para analisar a implantação das Ações Estratégicas dos municípios-caso (Quadro 03). Essa matriz é composta do nível de gestão da organização da atenção. Nesse nível, consideraram-se três dimensões: acesso aos serviços e insumos, qualificação da rede de atenção e mobilização social e, vigilância do óbito e qualidade da informação. Na dimensão acesso aos serviços e insumos estabeleceram-se as subdimensões acesso à atenção primária, ao apoio diagnóstico e à maternidade. Na dimensão qualificação da rede de atenção e mobilização, as subdimensões: qualificação do cuidado e mobilização social.

Essa matriz traz, ainda, o conjunto de critérios e padrões estabelecidos, previamente, considerando o proposto no modelo lógico de intervenção e teórico (Figura 3 e 4). A pontuação máxima do conjunto dos critérios e padrões foi a média ponderada da consulta a especialista.

Foram convidados nove especialistas, sendo um profissional da Gerência de Informação, Análise e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica da SESMT, dois técnicos da Coordenadoria da Atenção Básica da SESMT, quatro técnicos da Coordenadoria de Programas Especiais – desses, dois eram da área técnica da saúde da criança e dois da área técnica da saúde da mulher, a apoiadora do Ministério da Saúde na área da criança e professora titular do Departamento de Pediatria da FCM/UFMT, e o presidente do Comitê Municipal de Mortalidade Materno-Infantil de Cuiabá. Do número total de especialistas convidados, houve a desistência de um, e a eliminação de outro, por não ter entendido a metodologia adotada para atribuição dos pontos.

Inicialmente, realizou-se uma visita a cada especialista para o convite e esclarecimentos sobre o preenchimento da matriz (Quadro 3). A matriz foi apresentada ao especialista para o estabelecimento dos critérios que deveriam ser priorizados com pontuação máxima, a fim de constituir a matriz de análise e julgamento. Em seguida, as

orientações e a matriz foram enviadas por meio eletrônico. A cada critério e/ou padrão, o especialista atribuiu um grau de relevância, numa escala de pontuação de 0 (zero) a 10 (dez), sendo considerado: 0 (zero), como não relevante, até a pontuação máxima de 10 (dez), relevância máxima.

Após a devolução da matriz, os dados foram organizados em uma base única de relevância e pontuação (Tabela 2). A pontuação máxima esperada foi calculada somando-se as pontuações obtidas por cada critério e/ou padrão e calculando a média aritmética. As médias foram aproximados, para mais ou para menos, a fim de se obter números inteiros. Com a soma da média de cada critério e/ou padrão foi possível obter a pontuação máxima para as diferentes subdimensões, dimensões e nível.

Dessa forma, foi atribuído para o nível gestão da organização da atenção 214 pontos, sendo 115 pontos para a dimensão acesso aos serviços e insumos, 59 pontos para a dimensão qualificação da rede de atenção e mobilização social e 40 pontos para a dimensão vigilância do óbito e qualidade da informação (Tabela 2). Tal procedimento, permitiu a obtenção de escores de qualidade para a constituição da matriz de julgamento, a fim de estimar o grau de implantação das ações estratégicas no município.

Houve, ainda, como fonte de verificação, a análise documental (documentos institucionais) e observação de campo ligado à entrevista.

A segunda matriz, considerando o nível características de governo e de gestão da saúde, exhibe as perguntas-chave e fonte de verificação que trouxeram as características locais que podem influenciar a implantação das ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal (Quadro 04).

Quadro 03 – Matriz de análise de implantação das ações estratégicas dos municípios-caso: nível, dimensões, critérios e pontuação. Cuiabá, 2013.

Nível (pontuação máxima)	Dimensão (pontuação máxima)	Subdimensão Critérios / Padrões (pontuação máxima)	Pontuação Máxima 0 a 10
<b>Gestão da Organização da Atenção (----- pts)*</b>	<b>Acesso aos serviços e insumos (-----pts)**</b>	<b>Acesso à Atenção Primária (----- pontos)***</b>	
		1- Equipes de Saúde da Família com cobertura ampliada presentes e capacitados com o curso Introdutório.	
		1.1- Equipes de Saúde da Família com cobertura ampliada presentes, sem capacitação.	
		1.2- Equipes de Saúde da Família ampliadas incompletas, em relação aos profissionais que a compõem, e sem capacitação.	
		1.3- Sem ampliação do número de equipes de saúde da família.	
		2- Existência de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuando com profissionais capacitados.	
		2.1- Existência de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com profissionais atuando sem capacitação.	
		2.2- Há o projeto de Núcleo de Apoio à Saúde da Família em fase de conclusão dos tramites legais, com profissionais não atuando.	
		2.3-Não há Núcleo de Apoio à Saúde da Família implantado.	
		3- Parto ocorrido no local informado às mães com equipes capacitadas.	
		3.1- Parto ocorrido no local informado às mães sem equipes capacitadas.	
		3.2-Parto ocorrido em local diferente do informado as mães.	
		3.3- As mães não são informadas do local do parto.	
		4-Existência de capacidade regulatória da Secretaria Municipal de Saúde com planos formais de priorização da atenção obstétrica e neonatal em condições plena de funcionamento (estrutura física, recursos humanos capacitados e referências pactuadas).	
		4.1- Existência de capacidade regulatória da Secretaria Municipal de Saúde com priorização da atenção obstétrica e neonatal com dificuldades na regulação para a alta complexidade.	
		4.2-Existência de capacidade regulatória da Secretaria Municipal de Saúde com priorização da atenção obstétrica e neonatal com dificuldades na regulação para a média e alta complexidade.	
		4.3- A secretaria municipal de saúde não tem capacidade regulatória.	

Continua

Quadro 03 – Matriz de análise de implantação das ações estratégicas dos municípios-caso: nível, dimensões, critérios e pontuação. Cuiabá, 2013.

Nível (pontuação máxima)	Dimensão (pontuação máxima)	Subdimensão Critérios / Padrões (pontuação máxima)	Pontuação Máxima 0 a 10
<b>Gestão da Organização da Atenção (----- pts)*</b>	<b>Acesso aos serviços e insumos (-----pts)**</b>	<b>Acesso ao Apoio Diagnóstico (----- pontos)***</b>	
		1- Há referência para consultas em grande parte das especialidades (psiquiatria, infectologia, urologia, cardiologia, endocrinologia, ginecologia e pediatria).	
		1.1- Há referência para consultas em parte das especialidades (cardiologia, endocrinologia, ginecologia e pediatria).	
		1.2- Há referência para consultas somente nas especialidades de ginecologia e pediatria.	
		1.3- Não há referências para consultas especializadas.	
		2- Há solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno dos exames para diagnóstico e tratamento terapêutico preconizados para a atenção de grande parte das necessidades das gestantes e puérperas (Diagnóstico: testes rápido, exames laboratoriais de rotina, de imagem; Terapêuticos: DST's e HIV/Aids, Hipertensão, Diabetes, TB, Hanseníase, Infecções Urinárias e Anemias).	
		2.1- Há apoio diagnóstico e terapêutico para a atenção de parte das necessidades das gestantes e puérperas (diagnóstico: exames laboratoriais de rotina e ultrassom; Terapêutico: Diabetes, TB, hanseníase, sífilis e HIV/Aids).	
		2.2- Há apoio diagnóstico somente para parasitológico de fezes, glicemia de jejum e EAS e terapêutico para o tratamento de TB, hanseníase, sífilis e HIV/Aids.	
		2.3- Resultados dos exames laboratoriais de rotina são entregues num período superior a seis meses e há falta de medicamentos para tratamento das DST's.	
		3- Há solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno dos exames para diagnóstico e tratamento terapêuticos preconizados para atenção de grande parte das necessidades dos recém-nascidos (diagnóstico: exames laboratoriais de rotina e de imagem; Terapêutico: Diabetes, Pneumonias, e HIV/Aids).	
		3.1- Há apoio diagnóstico e terapêutico para a atenção de parte das necessidades dos recém-nascidos (diagnóstico: exames laboratoriais de rotina e ultrassom; Terapêutico: Pneumonias, e HIV/Aids).	
		3.2- Há apoio diagnóstico somente para parasitológico de fezes, glicemia de jejum e EAS e terapêutico para o tratamento de pneumonias e HIV/Aids.	
		3.3- Resultados dos exames laboratoriais de rotina são entregues num período superior a seis meses e falta de medicamentos para tratamento das pneumonias.	

Continua

Quadro 03 – Matriz de análise de implantação das ações estratégicas dos municípios-caso: nível, dimensões, critérios e pontuação. Cuiabá, 2013.

Nível (pontuação máxima)	Dimensão (pontuação máxima)	Subdimensão Critérios / Padrões (pontuação máxima)	Pontuação Máxima 0 a 10
<b>Gestão da Organização da Atenção</b> (----- pts)*	<b>Acesso aos serviços e insumos</b> (-----pts)**	<b>Acesso à Maternidade (----- pontos)***</b>	
		1-Existência de leitos de UTI (6% dos leitos obstétricos e 2 leitos de UTI neonatais/1000 nascidos vivos) e UCI neonatal (3 leitos de UCI neonatais/1000 nascidos vivos) suficientes para atender a necessidade municipal e ou regional com garantia de regulação dentro e fora do município e profissionais capacitados ▪.	
		1.1- Há SOMENTE garantia de leitos de UTI com projeto de implantação de UCI na região ou garantia de regulação dentro e fora do município.	
		1.2- Há projetos de implantação de UCI na região ou garantia de regulação do recém-nascido para fora do município e região.	
		1.3- Não há leitos de UTI e/ou UCI no município e dificuldades de garantir a regulação do recém-nascido na região.	
		2-Há espaços físicos adequados: ambiente com capacidade para um ou dois leitos (sendo um leito por parturiente) com poltrona de acompanhante, berço e área para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia com água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem e banheiro anexo destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato ▪▪.	
		2.1- Há espaços físicos: ambiente com capacidade para um ou dois leitos (sendo um leito por parturiente) com poltrona de acompanhante, berço e sem área para higienização do recém-nascido.	
		2.2- Há espaços físicos: ambiente com capacidade para um ou dois leitos (sendo um leito por parturiente) sem poltrona de acompanhante, berço e área para higienização do recém-nascido.	
		2.3- Há espaço físico inadequado: mais de uma parturiente ocupando o mesmo leito e ou ambiente impróprio para inúmeros leitos.	
		3- Há uma rede ampliada de Banco de Leite Humano com adoção de ações estratégicas para acesso ao leite humano no município.	
		3.1- Há projeto de Banco de leite humano em fase de implantação com adoção de ações estratégicas para acesso ao leite humano.	
		3.2- Há projeto em discussão para constituição de uma rede de banco de leite humano no município.	
		3.3- Não há banco de leite humano ou rede de banco de leite no município.	
		4- Há no hospital/maternidade de referência os insumos preconizados necessários: Sulfato de Magnésio, Surfactante Pulmonar, Corticoide e Nifedipina.	
		4.1- Há alguns insumos preconizados necessários.	
		4.2- Há pedido de aquisição dos insumos preconizados necessários.	
		4.3- Não encontrado no hospital/ maternidade os insumos preconizados necessários.	
		5- Há transporte seguro apropriado com maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio, incubadora para transporte de recém-nascidos, cilindro transportável de oxigênio e profissionais capacitados para assistir gestantes ou recém-nascidos para Centros de Referência (SAMU) ▪ ▪ .	
		5.1- Há ambulância e profissionais sem capacitação para atender o transporte seguro das urgências obstétricas e neonatais a Centros de Referências.	
		5.2- Há projeto de aquisição de ambulâncias e contratação de recursos humanos para garantir transporte seguro.	
5.3- Não há qualquer transporte seguro de urgência no município.			

Continua

Quadro 03 – Matriz de análise de implantação das ações estratégicas dos municípios-caso: nível, dimensões, critérios e pontuação. Cuiabá, 2013.

Nível (pontuação máxima)	Dimensão (pontuação máxima)	Subdimensão Critérios / Padrões (pontuação máxima)	Pontuação Máxima 0 a 10
Gestão da Organização da Atenção (----- pts)*	Qualificação da Rede de Atenção e mobilização social (___ pts)**	<b>Qualificação do cuidado (----- pontos)***</b>	
		1- São realizadas mais de 75% das ações básicas de saúde preconizadas para assistência a saúde da gestante, da puérpera e do recém-nascido.	
		1.1- São realizadas entre 50% a 75% das ações básicas de saúde preconizadas para assistência a saúde da gestante, da puérpera e do recém-nascido.	
		1.2- São realizadas entre 25% a 50% das ações básicas de saúde preconizadas para assistência a saúde da gestante, da puérpera e do recém-nascido.	
		1.3- Há ações básicas de saúde para assistência à saúde da gestante, da puérpera e do recém-nascido não implantadas abaixo de 25%, de acordo com as normas.	
		2- Existência de hospitais Amigo da Criança.	
		2.1- Há projeto de hospitais Amigo da criança em fase de implantação.	
		2.2- Há projeto de implantação de hospital amigo da criança em discussão.	
		2.3- Não há hospital amigo da criança implantado.	
		3- Há alojamento conjunto.	
		3.1- Não há alojamento conjunto.	
		4- Há presença do acompanhante da parturiente durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.	
		4.1- Há presença do acompanhante da parturiente durante o acolhimento e pós-parto imediato.	
		4.2- Há presença do acompanhante da parturiente somente no horário de visitas.	
		5- Há profissionais capacitados nas temáticas inerentes às causas da mortalidade infantil neonatal em toda rede de atenção perinatal.	
		5.1- Há profissionais capacitados nas temáticas inerentes às causas da mortalidade infantil neonatal SOMENTE nas maternidades/hospitais públicas e conveniadas com o SUS.	
		5.2- Há capacitações iniciadas e não finalizadas em toda rede perinatal.	
		5.3- Há um projeto de educação permanente não executado e/ou capacitações realizadas em outras temáticas.	
		<b>Mobilização Social ( ----- ptos)</b>	
		1- Há campanhas no município de mobilização da comunidade para o cuidado com mães e recém-nascidos.	
		1.2- Há campanhas de mobilização da comunidade para o cuidado com mães e recém-nascidos realizadas SOMENTE pelas equipes de saúde da família.	
		1.3- Não há campanhas no município de mobilização da comunidade para o cuidado com mães e recém-nascidos.	

Continua



Quadro 03 – Matriz de análise de implantação das Ações Estratégicas dos municípios-caso: nível, dimensões, critérios e pontuação. Cuiabá, 2013.

Nível (pontuação máxima)	Dimensão (pontuação máxima)	Subdimensão Critérios / Padrões (pontuação máxima)	Pontuação Máxima 0 a 10
<b>Gestão da Organização da Atenção (----- pts)*</b>	<b>Vigilância do óbito e Qualidade da Informação. (----- pts)**</b>	<b>Vigilância do Óbito Materno e Infantil (----- pontos)***</b>	
		1-Existência de estrutura física, equipamentos, e profissionais (nível central) para atender a demanda do município e investiga 100% dos óbitos com a participação dos profissionais das Unidades Básicas e Hospitais/Maternidades.	
		1.1- Existência de estrutura física com equipamentos e profissionais insuficientes e ou inadequados para atender a demanda do município e investiga de 75% a 50% dos óbitos com a participação dos profissionais das Unidades Básicas e Hospitais/Maternidades nas ações de vigilância da morte materna e infantil.	
		1.2- Há precária estrutura física com equipamentos e profissionais em numero insuficiente para atender a demanda do município com investigação de óbitos abaixo de 50% e pouca ou nenhuma participação dos profissionais das Unidades Básicas e Hospitais/Maternidades nas ações de vigilância da morte materna e infantil.	
		1.3- Não há estrutura física, equipamentos e equipe e/ou profissionais responsáveis pela vigilância do óbito no município.	
		2- Há um programa de capacitação permanente e profissional capacitado (nível central, UBS e Hospitais) para realizarem as ações de vigilância da morte materna e infantil.	
		2.1- Há profissionais a serem capacitados (nível central, UBS e Hospitais) para realizarem as ações de vigilância da morte materna e infantil.	
		2.2- Há profissionais sem capacitação para realizarem as ações de vigilância da morte materna e infantil.	
		2.3- Não há estrutura, equipamentos e equipe e/ou profissionais responsáveis pela vigilância do óbito no município.	
		3- Sistemas de informações em saúde implantados, funcionando, alimentando dados e produzindo informações.	
		3.1- Sistemas de informações em saúde implantados, funcionando, alimentando dados e não produzindo informações.	
		3.2-Sistemas de informações em saúde implantados sem operacionalização e não produzindo informações.	
		3.3- Não há sistemas de informação implantados.	
		4-Há monitoramento da ocorrência de óbitos maternos e infantis com propostas de intervenção no município operacionalizadas.	
		4.1- Há monitoramento da ocorrência de óbitos maternos e infantis e propostas de intervenção no município não operacionalizadas.	
4.2- Há monitoramento da ocorrência de óbitos maternos e infantis sem propostas de intervenção no município.			
4.3- Não há monitoramento dos óbitos.			
<b>*Total de Pontuação</b>			

Legenda: • Portaria Rede Cegonha nº 650/2011 (BRASIL, 2011); •• RESOLUÇÃO-RDC Nº- 36/2008 (BRASIL, 2008).

\* total de pontos =  $\sum$  de subtotaís; \*\* subtotal de pontos =  $\sum$  de subtotaís; \*\*\* pontos subtotaís/subdimensão; \_\_\_ pto= pontos a serem estabelecidos por especialistas

Tabela 2 – Pontuação média dada pelos especialistas consultados e respectivo desvio padrão por critérios e padrões estabelecidos. Cuiabá, 2013.

Nível (pontuação máxima)	Dimensão (pontuação máxima)	Subdimensão Critérios / Padrões	Pontuação Máxima Média (DP)
<b>Gestão da Organização da Atenção (214 pontos)</b>	<b>Acesso aos serviços e insumos (115 pontos)</b>	<b>Acesso à Atenção Primária (37 pontos)</b>	
		1- Equipes de Saúde da Família com cobertura ampliada presentes e capacitadas com o curso Introdutório.	9 ( $\pm 0,95$ )
		2- Existência de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuando com profissionais capacitados.	8,0 ( $\pm 1,98$ )
		3- A equipe conta com local de referência para o parto das gestantes em sua área de abrangência com equipes capacitadas.	10 ( $\pm 0,40$ )
		4- Existência de capacidade regulatória da Secretaria Municipal de Saúde com planos formais de priorização da atenção obstétrica e neonatal em condições plena de funcionamento (estrutura física, recursos humanos capacitados e referências pactuadas).	10 ( $\pm 0,40$ )
		<b>Acesso ao Apoio Diagnóstico (28 pontos)</b>	
		1- Há referência para consultas em grande parte das especialidades (psiquiatria, infectologia, urologia, cardiologia, endocrinologia, ginecologia e pediatria).	9 ( $\pm 0,75$ )
		2- Há solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno dos exames para diagnóstico e tratamento terapêutico preconizados para a atenção de grande parte das necessidades das gestantes e puérperas (Diagnóstico: testes rápido, exames laboratoriais de rotina, de imagem; Terapêuticos: DST e HIV/Aids, Hipertensão, Diabetes, TB, Hanseníase, Infecções Urinárias e Anemias).	10 ( $\pm 0,0$ )
		3- Há solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno dos exames para diagnóstico e tratamento terapêuticos preconizados para atenção de grande parte das necessidades dos recém-nascidos (Diagnóstico: exames laboratoriais de rotina e de imagem; Terapêutico: Diabetes, Pneumonias, e HIV/Aids).	9 ( $\pm 1,03$ )
		<b>Acesso à Maternidade (50 pontos)</b>	
1-Existência de leitos de UTI (6% dos leitos obstétricos e 2 leitos de UTI neonatais/1000 nascidos vivos) e UCI neonatal (3 leitos de UCI neonatais/1000 nascidos vivos) suficientes para atender a necessidade municipal e ou regional com garantia de regulação dentro e fora do município e profissionais capacitados.	10 ( $\pm 0,0$ )		
2-Há espaços físicos adequados: ambiente com capacidade para um ou dois leitos (sendo um leito por parturiente) com poltrona de acompanhante, berço e área para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia com água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem e banheiro anexo destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato **.	10 ( $\pm 0,0$ )		
3- Há uma rede ampliada de Banco de Leite Humano com adoção de ações estratégicas para acesso ao leite humano no município.	10 ( $\pm 0,51$ )		
4- Há no hospital/maternidade de referência os insumos preconizados necessários: Sulfato de Magnésio, Surfactante Pulmonar, Corticoide e Nifedipina.	10 ( $\pm 0,51$ )		
5- Há transporte seguro apropriado com maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio, incubadora para transporte de recém-nascidos, cilindro transportável de oxigênio e profissionais capacitados para assistir gestantes ou recém-nascidos para Centros de Referência (SAMU).	10 ( $\pm 0,0$ )		

(Continua)

Tabela 2 – Pontuação média dada pelos especialistas consultados e respectivo desvio padrão por critérios e padrões estabelecidos. Cuiabá, 2013.

Nível (pontuação máxima)	Dimensão (pontuação máxima)	Subdimensão Critérios / Padrões	Pontuação Máxima Média (DP)
Gestão da Organização da Atenção (214 pontos)	Qualificação da Rede de Atenção e mobilização social (59 pontos)	<p align="center"><b>Qualificação do cuidado (50 pontos)</b></p> <p>1- São realizadas mais de 75% das ações básicas de saúde preconizadas para assistência a saúde da gestante, da puérpera e do recém-nascido.</p> <p>2- Existência de hospitais Amigo da Criança.</p> <p>3- Há alojamento conjunto.</p> <p>4- Há presença do acompanhante da parturiente durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.</p> <p>5- Há profissionais capacitados nas temáticas inerentes às causas da mortalidade infantil neonatal em toda rede de atenção perinatal.</p> <p align="center"><b>Mobilização Social (9 pontos)</b></p> <p>1- Há campanhas no município de mobilização da comunidade para o cuidado com mães e recém-nascidos.</p>	<p>10 (±0,54)</p> <p>10 (±0,54)</p> <p>10 (±0,40)</p> <p>10 (±0,40)</p> <p>10 (±0,0)</p> <p>9 (±0,83)</p>
	Vigilância do óbito e Qualidade da Informação (40 pontos)	<p align="center"><b>Vigilância do Óbito Materno e Infantil (40 pontos)</b></p> <p>1-Existência de estrutura física, equipamentos, e profissionais (nível central) para atender a demanda do município e investigar 100% dos óbitos com a participação dos profissionais das Unidades Básicas e Hospitais/Maternidades.</p> <p>2- Há um programa de capacitação permanente e profissional capacitado (nível central, UBS e Hospitais) para realizarem as ações de vigilância da morte materna e infantil.</p> <p>3- Sistemas de informações em saúde implantados, funcionando, alimentando dados e produzindo informações.</p> <p>4-Há monitoramento da ocorrência de óbitos maternos e infantis com propostas de intervenção no município operacionalizadas.</p>	<p>10 (± 0,0)</p> <p>10 (±0,0)</p> <p>10 (±0,51)</p> <p>10 (±0,0)</p>

Quadro 04 - Matriz das características de governo e de gestão que podem influenciar a implantação das ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal: perguntas-chave e fonte de verificação.

Nível	Perguntas-chave	Fonte de verificação
<p><b>Característica de Governo:</b></p> <p>Projeto de Governo</p> <p>Capacidade de Governo</p> <p>Governabilidade</p>	<p>Como ocorreu o processo de implantação do Plano?</p> <p>Houve recurso financeiro específico e suficiente para a implantação das ações estratégicas prioritizadas?</p> <p>Há equipe técnica experiente e habilitada para operacionalizar o Plano?</p> <p>Quais setores apoiaram ou opuseram as propostas?</p>	<p>Análise documental e entrevistas.</p>
<p><b>Gestão da Saúde</b></p>	<p>Como os objetivos, as metas e as ações estratégicas do Plano foram definidos e operacionalizados?</p> <p>Como se deu o planejamento das ações estratégicas proposta pelo Plano?</p> <p>Quais foram as facilidades e dificuldades para operacionalizar o Plano?</p> <p>Quais estratégias adotadas pelos atores que estão na coordenação e gerenciamento das ações estratégicas favoreceram a implantação do Plano?</p> <p>Quais estratégias adotadas pelos atores que estão na coordenação e gerenciamento das ações estratégicas dificultaram a implantação do Plano?</p>	<p>Análise documental e entrevistas.</p>

### 3.3.4.2 Julgamento do Grau de Implantação das Ações Estratégicas

Ao conjunto de critérios e padrões estabelecidos na tabela 2 foram atribuídos valores que permitiram o cálculo do valor para as diferentes subdimensões, dimensões e nível de cada município-caso.

Os dados foram levantados no município e consolidados na matriz de análise e julgamento elaborada. A diferença percentual entre a pontuação máxima e a obtida classificou cada dimensão e a pontuação geral do município com implantação em:

Classificação	Escore final (%)
Avançado	>75
Intermediário	> 50 a ≤ 75
Incipiente	> 25 a ≤ 50
Não implantado	≤ 25

O parâmetro aqui adotado teve como base os estudos de Ferreira e Vieira da Silva (2005) e de Vieira da Silva e colaboradores (2005).

### 3.3.5. Procedimentos éticos e Orçamento

De acordo com as normas vigentes do Ministério da Saúde, sobre a realização de pesquisas que envolvem seres humanos, prevista na Resolução 196/96, o projeto do estudo proposto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, conforme parecer nº 252.441, e recebeu sua anuência.

Todos os sujeitos da pesquisa foram previamente consultados e esclarecidos sobre: os objetivos do estudo, a garantia de anonimato dos colaboradores - a partir da utilização de códigos em substituição aos nomes -, o caráter não obrigatório da sua colaboração, além da solicitação de permissão para gravar a entrevista.

Todos aqueles que concordaram em participar como informantes subscreveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para os Gestores e Profissionais (Apêndice I) e para as mães ou acompanhante (Apêndice J), referente ao roteiro de entrevista contido no apêndice E, F, G e H. As mães foram orientadas a procurarem, caso necessitassem de apoio psicológico após a entrevista, as Policlínicas, em Cuiabá, e o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) de Poconé, conforme explicado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice J).

O termo de Anuência Institucional, em ambos os municípios, também foi obtido (Apêndice L). Essa pesquisa foi realizada com recursos próprios do pesquisador.

## **4 RESULTADOS**

Para atender aos objetivos propostos por esta tese, a apresentação dos resultados foi organizada em quatro seções. A primeira traz a caracterização dos aspectos sociodemográficos e condições de saúde dos municípios-caso. A segunda apresenta o Estudo de Avaliabilidade das Ações Estratégicas para a redução da mortalidade infantil neonatal estabelecidas a partir do Plano de Ação. A terceira traz as características de governo e de gestão da saúde. E, a quarta e última seção destaca a trajetória do óbito neonatal e o julgamento do grau de implantação das ações estratégicas nesses municípios-caso.

### **4.1 Caracterização dos aspectos sociodemográficos e condições de saúde dos municípios-caso**

Os municípios-caso selecionados para este estudo, Cuiabá e Poconé, apresentam características próprias, traduzidas em alguns critérios e indicadores, que demonstram suas particularidades. Essas características encontram-se apresentadas a seguir.

#### **a) Caracterização do município de Cuiabá**

O município de Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, está localizado na mesorregião norte-matogrossense, na microrregião Cuiabá, e abrange três grandes ecossistemas: a Amazônia, o cerrado e o pantanal (CUIABÁ, 2007).

A fundação de Cuiabá ocorreu em 8 de abril de 1719, como consequência da atuação dos bandeirantes paulistas que vieram desbravar esses sertões, atraídos pela possibilidade de captura de índios para o trabalho na lavoura e, posteriormente, de exploração das minas de ouro e diamantes na Lavra do Sutil (BRASIL, 2010).

A sua extensão territorial é de 3.552,82 quilômetros quadrados (km<sup>2</sup>) que abrigava, em 2010, uma população residente de 551.098 habitantes numa densidade demográfica de 155,1 habitantes por Km<sup>2</sup>. A maioria dessa população concentrava-se na região urbana, a saber, 540.814 habitantes (98,1%) enquanto 10.284 habitantes (1,9%) residiam na zona rural (Tabela 3) (BRASIL, 2013).

Tabela 3 – Caracterização dos municípios-caso nos seus aspectos sociodemográficos e condições de saúde.

<b>Crítérios/Indicadores</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Poconé</b>
<b>Determinantes sociodemográficos</b>		
População Residente	551.098 hab.	31.779 hab.
População residente Urbana	98,1%	72,6%
% de pobres (2010)	5,3%	21%
Índice de Gini	0,59	0,52
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	0,785	0,652
% da população com renda < ½ salário mínimo	20%	52%
Taxa de analfabetismo (%)	4,5%	16,6%
Distribuição da população por escolaridade (%):		
Sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto	13,2%	37,4%
Proporção de domicílios particulares permanentes por tipo de saneamento (%):		
Adequado (abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica e lixo coletado diretamente ou indiretamente).	76,3 %	3,6%
Semiadequado (domicílio com pelo menos uma forma de saneamento considerada adequada).	22,8 %	70,7%
Inadequado (todas as formas de saneamento consideradas inadequadas).	0,93 %	25,7%
<b>Condições de Saúde</b>		
Razão de mortalidade materna (óbitos maternos por 100.000 nascidos/ano)	61,3 (2012)	208,3 (2009)
Taxa de detecção de sífilis em gestantes (1.000 nascidos vivos/2011)	3,9	15,6
Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano (1.000 nascidos vivos/2011). Parâmetro IDSUS (2011): 1/mil nasc. vivo/ano.	1,6	1,9
Proporção de internação por condições sensíveis à atenção primária (2012). Parâmetro IDSUS (2011): 28%	19,3%	39,8%
Indicadores Desfavoráveis ao Estado e à Regional (Comprehensive Assesment for Tracking Community Health-CATCH/2012):		
Coefficiente de mortalidade infantil	-	20,6
Coefficiente de mortalidade neonatal precoce	-	7,7
Coefficiente de mortalidade pós-neonatal	-	7,7
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	1,5%	nenhum
Proporção de nascidos vivos com baixo - peso ao nascer	8,7%	8,2%
Proporção de partos cesáreos	63,6%	-
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	-	76,3%
Proporção da população cadastrada pela Estratégia da Saúde da Família:	41,5%	-
Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por Agente Comunitário de Saúde:	0,11	-

Fonte: IBGE(BRASIL, 2010), PNUD (BRASIL,2013), DATASUS e Banco de dados da SESMT(MATO GROSSO, 2009,2010, 2011) IDSUS (BRASIL, 2011b) CATCH (MATO GROSSO, 2012).

Esse total era composto por 269.204 homens (48,8%) e 281.894 mulheres (51,1%). A estrutura etária da população mostra 71,7% com faixa etária de 15 a 65 anos de idade; 23,1% com menos de quinze anos e 5,1% com 65 anos ou mais. A razão de dependência<sup>15</sup> de Cuiabá, entre 2000 a 2010, passou de 48,6% para 39,1% e o índice de envelhecimento<sup>16</sup> evoluiu de 3,67% para 5,17% (BRASIL, 2013).

As atividades econômicas do município estavam concentradas no comércio (53%), serviços (43,2%) e indústria (3,5%) (CUIABÁ, 2010).

Quanto à pobreza e desigualdades, 5,3% da população cuiabana viveu, no período compreendido entre 2000 a 2010, em condições de pobreza<sup>17</sup> nos percentuais de 3,4 % a 1,3%, respectivamente. O índice de Gini<sup>18</sup>, utilizado para medir a desigualdade de distribuição de renda entre países, passou de 0,59 em 1991 para 0,63 em 2000 e para 0,59 em 2010 demonstrando que se manteve, nesses últimos anos, o percentual de desigualdade na concentração de renda no município de Cuiabá (Tabela 3) (BRASIL, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano<sup>19</sup> (IDH) mede o nível de desenvolvimento humano dos países e utiliza como critérios os indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB per capita). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Cuiabá foi de 0,785, em 2010, com um IDHM Educação de 0,726, IDHM Longevidade de 0,834 e um IDHM Renda de 0,800 (Tabela 3 e 4). Observa-se que são consideradas de

---

<sup>15</sup> Razão de dependência é o peso da população considerada inativa (0 a 14 anos e 65 anos e mais de idade) sobre a população potencialmente ativa (15 a 64 anos de idade) (BRASIL, 2013).

<sup>16</sup> Índice de envelhecimento é a população de 65 anos ou mais em relação à população de menos de 15 anos (Brasil, 2013).

<sup>17</sup> A população em situação de extrema pobreza, em 2010, foi medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00 reais, em agosto (BRASIL, 2013).

<sup>18</sup> O Índice de Gini é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar (BRASIL, 2013).

<sup>19</sup> O Índice de Desenvolvimento Humano varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) a um (desenvolvimento humano total). Países com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado muito baixo, com índices entre 0,500 a 0,599 são considerados de baixo desenvolvimento humano, com índices entre 0,600 a 0,699 são considerados de médio desenvolvimento humano, com índices entre 0,700 a 0,799 são considerados de alto desenvolvimento humano e países com IDH superior a 0,800 têm desenvolvimento humano considerado muito alto (BRASIL, 2013).



muito alto desenvolvimento as regiões que atingem pontuação superior a 0,800 e de alto desenvolvimento as que registram valores entre 0,700 até 0,799.

**Tabela 4** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e seus componentes dos municípios de Cuiabá e Poconé – MT, 2010.

<b>IDHM e componentes</b>	<b>Cuiabá 2010</b>	<b>Poconé 2010</b>
<b>IDHM</b>	0,785	0,652
<b>IDHM Educação</b>	0,726	0,534
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	70,16	40,47
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	90,09	71,84
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	86,95	90,12
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	67,39	53,23
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	51,14	30,33
<b>IDHM Longevidade</b>	0,834	0,806
Esperança de vida ao nascer (em anos)	75,01	73,36
<b>IDHM Renda</b>	0,800	0,643
Renda per capita (em R\$)	1.161,49	436,83

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (BRASIL 2013).

Os dados de 2010, apresentados na tabela 4, apontam que, em Cuiabá, a população de 5 a 13 anos apresenta alto percentual de alfabetizados (capazes de ler e escrever um bilhete simples) e que frequentam o curso fundamental. O levantamento mostra também que, em Cuiabá, o indicador de esperança de vida ao nascer foi de 75 anos e registrou, nesse mesmo ano, para esse município, renda per capita aproximando de R\$ 1. 161,49 reais. Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu, em termos absolutos, foi Educação (com crescimento de 0,149), seguida por Longevidade e por Renda (BRASIL, 2013).

Entretanto, em 2010, no município de Cuiabá ainda persistiram algumas vulnerabilidades sociais, com 20,8% de crianças de 4 a 5 anos fora da escola, 9,1% de mães, chefes de família, sem ensino fundamental completo e com filhos menores de 15 anos, 2,7% de crianças extremamente pobres (crianças de até 14 anos de idade que têm renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$70,00 reais mensais), 17,2% da população vulneráveis à pobreza (% de indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 255,00 reais mensais), e 20,9% de pessoas de 18 anos ou mais sem

ensino fundamental completo e em ocupação informal (BRASIL, 2013). Destaca-se, ainda, que o município de Cuiabá apresentou 20,0% da população com renda abaixo de ½ salário mínimo (Tabela 3).

No que se refere à escolaridade, os dados mostraram taxa de analfabetismo de 4,5%, com 13,2% da população sem instrução ou com o 1º ciclo fundamental incompleto. Quanto às condições de moradia, 76,3% dos domicílios permanentes apresentavam adequado saneamento (Tabela 3).

Em relação às condições de saúde, em 2012, o município de Cuiabá apresentou uma razão de mortalidade materna de 61,3 por cem mil nascidos vivos, superior a da região de saúde que foi de 50 por cem mil nascidos vivos e do Estado, que apresentou de 58,7 por cem mil nascidos vivos (Tabela 3) (MATO GROSSO, 2013).

A taxa de detecção de sífilis em gestantes, no município de Cuiabá, em 2011, foi de 3,9 por mil nascidos vivos (Tabela 3). A taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade foi 1,6 por mil nascidos vivos, abaixo da encontrada para o Estado, que foi de 1,15 por mil nascidos vivos, e diferente do parâmetro adotado para esse indicador quanto à efetividade da atenção primária, pelo Índice de Desenvolvimento do SUS – IDSUS, de um por mil nascidos vivos por ano (MATO GROSSO, 2013; BRASIL, 2011 b) .

O percentual de ocorrência de internações por ações sensíveis à atenção primária, em 2012, correspondeu a 19,2 % (Tabela 3), sendo menor que os 23,9% da região de saúde; 25,8% do Estado e 28% do parâmetro adotado para esse indicador quanto à efetividade da atenção primária, pelo Índice de Desenvolvimento do SUS – IDSUS (MATO GROSSO, 2013; BRASIL, 2011 b).

Ao acompanhar as condições de saúde, por meio da matriz disponibilizada pelo sistema de avaliação da situação de saúde, desenvolvida pela Flórida/USA desde 1991, a “Avaliação ampla para Acompanhamento da Saúde da Comunidade (Comprehensive Assesment for Tracking Community Health - CATCH)” adotada pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, nota-se, para o município de Cuiabá, em 2012, oito indicadores de saúde desfavoráveis em relação aos pares, ou regional ou municípios matogrossenses com faixa de IDH semelhantes ou ao Estado (Tabela 3).

Desses indicadores, cinco (62,5%) correspondem às áreas que representam desafios ou necessidades de intervenção em Cuiabá, para se conseguir a redução da mortalidade materno-infantil e estão relacionados:

1) a qualidade da informação sobre as causas de morte, onde 1,46% dos óbitos menores de um ano são por causa mal definidas (Regional: 1,88% e Estado: 2,52%) demonstrando deficiências na declaração das causas de morte condicionadas pela disponibilidade de recursos médico-assistenciais, inclusive para diagnósticos;

2) a identificação de medidas de controle para taxas de cesáreas, onde 63,6% são partos cesáreos do total de partos hospitalares (Regional: 60,69% e Estado: 61,45%) que difere do pactuado que foi de até 25% (BRASIL, 2001);

3) ao monitoramento e análise do processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde com apenas 0,11 de média mensal de visitas domiciliares por família cadastrada realizadas por agente comunitário de saúde (ACS), que difere do estabelecido pelo Ministério da Saúde de uma visita domiciliar mensal. Isso mostra a existência de falta de acompanhamento e avaliação das visitas realizadas pelo ACS, de áreas descobertas por ACS ou ausência de registros no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB);

4) a organização da atenção primária por meio da estratégia saúde da família observou-se que 41,5 % da população está cadastrada pela estratégia saúde da família (Regional: 41,9% e o Estado: 63,6%), o que demonstra que há vazios assistenciais de atenção primária;

5) ao risco para a sobrevivência infantil por apresentar 8,7% de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas (Regional: 8,5% e o Estado: 7,4%). Valores em torno de 6 a 7% são encontrados em países desenvolvidos (FRANÇA; LANSKY, 2008).

#### **b) Caracterização do município de Poconé**

O município de Poconé está localizado a 104 quilômetros de Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, na mesorregião centro-sul mato-grossense e na microrregião alto pantanal. Considerado portal do pantanal mato-grossense, Poconé possui, na sua região, parte da maior reserva ecológica do mundo (POCONÉ, 2010; BRASIL, 2010).

A corrida pelo ouro foi o grande responsável pelo surgimento do povoamento, que ocorreu por volta do final do século XIX. Beripoconé, em referência à tribo indígena que habitava a região, foi o seu primeiro nome. Com a escassez do ouro, surgem os pequenos agricultores e criadores de gado que ao longo do tempo redesenharam a economia do município investindo na criação de gado (POCONÉ, 2010).

A extensão territorial do município de Poconé é de 17.260,86 quilômetros quadrados (km<sup>2</sup>) com população residente, em 2010, de 31.779 habitantes com densidade demográfica de 1,85 habitantes por km<sup>2</sup> (BRASIL, 2010). A maioria da população, 23.062 pessoas (72,6%), concentrava-se na região urbana e quase trinta por cento, 8.717 pessoas (27,4%), na zona rural. Essa população era composta de 16.519 homens (51,9%) e de 15.260 mulheres (48%) (Tabela 3). No que se refere à estrutura etária, 65,3% da população concentra-se na faixa etária de 15 a 65 anos de idade; 27,3% com idade de menos de quinze anos e 7,4% de 65 anos ou mais. A razão de dependência de Poconé, entre 2000 a 2010, passou de 0,21% para 0,17% e o índice de envelhecimento evoluiu de 5,7% para 7,4% (BRASIL, 2013).

A população economicamente ativa (de 18 anos ou mais), decresceu de 62,2%, em 2000, para 58,5%, em 2010, e a taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) reduziu de 15%, em 2000, para 7,1%, em 2010. Em 2010, das pessoas ocupadas, na faixa etária de 18 anos ou mais, 33,1% trabalhavam no setor de serviços, 21,9% no setor agropecuário, 11,9% no comércio, 5,7% na indústria extrativa, 5,6% na indústria de transformação, 5,7% no setor de construção e 0,5% trabalhava nos setores de utilidade pública (BRASIL, 2013).

A pobreza e a desigualdade ainda chamam a atenção nesse município, na medida em que 21,1 % da população é pobre. A extrema pobreza passou de 20%, em 2000, para 9,4% da população, em 2010. O índice de Gini passou de 0,57, em 2000, para 0,52, em 2010, demonstrando que não houve redução da desigualdade de concentração de renda no município de Poconé, nas últimas décadas (BRASIL, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Poconé foi de 0,652, em 2010, o que mostra um médio desenvolvimento humano com IDHM

Educação de 0,534, IDHM Longevidade de 0,806 e IDHM Renda de 0,643 (Tabela 3 e 4).

O componente do IDHM que mais cresceu, em Poconé, no período de 2000 a 2010, foi o da Educação com um crescimento absoluto de 0,166 demonstrando que há um percentual crescente de pessoas alfabetizadas que frequentam e concluem o curso fundamental e cursos subsequentes. Nesse período também observou-se que o indicador esperança de vida ao nascer vem crescendo chegando, em 2010, a 73,4 anos e no IDHM Renda, atinge uma renda municipal per capita aproximada de R\$ 436,83 reais (BRASIL,2013).

Apesar dos avanços no IDHM do município de Poconé, algumas vulnerabilidades sociais persistem. Em 2010, quase metade das crianças (49,6 %) de 4 a 5 anos estavam fora da escola, 18,1% de pessoas de 15 a 24 anos não estudavam nem trabalhavam, 17,8% de mães (chefes de família) de filhos menores de 15 anos não tinham ensino fundamental completo, 51,1% de pessoas de 18 anos ou mais não possuíam ensino fundamental completo e tinham ocupação informal.

A taxa de analfabetismo, em 2010, era de 16,6 % e 37,4 % da população tinha instrução com primeiro ciclo do ensino fundamental incompleto (Tabela 3). Em relação à renda, em 2010, os dados mostraram o seguinte quadro: 18,1 % de pessoas de 15 a 24 anos vulneráveis à pobreza com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 255,00 reais mensais, 12,9% das crianças de até 14 anos extremamente pobres com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$70,00 reais mensais, 48,8% da população estava vulnerável à pobreza com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 255,00 reais mensais (BRASIL, 2013). Observa-se, ainda, que 52% da população tinha renda menor que meio salário mínimo per capita (Tabela 3).

Em relação às condições de saneamento das moradias, em 2010, nota-se que apenas 3,6% eram adequadas por apresentarem abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica e lixo coletado diretamente ou indiretamente. Entretanto, 70,7% dos domicílios permanentes encontravam-se semiadequados por apresentarem pelo menos um dos itens citados considerado como adequado e 25,7% das moradias eram inadequadas quanto ao saneamento (Tabela 3).

No que se refere às condições de saúde o município de Poconé apresenta alguns indicadores de saúde relacionados à mortalidade materno-infantil. A razão de

mortalidade materna, ao longo da última década, vem apresentando razões por cem mil nascidos vivos consideráveis. Em 2009, essa mortalidade materna foi de 208,3 por cem mil nascidos vivos e em 2010, 2011 e 2012 não houve nenhum registro no sistema de informação em saúde. A incidência de sífilis congênita, em 2011, foi de 1,9 por mil nascidos vivos, quase o dobro do parâmetro estabelecido pelo IDSUS que é de um por mil nascidos vivos por ano. A proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária, em 2012, foi de 39,8%, superior ao parâmetro do IDSUS de 28% (MATO GROSSO, 2013).

Em 2012, a Avaliação Ampla para Acompanhamento da Saúde da Comunidade (Comprehensive Assesment for Tracking Community Health - CATCH) apresentou, para o município de Poconé, quinze indicadores de saúde desfavoráveis em relação aos pares, regional ou municípios matogrossenses, com faixa de IDH semelhantes, e ao Estado (Tabela 3).

Desses, seis indicadores (40%) representam desafios ou necessidades de intervenção para redução da mortalidade materno-infantil, assim elencados:

- indicadores que apontam precariedade na situação do desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como no acesso e na qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e infantil: 20,6 óbitos menores de um ano de vida por mil nascidos vivos, 7,7 óbitos menores de seis dias por mil nascidos vivos, e 7,7 óbitos de 28 a 364 dias por mil nascidos vivos;

- indicador que expressa a qualidade da informação sobre as causas de morte: nenhum dos óbitos menores de um ano são por causa mal definidas (Regional: 1,8% e Estado: 2,5%), o que demonstra possível existência de deficiências na declaração das causas de morte e na frequência de causas mal definidas, condicionadas pela não disponibilidade de recursos médico-assistenciais, inclusive para diagnóstico;

- indicador de risco para a sobrevivência infantil: 8,2% de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas (Regional: 8,5% e o Estado: 7,5%); e

- indicador de acesso e cobertura de pré-natal: 76,3% de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (Regional: 66,1% e Estado: 66,5%), diferente do parâmetro de 90% adotado pelo IDSUS para esse indicador.

## **4.2 O Estudo de Avaliabilidade das Ações Estratégicas**

A partir da observação dos elementos de condições de viabilidade estabelecidos por Wholey (1994, 2004), este estudo apontou que as ações estratégicas, em ambos os municípios, estavam suficientemente implementadas para serem objetos de avaliação.

A primeira condição de avaliabilidade foi conhecer as ações para redução da mortalidade infantil neonatal, realizadas pelos municípios, e como estas aconteciam por meio da observação *in locu* e da percepção dos informantes-chave, ou seja, como identificavam o problema, os objetivos, as metas e suas atividades e resultados.

A segunda condição de avaliabilidade examinou as causas da mortalidade infantil neonatal e buscou saber se existia ligação entre os objetivos, as atividades e resultados, por meio dos modelos lógico causal e da intervenção construídos previamente e já apresentados.

Observou-se, como terceira condição de viabilidade, a disponibilidade de dados significativos, em ambos os municípios-caso, por meio dos documentos encontrados e bancos de dados do sistema de informação em saúde com possibilidade de identificação de mães e de recém-nascidos que foram a óbito precocemente.

A utilidade de um estudo de avaliação, como quarta condição de viabilidade de uma pesquisa avaliativa, foi observada por meio da possibilidade de utilizarem este estudo diante da concordância dos informantes-chave em participar da pesquisa, bem como ao apontarem os desafios que encontram para realizarem o monitoramento e avaliação dos planos e as sugestões dadas para estudos avaliativos que possam apoiar a melhoria da intervenção e a política de redução da mortalidade infantil neonatal, nos diferentes municípios-caso, conforme apresentado a seguir.

### **4.2.1 Identificação do problema, dos objetivos, das metas e das ações estratégicas**

A maioria dos informantes-chave de Cuiabá reconhece o problema, mortalidade infantil neonatal, e os objetivos para a sua redução, principalmente, quando apontam algumas das ações estratégicas estabelecidas para enfrentá-lo.

Bem, uma das nossas preocupações como um país em desenvolvimento é a questão da mortalidade neonatal, infantil e materna. Nosso objetivo é tentar melhorar a assistência, o acesso às mães, às gestantes no caso, às puérperas e à própria criança neonato e, principalmente, na faixa de zero a cinco anos.

Isso vai fortalecer a atenção primária como organizadora do serviço através da estratégia saúde da família. Então, nosso objetivo é aumentar, no caso, a nossa área de abrangência, a nossa cobertura de atenção primária. (CG32).

Fortalecendo tanto a atenção primária, secundária e a média e alta complexidade, refortalecendo as redes de atenção à saúde fazendo com que possamos diminuir os indicadores negativos que possuímos no nosso município. (CG36).

Parte desses gestores relatou conhecer o plano municipal de ações estratégicas de alguma forma ou até ter participado da sua construção, mas sem apropriação de sua totalidade.

Olha, eu lembro que participei da elaboração desse plano e as ações eu sei contar. Porque eu consigo falar sobre a vigilância do óbito infantil e neonatal. Sobre isso eu consigo dar informações. Quanto às outras ações fica complicado eu te dar informações, porque eu não tenho, isso não foi muito compartilhado (CG03).

Não o conheço a fundo [...] Mas quando estava discutindo, um deles seria a questão da Rede Cegonha. A questão de estar melhorando a estrutura das nossas maternidades porque Cuiabá não tem uma maternidade municipal. Nós temos os convênios. [...] Pensamos fazer casa de parto, mas essa ideia não vigorou e a questão da cobertura da atenção primária. Seriam esses os objetivos (CG32).

A maior parte desses informantes-chave consegue evidenciar apenas os objetivos e as ações específicas do seu âmbito de atuação, principalmente, a qualificação da atenção do pré-natal, do parto e dos cuidados ao recém-nascido.

Porém, agora a gente está implantando a Rede Cegonha no município de Cuiabá [...] Enquanto não é feito a adesão, é feito o pré-natal normalmente, tem o puerpério e é feito a avaliação da criança pelo crescimento e desenvolvimento. A consulta da criança é feita mensalmente pelo médico e pelo enfermeiro, que acabam olhando a questão da saúde da criança, a questão nutricional, para verificar o crescimento e o desenvolvimento dela, o peso e também as outras questões de saúde da mesma (CG35).

Entretanto, apenas dois evidenciaram os objetivos e ações específicas inerentes a vigiar os óbitos infantil e neonatal e um informante-chave conseguiu, inclusive, apontar a meta dos resultados finalísticos e algumas atividades estabelecidas na intervenção, como a ampliação das equipes de saúde da família e o transporte sanitário.

Eu não vou olhar o plano, eu vou te falar, o que eu sei falar do plano, assim voltado para as ações de vigilância do óbito, como eu disse que é a área que venho atuando há 6 anos (CG03).

Ah!!, reduzir em 5% ao ano. Eu lembro na época implantado, mas não sei te informar agora se foi atingido ou em que pé que se encontra [...] eu tenho conhecimento macro do sistema que dentre eles estariam a maior cobertura de PSF, o transporte sanitário, as referências e contra referências pactuadas com UTI de retaguarda neonatal tanto para criança como para as mães,



melhorando os indicadores. Não sei te confirmar os números, a quantidade, a demanda se está dentro do ideal, se está numa crescente para atingir essa meta (CG36).

E somente um informante-chave não conseguiu reconhecer o problema, mortalidade infantil neonatal, e nem os objetivos, metas e ações para reduzi-lo, justificando não ser da área da saúde e estar há muito pouco tempo no cargo. Isso aponta as dificuldades e descontinuidade na gestão pública.

Não, eu não saberia dizer nada com relação a isso até porque estou há cinquenta dias a frente da [...] (CG01).

Parte dos informantes-chave da SMS de Cuiabá afirmou que as ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal não são suficientes para o enfrentamento do problema. Diferentes entes precisariam estar alinhados e a comunicação deveria ser uma constante. Outras ações precisam ser implementadas, além da corresponsabilidade de outros profissionais envolvidos.

Isso aí é uma das ações. Outras ações necessitam ser implementadas porque isso não é suficiente. Mesmo porque essa ação que a gente tenta desenvolver, isso precisa muito ainda da corresponsabilidade de outros profissionais envolvidos (CG03).

Olha, sinceramente, eu acredito que na prática isso não ocorreu porque você envolve entes diferentes, de atenção diferente que, infelizmente, não têm essa linha de comunicação e esse alinhamento (CG36).

Apenas um informante de Cuiabá afirmou que as ações estratégicas são suficientes, já que o indicador de mortalidade infantil apresentou tendência de queda, nos últimos anos, em Cuiabá. Dois atores estratégicos não souberam dizer.

A mortalidade infantil neonatal estava com cerca de, se não me engano, 25 pra cada 1000 nascidos vivos. Agora nos, últimos anos, estava entre 12 e 13, tinha caído para praticamente a metade (CG32).

Para os informantes-chave de Poconé, o problema, mortalidade infantil neonatal, é reconhecido quando relatam de que forma está sendo possível enfrentá-lo e especificam objetivos e ações voltadas para a captação precoce das gestantes, oferta de exames e regulação das gestantes de alto risco.

Estamos buscando implementar medidas preventivas como, por exemplo, garantir a ultrassonografia e o acompanhamento dessa gestante na unidade básica de saúde (PG10).

O que a gente está mesmo trabalhando são as unidades básicas de saúde para a busca dessa gestante porque, em Poconé, se tem um número grande de gestantes que procuram a unidade tardiamente. Mesmo com essa cobertura de 90%, muita gestante se recusa a procurar assistência na unidade e, muitas vezes, escondem a gravidez. Então, a primeira coisa é a gente conseguir fazer essa captação dessa gestante o mais cedo possível para que ela possa ser assistida [...]; o segundo é a questão dos exames [...] e a gente tem conversado para que possa criar um fluxo para gestante de alto risco e já encaminhar desde o pré-natal para buscar assistência fora do município, visto que a gente não tem condições de atender (PG01).

Apenas um dos informantes de Poconé relatou que, por estar há três meses no cargo, ainda não conseguiu realizar ações mais específicas para o município, mas afirmou que vêm sendo realizadas as ações estabelecidas pelo Ministério da Saúde. E o outro informante nada soube dizer sobre essa questão.

Temos o que vem verticalizado, são os problemas do governo federal. Do ponto de vista estratégico do município nós ainda não conseguimos traçar que horizonte nós queremos, onde nós queremos chegar, especificamente, com essa política pública (PG10).

Quanto ao Plano Municipal de Ações Estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal, proposto em 2009, com seus objetivos, metas e atividades, os informantes de Poconé o desconhecem.

Não, não, ah! É a primeira vez que eu estou ouvindo falar disso (PG01).

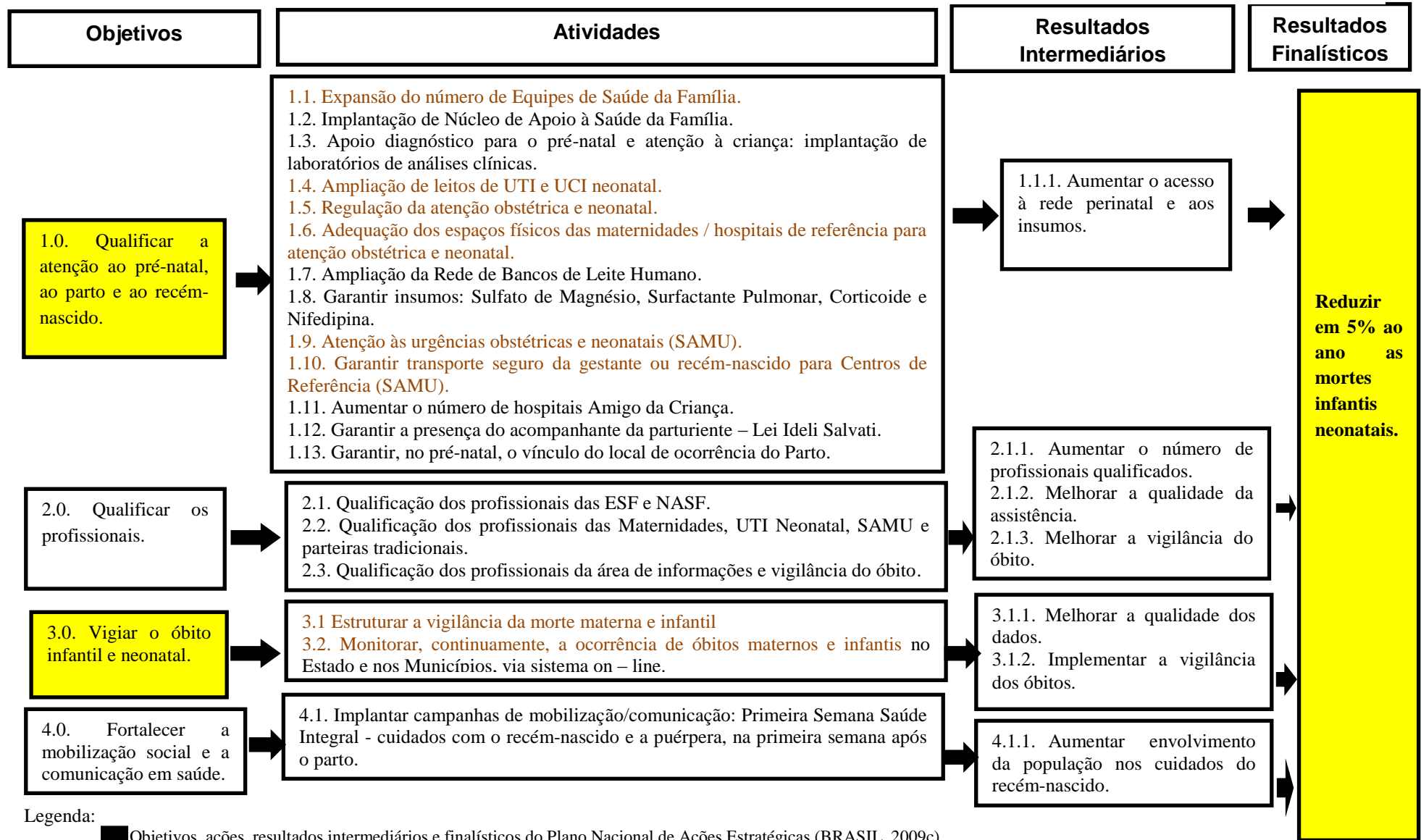
Entretanto, um informante relatou que obteve informações e que houve uma programação, mas não participou diretamente da construção e não teve acesso ao plano de redução da mortalidade infantil neonatal, apesar de estar trabalhando na saúde, no município de Poconé, desde 2009. Outro informante relatou que participou da primeira reunião dessa programação e que a construção do plano ficou sob a responsabilidade da secretaria municipal de saúde.

Foi feito alguma programaçãozinha. Foi realizado parece que um plano, mas eu não tive acesso a ele (PG01).

Na verdade a gente teve assim, uma reunião sobre o pacto de mortalidade infantil aqui em Poconé, mas assim .quem realmente participou do pacto, das metas e da parte da estrutura burocrática foi o pessoal da secretaria de saúde. Geralmente, assim, como eu tenho muitos compromissos acabo não participando de todas as reuniões, mas das metas mesmo de ambulatório (PP15).

Tendo como referência o modelo lógico da intervenção, estabelecido no Plano Nacional de Ações Estratégicas (BRASIL, 2009c), os principais objetivos, metas e ações estratégicas identificados pelos informantes-chave de Cuiabá e Poconé são apresentados nas figuras 6 e 7, respectivamente.

Figura 6 - Modelo Lógico de Intervenção: objetivos, metas e ações identificados pelos informantes-chave da SMS de Cuiabá, 2013.

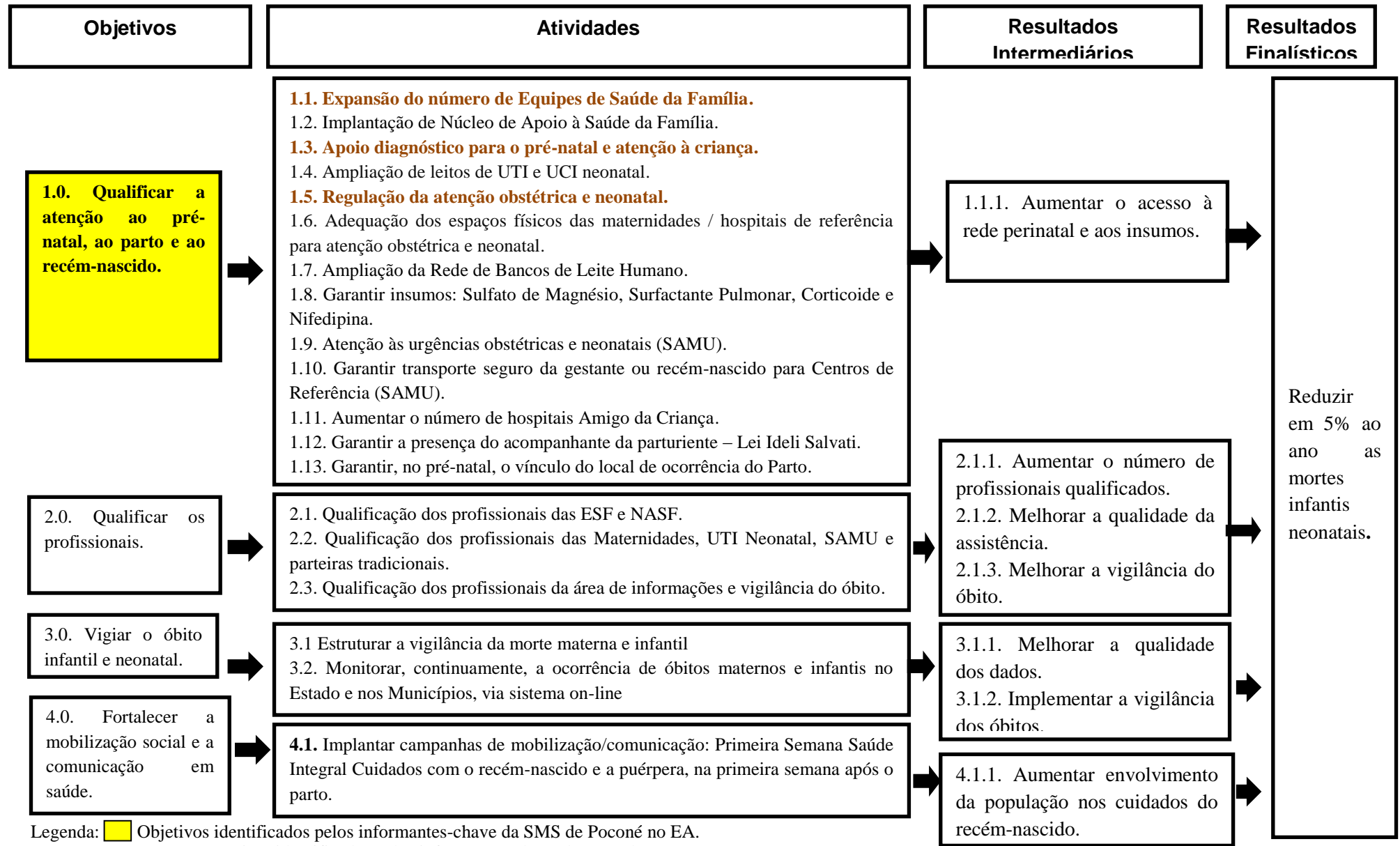


Legenda:

■ Objetivos, ações, resultados intermediários e finalísticos do Plano Nacional de Ações Estratégicas (BRASIL, 2009c).

■ Objetivos, atividades e meta do resultado finalístico do Plano Nacional de Ações Estratégicas evidenciados pelos informantes-chave da SMS de Cuiabá.

■ Ações estratégicas identificadas pelos informantes da SMS de Cuiabá no EA.



Legenda:  Objetivos identificados pelos informantes-chave da SMS de Poconé no EA.  
 Ações estratégicas identificadas pelos informantes-chave da SMS de Poconé no EA.  
 Objetivos, ações, resultados intermediários e finalísticos do Plano Nacional de Ações Estratégicas (BRASIL, 2009c).

#### 4.2.2 O modelo causal e de intervenção: as causas e a proposta de intervenção dos municípios-caso

Quanto às causas da mortalidade infantil neonatal, no **município de Cuiabá**, parte dos informantes (n = 2) afirmou que essas mortes são determinadas por fatores socioeconômicos, por dificuldades no acesso aos serviços de saúde e falta de cuidados adequados oferecidos aos recém-nascidos nos hospitais, durante as primeiras horas de vida.

Acredito que sejam problemas socioeconômicos [...] boa parte das pessoas não são muito esclarecidas, são de cultura baixa, não tiveram acesso à educação. Às vezes pertencem a famílias desestruturadas, famílias que a mãe dessa gestante teve 4 filhos e cada um com parceiros diferentes. Às vezes o próprio parceiro a agredia, ou usava substâncias entorpecentes, o álcool e o cigarro. Aí a gestante que cresceu naquele meio, acaba aceitando isso como uma condição normal e acaba aceitando isso para ela[...] Às vezes, não aceita a orientação da unidade. Às vezes, não se preocupa. Descobre tardiamente a gestação. Tem comportamento de risco; às vezes, tem múltiplos parceiros, nem se preocupa, só vai descobrir que está grávida no final da gravidez, desconhecimento mesmo [...] Mas eu atribuo muito a essa questão do fator socioeconômico e a falta de acesso aos serviços (CG32).

Eu acredito que entra nas questões dos hospitais, nas primeiras horas de vida, do cuidado desse recém-nascido. E também questões socioeconômicas. Eu acho que às vezes, a mulher não tem um preparo, não sabe como cuidar. Às vezes, o local de moradia é insalubre também. A criança já fica ali exposta às doenças que podem ser transmissíveis. Não tem o cuidado certo com o recém-nascido, não tem higiene correta. Não tem uma alimentação dessa mãe. Acho que tudo pode complicar (CG35).

A maior parte dos informantes de Cuiabá apontou como causas da mortalidade infantil neonatal, nesse município, aquelas relacionadas às características maternas, como doenças não tratadas e gestação na adolescência combinadas com pouco esclarecimento e “compromisso” com o pré-natal. Evidenciaram, principalmente, as causas ligadas diretamente ao sistema municipal de saúde, pautadas na falta de acesso da população a esse serviço, devido à baixa cobertura da atenção primária, às poucas consultas realizadas ou em consequência da baixa adesão da gestante ao pré-natal.

A baixa cobertura do Programa Saúde da Família (PSF). Acho que a gente tem de investir assim, como se fosse falar de planejamento, antes de pensar em aumentar o número de leitos, pensar em ter uma cobertura 100% de PSF. Após essa cobertura, a gente fortaleceria a secundária na sua urgência e emergência, e conseqüentemente nós não necessitaríamos de um maior número da alta complexidade porque estaria tendo uma atenção preventiva melhor, uma promoção de saúde melhor (CG36).

A baixa adesão ao pré-natal, ou, então, aquele pré-natal tardio que a pessoa inicia numa fase mais tardia e, às vezes, não evita procedimentos que poderiam ser evitados lá atrás, como simples tomar o sulfato ferroso, o ácido

fólico que evitariam algum dano, alguma lesão, alguma complicação lá na frente (CG36).

Bem, a questão da própria falta de atenção básica em alguns bairros, principalmente, em comunidades carentes; às vezes, por você ter a questão de gestantes muito jovens, praticamente adolescentes (CG32).

Olha, as causas, infecções no período perinatal. Uma das principais causas. [...] Sim, porque, assim, envolve uma assistência adequada à mulher no período pré-natal, à criança na assistência, assistência hospitalar, assistência (CG03).

Apenas um informante da SMS de Cuiabá apontou como causa da mortalidade infantil neonatal a questão da estrutura do sistema municipal, como falta de investimentos em recursos humanos e financeiros para ampliar o número de leitos. E outro informante foi enfático atribuindo as causas às falhas do sistema de saúde, demonstradas pela alta prematuridade e infecções respiratórias dos recém-nascidos, além de falta de investigação e análise dos óbitos infantis.

Muito dessa questão passa por aí, investimento na questão de setor de pessoal, médicos, enfermeiros, estrutura para poder oferecer leitos suficientes para atingir toda essa massa que está aí (CG01).

Todas aquelas que estão ligadas a prematuridade e na maior parte das vezes, as infecções por problemas respiratórias que poderiam ser atribuídas a falhas no sistema. Se você tem um parto prematuro é porque aquela gestação não chegou ao final e aí você vai ver realmente o reflexo do pré-natal que talvez não foi realizado adequadamente. [...] Com relação à assistência ao recém-nascido, volto a repetir, a gente não tem feito análise dos óbitos infantis como deveríamos fazer; se vê superficialmente a causa hospitalar e não vê o que aconteceu lá atrás (CP 04).

O monitoramento dos dados e estudos, já apresentados anteriormente no modelo causal desta pesquisa, e a caracterização do município de Cuiabá apontaram para alguns dos determinantes estruturais e intermediários das iniquidades em saúde e os determinantes proximais do sistema de saúde, que levam a produzir impacto nas condições de saúde dos recém-nascidos.

No monitoramento dos dados, observaram-se, ainda para o município de **Cuiabá**, as características maternas das cinquenta e cinco mães que perderam seus bebês no período neonatal precoce e dos cinquenta e sete recém-nascidos que foram a óbito em 2010 (Tabela 5 e 6).

Tabela 5 Características das mães que perderam seus bebês, no período neonatal precoce, em 2010, nos municípios-caso, Cuiabá e Poconé.

Variável / Municípios-caso	Cuiabá		Poconé	
	n (55)	%	n (3)	%
<b>Escolaridade</b> (55 mães em Cuiabá e 3 mães em Poconé)				
12 e + anos de estudos	09	16,3		
8 a 11 anos de estudos	34	61,8	01	33,3
4 a 7 anos de estudos	07	12,7	02	66,6
1 a 3 anos de estudos	03	5,4		
Nenhum	01	1,8		
Ignorado	01	1,8		
<b>Idade</b>				
10 a 14 anos	01	1,8		
15 a 19 anos	15	27,2	01	33,3
20 a 24 anos	12	21,8	01	33,3
25 a 29 anos	15	27,2	01	33,3
30 a 34 anos	09	16,3		
35 ou +	03	5,4		
<b>Ocupação</b>				
Trabalhador dos serviços domésticos em geral	04	7,2		
Caixas e bilheteiros (exceto caixa de banco)	02	3,6		
Outras Ocupações:	1 por	1,8		
Secretária executiva, Representante autônomo, Operadora do comércio em lojas e mercados, Professora, Enfermeira, Advogada, Dirigente do serviço público, Orientadora de ensino, Auxiliares administrativos e Técnicos em patologia clínica)	ocupação citada			
Ignorada	39	70,9	03	100,0
<b>Tipo de Gestação</b>				
Única	51	92,7	03	100,0
Dupla	04	7,2	-	-
<b>Gestação</b>				
	n (57)	%	n (3)	%
<b>(57 recém-nascidos em Cuiabá e 3 em Poconé)</b>				
< 22 semanas	02	3,5	-	-
22 a 27 semanas	20	35,0	-	-
28 a 31 semanas	07	12,2	02	66,6
32 a 36 semanas	10	17,5	01	33,3
< 36 semanas (prematividade)	39	68,4	03	100,0
37 a 41 semanas	18	31,5	-	-
<b>Tipos de Parto</b>				
Cesáreo	32	56,1	01	33,3
Vaginal	25	43,8	02	66,6
<b>Local do Parto e Ocorrência do óbito - Hospitalar</b>				
	98	98,9		100,0

Fonte: SESMT – Banco de Dados SIM/Óbitos 2010 Data de extração: 28 nov. 2012 (MATO GROSSO, 2010) e Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2013)



Tabela 6 Características dos recém-nascidos que foram a óbito, no período neonatal precoce, em 2010, nos municípios-caso, Cuiabá (n = 57) e Poconé (n = 3).

Variável / Municípios-caso	Cuiabá		Poconé	
	n	%	n	%
<b>Idade</b>				
10 a 45 min	06	10,5	-	-
1 a 23 horas	16	28,0	03	100,0
1 dia	08	14,0	-	-
2 dias	10	17,5	-	-
3 dias	06	10,5	-	-
4 dias	06	10,5	-	-
5 dias	01	1,7	-	-
6 dias	04	7,0	-	-
<b>Peso ao nascer</b>				
< 1000 g	25	43,8	-	-
1001 g a 1500 g	03	5,2	01	33,3
1501 g a 2500 g	13	22,8	01	33,3
< 2500 g	41	71,9	02	66,6
>2500 g	16	28,0	01	33,3

Fonte: SESMT – Dados SIM (2010) - Data de extração dos dados: 28 nov. 2012.

Das cinquenta e cinco mães de Cuiabá que perderam seus bebês, em 2010, no período neonatal precoce, observou-se que 61,8% dessas mães tinham de 8 a 11 anos de estudo e que 49% dessas mães eram jovens de 15 a 24 anos. Em relação à ocupação dessas mães, 70,9% de suas ocupações foram registradas como ignorada (sem registro no sistema de informação em saúde). Das 29,1% das mães que tiveram suas ocupações registradas, 7,2% das mães eram trabalhadoras dos serviços domésticos em geral e 3,6% eram caixas e bilheteiras (exceto caixa de banco) (Tabela 5).

Em relação à gestação, ao parto e às características dos recém-nascidos que foram a óbito, em 2010, observou-se que 92,7% foram gestações únicas e apenas 7,2% foram de gestações duplas. A maioria (68,4%) das gestações foi menor que trinta e seis semanas. Quase a totalidade dos partos (98,9%) foi hospitalar, sendo que 56,1 % dos partos cesáreos e 43,8% vaginais. Chamou a atenção que 28% dos recém-nascidos sobreviveram por um período de uma a vinte e três horas. A maioria sobreviveu apenas até um dia e apenas 1,7% permaneceram vivos por cinco dias. A maioria (71,9%) dos bebês que foram a óbito, nasceu com menos de dois quilos e quinhentas gramas e 98,9 % dessas mortes ocorreram no hospital (Tabela 6).

Segundo a classificação de evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE (BRASIL, 2009a), dentre os cinquenta e sete óbitos ocorridos em 2010, no município de Cuiabá, 44 óbitos neonatais precoces (77%) seriam evitáveis. Destes 57 óbitos neonatais precoces, 20 óbitos (35%) seriam redutíveis por ação de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, 13 óbitos (22,8%) seriam redutíveis por adequado controle na gravidez, 8 (14%) seriam redutíveis por parcerias com outros setores, e 3 óbitos (5,2%) seriam redutíveis por adequada atenção ao parto (Tabela 7).

As principais causas evidenciadas pelos informantes-chave da SMS de Cuiabá e informações encontradas em relação à causalidade da mortalidade infantil neonatal estão rerepresentadas no modelo causal na figura 8.

Tabela 7 Distribuição de óbito neonatal precoce ocorrido em 2010, segundo classificação de causas\* e CID 10, nos municípios-caso selecionados, Cuiabá e Poconé. Mato Grosso, Brasil/2010.

Classificação de causas e CID 10	Cuiabá		Poconé	
	n	%	n	%
<b>Redutíveis por Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento Precoce</b>				
P240 – Aspiração neonatal de mecônio	04	7	-	-
P369 – Septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido	04	7	-	-
P285 – Insuficiência respiratória do recém-nascido	02	3,5	-	-
P219 – Asfixia ao nascer, não especificada.	02	3,5	-	-
P269 Hemorragia pulmonar não especificada original no período perinatal	02	3,5	-	-
P293 – Persistência da circulação fetal	02	3,5	-	-
P700 – Síndrome de filho de mãe com diabetes gestacional	01	1,7	-	-
P280 – Atelectasia primária do recém-nascido	01	1,7	-	-
P284 – Outras apneias do recém-nascido	01	1,7	-	-
P709 – Transtorno transitório não especificado do metabolismo do carboidrato	01	1,7	-	-
P832 – Hidropisia fetal não-derivada de doença hemolítica	-	-	01	33,3
<b>Subtotal</b>	<b>20</b>	<b>35</b>	<b>01</b>	<b>33,3</b>
<b>Redutíveis por Adequado Controle na Gravidez</b>			o	
P070 – Recém-nascido com peso muito baixo	07	12,2	-	-
P011 – Recém-nascido afetado por ruptura pré-materno da membrana	03	5,2	-	-
P072 – Imaturidade extrema	02	3,5	-	-
P012 – Afetados por oligohidramio	01	1,7	-	-
P017 – Recém-nascido afetado por apresentação anormal antes do trabalho de parto	-	-	01	33,3
<b>Subtotal</b>	<b>13</b>	<b>22,8</b>	<b>01</b>	<b>33,3</b>

Continua...

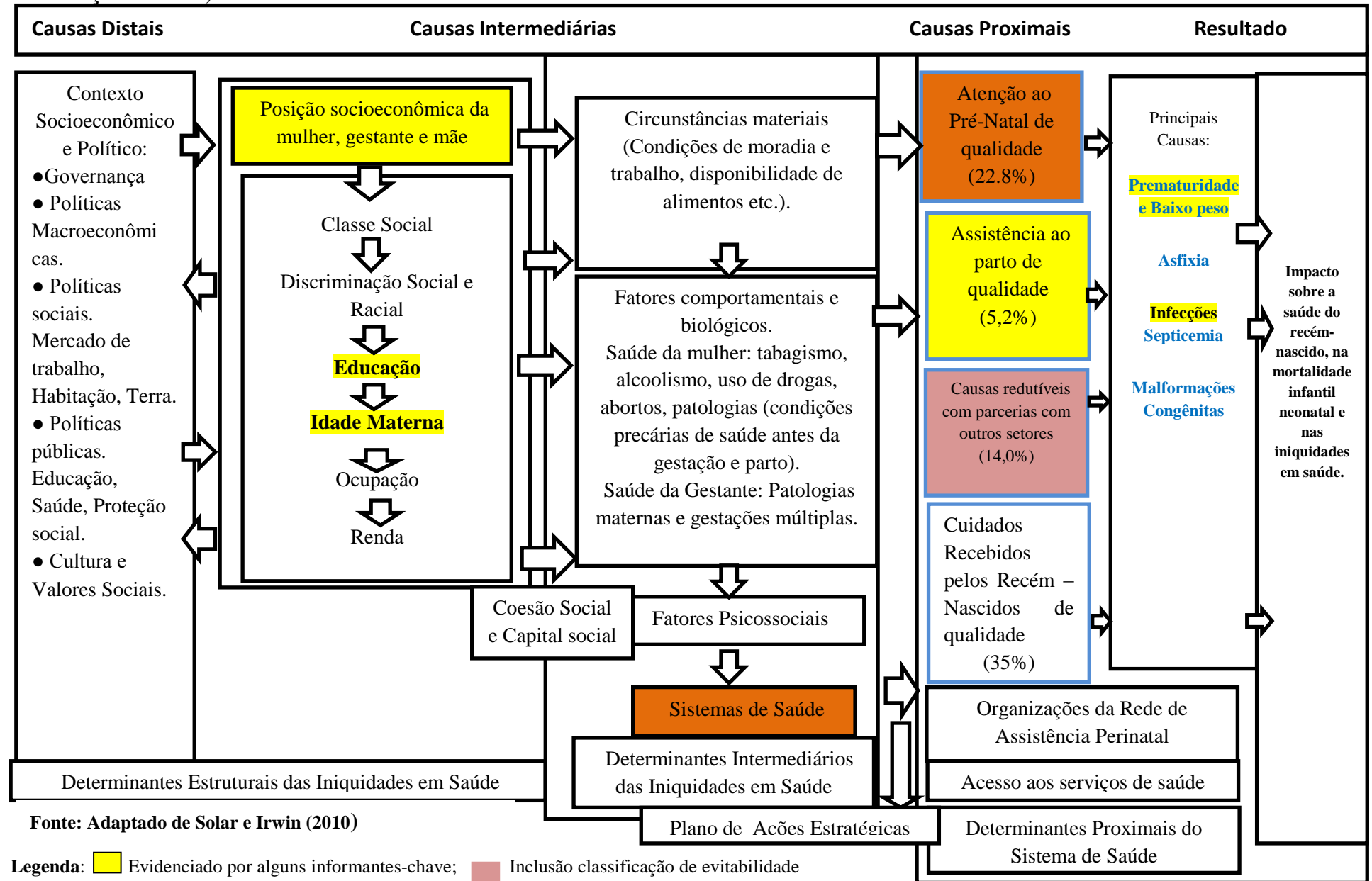
Tabela 7 Distribuição de óbito neonatal precoce ocorrido em 2010, segundo classificação de causas\* e CID 10, nos municípios-caso selecionados, Cuiabá e Poconé, Mato Grosso, Brasil/2010.

Classificação de causas e CID 10	Cuiabá		Poconé	
	n	%	n	%
<b>Redutíveis através de parcerias com outros setores</b>				
Q249 – Malformação não especificada do coração	02	3,5	-	-
Q391 – Atresia do esôfago, com fistula traqueoesofágica.	01	1,7	-	-
Q790 – Hérnia diafragmática congênita	01	1,7	-	-
Q225 – Anomalia de Ebstein	01	1,7	-	-
Q213 – Tretalogia de Fallot	01	1,7	-	-
Q793 – Gastroquinase	01	1,7	-	-
Q256 – Estenose da artéria pulmonar	01	1,7	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>08</b>	<b>14,0</b>	-	-
<b>Redutíveis por Adequada Atenção ao parto</b>				
P021 – Feto ou recém-nascidos afetados por outras formas de deslocamento da placenta e hemorragia.	02	3,5	-	-
P159 – Traumatismo do parto não especificado	01	1,7	-	-
P028 – Recém-nascido afetado por outras anomalias da membrana	-	-	01	33,3
<b>Subtotal</b>	<b>03</b>	<b>5,2</b>	<b>01</b>	<b>33,3</b>
<b>Redutíveis por imunoprevenção</b>	-	-	-	-
<b>Causas Não Evitáveis</b>				
P220 – Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	03	5,2	-	-
Q897 – Malformação congênita múltiplas, não classificada em outra parte	02	3,5	-	-
Q000 – Anencefalia	02	3,5	-	-
Q899 – Malformação congênita não especificada	01	1,7	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>08</b>	<b>14</b>	-	-
<b>Causas Mal definidas</b>				
P968 – Outras afecções especificadas originadas no período perinatal	04	7	-	-
P969 – Afecções originadas no período perinatal não especificada	01	1,7	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>05</b>	<b>8,7</b>	-	-
<b>Não Classificadas</b>	-	-	-	-
<b>Total de óbitos neonatais precoce</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>03</b>	<b>100</b>

Fonte: Banco de dados: SIM (2010), Data de extração: 28 nov. 2012.

Legenda: \* classificação da Fundação SEADE (BRASIL, 2009a).

**Figura 8 – Modelo Lógico Causal da Mortalidade Infantil Neonatal, segundo informantes-chave da SMS de Cuiabá e Sistema de Informação. Cuiabá, 2013.**



Em **Poconé**, parte dos informantes-chave (n = 2) aponta a pobreza, a dificuldade de acesso da população da zona rural aos serviços de saúde e as características do sistema local de saúde, como as principais causas da mortalidade infantil neonatal no município.

Essas características relacionam-se, principalmente, com a falta e a dependência dos repasses dos incentivos financeiros do governo estadual e federal para o sistema público de saúde local. O atraso e a falta de recursos financeiros contribuem para prejudicar o planejamento e o orçamento do município para a realização de suas ações de saúde. A ausência de informações também foi citada por um dos informantes como uma das dificuldades para a compreensão das causas dessas mortes, já que existe relativa assistência para o pré-natal, parto e os cuidados ao recém-nascido, no município.

Um dos graves problemas na minha avaliação e que é de toda a baixada cuiabana é a pobreza [...] então você tem mães que não conseguem ter uma gravidez saudável do ponto de vista da alimentação, do ponto de vista dos cuidados básicos com essa criança [...] eu acho que a falta de planejamento mesmo de uma política pública e aí até por falta de recursos financeiros também; porque, às vezes, o gestor quer fazer um milhão de coisas, mas, infelizmente, ele não tem dinheiro para isso. [...] E se fosse da nossa vontade, por exemplo, esse centro de especialidade estava de pé com uma máquina de ultrassonografia, com médicos especializados com especialidades próprias para a gente fazer a política pública, mas como isso demanda dinheiro; e dinheiro a baixada cuiabana infelizmente não tem. Noventa por cento do meu orçamento é oriundo de repasse, de transferência. Isso é muito ruim porque você fica extremamente dependente das outras esferas de governo com o orçamento engessado desse jeito. Como você vai fazer o planejamento de recurso se a transferência geralmente já vem carimbada? [...] assim eu ainda preciso de muito subsídio, de informação da minha equipe técnica, mas é uma coisa que, visivelmente, eu consigo já detectar. Por que a pessoa faz, a mãe faz o pré-natal, faz o acompanhamento, tá tudo certo, tá tudo ok, chega no parto a criança morre, por quê? (PG10).

É são várias as causas que a gente tem para um alto índice de mortalidade na região. A maioria da nossa população é de zona rural. Então, muitas vezes as crianças ficam com a vacina atrasada, o aleitamento materno logo não é tão intensificado pela falta de acesso dos agentes comunitários, da enfermeira do PSF até a casa dessas pessoas e aí pela dificuldade de saneamento básico e água tratada. Às vezes, acabam dando leite inadequado, de forma inadequada e agravando a mortalidade infantil (PP15).

As deficiências do sistema de saúde local como a falta de uma organização da assistência à gestante, a ausência de protocolos clínicos no pré-parto e o número

reduzido de médicos, no momento do parto, são apontadas como as maiores causas dos óbitos neonatais por outra parte dos informantes.

Muita falha na questão do pré-parto [...] A gente ouviu muitos relatos [...] o paciente fica nessa [...] não tem assim um fluxo determinado [...] a gestante depois de tantas semanas ela tem que ir já procurar para agendar o parto, a gente não tem um fluxo assim no papel. [...] a gente sabe que a gestante vai...então ela chega no pronto atendimento, e a gente ouviu muito relato que gestante fica nesse vai e vem. O médico fala “- ah!, não está na hora e vai para casa”[...] e aí, às vezes, eu já vi relato que ultrapassa o momento do nascimento [...] e se ela está internada e muitas vezes também fica esperando esse momento dos sinais do parto e acaba tendo uma demora. [...] porque, assim, na realidade, a gente tem dois ginecologistas no município, mas [...] muitas vezes ele não está no hospital, assim os sete dias da semana, 24hs. Se ele estiver na cidade muitas vezes liga, mas se ele não estiver, se ele precisar viajar por alguma coisa a gente não tem assistência de ginecologista no município (PG01).

Com relação às causas ligadas diretamente ao sistema de saúde municipal, todos os informantes relacionam os fatores ligados ao momento do pré-parto e parto como os principais para a mortalidade neonatal. Destacam a captação tardia das gestantes para realização do pré-natal, principalmente, para aquelas que escondem a gravidez ou as gestantes da zona rural com dificuldade de acesso.

Você tem minimamente um ultrassom, um acompanhamento do profissional da unidade básica de saúde da família e tem depois o acompanhamento do obstetra no centro de especialidades. Há tudo isso antes de ir para o parto. Então, se você faz e por menor que seja esse acompanhamento e detecta uma irregularidade, uma anormalidade, como justifica, então, na hora do parto esse bebê vir a óbito? Não sei, é uma coisa para a gente pensar. (PG10).

Existe, não sei se é questão cultural e se isso tem em outros municípios. Assim, muitas vezes ela esconde a gravidez. Ela busca a unidade já tarde. Muitas vezes, a gente tem aqui comunidade, fazenda que é longe, de difícil acesso. Muitas vezes, ela procura a assistência já no final, no parto. A gente ainda tem essas pessoas, então, isso já é um problema (PG01).

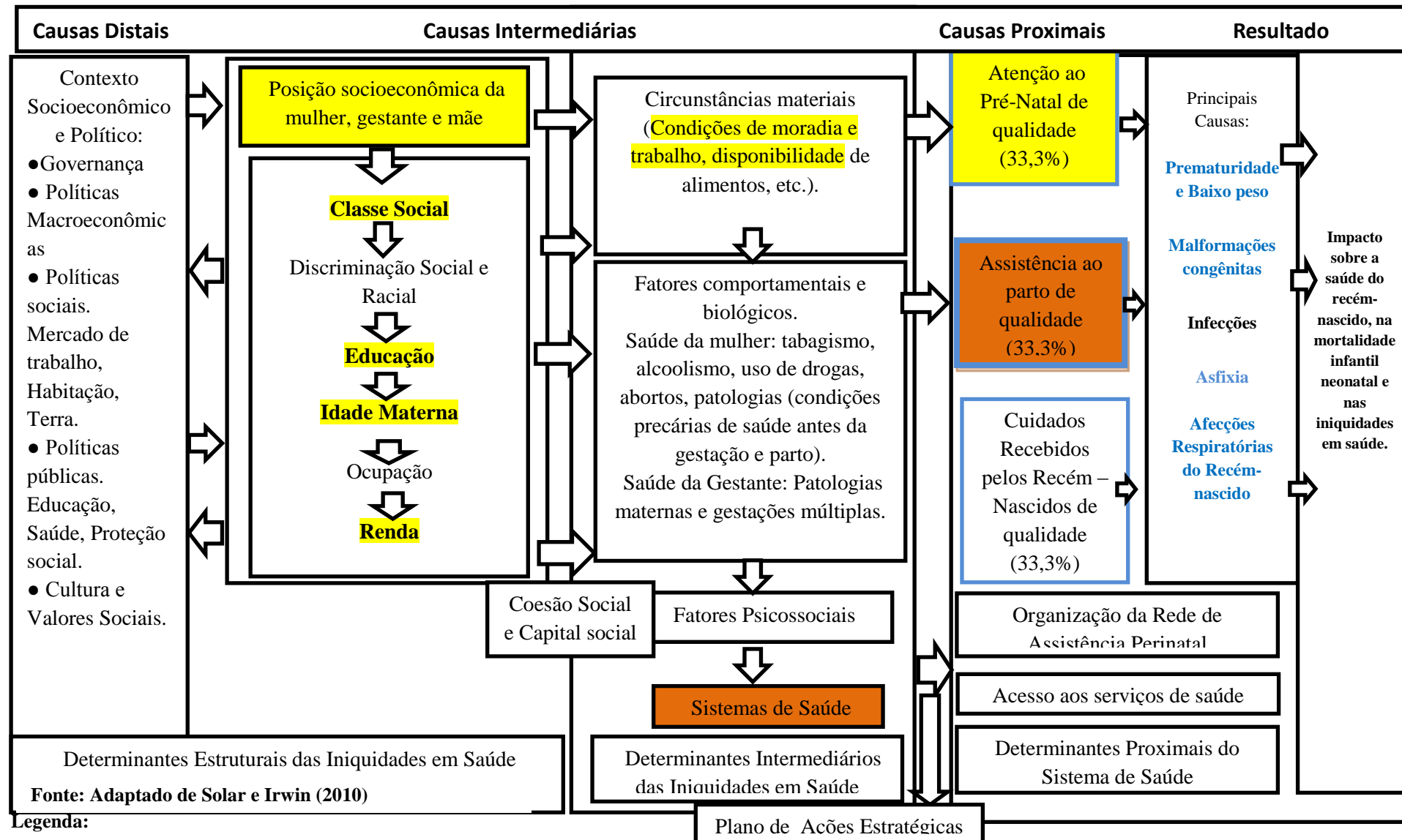
Eu acho assim, como eu falei antes, que assistência básica deveria realizar um pré-natal um pouco mais precoce, as mulheres serem acolhidas um pouco mais precoce e em relação ao parto falta mesmo é profissionais (PP15).

Em relação aos dados encontrados no sistema de informação de mortalidade quanto às características das três mães (n = 3) de Poconé que perderam seus bebês, em 2010, no período neonatal precoce, observou-se que duas delas (66,6%) tinham de 4 a 7 anos de estudo, e todas estavam com idade entre 15 a 29 anos, com ocupação ignorada (Tabela 5).

Com relação à gestação, ao parto e às características dos três recém-nascidos que foram a óbito, em 2010, evidenciou-se a totalidade com gestações únicas. A maioria (66,6%) das gestações durou de 28 a 31 semanas e foram partos vaginais (66,6%). Todos os partos foram hospitalares (Tabela 5). Os recém-nascidos que foram a óbito permaneceram vivos de 1 a 23 horas. A maioria (66,6%) apresentou peso ao nascer menor que dois quilos e quinhentos gramas. Todos os óbitos ocorreram no hospital (Tabela 6).

Segundo a classificação de evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE (BRASIL, 2009a), os três óbitos neonatais precoces (100%) ocorridos, em 2010, no município de Poconé seriam evitáveis. Desses, 33,3% seriam redutíveis por adequado controle na gravidez, 33,3% por adequada atenção ao parto, e 33,3% por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce ao recém-nascido (Tabela 7). O modelo causal destaca essas informações e está representado na figura 9.

**Figura 9 – Modelo Lógico Causal da Mortalidade Infantil Neonatal, segundo informantes-chave da SMS de Poconé e Sistema de Informação. Poconé, 2013.**



Legenda:

- Evidenciado por parte dos informantes-chave e pelos dados encontrados
- Demais evidências encontradas nos diversos estudos
- Evidenciado por todos informantes-chave
- Encontrado na classificação de evitabilidade
- Encontrado no sistema de informação em saúde (2010)



### **4.2.3 A intervenção para redução da mortalidade infantil neonatal nos municípios-caso: a percepção dos informantes-chave e a proposta municipal**

A grande maioria dos informantes-chave da SMS de **Cuiabá** apontou diferentes intervenções que poderiam contribuir com a redução da mortalidade infantil neonatal sobre a responsabilidade do sistema de saúde municipal como a ampliação da rede de assistência para garantir o acesso à atenção básica, o aumento de leitos nas maternidades e de unidades de tratamento intensivo, a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o aumento da oferta e o tipo de exames de ultrassom.

A capacitação das equipes de saúde da família, o trabalho em equipe com respeito mútuo e um fluxo bem aceito e respeitado com a participação dos profissionais de saúde e comunidade foram também enfatizados. A necessidade de uma gestão focada em resultados com planejamento e orçamento trabalhados conjuntamente foram apontados como fundamentais para o município de Cuiabá.

Uma estrutura que dê acesso aos serviços e que tenha condições de ser acompanhada. A captação precoce da gestante, acompanhamento, encaminhamento no momento certo do parto, acompanhamento adequado, a questão de leito, que não falte leito hospitalar, leito na UTI. Então, isso é fundamental para que não ocorram tantos óbitos (CG03).

Bem, além da ampliação das unidades, ampliação da cobertura da atenção básica, seria capacitar as equipes que ali trabalham para poder estar vendo e percebendo isso (CG32).

Se a gente conseguisse colocar o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), por exemplo, que pode ter uma especialidade dentro do NASF, profissional pediatra, para quando as unidades básicas não estivessem conseguindo fechar o diagnóstico, não estivessem conseguindo tratar, acompanhar aquela criança, já teria um profissional especializado pronto para isso, ampliar o acesso às consultas. [...] Se a gente conseguisse ampliar os exames de ultrassom, porque assim, a gente não faz o morfológico, que era ideal fazer o morfológico. [...] Se tivesse uma maternidade nossa, para a gente, faria muita diferença! (CG35).

Acho que tem de enfrentar o desafio e chamar todo mundo para participar, a comunidade, a classe médica, o profissional de saúde, todos os envolvidos para que a intervenção tenha resultado (CG36).

Você vai focar em resultados e vai priorizar as ações. Sabemos que o recurso não é suficiente para saúde. Então, é preciso ter um planejamento ligado com a questão orçamentária, coisa que não fizeram aqui. Antes o orçamento era desvinculado do planejamento e vinculado ao financeiro. Isso eu acho que em termos de planejamento é errado. Tem de estar o orçamento colado com o planejamento para que se possa planejar de forma correta e colocar nos setores pessoas que estejam realmente imbuídas em focar nos resultados (CG01).

O Plano Municipal de Ações Estratégicas para a redução da mortalidade infantil neonatal, apresentado pela SMS de Cuiabá, indicava implementar e estruturar a rede de assistência perinatal, a vigilância do óbito infantil e neonatal e a capacitação dos profissionais por meio da educação na saúde (CUIABÁ, 2009).

Esse plano, para implementar a rede de assistência perinatal, propôs como subações e metas, equipar e dar suporte de manutenção a todos os equipamentos, em todas as unidades, nos três níveis de atenção; e, adequar espaço físico de acordo com as necessidades das unidades de saúde. Além disso, apontava disponibilizar recursos humanos para os três níveis de atenção e capacitar, no mínimo, 80% dos profissionais de saúde envolvidos nas ações. Indicava, ainda, ampliar leitos de UTI, organizar 100% do fluxo de referência e contrarreferência no município e implantar, no mínimo, quatro Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Para a vigilância do óbito infantil e neonatal propos criar a comissão hospitalar de óbito materno infantil em 100% dos hospitais do município, aumentar a cobertura e qualidade do SIM e SINASC por meio de diferentes estratégias, capacitar 100% dos agentes comunitários de saúde para o preenchimento das planilhas e monitoramento dos óbitos, aumentar o número de funcionários efetivos na gerência de vigilância do nascimento e óbitos e investigar 80% ou mais dos óbitos maternos e infantis.

Para implementar a educação na saúde, o plano propôs, ainda, capacitar, no mínimo, 80% das Equipes de Saúde do município para realizar o acompanhamento do pré-natal, do parto e puerpério de baixo risco e implementar o protocolo de atenção ao parto, pré-natal, puerpério e recém-nascido.

Em relação às ações estratégicas que foram estabelecidas e realizadas, a maioria dos informantes-chave da SMS de Cuiabá (n = 4) relatou conhecer, principalmente, as ações do setor onde estavam lotados à época e destacaram que conseguiram realizar algumas das ações a partir de 2010.

Dentre essas ações realizadas os informantes destacaram a expansão de mais duas equipes de saúde da família, bem como a previsão de entrega de estruturas físicas de unidades básicas de saúde para implantação de mais quinze equipes. Além disso, houve reposição parcial de equipamento e material, com ampliação e reforma de algumas unidades básicas de saúde.

Os informantes relataram, ainda, que houve carência de médicos no período compreendido entre 2009 e 2010, mas que, atualmente, todas as equipes de saúde da família têm esse profissional. As capacitações não têm sido realizadas com frequência. A única capacitação realizada para um número reduzido de profissionais foi a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDUPI). Não houve ampliação dos leitos nas maternidades e as UCI's e UTI's diminuíram com o fechamento da maternidade e UTI do Pronto Socorro Municipal de Saúde de Cuiabá, o que vem sendo renegociado com os hospitais. O transporte sanitário é realizado pelo Estado e pelo município sem ainda uma política pactuada na CIB.

De 2008 foram trabalhadas 25 unidades novas. De 2010 para cá foram só duas, que eram centros de saúde. [...] consegue material, consegue, mas também não é rápido, falta. Esse dia estava sem o sonar. Agora que a gente conseguiu o sonar da UPA que veio para básica. Aí veio agora a emenda do Pedro Taques e a gente conseguiu comprar materiais para as unidades. Contempla materiais também de pré-natal, de balança para pesar bebê, toda essa parte de pré-natal e criança. [...] Espaço físico também gera recurso. Fomos contemplados para reforma, construção e ampliação. Já foi feito reforma de 21 unidades no ano passado. Aí, agora, a construção de mais 5 estruturas com capacidade para 15 equipes de saúde da família. Porque assim, não é tão rápido para conseguir as coisas (CG35).

Infelizmente o Estado e os municípios, ainda, não têm uma política de transporte sanitário. Ela é à revelia, é pactuado conforme uma demanda emergencial (CG36).

Com relação à vigilância do óbito, houve criação parcial das comissões hospitalares de óbito materno infantil. Há, ainda, pouca adesão por parte das equipes de atenção primária para a vigilância do nascimento e óbito. A equipe técnica da gerência de vigilância de nascimento e óbito foi ampliada e o óbito materno vem sendo investigado nas três etapas (hospitalar, assistencial e domiciliar). Para o óbito infantil apenas está sendo realizada a investigação hospitalar.

Isso não foi feito em todos os hospitais, mas houve um avanço nesse período. Tem comissões no Hospital Geral, no Santa Helena e no Júlio Muller tem o núcleo hospitalar de epidemiologia que não foi criado pela secretaria, foi uma iniciativa da própria instituição[...]vamos colocar do Hospital Santa Helena, hospital amigo da criança, então, isso cumpre-se um protocolo em ter uma comissão hospitalar lá dentro[...] quando eu faço a busca ativa, quando eu cruzo, quando eles mandam para mim, eu vou cruzar no sistema, vejo só de algumas áreas. Se eu for pontuar hoje tem 3 equipes que fazem isso. De 62 equipes, eu tenho 3 ou 4 que fazem e enviam essa planilha de nascimento e óbito.[...] a equipe foi ampliada, veio enfermeiros, técnicos de enfermagem. Na época, os investigadores, a investigação de óbitos era feito por pessoal administrativo, pessoal da recepção que fazia investigação. Hoje eu tenho 4 técnicos de enfermagem, 02 enfermeiros que fazem essa investigação.[...] O óbito infantil, eu posso dizer que faltou informação para o comitê concluir.

Agora o óbito materno, como o número é menor, ele foi investigado nas 3 etapas (CG03).

Observou-se, ainda, nos instrumentos de gestão ligados ao planejamento, como o Plano Municipal de Saúde para o período de 2010 a 2013 (CUIABÀ, 2010a), os Planos de Trabalho Anual referentes a 2010, 2011 e 2012 (CUIABÁ, 2010b, 2010c, 2011a), os Relatórios de Gestão Anual/RAG (CUIABÁ, 2010d, 2011b, 2012a) e o Plano Estratégico do Município de Cuiabá para o período de 2012 a 2019 (CUIABÀ, 2012b) que existe um compromisso de reduzir a mortalidade infantil neonatal traduzido por meios dos objetivos, diretrizes, medidas, metas estratégicas e táticas, ações e procedimentos, e indicadores. Esses documentos demonstram que houve ações priorizadas e executadas na totalidade, ou parcialmente, ou não executadas, com resultados de metas alcançadas no todo ou em parte, reafirmando o que foi evidenciado pelos informantes-chave.

Reduzir em 7,2 % ao ano a mortalidade materna e, em 5,0% ao ano, a mortalidade neonatal (CUIABÁ, 2010a).

Meta programada: 64,0% dos Nascidos Vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal (SINASC), e Meta realizada: 66,6% nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal (CUIABÁ, 2010b).

Implementar a Rede Cegonha (CUIABÁ, 2012b).

Outras ações, efetivadas no município de Cuiabá, contribuíram com o resultado finalístico do plano municipal de ações estratégicas, como a qualificação das maternidades, realizada e coordenada pelo Ministério da Saúde, no período de 2009 a 2010, como parte do pacto da Amazônia Legal e Nordeste.

O relatório final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste traz uma síntese das ações (dentre pactuações com a diretoria do hospital, fóruns, capacitações para os profissionais em neonatologia e outras) realizadas em apenas uma das maternidades de Cuiabá, o Hospital Santa Helena, referência Estadual e municipal conveniada ao SUS, com maior número de nascimentos e de óbitos. Esse apontou que houve redução na taxa de mortalidade infantil e estabilização na razão de mortalidade materna nesse hospital, a partir da efetivação das ações estabelecidas por esse plano. O Hospital Santa Helena tornou-se um hospital amigo da criança a partir dessa intervenção (BRASIL, 2012a).

O Hospital Santa Helena apresentou taxa de mortalidade infantil de 10,0, em 2009; 9,0, em 2010 e, 8,0, em 2011 (BRASIL, 2012a p.58).

O Hospital Santo Heleno apresentou razão de mortalidade materna de 3,0, em 2009 e 2010; e, 4,0, em 2011 (Brasil, 2012a p. 65).

Além disso, o Ministério da Saúde disponibilizou equipamentos (incubadoras) para o SAMU.

Avaliações em áreas críticas da intervenção, principalmente, direcionadas para a qualidade da assistência prestada pelo pré-natal, parto e puerpério e cuidados com o recém-nascido e a qualidade das capacitações recebidas foram recomendadas pelos informantes-chave. Um informante destacou que essas avaliações deveriam ocorrer, conjuntamente, com as ações desencadeadas pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano.

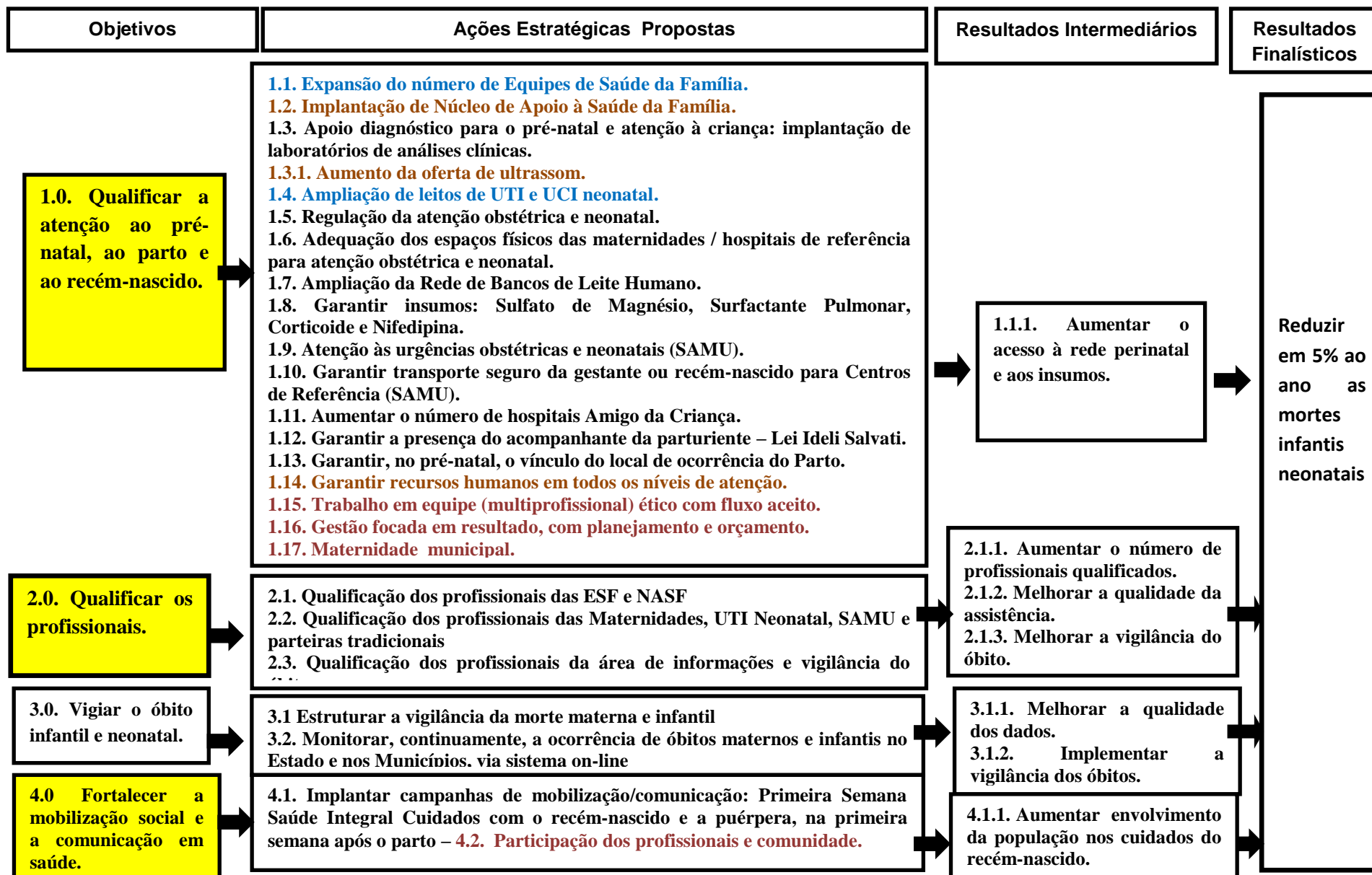
Então, avaliar bem as ações, os investimentos na atenção primária, a prevenção, o cuidado com a mãe, com a criança (CG03).

Do plano que você fala? Eu acho a questão da capacitação dos profissionais voltadas para o atendimento (CG35).

Eu acredito que essa intervenção, ela seria melhor avaliada a partir do momento que fosse algo multidisciplinar não ligada apenas à saúde e fosse também direcionada pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano. Envolver o CRASS para poder estar trabalhando toda a questão porque o problema não é realmente apenas a saúde. Acaba registrando na saúde, já que são indicadores de saúde, mortalidade neonatal, mortalidade materna, mas tudo que leva, não é só relacionada à saúde. A saúde acaba sendo o fim, mas tem toda uma estrutura por trás (CG32).

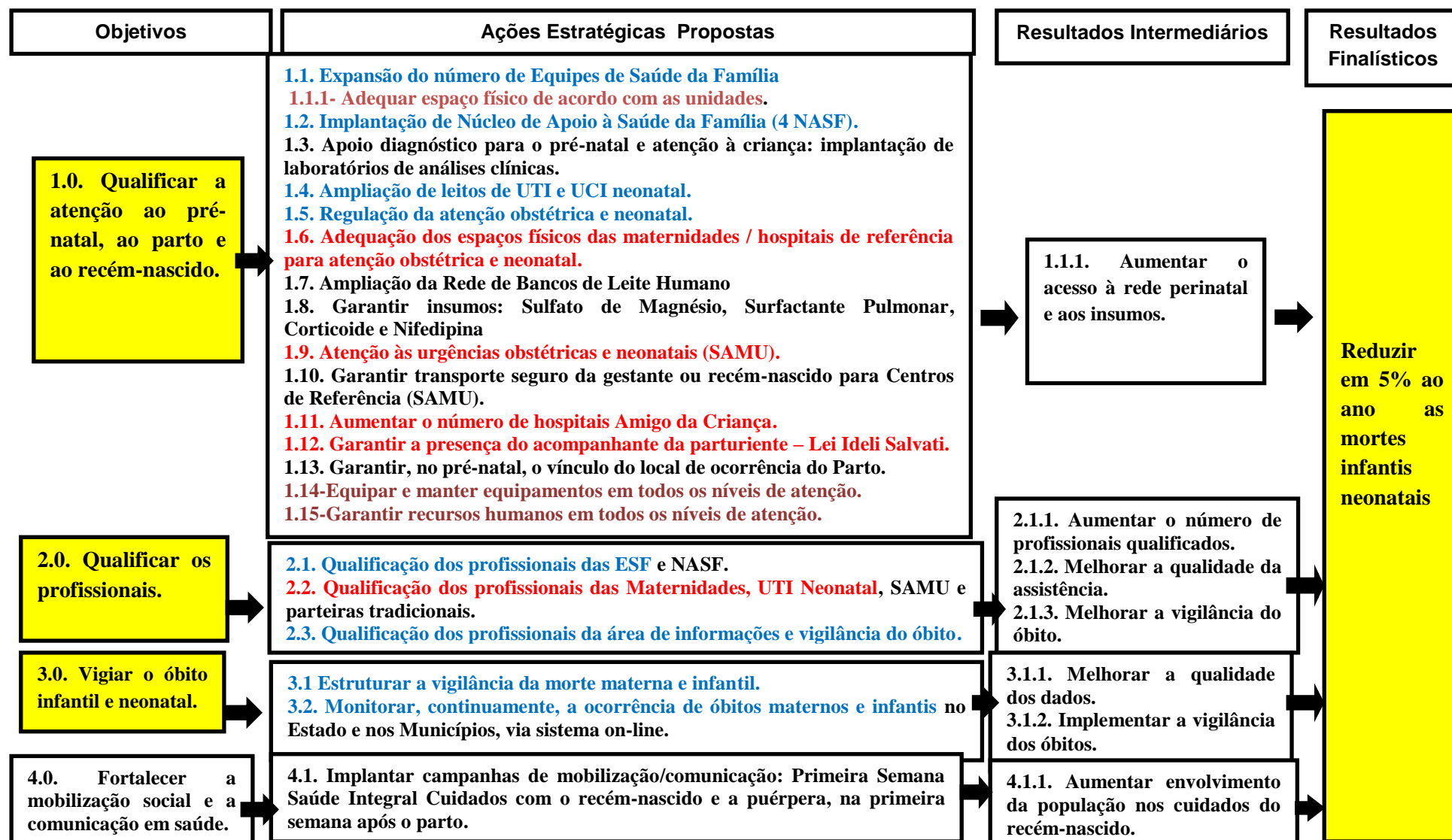
Assim, tendo como imagem-objetivo as ações estratégicas estabelecidas no Plano Nacional de Ações Estratégicas (BRASIL, 2009c), essas principais intervenções, apontadas pelos informantes-chave para o enfrentamento do problema e as disponibilizadas pelo Plano Municipal de Ações Estratégicas (CUIABÀ, 2009), estão apresentadas nas figuras 10 e 11.

Figura 10 - Modelo Lógico de Intervenção: a proposta de intervenção para enfrentamento do problema, segundo informantes-chave da SMS de Cuiabá – 2013.



Legenda: ■ Proposto no Plano Nacional de Ações Estratégicas (BRASIL,2009c); ■ Ações propostas no Plano Nacional de Ações Estratégicas e evidenciadas pelos informantes-chave de Cuiabá; ■ Proposto pelos informantes-chave para enfrentamento do problema.

Figura 11 - Modelo Lógico de Intervenção: a proposta da SMS de Cuiabá, segundo Plano Municipal de Ações Estratégicas para Redução da Mortalidade Neonatal (2009).



Legenda: ■ Proposto no Plano Nacional de Ações Estratégicas; ■ Proposto no Plano Nacional de Ações Estratégicas e Plano Municipal de Ações Estratégicas; ■ Proposto no Plano Municipal de Ações Estratégicas (inclusão municipal); ■ Proposto no Plano Nacional de Ações Estratégicas e executado pelo Ministério da Saúde e SESMT, no município de Cuiabá.

Em **Poconé**, parte dos informantes-chave evidenciou, como ações de intervenção para o enfrentamento da mortalidade infantil neonatal, a necessidade de combater a pobreza, bem como ampliar e melhorar a qualidade da assistência com avaliações para identificar as causas e provocar mudanças no sistema de saúde local.

Vou ao ponto da gestão como um todo, combater a pobreza de forma enérgica, de forma radical para tentar elevar o mínimo que seja da qualidade de vida, da condição de vida dessas pessoas e, realmente, fazer uma cirurgia clínica com relação à parte médica [...] Bom, a gente poderia ampliar o atendimento para dar de fato um acompanhamento digno com qualidade que essas mães merecem. [...] O que está errado? Por que está acontecendo isso? Por que esse índice está alto na hora do parto, por exemplo? [...] Então, provocar essa reflexão mesmo para gente poder e ter garantia de que isso vai se alterar (PG10).

Outras propostas de intervenções, para enfrentar o problema ligado ao sistema municipal de saúde de Poconé, foram apresentadas, como as descritas a seguir:

Eu acho que a gente teria que ter um ginecologista no pronto atendimento, um platonista. [...] um protocolo que toda gestante de alto risco já fosse referenciada no momento do parto para maternidade que a atenderia. No meu pensamento não fizesse o parto dessa gestante de alto risco no município, visto que a gente não tem UTI (PG01).

No Plano Municipal de Ações Estratégicas de Poconé, as intervenções pautaram-se em qualificar a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido e a educação na saúde (POCONÉ, 2009).

As ações estabelecidas no Plano Municipal de Ações Estratégicas, para qualificar a assistência à saúde, foram: reformar e adequar as Unidades Básicas de Saúde da Família existentes, adequar a sala de estabilização do pronto atendimento médico com aquisição de equipamentos e contratação de profissionais enfermeiros, e adequar a sala de pré-parto e alojamento conjunto do hospital. Para a educação na saúde, a prioridade foi capacitar os profissionais de saúde em pré-natal e parto de baixo risco; e, em urgência e emergência, os profissionais das equipes de saúde da família, do pronto atendimento médico e do hospital local.

Apesar de relatarem não conhecer o plano municipal de ações estratégicas, os informantes de Poconé apontaram quais ações vem sendo realizadas, como as verticalizadas da Rede Cegonha e a ampliação da equipe multidisciplinar no centro de especialidades.



Até agora, a gente tem separado os programas que são verticalizados, ou seja, os que já vêm prontos do Ministério, como a Rede Cegonha, por exemplo, e têm usado recursos das ações das especialidades regionais também para fazer esse acompanhamento. Inclusive, colocamos à disposição no centro de especialidades, além do obstetra, do ginecologista, mais uma pediatra neonatal e uma equipe multidisciplinar um pouco mais ampliada. Mas a gente ainda não está realizando as ações que temos que desenvolver (PG10).

Outro informante evidenciou algumas ações ocorridas no município, nos últimos quatro anos, como a reforma na sala de parto do hospital, a garantia da sala de estabilização e sua adequação, bem como a reforma das Unidades Básicas de Saúde.

Uma melhora no espaço físico lá do hospital, dessa questão da sala de parto, já teve. [...] Essa sala, é montaram a sala de estabilização e, se não me engano, não deu certo e a adequação reforma das unidades básicas de saúde, PSF's, já teve (PG01).

Os instrumentos de gestão ligados ao planejamento, como o Plano Municipal de Saúde para o período de 2010 a 2013 (POCONÉ, 2010a) e os Relatórios Anuais de Gestão (POCONÉ, 2010a, 2011), apontaram compromissos para a redução da mortalidade materna e infantil, nos quais foram asseguradas algumas ações prioritárias como a proposta de ampliação de mais uma equipe de saúde da família. Além disso, demonstraram que a maior parte das metas obteve desempenho significativo.

Ampliar para 09 o número de equipes de saúde da família (POCONÉ, 2010a).

Reduzir em 10% os índices de mortalidade materna e infantil (POCONÉ, 2010a).

Reduzidas em 5% os índices de mortalidade materna e infantil (POCONÉ, 2011).

Das ações estratégicas que deveriam ser avaliadas, os informantes sugerem que as capacitações recebidas e o acompanhamento dado a essas gestantes, antes, durante e depois do parto, merecem avaliações.

Vejo nessa qualificação de urgência e emergência para os profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) e do Pronto Atendimento Médico (PAM) e essa qualificação aqui dos profissionais de saúde para acompanhar o pré-natal. [...] Olha é muito pouco o acompanhamento antes, durante e depois, é muito pouco, por mais que a gente tenha uma equipe multidisciplinar até considerável, mas o número de usuários que a gente tem para atender também é elevado, então, não é o suficiente. Nós temos uma pediatra neonatal, dois obstetras que atendem 20 horas, então, isso é muito pouco. Temos um limite reduzido de ultrassonografia, então, é uma dificuldade. Eu não posso fazer mais que três exames de ultrassonografia numa mesma gestante porque se não eu vou desguarnecer as outras. Então, o acompanhamento antes, durante e depois é uma coisa que precisa ser revista (PG01).

Desse modo, tendo como imagem-objetivo as ações estratégicas estabelecidas no pacto nacional (2009c), essas principais intervenções apontadas pelos informantes-chave de Poconé para o enfrentamento do problema e as disponibilizadas pelo plano municipal de ações estratégicas, estão apresentadas nas figuras 12 e 13.

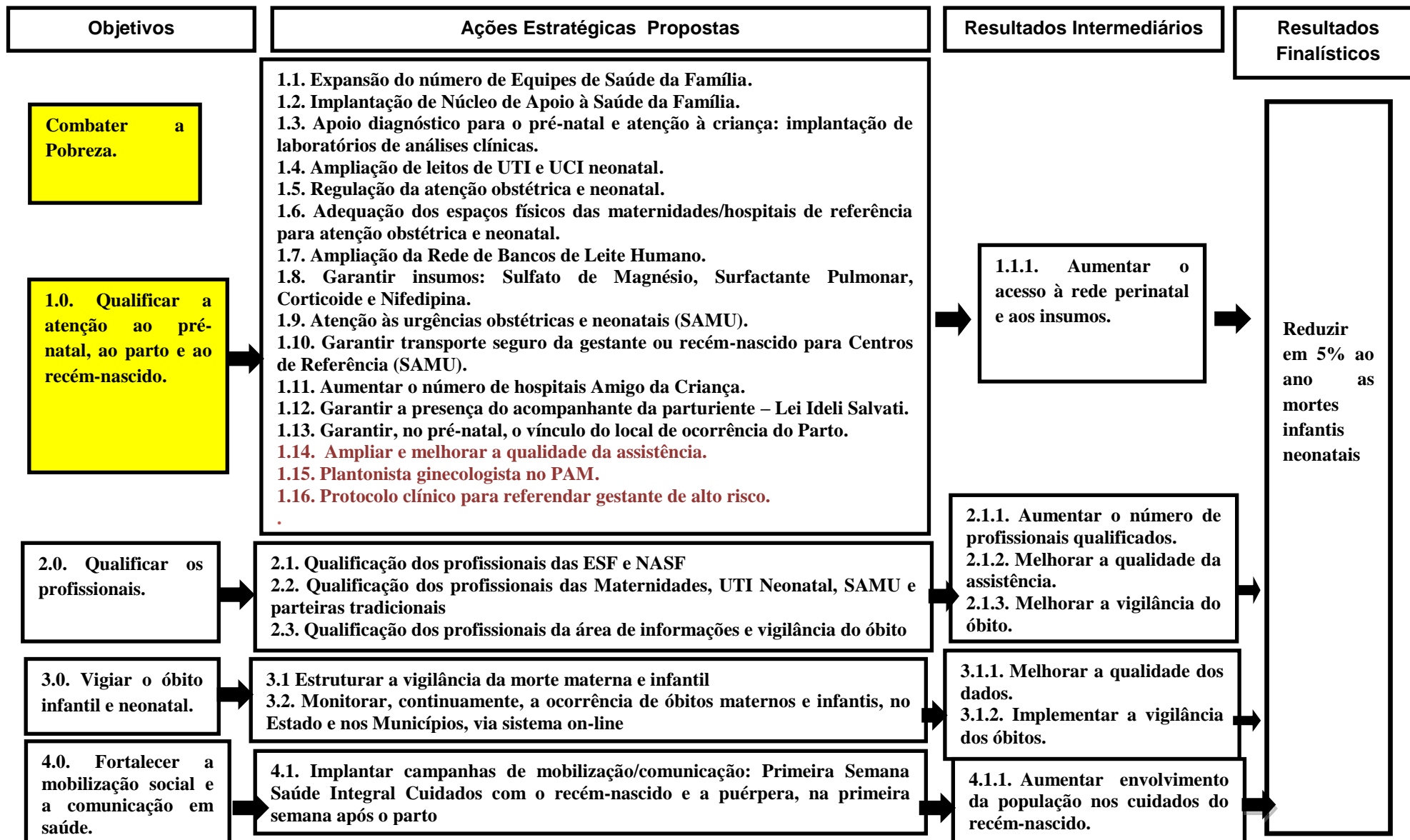
Ademais, para a plausibilidade da avaliação, observaram-se os fatores de avaliação, os fatores do contexto e os fatores humanos (ALKIM; TAUT, 2003).

Para os fatores de avaliação, considerou-se os documentos oficiais já identificados neste EA e o estudo de Guerrero (2010) que descreveu o programa e construiu o modelo lógico de intervenção, em nível nacional, utilizando-se do documento “Compromisso para Acelerar a Redução das Desigualdades na Região Nordeste e Amazônia Legal/Plano de Ações” (BRASIL,2009c), demonstrando que a intervenção foi proposta e que ocorreu de alguma forma.

Em relação aos fatores de contexto, verificou-se o clima político local favorável pelos seguintes motivos: por estarem iniciando um governo, em 2013, por estarem frente à política do governo federal, estimulada pelo compromisso global dos objetivos do milênio para alcançar a meta de redução da mortalidade infantil neonatal, e pela existência de uma proposta de implementação da política de redução da mortalidade materno infantil pelo Ministério da Saúde, por meio da Rede Cegonha, em fase de discussão e adesão, nos municípios-caso. Observou-se, também, o interesse e compromisso com a avaliação e o seu uso, onde os gestores se mostraram proativos disponibilizando documentos, banco de dados oficiais, local para as entrevistas e identificação dos possíveis informantes-chave.

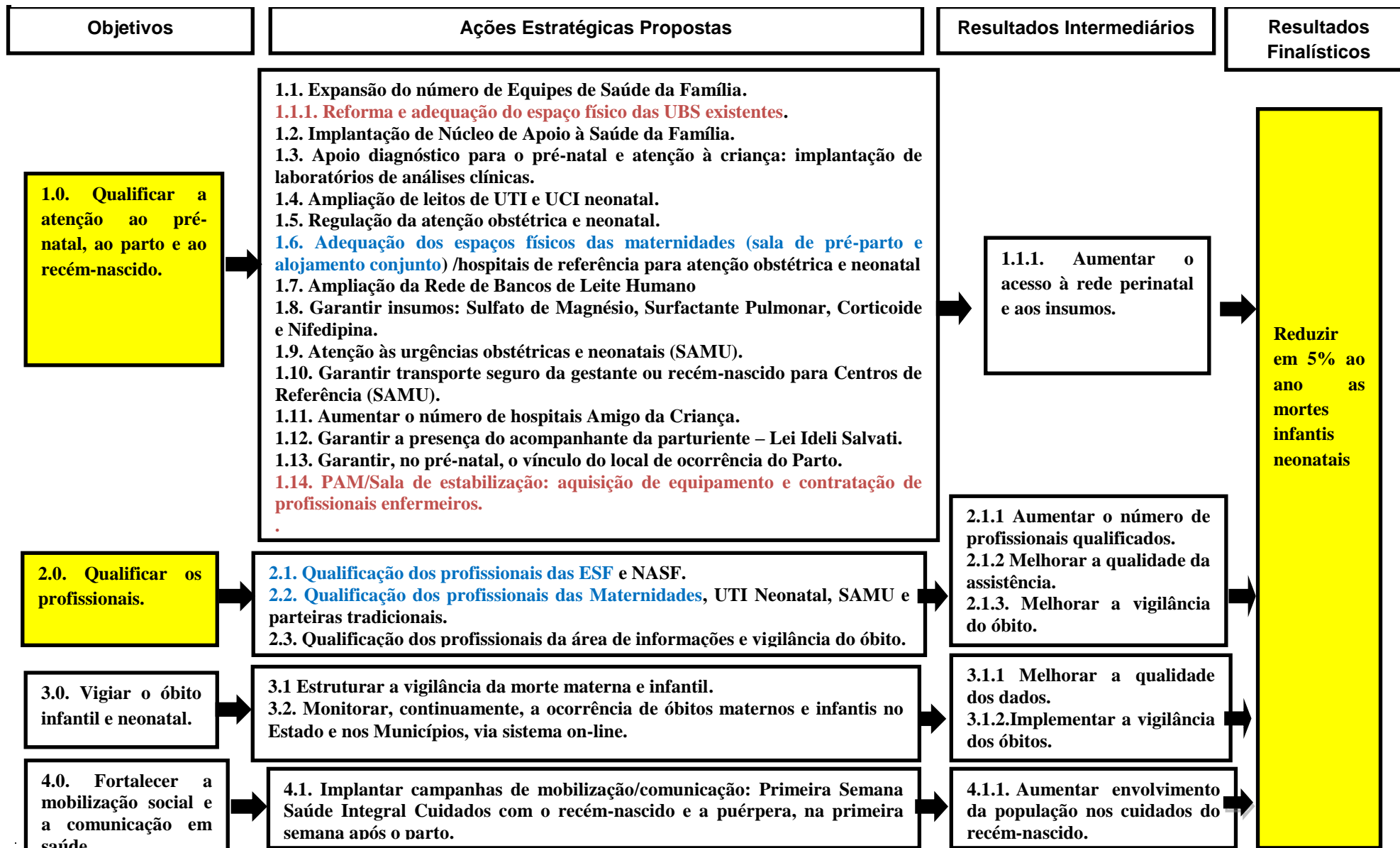
Por fim, considerando todos os elementos abordados nesta pré-avaliação, os resultados demonstraram que a intervenção possui objetivos pertinentes, ações estratégicas definidas e que há plausibilidade. Notou-se que existia uma rede perinatal possível para realizar o evento sentinela, possíveis informantes-chave identificados, documentos oficiais e banco de dados disponíveis para avaliação e que estavam proativos para atender a avaliação. Dessa forma, a análise de implantação das ações estratégicas para a redução da mortalidade infantil neonatal era pertinente nesses municípios-caso. Uma síntese dos principais achados por condições de viabilidade da avaliação, segundo Wholey (1994, 2004) é apresentada no quadro 5, a seguir.

Figura 12 -Modelo Lógico de Intervenção: a proposta de intervenção para enfrentamento do problema, segundo os informantes-chave da SMS de Poconé – 2013.



**Legenda:** ■ Proposto no Plano de Ações Estratégicas do pacto Nacional (2009c); ■ Proposto no Plano de Ações Estratégicas do pacto Nacional e evidenciado pelos informantes de Poconé; ■ Proposto pelos informantes para enfrentamento do problema.

Figura 13 - Modelo Lógico de Intervenção: a proposta da SMS de Poconé, segundo Plano Municipal de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Neonatal (2009).



Legenda: ■ Proposto no Plano Nacional de Ações Estratégicas; ■ Proposto no Plano Nacional de Ações Estratégicas e Plano Municipal de Ações Estratégicas; ■ Proposto no Plano Municipal de Ações Estratégicas (inclusão Municipal).

Quadro 05- Síntese dos principais achados do estudo de avaliabilidade que demonstraram condições de viabilidade da avaliação, segundo Wholey (1994, 2004), nos municípios-caso, Cuiabá e Poconé. Cuiabá, 2013.

Elementos do Estudo de Avaliabilidade	Municípios-caso	
	Cuiabá	Poconé
1- Identificação do problema, dos objetivos, da meta e das ações.	O problema e os objetivos eram reconhecidos pela maioria dos informantes-chave, principalmente, ao relatarem as ações realizadas para o seu enfrentamento. Principais objetivos identificados: Qualificar a atenção pré-natal, parto e ao RN. Identificado apenas por um informante o objetivo vigiar o óbito infantil e neonatal e por outro a meta . Demonstraram que existe uma rede de assistência perinatal, aonde as ações estratégicas vêm acontecendo.	O problema é reconhecido quando relatam de que forma está sendo possível enfrentá-lo, com destaque para os objetivos e ações inerentes apenas ao acesso à atenção primária, aos exames e regulação das gestantes de alto risco, demonstrando haver uma rede de assistência, aonde as ações estratégicas vêm acontecendo.
	Em ambos os municípios-caso houve convergência quanto aos objetivos e divergências, quanto a suficiência das ações estabelecidas nos planos municipais de ações estratégicas.	
2- O modelo causal, de intervenção e a plausibilidade.	O modelo lógico causal e de intervenção ilustram a realidade e sugerem a pretensão da intervenção, destacando os objetivos e as atividades pertinentes, demonstrando relação com o resultado finalístico.	
2.1- A plausibilidade da estratégia de avaliação		
2.1.1- Fatores de avaliação	Existência de um plano de ação expressando a intenção de alcançar algum resultado, do plano municipal de ações estratégicas, do plano municipal de saúde para o período de 2010 a 2013, dos planos de trabalho anual, do relatório de gestão e do plano estratégico do município de Cuiabá para o período de 2012 a 2019.	Existência de um plano municipal de ações estratégicas e de ações e recursos orçamentários, assegurados no plano municipal de saúde, para o período de 2010 a 2013 e do relatório de Gestão.
	O estudo de Guerrero (2010) e o relatório final do Plano de Qualificação das Maternidades e Rede Perinatais (BRASIL,2012) apontando que a intervenção foi proposta e que ocorreu de alguma forma.	
2.1.2- Fatores do Contexto	O clima político local favorável por estarem iniciando um governo e frente à política do governo federal estimulada pelo compromisso global dos objetivos do milênio para alcançar a meta de redução da mortalidade infantil e a proposta de implementação da política de redução da mortalidade materno infantil pelo Ministério da Saúde por meio da Rede Cegonha.	
2.1.3- Fatores humanos: interesse e compromisso com a avaliação e seu uso.	Proativos, por considerar útil à gestão e ao sistema de saúde local, disponibilizando documentos, banco de dados oficiais, local e identificação dos possíveis informantes-chave.	Proativos, por considerar útil à gestão e ao sistema de saúde local, disponibilizando pessoal e carro para a localização dos entrevistados e visita à rede de serviços de saúde municipal, documentos e banco de dados oficial, local para a realização das entrevistas com os profissionais de saúde e mães e identificação dos possíveis informantes-chave.
3- Disponibilidade de dados significativos	Presentes nos planos e documentos, já citados anteriormente, Boletins Epidemiológicos e banco de dados do sistema de informação em saúde.	Presentes nos planos e documentos, já citados anteriormente, e banco de dados dos sistemas de informação em saúde.
4- A utilidade de um estudo de avaliação	Os informantes-chave apontaram a utilidade do estudo ao concordarem em participar da pesquisa, bem como ao sublinharem os desafios que possuem para realizarem um monitoramento e avaliação mais aprofundada e sugeriram estudos avaliativos que possam apoiar a melhoria da intervenção e da política de redução da mortalidade infantil neonatal.	

### **4.3 As características de governo e de gestão da saúde e a implantação do Plano de Ações Estratégicas**

Os planos municipais de ações estratégicas para a redução da mortalidade infantil neonatal foram entendidos, neste estudo, como o projeto de governo que expressa o compromisso e a intenção de alcançar os resultados. Nessa perspectiva, os dirigentes das secretarias municipais de saúde apontaram as ações prioritárias de acordo com a realidade local influenciado, quer no período de sua formulação, quer na sua operacionalização, por aspectos facilitadores ou dificultadores, conforme apresentado a seguir.

#### **As Características de Governo**

##### **Projeto de Governo**

No contexto de Cuiabá, observou-se que o secretário municipal de saúde não participou da formulação do Plano Municipal de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal no município. A formulação e implementação desse projeto de governo coube ao secretário municipal adjunto de assistência, diretores, coordenadores e gerentes. A coordenação do referido plano coube à diretoria de atenção primária que convidou a diretoria de atenção secundária, a vigilância epidemiológica - representada pela gerência de vigilância dos óbitos e nascimentos, a assessoria de planejamento e gestão e o Pronto Socorro Municipal de Cuiabá para participarem da sua formulação. Cada diretoria designou um coordenador e/ou técnico responsável pela participação nas discussões e finalização da proposta.

Bom, a gestão de certa forma estava presente na figura do subsecretário, ele estava envolvido. A coordenação da saúde da mulher e da criança, coordenação da atenção básica. São esses que eu sempre via presentes, envolvidos com essas questões. De certa forma, tiveram esse envolvimento (CAM2).

Eu cheguei a participar de uma reunião que aconteceu na própria atenção básica, a gente recepcionou. Mas depois disso, não. O próprio diretor da atenção básica não participou, os outros, muito menos. [...] Eu me lembro que tinham reuniões periódicas e que os técnicos da atenção básica participavam. E aí o que era necessário, o que foi discutido, o que era da atenção básica, seus próprios técnicos viabilizavam a implementação junto às unidades (CG06).

Eu me lembro que, naquela época, fizemos reuniões com vários setores. A atenção secundária, o pronto socorro, alguns técnicos dos hospitais de Cuiabá, a atenção primária e da educação que se reuniram para estar fazendo a construção desse plano. Todos os planos são mais construídos com a

participação dos técnicos. Eu não me lembro, neste momento, nenhuma participação dos dirigentes (CG05).

Em Poconé, houve uma maior participação do secretário municipal de saúde. O gestor utilizou do seu poder político, técnico e administrativo para apoiar a construção e operacionalização do Plano Municipal de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal. Delegou a coordenação desse plano à coordenadora de atenção primária e epidemiológica que convidou os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os enfermeiros e médicos da rede de assistência local, para participarem da elaboração dessa proposta.

A gente teve a participação atuante da coordenadora da atenção primária e epidemiológica que fez o grupo de estudo e eu deleguei funções porque não tinha como estar à frente de tudo. Então, a gente conversava e aí ela articulava junto aos profissionais das unidades (PG07).

Acho que assim o próprio compromisso do gestor da saúde em estar vendo os indicadores e tentar melhorar isso. Querer saber o que estava acontecendo. Ela perguntava e sempre deu oportunidade para a gente estar fazendo as reuniões, convocando as reuniões. Sempre estava de acordo, sempre deu essa liberdade para gente estar realizando as ações. [...] assim nós convocamos para uma reunião. Eu me lembro que foram chamados tantos os médicos quanto os enfermeiros para discutir e rever as questões que já existiam dentro disso [...] então, esse plano não foi construído sozinho. Ele foi resultado dessa reunião, tanto com os enfermeiros quanto com os médicos. E aí nós tentamos e como todo mundo já tinha participado de saber quais são as ações e programamos essas atividades. [...] Então, aí juntamente com o pessoal do NASF foram feitas as ações e as propostas. E aí foi feito assim, em cima de coisas que a gente já tinha para propor e melhorar o que já existia (PG17).

Para ambos os municípios-caso, na construção da proposta, houve um envolvimento maior dos coordenadores e os técnicos designados para tal, com certa discussão. Contudo, não houve incentivo financeiro por parte do governo federal e/ ou estadual para esses planos. Essas características tornaram a proposta apresentada frágil. Elaborou-se um projeto de governo com objetivos e ações prioritárias mais estruturantes, com recursos próprios, muitas vezes, realocados, o que de certa forma fragilizou a política municipal formulada.

Porque as estratégias de implantação, isso é uma das discussões que eu sempre tenho com as pessoas, pensando, por exemplo, que as atividades que estão voltadas para atenção básica são atividades que já vinham sendo feitas, conduzidas e elas já vinham sendo feitas mesmo antes do SIS Pré-natal. [...] desde o tempo da assistência da mulher, é pré-natal. [...] O que os dirigentes deveriam ter feito e não fizeram. Deveriam ter dito que isso é uma discussão que passava, sobretudo, por uma discussão qualitativa e não quantitativa. A forma como foi implantada essas questões foi sem nenhum

tipo de discussão de humanização do pré-natal, de qualificação do pré-natal (CG27).

É que a gente escolheu algumas ações que achava que ia dar conta e que poderia realizar, a gente colocou. Então, a gente não colocou todas porque, assim, tinha uma grande deficiência. Um monte de coisas para ser organizado. Então, nós só achamos, pegamos as principais, o que a gente achava que ia dar conta e elencou aqui, á princípio (PG17).

Notou-se, para Cuiabá e Poconé, no momento da elaboração do plano, que não foram definidas as fontes de recursos financeiros específicas para atender a execução desse projeto de governo. Contudo, observou-se que a maioria das ações fez parte dos planos municipais de saúde para o período de 2010 a 2013, momento de operacionalização. A maioria dos dirigentes afirmou que não faltaram recursos financeiros.

Em Cuiabá, a maior dificuldade relatada pelos gestores foi quanto ao processo lento para a aquisição de equipamentos e material de consumo. Em especial, para a atenção secundária, a disputa de recursos entre a média e a alta complexidade e este sendo gasto, principalmente, com as despesas do Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, impossibilitaram viabilizar outras ações importantes.

Nunca tive um não e falar que não vai ser viabilizado. O que sentíamos na pele era o trâmite demorado para o processo de aquisição. Mas todos os pedidos feitos foram encaminhados. Alguns foram concretizados e alguns ficaram no trâmite lá de compras (CG06).

O Pronto Socorro que consome muito e onde se gasta tanta energia. Acabou que como a fonte de financiamento da secundária ela é da média e alta complexidade; então, assim, se prioriza muito para alta complexidade e acaba que se investe lá e quase não investe muito na secundária, que é a média. [...] e aí é diferente da atenção primária que já tem sua fonte de financiamento bem reservada. Não vai retirar dinheiro do PSF para poder investir no hospital, no Pronto Socorro que já tem que cobrir o déficit. Então, a gente percebe que a secundária fica meio que brigando com aquilo que é mais emergencial e aí as ações são ainda muito tímidas, muito restritas. São ações mais que a gente consegue fazer, mais treinamento, capacitação, implantar normas e rotinas, organizar fluxos. Mas a gente não consegue fazer estruturação, ampliar serviços, implantar novas tecnologias, comprar mais equipamentos. Essa parte que depende de investimento a gente só consegue fazer mesmo quando vem algum recurso do Ministério. [...] Agora, na parte de estruturação, de reforma e preparação desses ambientes com equipamentos para poder transformar o perfil desses ambulatórios para um de alto risco não conseguimos por causa da questão financeira (CG9).

Em Poconé, percebeu-se o cálculo técnico-político do gestor e sua equipe para que não faltassem recursos financeiros destinados à realização das ações estratégicas e ao alcance dos resultados do plano e da sua gestão. Ademais, o gestor utilizou do seu poder político, técnico e administrativo para garantir e viabilizar esses recursos



financeiros, oriundos do próprio município, realocados de outras fontes e ações, ou contingenciados, por meio de pactuações realizadas com os profissionais de saúde para as cotas dos exames.

Não, nós tivemos que fazer uma readequação e passamos a dar prioridade para essas ações. [...] É assim... o recurso ele nunca é suficiente. A gente tem que tentar tirar de um ou de outro, mas a gente tenta priorizar uma ação. [...] mas sempre trabalhando com um piso de segurança.[...]. para não ultrapassar o meu limite porque eu falo assim: - Eu tenho 5 mil para trabalhar com a ultrassom.[...]. Então, a prioridade são as gestantes. Eu trabalhava com a equipe dessa forma para gente tentar priorizar as ações para que não ultrapassasse. É claro que ultrapassava. Tinha mês que eu tinha que estar brigando, “- Pelo amor de Deus gente, ultrassom passou de 8 mil eu não tenho da onde tirar”. Eu tinha que sacrificar outro setor, então, mas não é fácil (PG7).

### **Capacidade de Governo**

Em Cuiabá, no período compreendido entre 2009 e 2010, houve dois dirigentes da secretaria municipal de saúde. O que se encontrava no momento da elaboração (2009) e parte da operacionalização do Plano Municipal de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal (2010), não era profissional da área de saúde, porém, possuía experiência de gestão por já ter sido secretário municipal de saúde. O seu sucessor era médico e ambos possuíam equipes de coordenação heterogêneas compostas por profissionais de saúde, onde a maior parte tinha conhecimento em saúde coletiva e vasta experiência em gestão da saúde.

Entretanto, a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá possuía fragilidades na política de gestão de pessoas e do trabalho por ter realizado poucos concursos para efetivação do seu quadro de pessoal ficando, em sua maioria, com não concursados.

Além disso, não havia um Plano de Cargos, Carreiras e Salários para que os profissionais pudessem ter melhores remunerações e acesso a uma carreira que privilegiasse a qualificação de pessoas, dentre outros. Existiam, ainda, pouco apoio e oferecimento de qualificações. Aliado a esses fatores, as precárias condições de trabalho, tanto do nível central como dos outros níveis de assistência, e a forma como esta vinha se organizando para atender à demanda com desvio de função, contribuíram para alta rotatividade de pessoas e a uma não vinculação ao projeto de governo.

A Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, segundo dados fornecidos pela Coordenadoria de Recursos Humanos, apresentava quadro de pessoas composto por 6.340 funcionários, dos quais 60,5% eram prestadores com contratos provisórios, 37,6 estatutários e 1,9 comissionados. Em relação ao Concurso Público realizado em 2007, foram empossados em 2010, 159 profissionais; destes 83,6% (133) eram técnicos de nível médio e 16,4% (26) de nível superior. Sendo as categorias dos profissionais de Técnicos de Enfermagem com 83,0% (132), Médica com 6,3% (10), Dentista 3,1% (05), Assistente Social 3,8% (06), Administrador Hospitalar 1,9% (03), Nutricionista 1,3% (02) e com 0,6% (01) Técnico de Radiologia (CUIABÁ, 2010d).

Há uma grande insatisfação dos trabalhadores do SUS/Cuiabá, tanto dos estatutários como dos prestadores, em consequência da ausência de uma política de valorização de pessoas, que contemple um Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS com isonomia salarial, capacitação permanente, avaliação de desempenho, saúde do trabalhador, realização de concurso público, condições de trabalho, entre outras ações (CUIABÁ, 2010a, p.29).

A outra coisa que dificultava a gestão do plano era a forma como estava organizada a secretaria. Apesar de ter ficado pouquíssimo tempo lá eu fico pensando que para fazer uma coisa decente eu teria que ficar quase uma década para dar conta de toda aquela burocracia, de toda aquela demanda que existia. É uma organização muito confusa, muito conturbada, muito desorganizada. [...] Numa secretaria de saúde que tem uma estrutura organizacional muito ruim onde você pega um técnico de nível superior para xerocar, para digitar uma comunicação interna (CI). Você não tem uma estrutura administrativa e burocrática que caminhe como tem que caminhar. Quer dizer, você passa para pessoa ver se tem alguém que digite, que corra atrás, que tenha carro disponível, você não tem isso. E aí você tem os coordenadores regionais, tem profissionais de nível superior, que, ao invés de estar dando suporte técnico, assessorando as equipes de saúde e por exemplo, em relação ao pré-natal, acompanhando, avaliando com a equipe como que está sendo realizado na sua área. Você os têm fazendo serviço que não é nem burocrático, é administrativo (CG27).

Em Poconé, quando da formulação e operacionalização do plano, a secretária municipal de saúde era profissional de saúde não concursada no município, com formação em saúde coletiva e experiência em gestão de saúde. Entretanto, contou com uma equipe de coordenação reduzida para atender a inúmeras demandas do município. Essa equipe era formada por profissionais de saúde com pouca experiência em gestão de saúde.

Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde de Poconé tinha dificuldades com a política de gestão de pessoas com inexistência de concursos públicos, principalmente, para o profissional de saúde de nível superior e ausência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários. Houve, ainda, pouco investimento em qualificação profissional. Tais características, assim como em Cuiabá, impossibilitaram a fixação das pessoas, especialmente médicos, ocasionando alta rotatividade dos profissionais de saúde em

busca de maiores salários, o que gerou descontinuidade na implementação do projeto de governo.

A facilidade que eu acho que a gente teve é porque tínhamos uma gestora [...] que entendia de saúde e que dava apoio no sentido de saber direcionar as coisas, saber o que era importante. Então, eu acho que a gestão em si, dava muita importância a isso, ter conhecimento. E isso só [...] tem uma facilidade. A grande dificuldade é com relação mesmo a fixação dos profissionais de nível superior. A alta rotatividade, eu acho assim, a pior porque a gente não tem essa fixação e os profissionais que ficam, muitas vezes, não são tão comprometidos quanto o que a gente gostaria que fosse. Então, acho que esses são os pontos principais (PG17).

A dificuldade era o profissional médico. Então, esse eu falo até hoje que a gente tem. O município ainda tem essa dificuldade em estar achando esse profissional com esse perfil e tentar segurá-lo por pelo menos um ano dentro do município. Você não consegue. São dois, três meses, seis meses, um ano ele vai embora. Agora o profissional enfermeiro, assim, não, ele você consegue segurar por mais tempo no município. A gente tentou fazer o concurso público para tentar acabar com isso, mas, infelizmente, não deu. A gente conseguiu fazer só para nível médio. [...] o nível médio foi resolvido, mas o nível superior não teve como. Então, a gente continua com essa grande dificuldade (PG7).

Notou-se, em ambos os municípios-caso, baixa capacidade de governo, pois apesar do gestor e sua equipe terem formação e alguma experiência em gestão de saúde, a política de gestão de pessoas apresentou-se como um dos principais obstáculos, durante a implantação do plano para a redução da mortalidade infantil neonatal, o que fragilizou tanto o projeto de governo, como a capacidade de governo e a governabilidade, como será apresentado a seguir.

### **Governabilidade das ações e do plano nas Secretarias Municipais de Saúde**

A governabilidade das ações estratégicas e do plano para a redução da mortalidade infantil neonatal, durante o período de 2009 a 2010, em ambos os municípios-caso, esteve comprometida tanto por fatores externos como internos das respectivas secretarias municipais de saúde.

Em Cuiabá, dentre os fatores externos que refletiram na formulação e operacionalização do plano de ação, destacou-se a instabilidade política na gestão municipal com a renúncia do prefeito Wilson Santos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), em março de 2010, para concorrer ao cargo de governador do Estado de Mato Grosso, assumindo o vice-prefeito, Francisco Bello Galindo Filho, do Partido

Trabalhista Brasileiro (PTB). As alianças políticas aconteceram em virtude da disputa ao cargo de governador do Estado de Mato Grosso e Presidência da República e se refletiram no âmbito municipal.

O período de 2009 a 2010, em Cuiabá, foi de instabilidade também na gestão municipal de saúde, com a renúncia do secretário municipal de saúde, em dezembro de 2009 e de diretores e coordenadores durante toda a gestão. A Coordenadoria de Atenção Primária foi substituída, pelo menos, duas vezes no ano de 2009. Além disso, o gestor municipal de saúde sempre foi pressionado pelas indicações políticas para preencherem os contratos temporários na secretaria municipal de saúde de Cuiabá. Nesse período, também ocorreu um movimento grevista dos médicos e crises importantes no Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, inclusive, com o fechamento da UTI neonatal.

Desta forma, em Cuiabá, a baixa governabilidade da Secretaria Municipal de Saúde fragilizou a capacidade de governo e o projeto de governo proposto.

O período de 2005-2012 foi marcado por duas eleições municipais vencidas por coligações partidárias que apresentaram propostas políticas de desenvolvimento social, incluindo o setor saúde. O prefeito que governou o município, no período 2005-2008, foi reeleito para o período 2009-2012, deixando o cargo logo em seguida para candidatar-se ao governo do Estado, sendo que o vice-prefeito assumiu a gestão municipal (OLIVEIRA, 2013, p. 34).

No período de janeiro de 2005 a outubro de 2012, foram nomeados dez secretários para a pasta da saúde. Com a exceção de apenas três secretários, nenhum outro permaneceu no cargo por mais de nove meses (OLIVEIRA, 2013, p. 39).

Quando mudou o secretário, mudaram todos os dirigentes porque todo mundo entregou o cargo junto, entendeu? Então, quando teve mudança de secretário, todos os diretores entregaram o cargo juntos, então, aí assumiu o novo secretário. [...] Apesar de viver uma situação muito instável com relação ao pessoal nas unidades, uma vez que eram contratos temporários e tinha toda aquela influência política de indicação da gestão a gente tentou balizar [...] não consegue romper com isso, mas estabelecer critérios mínimos a serem seguidos por qualquer profissional que viesse com indicação de A ou de B. [...] E na hora da concretização mesmo que já estava acontecendo em meados de agosto, setembro de 2009, enfrentamos o movimento paredista dos médicos. Isso, queira ou não, você não disponibilizando o mínimo necessário que é atendimento médico na unidade, rompe com a estrutura de trabalho mas permanente assim, de forma bem importante (CG6).

Em Poconé, o importante componente político, que comprometeu a operacionalização do Plano, foi a instabilidade política em decorrência da cassação da reeleição do prefeito do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), em 2010, que, por meio de uma eleição tampão assumiu o candidato do Democrata (DEM) que fazia parte do

mesmo grupo político desse prefeito, e que permaneceu na gestão do município por mais dois anos.

Entretanto, a secretária municipal de saúde, por indicação política, foi mantida no cargo no período de 2005 a 2012, perfazendo uma gestão de oito anos.

É teve uma reeleição do mesmo grupo. O prefeito foi cassado e teve uma nova eleição. Entrou o partido que apesar de ser do mesmo grupo era de outro, o DEM. Nesses dois anos foi o DEM que me manteve como secretária (PG7).

A governabilidade foi comprometida pelo desgaste do grupo frente às divergências ideológicas acerca dos projetos colocados para a condução da gestão municipal que se refletiu no interior da secretaria municipal de saúde.

Em Poconé, a baixa governabilidade na secretaria municipal de saúde se deu pelo desgaste do grupo político municipal e em decorrência da baixa capacidade de governo (alta rotatividade dos profissionais de saúde e da falta de qualificações para a gestão e em todos os níveis de assistência) com pouca participação dos profissionais de saúde, principalmente médicos, nas reuniões e atividades estabelecidas.

Acho que, primeiro, tinha que fixar os profissionais no município e fazer uma qualificação porque, assim, essa troca tanto de enfermeiros quanto de médicos, isso é muito prejudicial. Você capacita; daqui a pouco não tem mais o profissional. Aí é aquela bola de neve e muitas vezes os compromissos dispensados pelos profissionais, principalmente médicos, acabam ficando a desejar porque eu vou lá, atendo, vou embora. Então, muitas vezes nem participam quando são convocados para uma reunião, para um interesse grande como esse. [...] A qualificação dos profissionais de saúde pelo CIES, a gente não conseguiu muita coisa. Pelo Estado, estava tendo poucas capacitações e quando tinha capacitação, às vezes, a gente tinha uma grande dificuldade com o médico porque ele tem um pouco de resistência a estar fazendo essa capacitação. Os que aceitam, muitas vezes tem aquele rodízio, muitas vezes, não. A fixação do profissional de nível superior no município, isso assim é gritante a dificuldade (PG17).

Muitas das metas não foram alcançadas devido à alta rotatividade de profissionais, pouco investimento na área e pouca qualificação (POCONÉ, 2010).

Assim, em ambos os municípios-caso, encontrou-se uma baixa governabilidade, principalmente por instabilidade política e desgaste da gestão local (Poconé), baixa capacidade técnica marcada por dificuldades na política de gestão de pessoas que influenciaram e determinaram a formulação e operacionalização de um Plano Municipal de Ações Estratégicas frágil, conforme síntese apresentada no quadro 6.

Quadro 6 - Síntese das principais características de governo, no período de 2009 a 2010, nos municípios-caso, Cuiabá e Poconé, que influenciaram o Plano Municipal de Ações Estratégicas, 2013.

Características/Municípios-caso	Cuiabá	Poconé
<b>Características de Governo</b>		
Projeto de Governo	<p>Não houve a participação do secretário de saúde. Participação do secretário adjunto, diretores, coordenadores e gerentes.</p> <p>Coordenação da Diretoria de Atenção Primária com a participação da Diretoria da Atenção Secundária, da Gerência de Óbitos e Nascimentos, Assessoria de Planejamento e Gestão, e do PSM de Cuiabá.</p>	<p>Participação do secretário municipal de saúde, Coordenadoria de Atenção Primária e Epidemiológica, profissionais do NASF e enfermeiros e médicos do serviço de saúde local.</p> <p>O Gestor municipal utilizou-se do poder político, técnico, administrativo para viabilizar os recursos.</p> <p>Recursos insuficientes para atender os serviços e ações implantadas.</p>
	<p>Para ambos os municípios-caso houve mais participação dos coordenadores e profissionais locais, com certa discussão. Realizado com recursos próprios, muitas vezes, realocados. Diante dessas características formulou-se um projeto de governo com objetivos e ações prioritárias mais estruturantes. Essas características marcaram a fragilidade da proposta. Observou-se que, no momento da operacionalização, as ações foram contempladas nos PMS. Para a maioria dos dirigentes não houve falta de recursos.</p>	
Capacidade de Governo	<p>Ambos os municípios-caso apresentaram baixa capacidade de governo, pois apesar dos gestores e sua equipe terem formação e alguma experiência em gestão de saúde, a política de gestão de pessoas (sem PCCS, pouca qualificação, precárias condições de trabalho e alta rotatividade de pessoas) apresentou-se como um dos principais obstáculos durante a implantação e operacionalização do plano para a redução da mortalidade infantil neonatal, o que fragilizou tanto o projeto de governo, como a capacidade de governo e a governabilidade.</p>	
Governabilidade	<p>Instabilidade política na gestão municipal e de saúde com substituição de secretário, diretores e coordenadores. Greve dos profissionais médicos e crise no PSM de Cuiabá. Essas características levaram à baixa governabilidade com reflexo na capacidade de governo e no projeto de governo.</p>	<p>Instabilidade política e desgaste do grupo político municipal e da gestão municipal da saúde. Baixa capacidade de governo (alta rotatividade dos profissionais de saúde e falta de qualificações para a gestão e em todos os níveis de assistência) e a pouca participação dos profissionais de saúde (médicos) levaram à baixa governabilidade.</p>

## **Características da gestão da saúde: o planejamento, o acompanhamento das ações e a estratégia**

### **O planejamento e acompanhamento das ações**

Em Cuiabá, a assessoria de planejamento e gestão da Secretaria Municipal de Saúde vem, ao longo dos últimos anos, organizando e viabilizando os planos municipais de saúde com a participação dos dirigentes, profissionais e conselheiros de saúde. Para tal, realizaram oficinas regionais para a construção do Plano Municipal de Saúde, referente ao período 2010 a 2013, para estabelecerem ações prioritárias visando o alcance de metas estratégicas e táticas.

Desta forma, observou-se que os planos municipais de saúde foram construídos de forma mais estratégica e comunicativa, fundamentados em ações para a construção de um projeto comum, onde as atividades estabelecidas foram originadas e consensuadas em decorrência da escuta aos profissionais de saúde e à comunidade quando da formulação da proposta de governo para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados e priorizados.

Nessa condição de práticas de planejamento mais estruturadas, instituídas pelo arcabouço legal do SUS, encontram-se o Plano Municipal de Saúde 2010 a 2013 e o Pacto Pela Vida e de Gestão (2006) com adesão ao termo de compromisso de gestão municipal ocorrido em 27 de maio de 2008 (BRASIL, 2008c).

Contudo, o Plano Municipal de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil (CUIABÁ, 2009) foi considerado, neste estudo, prática não estruturada de planejamento por não contar com cálculo sistemático pleno e não dispor de fundamentação teórica metodológica explícita, apesar de contar com instrumentos e o compromisso da equipe dirigente que pudessem favorecer uma prática de plano estratégico.

A construção desses planos municipais de ações estratégicas para a redução da mortalidade infantil neonatal foi estimulada pelo Ministério da Saúde por meio do pacto na Amazônia Legal e Nordeste (BRASIL, 2009c). Para tal, os dirigentes das secretarias municipais de saúde deveriam apontar suas ações prioritárias de acordo com as realidades dos seus municípios.

O planejamento foi estimulado por meio de um instrumento, a partir do qual os governos federal, estadual e municipal deveriam construir seus planos com suas ações prioritárias, subações, a situação atual, os nós críticos, as necessidades e metas e as prioridades das ações, com identificação dos recursos.

Assim, atores da SMS de Cuiabá - circundados pelo cenário de constantes mudanças de secretários municipais de saúde, diretores e coordenadores e frente às dificuldades ligadas à política de gestão do trabalho, à falta de apoio logístico que garantisse ao sistema público de saúde municipal a manutenção e reposição dos seus equipamentos, a construção e ou reforma de suas unidades de saúde, bem como a falta de leitos de UTI neonatal, a inexistência de NASF e de comissão hospitalar de óbito materno e infantil, com subnotificação de óbitos e nascimentos e equipe reduzida para vigilância de óbitos e nascimentos - estabeleceram suas estratégias para ganhar espaço, tempo e criar condições favoráveis à superação desses obstáculos e aproximar do alcance da meta pactuada e dos objetivos propostos (CUIABÁ, 2009).

O que dificultou foi essa mudança de cenário político, essas mudanças de atores. As pessoas, quando começam a entender o contexto, mudam. Então, investe no profissional e quando o profissional começa a dar o retorno, recebe uma proposta melhor de trabalho e vai embora. Então, assim, essa mudança, essa rotatividade dos profissionais é muito complicada. Quando você consegue um aliado bom que está contribuindo, ele recebe uma proposta melhor de trabalho e vai embora. Então, isso é de doer, viu (CG3).

A dificuldade eu acredito que tenha sido mais o envolvimento político mesmo, o interesse da gestão de fazer acontecer (CG6).

O planejamento considerou os problemas levantados pelos setores envolvidos. A coordenadoria de atenção primária, a coordenadoria de atenção secundária, a gerência de vigilância do óbito e nascimento e o Pronto Socorro Municipal de Cuiabá construíram seus objetivos e ações. Em seguida, elaboraram o consolidado e o plano foi validado por esse grupo, não havendo opositores, porque, segundo estes, sempre se buscou o consenso.

Através de reuniões com os representantes dos níveis e discussão dos principais problemas. Depois eles priorizaram para poder ver o que dava mais impacto e o que era mais possível de se fazer (CG9).

A escolha foi feita por meio das dificuldades que nós tínhamos no momento para atender a saúde da mulher e da criança. Nós fizemos um mapeamento de todas as dificuldades. Se tinha leito hospitalar, se tinha profissional para atender essa gestante, a qualidade do pré-natal, se tinha médico capacitado, se tinha aparelho, espaço físico. Foi assim, foi mapeando todas as dificuldades encontradas no município (CG5)..



Olha, na reunião que eu participei não houve nenhuma, que eu me lembro, houve consenso, não houve oposição. O plano foi discutido, foi validado. E não houve assim uma oposição, houve algumas divergências, mas no final houve um consenso e ele foi validado (CG3).

Cada setor envolvido operacionalizou as suas ações propostas. Entretanto, para a maioria dos entrevistados, na operacionalização do plano e das ações, a principal dificuldade foi que estas se perderam em meio às urgências da SMS de Cuiabá. Segundo eles, deveu-se, sobretudo, às trocas de gestores, em que cada gestor estabeleceu suas prioridades, a pouca integração entre os setores, à estrutura precária da secretaria que não conseguia atender à demanda excessiva das ações e atividades, e a não institucionalização do acompanhamento e avaliação dos planos.

Na verdade é assim, tem uma forma de organização que não tem como objetivo melhorar a qualidade da assistência prestada. Mesmo tendo um planejamento, ele acaba se perdendo. As ações acabam não sendo priorizadas, se perde em meio a um monte de coisas que vão acontecendo e você tem uma estrutura organizacional que não dá conta disso (CG27).

Então, essa que é a parte mais complicada porque na atenção secundária, a gente viu só uma tentativa inicial, mas depois não deu muita ênfase porque a gente estava numa situação que tinha que priorizar. O que acontece, a secundária acaba consumindo muito em relação à urgência, ao pronto atendimento. O ambulatório a gente acabou que única coisa que avançou, na parte de saúde da mulher, foram as ações para reestruturar a parte de colposcopia e do planejamento familiar (CG 9).

Ele foi planejado, mas eu acho que o acompanhamento foi muito aquém do que se esperava, do que deveria acontecer. [...] Eu acho assim, é o grande problema da secretaria, planeja, mas não consegue acompanhar. Tem uma dificuldade muito grande, principalmente, no relacionamento para você tentar a intersectorialidade. E isso não foi só nesse plano, no nosso plano também. Nós conseguimos 1 ou 2 anos do plano, do PTA, de fazer alguma avaliação. Ano passado não se fez nenhuma avaliação do plano de trabalho anual. A situação política, você viu que, nesse período todinho, nós tivemos a troca de tantos secretários, tantos gestores (CG7).

É as mudanças de gestão da secretaria. [...] nos 2 últimos anos, o plano de ação parece que ninguém segue. [...] até no primeiro ano meu ainda a gente conseguia fazer o acompanhamento. No segundo para metade quando foi para gestão do [...] praticamente assim, seguiam-se as ações em cima daquilo que ele julgava que era necessário e parece que os técnicos tentavam puxar a necessidade de seguir o planejamento e pouco se avançou (CG9).

Apenas dois dirigentes mencionaram ainda a dificuldade financeira, de estrutura e de logística para operacionalizar o plano e as ações.

A maior dificuldade que a gente tem é a questão de recursos. Então, todas as ações você tem de ter apoio logístico, que envolve uma série de recursos. Eu acho que a maior dificuldade nossa é a questão mesmo de estrutura, apoio logístico, a questão de equipamentos, a estrutura que não permite fazer muitas coisas (CG3).

Relataram, ainda, que a SMS de Cuiabá, ao longo dos anos, tem conseguido institucionalizar a formulação de planos municipais de saúde, mas não tem realizado o acompanhamento. A avaliação é incipiente, atendendo apenas à prestação de contas por meio dos relatórios anuais de gestão. Para o Plano Municipal de Ações Estratégicas para Redução da Mortalidade Infantil Neonatal, a grande maioria dos entrevistados relatou que não houve acompanhamento e avaliação, com exceção da vigilância dos óbitos e nascimentos.

Desconheço, porque nós participamos de uma oficina uma vez de avaliação que, na verdade, era uma de planejamento e se avaliou algumas coisas, não se avaliou, foi mostrado. O planejamento fez uma avaliação e mostrou. Além disso, o planejamento faz a avaliação para a prestação de contas [...] Não é institucionalizado nem capilarizado. Por sua vez também não é estimulado que a atenção básica faça. Tem unidades que fazem isso isoladamente (CG27).

Olha, nós fizemos a avaliação de resultados. A gente tem pactuado as metas estabelecidas e nós acompanhamos os resultados. Eu venho fazendo isso sistematicamente (CG3).

Percebeu-se, também, que o cálculo técnico-político estava presente na capacidade da equipe dirigente do Plano em persuadir, conseguir colaboradores e cooptar outros sujeitos de setores relevantes para fazerem parte da proposta ou conseguir que determinada ação acontecesse. Tal habilidade estava ligada ao poder político de cada dirigente, conforme apontado na capacidade de governo.

Pode-se inferir que esse cálculo era estratégico, pois visava à obtenção do êxito do projeto de governo e da gestão da equipe dirigente do Plano. O exercício desse cálculo dava-se pelo contato pessoal, telefônico, ou por e-mail, com o núcleo dirigente da Secretaria Municipal de Saúde.

Eu consigo muitas coisas através assim de, sabe, você articula com os colegas. Você vai conquistando aliados para atingir tal resultado. Então, eu acho que eu, se eu fosse avaliar muitas vezes, se eu fosse só sentar na minha mesa e trabalhar só como técnica e não conquistar meus aliados, não conseguiria muitas coisas. Através de amizades, os aliados que você consegue para determinadas causas, isso, essa parceria até extraoficial, porque mandar só ofícios, comunicação interna (CIs), muitas vezes não vai funcionar. Então, ai meu Deus, isso é terrível, não pode dizer, mas faz parte. Então, é um e-mail que você manda, um articula aqui, daí você passa para outro e vai articulando. Então, isso é favorável para você conseguir resultados, porque não adianta ficar só disparando ofício, CI, muitas vezes, não vai adiantar nada mesmo (CG3).

Notou-se que essa racionalidade estratégica era também utilizada pelos dirigentes, nos acordos em torno do que fazer e para obterem apoio a nível central da SMS de Cuiabá e a nível operacional com os profissionais de saúde.

Percebeu-se, entretanto, que o cálculo técnico-político, realizado pela equipe de dirigentes que conduzia o Plano, contribuiu para obter certa governabilidade, porém, foi insuficiente para garantir as licitações de compra em tempo hábil para viabilizar as atividades. Os dirigentes responsáveis pela implantação do plano não dispunham, em tempo oportuno, da programação físico-financeira para assegurar o acompanhamento dos processos administrativos de aquisição de bens e serviços necessários para o apoio logístico do sistema de saúde local e observar a evolução das ações previstas em tempo real.

Em Poconé, também, observou-se a existência de práticas de planejamento não-estruturadas, com caráter mais burocrático e ritualístico. Existia uma prática institucional de formulação de planos de saúde e certo acompanhamento desse instrumento por meio dos relatórios anuais de gestão. Notou-se, ainda, que Poconé não aderiu ao Pacto Pela Vida e de Gestão (BRASIL, 2006).

O planejamento das ações estratégicas para a redução da mortalidade infantil neonatal também se deu frente às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde em garantir a adequação e a reforma de cinco unidades de saúde da família, estruturar e adequar o espaço físico do hospital local e contratar e qualificar profissionais de saúde em todos os níveis de atenção (POCONÉ, 2009). Uma equipe reduzida foi constituída para formulação e operacionalização desse plano de ações estratégicas – a atenção primária e epidemiológica, os profissionais do NASF, alguns profissionais de saúde das unidades básicas e do hospital local.

Para parte dos informantes da SMS de Poconé, esse plano foi visto como algo impositivo e que em virtude de poucas pessoas para conduzir a sua operacionalização e o excesso de demandas dos diversos programas, este acabou caindo no esquecimento não sendo acompanhado e avaliado.

As ações acabaram assim, realmente, não vou mentir pra você. Assim, você constrói um plano na verdade porque você tem que construir, não é? É meio que uma imposição. Você tem uma data que tem que mandar e aí ele passa realmente a ficar um pouco esquecido. Você vai discutindo por um tempo.

Você vai tentando e daí você é engolido pelo restante das ações e o acaba deixando, principalmente, quando você tem um corpo de trabalho muito reduzido para muita coisa que é feita. Não adianta a gente querer tampar o sol com a peneira e achar que vai fazer e que foi seguido. [...] infelizmente, não foi. A gente tem um foco que tenta fazer os principais, mas realmente ele não, não tem um segmento porque é um profissional para tudo e você não consegue (PG17).

Parte dos dirigentes de Poconé relatou que uma das facilidades para operacionalizar o plano foi o fato de ter uma equipe coesa, com maior apoio vindo dos profissionais enfermeiros e ter a coordenação a cargo da atenção primária e epidemiológica. Contudo, as principais dificuldades apontadas foram, principalmente, a existência de uma única pessoa, na SMS de Poconé, responsável pela coordenação da atenção primária e epidemiológica e também do plano e os atrasos nos repasses dos recursos estaduais.

As facilidades, assim, a gente tinha uma equipe que realmente era coesa. Assim, os enfermeiros eram muito prontos para ajudar e a dificuldade era o profissional médico [...] Mas, assim, dentro da medida do possível, a gente com todos esses esforços, a falta de recurso que é um grande empecilho que a gente passou por esse período em que o estado veio aí com essa, que não estava pagando o repasse estadual com frequência (PG7).

A dificuldade maior era uma só pessoa para mexer com tudo. Eu acho que essa foi a grande dificuldade porque muitas vezes você não para e analisa. Você é simplesmente engolido pela rotina de todos os serviços tanto da atenção básica quanto da vigilância e de todos os programas. [...] isso é uma grande dificuldade que existe. A facilidade eu acho, assim, por a gente ter um contato maior (PG17).

O plano municipal de ações estratégicas foi operacionalizado, principalmente, com recursos próprios, seguido das contrapartidas do governo estadual e federal. Com a expansão dos serviços oferecidos e a contratação de novos profissionais, os recursos passaram a ser insuficientes. Além disso, houve atraso no repasse financeiro estadual agravando a situação e a governabilidade do plano.

Então, as reformas, a gente conseguiu, no início, com os recursos do município, dos 15%. [...] eu falo assim, enquanto a gente não tinha tantos serviços o dinheiro até que dava. [...] aí, então, nos primeiros anos a gente conseguiu construir com recursos próprios. A partir do quarto ano em diante, a gente não conseguiu mais usar recursos próprios. A gente tinha que ter alguma ajuda, ou seja, do governo estadual e com os recursos do alcance de metas. Assim, a gente conseguiu reformar a central de especialidades, que foi um recurso do alcance de metas e as outras foram com os do governo federal que foi o plano de requalificação das unidades básicas. Agora, contratação, isso foi tudo com recursos próprios (PG7).

Não, não foi acompanhado, não foi avaliado. Somente aconteceu porque ele tinha que acontecer realmente. Como eu tinha te dito, por um tempo, a gente procurou realizar essas ações, mas aí você acaba caindo na rotina (PG17).

Notou-se que, em Poconé, o poder político, técnico e administrativo do gestor municipal e a autonomia financeira da secretaria foram fundamentais para o seu cálculo estratégico, o que garantiu o êxito de parte da proposta de governo e certa governabilidade da sua gestão.

Percebeu-se, ainda, em ambos os municípios-caso, que não houve divulgação e pactuação das ações estabelecidas junto à população, nos conselhos locais de saúde e nem nos espaços midiáticos dos municípios. Assim, não houve cálculo interativo que pudesse aglutinar forças para o enfrentamento dos obstáculos, no momento tático operacional dos planos. Predominou a racionalidade estratégica, com elementos comunicativos em menor grau e localizados. Pode-se inferir que nos planos municipais de ações estratégicas houve predomínio da racionalidade estratégica, onde a ação de trabalho era instrumental burocrática, num contexto politico-institucional com interesses contraditórios.

### **Estratégias**

As estratégias utilizadas pelos dirigentes da SMS de Cuiabá, como instrumento e forma para facilitar a operacionalização do plano, relacionavam-se, principalmente, com o poder político que cada dirigente conseguia ter dentro da organização para viabilizá-lo, especialmente no nível central, bem como as reuniões internas realizadas por cada setor envolvido.

Assim, eu sempre tive muita facilidade de integrar com outros atores. Então, na hora que nós chamamos, convidamos as pessoas para falar sobre isso ninguém hesitou a não ouvir, todos os participantes vieram, todos os colegas de outros setores. Então, a gente não teve dificuldades para construir o plano (CG5).

Facilidade que eu acho é que os técnicos que estavam mais diretamente envolvidos se propuseram a estar trabalhando, estar melhorando a situação (CG7).

Acho que nós tínhamos reuniões periódicas, semanais para ser mais preciso, com a equipe da atenção básica. Todas as decisões que extrapolavam as questões técnicas, exclusivamente, a gente sempre compartilhou com a equipe. Eles sempre tiveram conhecimento, acesso a essas situações e apontavam a leitura da área técnica, então, nesse ponto foi uma questão assim, facilitadora, porque quando eles eram cobrados nas unidades sobre as situações que estavam pendentes ou não tinham sido viabilizadas não precisavam dizer assim: olha vou ver. Eles sabiam e quando eles diziam que não sabiam era porque nem a gente tinha resposta ainda para isso (CG6).

A segunda estratégia adotada pelos gestores de Cuiabá foi a de desenvolver atividades conjuntas entre algumas diretorias, a fim de garantir a execução das ações. Desse modo, para oferecer a capacitação de pré-natal de baixo risco, a Diretoria de Atenção Básica e a Secundária uniram-se, e organizaram o treinamento para os profissionais médicos e enfermeiros das unidades básicas e policlínicas. Entretanto, essa estratégia não foi bem sucedida. As coordenadorias não conseguiram implantar, especialmente, o pré-natal de alto risco nas policlínicas, em virtude da inexpressiva participação de profissionais, em especial a dos médicos.

Na época, as ações nossas eram as de estruturar esses ambulatórios das policlínicas para terem equipamentos necessários, mais obstetras e também capacitar esses profissionais para fazerem essa assistência à gestação de risco. Só que não foi feita nenhuma dessas ações nesse aspecto. Então, o que se manteve e a única coisa que se conseguiu fazer, foi o treinamento de pré-natal, que eu me lembro no período. Era para pré-natal de baixo risco e aí foi treinada a atenção primária e a atenção secundária também participou. Então, foi a enfermeira do ambulatório junto com o obstetra que também foi convidado. A taxa de participação do profissional, desse obstetra, foi praticamente quase nada. Foram um ou dois profissionais, foram bem poucos. O obstetra da policlínica não se vê na necessidade de ser capacitado para uma coisa que é simples, só se fosse algo mais específico. Mas na parte das enfermeiras do ambulatório, todas participaram do treinamento (CG9).

Em Poconé, uma das estratégias que facilitou a operacionalização do plano foi a de poder contar com uma maior proximidade aos profissionais, bem como com o poder político, técnico e administrativo do gestor municipal, como já evidenciado.

A outra estratégia foi a de viabilizar as ações de capacitação, em parceria com alguns profissionais de saúde contratados pela Secretaria Municipal de Saúde para o hospital local. Contudo, essa ação denominada, por eles, como “aulas” não atingiu o objetivo, em virtude da inexpressiva participação dos profissionais de saúde, em especial, a dos médicos.

A facilidade, eu acho assim, por a gente ter um contato maior com esses atores das unidades. Isso é uma facilidade, a proximidade. Não é como um grande centro que se tem mais dificuldades de encontrá-los. Então, essa proximidade, essa maior intimidade, isso facilita porque, às vezes, o colega ele não vai porque ele quer, mas ele vai porque é você quem está ali. Uma solidariedade, na verdade. Então, eu acho que isso é um meio que facilita quando a gente está um pouquinho mais de tempo no município. E o fato de eu já ter trabalhado na unidade básica e estar um pouquinho de tempo na secretaria de saúde, acaba a gente participando um pouco mais das atividades, dos encontros que nós somos convidados pelo escritório. As reuniões facilitam porque você tem um pouco mais de visão do que está acontecendo, por onde que você direciona porque, às vezes, você tem só um problema e consegue só enxergá-lo. Então, aí você vê como que vai acontecer, tem recursos? O que está faltando? Então, isso facilita um pouco. [...] Para fazer a

qualificação profissional e aí nós conseguimos fazer, é, duas reuniões com a atenção básica. O médico obstetra que estava fazendo junto com técnico enfermeiro e que teve pouca participação dos médicos [...] aí a segunda vez nós fizemos, também teve pouca participação. Com o obstetra, nós tivemos duas aulas. Aí nós marcamos também com a pediatra para estar fazendo e até foi um planejamento da gente implantar o AIDIPI. Aí, só teve duas reuniões e a terceira a pediatra tinha pedido afastamento porque ela estava gestante e tudo. Aí, o serviço parou novamente porque ela entrou de licença e deu uma quietada (PG16).

Para ambos os municípios-caso, Cuiabá e Poconé, outra questão ligada à estratégia foi quanto à transparência e opacidade utilizadas no espaço organizacional para a viabilidade da intervenção. As observações de campo, as entrevistas e os documentos oficiais revelaram que as organizações, enquanto espaço social possuíam credibilidade e que existiu relação social restrita entre as equipes de dirigentes para viabilização dos planos. Porém, a opacidade destes foi maior e decorrente, principalmente, da não participação de outras áreas importantes para a redução da mortalidade infantil neonatal, como a do complexo regulatório, e o não conhecimento deste por inúmeros profissionais, quer no nível central, quer no nível da assistencial.

Em Cuiabá, a maioria dos dirigentes não relatou as mudanças ocorridas na rede perinatal, ou por terem ocupado o cargo por pouco tempo, e/ou por não se encontrarem mais na Secretaria Municipal de Saúde. Apenas parte desses gestores da SMS de Cuiabá conseguiu relatar mudanças, como a melhoria das ações do pré-natal, em virtude da prestação de contas do número de consultas estabelecidas e acompanhadas no SIS-Pré-natal, e certa melhora da assistência hospitalar. Entretanto, há concordância de que toda a rede perinatal precisa avançar no acolhimento, humanização e qualidade do serviço. Houve, ainda, um entrevistado que relatou melhorias na investigação do óbito, nos equipamentos das maternidades e no cuidado com o recém-nascido, em virtude das capacitações recebidas pelos profissionais de nível médio e superior nas UTI's.

Olha, eu acredito que, na atenção básica, quando se estabeleceu algumas coisas, em termos de quantidade de consultas, essa coisa toda, isso deu um incremento sim, para as ações do pré-natal, até porque, a partir desse sistema de informação, a rede acabou tendo de prestar contas. [...] Os hospitais apesar de terem uma qualidade de serviços que hoje é ruim, isso melhorou porque você tem também uma prestação de contas. Você tem uma prestação de contas no meu ponto de vista mínima, mas você tem. Então, houve uma melhora, apesar de que você tem ainda toda aquela questão que te falei de acolhimento como gestante sendo xingada. Aquela história de que “ - ah quando você estava lá fazendo não pensou nisso”. Então, houve uma melhora sim da rede. Não vou dizer que não. Não dá pra dizer que algumas coisas não melhoraram, eu acredito que sim (CG27).

Eu acho que com esse incentivo melhorou. [...] Eu acho que assim, [...] houve melhora na questão de investigação de óbitos [...] de equipamentos que foram para as maternidades. Investimentos nas capacitações que foram realizadas para profissionais de nível médio, e no superior também teve capacitação na área materno infantil neonatal para as UTIs neonatais. Então, em consequência disso, melhorou o cuidado com o recém-nascido (CP2).

Em Poconé, as mudanças ocorreram em razão das reformas e/ou ampliação realizadas nas unidades básicas de saúde, no centro de especialidades e no hospital. Houve, ainda, ampliação da oferta de exames como o hemograma e ultrassom realizados nesse município e a contratação de profissionais de saúde, pediatra e anestesistas, para atender à rede perinatal municipal.

Olha, principalmente, a contratação dos profissionais. A implantação do NASF, a contratação do profissional anestesista que não tinha no município. [...] própria liberação desses profissionais, que antes já eram do município, para estarem realizando algumas capacitações, do tipo é, não tinha ninguém que fazia ultrassom mais aí quando o Dr. [...] entrou ele também foi liberado depois o Dr. [...]. Então, tinha uns certos acordos de períodos de serviço que eles acabaram fazendo as capacitações. Essas liberações acabaram vindo a somar no município porque não tinha esses profissionais e a compra do ultrassom para o município (PG17).

O quadro 7 apresenta uma síntese das características do planejamento e gestão em saúde em ambos os municípios-caso.



Quadro 7 - Síntese das principais características da gestão da saúde, no período de 2009 a 2010, nos municípios-caso, Cuiabá e Poconé, que influenciaram o Plano Municipal de Ações Estratégicas.

Características/Municípios-caso	Cuiabá	Poconé
<b>Gestão da Saúde</b>		
Planejamento	<p>Prática não estruturada de planejamento. Operacionalização do plano e das ações, a principal dificuldade foi que estas se perderam em meio às urgências da SMS de Cuiabá, às trocas de gestores onde cada gestor estabeleceu suas prioridades, a pouca integração entre os setores, à estrutura precária da secretaria que não conseguia atender a demanda excessiva das ações e atividades e a não institucionalização do acompanhamento e avaliação dos planos. Não houve acompanhamento e avaliação, com exceção da vigilância dos óbitos e nascimentos.</p> <p>O cálculo técnico-político estava presente na capacidade da equipe dirigente do Plano em persuadir, conseguir colaboradores e cooptar outros sujeitos de setores relevantes para fazerem parte da proposta ou conseguir que determinada ação acontecesse. A maioria dos informantes não soube relatar as mudanças ocorridas.</p>	<p>Práticas de planejamento não estruturadas com caráter mais burocrático e ritualístico. Plano como algo impositivo. Número insuficiente de pessoas para conduzir e operacionalizá-lo, excesso de demandas dos diversos programas, este acabou caindo no esquecimento não sendo acompanhado e avaliado. Facilidade: equipe gestora coesa. Dificuldades: Falta do repasse do recurso financeiro estadual e uma única pessoa responsável com excesso de atividades. Mudanças ocorridas como expansão de serviços oferecidos, reformas e contratação de novos profissionais. O poder político, técnico e administrativo do gestor municipal e a autonomia financeira da secretaria foram fundamentais para o seu cálculo estratégico, o que garantiu o êxito de parte da proposta de governo e certa governabilidade da sua gestão.</p>
	Houve predomínio da racionalidade estratégica, onde a ação de trabalho era instrumental burocrática, num contexto político-institucional com interesses contraditórios.	
Estratégias	<p>Poder político de cada dirigente e reuniões internas. Ações conjuntas entre as diferentes diretorias.</p>	<p>Participação e acompanhamento do gestor municipal. Pactuação de cotas para exames com prioridades para as gestantes. Capacitações (“aulas”) iniciadas com a participação dos profissionais locais.</p>
	Opacidade do Plano foi maior que a transparência por não participação de outras áreas e não conhecimento deste por inúmeros profissionais do nível central e da assistência.	

## **4.4 Gestão da organização da atenção: a trajetória do óbito neonatal e o julgamento do grau de implantação das ações estratégicas**

### **4.4.1 A trajetória do óbito neonatal**

A análise das doze trajetórias dos óbitos neonatais evitáveis ocorridos em 2010, nos municípios-caso de Cuiabá (Figuras 14 a 22 - Trajetórias de 1 a 9) e Poconé (Figuras de 23 a 25 - Trajetórias de 10 a 12), tendo como referencial o relato das mães e os documentos oficiais, revelou obstáculos relacionados às especificidades maternas, do recém-nascido e aqueles das características políticas-organizacionais e das práticas assistenciais em toda rede perinatal do sistema de saúde, conforme apresentado a seguir.

Em Cuiabá e Poconé, observou-se que, dentre os fatores mencionados no modelo causal, para as mães participantes desse estudo (n = 12), que a maioria era primigesta (Cuiabá n = 7 e Poconé n = 3), de cor preta ou parda (Cuiabá n = 6 e Poconé n = 2), em condições precárias de moradia e saneamento, sem emprego formalizado e pobre (Cuiabá n = 7 e Poconé n = 2). Apenas uma em Cuiabá era fumante e alcoólatra.

Em Cuiabá, a maioria das mães relatou acesso ao pré-natal, realizando mais de quatro consultas e exames. Contudo, no hospital particular (Figura 14- Trajetória 1), em dois Centros de Saúde (Figura 18 – Trajetória 5 e Figura 19 – Trajetória 6) e na Policlínica (Figura 22 - Trajetória 9), isso não foi suficiente para detectar gestantes de risco, em especial, por dificuldade de acesso a ultrassom e/ou pelo profissional médico seguir protocolos clínicos diferentes do preconizado pelo Ministério da Saúde. E, em apenas dois Centros de Saúde (Figura 15 - Trajetória 2 e Figura 16 - Trajetória 3) e uma Unidade Básica de Saúde da Família (Figura 17 - Trajetória 4), as mães conseguiram realizar menos que três consultas de pré-natal, com as mesmas dificuldades. Para a maioria das mães foi fácil conseguir as consultas de pré-natal nas UBST e UBSF, com exceção da Policlínica.

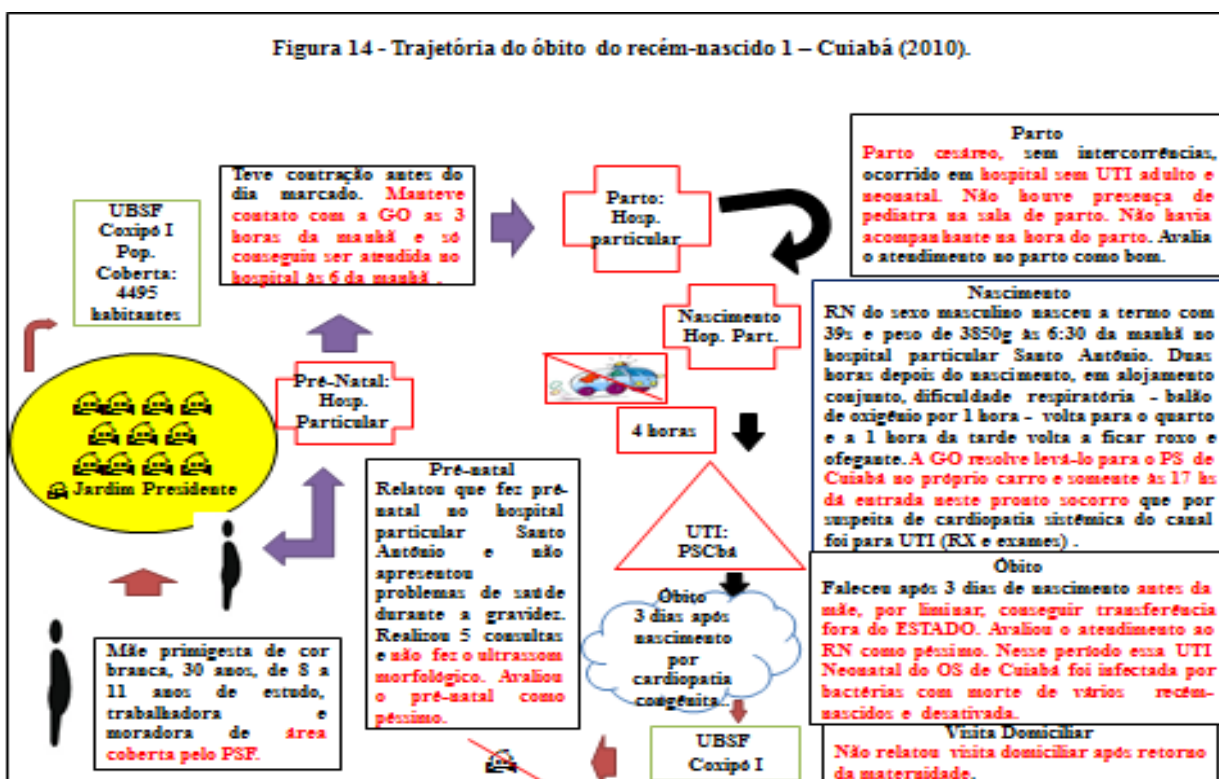
Foi fácil conseguir a vaga lá e fiz seis consultas (CM11).

Consultas foram várias, mas ultrassom foi mais difícil. Ultrassom foram três, durante os nove meses. Agora, consulta era mais fácil (CM14).

Fiz umas cinco consultas, ou menos, eu não me recordo bem. Eu vi a diferença de ter sido muito ruim pelo segundo pré-natal que eu fui muito bem acompanhada. [...] Nas consultas, ela me passou um ultrassom, aí não me lembro a ultrassom. Ah, é um ultrassom que dá pra ver os órgãos da criança por dentro. Se eu tivesse feito esse ultrassom, teria descoberto essa

cardiopatia dele antes, e teria agido para nascer e já ir para UTI. Iria procurar um hospital que tivesse uma UTI, porque onde ele nasceu não tem. [...] Na verdade, ela até passou esse ultrassom, só que já estava no sétimo mês e os médicos falam que esse ultrassom só fazem, no máximo, até quinto mês de gestação(CM26).

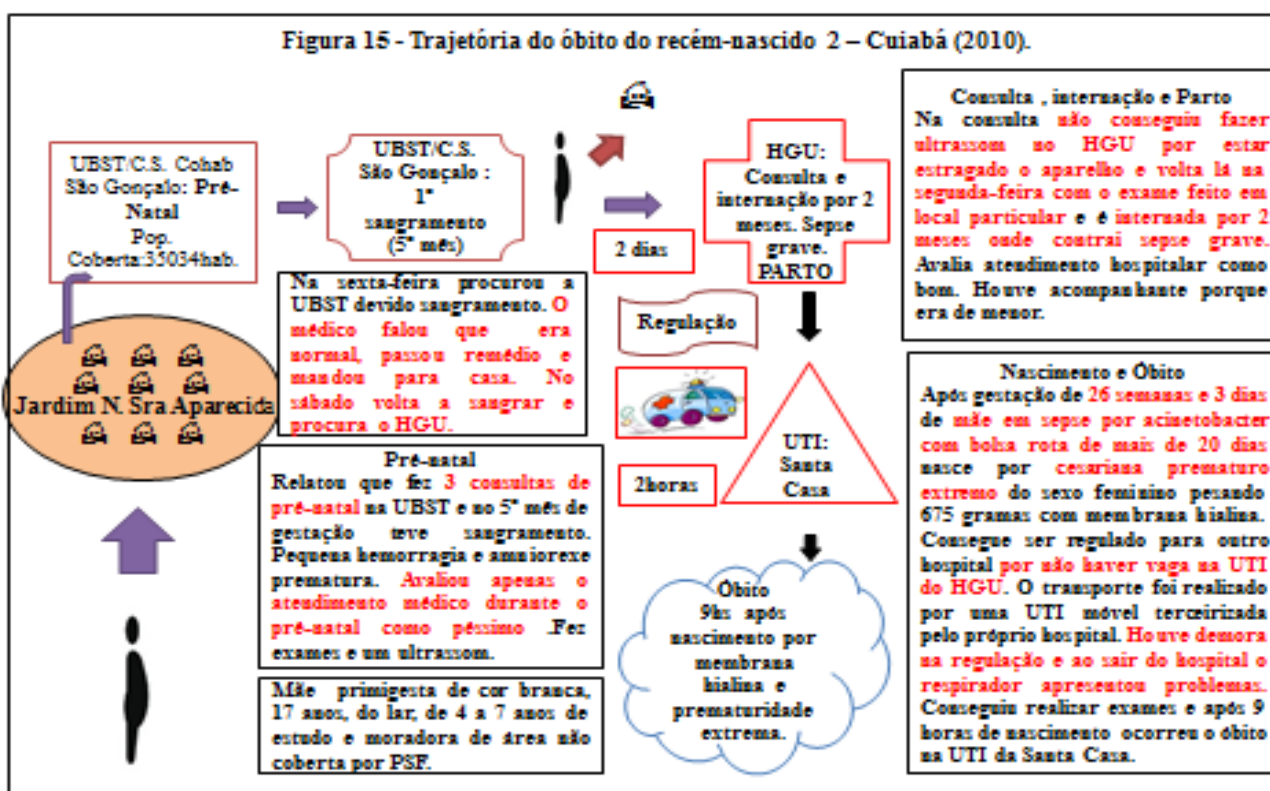
Eu tive, não sei se você sabe, eu tive minha neném com cinco meses de gestação e nos dois, três meses foi que aconteceu o sangramento. Começou a sangrar e aí perdi a criança. [...] Porque assim, na terceira vez que eu sangrei [...] marcou a consulta e me levou aqui no Centro de Saúde[...]. O médico que me atendeu ele falou bem assim que era normal mulher gestante sangrar, aí eu não entendi, e vim para casa. Ele passou um remédio, mas não deu nem tempo de comprar. Ele me atendeu numa sexta e num sábado eu sangrei de novo, aí meu esposo me levou para o Hospital Geral (CM25).



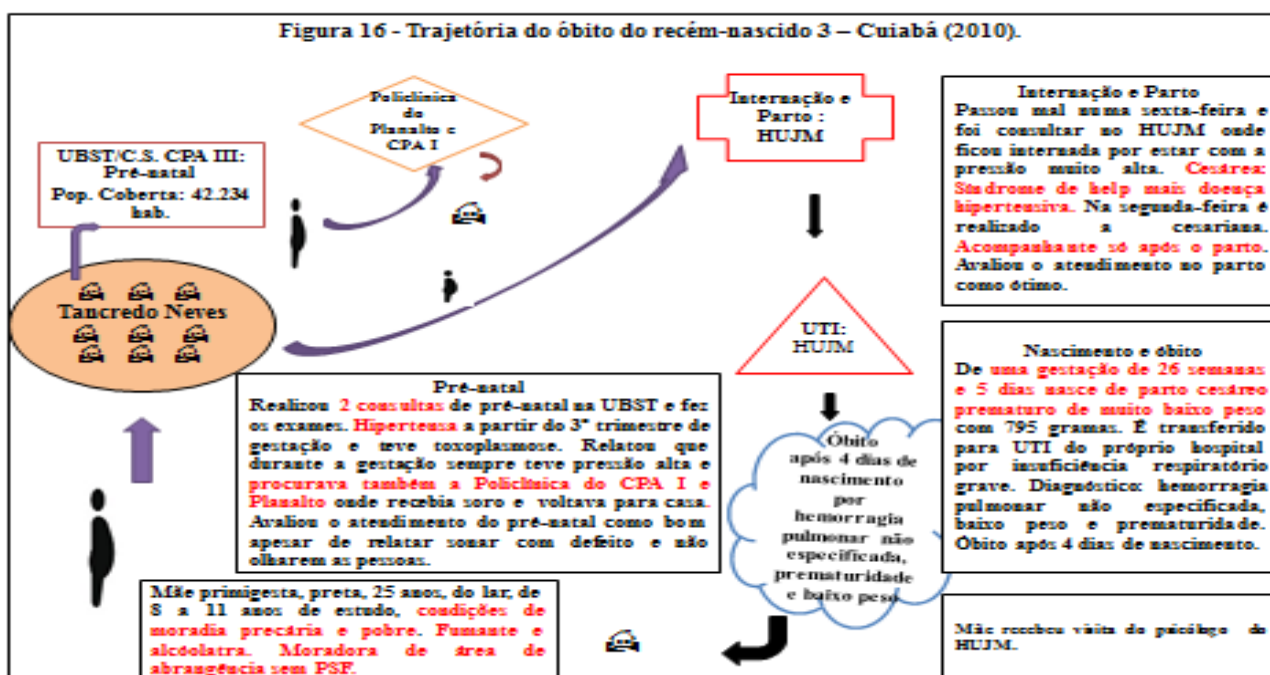
Fonte: Entrevistas com as mães, SIM (MATO GROSSO, 2010) e Ficha de Investigação Hospitalar (CUIABÁ, 2010e).

Legenda das Figuras de 14 a 25:

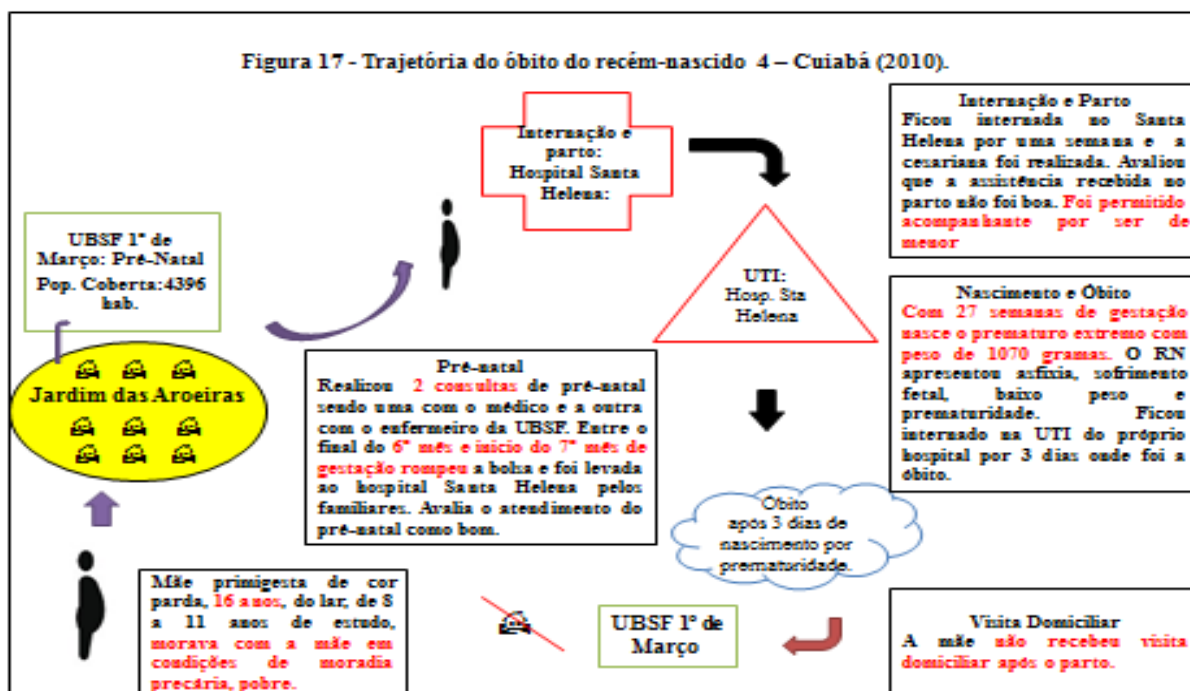
- Mãe ; Trajetória percorrida pela mãe: ; Encaminhamento pela UBS:
- Encaminhamento pelo Unidade de Saúde: ; Trajetória Mãe, Encaminhamento pelo serviço perigoso ou não realizado:
- Área de abrangência da UBSF : ; Não é área de abrangência SF: ; UTI: ; Hospital/Maternidade
- Pronto Atendimento médico ; Transporte particular ; Transporte móvel de urgência



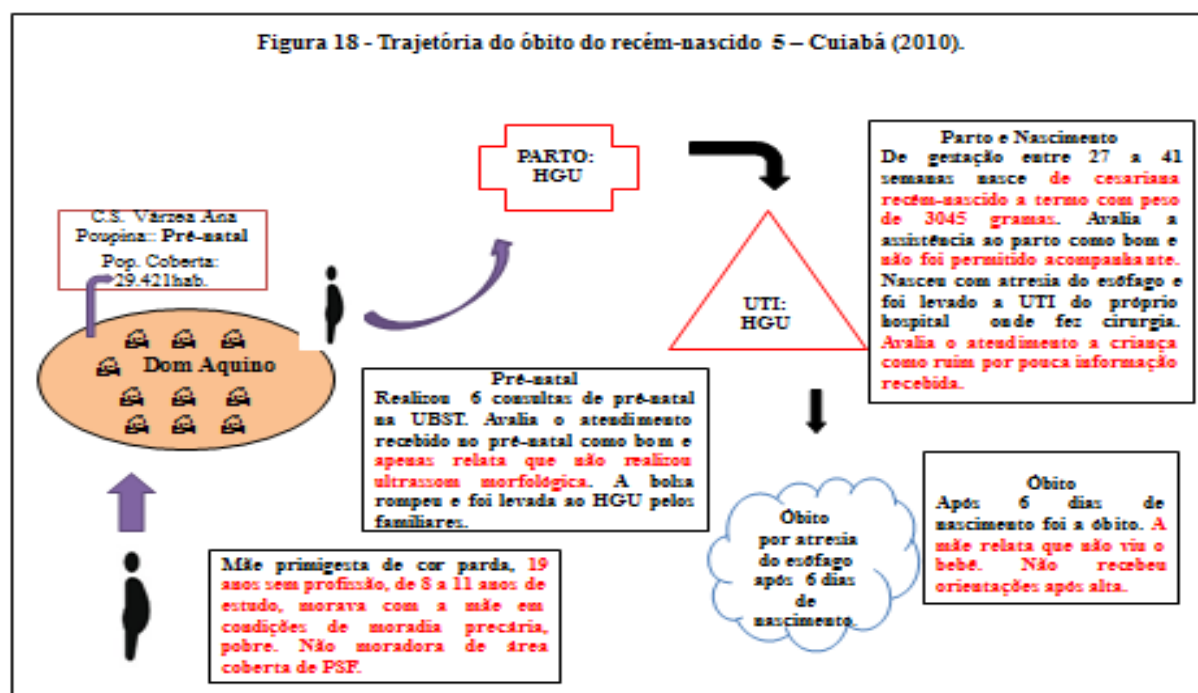
Fonte: Entrevistas com as mães, SIM (MATO GROSSO, 2010) e Ficha de Investigação Hospitalar (CUIABÁ, 2010e).



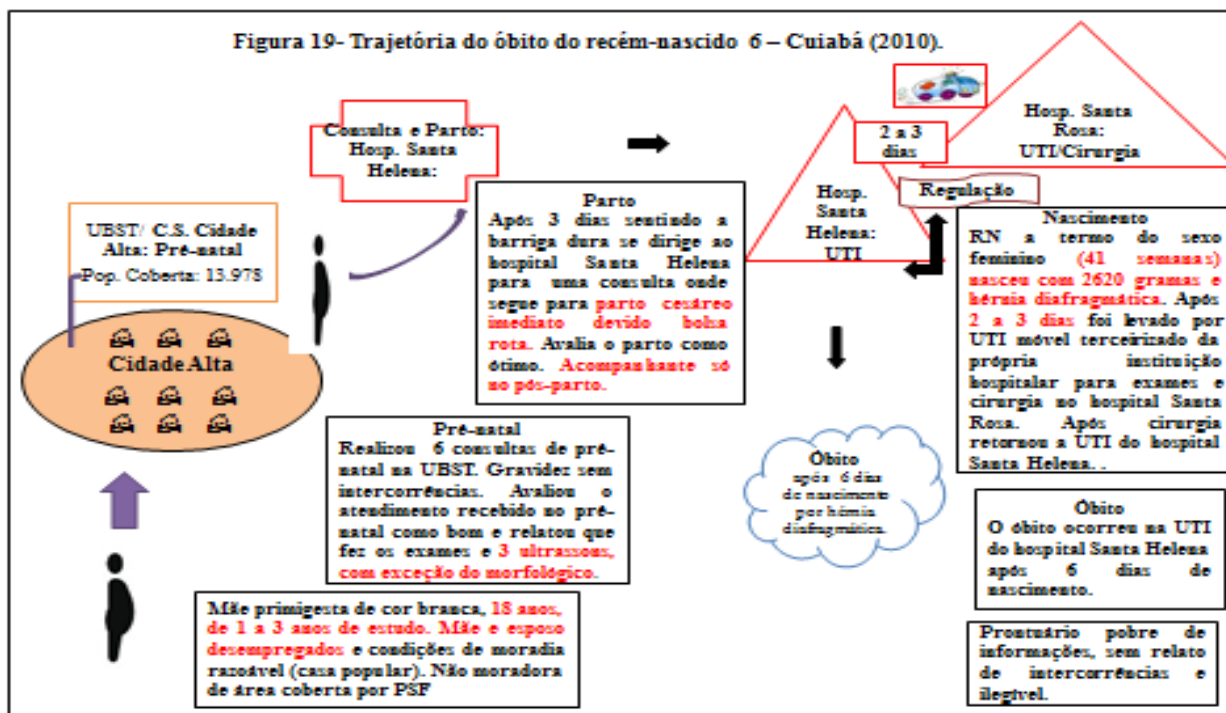
Fonte: Entrevistas com as mães, SIM (MATO GROSSO, 2010) e Ficha de Investigação Hospitalar (CUIABÁ, 2010e).



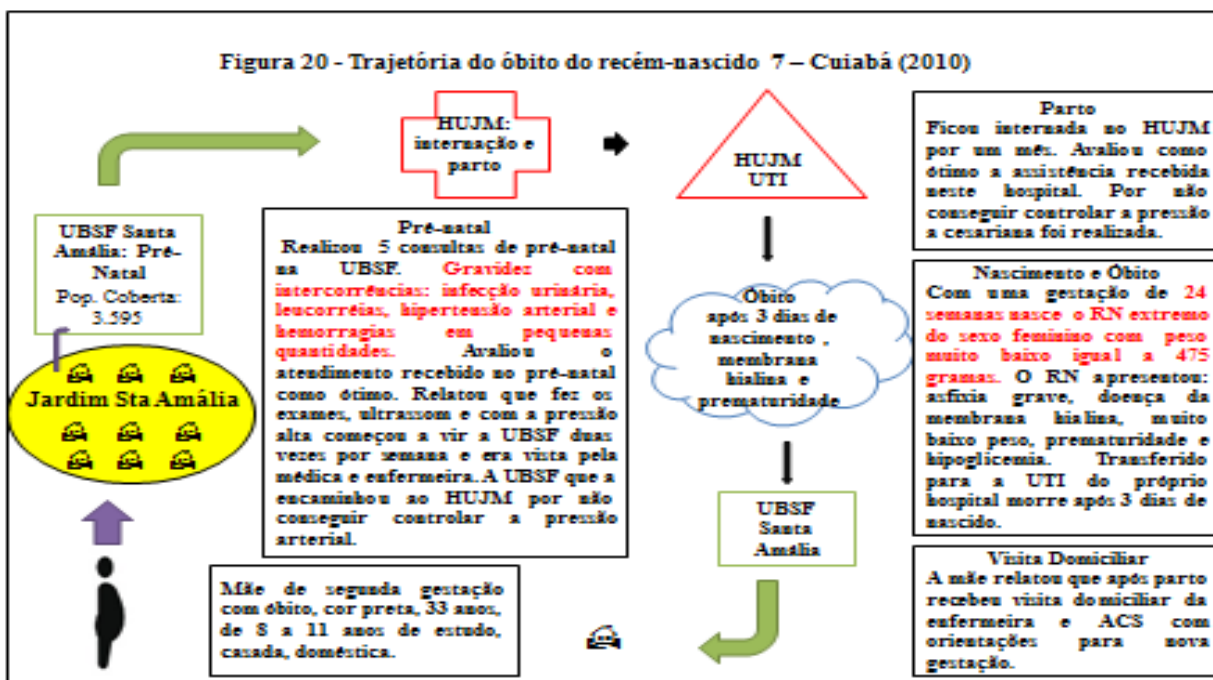
Fonte: Entrevistas com as mães, SIM (MATO GROSSO, 2010) e Ficha de Investigação Hospitalar (CUIABÁ, 2010e).



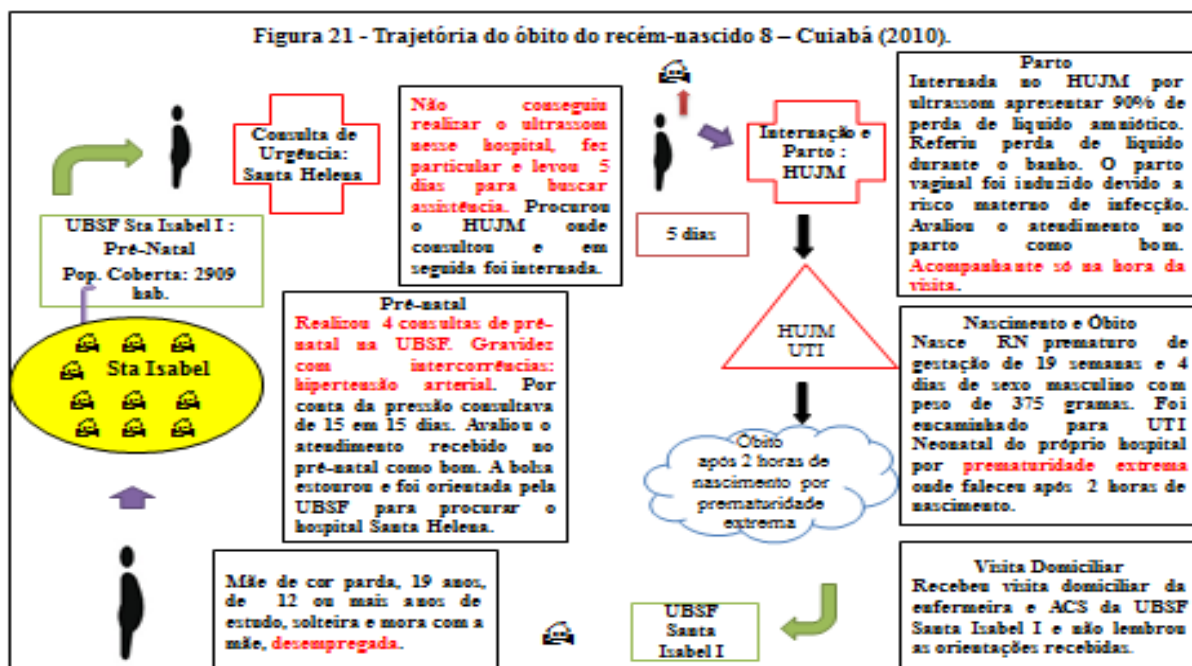
Fonte: Entrevistas com as mães, SIM (MATO GROSSO, 2010) e Ficha de Investigação Hospitalar (CUIABÁ, 2010e).



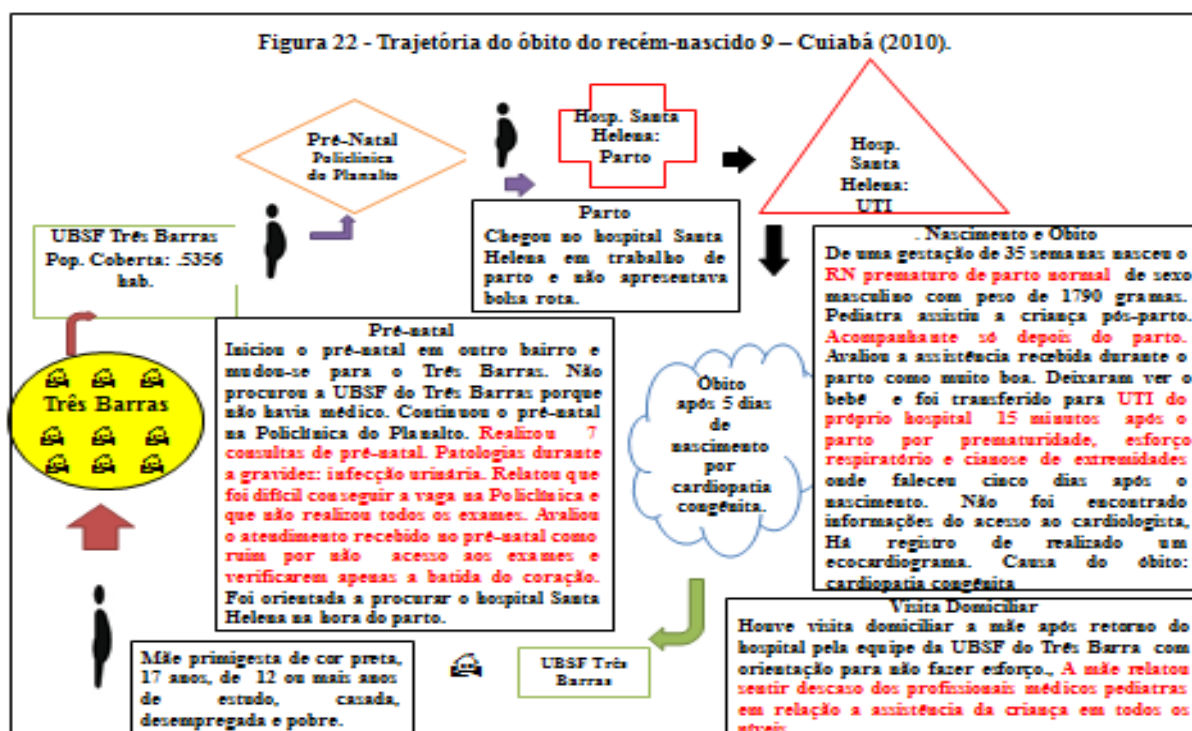
Fonte: Entrevistas com as mães, SIM (MATO GROSSO, 2010) e Ficha de Investigação Hospitalar (CUIABÁ, 2010e).



Fonte: Entrevistas com as mães, SIM (MATO GROSSO, 2010) e Ficha de Investigação Hospitalar (CUIABÁ, 2010e).



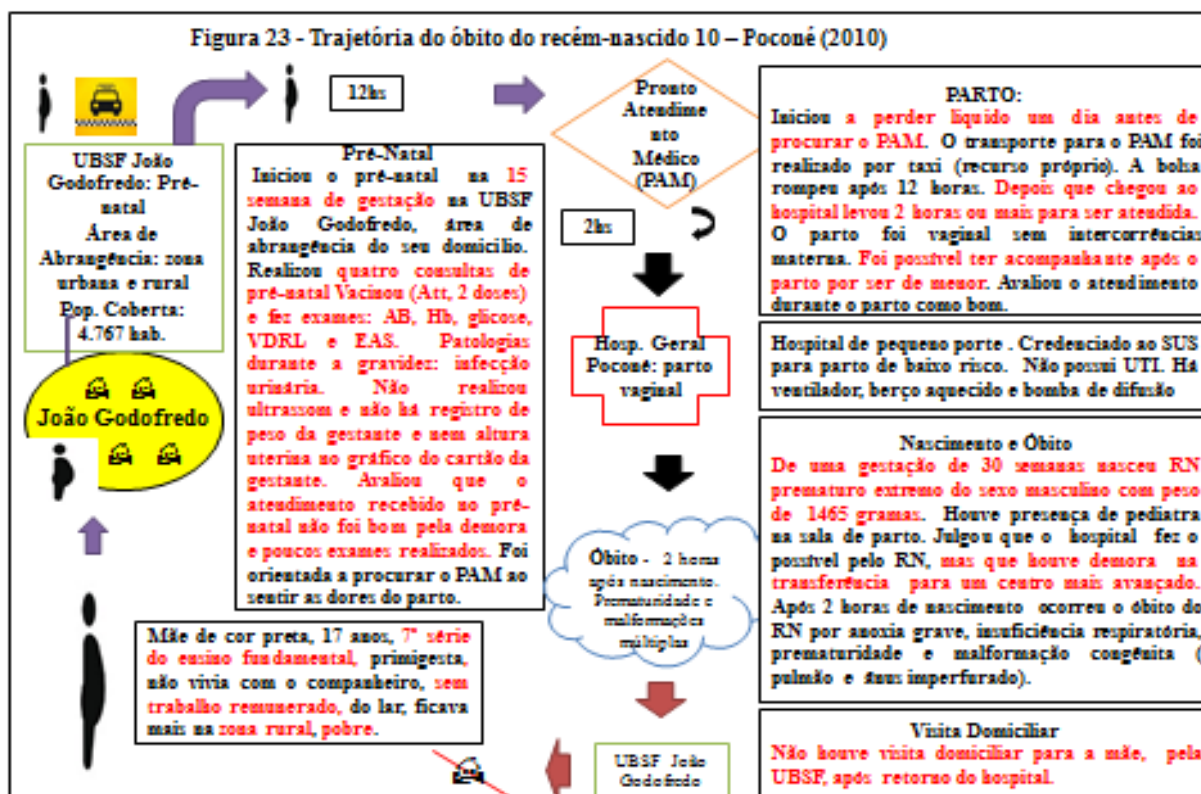
Fonte: Entrevistas com as mães, SIM (MATO GROSSO, 2010) e Ficha de Investigação Hospitalar (CUIABÁ, 2010e).



Fonte: Entrevistas com as mães, SIM (MATO GROSSO, 2010) e Ficha de Investigação Hospitalar (CUIABÁ, 2010e).

Em Poconé, também, a maioria das mães relatou ter realizado de quatro ou mais consultas de pré-natal (Figura 23 – Trajetória 10 e Figura 25 – Trajetória 12). Uma das mães não conseguiu ter acesso a ultrassom e realizou quatro dos oitos exames laboratoriais estabelecidos na gestação (Figura 23 - Trajetória 10).

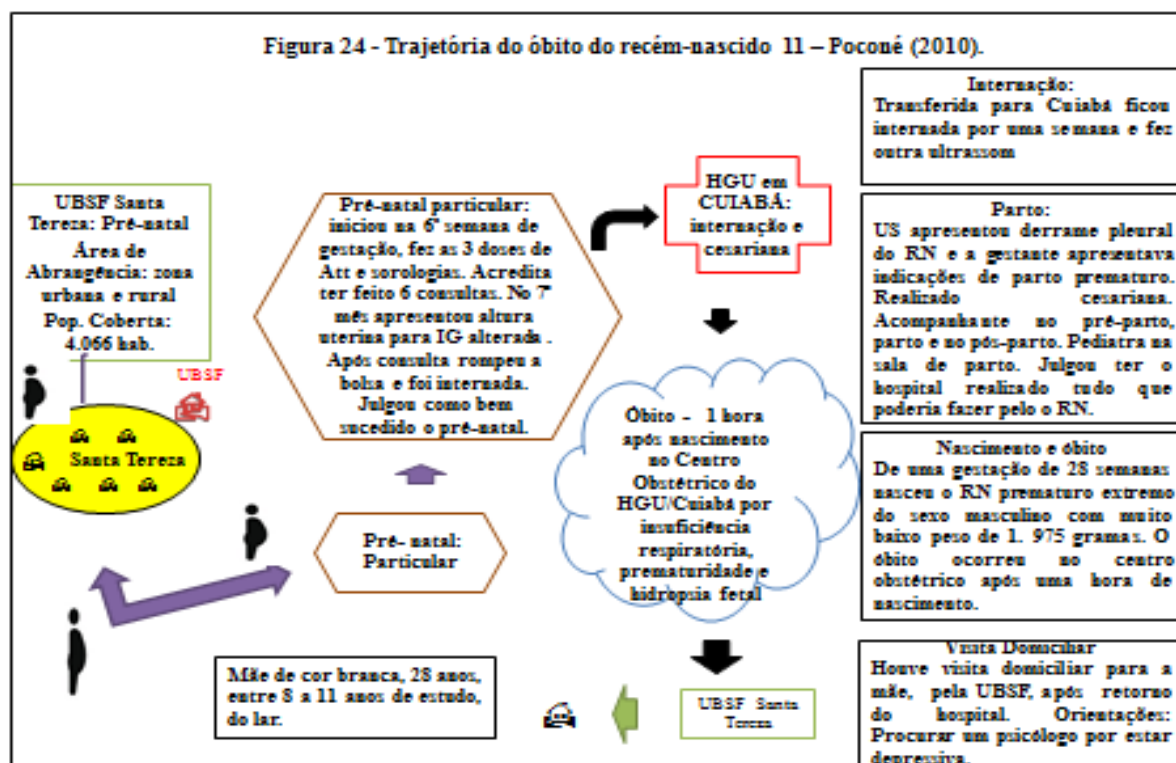
Olha, eu não consegui bater nenhuma ultrassom. [...] Uhum, não, desde o primeiro mês até o dia que ele nasceu eu não consegui nenhum (PM9)



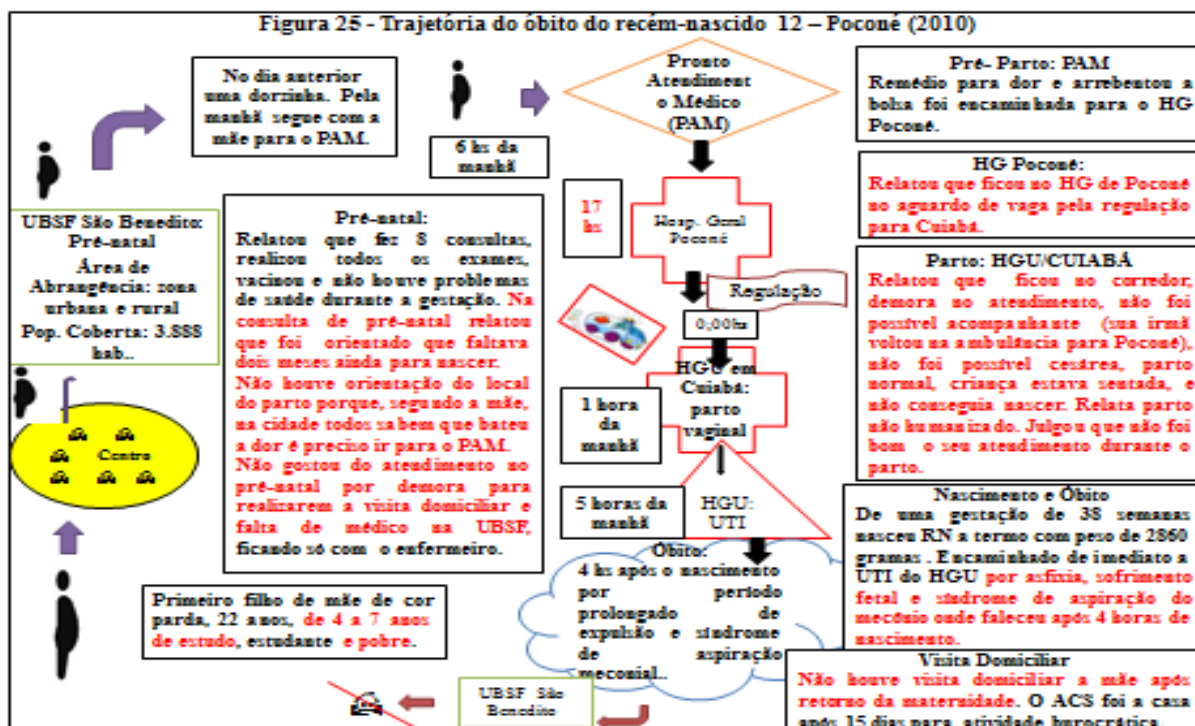
Fonte: Entrevistas com as mães, SIM (MATO GROSSO, 2010) e Ficha de Investigação Hospitalar, Ambulatorial e Domiciliar (POCONÉ, 2010c), SIAB (POCONÉ, 2014).

Apenas uma mãe, do município de Poconé, que fazia pré-natal na rede particular, conseguiu identificar gravidez de risco, durante a consulta, com perda de líquido e parto prematuro, com acesso imediato a ultrassom, à internação e ao parto assistido por ginecologista, pediatra, anestesista e com acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, em Cuiabá (Figura 24 - Trajetória 11).





Fonte: Entrevistas com as mães, SIM (MATO GROSSO, 2010) e Ficha de Investigação Hospitalar (CUIABÁ, 2010e), SIAB (POCONÉ, 2014).



Fonte: Entrevistas com as mães, SIM (MATO GROSSO, 2010) e Ficha de Investigação Hospitalar (CUIABÁ, 2010e), SIAB (POCONÉ, 2014).

Em Cuiabá, apenas duas mães não procuraram fazer o pré-natal nas unidades básicas de saúde da família de sua área de abrangência. Uma mãe não realizou o pré-natal no SUS (Figura 14 – Trajetória 1) e, a outra, por ter mudado de residência e não ter médico na UBSF (Figura 22 - Trajetória 9). Estas procuraram hospital particular e a policlínica (SUS/média complexidade).

A gente morava em outro bairro e comecei o pré-natal lá no posto de saúde do Coxipó. Aí eu vim para cá e daqui eu fui para a policlínica porque os médicos quase não vinham. No posto de saúde daqui era difícil ter médico (CM20).

As principais intercorrências referidas pelas mães, de Cuiabá, que as levaram a uma gestação de risco, com parto prematuro, foram hipertensão (Figura 16 – Trajetória 3, Figura 20 – Trajetória 7, Figura 21- Trajetória 8), hemorragia (Figura 15 – Trajetória 2 e Figura 20- Trajetória 7), infecção urinária (Figura 20 – Trajetória 20 e Figura 22 – Trajetória 9), amnorese prematura com sepse durante internação hospitalar (Figura 15 – Trajetória 2), e rompimento prematuro da bolsa (Figura 17 – Trajetória 4).

Como consequência, ainda, da baixa qualidade da assistência do pré-natal, observou-se mães que desconheciam os sinais de parto e de perigo no nascimento (Figura 19 - Trajetória 6, Figura 23 – Trajetória 10 e Figura 25 - Trajetória 12). Em Poconé, notou-se certa demora, em média 12 horas, após dor ou perda de líquido para procurarem o atendimento (Figura 23 – trajetória 10 e Figura 25 – Trajetória 12). Identificou-se, em Poconé, que uma das gestantes relatou demora no atendimento (Figura 23 - Trajetória 10).

Eu tive dor e após três ou mais dias minha barriga ficou parece que muito dura. Vi que não estava normal e já fomos para o hospital e lá resolveu fazer o parto de imediato (CM17)

Não me informaram. Eles não informam aqui. Não informaram, aqui bate dor a gente vai para o PAM.[...] Uhum, chamei o enfermeiro e minha mãe. Minha mãe falou: “- Quer ir para o PAM?” Falei: “-Não quero, estou só com uma dorzinha, assim no pé da barriga e vai para um lado”. Quando foi cedo, de manhã, falei que queria ir para o PAM. Chegou lá deram um remédio para cortar a dor. E não teve como, arrebentou a bolsa, e me mandaram para o hospital (PM4).

Paciente refere que começou a perder líquido um dia antes, a tarde, e só procurou o Pronto Atendimento Médico (PAM) no outro dia de manhã. Referiu também que após chegar ao hospital demorou de duas horas ou mais para ser atendida (POCONÉ, 2010).

Houve, também, para duas mães de Cuiabá, dificuldade em conseguir realizar ultrassom, pelo SUS, na consulta de emergência obstétrica pré-parto (Figura 15 - Trajetória 2 e Figura 21 - Trajetória 8). Conseguiram realizar a ultrassom em serviços particulares levando de dois a cinco dias para buscarem novo atendimento.

Mas lá, no hospital geral, eles pediram para eu ir a outro lugar fazer ultrassom, porque disseram que o aparelho do hospital não estava funcionando (CM25).

A bolsa estourou e o PSF encaminhou para o hospital Santa Helena, que pediu outro ultrassom, porque a máquina de lá do Santa Helena não estava vendo direito. [...] Paguei uma ultrassom e levei lá no HUIJM (CM 19).

As mães de Cuiabá avaliaram a assistência pré-natal realizada pelas UBST (Centros de Saúde), UBSF, Policlínicas e o Hospital Santo Antônio como: boa, em cinco unidades básicas (C. S. CPAIII, C.S. Várzea Ana Poupina, C.S. Cidade Alta, UBSF 1º de Março e UBSF Santa Isabel); péssima ou ruim, em três locais (Hospital Santo Antônio, Policlínica do Planalto e C.S. Cohab São Gonçalo); e, ótimo, apenas na UBSF Santa Amália. Justificaram as avaliações dadas pela dificuldade de acesso aos exames, principalmente, os de imagem, e pela relação com os profissionais de saúde, em especial, médicos.

Olha como foi minha primeira criança, nem sei. Foi legal, só o médico que parecia um pouco, sei lá, estranho demais. [...] não olha na gente para conversar. Ele chega só assim rapidinho, não explica o que está acontecendo. Desse jeito que ele era. Olha, as pessoas de lá foram super legais comigo. As pessoas me trataram muito bem, mas o médico. As pessoas dizem que foi culpa dele o que aconteceu comigo, porque deu problema no exame de urina e ele falou que estava ok. [...] Lá no hospital que eu cheguei com problema, no hospital geral, o outro médico falou assim que tinha algum problema no exame de urina que eu tinha feito aqui. [...] Então, para ele acho que menos de 5, sei lá. Eu estou falando assim porque tem muita gente que aconteceu a mesma coisa e com ele (CM25).

Foi bom, uns oito porque daquela vez ela não passou aquele exame que vê lá dentro, o ultrassom. (CM11).

Aqui não tenho o que reclamar das meninas. Fui super bem atendida. Ótimo, para elas dou 10. Eu passava pela médica e pela enfermeira (CM11).

A maioria das mães de Poconé avaliou que o pré-natal realizado não foi bom por pouca visita domiciliar recebida, não ter médico na UBSF e dificuldade na assistência para identificação do problema do recém-nascido, durante a gestação (Figura 23 - Trajetória 10 e Figura 25 – Trajetória 12).

Eu acho assim que eles demoram muito para vir na casa da gente. E também não tem médico direto. Falta médico. A gente fica com medo até de engravidar. Fica assim, com medo, não vê a criança, os médicos não acompanham as grávidas. É só enfermeira (PM4).

Ah! Eu acho que foi muito demorado. Pelo que eu acompanhava de outras grávidas o meu, assim, dava simplesmente um erro do carimbo, eles não deixavam fazer. Não marcava nada. Então, assim eu acho que se tivesse visto antes esse problema que ele tinha [...] (PM9).

Em decorrência de todos esses achados, a maioria dos partos das mães de Cuiabá foram cesáreos por indicação, e um parto vaginal induzido, devido a risco de óbito materno e da criança. Apenas uma cesárea foi eletiva e um parto normal. Em decorrência, houve o nascimento de apenas três recém-nascidos a termo (Figuras 14, 18 e 19) e os demais todos prematuros de baixo peso (CUIABÁ, 2010 e). Já para as mães de Poconé, foram dois partos normais e um cesáreo por indicação, com o nascimento de apenas um a termo (Figura 25).

Em ambos os municípios-caso, Cuiabá e Poconé, as mães relataram que não houve intercorrência materna no parto e isso foi confirmado pela análise das fichas de investigação hospitalar (CUIABÁ, 2010 e; POCONÉ, 2010 c). Encontrou-se o registro do uso do partograma, apenas na ficha de investigação hospitalar de uma mãe de Cuiabá. Para as demais mães, não havia registro do uso de partograma (CUIABÁ, 2010 e; POCONÉ, 2010 c). Em Cuiabá, apenas uma mãe relatou que no hospital Santo Antônio não havia pediatra na sala de parto e anestesista (Figura 14 - Trajetória 1).

Em Cuiabá, das cinco mães que moravam em área de abrangência de Unidades Básicas de Saúde da Família apenas duas não receberam visita domiciliar da equipe após alta hospitalar (Figura 14 - Trajetória 1 e Figura 17 – trajetória 4). E dentre as que receberam visita domiciliar relataram as seguintes orientações: descanso (Figura 22 - Trajetória 9) e acompanhamento para nova gestação (Figura 20 - Trajetória 7).

Eles deram orientações. [...] Ah, porque eles viram eu lavando vasilha e falaram que não podia fazer esforço (CM20).

Ah, ela pediu para fazer acompanhamento e se eu quisesse engravidar de novo. Se meu marido permitisse também, para fazer um acompanhamento com o médico, eu e ele, mas aí não procurei mais (CM15).

Em Poconé, apenas uma mãe (Figura 24 - Trajetória 11) recebeu visita domiciliar, após alta hospitalar, com orientações para depressão pós-parto.

Recebi, recebi do posto de saúde, a enfermeira [...] conversava bastante comigo. Pediu para procurar um psicólogo, porque eu estava muito depressiva. Para não ficar em casa, sair, distrair a cabeça. [...] Ela ia direto lá em casa. Ela foi até mais do que era para ir (PM2).

As mães que tiveram seus bebês em Cuiabá avaliaram a assistência ao parto como: duas mães avaliaram o HGU como bom (Figura 15 - Trajetória 2 e Figura 18 - Trajetória 5); uma mãe julgou a assistência recebida no Hospital Santo Antônio como boa (Figura 14 - Trajetória 1); três parturientes apreciaram a assistência dada pelo HUJM como - duas atribuíram como ótima e uma como boa (Figura 16 - Trajetória 3, Figura 20 - Trajetória 7 e Figura 21 - Trajetória 8) - e para as três mães que tiveram seus bebês no Hospital Santa Helena, uma referiu não ter sido boa, uma como muito boa e a outra disse que foi ótimo (Figura 17 - Trajetória 4, Figura 19 - Trajetória 6 e Figura 22 - Trajetória 9). Justificam as avaliações dadas pela forma como são tratadas pelos profissionais nas maternidades. Uma mãe relatou ter recebido visita domiciliar do psicólogo do HUJM, após alta hospitalar (Figura 16 - Trajetória 3).

Lá no Júlio Müller foi bom, gostei. [...] Ah, no HUJM eu dou nota 10. Eu não sei se é porque o meu problema era grave e o atendimento foi mais assim, mas eu dou 10 (CM 22).

Foi bom, uma mulher lá, acho que assistente do médico ficava conversando comigo bastante. [...] Assim, todo mundo, as enfermeiras. Quando cheguei lá, porque fiquei quase dois meses internada. Eles me atenderam super bem. Fiz amizade com as enfermeiras (CM 25).

A mãe, que teve o bebê em Poconé (Figura 23 - Trajetória 10), julgou boa a assistência recebida durante o parto, justificando que os profissionais fizeram o possível. Entretanto, as que necessitaram ser transferidas para Cuiabá, apesar de serem reguladas para a mesma maternidade, Hospital Geral, fizeram avaliações diferentes. Uma, que utilizou de seu Plano de Saúde Privado, considerou que a assistência prestada foi boa (Figura 24 - Trajetória 11), e a outra, que usou o SUS, avaliou como ruim (Figura 25 - Trajetória 12), com demora no atendimento, relatando não ter sido permitido acompanhante e desumanização durante o atendimento.

Ah! Eu acho que até nesse momento eles fizeram de tudo, o possível (PM9).

Às zero hora cheguei ao hospital e ainda fiquei lá no corredor. Custaram para atender. Um senhor lá, um rapaz que estava com a mulher dele que brigou para ver se eu entrava, estava tudo cheio de sangue já. Porque eles demoram a atender a gente, deixa a gente no corredor. [...] Sem acompanhante, nem minha mãe, ninguém. Mandou minha irmã vir embora na ambulância. Assim

que o rapaz da ambulância negociou com a enfermeira vieram embora e me deixaram lá. [...] Fiquei no corredor e foi com muito custo que a enfermeira chamou para dar o toque e falou que não dava mais para fazer a cesariana. Mandou subir rápido e falou que era quadro muito arriscado, porque a criança estava ficando preta na vagina, passando da hora de nascer. Falou para mim que ia tentar o normal que era perigoso perder eu e a criança. [...] Mandaram um monte de novinho lá que estava aprendendo e vi que não ia nascer a criança e chamou o médico, o mais velho. Chegou lá ele fez assim com o pé da criança e pegou os dois pés e fez assim para lá e para cá. Por isso que eu falo que eles que mataram. [...] Estava sentada a criança. Eu falava para os médicos que não tinha mais força para ajudar a criança a sair. E ele falou que quando estava lá no bem bom virando a noite tinha como (PM9).

Em Cuiabá, houve obstáculos nos cuidados recebidos pelo recém-nascido, como vaga na UTI do próprio hospital onde nasceu (Figura 15- Trajetória 2), demora de, em média, 4 horas para regular UTI de outro hospital (Figura 14- Trajetória 1), dificuldade de acesso ao ecocardiograma e medicamentos (Figura 14 - Trajetória 1 e Figura 22 – Trajetória 9), dificuldade de vaga para realização da cirurgia cardíaca com nascimento a termo, e óbito após três a cinco dias de vida (Figura 14 - Trajetória 1 e Figura 22 – Trajetória 9), e apenas um não conseguiu transporte seguro para o deslocamento a UTI (Figura 14 - Trajetória 1) (CUIABÁ, 2010e).

Ela falou que não poderia chamar uma dessas ambulâncias da UNIMED, porque era quinhentos e poucos reais o trajeto, que não sei o que, e que não tinha necessidade e que ia levar para o pronto socorro. Disse: ” - mas eu não quero que leve para o pronto socorro”. [...] Ela levou no carro dela, mesmo eu não querendo [...] Ele precisava fazer um exame e o médico da UTI que trabalhava na Femina buscou o aparelho na mochila dele, trouxe e fez e lá detectou que tinha cardiopatia [...]. Faltou um remédio lá, uma droga que ele tomava para poder manter a veia aberta. Esse médico conseguiu também esse remédio para ele. [...] mas ele ia viajar para fazer a cirurgia. Eu só consegui a cirurgia rápida porque eu tinha conhecimento. Ou seja, se não fosse esse papel, do juiz, eu estava na fila de espera. Consegui todos os papéis belezinha, mas como ele pegou infecção não pode viajar (CM26).

A maioria dos recém-nascidos, que nasceram em Cuiabá, teve acesso, a depender do caso, aos seguintes cuidados: aspiração das vias aéreas, reanimação, incubadora aquecida, berço aquecido, fototerapia, intubação, cateterismo umbilical, ventilação mecânica e nutrição parenteral. Acesso aos seguintes exames e medicamentos: rastreamento de hipoglicemia, hemograma, hematócrito, raios-X do tórax, ecocardiograma, medicação venosa, antibióticos e surfactante. (CUIABÁ, 2010e).

A maioria das mães, de Cuiabá e Poconé, não soube avaliar o atendimento recebido pelo recém-nascido no hospital porque alegaram não terem visto o bebê logo

após o nascimento (trajetória 2, 3, 4, 6, 9, 10, 11 e 12). Apenas três mães avaliaram o cuidado recebido pelo recém-nascido com base no que lhes foi contado pelos familiares. Duas mães, de Cuiabá, relataram que foi péssimo (Figura 14 - Trajetória 1 e Figura 18 - Trajetória 5) e apenas uma disse que fizeram o possível pelo bebê (Figura 21 - Trajetória 8). A justificativa negativa deu-se pela demora no atendimento, pela forma como a mãe foi tratada e as informações recebidas.

Olha como eu não vi porque eles me doparam. Eu estava passando mal, aí como não vi, não posso dizer (CM 25).

Péssimo, péssimo, péssimo. Tinha uma médica que no dia antes dele falecer ela falou bem assim para mim: “- Olha, o caso do seu filho é muito grave. Ele já está com o rim parado. Você pode considerar ele morto?”. Mas ele estava respirando, tudo normal. Ela falou desse jeito para mim. Sabe, muito jumenta ela (CM 26).

Não, nasceu e depois que tirou eu nem cheguei de ver. Na hora que corta e mostra para mãe, eu não vi. Já correram com ela e falou que teve que ficar na UTI. Só depois que eu vi na incubadora. [...] Foi muito bem atendido pela UTI. Eu acho que eles deram o melhor (CM 14).

Em Poconé, a maioria das mães relatou que a assistência prestada ao recém-nascido foi boa, e que fizeram o possível (Figura 23 - Trajetória 10 e Figura 24 - Trajetória 11) e, uma fez ressalva pela demora na transferência para Cuiabá. E apenas uma mãe (Figura 25 - Trajetória 12) relatou que os cuidados dispensados ao bebê, em Cuiabá, deixaram a desejar.

[...] assim meu esposo disse que foi tudo bem feito. Que ele acompanhou tudo. A minha amiga que também era enfermeira ficou lá na sala com o bebê disse que foi feito tudo que tinha. [...], tentaram fazer de tudo mas, [...] acho que foi bom (PM2).

Foi o possível que eles tentaram fazer pelo meu filhinho. [...] Olha pelo que eu fiquei sabendo que minha mãe me contou eu achava assim que eles deveriam correr para mandar mais rápido ele para lá (Cuiabá) porque ele ia viver sim, só que ia ter problema (PM9).

Não sei porque eles falam que tentaram. Agora não sei se tentaram mesmo reanimar a criança porque eu acho assim que eles não tentaram nada (PM4).

Em Cuiabá, houve relato, de parte das mães, de desumanização na assistência, em toda rede perinatal. Uma reafirmada pelo profissional de saúde da unidade básica de saúde.

Todo mundo reclama desse médico do centro de saúde daí. Não é só eu não. Eu nem reclamava dele. Depois que vi muitas pessoas reclamarem dele aí eu

fui contar minha história e muitas pessoas sabem do que passei com ele, entendeu. Dizem que ele é muito ruim, burro, ignorante, antes das pessoas contratarem um médico daquele jeito lá para trabalhar eles têm que investigar mais, entendeu? Acho que ele continua trabalhando aí e as pessoas nem sabem por quê (CM25).

Estou com um complicador. Eu tenho um ginecologista, mas a comunidade não, principalmente, a gestante por ele ter certo tipo de atendimento, vamos dizer assim, muito centrado na parte biológica, muito rápido. Ele atende 20 gestantes no máximo de uma hora. Então, eu não tenho conseguido, além desse problema, captar as gestantes porque quando elas vêm não tem a receptividade adequada. Porque quando elas consultam comigo é um tipo de atendimento. Quando vai consultar com ele é muito rápido, então, elas reclamam. Então, a média nossa de consulta está baixa, eu creio que se tiver chegando em quatro eu estou muito otimista. Não consigo porque é um profissional que não tem aquele compromisso necessário para estar atendendo na unidade básica. Você já passou por outros locais e percebeu que tem gente com esse engajamento com o atendimento do SUS, mas tem alguns que não tem e não tem esse perfil. Esse comprometimento de estar recepcionando e embora eu saiba da importância encaminho, falo que tem que vir, mas eu não consigo. As próprias gestantes me retornam que não virão (CP31).

E aí quando você vai no médico tem até nojo de pegar na criança porque é pobre. Na policlínica nem olham para sua cara. Agora até que é mais ou menos no hospital Geral ou, então, quando você leva no HUIJM mais ou menos ainda, não chega a ser bom (CM20).

#### **4.4.2 A consulta aos especialistas e o grau de implantação das ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal**

##### **4.4.2.1 A consulta aos especialistas**

Observou-se na Tabela 2, apresentada na metodologia, que houve concordância entre os especialistas consultados, principalmente, nos critérios/padrões relativos à subdimensão acesso à maternidade com apenas dois indicadores apresentando variação do desvio-padrão de  $\pm 0,51$ , seguido da dimensão vigilância do óbito e qualidade da informação, onde apenas um dos critérios obteve desvio-padrão de  $\pm 0,51$ .

Houve discordância nos critérios/padrões das demais dimensões, porém, com um grau não elevado onde o desvio-padrão variou de  $\pm 0,40$  a  $\pm 1,98$ . O maior grau de discordância esteve entre os indicadores da subdimensão acesso à atenção primária relacionados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuando com profissionais capacitados (desvio-padrão  $\pm 1,98$ ) e equipes de saúde da família com cobertura ampliada e capacitadas com o Curso Introdutório (desvio-padrão  $\pm 0,95$ ), bem como na subdimensão acesso ao apoio diagnóstico relativo à existência de solicitação, realização



e avaliação dos exames e tratamento em tempo oportuno das necessidades dos recém-nascidos (desvio-padrão  $\pm 1,03$ ).

A pontuação total mostrou que, para esse grupo de especialistas, a subdimensão acesso à maternidade (50 pontos) e a qualificação do cuidado (50 pontos) seguido da vigilância do óbito e qualidade da informação (40 pontos) são de relevância para a redução da mortalidade infantil neonatal.

#### **4.4.2.2 Grau de implantação das ações estratégicas**

As ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal, no nível organização da atenção, no município de Cuiabá, foram classificadas como em estágio intermediário (51,4%), enquanto para o município de Poconé, elas se mostraram incipientes (42,9%) (Tabela 8, Figura 26).

No município de Cuiabá, a maioria das dimensões foi classificada como intermediária, sendo 53,0% para a dimensão acesso aos serviços e insumos e 52,5% para a dimensão qualificação da rede de atenção e mobilização social e apenas incipiente, com 45,0%, a dimensão vigilância do óbito e qualidade da informação.

No município de Poconé, todas as dimensões foram classificadas como incipientes, sendo 46,0% para a dimensão acesso aos serviços e insumos, 38,9% para a dimensão qualificação da rede de atenção e mobilização social e 40,0% para dimensão vigilância do óbito e qualidade da informação.

Tabela 8 – Classificação do grau de implantação das ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal, no nível gestão da organização da atenção por dimensão, subdimensão e critérios dos municípios-caso, Cuiabá e Poconé, Brasil, 2013.

Dimensão Acesso aos serviços e insumos	Pontuação Máxima (Proposta)	Cuiabá (A)		Poconé (B)	
		Pontuação Obtida	%	Pontuação Obtida	%
<b>Subdimensão Acesso à Atenção primária</b>					
1.- Equipes de Saúde da Família, com cobertura ampliada, presentes e capacitados com o curso Introdutório.	9 ptos	4 ptos	44,4 **	3 ptos	33,3**
2- Existência de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuando com profissionais capacitados.	8 ptos	0 ptos	0*	5 ptos	62,5****
3- A equipe conta com local de referência para o parto das gestantes em sua área de abrangência com equipes capacitadas.	10 ptos	6 ptos	60,0****	5 ptos	50,0**
4-Existência de capacidade regulatória da Secretaria Municipal de Saúde, com planos formais de priorização da atenção obstétrica e neonatal, em condições plena de funcionamento (estrutura física, recursos humanos capacitados e referências pactuadas).	10 ptos	4 ptos	40,0**	5 ptos	50,0**
<b>Subtotal Subdimensão Acesso à Atenção primária</b>	<b>37 ptos</b>	<b>14 ptos</b>	<b>37,8**</b>	<b>18 ptos</b>	<b>48,6 **</b>
<b>Subdimensão Acesso ao Apoio Diagnóstico</b>					
1-Há referência para consultas em grande parte das especialidades (psiquiatria, infectologia, urologia, cardiologia, endocrinologia, ginecologia e pediatria).	9 ptos	4 ptos	44,4**	4 ptos	44,4 **
2- Há solicitação, realização e avaliação, em tempo oportuno, dos exames para diagnóstico e tratamento terapêuticos preconizados para a atenção de grande parte das necessidades das gestantes e puérperas (Diagnóstico: teste rápido, exames laboratoriais de rotina, de imagem; Terapêuticos: DST e HIV/Aids, Hipertensão, Diabetes, TB, Hanseníase, Infecções Urinárias e Anemias)..	10 ptos	6 ptos	60,0****	4 ptos	40,0**
3- Há solicitação, realização e avaliação, em tempo oportuno, dos exames para diagnóstico e tratamento terapêuticos preconizados para atenção de grande parte das necessidades dos recém-nascidos (diagnóstico: exames laboratoriais de rotina e de imagem; Terapêutico: Diabetes, Pneumonias, e HIV/Aids).	9 ptos	5 ptos	55,5****	5 ptos	55,5****
<b>Subtotal Subdimensão Acesso ao Apoio Diagnóstico</b>	<b>28 ptos</b>	<b>15 ptos</b>	<b>53,5****</b>	<b>13 ptos</b>	<b>46,4**</b>

(Continua)

Tabela 8 – Classificação do grau de implantação das ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal, no nível gestão da organização da atenção por dimensão, subdimensão e critérios dos municípios-caso, Cuiabá e Poconé, Brasil, 2013.

Dimensão Acesso aos serviços e insumos	Pontuação Máxima (Proposta)	Cuiabá (A)		Poconé (B)		
		Pontuação Obtida	%	Pontuação Obtida	%	
<b>Subdimensão Acesso à Maternidade</b>						
1- Existência de leitos de UTI (6% dos leitos obstétricos e 2 leitos de UTI neonatais/1000 nascidos vivos) e UCI neonatal (3 leitos de UCI neonatais/1000 nascidos vivos) suficientes para atender à necessidade municipal e/ou regional, com garantia de regulação dentro e fora do município e profissionais capacitados.	10 pts	4 pts	40,0**	4 pts	40,0**	
2- Há espaços físicos adequados: ambiente com capacidade para um ou dois leitos (sendo um leito por parturiente) com poltrona de acompanhante, berço e área para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia, com água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem e banheiro anexo destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.	10 pts	5 pts	50,0**	4 pts	40,0**	
3- Há uma rede ampliada de Banco de Leite Humano, com adoção de ações estratégicas para acesso ao leite humano no município.	10 pts	9 pts	90,0****	0 pts	0*	
4- Há, no hospital/maternidade de referência, os insumos preconizados necessários: Sulfato de Magnésio, Surfactante Pulmonar, Corticoide e Nifedipina.	10 pts	10 pts	100****	10 pts	100****	
5- Há transporte seguro apropriado, com maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio, incubadora para transporte de recém-nascidos, cilindro transportável de oxigênio e profissionais capacitados para assistir gestantes ou recém-nascidos para Centros de Referência (SAMU).	10 pts	4 pts	40,0**	4 pts	40,0**	
<b>Subtotal Subdimensão: Acesso à Maternidade</b>	<b>50 pts</b>	<b>32 pts</b>	<b>64,0****</b>	<b>22 pts</b>	<b>44,0**</b>	
<b>TOTAL Dimensão Acesso aos serviços e insumos</b>	<b>115 pts</b>	<b>61 pts</b>	<b>53,0***</b>	<b>53 pts</b>	<b>46,0**</b>	

(Continua)

Tabela 8 – Classificação do grau de implantação das ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal, no nível gestão da organização da atenção por dimensão, subdimensão e critérios dos municípios-caso, Cuiabá e Poconé, Brasil, 2013.

Dimensão Qualificação da Rede de Atenção e Mobilização social	Pontuação Máxima (Proposta)	Cuiabá (A)		Poconé (B)		
		Pontuação Obtida	%	Pontuação Obtida	%	
<b>Subdimensão Qualificação do cuidado</b>						
1- São realizadas mais de 75% das ações básicas de saúde preconizadas para assistência à saúde da gestante, da puérpera e do recém-nascido.	10 pts	5 pts	50,0**	4 pts	40,0**	
2- Existência de hospitais Amigo da Criança.	10 pts	3 pts	30,0**	0 pts	0*	
3- Há alojamento conjunto.	10 pts	10 pts	100****	10 pts	100****	
4- Há presença do acompanhante da parturiente durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.	10 pts	5 pts	50,0**	2 pts	20,0*	
5- Há profissionais capacitados nas temáticas inerentes às causas da mortalidade infantil neonatal em toda rede de atenção perinatal.	10 pts	4 pts	40,0**	4 pts	40,0**	
<b>Subtotal Subdimensão Qualificação do cuidado</b>	<b>50 pts</b>	27 pts	54,0***	20 pts	40,0**	
<b>Subdimensão Mobilização Social</b>						
1- Há no município campanhas de mobilização da comunidade para o cuidado com mães e recém-nascidos.	9 pts	4 pts	44,4**	3 pts	33,3**	
<b>Subtotal Subdimensão Mobilização Social</b>	<b>9 pts</b>	4 pts	44,4**	3 pts	33,3**	
<b>TOTAL DIMENSÃO Qualificação da Rede de Atenção e Mobilização Social</b>	<b>59 pts</b>	31 pts	52,5***	23 pts	38,9**	

(Continua)

Tabela 8 – Classificação do grau de implantação das ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal, no nível gestão da organização da atenção por dimensão, subdimensão e critérios dos municípios-caso, Cuiabá e Poconé, Brasil, 2013.

Dimensão Vigilância do óbito e Qualidade da Informação	Pontuação Máxima (Proposta)	Cuiabá (A)		Poconé (B)	
		Pontuação Obtida	%	Pontuação Obtida	%
<b>Subdimensão Vigilância do Óbito Materno e Infantil</b>					
1- Existência de estrutura física, equipamentos, e profissionais (nível central) para atender a demanda do município e investigar 100% dos óbitos com a participação dos profissionais das Unidades Básicas e Hospitais/Maternidades.	10 ptos	4 ptos	40,0**	5 ptos	50,0**
2- Há um programa de capacitação permanente e profissional capacitado (nível central, UBS e Hospitais) para realizarem as ações de vigilância da morte materna e infantil.	10 ptos	4 ptos	40,0**	4 ptos	40,0**
3- Sistemas de informações em saúde implantados, funcionando, alimentando dados e produzindo informações.	10 ptos	6 ptos	60,0***	5 ptos	50,0**
4- Há monitoramento da ocorrência de óbitos maternos e infantis com propostas de intervenção operacionalizadas, no município.	10 ptos	4 ptos	40,0**	2 ptos	20,0*
<b>Subtotal Subdimensão Vigilância do Óbito Materno e Infantil</b>	<b>40 ptos</b>	18 ptos	45,0**	16 ptos	40,0**
<b>Total Dimensão Vigilância do óbito e Qualidade da Informação</b>	<b>40 ptos</b>	18 ptos	45,0**	16 ptos	40,0**
<b>Total Nível Gestão da Organização da Atenção</b>	<b>214 ptos</b>	110 ptos	51,4****	92ptos	42,9**

Legenda: \* Não Implantado ( $\leq 25\%$ ); \*\* Incipiente ( $> 25\%$  a  $\leq 50\%$ ); \*\*\* Intermediário ( $> 50\%$  a  $\leq 75\%$ ) e \*\*\*\* Avançado ( $> 75\%$ ).

Essas dimensões apresentaram, também, nas suas subdimensões, variações no grau de implantação. Em Cuiabá, na dimensão acesso aos serviços e insumos, a subdimensão acesso à atenção primária foi classificada como incipiente (37,8%) por ter baixa cobertura populacional da estratégia saúde da família, com ampliação de apenas duas equipes, no período de 2009 a 2013, não implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pela capacidade regulatória da SMS de Cuiabá não possuir plano formal de priorização da atenção obstétrica e neonatal, com dificuldades no espaço físico e recursos humanos para atender a demanda, bem como problemas na definição do número real de vagas nas maternidades de referência com baixo poder sanitário.

A cobertura da população com a Estratégia Saúde da família era de 45 % (CUIABÁ, 2013).

De 2010 para cá foram só duas equipes implantadas. Foram centros de saúde que passaram a ser PSF.[...] Este aqui também está no projeto, o NASF. Só tem projeto, mas deve sair deste ano para o ano que vem (CG35).

Possui estrutura, mas não suficiente para a demanda, tanto no espaço físico como no recurso humano (RH). Na verdade o que mais impede a regulação de atuar na sua integralidade é a falta de poder sanitário sobre os leitos. [...] Muitas vezes se fala: “- Ah! A regulação que não manda”. Temos mais dificuldade de conseguir uma vaga do que o médico regulador não querer trazer o paciente seja de qualquer unidade. Então, o que dificulta na regulação é ter isso bem desenhado, digo na central de regulação urgência e emergência, é ter definido tantos leitos no Geral, tantos leitos no Santa Helena, tantos leitos no HUJM e o poder sanitário sobre esses leitos, [...]ter autonomia sobre o leito e determinar qual e que tipo de paciente estará usando o mesmo. Para conseguir colocar o paciente numa unidade a gente tem de ligar e falar com o médico responsável, com o médico assistente. Aí, a primeira coisa que ele pergunta: quem é o paciente? De onde ele vem? E o que ele tem? Então, dependendo da necessidade, a gente sabe que tem um leito naquele local, ele é referência para aquele procedimento, para aquela referência e não se consegue pôr o paciente lá dentro (CG37).

Temos estrutura física e logística (internet, computador e outros) deficiente. O sistema adotado pela SMS de Cuiabá não conseguia visualizar a fila de espera. Agora estamos em fase de implantação do SISREG que poderá ajudar (CG38).

Em Poconé, essa dimensão e a subdimensão acesso à atenção primária também foi analisada como insuficiente (48,6%), não apenas por falta de ampliação da estratégia saúde da família (cobertura atual satisfatória mais de 80%), mas porque as equipes visitadas estavam incompletas, em relação aos profissionais que as compõem (uma UBSF sem médico; a outra, o médico comparecia na UBSF três vezes por semana; e, a maioria das UBSF tinha áreas descobertas de ACS), e sem o Curso Introdutório. Ademais, essas equipes contavam com local de referência para o parto de baixo risco com profissionais capacitados, parcialmente, e com número reduzido de obstetra, pediatra e anestesista nas 24 horas. A capacidade regulatória da SMS de Poconé

destinava-se apenas para a assistência ambulatorial, sem plano formal de priorização da atenção obstétrica e neonatal, com dificuldade para regular a média e alta complexidade na região.

Falta de médico porque quando cheguei aqui estava sem médica. Ela passou foi uns 6, 7 meses com a gente e ficamos de novo sem. Final de fevereiro ela saiu daqui e até agora estamos sem aqui na UBSF (PP3).

Aqui, no hospital, falta mais um pediatra, ginecologista e obstetra [...] e anestesista 24 horas, em todos os dias da semana. A gente trabalha muito sobrecarregado. [...] A gente procura sempre estar treinando os profissionais. As duas enfermeiras do hospital estão terminando o curso de enfermagem obstétrica. O hospital está bancando esse curso para elas. E todo ano se faz atualização do curso de reanimação neonatal que é repassado para todos (PPH13).

Aqui a SMS possui estrutura para a regulação ambulatorial, as especialidades. Para as urgências e emergências, o PAM e o hospital entram em contato direto com a central de regulação, em Cuiabá, que regula o paciente (PG11).

Na subdimensão apoio ao diagnóstico, o município de Cuiabá mostrou-se como intermediário (53,5%), garantindo acesso aos exames laboratoriais para gestantes, puérperas e recém-nascidos, em tempo oportuno, para o diagnóstico e tratamento, com prazo de entrega de resultados, na média de: 7 a 10 dias, para os de rotina; e, 20 dias, para o colpocitológico. Entretanto, apresentou dificuldade em garantir medicamentos para o tratamento das infecções de gestantes e puérperas e exames de imagem, como o ultrassom simples e o ultrassom morfológico, por insuficiência no número de vagas contratualizadas, para atender a capital e o interior, com priorização para a oncologia. Ademais, revelou-se incipiente (44,4%) dentro dessa subdimensão, para as referências ambulatoriais especializadas e cirúrgicas, por vagas insuficientes, em especial, a cardiologia e psiquiatria.

Você precisa de um antibiótico ou por uma mastite ou por uma infecção, não são raras às vezes em que ou se faz cota para comprá-lo, ou, é assim, não existe na rede. A gente só conta, às vezes, com o que não é indicado para aquele caso. [...] Mas aí eu ou encaminho para o HGU ou encaminho para o HUJM. No HUJM eu já tive essa avaliação até o geneticista entrou e avaliou e teve esse feedback, mas a morfológica para avaliação normal não é pedida aqui. Agora as dificuldades de ultrassom isso é a cada gestão. Uma isso funciona melhor e em outras é pior. Eu digo que na gestão anterior houve e terminamos o ano assim com muita dificuldade. Este ano já estamos conseguindo alguma coisa, mas a demora é no mínimo de 4 meses por aí para se conseguir (CP28).

Para o ultrassom morfológico, temos contratado sete vagas por mês com o HGU e quatro vagas por mês com o HUJM. São ao todo onze vagas por mês para atender Cuiabá e o interior. Em média são 60% das vagas para Cuiabá e 40% para o interior e essas vagas concorrem com a oncologia que é

prioridade. [...] O ecocardiograma fetal não é feito pelo SUS, porque não consegue contratar o serviço (CG38).

A Femina não é contratada para essa parte de maternidade, de parto. Ela é contratada única e exclusivamente para cirurgia cardíaca. O contrato do Hospital e Maternidade Femina com o município de Cuiabá são 8 cirurgias cardíacas por mês. Cirurgias cardíacas para neonatos ou pediátricas até 13 a 14 anos. Cardíaca ambulatorial tem o CERMAC que é referência [...] e Hospital Geral também que é só ambulatório. [...] Na psiquiatria não tem nem para materna, nem para o infantil, nem para adulto, nem para nada. [...] hoje psiquiatria é só no CAPS e ele é específico para álcool e drogas (CG37).

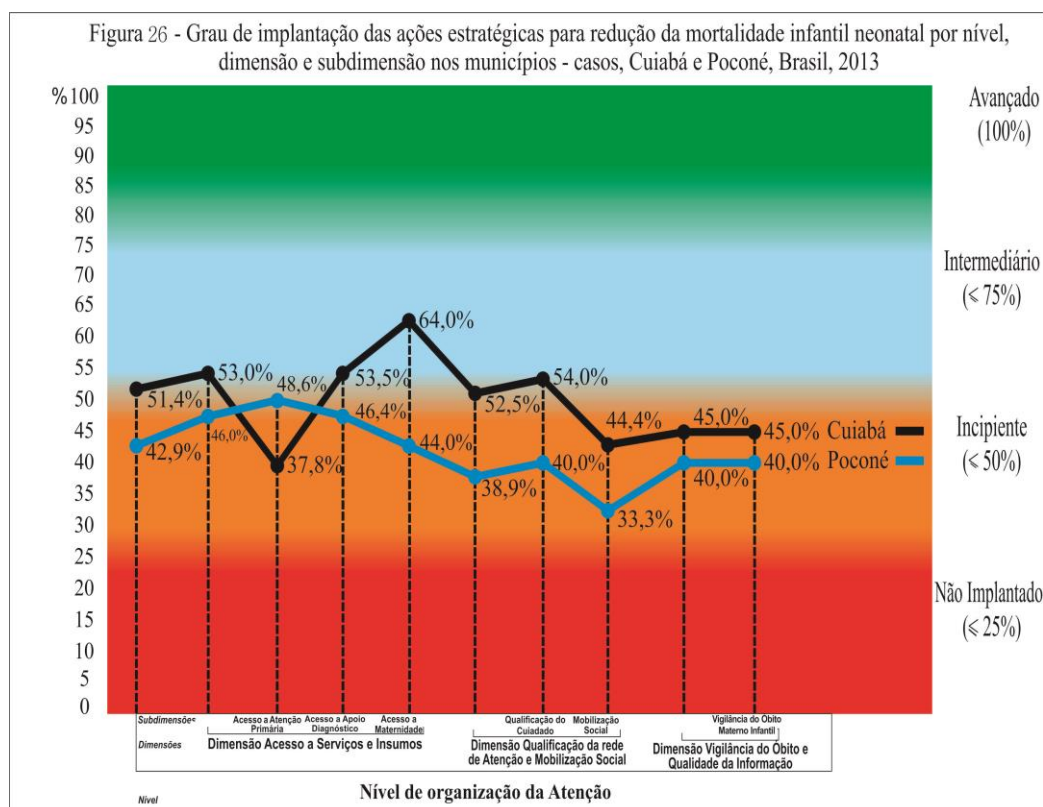
Para o município de Poconé, a subdimensão apoio diagnóstico foi considerada também incipiente (46,4%), por garantir referência à parte das consultas especializadas e com dificuldades para urologia e endocrinologia. Os exames de sorologia e colpocitologia não eram realizados no município, mas, sim, em Cuiabá, com retorno dos resultados dos exames, na média de quarenta e sessenta dias, respectivamente. Além disso, na atenção primária, eram estabelecidas cotas mensais para a realização dos exames de sorologias; na rede básica, não era garantido o acesso aos exames de imagem, como o ultrassom simples e o morfológico; e, às vezes, havia falta de medicamentos para hipertensão e diabetes.

Os exames mais simples, que não incluem sorologias, eles até que são rápidos. Acredito que em torno de 15 a 20 dias os resultados são enviados e a mulher já está com o exame na mão. Agora sorologia existe uma questão de cota e de financiamento desses exames. A secretaria ainda está com um pouco de dificuldade. [...] então, geralmente eles são feitos só uma vez durante a gestação. [...] Para as gestantes o sulfato ferroso e o ácido fólico eu nunca escutei falar que faltou. Aqui na unidade, às vezes, falta a gente encaminha para elas pegarem lá na farmácia central. É, mas hipertensão e diabetes costuma faltar, às vezes (PP13).

Os exames laboratoriais simples que a gente pede com 15 dias chegam. A sorologia demora um pouco mais de 20 a 25 dias, dependendo, até um mês. [...] As sorologias vão tudo para Cuiabá não são realizadas aqui. Agora o colpocitológico demora no máximo 60 dias e também vai para Cuiabá (PP3).

E, às vezes, também, tem dificuldade que vem do próprio pré-natal. Vira e mexe você pega uma gestante aqui que, por exemplo, são gêmeos e ela não fez ultrassom durante o pré-natal. Você não tem esse diagnóstico, ou até da data, de quantas semanas? Qual a idade gestacional daquela gestante? Ou falta de alguns exames, como já disse, os sorológicos. Então, chega ao hospital sem esse diagnóstico (PPH 14).





Em Cuiabá, as subdimensões apoio diagnóstico e acesso à maternidade foram importantes para que a dimensão acesso aos serviços e insumos conseguisse se manter como intermediária (53,0%). Em especial, a subdimensão acesso à maternidade onde o município de Cuiabá mostrou-se intermediário (64,0%), por apresentar-se avançado nos indicadores rede ampliado de banco de leite humano (90,0%) e pela existência, nas maternidades de referência, dos insumos preconizados necessários (100%): sulfato de magnésio, surfactante pulmonar, corticoide e nifedipina.

Contudo, observaram-se, nessa subdimensão, importantes indicadores de acesso como incipientes. Os leitos de UTI, adulto e Neonatal, eram insuficientes para atender à demanda local e estadual, com profissionais parcialmente capacitados (40,0%). Todos os hospitais tinham um núcleo responsável pelas capacitações. Esses núcleos ofereciam, principalmente, capacitações em reanimação neonatal, com exceção do HGU. Ademais, havia apenas um hospital pactuado como “vaga sempre”, porém, sem leitos para atender à demanda de parturientes. Na maioria dos hospitais não havia espaço físico e ambiência (50,0%) adequada, não atendendo a RCD 36/2008/MS com mais de dois leitos por enfermaria, dentre outros.

Não houve ampliação de leitos de UTI neonatal [...] Não são suficientes, nós normalmente temos a dificuldade de não ter vaga suficiente para a demanda.

Então, por muitas vezes, a gente acaba tendo leitos extras que são montados. [...] São leitos que funcionam adequadamente, porém, num espaço físico montado para 10 leitos (CPH10).

A rede não funciona aqui em Cuiabá. A paciente ela vem na porta e batendo nas maternidades. [...] Como nós somos referência a gente tem pactuado o que, chama-se de vaga sempre. Então, a gente tem que atender essa gestante. Existe uma central de regulação, mas, por exemplo, se tem um número maior de gestantes que chegam procurando e precisa ser internada a gente até tenta regular, passar para a central de regulação, mas não se consegue transferir. Então, é assim, como a maternidade ela tem um rodizio rápido. Então, às vezes, a gente chega, por exemplo, nosso número de capacidade para parturientes é de 11 leitos, tem dia que a gente tem 16, 17 mulheres internadas num lugar onde cabem 11 porque tem de ter a vaga sempre. A gente não pode mandar embora. Então, a regulação dela não funciona aqui. Ela não consegue ser referenciada. [...] A gente não coloca numa cama só. Fica, às vezes, na cadeira de fio e na maca que a gente coloca também nas unidades. É assim, mas isso não permanece tipo assim, muito tempo. [...] Não chega a ficar 12 horas, 24 horas, não, porque geralmente vai tendo as altas. (CPH8).

Aqui, na UTI neonatal, nós fazemos essa capacitação pela Educação Continuada. Nós já tivemos a questão de preparo e administração de medicamentos. [...] São referentes à questão de hidratação, da medicação, dosagem, problemas de infecção, também, que é o que sempre está sendo oferecido pela educação continuada (CPH13).

Observou-se, ainda, nessa subdimensão, que, em Cuiabá, o transporte sanitário era inadequado (40,0%) e em número insuficiente para atender à população em geral, em especial, as gestantes e recém-nascidos. Existiam dificuldades para realizá-lo por uma pactuação emergencial estabelecida na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e por dificuldades no complexo regulatório municipal (contratualização, regulação, controle e auditoria), com a existência de apenas uma maternidade porta de entrada que recebia o SAMU. Havia, ainda, falta de equipes de suporte avançado do SAMU para o transporte sanitário inter-hospitalar, sendo este realizado por serviço terceirizado contratado pela própria Secretaria Municipal de Saúde, ou pelos hospitais conveniados ao SUS. E somente para os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) foram relatadas capacitações.

O que se tem hoje referente às ambulâncias, é o que? É o atendimento pré-hospitalar feito pelo SAMU focado mais nessa assistência. Dentro das unidades nossas de atenção primária, secundária e pronto atendimento temos as ambulâncias de menor porte, as fiorinos. Elas que prestam aquela remoção local, mas que não tem uma estrutura adequada caso venha necessitar de um transporte seguro, adequado, que não leve risco a esse cidadão. [...] Na realidade é assim, vou dar um exemplo. Se uma parturiente entra em trabalho de parto e vai parar dentro de uma UPA, ou dentro de uma policlínica, fica a responsabilidade de transporte com eles. Se ela está dentro do PSF fica a responsabilidade para a atenção primária. [...] Se não deu tempo hábil de fazer o socorro antes do nascimento, essa criança vai nascer. E se tiver algum sofrimento fetal, alguma complicação e precisar de uma aparelhagem, infelizmente, essas unidades não são preparadas e não têm, e contam com ambulâncias com estrutura mínima para fazer essa remoção. [...] Hoje, o município tem um convênio com a terceirizada, que caso necessite dessa remoção ela é removida por essa ambulância (CG36).

Na realidade isso é uma política errada porque infelizmente nosso controle e avaliação têm fragilidades. Ele não tem uma operação muito constante dentro dessas unidades. Porque tanto o hospital Geral quanto o Santa Helena são pactuados conosco como porta de entrada. Porém, o Hospital Geral não aceita que chegue pelo SAMU. Se elas chegam andando, eles atendem. Se elas chegam pelo SAMU, não atendem. [...] O SAMU ele faz tanto a assistência pré-hospitalar como o atendimento inter-hospitalar, que é o transporte sanitário, tanto de asa fixa, de helicóptero, por terra, por água com as ambulâncias, mas só que isso tem de estar pactuado e esse serviço contratado. Eu tenho hoje 10 ambulâncias para atender a baixada cuiabana, mas elas estão pactuadas para atender o serviço pré-hospitalar. Se eu as colocar para fazer o transporte inter-hospitalar vai faltar para atender a população em geral. Se eu quiser fazer o transporte sanitário, eu tenho que ampliar e criar as equipes somente para fazer transporte. Isso é viável, mas tem de ter um planejamento e investimento (CG36).

Hoje a gente tem uma capacitação que é do hospital Oswaldo cruz, mas ele é para todo atendimento. Ele abrange emergência clínica, trauma, criança, recém-nascido, parto. Mas assim, uma capacitação para o SAMU. Essa capacitação é para gestante, não é assim. Ela é uma capacitação para atendimento de urgência, para atendimento pré-hospitalar e aí abrange todos os gêneros, criança, adulto, adolescentes, todo mundo, não é específico. Não veio uma específica para esse atendimento (CG34).

Notou-se, ainda, que em ambos os municípios-caso, Cuiabá e Poconé, o Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU) realizava somente o transporte pré-hospitalar referente ao atendimento geral da população, sem priorização para a mortalidade materna e infantil.

Os serviços oferecidos, hoje, pelo SAMU é o atendimento pré-hospitalar. Qualquer emergência clínica, psiquiátrica, obstétrica, trauma, é acionado o SAMU, que vai até o local da ocorrência e faz o primeiro atendimento. [...] Hoje, no SAMU, não temos nenhuma estratégia para atendimento de gestante e recém-nascido. O que tem é o que é fornecido para todo mundo que é o atendimento geral. Ele não tem nenhuma priorização, não tem nenhuma adaptação. As ambulâncias são as mesmas. A gente até recebeu as incubadoras, mas não estão em uso, porque a gente não faz esse transporte de recém-nascido. O atendimento é único para todas as demandas. É conforme a demanda que surge diariamente. Elas têm oxigênio, tem todo material para atendimento de recém-nascido, mas não é assim, específico, para gestante, para recém-nascido. De repente, tem um recém-nascido que tem um engasgamento, assim, que tem 30 dias de vida, tem 2 meses, então, tem material para dar atendimento a ele. Ao parto o que a gente tem é o kit parto que é o material para atendimento para gestante. Hoje a gente tem, a gente conseguiu aquisição, mas não é assim, não tem um foco de redução de mortalidade, nesse sentido assim, é o atendimento geral que se faz (CG34).

Para o município de Poconé, ainda, nessa dimensão acesso aos serviços e insumos, essa subdimensão acesso à maternidade foi considerada também como incipiente (44,0%). Dentro dessa subdimensão, apenas o indicador existência dos insumos preconizados necessários mostrou-se avançado (100%). Entretanto, havia leitos suficientes para as parturientes de baixo risco com ausência de leitos de UTI Adulto e

Neonatal local, e com dificuldade de garantir regulação na região (40,0%). A ambiência da maternidade (40,0%) não atendia a RDC/36 (BRASIL, 2008) e não havia banco de leite humano, ou ações estratégicas para garanti-lo aos recém-nascidos prematuros.

Na verdade acaba que atende tudo porque somos contratualizados pelo Estado para atender gestante de baixo risco, mas a gente faz inúmeros partos de pré-eclâmpsia, eclâmpsia, diabete gestacional por não conseguir transferir essa gestante para lá. Inclusive prematuro também, às vezes, chega paciente em trabalho de parto você liga para transferir, não tem vaga de UTI neonatal, acontece. [...] No nosso centro cirúrgico temos ventilador, berço aquecido, bomba de difusão, tem como dar um cuidado inicial, ali, para a criança até conseguir uma remoção para Cuiabá com UTI (PPH14).

O transporte sanitário, em Poconé, foi considerado incipiente (40,0%) por ter ambulâncias básicas e profissionais sem capacitação para atender o transporte seguro de urgências obstétricas e neonatais a centros de referência. Ademais, havia dificuldade de consegui-lo pela regulação Estadual.

O transporte do recém-nascido, às vezes, a gente consegue que venha uma UTI móvel. O Estado tinha esses convênios, e que, às vezes, está funcionando e outras, não. Muitas vezes, a gente consegue que venha a help vida que é uma UTI móvel, que tem o berço próprio para criança, e vem fazer essa remoção, mas não é sempre que a gente consegue isso. A gente também leva na nossa própria ambulância, que é bem básica (PPH 14).

O hospital tem uma e o município tem duas ambulâncias. [...] Na verdade tem três ambulâncias que fazem esse tipo de transporte do município de Poconé para o município de referência. Só que o atendimento é básico. Elas só têm realmente serviço de oxigênio terapia. Não tem aspirador. O aspirador que tem é portátil. Não tem ar condicionado, realmente é muito precário (PP6).

No município de Cuiabá, na dimensão qualificação da rede de atenção e mobilização social, a subdimensão qualificação do cuidado mostrou-se como intermediária (54,0%). Dentre os critérios que possibilitaram essa classificação, tem-se o alojamento conjunto, considerado avançado (100%), presente em todas as maternidades, pública ou privada, de referência. E os demais critérios considerados incipientes numa variação de 30,0% a 50,0%.

No entanto, o município de Poconé, na dimensão qualificação da rede de atenção e mobilização social, a subdimensão qualificação do cuidado apresentou-se incipiente (40,0%) por ter critérios não implantados como o hospital Amigo da Criança, critérios incipientes, com variação de 20,0% e 40,0%, e apenas o alojamento conjunto como avançado (100%) por se fazer acontecer na maternidade de referência local.

Para o município de Cuiabá e Poconé, na subdimensão qualificação do cuidado, as ações básicas de saúde preconizadas para a assistência à saúde da gestante, da puérpera e do recém-nascido foram consideradas incipientes, 50,0% e 40,0%, respectivamente.

Observou-se, nas ações básicas de assistência ao pré-natal, que, em todas as UBST e UBSF de Cuiabá e UBSF de Poconé visitadas eram realizadas ações de imunização antitetânica e dispensação de sulfato ferroso e ácido fólico para as gestantes. Todos os informantes relataram conseguir tratar e referenciar casos de sífilis e HIV/Aids. A maioria apresentou fragilidades para tratar infecções maternas, como leucorreias, infecções urinárias e toxoplasmose, por falta de medicamentos. Houve relato e observou-se, nos cartões das gestantes, que não faziam o registro dos pesos e altura uterina, nos gráficos de acompanhamento nutricional, e da curva altura uterina por idade gestacional, apesar de relatarem acompanhar o estado nutricional das gestantes e o crescimento fetal.

O que consta na rede básica é oferecido, sulfato ferroso e ácido fólico. O ácido fólico inicia logo nos primeiros dias de gestação até o quinto mês e o sulfato até o final da gestação [...] Fazemos a Dupla Adulto aqui. Todas as doses preconizadas pelo Ministério [...] Olha, sífilis é tratada na própria unidade. [...] E HIV a gente faz o atendimento, faz o acolhimento, mas é encaminhado para o SAE (CPUBSF28).

Agora o que mais falta para elas aqui no caso das leucorreias que gestante tem muito a monilíase. Aí, não tem nada, creme vaginal, por exemplo (CPUBST31).

Nem sempre, aqueles gráficos, lá detrás do cartão, a gente usa. Nós medimos a altura uterina tudo certinho, mas, geralmente, a gente não olha atrás do cartão da gestante, estou sendo sincera (CPUBSF 16).

Avaliamos, assim, orientamos o estado nutricional em cima do que elas falam. Não estamos usando o gráfico. Olha, nessa parte aí está sendo falho, então (PPUBSF5).

Observou-se que, nas UBST de Cuiabá visitadas, as principais orientações dadas no pré-natal para as gestantes estavam na dependência, principalmente, dos profissionais médicos e do problema que demandou a procura pela consulta. Nas UBSF existiam práticas educativas onde as principais orientações citadas foram: os cuidados com a alimentação da gestante, higiene e aleitamento materno.

Sim, uma vez no mês. Orientação quanto aleitamento exclusivo, os cuidados da alimentação. A gente sempre está conversando com elas sobre a

importância do pré-natal. Até estávamos convidando os esposos, pré-natal masculino, para vir acompanhar as gestantes (CPUBSF16)

Em Cuiabá, observou-se que, em uma UBST/Centro de Saúde, não havia garantia das consultas médicas semanais, no último mês de gestação, por falta de vaga. E, em todas as UBST, são realizadas a pré-consulta de enfermagem e poucas consultas de enfermagem.

Tem, mas, às vezes, que não tem vaga para o médico, porque as consultas são agendadas. [...] Eu faço algumas consultas de enfermagem, mas não todas, porque a demanda aqui é muito grande, e porque a gente não tem uma sala fechada para enfermagem. [...] O que fazemos, aqui, é o exame ginecológico, CCO. E aí, quando a gente faz a primeira consulta da gestante, fazemos o cartão pré-natal. A gente faz uma consulta de enfermagem também, às vezes, faz também orientação para hipertenso, diabético, criança, mas não é aquela coisa, aquela rotina com agendamento, hoje é dia da criança, hoje é dia do idoso (CPUBST 29).

Em Poconé, as ações básicas de assistência ao pré-natal mostraram outras dificuldades. Em uma UBSF, o informante relatou que avaliava o estado nutricional da gestante só nas duas primeiras consultas e que havia garantia de consultas de enfermagem semanais e não médicas, a partir da 37ª semana de gestação, por falta de médico. E, somente uma unidade básica de saúde da família relatou orientar os sinais de parto e sinais de perigo na gestação.

Avalio o estado nutricional é uma vez na consulta. Primeira ou segunda, nas duas vezes. [...] As consultas somente com a enfermeira, comigo, porque aqui estamos sem médico na unidade (PPUBSF3).

Falo sobre as modificações gravídicas. Às vezes, até mesmo individualmente. Gosto de falar é individual sobre a alimentação, as restrições que elas devem ter, relação sexual na gestação. No final, se der, se tiver como reunir no terceiro trimestre, eu faço sobre os cuidados com o RN, aleitamento materno exclusivo, que elas têm de estar atentas para perda de líquido, sangue, dor. Sempre, para todas, independente do dia que vier eu falo (PPUBSF3).

Apenas uma UBSF tinha estrutura física precária (sem pias para lavar as mãos, nos consultórios, e sala de vacina imprópria), e duas UBSF possuíam gestantes fora de área de abrangência da unidade de saúde e com dificuldade da equipe para acessar a zona rural.

Há dificuldade na estrutura física mesmo. Não temos uma sala própria para fazer, por exemplo, vacinas e procedimentos. São precárias e únicas. A sala do médico é minúscula. Não tem estrutura. Não temos uma pia para lavar as mãos nos consultórios, isso é péssimo. [...] A dificuldade nossa são só as gestantes fora de área. Que aí não tem como a gente fazer a busca, porque não tem um agente, que é o elo entre o paciente e a unidade. E as gestantes, que estão fora de área e as que são da zona rural, que são a nossa dificuldade.

[...] Até porque a maioria das gestantes que iniciam o pré-natal tardio é de zona rural (PPUBF 13).

Nas ações básicas do puerpério, em todas as UBST de Cuiabá visitadas, não havia critérios para identificação de puérperas de risco, e os protocolos clínicos para assistência eram estabelecidos por cada profissional. Em uma UBSF de Cuiabá e em todas UBSF de Poconé visitadas, não possuíam critérios para identificar puérperas de risco. Em uma UBSF de Cuiabá e em uma de Poconé, não orientavam para o planejamento familiar e DST's. Em duas UBSF de Cuiabá e em todas as UBSF de **Poconé**, não possuíam protocolo de assistência à puérpera.

Não temos critérios para identificar puérperas de risco. [...] Não tem protocolo clínico (CPUBST31).

Não temos estabelecido critérios para identificar puérperas de risco, não temos trabalhado muito nisso. Falta mais capacitação, mais uma orientação em relação a essa visão. [...] Não utilizamos protocolo clínico para assistência às puérperas. [...] Não orienta para o planejamento familiar. A gente não tem trabalhado isso não. Está falho essa parte. [...] Não, também não temos trabalhado as orientações para as doenças sexualmente transmissíveis, isso não (CPUBSF23).

Não temos. É o que eu te falei só mesmo as perguntas que eu faço [...] de como está saindo urina, e se for uma cesariana, observo como estão os pontos, mas não tem nada pré estabelecido. Não temos protocolos clínicos (PPUBSF3).

As UBSF visitadas de Cuiabá também realizavam algumas orientações na visita domiciliar do puerpério. As principais orientações citadas no puerpério para as mães foram: observar o sangramento, repouso e cuidados com as mamas e a boa pega.

Geralmente, em relação a mãe, vai avaliar sangramento, a involução uterina, vai ver como que está o aspecto da mama para não ter ocorrência de mastite e orientação de boa pega para o bebê (CPUBSF 28).

O pré-natal e a assistência ao puerpério oferecidos pela Policlínica do Planalto, em Cuiabá, também apresentaram fragilidades, como: a falta de oferta de imunização, e a inexistência de consulta de enfermagem (sendo realizado apenas a pré-consulta). Na referida policlínica realizavam consulta médica e as orientações para o planejamento familiar e as doenças sexualmente transmissíveis. Há ausência de ambulatório para a assistência ao recém-nascido. Realizavam apenas urgência e emergência para recém-nascidos.

Fazemos a pré-consulta e é verificado o peso e a pressão. E o cadastro, a gente já encaminha para o médico, aí ele que faz as consultas, solicita os exames. [...] Vacinas só no posto de saúde. Para o planejamento familiar temos uma equipe que é a enfermeira, assistente social, médico e a psicóloga. A gente faz palestra e dá uma orientação rápida sobre as DSTs. [...] Aqui, no ambulatório, não tem nem pediatria. Pediatra é só na emergência (CPP 24).

Em relação aos cuidados com os recém-nascidos, na maioria das UBST (Centros de Saúde) visitadas de Cuiabá, os informantes relataram realizar as orientações individuais às mães durante as consultas médicas, na pré-consulta e na sala de vacina. Fazem o acompanhamento do peso e encaminham desnutridos, orientam o aleitamento materno exclusivo, nos seis primeiros meses, os cuidados com o coto umbilical, vacinas, manutenção da temperatura, prevenção de asfixia (não relatado apenas por uma UBST) e verificação de desnutrição e anemia. Possuem critérios para a assistência aos recém-nascidos com infecção respiratória e diarreia, entretanto, não os têm para anemia.

Essas crianças que chegam aqui com infecção respiratória com febre, muita secreção, com dificuldade respiratória agravada, essas elas têm prioridade na avaliação pediátrica. Se for o caso, ela já encaminha para policlínica mesmo. Então, as técnicas de enfermagem já sabem que essas crianças com febre, dificuldade respiratória mais intensa, estão meio hipoativas, precisam realmente ter atendimento mais rápido. [...] Então, se for diarreia, muito líquida, a quantidade de episódios diários tem de ser perguntado. Se há presença de sangue nas fezes, se é criança com outro tipo de alimentação introduzida também, porque pode ter sido uma contaminação mais séria. Então, essas crianças têm esses critérios. E aí nível de desidratação, pelezinha, consulta e encaminhamento (CPUBST31).

Os cuidados básicos com os recém-nascidos, em apenas uma UBST de Cuiabá visitada, não estavam sendo oferecidos, na sua totalidade, por não possuir o profissional médico pediatra. Os demais profissionais não acompanhavam e nem referenciavam os recém-nascidos desnutridos, bem como não tinham critérios para assistência às crianças desnutridas, com anemia e infecção respiratória, e a equipe não monitorava a situação vacinal dos menores de 2 meses.

Hoje, o que a gente faz pelo recém-nascido é: teste do pezinho, faz as vacinas, a primeira vacina que é a BCG e a hepatite B. Faz as orientações com relação a outros testes. Só o pezinho que é feito aqui. Enfim, é isso que a gente consegue fazer pelo recém-nascido, orientação do **coto**, alguma coisa assim, porque não temos pediatra na unidade básica (CPUBST29).

A maior parte dos cuidados básicos aos recém-nascidos era realizada em todas as UBSF de Cuiabá visitadas. As visitas domiciliares aos recém-nascidos, na primeira semana, eram realizadas pelos ACS e enfermeiros, que faziam as orientações básicas.



Apenas uma relatou que não orientava para a prevenção de asfixia. Havia apenas uma equipe que não estabeleceu critérios para a assistência de recém-nascidos menores de 2 meses com desnutrição, anemia e diarreia.

Não, aqui não temos esses critérios muito bem definidos para desnutrição, anemia e diarreia (CPUBSF 23).

Em Cuiabá, observou-se, ainda, que a qualificação do cuidado estava condicionada a inúmeros fatores destacados pelos profissionais de saúde das UBST e UBSF, como falta de apoio logístico para a realização das ações básicas, equipamentos sucateados e antigos (sonar e mesas ginecológicas), dificuldades de medicamentos para tratar as infecções maternas, falta de recursos humanos, principalmente, médico no Centro de Saúde e ACS nas UBSF, e estrutura física precária em um Centro de Saúde e uma UBSF (rede elétrica, ausência de sala de vacina, e existência de apenas um consultório para médicos e enfermeiros).

Então, estrutura física você aprende a tentar organizar, mas não há uma estrutura física excelente. Em relação a insumos você também improvisa. Faz xerox de papel de SIS Pré-natal que você precisa, corre através de cartão de gestante que, às vezes, não há na rede. Medicamentos, atualmente, até não estão em falta, mas já houve época de você passar 6, 7 meses sem ter ácido fólico na rede, sulfato ferroso, sabe, então, é sempre, assim, com improvisos. Quando você precisa de uma antibióticoterapia ou por uma mastite ou por uma infecção, não são raras às vezes em que se faz cota para comprar antibiótico. [...] Você não tem uma cefalexina, ciprofloxacina (CPUBSF28).

Usa o cartão da gestante, mas só que está em falta já tem uns 2, 3 meses. Já foi feito um comunicado interno (CI) para a coordenação da falta. Aí o que eu fiz, como tem de fazer a inscrição no SIS Pré-natal e também é importante ela ter o cartão para garantir o acesso dela na rede, acabei emprestando da policlínica, consegui só assim. Mas tem gestante que está realizando a pré-consulta e não tem o cartãozinho (CPUBST 33).

As principais dificuldades são recursos humanos e estrutura física, por exemplo: é apenas um consultório para os 3 médicos e o enfermeiro. Então, se tiver todo mundo aqui que seria o ideal a gente trabalhar em conjunto conversando, não iríamos conseguir atender ou alguém teria que ficar sem atender. Eu estou com dificuldade de vacina porque a sala de vacina não está adequada por conta da rede elétrica da unidade que é muito velha. Então, a vacina é só uma vez por semana. É trazida e depois ela é recolhida. De insumos, às vezes falta material de limpeza. Material de limpeza básico: papel higiênico, sabão em pó. Impressos, receituários. [...] De equipamento, por exemplo, o meu sonar é pré-histórico, já está muito velho e não tenho pinar (CPUBST31).

Péssimas condições de trabalho e equipamentos, principalmente. [...] Medicamentos ainda está até mantendo, mas equipamentos... Se você vê o sonar que estou trabalhando com ele dá vergonha. Balança, fita métrica, ainda dá. Estrutura física péssima, são 2 PSF dentro de uma única unidade. Péssimas condições físicas. Banheiros sujos, sem pessoal de limpeza, macas

oxidadas, banheiros todos sem condições de uso, pode colocar aí. Sem lençol, não temos. Como colocar uma gestante se não tem material adequado para dar uma segurança tanto para ela quanto para nós? Insumo falta para caramba. Falta sabão, papel tem uma hora e outra não tem. É uma inconstância (CPUBSF23).

Na maioria das UBSF de Poconé visitadas, as visitas domiciliares e orientações, na primeira semana de nascimento, eram realizadas pelos ACS e enfermeiros. Em uma UBSF, realizavam-se incentivo ao aleitamento materno exclusivo, os cuidados com o coto umbilical, vacinas, manutenção da temperatura, prevenção de asfixia e verificação de desnutrição e anemia. Em outra UBSF, não orientavam manutenção da temperatura e a verificação de desnutrição e anemia. E uma UBSF não soube relatar quais as orientações eram dadas pelo ACS. Todas as UBSF apresentaram fragilidades na gestão do cuidado do recém-nascido, em especial, não tinham critérios para assistência à criança menor de dois meses com desnutrição, anemia, infecção respiratória e diarreia.

Tá se eles (ACS) falam sobre isso? Orientam, orientam. Olha, vou ser bem sincera, eu não posso nem falar se eles fazem esse tipo de orientação. [...] Não sei te dizer se eles tão fazendo as orientações. Não, não fazemos (PPUBSF05).

Não, critérios não. Não têm. (PPUBSF 3).

Não tem critério. Um protocolo de ação, não tem. [...] Também não a gente passa para consulta médica, mas um critério nós não temos (PPUBSF13).

As capacitações nas áreas temáticas, em toda a rede perinatal, foram consideradas incipientes, tanto em Cuiabá como em Poconé, ambos 40,0%. Em Cuiabá, alguns profissionais de saúde das UBSF visitadas receberam capacitações em pré-natal de baixo risco. Entretanto, a maioria dos profissionais de saúde da rede básica relatou não ter recebido capacitações na área da saúde da mulher e da criança. E a maioria dos hospitais de Cuiabá conveniados com o SUS relatou ter recebido capacitações em ALSO<sup>20</sup> obstetrícia e neonatal, Unidade Canguru e, principalmente, Reanimação Neonatal.

Toda a equipe capacitada, não, às vezes, médico e enfermeiro. Nós temos críticas, porque as técnicas terminam ficando sem. Tentamos envolvê-las,

---

<sup>20</sup> Curso Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia (Advanced Life Support in Obstetric- ALSO) visa capacitar médicos e enfermeiros na assistência ao parto e na emergência obstétrica e neonatal (BRASIL, 2012).

mas elas próprias reclamam dessa falta de capacitação. [...] Os ACS, eles têm tido capacitação, mas eu juro que vou até pecar de falar assim, que se houve um próprio para o pré-natal. Em geral, são medidas gerais, prevenção de dengue, essas coisas. Os ACS têm, assim, nós temos uma reunião, geralmente semanal, às sextas-feiras, em que a equipe transmite os conhecimentos obtidos por capacitações ou por conhecimentos que um tem mais que o outro. E é repassado tentando também mantê-los atento ao que deve ser observado. Quando eles têm cursos de capacitação, geralmente, é a equipe técnica da secretaria de saúde que desenvolve. [...] Olha, eu estou a 13 anos no PSF e fui capacitada quando entrei. Depois disso não houve, minto, já houve reciclagem, mas não é mais uma prática contínua. Já houve gestão que isso era mais incentivado e tudo. Hoje em dia, anda meio abandonado (CPUBSF 28).

A gente já recebeu ALSO. A gente recebeu ALSO da obstetrícia e ALSO neonatal, os dois. Agora da UTI neonatal foi particular. Capacitação de hospital amigo da criança, capacitação da unidade canguru e todas as outras capacitações em que o ministério oferece para gente. E sempre vai, se tem vagas. Tem profissionais que vão nas capacitações (CPH8).

Em Poconé, todos os profissionais, de nível superior, das equipes de saúde da família visitadas não tinham capacitação na área da saúde da mulher e da criança. E a maioria dos informantes (dois) de Poconé (UBSF) tinha menos de dois anos de formados com recente contratação no município. O hospital local tem iniciativas de promover capacitações, conforme já colocado.

Temos a qualificação do nosso curso mesmo. Não recebemos nenhum curso de qualificação. [...] Direcionada ao recém-nascido nós não tivemos qualificação nenhuma (PPUBSF13).

A presença do acompanhante da parturiente durante o acolhimento, parto e pós-parto, nos hospitais, de Cuiabá e Poconé, foi considerada incipiente (50,0% e 20,0%) por permitirem, na maioria dos hospitais conveniados, públicos e privados, acompanhantes somente após o parto, com exceção para as mães menores de dezoito anos. Apenas um hospital de Cuiabá, conveniado com o SUS, para parto permitia acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, porém, de preferência do sexo feminino, sob alegação de dificuldade na ambiência. Duas maternidades privadas, conveniadas com o SUS, para cirurgias pediátricas e UTI, relataram que garantiam a presença de acompanhante, em todos os momentos do parto, como um diferencial do hospital, dado aos pais ou pessoas indicadas pela família.

No pré-parto, sim, se for menor de idade. Acompanhante só após o parto (PPH8).

No parto, não. No pós-parto imediato, sim. No pré-parto, normalmente, não vejo acompanhante. Então, no pré-parto e parto também não. Só no pós-parto (CPH10).

Pré-parto e parto, somente para as menores de dezoito anos. E as demais somente no pós-parto. (CPH13).

Sim, mas devido a nossa ambiência não estamos com a possibilidade, ainda, do acompanhante de livre escolha. Então, quando tem a questão do acompanhante do sexo masculino a gente tem problema de ambiência. Aí a gente conversa com o cliente, vê as possibilidades, se ele entende. Ou conversa com a própria paciente. E geralmente, assim, quase que 90% da escolha da mulher é da mãe ou a sogra. Mas, assim, a gente entende que há uma lei e que tem que cumprir, mas a situação que se coloca é que também tem que oferecer e que não é possível, ainda, a questão de não ter privacidade. E assim a gente tem tido algumas compreensões. Mas aquele que realmente quer que a lei seja validada, a gente permite e, às vezes, tenta se adequar colocando em outro lugar. E aí você tem de reduzir o número de leitos, mas a gente tenta de alguma forma estar realmente cumprindo a lei (CPH08).

Tem porque o pai ou alguém indicado pela família acompanha todo o parto.

Desde o pré-parto o pai chega e entra junto (CPH 12).

A maioria das vezes, a gente vê acontecer sim, pai da criança ou a mãe da gestante gosta de entrar no parto, sim, desde o pré-parto acompanham (CPH13).

Na subdimensão mobilização social, ambos municípios-caso, Cuiabá e Poconé, mostraram-se incipientes (44,4% e 33,3%). No município de Cuiabá, houve alguma iniciativa de mobilização da comunidade por parte da Secretaria Municipal de Saúde com a realização de um fórum pela redução da mortalidade materna e infantil (CUIABÁ, 2012c).

Esse fórum foi realizado pelo Comitê Municipal e Estadual de Mortalidade Materna Infantil, em parceria com o Ministério Público do Estado de Mato Grosso, por meio da Procuradoria Especializada em Defesa da Criança e Adolescente. O objetivo desse fórum foi divulgar os resultados e sensibilizar a comunidade e profissionais de saúde para a redução da mortalidade materna e infantil, além de constituir um fórum permanente da Rede Cegonha (CUIABÁ, 2012c).

Observou-se, ainda, que as UBSF visitadas de Cuiabá contribuíam com a mobilização da comunidade, somente realizando algumas ações educativas sobre os cuidados com mães e para o recém-nascido, em grupo, ou sala de espera, para gestantes e no puerpério na visita domiciliar. Uma UBSF estava organizando sala de espera com estagiários e a outra tinha grupo. E, outra UBSF relatou que não fazia ações educativas de grupo por estar fora da sede da unidade básica de saúde, com dificuldade de espaço

físico. Todas as UBST/Centros de Saúde realizavam unicamente orientações individuais, durante as consultas, e sem espaço físico na unidade básica de saúde que propiciasse a atividade.

Nós temos assim, um programa que agora no momento não está funcionando devido falta de espaço. Seria o grupo das gestantes que se faz antes das consultas. Há as orientações de cuidados tanto com a mãe, com alimentação, cuidados de higiene. É uma sala de espera onde ou a médica, ou a própria enfermeira ou as próprias técnicas também trabalham com isso. Toda a equipe (CPUBSF 28).

Muito pouco, muito pouco mesmo [...] porque o máximo que se resume aqui é uma palestra que não tem tanta efetividade. [...] A área física que se tem aqui não favorece nada. Às vezes que tentei juntar lá na entrada foi muito dispersivo. Não posso falar mais de 10 minutos, porque eu não tenho onde concentrar essas mulheres. Se eu fizer na frente da unidade, o sol bate, passa carro, caminhão, sai criança da escola, então, isso dispersa muito, atrapalha bastante (CPUBST31).

Em Poconé, não se observou iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde em promover a mobilização da comunidade para os direitos e o cuidado de mães e recém-nascidos. As três UBSF realizavam somente orientações individuais para o cuidado, durante as consultas, citadas nesta pesquisa. Não houve relato pelos informantes das UBST e UBSF, em Cuiabá e Poconé, de mobilização da comunidade para os direitos das gestantes e recém-nascidos, na área de abrangência das unidades básicas.

Na dimensão vigilância do óbito e qualidade da informação, a maioria dos critérios mostrou-se como incipiente (40,0%) para Cuiabá. Para Poconé, todos os critérios foram considerados como incipientes, com variação entre 20,0% a 50,0%.

Com relação à estrutura física, equipamentos e profissionais para investigar os óbitos, ambos os municípios-caso Cuiabá (40,0%) e Poconé (50,0%), foram considerados incipientes por apresentarem estrutura física precária, equipamentos insuficientes e antigos, insuficiência de recursos humanos, internet lenta e instável, e veículo compartilhado com outros setores para realizarem a investigação, discussão e conclusão dos casos.

Nós buscamos nos cartórios, cemitérios e cemitérios clandestinos. Com lideranças comunitárias e também a informação dos agentes comunitários que nos auxiliam nessas listas. Assim, nós estamos implementando essa busca ativa e tentando efetivá-la. Hoje, ela está sendo feita de uma forma muito tímida por questão de falta de estrutura mesmo. O transporte, nós temos um carro só que é compartilhado com outros setores. Isso dificulta muito essas ações. Elas são feitas, mas de uma forma, assim, hoje muito tímida. Precisa ser bem ampliada. [...] Nós temos computadores em número insuficiente, antigos, obsoletos. A estrutura existe, mas ela é muito precária. A internet

toda hora cai. Eu tenho que trazer meu computador, meu moldem, para poder trabalhar e ter algum resultado. [...] A questão de apoio logístico, há falta de materiais, de equipamentos, computadores, transporte, como nós citamos anteriormente, para garantir e intensificar as investigações (CG3).

Na minha busca, eu sou direto junto com as unidades de saúde com os enfermeiros e com os agentes. Eles têm a informação. Às vezes, eu não sei onde que mora. Tenho que pedir socorro para eles. [...] Olha a internet sim, mas os demais não. É só aquela salinha. E não existe um computador só para SIM e SINASC. Existem quatro computadores para todos os sistemas. E veículo temos um que serve para tudo porque quando ele está disponível é que ele não está levando paciente para Cuiabá, não está atendendo no PSF. É, muitas vezes, eu ia na minha moto (PP12).

Tais dificuldades geravam consequências importantes na vigilância do óbito materno infantil. Em Cuiabá, para os óbitos infantis, era realizada apenas investigação hospitalar, o que gerava falta de informação para conclusão dos casos e análise pelo Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Infantil (CMMMI).

O óbito infantil eu posso dizer que faltou informação para o comitê concluir. Agora o óbito materno, como o número é menor, ele foi investigado nas três etapas (CG3).

Em Cuiabá, havia participação na investigação dos óbitos por parte dos profissionais dos hospitais. E, na maioria das UBST visitadas, os informantes relataram que não participavam da investigação do óbito materno infantil por não terem conhecimento dos casos, e nem recursos humanos para atender mais essa demanda, em virtude do número de pessoas das áreas de abrangência. Todas as UBSF visitadas relataram participar da investigação do óbito materno infantil somente com relação à busca do caso e a informação do dado ambulatorial e domiciliar.

Nós temos, hoje, alguns hospitais que estão contribuindo. Isso começa a mudar a situação, então você começa obter mais informação, que vai subsidiar a conclusão do caso e apontar para uma intervenção (CG3).

Não participamos da investigação, pelo menos eu não tenho essa informação. [...] Aqui, a gente não tem o dado. Não tem o feedback da secretaria (CPUBST33).

Não, porque a gente não tem como trabalhar. Não temos agente comunitário de saúde. E é uma área muito grande e não temos como dar conta disso (CPUBST29).

De criança, sim. Geralmente, são encaminhadas as fichas de investigação. E aí, nesse caso bem específico, mesmo sem ser a micro área descoberta, o pessoal vai atrás. Faz a visita pelo endereço que vem na ficha. A gente liga para o pessoal e dá um jeito de passar lá para ver (CPUBST31).

Quando tem, já fizemos. [...] A gente é notificado pela secretaria, e fazemos a busca e a investigação domiciliar. (CPUBSF 23).

Em Poconé, identificou-se que a busca ativa e investigação hospitalar, ambulatorial e domiciliar, da maioria dos casos de óbitos eram realizadas, revelando dificuldade em executá-las com as pessoas da zona rural. A investigação, discussão e conclusão do caso de óbito contavam com a participação, tanto dos profissionais da UBSF, quanto dos hospitais.

Quando nasce, a maternidade do hospital faz a primeira investigação pela enfermeira, pediatra ou obstetra. Aí, venho e vou para os PSFs, porque tenho que coletar os dados do pré-natal, do acompanhamento, por conta do cartão. Aí, tem a do PSF, a domiciliar e a entrevista ambulatorial. Depois, tem que sentar um enfermeiro do hospital e um enfermeiro do PSF junto com a gente, que é da secretaria, para poder concluir o caso. A dificuldade é a investigação dos casos de zona rural que moram distante. Eles passam aquele período aqui e o bebê morre, eles vão embora. E muitas informações ficam em branco, fica sem concluir, porque você não consegue mais acesso a elas (PG 12).

Observou-se que não havia um programa de capacitação permanente em vigilância do óbito materno e infantil, nas Secretarias Municipais de Saúde de Cuiabá (40,0%) e Poconé (40,0%), sendo consideradas incipientes para esse critério. Contudo, em Cuiabá, alguns profissionais de saúde, do nível central da SMS e das UBS, foram capacitados. E, em Poconé, no nível central da SMS, havia apenas um profissional de saúde, de nível técnico capacitado, responsável pela coordenação e execução das atividades. Esse profissional contava com a colaboração dos demais profissionais de saúde envolvidos, não capacitados, para realizarem as ações de vigilância do óbito materno e infantil.

As capacitações em vigilância do óbito, nós tivemos, não foram muitas não. Uma pelo Ministério da Saúde, não foi muita, e agora algumas pessoas se inscreveram nessa que vai começar pela EAD (CG3).

No período de 08 a 12/08/2011 e de 12 a 16/09/2011 a Gerência de Óbitos e Nascimento, juntamente com o Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Infantil capacitou sessenta e quatro profissionais das ESF/CS em Multiplicadores em Vigilância do Óbito de Mulheres em Idade Fértil, Materno, Infantil e Fetal com posterior descentralização das investigações a nível domiciliar e ambulatorial para as unidades básicas (CUIABÁ, 2013).

Eu recebi, é, a capacitação de investigação de óbito materno, infantil e neonatal. [...] Aí, eles me comunicam, porque sempre tem dúvida em como preencher o formulário. Ai, eu passo para eles (PG12).

Em Cuiabá, nessa dimensão, o único critério apresentado como intermediário (60,0%) foi em relação aos sistemas de informação implantados (SIM e SINASC), dados alimentados e produzindo informações. Havia uma produção parcial de

informações sendo divulgada pelo Comitê Municipal de Mortalidade Materno Infantil (CMMMI) por meio de boletins informativos (CUIABÁ, 2013).

Entretanto, os informantes das UBST de Cuiabá desconheciam os indicadores de saúde de mortalidade materna e infantil da sua área de abrangência. E apenas um dos informantes das UBSF desconhecia os indicadores de saúde de sua área de abrangência por falta de retorno das informações geradas pelos dados repassados a SMS de Cuiabá.

Não sei, para falar a verdade não recebi. Eu sei de óbitos, porque o pessoal encaminha para cá a investigação. E sempre aparecem um, dois, por mês, para fazer essa investigação (CPUBST 31).

Olha, a gente acaba não acompanhando, devido essa questão, do quadro reduzido e da dificuldade de encontrar por conta da carga horária diferenciada (CPUBST 33).

Acompanha, isso é feito. Todo mês quando há o fechamento de relatório, a gente faz essa avaliação. Quantas gestantes cada ACS tem, desta como que evoluiu, se alguma teve intercorrência, algum fator que precisou de internação, alguma coisa assim é avaliado (CPUBSF 28).

Ah! Sim, tem acompanhamento. A gente faz pelo relatório. Só que nós estamos com três áreas descobertas de ACS, aqui para nós está difícil. O que dá para ver a gente vê, mas o que não dá [...] (CPUBSF16).

Não conhecemos os nossos indicadores porque a secretaria não dá retorno. A gente não tem feedback nenhum do que nós alimentamos no sistema. A gente não tem esse retorno para avaliação (CPUBSF 23).

Em Poconé, a produção de informações não era realizada apesar dos sistemas, SIM e SINASC, estarem implantados e os dados sendo alimentados. Todos os informantes das UBSF desconheciam os indicadores de saúde de sua área de abrangência.

Isso aí era para ter, mas não está sendo feito (PG12).

Acompanha indicadores? Não estamos acompanhando (PPUBSF 05).

Notou-se, em ambos os municípios-caso, Cuiabá e Poconé, que havia dificuldades na alimentação dos dados. As fichas de investigações dos óbitos infantis possuíam informações não registradas por dificuldade, seja pelo fato do profissional não estar qualificado para tal, seja, principalmente, por falta ou deficiência na coleta dos dados primários (prontuários do paciente sem informação ou ilegível). Para os óbitos de recém-nascidos de Poconé, ocorridos em Cuiabá, observou-se que as fichas de investigação hospitalar não traziam as informações referentes ao ocorrido no PAM ou hospital local antes da mãe ser transferida para o município referência.



No município de Cuiabá, o monitoramento dos óbitos maternos e infantis com proposta de intervenção apresentou-se incipiente (40,0%). Na gerência de vigilância de nascimentos e óbitos, não havia uma equipe multiprofissional para analisar os casos e apresentá-lo na reunião mensal do CMMMI, o que impossibilitava a avaliação de inúmeros casos de óbito e a proposição de medidas para melhoria da qualidade da assistência e recomendação de política pública para redução da mortalidade materno infantil.

Hoje, a gente entende que deveria haver, dentro da vigilância um médico obstetra e um pediatra para analisar os dados colhidos no hospital, que é aonde a vigilância vai fazer a investigação e a partir desses dados direcionar melhor a investigação domiciliar e ambulatorial, mas isso não existe. A gerência de vigilância tem uma estrutura que é dela e essa figura não existe. Passamos para um segundo momento que é criar uma câmara técnica (CP3).

Olha, nós monitoramos, acompanhamos trimestralmente, agora passamos mais os indicadores de mortalidade. As causas dos óbitos, os outros indicadores nós não temos. [...] No momento não, sabe, isso nós pretendemos, estamos tentando fazer através do comitê. Por isso que agora esse grupo técnico vai tentar subsidiar o trabalho do comitê para que consiga apontar essas medidas de intervenção para redução, o que em seis anos a gente não conseguiu. Eu acho um atraso, sabe, tem de avançar, tem de apontar intervenção (CG3).

Notou-se que havia um CMMMI atuante, porém, com inúmeras dificuldades para cumprir suas atribuições, dentre as quais, a falta de acesso ao gestor municipal, a falta de estrutura do Comitê e a não participação efetiva de alguns membros titulares e suplentes indicados pelas instituições, dificultando, inclusive, a conclusão e análise dos óbitos pela câmara técnica (CUIABÁ, 2013).

A gente sabe que tem que ser feito, pelo menos entende o que necessário, mas a gente não tem estrutura para funcionar. A gente entendeu que tinha de falar com o secretário para fazer isso acontecer. Fizemos isso algumas vezes, mas não tivemos resposta. O comitê hoje não atua como deveria atuar porque ele não é estruturado como deveria. Além de não ser chamado para participar da elaboração estratégica (CP4).

No município de Poconé, não havia monitoramento dos óbitos materno e infantil e proposta de intervenção, por isso considerou-se incipiente (20,0%).

Não há monitoramento dos óbitos. [...] Não faz, não faz (PP12).

Ademais, observou-se que, em Cuiabá, a maioria dos informantes das UBST relatou não possuir estratégias para o enfrentamento do problema por desconhecer os

indicadores de mortalidade materna e infantil. As UBSF de Cuiabá possuíam diferentes estratégias para a mortalidade materna, porém, para morte de puérperas e de recém-nascidos não tinham intervenções estabelecidas por relatarem não ter óbitos ocorridos na área, ou por desconhecerem essa informação.

Então, não tenho conhecimento. Essa informação, eu não tenho conhecimento de quantas gestantes faleceram no ano passado nem nesse ano ainda. Se não temos conhecimento não podemos estabelecer estratégias (CPUBST31).

Olha, eu acredito assim, para evitar, enfrentar isso é os cuidados com o pré-natal. Um pré-natal bem feito você já está tentando evitar e combater essa mortalidade (CPUBSF 28).

Nós temos sempre capacitações na secretaria de saúde que traz orientações (CPUBSF 16).

Encaminhar para referência. Qualquer problema que a gente tem aqui, tipo assim, eu já fiquei 3, 4 meses sem médico. Então, assim, qualquer alteração que eu observo de pressão arterial, ou de sangramento, ou um descolamento de placenta, ou uma questão de algum problema na ultrassonografia, eu passo imediatamente para o hospital que é referência para o pré-natal de alto risco. Eu não fico com ela aqui. [...] eu não tenho essa informação especificamente em detalhes e não tem estratégia (puérperas e neonatos) (CPUBSF 23).

Em Poconé, os informantes desconheciam os óbitos ocorridos e os indicadores de saúde de mortalidade, por isso não tinham nenhuma intervenção estabelecida para enfrentar a mortalidade materna infantil na área adstrita da unidade básica de saúde.

Não tive nenhum óbito. Não temos uma estratégia direcionada para um fator que não ocorreu. (PPUBSF13).

Mortalidade materna não tem nem estratégia porque a gente não teve nenhum óbito na nossa área. Não conheço nenhum óbito na unidade. Na nossa área não conheço. Acho que não tem nenhum caso de óbito, aqui, na nossa unidade de gestantes, de puérperas e de recém-nascidos (PPUBSF 5).

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo de avaliabilidade (EA) permitiram observar que as ações estratégicas estavam, em ambos os municípios-caso, suficientemente implementadas para serem objetos de avaliação. Possibilitou, ainda, verificar em que medida os objetivos da intervenção proposta eram identificados pelos *stakeholders*, bem como as suas percepções em relação às causas e às ações para o enfrentamento do problema, tendo como referência o modelo lógico causal e da intervenção construídos.

A análise das características de governo, conforme proposto por Matus (1993), evidenciou que os vértices do triângulo de governo estiveram fragilizados durante todo o processo de implantação das ações estratégicas do Plano Municipal de Ações Estratégicas para a redução da mortalidade infantil neonatal, em ambos os municípios-caso.

Os dois casos estudados revelaram que, apesar das intervenções propostas pelo Pacto de Redução na Amazônia legal e Nordeste (BRASIL, 2009c) e pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011a), as ações estratégicas para redução da mortalidade infantil neonatal encontravam-se implantadas de forma intermediária (51,4%) para o município de Cuiabá e incipiente (42,9%) para o município de Poconé, no ano de 2013.

Entretanto, para Cuiabá, constatou-se importantes subdimensões com implantação incipiente, como acesso à atenção primária (37,8%), a mobilização social (44,4%) e a vigilância do óbito materno e infantil (45%). Para Poconé, houve uma constância nos componentes como incipiente, e dentre estes, forte incipiência na dimensão qualificação da rede de atenção e mobilização social (38,9%) e vigilância do óbito e qualidade da informação (40%). Ressalta-se que o desempenho favorável no conjunto de todas as subdimensões e dimensões é que trarão impacto no resultado finalístico, ou seja, maior aceleração na redução da mortalidade infantil neonatal.

Ademais, o município de Cuiabá conseguiu apresentar e atingir uma classificação melhor no nível de organização da atenção como intermediário (51,4%) do que o município de Poconé, por ter ocorrido ações que não dependeram, diretamente, da SMS de Cuiabá, como as inerentes as maternidades (rede ampliada de banco de leite humano, insumos necessários presentes e a qualificação do cuidado).

A presente investigação também confirmou o que estudos anteriores apontavam em relação à dependência da saúde materna e cuidados de saúde como determinantes importantes para a sobrevivência neonatal (VICTORA et al., 2011; LAWN et al., 2005; KUSIAKO et al., 2000; BARROS et al. 1987).

A investigação reafirmou que determinantes do contexto externo ao sistema de saúde, como as características individuais e sociodemográficas das mães, encontradas como desfavoráveis neste estudo, são fatores de risco importantes que exigem maior acesso e eficiência das ações e serviços de saúde.

Para Charton e colaboradores (1983) e Hartz (1997), a mortalidade infantil revela o comprometimento do desenvolvimento socioeconômico e da qualidade do sistema de saúde, responsabilizando-o e determinando aos serviços de saúde que sejam mais acessíveis e eficientes em localidade onde as iniquidades são maiores. Por outro lado, Lawn e colaboradores (2005) registraram, em seus estudos populacionais, que fatores como idade das mães menor de dezoito anos e maiores de trinta e cinco anos, primíparas, possuíam razão de 1,3 a 2,3 para risco de morte neonatal ou perinatal, o que foi evidenciado neste estudo.

Na análise das trajetórias dos óbitos neonatais, identificou-se que as mães entrevistadas realizaram um número razoável de consultas. Apenas um número reduzido de mães iniciou o pré-natal tardiamente. Entretanto, a qualidade dessas consultas é questionável, em decorrência de fragilidades técnico-científicas da equipe de saúde, apontadas nos relatos das mães. Tais relatos revelaram que alguns profissionais de saúde, em especial das UBST de Cuiabá e UBSF de Poconé, não conseguiram detectar e intervir precocemente em situações de risco que indicavam, dentre outros, encaminhamentos ao pré-natal de alto risco por hipertensão arterial crônica e a serviços de urgência e emergência obstétrica por síndromes hemorrágicas, crise hipertensiva, amniorrexe prematura e trabalho de parto prematuro (BRASIL, 2012b).

Para Knippenber e colaboradores (2005), em locais onde a taxa de mortalidade infantil neonatal variar entre menor de 15 e entre 15 a 29 por mil nascidos vivos é esperado para o contexto municipal que haja, nos cuidados clínicos com cobertura de moderada a alta, desigualdades e qualidade variável, especialmente, para os cuidados mais complexos.

Observou-se, ainda, que houve acesso à maioria dos exames laboratoriais de rotina para diagnóstico com resultados entregues, em tempo oportuno, com exceção dos exames de imagem, ou seja, a ultrassonografia simples e morfológica. Havia dificuldade de acesso ao ultrassom durante a gestação e nas consultas de urgência e emergência obstétrica no pré-parto, principalmente, nos hospitais particulares de referência do SUS o que fazia adiar ainda mais o atendimento. Além disso, sem o exame de ultrassom os bebês com malformação congênita nasceram em maternidades sem UTI e outros.

Esses achados contrariam o estabelecido pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011a), que busca garantir a todas as gestantes o direito ao ultrassom, e às grávidas de risco dois ultrassons e mais um ultrassom com doppler.

No que se refere, ainda, ao estudo de avaliabilidade, para ambos os municípios-caso, Cuiabá e Poconé, evidenciou-se que os informantes-chave reconheciam a mortalidade infantil como problema, e o objetivo mais apontado por estes foi o de garantir uma rede de assistência perinatal, com destaque para o acesso à atenção primária, maternidades e UTI. A questão do acesso à atenção primária e a sua expansão esteve fortemente presente no discurso desses informantes-chave.

Chamou a atenção que a grande maioria não conseguiu identificar a meta pactuada, e nem apontar outras intervenções, como qualificar a assistência à mulher, promover as ações de vigilância do óbito e mobilizar a comunidade como importantes objetivos e ou ações na redução da mortalidade infantil neonatal.

Evidenciou-se, ainda, em Cuiabá, que os informantes-chave reconheceram apenas seis das treze atividades propostas pelo Plano Nacional de Ações Estratégicas. A maioria dos informantes-chave de Cuiabá conseguiu identificar, principalmente, as ações inerentes à área de abrangência de sua atuação, e houve divergência entre os mesmos quanto à suficiência dessas atividades.

Para Poconé, os informantes-chave evidenciaram como objetivos do Plano, principalmente, os relacionados ao acesso à atenção primária, à assistência ao pré-parto e parto. Reconheceram como atividades apenas três das treze ações propostas, como expansão das equipes de saúde da família, garantir os exames como o ultrassom e a regulação da gestante de alto risco fora do município. Com destaque para um dos

informantes de Poconé, que colocou as ações realizadas ainda como atividades verticalizadas, propostas pelo Ministério da Saúde.

Os achados encontrados no EA mostraram que, de certa forma, as ações estratégicas estavam sendo realizadas e que existia uma rede perinatal onde essas intervenções ocorriam com possibilidades de avaliação em profundidade. Entretanto, os mesmos dados evidenciaram também que os informantes-chave estavam interessados em garantir uma rede de assistência perinatal, e que ainda havia necessidade de sensibilizá-los e instrumentalizá-los sobre a temática e os demais objetivos e ações a serem buscados sobre a responsabilidade do sistema municipal de saúde. Dessa forma, o monitoramento e avaliação das ações estratégicas poderiam trazer importantes contribuições neste sentido.

. Esses dados demonstraram, ainda, que havia uma relativa convergência entre os informantes quanto aos objetivos e atividades inerentes à qualificação da rede de assistência, para a redução da mortalidade infantil neonatal, mas com pouca ênfase à atenção integral à saúde da mulher, antes da concepção. Tais dados concordam com os resultados encontrados em outros estudos de avaliabilidade de diferentes intervenções, como os de: Mazaferra (2010), que encontrou certa convergência entre os objetivos e atividades do Curso Técnico em Saúde Bucal; Mauchle (2010), que achou relativa concordância entre os gestores e profissionais quanto aos objetivos e atividades do Programa de Internação domiciliar do Estado da Bahia; e, Rocha e Uchoa (2013), que encontraram consonância entre gestores e profissionais em relação a pertinência das metas e ações para atenção humanizada ao abortamento.

Entretanto, difere dos achados de Lima e Vieira da Silva (2008), que apontaram para a diversidade na compreensão acerca dos objetivos e população-alvo na Campanha “De Olho na Visão” e de Silva (2007), que também revelou divergências quanto aos objetivos e atividades do Programa SESI (Serviço Social da Indústria) de Prevenção de Quedas na Indústria de Construção Civil na Bahia.

O modelo lógico causal construído, previamente neste estudo, conseguiu apresentar um retrato real de grande parte das causas encontradas nos dois municípios-caso, Cuiabá e Poconé, registradas, quer pela percepção dos informantes-chave, quer pelos dados oficiais. Contudo, notou-se, na percepção dos informantes-chave, que as causas da mortalidade infantil neonatal no município estavam fortemente centradas no

sistema de saúde. Em Cuiabá e Poconé, apenas parte dos informantes atribuiu as causas, no município, às condições sociais e da saúde da mulher.

Os dados apresentados neste estudo sobre as características de cada município-caso, bem como os encontrados no sistema de informação em saúde, SIM e SINASC, e nas trajetórias dos óbitos infantis neonatais demonstraram que existia, também, determinação das causas intermediárias, em especial, das condições socioeconômicas da mãe com destaque para a escolaridade, idade materna, renda, condições de moradia e trabalho, apontando dificuldades de acesso e fragilidades nas políticas sociais. Desse modo, a mortalidade infantil neonatal, nesses municípios-caso, ainda está fortemente relacionada à pobreza como causa subjacente e ao não acesso aos cuidados de saúde de qualidade.

Tal achado é evidenciado por Lawn e colaboradores (2005) quando afirmam que “a pobreza é causa subjacente de muitas mortes neonatais, seja através do aumento da prevalência dos fatores de risco, tais como a infecção materna, seja através da redução do acesso aos cuidados eficazes”.

Na percepção da maioria dos informantes-chave de Cuiabá, as causas ligadas diretamente ao sistema municipal de saúde eram decorrentes das causas intermediárias, como doença da mãe interferindo no resultado final, bem como a baixa cobertura da atenção primária com realização de poucas consultas de pré-natal. Os dados demonstraram que havia certa coerência na percepção desses informantes, porém, estes ainda não conseguiam observar que havia importantes causas também ligadas à atenção hospitalar, provavelmente porque as maternidades são conveniadas, não municipais, dificultando uma análise de sua qualidade pelo sistema municipal de saúde, e ou por pouca informação quanto às principais causas proximais.

Para Poconé, a percepção dos informantes-chave centralizava-se nas causas ligadas diretamente ao pré-parto e parto, como o número insuficiente de ginecologistas e pediatras, e não atribuíam as inerentes à qualidade da atenção primária, evidenciada neste estudo, ou seja, estes reconheciam apenas parte dos problemas da sua rede de atenção à saúde.

Entretanto, os dados apresentados pelos sistemas de informação em saúde (SESMT, 2010) e observados nas trajetórias dos óbitos neonatais, enquanto eventos

sentinela, revelaram que as causas, também, relacionavam-se com a qualidade do cuidado nos hospitais e demais ações realizadas pelo sistema de saúde em relação à saúde da mulher e dos cuidados imediatos ao recém-nascido.

Destaca-se, ainda, para ambos os municípios-caso, que o local de ocorrência do parto e dos óbitos foi, na quase totalidade, hospitalar, e que a maioria dos recém-nascidos que foram a óbito permaneceram vivos por menos de 23 horas, com um percentual alto de prematuridade, cesáreas e baixo peso, o que representa forte risco para sobrevivência infantil neonatal (FRANÇA; LANSKY, 2008).

Para Bang e colaboradores (2002), o baixo peso representa de 60 a 80% das mortes neonatais, sendo resultado do curto período de gestação, do retardamento do crescimento intrauterino, ou ambos. O nascimento prematuro e o retardamento do crescimento intrauterino são fatores de risco para as mortes neonatais (LAWN et al, 2005). Todavia, deve-se também compreendê-las na perspectiva dos determinantes sociais da saúde.

Os dados deste estudo diferem dos achados por Lawn e colaboradores (2005). Esse estudo apontou que pelo menos metade das mortes neonatais ocorreram em casa. Essa diferença está relacionada aos modelos de atenção ao parto dos diferentes países, que no caso do Brasil é predominantemente hospitalar. Por outro lado, os dados também assemelham-se aos estudos dos referidos pesquisadores, por terem concluído que esses óbitos aconteceram após o parto, e que 1/4 e 1/2 de todas as mortes neonatais aconteceram nas primeiras horas de vida, pelas seguintes causas diretas: infecções (36%), parto prematuro (28%) e asfixia (23%).

Com relação às intervenções para o enfrentamento do problema sobre a responsabilidade do sistema municipal de saúde, havia percepções diferenciadas entre os informantes-chave de ambos os municípios-caso.

Para o sistema municipal de saúde de Cuiabá, cada informante destacou uma única intervenção para o enfrentamento do problema. Entretanto, conseguiam visualizar intervenções importantes de forma interssetorial e em todos os níveis de atenção. Contudo, não se pode visualizá-las como única, porque é o conjunto dessas intervenções que produzirá impacto nos resultados. Observou-se, porém, que estes não identificavam ações de vigilância do óbito infantil neonatal, como importante instrumento de



monitoramento e avaliação, para propor medidas mais eficazes, e, pela primeira vez, apareceu no discurso desses informantes, a participação dos profissionais de saúde e da comunidade.

Para Poconé, os informantes propuseram, como intervenção, ações pontuais no que identificaram como problemas, ou seja, ações específicas de qualificação do pré-natal e parto. E apenas um ator estratégico colocou como importante o combate à pobreza, no município; enquanto nenhum relatou a importância da qualificação da assistência à mulher.

Notou-se que as ações identificadas por esses informantes são relevantes. Entretanto, ao observar o modelo causal e a imagem objetivo construída do modelo de intervenção do Plano Nacional de Ações Estratégicas (BRASIL, 2009c), percebeu-se que ainda há muito a ser realizado pelos municípios-caso como, por exemplo, a qualificação da assistência à saúde da mulher. Este componente não aparece, enquanto atividade, nesse plano e nem como ação estratégica da “Rede Cegonha”, apesar de assegurar a garantia ao direito reprodutivo, abarcando apenas o pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2011a).

O presente estudo também mostrou que é preciso enfrentar o problema da gravidez na adolescência (população de 15 a 17 anos), por ser expressão da desigualdade social e por revelar que os serviços de saúde estão pouco despreparados para promover e assistir os diferentes ciclos de vida da mulher (FRANÇA; LANSKY, 2008).

Outras ações são também de relevância, como o fortalecimento das parcerias com os hospitais locais e incentivos para se tornarem “Amigo da Criança”, e a pactuação das referências, enquanto hospitais, que possam garantir a sobrevivência infantil neonatal e dos leitos na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestora Bipartite Estadual (CIB), dentre outros.

Os Planos Municipais de Ações Estratégicas, propostos pelos municípios-caso, eram parcialmente conhecidos pela maioria dos informantes-chave, com exceção dos informantes de Poconé. De um modo geral, os dados revelaram, principalmente, o estabelecimento de ações para manutenção da rede de assistência e algumas capacitações; e, em Cuiabá, ainda, ações específicas para estruturar a vigilância do

óbito. Dessa forma, os achados demonstraram que, do modelo de intervenção construído, os municípios-caso propuseram em seus planos apenas parte das ações.

Notou-se, ainda, que dentre as ações demandadas pelo nível federal, no município de Cuiabá, destacaram aquelas realizadas no Hospital Santa Helena para a redução da mortalidade infantil neonatal, influenciando o resultado desse indicador em ambos os municípios-caso. Porém, observou-se que tal ação não foi mencionada em momento algum pela maioria dos informantes-chave que participaram do EA. É provável que os informantes desconhecessem essa ação não a articulando ao plano, apontando o não envolvimento e acompanhamento, por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, nessa ação.

O modelo lógico de intervenção proposto, tendo como imagem-objetivo o Plano Nacional de Ações Estratégicas, revelou que existia certa lógica na programação, na medida em que os objetivos, as ações e os resultados intermediários articularam-se numa série de efeitos desejados, que, uma vez combinados, colaborariam para os resultados finalísticos, demonstrando, também, ações a serem buscadas para maior impacto nos resultados (HARTZ et al., 1997; HARTZ, 1999). Para Hartz (1999), esse é um elemento importante na apreciação da avaliabilidade de um programa.

Além disso, o modelo de intervenção proposto neste EA é semelhante ao proposto por Frias e colaboradores (2005, p.198) ao estudarem a análise de implantação de um Projeto de Redução da Mortalidade Infantil. Contudo, diferiu do elaborado por Guerrero (2010, p. 65), em seu estudo sobre a avaliabilidade do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil, apenas no que tange à inclusão da componente produção do conhecimento e pesquisa.

Verificou-se, assim, que existia plausibilidade na estratégia de avaliação. Esses achados assemelham-se aos encontrados por D'Ostie-Racine e colaboradores (2013). Esses autores, no EA de uma estratégia de avaliação de uma organização não governamental (ONG), com sede na África Ocidental, verificaram a intenção do programa e o modelo lógico da intervenção como importante orientador da avaliação futura, a plausibilidade onde os resultados sugeriam uma multiplicidade de fatores alinhados com os objetivos da estratégia de avaliação tendo como base os fatores de avaliação, de contexto e humanos presentes e favoráveis, a possibilidade de acessibilidade de dados importantes e atestado à utilidade para os usuários potenciais.

Assim, este estudo de avaliabilidade possibilitou identificar achados que complementam o proposto por Trevisam (2007), ou seja, que os implementadores da política podem, também, não conhecer todos os objetivos e atividades da intervenção que poderiam levar a importantes resultados finalísticos, bem como as causas precisam ser mais conhecidas, explorando as informações locais.

Dessa forma, os aspectos considerados por Wholey (1994; 2004) permitiram verificar as condições de avaliabilidade e a possibilidade de avaliação das ações estratégicas para a redução da mortalidade infantil neonatal, nos municípios-caso, tendo o modelo lógico da intervenção como base dos critérios estabelecidos que possibilitariam o julgamento do grau de implantação dessas atividades. Espera-se que o modelo lógico possa ser útil aos potenciais usuários da avaliação, para compreender a lógica da intervenção, as ações a serem implementadas e seus resultados esperados.

A análise das características de governo, em ambos os municípios-caso, revelou que a articulação entre as variáveis que compõem o triângulo de governo não foi facilitadora na implantação das ações, ou seja, existiu um projeto de governo frágil em decorrência da baixa capacidade de governo e da pouca governabilidade.

Esses achados corroboram com aqueles encontrados por Oliveira (2013). Esse estudo apontou, também, em Cuiabá, constantes mudanças de Secretários na área de saúde, incidindo na estabilidade política institucional, e, como consequência, interferindo na condução dos processos de planejamento em saúde, no período em que se deu a formulação do Plano Municipal de Saúde de Cuiabá, 2010-2013. É igualmente reafirmado por Vasconcelos (2006), quando acrescenta que estavam ausentes desse processo os critérios de competência e adequação do perfil ao cargo, o que gerava pressões do ambiente externo à organização e trocas sucessivas de gestores na saúde.

Calhao (2008) também evidenciou, em seus achados, que as funções gerenciais na SMS de Cuiabá eram tratadas como atividades secundárias e de menor importância, sendo muitas vezes ocupadas por pessoas sem a devida qualificação, escolhidas em função de interesses específicos ou por indicação partidária.

Em ambos os municípios-caso, a política de gestão de pessoas apresentou-se como um dos principais obstáculos, na implantação da política para a redução da mortalidade infantil neonatal, fragilizando tanto o projeto de governo, como a

capacidade de governo e a governabilidade. Os municípios possuíam autonomia e recurso financeiro e este foi entrave apenas para a atenção secundária da SMS de Cuiabá para a operacionalização do proposto no projeto de governo.

O projeto de governo apresentou-se frágil, porque, em Cuiabá, não houve a participação do Secretário Municipal de Saúde, e em Poconé, essa participação do gestor foi restrita, mas fundamental para garantir a execução da proposta e certa governabilidade. Em ambos os municípios-caso, o projeto de governo foi formulado com uma capacidade de governo que não proporcionou debate suficiente para ampliar o conhecimento sobre sobrevivência infantil neonatal para que houvesse acúmulo de poder técnico, assegurando um olhar mais ampliado sobre a rede perinatal, incluindo ações que trouxessem um impacto maior sobre o indicador mortalidade infantil neonatal.

Tais resultados concordam com os achados por Soares e Paim (2011). A pesquisa dos autores evidenciou que a desarticulação entre as variáveis que compõem o triângulo de governo representou obstáculos à implementação da política de saúde bucal em Salvador, e encontrou, como principais fatores que dificultaram a implementação dessa política, a inespecificidade do projeto e a fragilidade dos recursos humanos. Porém, este estudo difere da investigação desses pesquisadores, no que se refere à falta de autonomia financeira da Secretaria Municipal de Saúde.

Os dados deste estudo concordam também com os achados de Vieira da Silva e colaboradores (2005) que encontraram na análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil, em cinco municípios, fragilidade do projeto de governo e capacidade de governo que provavelmente devem ter interferido nas práticas ocorridas no local estudado. O estudo de Vilasbôas (2006) também revelou uma modulação entre projeto de governo – sendo este o componente mais forte do triângulo de governo, capacidade de governo e governabilidade para implementar políticas de saúde na Secretaria de Saúde do município estudado.

As características de governo influenciaram a gestão dos planos municipais de ações estratégicas e foram considerados como uma prática não-estruturada de planejamento, realizada em um momento pontual e circunscrito da organização. Uma ação racional burocrática e ritualística para atender demandas externas do governo federal e estadual.

Pode-se inferir que as práticas de planejamento presentes, ainda que pouco estruturadas nos municípios-caso foram relevantes para a construção do plano de redução da mortalidade infantil neonatal no âmbito local. Verificou-se a existência de práticas de planejamento pela presença de diferentes instrumentos de gestão estabelecidos pelo arcabouço legal do SUS. Entretanto, essas práticas de planejamento possuíam mecanismos incipientes instituídos de monitoramento e avaliação, como a exemplo, os presentes nos relatórios anuais de gestão.

O planejamento das ações estratégicas para a redução da mortalidade infantil neonatal realizado pelas equipes não dispunha de uma metodologia sistematizada e nem de elementos comunicativos importantes entre os gestores, demais atores da instituição e comunidade. Considerou-se como uma ferramenta de gestão, um trabalho de gestão para mediar diretrizes políticas, tanto externa como interna à organização, bem como para atender a subjetividade dos trabalhadores (MERHY, 1995; SCHRAIBER et al., 1999; PAIM, 2002b; CAMPOS, 2003; RIVERA; ARTMANN, 2003).

O cálculo técnico-político esteve presente num movimento para ganhar liberdade e conduzir a organização na direção dos propósitos de governo. Esse cálculo baseou-se no êxito, conferindo-lhe uma determinação racional (WEBER, 1994). A prática de planejamento limitou-se a racionalidades. Dessa forma, houve predomínio de um planejamento com ações mais estruturantes que o fragilizou e criou obstáculos tanto para a capacidade de governo, como para a governabilidade.

Para Matus (1993, p.61), “o domínio de técnicas potentes de planejamento é das variáveis mais importantes na determinação da capacidade de uma equipe de governo”. Desse modo, as práticas de planejamento como componente da capacidade de governo condicionariam e seriam condicionadas pelo projeto de governo e pela governabilidade do sistema.

Percebeu-se que o cálculo técnico-político foi importante para a estratégia de implantação, porém não foi suficiente para enfrentar as demandas burocráticas, administrativas e políticas da gestão, e sustentar o projeto de governo, no período de 2009-2010, para a redução da mortalidade infantil neonatal.

Pode-se constatar que os Planos Municipais de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal não contaram com um mecanismo de

acompanhamento e avaliação que pudesse contribuir com a identificação dos obstáculos e subsidiar decisões para o alcance dos resultados. Pode-se inferir que tal achado também contribuiu para que os planos não conseguissem sobreviver às incertezas e às demandas urgentes e políticas das Secretarias Municipais de Saúde. E, ainda, colaborou para que a maioria dos dirigentes que participaram da formulação e operacionalização do plano não conseguisse apontar as mudanças ocorridas na rede perinatal dos municípios-caso.

Reflete fragilidade institucional, na medida em que os planos são considerados espetáculos para atender às demandas externas com pouco impacto sobre as práticas de gestão nas organizações (MATUS, 2000).

Essa incipiência de incorporação de práticas estruturadas de planejamento, em organizações públicas de saúde, foi encontrada em outros estudos entre secretarias estaduais e municipais de saúde (COELHO, 2002; LOTUFO, 2003; VILASBÔAS, 2006). Na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Lotufo (2003) apontou inexistência de métodos de trabalho para a implementação de planos, programas e projetos, sendo um dos elementos que comprometeram a governabilidade da alta direção institucional.

Outro resultado que se destacou foi o consenso presente entre os dirigentes dessas organizações na construção da proposta do plano. Tal achado pode ser sustentado pela hipótese formulada por Testa (2004), de que atores que pertencem a uma mesma divisão social de trabalho tenderiam a se tornar aliados nessa disputa de poder, bem como para o enfrentamento do contexto.

Em Poconé, apesar da determinação racional do plano, os obstáculos financeiros provocados pela expansão dos serviços e pela contratação de novos profissionais se fizeram presentes, em decorrência da omissão dos repasses do governo estadual e pela impossibilidade de aumento significativo das transferências federais. O município expandiu os serviços, no intuito de captar mais receita, por meio dos incentivos financeiros que o Ministério da Saúde disponibilizava, acarretando dificuldade na garantia dos serviços e ações implantadas, ameaçando a governabilidade dos dirigentes. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Vilasbôas (2006) sobre práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no nível municipal.

.Além disso, em Poconé, o plano foi visto como algo burocrático, impositivo e não como instrumento de gestão que pudesse conduzir a uma situação objetivo contribuindo para mudanças no modelo de gestão, de atenção e de organização dos serviços de saúde. Esses dados aproximam-se dos encontrados por Gattas (2010) que apontou para a necessidade da SMS de Poconé de se estruturar melhor na subdimensão planejamento das ações (56,7%) e investir mais na dimensão capacidade técnico-gerencial (56,4%).

Entretanto, o planejamento deve ser visto pelos gestores como ferramenta que possibilite ampliar a sua capacidade de governo frente às inúmeras dificuldades que enfrentam no cotidiano da gestão. Como elemento politizador, problematizador, promotor de mudanças e como possibilidade de representar uma mediação entre o cuidado, as práticas de saúde e as políticas públicas (MEHRY, 2010; CECILIO, 2010; PAIM, 2010).

Matus (1993) afirma ainda que fazer plano é, antes de qualquer coisa, criar governabilidade e, por isso, quanto mais adverso o contexto, mais necessário seria fazer planos, dar direcionalidade ao barco, não “ser escravos das circunstâncias”.

Ademais, nos planos de ações estratégicas não houve privilégio de ações de promoção da saúde (BUSS, 2003, p.26) e que pudessem organizar e fortalecer a rede de atenção perinatal para consolidar o modelo assistencial alternativo, estratégia saúde da família, em direção à integralidade da atenção (GIOVANELLA et al., 2002), com avanço nas relações entre profissionais de saúde e usuários, mediadas por tecnologias, no processo de trabalho em saúde capaz de intervir sobre danos e riscos e necessidades sociais (TEIXEIRA, 2002; PAIM, 2003, 2008).

As ações estratégicas empreendidas pelas Secretarias Municipais de Saúde nos planos pareciam estar mais baseadas nos valores compartilhados entre dirigentes do que em critérios de priorização de danos e riscos que orientassem a mudança do modelo de atenção à saúde.

Ainda assim, os Planos Municipais de Ações Estratégicas foram viabilizados e operacionalizados pelas equipes de dirigentes que, por serem sujeitos implicados constituídos de ação - por mais que tenha sido uma ação racional - e imbuídos de componentes afetivos, culturais e políticos, moldaram a ação planejadora. Essa atitude

implicada possibilitou a esses sujeitos uma articulação entre a racionalidade técnica e política na prática de gestão capaz de empoderá-los para enfrentar o modelo hegemônico que omite a melhoria da prestação de serviços às mulheres, às gestantes e aos recém-nascidos, garantindo as propostas estabelecidas nos diferentes planos (WEBER, 1994; TESTA, 1997; PAIM, 2002; SPINELLI; TESTA, 2005).

Os dados encontrados demonstram que os sujeitos envolvidos consideraram o tempo técnico e político frente ao tipo de ações estabelecidas a serem desenvolvidas em curto prazo e na dependência do cenário.

Notou-se, em ambos os municípios-caso, que a estratégia mais utilizada para facilitar a operacionalização do plano foi o poder político dos dirigentes, ou seja, a habilidade e capacidade de mobilizar vontades e grupos com ressalva para Poconé, em que o gestor local utilizou, também, do poder técnico e administrativo.

Os municípios estudados utilizaram-se, também, de distintas estratégias no planejamento das capacitações para os profissionais de saúde, nos diferentes níveis de atenção, e não obtiveram sucesso. Tal achado revela que a educação permanente não deve ser vista como mais uma imposição aos profissionais e, sim, que é preciso levantar os problemas e discuti-los com os interessados, estabelecendo estratégias educacionais que possibilitem a construção de sujeitos reflexivos, críticos e transformadores das práticas de saúde e da realidade local.

Esses achados demonstraram que os desafios para as práticas de formação e educação permanente ainda persistem, não conseguindo despertar uma nova consciência de servidor público que os faça interagir com os processos contra-hegemônicos imbuídos de outros pensamentos, capacidade e liderança para propor uma nova maneira de fazer as coisas na conquista da reforma sanitária brasileira (TESTA, 1997, p. 156; PAIM, 2002b; 2008).

A transparência e a opacidade fizeram também parte da estratégia. A transparência fez parte da estratégia, como a credibilidade do espaço social da organização, dada para consolidar a intervenção proposta. Percebeu-se que havia uma relação social entre a equipe de dirigentes que os mantinham fortes para enfrentar os obstáculos da formulação e operacionalização dos planos. Contudo, a transparência para a construção da proposta foi restrita no espaço social da equipe de dirigentes e entre



estes, não se constituindo numa relação maior com Secretários Municipais de Saúde, profissionais de saúde de todos os níveis de atenção, controle social e executivo municipal para se constituir em um projeto transformador. A transparência foi suficiente para se estabelecer pactos, alianças para conseguir certa viabilidade da proposta (TESTA, 1995).

A opacidade dada aos planos de ações estratégicas para a redução da mortalidade infantil neonatal, como reserva daquilo que seria realizado, foi maior que a transparência, o que também fragilizou a construção e operacionalização da proposta. A opacidade deveria ser menor para poder dar ao plano maior viabilidade política e visibilidade daquilo que seria realizado, considerando o problema que seria enfrentado pela intervenção proposta.

Para Testa (1995), a transparência não pode deixar de existir, em alguma medida, no plano estratégico para que se possa ver o jogo e o mundo de forma real. O autor observa que a opacidade deve ocorrer para manter frente aos interesses contrários, mas não pode ser total, e o nível de reserva deve ser definido em virtude do tipo de conflito que é enfrentado pela política.

Para ambos os municípios-caso, o projeto de governo proposto e operacionalizado foi mais de manutenção do que de transformação do sistema municipal de saúde e de legitimação da política pela equipe de dirigentes frente às conjunturas. Pode-se supor, ainda, que houve algum crescimento para os sistemas locais de saúde, porém, isto está distante de um projeto de transformação, quer estrutural da rede de assistência perinatal, quer do setor saúde. Projetos de mudanças demandam alta governabilidade e consistente, abundante e inesgotável capacidade de governo, o que não aconteceu nos municípios-caso estudados (MATUS, 1993; 1997; 2000).

As reformas melhoraram as estruturas físicas das unidades básicas de saúde e de um número reduzido de maternidades. Em Cuiabá, houve uma pequena expansão do número de equipes de saúde da família. Alguns leitos nas maternidades e de UTI neonatal foram extintos. As características de governo e organizacional das Secretarias Municipais de Saúde não propiciaram condições políticas e de trabalho que permitissem avançar nas propostas estabelecidas e proporcionar condições técnicas e administrativas e de regulação, controle, auditoria e avaliação com fortalecimento dos espaços coletivos

de decisão. Pode-se afirmar, assim, que nesse período de 2009 a 2011, foi restrita a oferta e a qualidade da rede de serviços perinatais.

A análise do grau da implantação das ações estratégicas, ocorrido em 2013, e as trajetórias dos óbitos neonatais relatadas pelas mães identificaram obstáculos que precisam ser enfrentados pelos formuladores de políticas, gestores, profissionais da saúde e comunidades, a fim de produzir maior impacto na redução da mortalidade infantil neonatal, em ambos os municípios-caso.

Observou-se que existe, em Cuiabá, uma cobertura de equipes de saúde da família, insuficiente para contribuir com uma maior redução do indicador de mortalidade infantil. Além disso, as UBST possuíam uma população coberta superior à capacidade física e humana instalada para dar atendimento, o que se pode traduzir em uma realidade com vazios assistenciais.

Ademais, há estruturas físicas precárias, UBST e em algumas UBSF de Cuiabá, e ainda uma rede assistencial com pouco apoio logístico com falta de materiais, de reposição de equipamentos como o sonar, de cartões de gestantes e de antibióticos para tratar as infecções maternas.

Em Poconé, havia uma boa cobertura de equipes de saúde da família. Na maioria das UBSF visitadas, as estruturas físicas eram aceitáveis, possuíam equipamentos suficientes e não havia falta de insumos. Entretanto, este estudo mostrou que não bastava ter boa cobertura de equipes de saúde da família para ter garantido as mudanças no modelo de atenção e nos indicadores de saúde do município. Há necessidade de se ter, também, equipe multiprofissional capacitada, apoio logístico, exames, medicamentos e acompanhamento e avaliação das ações e serviços oferecidos. Além disso, garantir o acesso das equipes à população da zona rural.

Esses achados são importantes por refletirem no acesso e na qualidade das ações oferecidas. Hartz (1997), na análise de implantação do programa materno-infantil em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil, encontrou resultados diferentes do encontrado em Cuiabá e semelhantes em Poconé, onde a implantação de estrutura física de centros e postos de saúde para acesso às ações básicas foi aceitável.

Um dos maiores desafios a serem enfrentados pelos gestores, em ambos os municípios-caso, Cuiabá e Poconé, diz respeito aos recursos humanos e à qualificação da assistência, em toda a rede perinatal, para substituição do modelo de atenção.

Em Cuiabá, havia pouca disponibilidade de recursos humanos, em especial médicos, para ampliar as equipes de saúde da família, atuarem nas policlínicas e nas equipes avançadas no SAMU. Registrou-se, principalmente em Poconé, falta de recursos humanos, em especial médicos para trabalharem nas equipes de atenção primária constituídas, no NASF, nos centros de especialidades e maternidades. A maioria dos profissionais de saúde da atenção primária desses municípios não possuía qualificação para a gestão do cuidado de gestantes, mães e recém-nascidos.

Para Canesqui e Spinelli (2008), a disponibilidade de pessoal é um dos fatores que propiciaram diferentes graus de implantação na estratégia saúde da família e dificultaram a sua implementação nos municípios mato-grossenses estudados.

Ademais, na assistência pré-natal não havia os registros de peso e altura uterina nos gráficos específicos do cartão da gestante, fato este que revela baixa qualidade técnico-científica no acompanhamento do estado nutricional das mães e do crescimento intrauterino dos bebês. Tal achado pode, também, estar refletindo no número apreciável de prematuros com baixo peso ao nascer encontrados neste estudo. Para França e Lansky (2008), um número considerável de mortes fetais anteparto de crianças, com peso ao nascer menor que 2.500 gramas, indicam fragilidades no pré-natal no final da gestação.

Em Poconé, a dificuldade estava, também, em dar maior acesso aos exames de sorologia para sífilis e HIV, de extrema importância para a qualidade do pré-natal, podendo comprometer a saúde da mulher e do recém-nascido. Além disso, a realização do exame copolcitológico, em gestantes, acontecia apenas sob indicação médica. Entretanto, não se deve perder oportunidade de rastrear o câncer do colo de útero em gestantes. Ademais, o exame copolcitológico em mulheres grávidas não está contraindicado, podendo ser realizado em qualquer período gestacional, preferencialmente, até o sétimo mês de gestação (BRASIL, 2012b).

Outra fragilidade importante da assistência ao pré-natal encontrada por este estudo foi a pouca ou nenhuma realização das práticas educativas durante a gestação,

principalmente, para os sinais de perigo e preparo para o parto. Isso, também, foi possível observar pelos relatos das mães, onde estas desconheciam os sinais de perigo na gestação e os sinais de parto, havendo, dessa maneira demora na busca de assistência, bem como o desconhecimento da garantia do direito à presença de acompanhante.

Essas ações quando não realizadas durante o pré-natal, segundo Bhutta e colaboradores (2005) e o Ministério da Saúde (2012b), podem contribuir para o aumento dos óbitos neonatais. Dentre as ações realizadas no pré-natal, destacadas por esses autores, citadas como facilitadoras para melhorar os resultados de saúde perinatal e neonatal, evidenciou-se neste estudo que a atenção primária realizava, no pré-natal, a imunização antitetânica, oferecia sulfato ferroso e ácido fólico e incentivava o aleitamento materno.

Essas principais características identificadas, que interferiram no grau de implantação das ações estratégicas, são semelhantes às encontradas por Gattas (2010), no que se refere à deficiência na educação permanente em Poconé. Handell (2010) em seu estudo de caso no município de Cuiabá encontrou evidências semelhantes sobre os fatores do contexto externo e político-organizacional que influenciavam negativamente na qualidade da assistência pré-natal, como alto percentual de gravidez na adolescência, baixa escolaridade e ausência de protocolos clínicos.

Os dados demonstraram, também, que a característica político-organizacional para acesso e qualificação da assistência ao parto eram desfavoráveis. Existia insuficiência de leitos obstétricos e leitos de UTI para adultos e neonatos, principalmente, no município de Cuiabá, onde um hospital público e dois privados eram conveniados ao SUS como referência estadual para gestação de alto risco e para todos os partos. E apenas um hospital realizava, com dificuldade de leitos, o pactuado como “vaga sempre” para gestantes e recém-nascidos. Tal achado é questionável, em virtude dos reflexos trazidos para a qualidade da assistência, ao modelo de parto humanizado e à não implantação do vínculo da gestante ao local de parto como estabelecido pela legislação e proposto pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011a).

Neste estudo, as mães não revelaram peregrinação na hora do parto. Constatou-se peregrinação para conseguir ultrassom durante o pré-natal e nas consultas obstétricas de urgência, no pré-natal e pré-parto. Entretanto, os profissionais dos hospitais, que

participaram deste estudo, revelaram que há peregrinação para conseguir vaga no momento do parto.

Não havia uma regulação ágil de referência e de leitos obstétricos, não possuindo plano de vinculação da gestante, desde o pré-natal, à maternidade. Isso foi encontrado neste estudo sendo inaceitável o desfecho ocorrido, óbito neonatal de recém-nascido a termo com peso maior que duas mil e quinhentas gramas. As gestantes eram apenas orientadas a buscarem um dos hospitais no momento do parto.

Assim, o parto na maternidade vinculada, ainda, é um direito não alcançado na baixada cuiabana, dado também revelado por Barreto (2013), na região nordeste, com peregrinação das gestantes no anteparto, nos municípios signatários do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2009c). Em seu estudo, o autor constatou que 19,2% das gestantes procuravam dois ou mais serviços de saúde até serem atendidas para (fazer) o parto (peregrinação local), e que 17,3% das mães pariram em hospitais públicos de outro município (peregrinação intermunicipal). Outros autores, como Menezes e colaboradores (2006) e Cunha e colaboradores (2010), encontraram uma peregrinação por vagas de 35% e 40,6% das gestantes nos municípios do Rio de Janeiro e São Luís, respectivamente.

O complexo regulador revelou dificuldades em conhecer a realidade e a demanda para ampliar os contratos, dentro e fora do Estado, e garantir vagas para as cirurgias de malformação congênita, principalmente, as cardíacas. Na realidade, é toda uma cadeia interligada que apresenta dificuldades de acesso, ou seja, nesses casos é preciso garantir a cirurgia, os exames, a UTI neonatal e, na maioria das vezes, o acompanhamento ambulatorial na referência especializada. Num contexto onde a atenção primária possa ser de qualidade para detectar precocemente, intervir e acompanhar com a garantia do local do parto e outros.

Desse modo, o complexo regulador mostrou-se de extrema importância para a aceleração da redução da mortalidade infantil neonatal, nos municípios-caso estudados, para assegurar regulação oportuna para as consultas de especialidades, acesso aos exames de imagem, aos leitos obstétricos e de UTI para partos e cirurgias.

Os resultados deste estudo mostraram que o complexo regulador pode provocar alterações na acessibilidade e equidade em toda rede perinatal, desde a atenção primária

à média e alta complexidade. Evidenciaram, ainda, que o complexo regulador não está estruturado o suficiente para cumprir o seu papel de otimizar, nessa microrregião, a utilização dos serviços de referências nos espaços supra municipais, segundo critérios de necessidades de saúde da população, conforme também encontrado por Silva (2008), na avaliação do complexo regulador da segunda microrregião de saúde no Estado do Ceará.

Notou-se também que, na maioria dos hospitais conveniados com o SUS para o parto, o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto era garantido somente para as parturientes menores de dezoito anos. Os resultados mostraram, ainda, que todas as mães que participaram deste estudo desconheciam o direito da presença do acompanhante, reafirmando o que é estabelecido pela maioria dos hospitais conveniados ao SUS, públicos e privados, “somente para as gestantes menores de dezoito anos”.

O único hospital Amigo da Criança de Cuiabá também mencionou a possibilidade da presença do acompanhante não ser do sexo masculino, alegando privacidade, em decorrência da ambiência das enfermarias. A figura masculina como impedimento também foi encontrada por vários estudos (BOARETTO, 2003; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008; MARTINHO, 2011) e demonstra fragilidade nos componentes da intervenção implantada nesse hospital.

As maternidades privadas, conveniadas ao SUS para as cirurgias, visando à correção das malformações congênitas, relataram garantir a presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, porém, no sentido de vantagens promovidas pelo hospital e não como direito para garantir um parto humanizado.

Martinho (2011) encontrou, em seu estudo de análise de implantação do programa de humanização do parto, que 66% das mulheres desconheciam o direito de ter acompanhante. Leal e colaboradores (2014) encontraram, no inquérito sobre parto e nascimento no Brasil, menos de 20% das mulheres que se beneficiaram da presença contínua do acompanhante, durante todo período de internação para o parto, sendo este privilégio de mães de cor branca com maior escolaridade, usuárias de setor privado e que tiveram cesarianas; e que 75% das mulheres no país tiveram acompanhante em algum momento do parto. Esses achados são reveladores do desconhecimento das mulheres sobre seus direitos, da resistência dos hospitais, públicos e privados

conveniados ao SUS, do não cumprimento da lei nº 11 108/2005 após uma década de sua promulgação e de não acesso à importante medida para a humanização do parto.

Aliado a isso, a ambiência de todos os hospitais, públicos e privados, não atendia ao estabelecido pela ANVISA (BRASIL, 2008b), com mais de dois leitos por enfermaria, sem poltronas para acompanhantes e sem área para os cuidados de higienização dos recém-nascidos – bancada com pia com água fria e quente. Alguns desses hospitais tinham oxigênio e sinalização de enfermagem, e todas as enfermarias possuíam banheiro anexo. Apenas um hospital privado tinha espaço integrado para o processo de parturição (pré-parto, parto e pós-parto) e forma diferenciada para higienização do recém-nascido.

Esses achados evidenciam importantes obstáculos com relação ao espaço físico inadequado, ainda presentes nas maternidades, que dificultam o processo de parturição em ambientes integrados, a presença de acompanhantes e o parto humanizado. Além disso, nos relatos de uma das mães, evidenciou-se desumanização no atendimento durante o parto pelo profissional médico em um dos hospitais privados, dados semelhantes foram encontrados por outros autores (DINIZ, 2001; MARTINHO, 2011).

Os achados evidenciaram, ainda, que os hospitais não utilizavam o partograma para prevenir e diagnosticar situações de risco, no pré-parto e parto, recomendado pela OMS desde 1994, e pelo projeto maternidade segura do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a). Pode-se inferir que o não uso do partograma esteja aliado à falta de capacitação e/ou ao interesse da instituição em outros modelos de assistência que não priorizam o modelo de parto seguro e humanizado. Para Bhutta e colaboradores (2005), identificar sinais de perigo no momento do parto e nascer em lugar limpo e seguro, são duas das principais evidências encontradas para impactar positivamente a saúde perinatal e neonatal.

A estratégia hospital amigo da criança, implantada somente na maternidade onde mais nascia e morria recém-nascidos, foi importante para impactar o indicador mortalidade infantil neonatal com redução nos coeficientes não só de Cuiabá, no período de 2009 e 2010, como da baixada cuiabana e do Estado. Contudo, o aspecto desfavorável foi a não participação e envolvimento, durante todo o processo de implantação dessa estratégia, da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá e da SESMT para que pudessem conhecer, monitorar, avaliar e ampliá-la para os demais hospitais.

Essas ações estratégicas não implantadas ou presentes de forma incipiente não garantem a aceleração da redução das principais causas de morte materna e neonatal. Observou-se, inclusive, neste estudo de casos, que as principais causas de mortes neonatais estavam relacionadas aos cuidados imediatos ao recém-nascido, tendo o maior número os óbitos neonatais ocorridos por aspiração de mecônio e por causas redutíveis por adequado controle na gravidez.

Em uma das trajetórias dos óbitos de Poconé (trajetória 12) foi possível verificar como todas essas ações estratégicas, fragilmente constituídas, estiveram juntas, determinando o óbito neonatal como desfecho final. Estudos brasileiros têm demonstrado a baixa qualidade da assistência prestada às parturientes, por inadequado acompanhamento do trabalho de parto e por não utilização de tecnologias simples e de normas assistenciais (LANSKY, 2006; COSTA et al., 2004).

Esses dados vêm ao encontro do contexto municipal desenhado pelo trabalho de Knippenber e colaboradores (2005). Os pesquisadores destacam que, em municípios onde a taxa de mortalidade infantil neonatal for menor de 15 óbitos por mil nascidos vivos, o nascimento ocorre quase que exclusivamente em hospitais (98%), com aumento da cobertura dos cuidados intensivos, remetendo à necessidade de qualificá-los para maior impacto no indicador, garantindo a equidade, promovendo a qualidade e monitorando e avaliando os resultados. Contudo, não se desconsidera a forte interação com a atenção primária e a necessidade de se investir na qualidade da atenção da saúde da mulher, na gravidez, no parto e nos cuidados imediatos ao recém-nascido, conforme demonstrado neste estudo e outros estudos nacionais (FRANÇA; LANSKY, 2008).

Tal evidência justifica a maior pontuação dada pelo grupo de especialistas que participaram deste estudo para a subdimensão acesso à maternidade (com menor discordância, também, entre os especialistas consultados nessa subdimensão) e qualificação do cuidado. Apesar de haver certa discordância entre os especialistas consultados, neste estudo, os achados revelaram, ainda, a importância dos Cursos Introdutórios para as equipes de saúde da família, bem como a necessidade da atuação do NASF em conjunto com os profissionais da atenção primária e o apoio diagnóstico e terapêutico, em toda rede perinatal, para identificação precoce e tratamento, em especial de pneumonias e HIV/Aids, em recém-nascidos.



Os resultados relativos aos cuidados imediatos e assistência ao recém-nascido revelaram que existiam aspectos desfavoráveis, tanto na atenção hospitalar, como na atenção primária. No âmbito hospitalar, o que chamou atenção foi a pouca capacitação, em algumas maternidades, principalmente, para os cuidados imediatos - ressuscitação do recém-nascido. Para Bhutta e colaboradores (2005) são evidências a serem trabalhadas com intensidade para reduzir a mortalidade neonatal.

Notou-se que algumas equipes da atenção primária de Cuiabá, UBST e UBSF, e em especial, todas UBSF de Poconé visitadas, não possuíam critérios para identificar puérperas e recém-nascidos de risco, bem como não havia protocolos clínicos estabelecidos para assistência às mães e aos menores de dois meses com anemia, diarreia e infecção respiratória. Aliado a isso, as visitas domiciliares às mães que perderam os seus bebês aconteceram em raras exceções. Além disso, a mobilização da comunidade em favor dos direitos das gestantes e crianças, da orientação para os cuidados e da adesão às parcerias, não aconteceu.

Esses achados revelaram que, antes da gravidez e após o parto, os cuidados eficazes, também, não chegavam às mães e aos recém-nascidos que mais precisavam, demonstrando que a cobertura das intervenções era baixa, que há desigualdades na assistência prestada pelas diferentes equipes de atenção, interferindo no processo de aceleração da redução da mortalidade infantil neonatal (KNIPPENBER et al., 2005). Ademais, demonstraram a necessidade de se investir nos diferentes ciclos de vida da mulher.

Assim, as evidências apontadas por Bhutta e colaboradores (2005), no que se refere às visitas domiciliares após o nascimento, ao gerenciamento em tempo oportuno das pneumonias e sepse nos recém-nascidos, e o espaçamento entre as gestações estavam a desejar. E, ainda, para França e Lansky (2008), a avaliação clínica imediata do recém-nascido, em qualquer lugar que a mãe procure assistência, é de fundamental importância, por tratar-se de situação de risco, com grande vulnerabilidade, que pode levar a óbito o recém-nascido.

Diversos estudos brasileiros têm avaliado o impacto da estratégia saúde da família na mortalidade infantil (MACINKO et al., 2006; AQUINO et al., 2009). No entanto, os resultados deste estudo, especialmente o estudo de caso de Poconé, revelaram que os obstáculos político-organizacionais inerentes ao acesso e à

qualificação do cuidado integral oferecidos por essas equipes das UBSF, desde a atenção ao pré-natal, parto e cuidados imediatos pós-parto às mães (saúde da mulher) e recém-nascidos, permanecem como importantes desafios para a redução do componente neonatal, assim como da mortalidade materna e infantil pós-neonatal.

Outros estudos que avaliaram o grau de implantação de diferentes ações básicas estratégicas na assistência à mulher e à criança apontaram resultados semelhantes aos encontrados neste estudo. Especialmente, no que se refere aos obstáculos na implantação das ações inerentes a recursos humanos, à gestão do cuidado com aplicação das normas, à ausência de capacitações e de educação permanente, à indisponibilidade de medicamentos para tratar infecções maternas, ao limitado potencial do princípio da integralidade da assistência, à carência de médicos especialistas e capacidade instalada na microrregião (HARTZ, 1997; SAMICO et al., 2005; FERRAZ; NEMES, 2009; LOPES, 2010; GATTAS, 2010).

Por outro lado, os achados deste trabalho diferem dos resultados de outros estudos, em relação a algumas facilidades encontradas, como: disponibilidade de anticoncepcionais no planejamento familiar, incentivo ao uso do preservativo, recursos humanos disponíveis - como enfermeiros e técnicos de enfermagem - em toda rede perinatal, vacinação em massa (HARTZ, 1997; LOPES, 2010), bem como, incentivo ao aleitamento materno, alojamento conjunto, banco de leite humano (em Cuiabá), presença do teste rápido para HIV/Aids em todas as maternidades, e os insumos preconizados como os corticosteroide e surfactante. Esses achados entre os diferentes estudos demonstraram avanços nessas últimas décadas, em algumas ações, porém, evidenciaram também que importantes desafios permanecem como obstáculos para a redução do óbito neonatal.

Em relação à avaliação das mães, sobre o atendimento recebido no pré-natal, parto e no cuidado do recém-nascido, os achados mostraram diferentes avaliações a depender do local, do vínculo, público (SUS) ou privado (plano de saúde), durante a assistência, do cuidado ofertado, do acesso aos exames, da demora no atendimento, da dificuldade da assistência na identificação precoce do problema, de como as mães eram tratadas, das informações recebidas, da falta de profissionais de saúde e da relação interpessoal com estes, em especial médicos.

Tais achados demonstraram que, a depender da equipe de profissionais que prestavam assistência nos hospitais, houve diferença na avaliação do atendimento oferecido, mesmo positivamente.

Observou-se que as avaliações foram construídas pelas mães tendo como base as experiências posteriores ao evento negativo, uma vez que a maioria já havia tido uma nova gestação, bem como das suas necessidades de saúde e do que o serviço poderia ter oferecido diante do ocorrido. Os seus relatos demonstraram que havia desigualdades no atendimento prestado e que, mesmo diante de um evento extremamente negativo as mães foram capazes de julgar positivamente ou negativamente o atendimento oferecido pela rede perinatal. Dessa forma, os resultados deste estudo concordam com Williams e colaboradores (1998), quando observam que as avaliações positivas não expressam a garantia de um cuidado de qualidade, mas que não foi ruim; e, discordam desses autores, na medida em que a insatisfação é manifesta apenas em eventos extremamente negativos.

Alguns estudos também encontraram dados semelhantes da avaliação das mães em serviços públicos, com relação ao cuidado, destacando que estas estavam ligadas às relações interpessoais com os profissionais de saúde, a essencialidade da qualidade técnica do atendimento, ao estilo de comunicação adotada e o atendimento não humanizado (FAQUINELLO et al., 2007; PARADA; TONETE, 2008; MARTINHO, 2011).

Ademais, os dados das avaliações das mães, quanto ao cuidado e a trajetória dos óbitos neonatais ocorridos em 2010, trouxeram contribuições importantes a este estudo, no que se refere ao grau de implantação das ações estratégicas para a redução da mortalidade infantil neonatal, confirmando a incipiente implantação da intervenção no município-caso de Poconé. Nesse município, a maioria das mães destacou que a assistência pré-natal não foi boa, em função das poucas visitas domiciliares, da falta de médicos nas UBSF, e da incapacidade da equipe em identificar precocemente o problema. E ainda, a dificuldade para a mãe que precisou ser regulada para Cuiabá com demora no atendimento, transporte sanitário precário, sem permissão para acompanhante, e desumanização no parto. Em Cuiabá, foi possível evidenciar o grau intermediário e incipiente das diferentes ações, refletindo as diferenças dos atendimentos prestados pelas diferentes equipes de profissionais.

Destaca-se, ainda, que este estudo encontrou nos municípios-caso, Cuiabá e Poconé, uma política de transporte sanitário configurada para atender a uma demanda emergencial, de forma precária. O transporte seguro para mães e recém-nascidos era realizado pelo SAMU, dentro do atendimento geral, sem nenhuma estratégia que priorizasse a redução da mortalidade materna e neonatal. O transporte sanitário municipal, realizado de forma precária com insuficiência de ambulâncias de suporte avançado e equipes de profissionais capacitados para atender a demanda. O transporte inter-hospitalar era realizado na dependência dos convênios com serviços terceirizados ou por meio de ambulâncias próprias dos hospitais conveniados. Por parte do governo federal, como contrapartida no Pacto de Redução (BRASIL, 2009c), houve repasse das incubadoras, mas essas não foram instaladas. Já pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011a), não foram ampliadas as ambulâncias de suporte avançado com incubadoras e ventiladores neonatais.

Este estudo encontrou que, apesar de todas as fragilidades identificadas no transporte sanitário, o atraso no acesso à assistência especializada indicada foi maior, em decorrência da regulação da vaga, principalmente, para a gestante que se encontrava em Poconé; e, para um caso de Cuiabá o transporte foi inadequado (BRASIL, 2010c).

Os dados demonstraram que as SMS em estudo realizavam um transporte emergencial muito distante do preconizado pelas normas estabelecidas para transporte sanitário seguro de recém-nascidos (BRASIL, 2010c). Constatou-se que o SAMU possui inúmeras fragilidades, tanto no número insuficiente de ambulâncias de suporte avançado, de profissionais médicos, de equipamentos e medicamentos, quanto na não priorização do transporte pré e inter-hospitalar para gestantes e recém-nascidos. Atualmente, nos municípios-caso estudados, o transporte inter-hospitalar está na dependência dos serviços privados. Essas características demonstram que as intervenções para a busca de um transporte sanitário seguro, para gestantes e recém-nascidos, ultrapassam o SAMU Cegonha, com a mera entrega de ambulâncias e equipamentos estabelecidos pelas políticas implantadas.

Essas evidências, acerca do transporte sanitário realizado pelas secretarias municipais em questão, concordam com o estudo de Albuquerque e colaboradores (2012), de avaliação de conformidade do transporte de 75 recém-nascidos prematuros de baixo peso no Estado do Ceará, onde observou-se que 70% dos RN foram

transportados de forma inadequada, com nítido descumprimento das normas vigentes. As deficiências encontradas por Albuquerque e colaboradores (2012), que se assemelham a este estudo, estão relacionadas aos aspectos de adequação da equipe e da unidade de transporte, no caso municipal.

Este estudo evidenciou, ainda, que as ações de vigilância do óbito materno e infantil aconteciam de forma incipiente, em Cuiabá, com pouca adesão dos profissionais de saúde das UBS na notificação dos óbitos infantis, e com uma maior participação dos hospitais, quer na notificação, quer na investigação dos óbitos. Esses resultados diferem do encontrado por Frias e colaboradores (2008), em um aglomerado de municípios brasileiros, em 2000, onde a participação ativa dos agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família foram importantes fontes de notificação dos óbitos infantis.

Em Poconé, as ações de vigilância do óbito tinham como ponto central a busca ativa dos óbitos; e, as investigações hospitalares, assistenciais e domiciliares eram realizadas em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. A maioria das equipes de atenção primária, em ambos os municípios-caso, não realizavam a análise dos relatórios gerados, e não faziam o monitoramento e a avaliação dos indicadores da área adstrita. Essas equipes desconheciam os indicadores de mortalidade materno infantil da área de abrangência, além das informações sobre o estado de saúde das comunidades assistidas, em especial os profissionais das UBST de Cuiabá e UBSF visitadas de Poconé.

A vigilância do óbito materno infantil, para a maioria dos profissionais de saúde, em especial das UBST de Cuiabá e todas as UBSF de Poconé visitadas, era vista como coleta de dados, e não como momento oportuno para avaliar as ações e serviços oferecidos na área adstrita e para planejar estratégias para a vigilância em saúde em nível local. Dado este diferente do estudo de Santos e Melo (2008). Este estudo observou que, embora a descentralização das ações de vigilância para as equipes de saúde da família tenha melhorado alguns indicadores de saúde, os profissionais ainda consideravam a vigilância do óbito materno infantil como uma prática secundária no processo de trabalho. Para Santos e Melo (2008), a descentralização das ações de vigilância epidemiológica ainda não ocorreu efetivamente para as equipes de saúde da família, caracterizando-se como uma desconcentração de atividade.

Para realizar as ações de vigilância dos óbitos, o nível central das Secretarias Municipais de Saúde encontrava algumas dificuldades como, por exemplo, profissionais

de nível superior em número insuficiente e não habilitados para a investigação, pré-análise e produção de informações para os estabelecimentos de saúde e para o controle social.

Para Frias e colaboradores (2008), a qualidade das informações e uma operacionalização adequada do sistema de informação de mortalidade (SIM) implantado estão na dependência de se investir nas capacitações e reduzir a alta rotatividade dos profissionais de saúde.

A busca ativa não era realizada nos 100% dos casos de óbitos, principalmente por questões logísticas e dificuldades de recursos humanos. Frias e colaboradores (2008) recomendam que municípios com precariedade de dados, invistam na busca ativa dos óbitos em fontes alternativas, como agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família.

Essas investigações dos óbitos infantis aconteciam de forma parcial, em especial em Cuiabá, ou continham informações incompletas e/ou ignoradas por inconsistências dos documentos dos serviços hospitalares e das UBS, semelhantes aos encontrados por Frias e colaboradores (2005b) e Vanderley e colaboradores (2002). Esses achados podem levar a classificações incorretas dos óbitos fetais e neonatais e dificultou a análise no presente estudo de algumas informações de variáveis como “ocupação” e “renda”, que também são importantes na caracterização da mortalidade infantil neonatal.

Esses achados diferem do encontrado por Bezerra e colaboradores (2009). Esse estudo revelou que as ações de vigilância epidemiológica estavam parcialmente implantadas no município, sendo que no nível central, as atividades de vigilância epidemiológica foram consideradas implantadas; e, no nível distrital, incluindo as equipes de saúde da família, estas estavam parcialmente implantadas. Para esses pesquisadores, as equipes de saúde da família precisam reconhecer o monitoramento dos indicadores e a informação produzida como ações importantes para redirecionar as suas práticas.

Assim sendo, os dados demonstraram que a vigilância do óbito materno infantil era uma ação ainda inconsistente para o objetivo proposto, havendo necessidade, em ambos os municípios-caso, de reestruturar o nível central, estabelecer competências e

atribuições para os diferentes níveis de atenção, qualificar os profissionais de saúde, e monitorar e avaliar as atividades de gestão e aquelas desenvolvidas pela vigilância epidemiológica, em especial, as inerentes ao nascimento e óbito infantil.

Dessa forma, os resultados encontrados reafirmam a hipótese deste estudo, ou seja, há obstáculos importantes das características político-organizacionais, inerentes a gestão da saúde e às práticas assistenciais, que contribuem para uma redução lenta do coeficiente da mortalidade infantil neonatal.

## 6 RECOMENDAÇÕES E LIMITES DO ESTUDO

Os resultados deste estudo reforçam a ideia de que não existe solução mágica (KNIPPENBER et al., 2005) e única para acelerar a redução da mortalidade infantil neonatal. Há obstáculos em toda a rede de assistência perinatal. As ações estratégicas estão implantadas de forma incipiente, e a qualidade das intervenções é questionável, variando entre e dentro dos diversos serviços de saúde investigados. Para acelerar a redução da mortalidade infantil neonatal, os achados sugerem a implementação de diferentes e importantes intervenções que se encontram interligadas. Desse modo, o presente estudo recomenda:

### **a) Combater a pobreza, mobilizar a sociedade e reafirmar o compromisso político.**

As desigualdades não são naturais, isso significa que elas podem ser transformadas pela ação humana. Para tal, deve-se priorizar o combate à pobreza e as intervenções das políticas públicas devem estar focadas em produzir mudanças na posição socioeconômica e de saúde dessas famílias. As mães não podem mudar se não modificam os recursos sociais disponíveis.

Transformar a realidade das mães e dos recém-nascidos de um local é também ampliar e mudar a qualidade dos serviços de saúde disponíveis. Assim, faz-se necessário combater a pobreza por meio de ampliação das ações intersetoriais de promoção da saúde, atuando sobre os determinantes sociais, em articulação com as políticas de saúde, de educação, saneamento básico, moradia, assistência social, emprego, entre outras.

Além disso, é preciso mobilizar a sociedade e as mães para dar-lhes empoderamento no conhecimento de seus direitos, de cuidados em saúde, para exigirem que estes sejam assegurados e prestados com qualidade, responsabilizando os políticos, os gestores e os serviços de saúde pela sobrevivência dos recém-nascidos.

Faz-se necessário, ainda, manter o compromisso político com a participação estratégica do gestor e de sua equipe de condução para que possa executar as macros funções gestoras do SUS sob sua responsabilidade. Isso significa manter a temática na agenda de prioridades, formular e implementar as políticas de saúde para a redução da mortalidade infantil, garantir recursos, coordenar e organizar a rede de assistência de modo a reorganizar o modelo de atenção, bem como garantir as referências e a qualidade dos serviços prestados. Para tal, é preciso implementar o projeto de governo e



fortalecer a capacidade de governo com claro compromisso com a gestão democrática e participativa para aumentar a governabilidade.

Rever as prioridades estabelecidas no projeto de governo mediante a análise de situação de saúde para identificar barreiras, negociar, articular, programar as intervenções e avaliá-las. O “pensamento estratégico” deve se fazer presente para se conhecer o jogo e alcançar os objetivos e as metas propostas. Assim, a boa articulação entre o projeto de governo, a capacidade da equipe dirigente e sua governabilidade devem sempre ser objeto de reflexão na implementação de intervenções dessa natureza. A transparência mais que a opacidade devem ser elemento fundamental para o êxito na implementação do plano.

#### **b) Implementar a rede de assistência perinatal**

##### **- Ampliar e qualificar a atenção primária à saúde.**

Os resultados encontrados nos dois municípios-caso mostraram que há fragilidades no cuidado contínuo desde o pré-natal, parto até o puerpério, incluindo os cuidados neonatais. Assim, é fundamental estabelecer protocolos preventivos e clínicos de assistência à mulher, gestantes e recém-nascidos, garantir o acolhimento humanizado e avaliar e qualificar a educação em saúde e as visitas domiciliares. Os dois casos estudados evidenciaram a necessidade das equipes estarem capacitadas para identificar gestantes, puérperas e recém-nascidos de risco para acompanhamento diferenciado, tratando desiguais de forma desigual. A qualidade técnico-científica do pré-natal, do puerpério e do cuidado imediato ao recém-nascido está ruim. O cuidado clínico prestado pelos profissionais de saúde da atenção primária ainda é muito desigual. É preciso reconhecer essas lacunas.

Além disso, em Cuiabá, faz-se necessário ampliar a cobertura das equipes de saúde da família para que as ações básicas possam alcançar um maior número de mulheres, mães e recém-nascidos, e mudar o modelo de atenção à saúde.

Em ambos os municípios-caso faz-se necessário ampliar e qualificar as equipes, para além da necessidade de profissionais médicos e da promoção de capacitações, mas estabelecer indicadores de estrutura, de processo e de resultados que permitam o

acompanhamento e avaliação das ações realizadas e, conseqüentemente, a proposição de soluções conjuntas.

**- Implementar a vigilância do óbito e nascimento de recém-nascidos, produzindo e divulgando as informações.**

Os resultados deste estudo demonstraram que a maioria dos gestores, profissionais de saúde e mães desconhecem as informações, as causas reais dos óbitos, e as medidas necessárias para acelerar a redução da mortalidade neonatal.

Há necessidade de melhoria na qualidade dos dados e das investigações, avaliando-as para produzir informações e subsidiar o planejamento e a programação das intervenções na atenção primária, na média e alta complexidade, com a participação e envolvimento de todos. É preciso garantir equipes tutoras, regional e local, que possam acompanhar as investigações de modo a implementar a qualidade dos dados e subsidiar a construção das informações e da atenção à saúde. O resultado da vigilância deve ser publicizado entre os profissionais de saúde através de reuniões temáticas e boletins informativos. Auditoria clínica, das mortes maternas e neonatais, nas unidades de saúde pode colaborar.

**- Implementar o complexo regulador municipal, aumentando o acesso a exames e à atenção especializada**

Rever o sistema de informação do complexo regulador de modo a garantir dados e informações em tempo real quanto às vagas, disponibilidade de exames e especialidades, dentre outros. Ampliar leitos obstétricos e de UTI adulto e neonatal. Revisar e ampliar os contratos de acordo com as necessidades de saúde. Garantir e ampliar o número de vagas para a realização dos exames laboratoriais, de imagem e das consultas de urgência e emergências obstétricas no pré-natal e pré-parto, evitando a peregrinação de gestantes em busca de exames, em especial de ultrassom, e atendimento.

Revisar as pactuações de referências especializadas e/ou construir, reformar, ampliar ambulatórios de referência especializada para a mulher, as gestantes e os recém-nascidos de risco na região de saúde. Implementar o Núcleo de Apoio à Saúde da

Família para assistir os usuários de risco e tutoria das equipes de saúde da família no acompanhamento, discussão e avaliação dos casos.

Otimizar as referências e contrarreferências, garantindo a vinculação da mulher, da gestante e do recém-nascido a uma rede integrada de cuidados humanizados. Estabelecer mapas virtuais locorregionais de vagas pactuadas e reguladas de forma a aproximar a atenção primária com as maternidades. Garantir auditorias clínicas das mortes maternas e neonatais, em todos os níveis de assistência (UBS, Policlínicas, Pronto Atendimento Médico, Unidades de Pronto Atendimento, e Hospitais/Maternidades públicas e privadas), propiciando responsabilização e mudanças na organização do sistema local de saúde e nas práticas assistenciais. Garantir o acolhimento humanizado.

**- Garantir um sistema de apoio logístico ágil e de gestão logística integrada à rede de atenção à saúde**

È preciso constituir uma rede de apoio logístico em tempo real, em todos os níveis de atenção à saúde, integrando o administrativo com o clínico e a regulação. Desse modo, garantindo aquisição, reposição e manutenção, em tempo oportuno de equipamentos, material de consumo e insumos. È necessário revisar, adquirir e distribuir, em tempo oportuno, os medicamentos para assistência à saúde da mulher e do recém-nascido. Rediscutir, pactuar e qualificar o transporte local e regional com previsão de investimentos tripartite a curto, médio e longo prazo para se constituir em transporte sanitário público de qualidade. È preciso acompanhar e avaliar a qualidade do transporte avançado de recém-nascidos.

**- Fortalecer e Melhorar a qualidade das maternidades**

As três esferas de governo devem ser copartícipe no incentivo para construção, reformas, ampliação de forma a garantir ambiência nas maternidades conveniadas ao SUS para atender a resolução da ANVISA (BRASIL, 2008b). Garantir acolhimento e classificação de risco. Garantir o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto em todas as maternidades, públicas e privadas. Construir maternidade pública de referência para a locorregião como coparticipante da meta de

ampliar leitos obstétricos nessa região de saúde. Pactuar com as maternidades conveniadas ao SUS a contrarreferência como forma de propiciar vínculo com a atenção primária. Apoiar e buscar qualificar todos os hospitais para se tornarem “Amigos da Criança”, com avaliações periódicas, como uma das estratégias para diminuir o número de cesáreas e acelerar a redução dos óbitos neonatais. Auditar as maternidades, públicas e privadas. Garantir a presença de pediatras em 100% dos partos. Pactuar e apoiar o uso do partograma.

**- Garantir uma Política de Gestão de Pessoas no SUS que valorize os profissionais de saúde, promovendo a qualidade da atenção**

Realizar concursos públicos, implantar Plano de Cargo, Carreira e Salário, e Avaliação de Desempenho para progressão funcional. Estabelecer política de educação permanente para todos os profissionais dos diferentes níveis de atenção. Essa política deve trazer um programa para o enfrentamento dos principais problemas de saúde e necessidades do serviço. Todas as ações que envolverem o processo de trabalho devem ter caráter educativo. Assim, educação permanente, também, é: supervisão qualificada, equipes tutoras, acompanhamento dos indicadores de saúde de áreas e microáreas, rodas de conversa e reuniões temáticas, serões de ginecologia e pediatria, dentre outros.

Ademais, se faz necessário priorizar as capacitações em assistência à saúde da mulher, pré-natal de baixo e alto risco, AIDIPI neonatal, Curso de Boas Práticas de Atenção ao parto e Nascimento, Curso de Reanimação Neonatal e Cuidados Imediatos do Recém-Nascido. Todos os cursos devem incluir atividades práticas e supervisão pedagógica, e tutorial para acompanhamento, durante e após o curso. Garantir mestrado em Saúde da Família para todos os médicos e enfermeiros da atenção primária. Garantir residência médica para profissionais do SUS concursados na localidade, nas áreas de pediatria, ginecologia e obstetrícia e anestesia. Garantir residência de enfermagem obstétrica para profissionais do SUS concursados da localidade. Realizar o Curso Introdutório de Saúde da Família para todos os profissionais das equipes. Formar Agentes Comunitários de Saúde. Realizar avaliação sistemática das capacitações e formações oferecidas.

**- Monitorar e avaliar as ações estratégicas.**

Implementar o planejamento ascendente, com ênfase no diagnóstico de saúde da área adstrita, aliado ao processo de avaliação dos serviços. Institucionalizar o monitoramento e a avaliação como ferramentas capazes de redesenhar a intervenção e propiciar as mudanças organizacionais das SMS e as práticas de saúde. Há uma execução baixa das ações planejadas. Não há acompanhamento e avaliação sistemática das ações realizadas. É preciso reconhecer essas lacunas.

Por fim, as limitações deste estudo relacionaram-se às dificuldades no relato de alguns informantes, dado o intervalo de tempo ocorrido entre a intervenção implementada e este estudo de avaliação. Este também não permitiu que um número maior de mães, dos recém-nascidos que foram ao óbito em 2010, fossem localizadas. Entretanto, tal fato não invalidou o resultado encontrado, por se confirmar certa repetição nos achados em ambos os municípios-caso.

A partir dos resultados e das reflexões deste estudo, foi possível formular as recomendações apresentadas, que poderão ser úteis aos formuladores de políticas e gestores dos municípios-caso estudados no redesenho da intervenção, estabelecendo estratégias para superar os obstáculos identificados, propiciar engajamento político com a proposta, mobilizar equipes gestoras de condução, estabelecer medidas administrativas e técnicas integradas, e ampliar a capacidade de coordenação institucional e de pactuação na localidade.

Cabe destacar, ainda, que a determinação social da morte infantil neonatal é concreta, bem como é preciso resgatar o compromisso com o SUS e com a reforma sanitária brasileira para que os óbitos infantis neonatais evitáveis sejam reduzidos. Isso só será possível quando muito mais cidadãos brasileiros conhecerem os seus direitos, acreditarem e lutarem por um sistema público de saúde mais igualitário, universal, equânime e de qualidade.

## 7 REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. M. A.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, N. M. G. S.; SILVA, C. F. Avaliação da conformidade do transporte neonatal para hospital de referência do Ceará. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 12, n. 1, p. 55-64, 2012.
- ALMEIDA, C. M. O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA: 20 anos de parcerias na saúde e na educação, 6, 2005, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Rede Unida, 2005 p. 25-32.
- ALKIN, M. C.; TAUT, S. M. Unbundling evaluation use. **Stud. Educ. Eval.**, v. 29, p. 1-12; 2003.
- AMORIM, N.D.M. **Avaliação da implementação das ações de controle da gestação de alto risco: cuidados à gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceitos.** Brasília, 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on infant mortality in brazilian municipalities. **Am. J. Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.
- BANG, A.; REDDY, M. H.; DESHRAULCH, M. D. Child mortality in 39 Maharashtra. **Econ. Pol. Week.**, v. 37, p. 4947-65, 2002.
- BARRETO, M. O. **O parto na maternidade vinculada: Um direito ainda não alcançado na região Nordeste.** Brasília, 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2013.
- BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P.; ESTANISLAU, H. J. Perinatal mortality in southern Brazil: a population-based study of 7392 births. **Bull World Health Organ**, v. 65, p. 95-104, 1987.
- BEZERRA, L.C. A.; FRIAS, P.G.; MACEDO, V.C.; VANDERLEI, L.C. Aleitamento materno: avaliação da implantação do programa em unidades básicas de saúde do Recife, Pernambuco (2002). **Ciênc. & Saúde Colet.**, v. 12, n. 5, p. 1.309- 1.317, 2007.
- BEZERRA, L. C. A.; FREESE, E.; FRIAS, P. G.; SAMICO, I.; ALMEIDA, C. K. A. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 827-39, 2009.
- BEZERRA, L.C.A.; ALVES, C.K.A.; REIS, Y.A.C.; SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; CARVALHO, A.L.B.; SILVA, G. S. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. **Ciênc. & Saúde Colet.**, vol.17, nº 4 , p. 883-900, 2012.
- BHUTTA, Z. A.; DARMSTADT, G. L.; HAWS, R. A.; HASAN, B. S. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. **Pediatrics**, v. 115, Suppl. 2, p. 519-617 feb. 2005.

BOARETTO, M. C. **Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

BOTTI, C.S. **Avaliação do processo de implantação do consórcio intermunicipal de saúde da região do Teles Pires no Estado de Mato Grosso**. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. **Portaria nº 569, de 1 de julho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>. Acesso em: 05 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Parâmetros para programação das ações básicas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 37 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a, 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e infantil (versão preliminar)**. Brasília/DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento do Pacto Pela Vida e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais Saúde Direito de Todos: 2008-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº- 36/2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, DF, nº 105, 04 jun. 2008 b Seção I, p.50-53.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1047, de 27 de maio de 2008**. Homologa os Termos de Compromisso de Gestão Municipal dos municípios de Mato Grosso que aderiram ao Pacto Pela Saúde. Brasília, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto para Redução da Mortalidade Infantil**. 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/mortalidade%20infantil>>. Acesso em: 02 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Manual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal – Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 77 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2669**, de 03 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Compromisso para Acelerar a Redução das Desigualdades na Região Nordeste e Amazônia Legal**. Plano de Ações. Brasília, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. **Sistema de Informação em Saúde: Banco de dados SIM e SINASC, 2010 a**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 02 set. 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico (2010)**. 2010b. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br> Acesso em: 30 out. 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de orientações sobre o transporte neonatal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.459/2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – a Rede Cegonha. 2011a Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelgis/gm/2011/prt\\_1459\\_24\\_06\\_2011](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelgis/gm/2011/prt_1459_24_06_2011) Acesso em: 12 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde**. 2011b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/aceso-a-informacao> Acesso em 2 nov. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste: Relatório Final**. Brasília, nov., 2012a, 70 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**, 2013. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li\\_Atlas2013](http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013). Acesso em: 29 out. 2013.



BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificações Brasileiras de Ocupações (CBO)**. 2013b Disponível em: < <http://concla.ibge.gov.br/estrutura/ocupacao-estrutura>>. Acesso em: 14 nov. 2013.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. M. A. (ORG.). **Avaliação Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CALDEIRA, A. P.; FRANÇA, E.; PERPETUO, I. H. O.; GOULART, E. M. A. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Rev. Saúde Pública**, v. 39 n. 1, p. 67-74, 2005.

CALHAO, A. C. **A gestão de uma condição crônica de saúde no sistema de serviços de saúde de Cuiabá**. Cuiabá, 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, 2008.

CAMPOS, R. O. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: HUCITEC, 2003, 166p.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 862-70, 2008.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E. M. S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev. Serv. Público**, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014.

CECÍLIO, L. C. O. É preciso politizar o SUS [Debatedores]. **Ciênc. & Saúde Colet.**, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso: 12 abr. 2012.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.M.A.; DENIS, J. L. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. M. A.(ORG.) **Avaliação Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 41-60

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. M. A.(ORG.) **Avaliação Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 61-74.

CHARLTON, J. R. H. et al. Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical interventions in England and Wales. **Lancet**, v. 3, p. 691-6, 1983.

CHEN, H. T. **Theory-driven evaluations**. Newbury Park: Sage Publications, 1990.

CHEN, H. T. **Practical Program Evaluation: assessing and improving planning, implementation, and effectiveness**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2005.

COELHO, T. C. B. **O processo político de gestão em uma instituição hipercomplexa do Sistema Único de Saúde**. Salvador: 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2002.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993.

COLLINS, R. **Quatro Tradições Sociológicas**. Petrópolis: Vozes, 2009. 227p.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. **A conceptual framework for action on the social determinants of health: discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health (DRAFT)**. Geneva: WHO, 2007. 77 p.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2011, Rio de Janeiro. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. Documento de discussão. Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde (OMS), 2011. 56 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z. M. A. (Ed). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z. M. A. **Avaliação em Saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.

COSENDEY, M. A. E. **Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil**. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

COSTA, M. C. N.; MOTA, E. L. A.; PAIM, J. S. et. al. Mortalidade infantil em períodos recentes de crise econômica. **Rev. Saúde Pública**. v. 37, n. 6, p. 699-706, 2003.

COSTA, J. O.; XAVIER, C. C.; PROIETTI, F. A.; DELGADO, M. S. Avaliação dos recursos hospitalares para assistência perinatal em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, p. 701-8, 2004.

COTTA, T. C. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto. **Rev. Serv. Público. ENAP**, ano 49, n. 2, p. 103-24, abr./jun. 1998.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano. **Organização Geopolítica de Cuiabá**. Cuiabá, 2007. 130p.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Ações Estratégicas para Redução da Mortalidade Infantil**. Cuiabá: 2009. 8p.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Cuiabá: 2010a. 36p.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Trabalho Anual/ 2010**. Cuiabá: 2010b. 44p.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Trabalho Anual/ 2011**. Cuiabá: 2010c. 55p.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão/2010**. SARGSUS: 2010d.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Vigilância de Óbito e Nascimento. **Ficha de Investigação Hospitalar e Declaração de Óbito**. Cuiabá: 2010e

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Trabalho Anual/ 2012**. Cuiabá: 2011a . 51p.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão/2011**. SARGSUS: 2011b.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão/2012**. SARGSUS: 2012a.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. **Plano Estratégico Município de Cuiabá 2012-2019**. Cuiabá: 2012b. 39p.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. **Fórum de Mobilização Pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil/Programação**. Cuiabá: 2012c.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Vigilância de Nascimentos e Óbitos. **CI nº52/2013**. Informa as atividades desenvolvidas pela Gerência de Vigilância de Nascimentos e Óbitos. Cuiabá: 2013.

CUNHA, S. F. et al. Peregrinação no anteparto em São Luís. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 441-7, 2010.

DINIZ, S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese (Doutorado) - São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação de programas. IN: Hartz, ZMA (ed.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997, p.49-88.

D'OSTIE-RACINE, L.; DAGENAIS, C.; RIDDE, V. An evaluability assessment of a West Africa based Non-Governmental Organization's (NGO) progressive evaluation strategy. **Eval. Program Plan.**, v. 36, p. 71-9, 2013.

FAQUINELLO, P.; HIAGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 609-16, 2007.

FELISBERTO, E. **Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no Estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

FERRAZ, D. A.; NEMES, M. I. B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 5240-50, 2009.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendência e perspectivas. **Informe de Situação e Tendências: Demografia e Saúde**, 2008. Disponível em: [ww.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/.../ABEP2008\\_1956.pdf](http://ww.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/.../ABEP2008_1956.pdf) Acesso em: 22/05/10.

FRIAS, P. G.; LIRA, I. C.; HARTZ, Z. M. A. Avaliação da Implantação de um Projeto para Redução da Mortalidade Infantil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005a. cap. 5, p. 151-206.

FRIAS, P. G.; VIDAL, S. A.; PEREIRA, P. M. H.; LIRA, P. I. C.; VANDERLEY, L. C. Avaliação da notificação de óbitos infantis ao sistema de informações sobre mortalidade: um estudo de caso. **Rev. Bras. Materno Infantil**, v. 5, n. 1, p. 43-52, 2005b.

FRIAS, P. G.; PEREIRA, P. M. H.; ANDRADE, C. L. T.; SZWARCOWALD, C. L. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade de dados. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2257-66, 2008.

FRIAS, P. G.; MULLACHERY, P.H.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.** Brasília: Ministério da saúde, 2009. 416 p.

FERREIRA, V. S. C. ; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Intersetorialidade em Saúde: Um Estudo de Caso. IN: HARTZ, Z. M .A. ; VIEIRA-DA-SILVA, L. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.103-150.

GATTAS, G. M. B. **Avaliação da Implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no município de Poconé/MT.** Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde na área de Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

GIORDANI, J. A. La planificación como proceso social: un esquema de análisis. **Cuad. Sociol. Venez. Planif.**, v. 3, p. 147-177, 1979.

GIORDANI, J. A. **Planificación, ideología y estado: el caso de Venezuela.** Valencia-Venezuela: Vadel hermanos Editores, 1986. 357 p.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GONÇALVES, A. C **Mortalidade Neonatal Salvador-Bahia, 1980-2006: Análise Espaço-Temporal**, 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. 102p.

GUBA, E., LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. Newsbury Park: Sage, 1989

GUERRERO, A. V. P. **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 (Mestrado Profissional em Saúde Pública)- Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

HANDELL, I. S. **Avaliação da implementação da assistência pré-natal no município de Cuiabá: um estudo de caso**. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde na área de Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 131 p.

HARTZ, Z. M. A. et al. Avaliação do programa materno infantil: análise da implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap.4, p.89-125, 1997.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 341-54. 1999.

KNIPPENBERG, R.; LAWN, J. E.; DARMSTADT, G.L.; BEGKOYIAN, G.; FOGSTAD, H.; WLELIGN,N.; PAUL, V.K. Systematic scaling up of neonatal care in countries. **Lancet**, vol. 365, p. 1087-98, 2005.

KUSIAKO, T.; RONSMANS, C.; VAN DER, P. L. Perinatal mortality attributable to complications of childbirth in Matlab, Bangladesch. **Bull World Health Organ**, v. 78, p. 621-27, 2000.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; CÉSAR, C. C.; NETO, L. C. M.; LEAL, M. C. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 117-30, 2006.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; PERPÉRTUO, H. I.; ISHITANI, I. A mortalidade infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal. In: **20 anos do SUS**. Ministério da Saúde, 2009.

LAWN, J. E.; COUSENS, S.; ZUPAN, J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? **Lancet**, vol. 365, p.891-900, 2005.

LEAL, M.C. et al. **Inquérito Nacional sobre parto e nascimento: Nascer no Brasil**. Sumário Executivo. 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf> Acesso: outubro/2014.

LIMA, L. R. F.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Ampliação do acesso à atenção oftalmológica: um estudo sobre a avaliabilidade da campanha “De olho na visão”, Goiás, 2004. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 13, Supl. 2, p. 2059-64, 2008.

LOPES, M. H. **Avaliação da implementação das ações de prevenção da transmissão vertical de sífilis no pré-natal em Unidades de Saúde da Família de Cuiabá**. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde na área de Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

LOTUFO, M. **Gestão pública em saúde: análise da capacidade de governo da alta direção da SES/MT em 2001**. Salvador: 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2003.

LOURENÇO, E. C. **Mortalidade infantil neonatal em Cuiabá, MT - 2007: um estudo das causas evitáveis**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2010. 86f. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2011.

MACAGNAN, R. A. B. **Morbidade e Mortalidade em crianças menores de cinco anos, Mato Grosso, 1992 a 2002**. Cuiabá, 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, 2005.

MACASKILL, L.; DWYER, J. J. M.; UETRECHT, C.; DOMBROW, C.; CROMPTON, R.; WILCK, B.; STONE, J. An evaluability assessment to develop a restaurant health promotion program in Canada. **HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL** vol. 15, ed.1, p.57-59, 2000.

MACINKO, J. ; GUANAIS, F. C.; MARINHO, M. F. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J. Epidemiol. Comm. Health**, v. 60, n. 1, p. 13-7. 2006.

MACLFARLANE, A.; JOHNSON, A.; MUGFORD, M. Epidemiology. In: RENNIE, J.M.; ROBERTON, N.I.R.C., eds. **Textbook of neonatology**. 3<sup>rd</sup> edn, Cambridge: Churchill Livingstone, 2001, p.3-33.

MAGALHÃES, M. C. B. **Comissões de regulação, controle e avaliação dos leitos hospitalares em uma capital do nordeste: desafios da sua implementação**. Dissertação (Mestrado Profissional) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2010.

MARTINHO, R. M. L. **Programa de Humanização do Parto: análise da teoria e implantação em Salvador**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2011.

MARK, M. M.; HENRY, G. T. ; JULNES, G. Evaluation: an integrated framework for understanding, guiding and improving policies and programs. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2000.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa Saúde da Família (FSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 8, n. 2, p. 403-15, 2003.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde em números 4**. Cuiabá: SES, 1998.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Ações da SES**. Cuiabá: SES, 2000a.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite: 1995 a 1999**. Cuiabá: SES, 2000 b (Série Legislação da Saúde de Mato Grosso, número 4).

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Avaliação da Política de Saúde do Estado de Mato Grosso: 1995 a 1998**. 2ª edição. Cuiabá: SES, 2000c.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2000-2003**. Cuiabá: SES, 2000d.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **O SUS reconhecido**. 2ª edição. Cuiabá: SES, 2001a.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Resoluções: Leis, Decretos e Portarias – 2000**. Cuiabá: SES, 2001 b, p.215.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Políticas. Coordenadoria de Qualidade da Informação em Saúde. **Sistema de Informação em Saúde: Banco de dados SIM e SINASC**. Cuiabá, SESMT. 2010. Disponível em: [www.saude.mt.gov.br](http://www.saude.mt.gov.br) Acesso em: 02/09/10.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Informação em Saúde**: indicadores de saúde. Disponível em: <http://appweb.3.saude.mt.gov.br/informacao-saude/pesquisa-indicador> Acesso em: 10 dez. 2013.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. Informação em Saúde: indicadores de saúde. Disponível em: <http://appweb.3.saude.mt.gov.br/informacao-saude/pesquisa-indicador>. Acesso em: 10 set. 2014.

MATUS, C. **O plano como aposta**. São Paulo em Perspectivas, v. 5, nº 4, p. 28-42, out-dez/ 1991.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993, 2 v. 591p. (Série IPEA 143).

MATUS, C. **Los 3 cinturones del gobierno**. Caracas: Fondo Editorial Altadir, 1997. 262p.

MATUS, C. **O líder sem Estado – Maior**. São Paulo: FUNDAP, 2000, 206p.

MAUCHLE, V. P. V. **O Programa de Internação Domiciliar no Estado da Bahia: um estudo sobre sua avaliabilidade**. Salvador: 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2010.

MAZZAFERA, L. M. C. **O Curso de habilitação profissional do técnico em saúde bucal no âmbito do SUS/BA: um estudo sobre sua avaliabilidade.** Salvador: 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas de Saúde) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2010.

MEDEIROS, P. F.P.; BEZERRA, L.C.A.; SANTOS, N.T.V.; MELO, E.O. Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.10, supl.1, p. 209 a 217, 2010.

MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z. M. A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M.A., VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2005. p.41- 63.

MEIRELLES, S. M. P. Fundamentos e estruturação da pesquisa em saúde pública no Polonoroeste em Mato Grosso. **Revista da UFMT**, v. 4, n 3, p. 9-18, 1984.

MELLO, S. N. **Avaliabilidade do Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde na Esfera Federal do Brasil.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2008.

MENEZES, D. C. S. et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. de Saúde Pública**, v. 22, n. 33, p. 553-59, 2006.

MERHY, E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.) **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade.** São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 117-49.

MERHY, E. E. Efeitos diante do convite de construir um espaço comum entre formuladores sobre gestão e planejamento em saúde no Brasil [Debatedores]. **Ciênc.& Saúde Colet.**, v. 15, n. 5, p. 2275-84, 2010.

MORAIS, C. A. M. **Fatores de Risco para Mortalidade Infantil no município de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis.** Cuiabá, 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, 2009.

MOREIRA, L. M. C.; ALVES, C. R. L.; BELISÁRIO, S. A.; BUENO, M. C. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 22, Supl. 7, p. 48-55, 2012.

MÜLLER NETO, J. S.; SOARES, N. R. F.; SCHRADER, F. T. **Políticas de Saúde em Mato Grosso: participação social, descentralização e regionalização.** Cuiabá: EDUFMT, 2012. 233p.



NAGAHAMA, E. E. I. ; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em municípios da região sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1859-68, 2008.

NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 25, n. 2, p. 279-290, 2009.

NATAL, S.; SAMICO, I.; OLIVEIRA, L. G. D.; ASSIS, A. M. J. Estudo de Avaliabilidade da Rede de Formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Cad. Saúde Coletiva**, vol. 18, nº 4, p. 560-71, 2010.

OLIVEIRA, C. S. **Avaliação do perfil epidemiológico dos nascimentos de baixo peso do município de Cuiabá no período de 2000 a 2008 utilizando as variáveis da declaração de nascidos vivos**. Brasília, 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, 2011.

OLIVEIRA, H. M. **Análise do processo de formulação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de Cuiabá, Mato Grosso. Salvador, 2013**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2013.

PAIM, J. S. O movimento pelo planejamento de saúde na América Latina. In: PAIM, J. S. **Saúde, crises e reformas**. Salvador: UFBA. Centro Editorial e Didático, 1986, p. 65-86.

PAIM, J. S. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002 a, p. 407-433.

PAIM, J. S. Saúde da Família: Espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas ? In: PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002 b, p. 361-364.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO (Org.) **Epidemiologia e Saúde**. 6ª edição Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. Planejamento e gestão: para além da comunicação. [Debatedores]. **Ciênc. & Saúde Colet.**, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso: 12 abr. 2012.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8. 2011.

PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008.

PATTON, M. Q. Utilization-focused evaluation. The new century text. Thousands Oaks- London- New Delhi: SAGE Publications, 1997.

PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. Construindo modelo lógico para serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12, 2013, Belém. **Anais...** Disponível em: <<http://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/381>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

PINTO, R.M.F. **Avaliabilidade do Programa Nacional da Qualidade Sanitária de Alimentos**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2009.

POCONÉ. Prefeitura Municipal de Poconé. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Ações Estratégicas para Redução da Mortalidade Infantil Neonatal**. Poconé: 2009. 1p.

POCONÉ. Prefeitura Municipal de Poconé. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Poconé: 2010a. 88p.

POCONÉ. Prefeitura Municipal de Poconé. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão/2010**. SARGSUS: 2010b.

POCONÉ. Prefeitura Municipal de Poconé. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Vigilância de Óbito e Nascimento. **Ficha de Investigação Hospitalar, Ambulatorial e Domiciliar e Declaração de Óbito**. Poconé: 2010c

POCONÉ. Prefeitura Municipal de Poconé. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão/2011**. SARGSUS: 2011.

POCONÉ. Prefeitura Municipal de Poconé. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**, 2014.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. D. G. O Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, v. 5, n. 20, p. 1281-9, maio 2004.

RIVERA, F. J. U. **Planejamento e programação em saúde – um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989, 222p.

RIVERA, F. J. U., ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, F. J. **Análise estratégica e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p. 17-35.

ROCHA, B. N. G. A.; UCHOA, S. A. C. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. **Physis: Rev. Saúde Colet.**, v. 23, n. 1, p. 109-27, 2013.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H E. **Evaluation: a systematic approach**. 5th ed. Newbury Park: Sage, 1993, p. 488.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H E. **Evaluation: a systematic approach**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1999.

RUTSTEIN, D. D.; BERENBERG, W.; CHALMERS, T. C. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **New England J. Med.**, v. 294, p. 582-88, 1976.

SAMICO, I.; HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; CARVALHO, E. F. Atenção à saúde da criança : uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 25, n. 2, p. 1-12, 2005.

SANTOS, S.S.B.S. ; MELO, C.M.M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1923-32, 2008.

SANTOS, E.M. ; REIS, A. C ; WESTMAN, S. ; ALVES, R. G. Avaliação do Grau de implantação do programa de controle de transmissão vertical do HIV em maternidades do Projeto Nascer. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol. 19, n. 3, p. 257-269, 2010.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-42, 1999.

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

SILVA, M. V. S. **Avaliação do complexo regulador da microrregional de saúde do Ceará**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2008.

SMITH, M. F. **Evaluability assessment: a practical approach**. Clemson: Kluwer Academic, 1989.

SOARES, C. L.; PAIM, J. S. Aspectos críticos para implementação da política de saúde bucal no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 966-74, 2011.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health: social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice)**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf)> Acesso em: 15 dez. 2011.

SOUSA, M.G.G. **Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco**. Brasília, 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

SPINELLI, H.; TESTA, M. Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo : desarrollo de la planificación en América Latina. **Salud Colect.**, v. 1, n. 3, p. 323-35, 2005.

TAHAN-SANTOS, E. Estratégia Saúde da Família: satisfação do usuário. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.

TEIXEIRA, C. F. (Org.) **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: Cesp-ISC, 2002.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes médicas; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992. p. 117-28.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação**: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco: 1995. p. 15-103.

TESTA, M. **Saber em salud. La construcción del conocimiento**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. 238p.

TESTA, M. **Pensar em salud**. 3ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004, 240p.

THURSTON, W. E.; POTVIN, L. Evaluability assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programmes. **Evaluation**, v. 9, n. 4, p. 453-69, 2003.

THURSTON, W. E. ; RAMALIU, A. Avaliação da avaliabilidade de um programa para sobreviventes de tortura: lições aprendidas. **Can. J. Program Eval.**, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005.

TRAGTENBER, M. **Burocracia e Ideologia**. São Paulo: Ática, 1977, 226p.

TREVISAN, M. S. Evaluability assessment from 1986 to 2006. **Am. J. Eval.**, v. 28, n. 3, p. 290-303. 2007.

TYRRELL, M. A. R. Programas nacionais de saúde materno infantil: impacto social e inserção da enfermagem. **Ana Nery Rev. Enferm.**, v. 8, n. 1, p. 119-134, jul, 1997.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Situação Mundial da Infância 2008**. Nova Iorque: UNICEF. Divisão de Comunicação, 2007. 164 p.

VANDERLEY, L. C.; ARRUDA, B. K. G.; FRIAS, P. G.; ARRUDA, S. Avaliação da qualidade de preenchimento das declarações de óbito em unidade terciária de atenção à saúde materno-infantil. **Inf. Epidemiol. SUS**, v. 11, p. 7-14, 2002.

VASCONCELOS, C. M. Política e gestão no SUS: uma interação conflitiva. In: CASTRO, J. L.; FORMIGA, J. M. M.; VILAR, R. L. A. (Org.). **Política e gestão em saúde**: reflexões e estudos. Natal: Observatório RH, NESC/UFRN, 2006. p.49-68.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. A mortalidade infantil por causas perinatais no Brasil: tendências, padrões regionais e possíveis intervenções. **São Paulo Med. J.** , v. 119, n. 1, p. 33-42, 2001.

VICTORA, B.; BARROS, F. C. A questão da sobrevivência infantil no mundo e sua relevância para as Américas. *Cad. Escola Saúde Pública Ceará*. v. 1, n. 1, jul./dez. 2005. Disponível em: < <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/2/1>>. Acesso em: 13 jul. 2013.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. C. et. al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, v. 11, p. 60138-4, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>. Acesso em: 15 abril 2012

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M .A. ; VIEIRA-DA-SILVA, L. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à pratica na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. ; HARTZ, Z. M. A.; CHAVES, S. C. L.; SILVA, G. A. P. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M .A. ; VIEIRA-DA-SILVA, L. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à pratica na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 207- 53.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M.; CHAVES, S. C. L.; SILVA, G. A. P. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M .A. ; VIEIRA-DA-SILVA, L. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à pratica na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro : Fiocruz, 2005. p. 207-53.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal**. Salvador, 2006. 166 f. Tese (Doutorado em Saúde Publica)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2006.

WEBER, M. Conceitos sociológicos fundamentais. In: WEBER, M. **Economia e sociedade**. 3. ed. Brasília: EdUnB, 1994. p. 3-35.

WEBER, M. Burocracia. In: WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar. p 229-82, 1982.

WEBER, M. **A política como vocação**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2003. 110p.

WEISS, C. H. Evaluating and social action programs: a treeful of owls. In: WEISS, C. H. (Ed.). **Evaluating Action Programs: readings in social action and education**. Boston: Allyn Bacon Inc., 1972a

WEISS, C. H. Utilization of evaluation toward comparative study. In: WEISS, C. H. (Ed.). **Evaluating Action Programs: readings in social action and education**. Boston: Allyn Bacon Inc., 1972b

WEISS, C. H. Evaluation Research: methods for assessing program effectiveness, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1972c.

WEISS, C. H. **Evaluation: methods for studing programs and policies**. 2<sup>a</sup> ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1998.

WOHLEY, J.S. Evaluability assessment. In: RUTMAN, L. (Ed.) **Evaluation research methods: A base guide**. Beverly Hills CA: Sage, 1977, p.41-56.

WHOLEY, J. S. **Assessing the feasibility and likely usefulness of evaluation**. San Francisco: Jossey-Bass, 1994.

WHOLEY, J. S. **Evaluability assessment**. (2<sup>nd</sup> ed.) San Francisco: Jossey-Bass, 2004.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2005**: Make every mother and child count. Geneva: Word Health Organization, 2005.

WILLIAMS, B.; COYLE, J.; HEALY, D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. **Soc. Sci Med.**, v. 47, n. 1351-9, 1998.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3<sup>a</sup> Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

## APÊNDICES

## Apêndice A

Estudos de Avaliabilidade selecionados entre o período de janeiro de 2011 até fevereiro de 2013.

Autor	Objetivos	Método/Técnicas de coleta	Principais achados
Macaskill, L.; Dwyer, J.J.M.; Uetrecht, C; et al, 2000	Desenvolver um programa de promoção em saúde em restaurante provincial padrão para que o departamento de saúde pública pudesse adotar em todo o Ontário, Canadá.	Estudo Qualitativo. Revisão da literatura; Comitê de direção provincial recomendou os requisitos mínimos; Grupos focais e entrevistas. Grupos de discussão e especialistas avaliaram a plausibilidade do modelo lógico e o grupo de trabalho procedeu à revisão do modelo lógico com base nos resultados dessas consultas.	O modelo lógico final descreveu o programa e mostrou as atividades em longo prazo , os resultados desejados intermediários e de curto prazo e atividades do programas que precisavam ser implementadas em nível provincial e local para alcançar os resultados desejados.
Sousa, M. G.G., 2006	Realizar um EA para as iniciativas do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco.	Estudo qualitativo. Análise documental. Entrevistas com informantes-chave.	Descrição da intervenção - Modelo Lógico do Programa, das perguntas avaliativas, do Modelo Teórico da Avaliação e do consenso sobre esses itens entre os interessados na avaliação. EA - identificação da necessidade, do desenho e dos limites da avaliação.
Silva, R. C., 2007	Identificar prioridades na avaliação sistemática do “Programa SESI de Prevenção de Quedas na Indústria da Construção Civil na Bahia”,	Estudo quali-quantitativo. Entrevistas com informantes-chave e análise documental. Elaborou-se um modelo lógico para o programa, de onde derivaram dimensões, subdimensões e critérios para avaliação, posteriormente submetidos a especialistas através da técnica de Delfos.	Programa suficientemente estruturado, que permite avaliações sistemáticas. Identificou-se uma diversidade de compreensão dos seus objetivos. Gerou recomendações, principalmente de problemas relacionados ao correto levantamento de informações, registro do banco de dados e uso do sistema de informação já estruturado pelo SESI.
Lima, L. R. F. e Vieira da Silva, L. M., 2008	Identificar as áreas prioritárias para avaliação sistemática da Campanha “De Olho na Visão”	Entrevistas com informantes-chave e de análise documental. Elaborou-se um modelo lógico do qual foram derivados	A campanha encontrava-se estruturada o suficiente de modo a permitir a realização de avaliações sistemáticas. Verificou-se diversidade na compreensão



		dimensões e critérios para avaliação. Submeteram-se esses critérios a um comitê de especialistas através da técnica de Delphos.	acerca dos objetivos e da população-alvo, entre diferentes profissionais. Problemas relacionados com acessibilidade e efetividade indicavam essas dimensões como áreas prioritárias para avaliação. O estudo também funcionou como uma pré-avaliação, gerando recomendações relacionadas com a logística.
MELO, S. N., 2008	Estudar a avaliabilidade da prática de monitoramento das ações de vigilância em saúde, da esfera federal, no âmbito da Programação Pactuada Integrada – PPI VS, delimitando seus objetivos, elaborando o modelo lógico e identificando áreas problemáticas para avaliação.	Análise documental e realização de entrevistas com informantes-chave selecionados: dois apoiadores que realizam a prática de monitoramento, dois gestores e seis dirigentes da SVS.	A construção do modelo lógico permitiu a reconstrução e explicitação dos objetivos, atividades, produtos e resultados da prática de monitoramento das ações de vigilância em saúde, contribuindo para o planejamento e o desenho de futuros estudos que possam avaliar e monitorar as ações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Recomendações de ordem operacional e técnico institucional foram apresentadas.
Pinto, R. M. F., 2009.	Aferir a avaliabilidade do Programa Nacional de Monitoramento da Qualidade Sanitária de Alimentos (PNMQSA), coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) com a delimitação dos objetivos, o desenvolvimento do modelo lógico e identificação de áreas-problema para futura avaliação.	Matriz de análise com o propósito de possibilitar a melhor condução do trabalho de campo e da análise dos dados. Foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado, compatibilizadas com a análise documental.	O PNMQSA se encontra implementado no Estado. O monitoramento encontra-se desenvolvido neste Estado, embora tenham sido apontadas dificuldades. O resultado da pesquisa revela os aspectos principais do PNMQSA que requerem avaliação: os objetivos, a divulgação das informações à população sobre os produtos monitorados e a efetividade das medidas adotadas pelos órgãos de vigilância sanitária nos níveis, federal, estadual e municipal em relação às irregularidades encontradas.
Guerrero, A. L. P., 2010	Analisar a avaliabilidade do componente do programa “Qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido” do Pacto Pela Redução da MI na Amazônia Legal e Nordeste.	Revisão dos documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde 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. Concluiu-se como um programa avaliável e bem estruturado cientificamente em suas ações e nos possíveis impactos que se propõe.

Natal, S., Samico, I., Oliveira, L. G. D., Assis, A. M. J., 2010	Descrever a intervenção, o desenvolvimento do modelo lógico do programa e do modelo teórico da avaliação, bem como identificar as perguntas para o estudo realizado posteriormente.	Abordagem qualitativa baseada no proposto por Thurston e Ramaliu (2005). Análise documental, entrevistas e discussão com o gestor e os técnicos da Coordenação Geral para o Desenvolvimento da Epidemiologia (CGDEP) da SVS do MS. Foi realizada análise de conteúdo por meio das categorias definidas pelas dimensões estabelecidas no modelo lógico da intervenção	Estabeleceu o modelo lógico do programa identificando os componentes: político, organizacional, implantação e efeito. Foi possível identificar que novos desafios são apresentados à vigilância diante das novas atividades e responsabilidades dos serviços, decorrentes da descentralização, criação da SVS e do surgimento de novas epidemias. O EA foi apresentado em oficinas de trabalho para a pactuação das perguntas avaliativas e dos modelos, lógico e teórico.
Medeiros, P. F. P.; Bezerra, L. C. A.; Santos, N. T. V.; Melo, E. O., 2010	Aferir a avaliabilidade do programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife	Foram analisados documentos oficiais e entrevistas com informantes-chave para conhecer o programa na prática dos atores envolvidos.	Descrição do programa e sistematização do modelo lógico que foi submetido a um comitê de especialistas para apreciação da coerência interna e obtenção de consenso dos interessados na avaliação do programa. A partir do modelo lógico foi construída uma matriz de medidas com critérios/indicadores.
Mazaferra, L. M. C., 2010	Identificar pontos para sua melhoria e avaliação futura do Curso de Habilitação Profissional de Técnico em Saúde Bucal no âmbito do SUS/BA:	Elaboração do modelo lógico realizado por meio de documentos oficiais, entrevistas com o coordenador, instrutores e alunos do Curso de Habilitação Profissional de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e observação in loco.	Apenas os futuros TSB expressaram os objetivos terminais do Curso, houve ampla convergência a acerca das atividades desenvolvidas durante o Curso, identificação das áreas críticas. O estudo demonstrou que o Curso de TSB está suficientemente implementado para uma avaliação sistemática com foco na magnitude da inserção profissional dos TSB no SUS/BA
Magalhães, M.C.B., 2010	Analisar a avaliabilidade do projeto de implantação das Comissões de Regulação, Controle e Avaliação de leitos hospitalares, em Salvador, de junho de 2007 a fevereiro de 2010.	Análise documental, entrevistas com informantes-chave, observação das práticas dessas comissões e a elaboração do modelo lógico.	A intervenção aumentou a saída dos pacientes dos corredores do HGE e qualificou as transferências, a não governabilidade da CER sobre os leitos dificulta o êxito do projeto, recomenda a instalação dessas comissões em hospitais fora da rede, aponta avaliações futuras, como: número de leitos e atual utilização, para

			grau de utilização de leitos existentes e a relação entre público e privado na oferta dos leitos.
Mauchle, V.P.V., 2010	Analisar a avaliabilidade do Programa de Internação Domiciliar do Estado da Bahia indicando pontos para melhoria e áreas prioritárias de avaliação.	Análise documental, entrevistas com informante-chaves, observação do programa na prática. Foi elaborado o modelo lógico do qual derivaram os critérios e dimensões.	Houve relativa concordância entre gestores e profissionais quanto aos objetivos e atividades do programa. Melhoria da intervenção: acesso e integração com outros serviços. Gerou recomendações quanto à logística do programa, está suficientemente implantado estabelecendo futuras avaliações.
Bezerra, L. C. A.; Alves, C.K. A.; Reis, Y.A.C.; Samico, I. et al, 2012	Pré-avaliação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS).	Foram realizadas reuniões de consenso com os profissionais da SGE/MS e os da área acadêmica e análise documental.	Modelo lógico e matriz de análise e julgamento com critérios, indicadores e padrões, as fontes de verificação, pontos de corte e julgamento. Descrição da intervenção possibilitou discussão sobre conceito, princípios, diretrizes e ações. A Política ParticipaSUS é uma intervenção passível de avaliação, pois foi possível explicitar sua plausibilidade. O estudo de avaliabilidade ou pré-avaliação mostrou-se apropriado com maior entendimento dos envolvidos, melhor definição dos objetivos e metas e indicando áreas prioritárias para futuras avaliações
Pereira, N. C.; Luiza, V.L.; Cruz, M. M., 2013.	Investir na construção do modelo lógico dos Serviços Farmacêuticos com a finalidade de subsidiar os gestores para melhor compreensão da intervenção e na tomada de decisões gerenciais oportunas para melhoria do SEFAR na ESF.	Pesquisa documental e entrevista com atores-chave da AF Municipal para identificação dos objetivos e metas da Assistência Farmacêutica na APS. A partir da coleta e análise dos dados foi iniciado o processo de construção do modelo lógico da intervenção.	O modelo está dividido em 2 macrocomponentes: gestão técnica do medicamentos e gestão clínica do paciente. Conclui-se que o modelo construído fornece uma representação visual dos Serviços Farmacêuticos no âmbito da ESF e um modo de compreender as ligações entre os vários componentes da intervenção. Espera-se que esse modelo seja útil como ferramenta de gestão e possibilite a compreensão da lógica do programa, suas possíveis lacunas bem como seus resultados esperados.

Rocha, B.N.G.A. e Uchoa, S. A. C., 2013.	Discutir se o conjunto de intervenções da norma constitui um programa avaliável e propor um modelo de avaliação para atenção humanizada ao abortamento.	Análise documental e entrevista com informantes-chave. Para validação dos indicadores, foi aplicada a técnica do grupo nominal.	A atenção humanizada ao abortamento é um programa avaliável com elaboração de um modelo de avaliação no momento oportuno. Houve concordância quanto à clareza e pertinência das metas, necessidades de recursos e ações, questões éticas para orientar mudanças. O estudo aumentou o conhecimento dos atores envolvidos com participação decisiva da direção clínica. Para avaliações subsequentes, o estudo recomendou o foco em estrutura e processos dos cinco componentes do programa com priorização dos aspectos subjetivos da humanização, infraestrutura, além da prevalência do aborto no serviço público de saúde.
D'ostie-Racine, L.; Dagenais, C.; Ridde, V., 2013.	Esclarecer com os parceiros de avaliação da ONG a intenção de sua estratégia de avaliação e construir o modelo lógico do programa.	Estudo de caso qualitativo. Utilizou-se dos elementos apontados por Wholey (2004). Entrevistas e análise por triangulação de dados.	Construção do modelo lógico, havia plausibilidade, acessibilidade a dados relevantes, e a utilidade do EA com a concordância dos participantes para uma avaliação futura em profundidade.

- Estudos sobre avaliação e análise de implantação selecionados no período de janeiro 2011 a fevereiro 2013.

Autor	Objetivos	Método	Principais Achados
Hartz et al., 1997	Compreender os elementos que favorecem ou inibem a eficiência do Programa Materno Infantil em reduzir a mortalidade infantil no Nordeste do Brasil.	Estudo de casos múltiplos com unidades de análise imbricadas. Abordagem qualitativa e quantitativa. O instrumento foi construído utilizando a técnica Delphos para construção dos critérios e pontuação pelos especialistas. Coleta dos dados: observações de campo, análise de documento e de entrevistas com os principais atores.	A implantação do PMI, em seu conjunto, revelou-se como insatisfatório para os dois Silos (53%).
Cosendey, M. A. E., 2000	Realizar a análise da implantação do Programa Farmácia Básica em cinco estados brasileiros: Acre, Amazonas, Goiás, Pernambuco e Rio de Janeiro.	Estudo de caso múltiplo com níveis de análise imbricados. Coleta de dados: análise documental, entrevista estruturada e semiestruturada, e observação direta. O grau de implantação do PFB utilizou-se de indicadores, qualitativos e quantitativos, internacionais (WHO, 1993; RPM, 1995; MSH/WHO, 1997) e próprios que foram selecionados e adaptados para o estudo. A medida do grau de implantação e efeitos do programa foram ponderados por um grupo de especialistas com revisão dos pesos e pontes de corte. Os modelos foram testados para determinar pontos de corte e escore adequado.	Esta avaliação mostrou que a implantação do Programa se deu de forma insatisfatória nos estados estudados, o mesmo ocorrendo com os seus efeitos.
Felisberto, E., 2001	Analisar a implantação da estratégia AIDPI no estado de Pernambuco, no período de março de 1998 a dezembro de 1999, no âmbito das unidades do Programa Saúde da Família.	Estudo do tipo avaliativo que incorpora a avaliação normativa em seus componentes de estrutura e de processo e promove uma pesquisa avaliativa privilegiando a análise do grau de implantação da intervenção. Foram selecionadas 33 unidades do Programa Saúde da Família (PSF), de 10 municípios do estado, nos quais a Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE) realizava o monitoramento desde agosto de 1998 e que até dezembro de 1999 deveriam ter recebido três visitas de seguimento. Para definir o Grau de Implantação da estratégia, utilizaram-se dois métodos distintos: um sistema de escores, desenvolvido pelo autor, e os indicadores de processo normatizados pela própria estratégia. Para a análise da relação entre o grau de implantação da estratégia e o contexto organizacional, utilizou-se o recurso da entrevista.	Nível aceitável (maior que 8,0) em relação à estrutura necessária, com exceção de um município onde se observou nível insatisfatório (6,5). Em relação à avaliação do processo, observou-se, quando se fez as médias dos escores obtidos nas três visitas de seguimento, que quatro municípios atingiram escores médios que os classificaram no nível insatisfatório (7,8; 7,9; 7,3 e 6,2).
Frias et al., 2005	Caracterizar a influência do grau de implantação das ações do Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) sobre os	Estudos de casos múltiplos, com níveis de análise imbricados utilizando-se métodos qualitativos e quantitativos privilegiando a avaliação normativa e aspectos ligados à cobertura dos subprogramas. Fonte de dados primários e secundários por meio de documentos	O grau de implantação do PRMI se deu a partir dos componentes do PAISC 84,6% implantado em Brejo da Madre de Deus e 60%, parcialmente implantado em Bom Conselho.

	seus efeitos em dois municípios pernambucanos com semelhantes condições de vida em 1999.	oficiais, observação sistemática, observação ligada à entrevista e entrevista semiestruturada.	
Ferreira e Vieira da Silva, 2005	Analisar o grau de implantação das ações intersetoriais, em município selecionado do Projeto de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI).	Estudo de caso, com múltiplos níveis de análise sobre as ações intersetoriais. Coleta de dados: documentos, entrevistas e diário de campo.	Ações intersetoriais em estágio incipiente (47%).
Sousa, M. G. G., 2006	Avaliar e caracterizar o grau de implantação das ações de prevenção e da transmissão vertical do HIV e de redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita no Estado de Pernambuco.	Estudo de casos múltiplos imbricados. Coleta de dados: Observações de pré-parto (10%), entrevistas com puérperas (20%), e prontuários das mulheres observados e/ou entrevistadas. Questionários (institucional, farmácia, laboratório) e entrevista com profissionais de saúde (155). Os padrões utilizados para os escores dos indicadores de insumos e das atividades da matriz de julgamento se basearam no estudo de Cosendey et al. (2003), adaptando-os, porém, a partir da utilização de decis.	Observou-se que, quanto à disponibilidade de insumos tanto para a sífilis quanto para o HIV o Programa encontra-se implementado em Pernambuco.
Bezerra et al., 2007	Analisar o grau de implantação da ação de Incentivo ao Aleitamento Materno nos ambulatórios públicos do Recife (PE),	Avaliação normativa realizada em 84 equipes de saúde da família (ESF) e nos 42 Centros de Saúde (CS) em janeiro de 2002. Foi utilizado um instrumento contendo questões estruturadas referentes a normas e rotinas para a promoção do aleitamento. Quando todas as questões foram respondidas afirmativamente, considerou-se a ação de Incentivo ao Aleitamento Materno " <i>implantada</i> "; quando houve concordância de 50% a 90% com as respostas preconizadas, " <i>parcialmente implantada</i> " e " <i>não implantada</i> " quando houve mais de 50% de respostas negativas.	Quando comparadas aos CS, as ESF apresentaram melhor desempenho, encontrando a ação 'implantada' em 7,1% das ESF, porém em nenhum CS; e 'não implantada' em 1,2% ESF e 47,6% dos CS. O grau de implantação é insatisfatório, demonstrando a dificuldade de se conseguir romper com as práticas clínico-individualistas e introjetar propostas universais e integrais de promoção à saúde.
Canesqui, A. M.; Maria Angélica do Santos Spinelli, M. A. S., 2008	Analisar alguns aspectos do processo de implementação do Programa Saúde da Família (PSF), em municípios do Estado de Mato Grosso.	Estudaram-se sete municípios do Estado de Mato Grosso usando-se fontes de dados secundários e primários, qualitativos e quantitativos, oriundos de entrevistas com diferentes agentes.	Encontrados diferentes graus de implantação, de modelos de PSF e abrangência de cobertura populacional. Destacou-se: implantação tardia do programa; forte estímulo da gestão estadual o que favoreceu a expansão do PSF; predominou o modelo não substituto

			da atenção básica; persistência do problema de cobertura nos municípios com mais de cem mil habitantes, dentre outros.
Nagahama, E. E. I., 2009	Desenvolver um instrumento para avaliar a implantação da assistência em contracepção em serviços de saúde de Maringá, Paraná, Brasil.	Elaborou-se o modelo teórico-lógico do programa de planejamento familiar. Por meio da técnica Delphos e conferência de consenso, seis especialistas validaram a imagem-objetivo do programa, que contemplou três dimensões e 60 critérios de avaliação.. A classificação do grau de implantação do programa de planejamento familiar foi calculada pela metodologia proposta por Vieira-da-Silva et al (2005).	A grande maioria das unidades básicas de saúde (91,3%) recebeu a classificação "intermediária" na implantação do programa de planejamento familiar, 8,7% foram categorizadas "incipientes" e nenhuma obteve escore para ser considerada "avançada".
Ferraz, D. A. S.; Nemes, M. I. B., 2009	Avaliar a implantação das atividades de prevenção das DST/AIDS numa unidade de saúde da família da Região Metropolitana de São Paulo.	Estudo de caso realizado num município da região metropolitana de São Paulo, entre julho e outubro de 2006. Coleta de dados: observações diretas e entrevistas semiestruturadas com profissionais do serviço.. Para captação e análise das atividades específicas de prevenção das DST/AIDS, foram estabelecidos dois conjuntos tecnológicos: (1) atividades integradas a outras previamente realizadas no serviço e (2) atividades específicas de prevenção das DST/AIDS realizadas.	Limitado potencial de concretização do princípio da integralidade. Incorporam-se atividades de prevenção das DST/ AIDS sem importantes sentidos tecnológicos, como o diálogo e a atenção à singularidade dos usuários.
Botti, C.S., 2010	Avaliar o processo de implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da microrregião do Teles Pires no Estado de Mato Grosso.	Estudo de caso único. Foi elaborado um Modelo Teórico de Avaliação e as categorias de análise e julgamento corresponderam às seguintes dimensões: contexto externo, contexto político organizacional e contexto assistencial. Coleta de dados: análise documental, dados secundários dos Sistemas Oficiais de Informação e entrevistas semiestruturadas.. O contexto político organizacional foi analisado segundo as categorias — triângulo de governo de Matus, incorporadas nos roteiros semiestruturados aplicados aos atores-chave com poder decisório. Para a análise das entrevistas utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo. A matriz de análise e julgamento empregada neste estudo foi elaborada a partir de uma adaptação que teve como referência a metodologia proposta por Vieira-da- Silva <i>et al.</i> (1999).	Na avaliação do CISRTP o contexto político institucional foi considerado como avançado (73%) com destaque para a capacidade de governo (73,3%), governabilidade (77,1%) e projeto de governo (68,5%). No contexto assistencial foi considerado intermediário (54%).
Lopes, M. H., 2010	Avaliar o grau de implementação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis no pré-	Estudo transversal de dois casos múltiplos de Equipes Saúde da Família. Qualitativo e quantitativo. Dados primários e secundários. Entrevistas com profissionais de saúde e gestantes e realizou-se observação direta. Consenso onde utilizou o método	O grau de implementação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis no pré-natal, em Cuiabá, encontrava-se incipiente por alcançar a 47,5% da

	natal, em unidades de saúde da família de Cuiabá.	Delfhos com instrumentos respondidos por especialistas convidados e usuários potenciais. Fez-se também uma adaptação da técnica de grupo nominal. Para estabelecer os intervalos dos escores dos indicadores (insumos e atividades) da matriz de julgamento, baseou-se no estudo de Santos et al. (2006), adaptado para este estudo.	pontuação definida para a classificação.
Gattas, G. M. B., 2010	Avaliar o grau de implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no município de Poconé, Mato Grosso.	Estudo de caso. Pesquisa quantitativa e qualitativa, dados primários e secundários, sendo entrevistados representantes do Conselho Municipal de Saúde, profissionais das equipes de saúde da família e gestores.	O programa encontra-se parcialmente implantado, com 62,4% dos critérios estabelecidos.
Handell, I. S., 2010	Verificar se as ações utilizadas na atenção pré-natal estão em conformidade com as normas preconizadas pelo PHPN/MS, além de descrever, analisar e estimar o grau de implementação da atenção pré-natal oferecida às gestantes no município de Cuiabá.	Estudo de caso em duas Unidades de Saúde da Família, selecionadas por técnica de consenso mediante critérios definidos previamente. A coleta de dados se deu por meio de triangulação de métodos através de: observação direta, questionário com direção da atenção básica do município, com os responsáveis e profissionais das unidades de saúde selecionadas, análise dos prontuários, verificação do posto de coleta laboratorial, verificação da farmácia e a análise documental. Parâmetros de classificação adaptados de Cosendey et al. (2003).	Grau de implementação da assistência pré-natal, caso I e caso II, foram respectivamente de 68,8% e 67,15%, ou seja, parcialmente implementados.
Amorim, N. D. M. /2010	Avaliar o grau de implementação das ações de controle da assistência ao parto da gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e dos cuidados ao recém-nascido exposto em Cuiabá – MT	Estudo de caso único. Realizou-se a análise de prontuários de gestantes com DHEG; aplicação de questionários com o gestor e profissionais de saúde; observação direta na assistência ao pré-parto, parto e pós-parto; roteiro de verificação do laboratório e da farmácia e análise documental. Parâmetros de classificação adaptados de Cosendey et al. (2003).	Implementação satisfatória (78.7 %) para os insumos. Para as atividades, a implementação foi parcial (61.3%).



**Apêndice B**

Distribuição da Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal (trienal) em municípios selecionados de Mato Grosso, 2004 a 2010.

Municípios selecionados	Triênios terminados em:						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alta Floresta	13,7	12,8	13,1	16,3	16,5	14,3	12,6
Barra do Garças	17,4	23,8	20,2	18,4	16,7	17,9	19,6
Cáceres	14,3	13,9	14,0	12,4	12,4	11,4	11,7
Cuiabá	11,5	11,3	10,3	10,2	10,2	10,5	9,8
Juara	12,3	8,3	9,5	9,3	12,2	13,3	16,0
Juína	11,8	15,2	16,1	19,9	14,6	11,8	9,0
Poconé	11,9	13,8	17,2	16,5	15,2	11,1	8,7
Pontes e Lacerda	10,5	10,0	9,5	10,5	12,8	10,6	8,8
Rondonópolis	12,8	10,7	9,8	8,1	7,3	7,6	8,3
Sinop	11,4	10,4	9,0	10,7	9,0	8,9	6,7
Tangará da Serra	14,3	14,5	13,3	11,8	11,2	11,0	9,9
Várzea Grande	13,8	11,7	9,8	8,5	8,1	9,0	10,5

Fonte: Elaboração própria com base em dados do SINASC e SIM (MS/SVS/DATASUS).

Demonstrativo da taxa de mortalidade infantil neonatal, segundo município selecionado e ano. Mato Grosso 2004-2010

Municípios selecionados	Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal Anual						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alta Floresta	8,99	16,38	14,05	19,17	16,82	7,43	12,96
Barra do Garças	19,65	26,50	14,34	13,84	22,11	17,83	19,09
Cáceres	15,67	12,99	13,28	10,76	13,28	10,33	11,49
Cuiabá	11,17	10,42	9,32	10,76	10,52	10,26	8,56
Juara	10,66	4,91	13,89	9,88	13,14	17,09	17,92
Juína	11,05	18,92	18,21	22,80	3,98	10,0	13,68
Poconé	15,15	16,98	19,43	12,82	13,38	6,26	5,64
Pontes e Lacerda	9,85	6,86	12,03	12,85	13,97	6,20	8,14
Rondonópolis	11,43	9,89	8,18	6,25	7,44	9,04	8,50
Sinop	8,95	11,26	6,59	14,37	6,35	5,94	7,82
Tangará da Serra	18,33	11,41	10,47	13,37	9,88	9,83	10,07
Várzea Grande	11,93	10,60	6,99	7,89	9,58	9,41	12,45

Fonte: Elaboração própria com base em dados do SINASC e SIM (MS/SVS/DATASUS).

### Apêndice C

Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal, anual (A) e trienal (T) e linha de tendência (regressão linear), município de Cuiabá– MT, 2004 a 2010.



Fonte: Elaboração própria com base em dados do SINASC e SIM (MS/SVS/DATASUS).

Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal, anual (A) e trienal (T) e linha de tendência (regressão linear), município de Poconé – MT, 2004 a 2010.



Fonte: Elaboração própria com base em dados do SINASC e SIM (MS/SVS/DATASUS).

### Apêndice D

Demonstrativo da rede assistencial, por município priorizado para realização do Plano de Ações Estratégicas, com vistas à Redução da Mortalidade Infantil Neonatal, Mato Grosso/2009.

Municípios	Número de Unidades Básicas	Número de Unidades de Média e Alta Complexidade
Juína	6PS 11UBS	4HG 1 CAPS 1NASF
Tangará da Serra	9PS 11UBS	4HG 1Unid Mista 2Unidades Móveis 1CAPS
Cuiabá	2PS 91UBS	7 Policlínicas 4 HG 2 Unid. Móveis Terrestres 18 Unid. Móveis Pré-Hospitalares 1 Lacen; 1Hospital/dia 5 CAPS
Várzea Grande	14UBS	5 Policlínicas 6 HG 1 PS 1Unid. Móvel Terrestre 3 CAPS
Poconé	8UBS	1 HG 1 PS 1 CAPS 1 Centro de Apoio a SF
Juara	7PS 6UBS	3 HG 1 Unid. Móvel Terrestre 1 CAPS
Alta Floresta	10PS 14UB	5 HG
Sorriso	4PS 19UBS	2 HG 1 CAPS 1 Centro de Apoio a SF 1 Unid. Móvel terrestre 1 Unid. Móvel Pré-hospitalar
Sinop	1PS 19UBS 1Unidade de Atendimento Saúde do Índio	2 Policlínicas 4 HG 1 PS 1 CAPS
Cáceres	6PS 11UBS	1 Policlínica 3 HG 1 PS 1 CAPS
Pontes e Lacerda	3PS 9UBS	3 HG 2 Unidades Móveis Terrestres 1 Unidade Pré-Hospitalar 1 CAPS
Barra do Garças	2PS 20UBS 1Unidade de Apoio à Saúde do Índio	3 HG 2 CAPS
Rondonópolis	5PS 37UBS	2 Policlínicas 5 HG 1 Unidade Terrestre 1 Unidade Móvel Pré-Hospitalar 2 CAPS

Fonte: CNES/DataSUS/2010 - Unidade Básica Tradicional e Média e Alta.

Legenda: - Posto de Saúde (PS); Unidade Básica de Saúde (UBS); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Hospital Geral (HG); e Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

## **Apêndice E**

### **Estudo de Avaliabilidade**

#### **I- Roteiro de Entrevista**

##### **1.0- Informantes-chave: Gestores e Coordenadores**

##### **1.1-Identificação do Entrevistado:**

1.1.1-Nome:

1.1.2- Cargo ocupado:

1.1.3- Profissão:

##### **1.2-Identificando os objetivos da intervenção:**

1.2.1- De que forma a Secretaria Municipal de Saúde vem enfrentando a redução da mortalidade infantil neonatal?

1.2.2- O que saberia contar sobre o Plano Municipal de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal?

1.2.2- Com relação aos objetivos do Plano de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal: - Quais são eles? Como os objetivos, as metas e as ações estratégicas foram definidos? Estão sendo suficientes para o enfrentamento do problema?

##### **1.3-Discutindo o modelo causal e de intervenção:**

1.3.1- Em sua opinião, quais seriam as causas da mortalidade infantil neonatal no município?

1.3.2- Quais causas estariam ligadas diretamente ao sistema de saúde municipal?

1.3.3- Quais seriam as intervenções para o enfrentamento do problema sobre a responsabilidade do sistema de saúde municipal?

1.3.4-Quais ações estratégicas foram estabelecidas e realizadas?

##### **1.4- Discutindo a avaliação da intervenção:**

1.4.1- Em sua opinião, quais são as áreas críticas da intervenção proposta que mereceriam ser avaliadas?

## Apêndice F

### II- Roteiro de Entrevista: Caracterização do governo e da gestão da saúde.

#### 2.0- Informantes-chave: Gestores, Coordenadores e Presidente do Comitê Municipal de Mortalidade Infantil.

##### 2.1-Identificação do Entrevistado:

1.1-Nome:

1.2- Cargo ocupado:

1.3- Profissão:

##### 2.2 Roteiro da entrevista:

Como vem sendo conduzida a política de redução da mortalidade infantil neonatal precoce no município?

Como ocorreu o processo de implantação do Plano?

Quais estratégias adotadas pelos dirigentes influenciaram na implantação das ações estratégicas?

Houve recurso financeiro específico e suficiente para a implantação das ações estratégicas prioritizadas?

Quais setores apoiaram ou opuseram as propostas?

Como se deu o planejamento das ações estratégicas propostas pelo Plano?

Como os objetivos, as metas e as ações estratégicas foram operacionalizadas?

Quais atores participaram do planejamento das ações?

Como o Plano foi acompanhado e avaliado?

Quais foram as facilidades e dificuldades para operacionalizar o Plano?

Quais estratégias adotadas pelos atores que estão na coordenação e gerenciamento das ações estratégicas favoreceram ou dificultaram a implantação do Plano?

Quais mudanças ocorreram na rede de atenção perinatal?

Em sua opinião, por que o coeficiente de mortalidade infantil neonatal não atingiu uma redução percentual mais significativa?

O que recomendaria para implementar a política de redução da mortalidade infantil neonatal?

Há algo que considera relevante sobre o Plano de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal que não foi perguntado e que julga importante registrar?

## Apêndice G

### Roteiro de Entrevista com as mães: Trajetória dos Óbitos

#### Parte I - Identificação do caso.

- 1.1- Nome da Mãe:
- 1.2- Nome da Criança:
- 1.3- Endereço:
- 1.4- Data do nascimento:
- 1.5- Sexo: ( ) masculino ( )feminino
- 1.6- Idade da criança:
- 1.7- Local do parto:
- 1.8- Data do óbito:
- 1.9- Local do óbito:
- 1.10- Causa do óbito:

#### Parte II - Entrevista com a mãe – Relatando o caso

- Relate como foi o seu pré-natal? Onde fez? Foi fácil conseguir uma vaga?
- Quantas consultas foram possíveis? Problemas que surgiram durante a gravidez?)
- Qual a sua opinião sobre o atendimento recebido durante o pré-natal?
- Você foi informada do local onde aconteceria o parto? Como?
- O parto ocorreu no local informado pelo serviço onde realizou o pré-natal?
- Onde ocorreu o parto?
- Qual a sua opinião sobre o atendimento recebido durante o parto?
- O hospital possibilitou que você tivesse um acompanhante?

#### A história do recém-nascido.

- Relate como tudo aconteceu com a criança?
- Qual a sua opinião sobre o atendimento recebido pela criança no hospital?
- Após chegar da maternidade/hospital, recebeu visita domiciliar dos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde? Que orientação recebeu desse profissional?
- O que recomendaria para que outras mortes de crianças não ocorressem?
- O que ainda gostaria de acrescentar?

## Apêndice H

**Roteiro de Entrevista com Gestores e Profissionais de saúde:** observação da implantação das ações estratégicas na rede de serviços percorrida pelo recém-nascido desde a gestação até o nascimento, Regulação, SAMU e Vigilância do Óbito.

### 1.0 – Unidade Básica de Saúde.

**- Identificação do Entrevistado: Nome:** \_\_\_\_\_

**Cargo/Profissão:** \_\_\_\_\_

#### 1.1- Informações Gerais

- Nome da Unidade de Saúde:

- Tipo de Unidade Básica: ( ) Unidade Básica de Saúde Tradicional  
( ) Unidade Básica de Saúde da Família

- Unidade Básica de Saúde da Família:

Data de implantação da equipe:      Área de atuação da equipe: ( ) Urbana ( ) Rural

### 1.2 – Implantação das ações estratégicas estabelecidas pelo Plano.

#### A – Qualificação das ações estratégicas: Pré-Natal.

1.A- Desenvolve estratégias de captação precoce das gestantes? ( ) Sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_

2.A- Usa o calendário mínimo de atendimento? ( ) Sim ( ) Não

Qual a média de atendimento por gestação? \_\_\_\_\_

3.A - Há garantia de consultas semanais no último mês de gestação (a partir da 37ª semana)?

( ) Sim      ( ) Não

4.A- Usa o cartão da gestante? ( ) Sim ( ) Não

5.A - Avalia o estado Nutricional da gestante? ( ) Sim ( ) Não

Com qual periodicidade? \_\_\_\_\_

No gráfico de acompanhamento do estado nutricional da gestante o que a equipe considera como anormal? \_\_\_\_\_

Que conduta a equipe toma para as gestantes de baixo ou acima do peso?

Baixo peso: \_\_\_\_\_

Sobrepeso: \_\_\_\_\_

6.A - Usa o gráfico de altura uterina para o registro e avaliação do crescimento fetal?

( ) Sim ( ) Não

Que conduta a equipe toma para as gestantes que apresentam crescimento fetal alterado?

7.A - Usa o cartão da gestante como referência e contrarreferência? ( ) Sim ( ) Não

8.A- Realiza ou encaminha para exames laboratoriais de rotina (HB, VDRL, Rh, EAS, Abo, HIV, Glicemia de Jejum, Parasitológico de Fezes e Colpocitológico)?

( ) Sim ( ) Não

Qual o tempo médio da entrega dos resultados? \_\_\_\_\_

É prescrito e oferecido algum suplemento vitamínico? \_\_\_\_\_

Qual a conduta adotada em caso de sífilis e HIV/Aids? \_\_\_\_\_

9.A- Faz busca ativa de faltosos? ( ) Sim ( ) Não

10.A- Faz Dupla Adulto (dT)? ( ) Sim ( ) Não

Qual o esquema adotado? \_\_\_\_\_

11.A- Faz exame colpocitológico na gestante? ( ) Sim ( ) Não

Em quais situações? \_\_\_\_\_

12.A- Referencia gestante de alto risco? ( ) Sim ( ) Não

Onde? \_\_\_\_\_

- 13.A- Referencia gestantes para o parto? ( ) Sim ( ) Não Onde?
- 14.A- Agenda consulta para o puerpério? ( ) Sim ( ) Não  
Quantos dias após o parto?\_\_\_\_\_
- 15.A- Desenvolve práticas educativas? ( ) Sim ( ) Não  
Quais?\_\_\_\_\_
- 16.A- Todas as gestantes cadastradas (SIS/Pré-Natal) são acompanhadas? ( ) Sim ( ) Não  
Quantas gestantes foram cadastradas até este mês?\_\_\_\_\_
- Quantas gestantes foram acompanhadas até este mês?\_\_\_\_\_
- 17.A- A equipe acompanha os indicadores de saúde materno produzidos por este serviço? ( ) Sim ( ) Não  
De que adoecem e morrem as gestantes desta área?\_\_\_\_\_
- Quais são as principais infecções maternas tratadas na Unidade?\_\_\_\_\_
- Que estratégias a equipe tem adotado para enfrentar a mortalidade materna na área?
- 
- 18.A- A equipe participa da vigilância do óbito materno na área?  
( ) Sim – Como?\_\_\_\_\_
- ( ) Não
- 19.A- A equipe foi capacitada para qualificar a assistência no pré-natal? ( ) Sim ( ) Não  
Quais as capacitações recebidas?\_\_\_\_\_
- Com que frequência?\_\_\_\_\_
- 20.A- A equipe possui estrutura (física, insumos, medicamentos e equipamentos) para garantir assistência no pré-natal? ( ) Sim ( ) Não  
Quais as principais dificuldades da equipe na assistência pré-natal?\_\_\_\_\_

### **B – Qualificação das ações estratégicas: Puerpério.**

- 1.B - Faz visita domiciliar à puérpera, na primeira semana após o parto? ( ) Sim ( ) Não  
Quais orientações são dadas?\_\_\_\_\_
- Qual profissional realiza a primeira visita domiciliar?\_\_\_\_\_
- 2.B- Há garantia de consultas no puerpério imediato? ( ) Sim ( ) Não  
Qual a periodicidade?\_\_\_\_\_
- 3.B- A equipe tem estabelecido critérios para identificar puérperas de risco?  
( ) Sim – Quais?\_\_\_\_\_
- ( ) Não
- 4.B- A equipe utiliza protocolo clínico para assistência as puérperas? ( ) Sim ( ) Não
- 5.B- Faz orientações para o planejamento familiar? ( ) Sim ( ) Não
- 6.B- Faz orientações para as doenças sexualmente transmissíveis? ( ) Sim ( ) Não
- 7.B- A equipe acompanha os indicadores de saúde materno produzidos por este serviço? ( ) Sim ( ) Não  
De que adoecem e morrem as puérperas desta área?\_\_\_\_\_
- Que estratégias a equipe tem adotado para enfrentar a mortalidade das puérperas na área?\_\_\_\_\_
- 8.B - A equipe participa da vigilância do óbito de puérpera na área?  
( ) Sim – Como?\_\_\_\_\_
- ( ) Não
- 9.B- A equipe foi capacitada para qualificar a assistência às puérperas? ( ) Sim ( ) Não  
Quais as capacitações recebidas?\_\_\_\_\_
- Com que frequência?\_\_\_\_\_
- 10.B- A equipe possui estrutura (física, insumos, medicamentos e equipamentos) para garantir assistência às puérperas? ( ) Sim ( ) Não



Quais as principais dificuldades da equipe na assistência às puérperas? \_\_\_\_\_

### C- Qualificação das ações estratégicas: Cuidados com o recém-nascido

1.C- Faz visita domiciliar ao recém-nascido, a partir da primeira semana? ( ) Sim ( ) Não  
Quais orientações dadas?(considerar resposta positiva quando todas essas orientações forem dadas)

Aleitamento materno: colostro e boa pega ( )

Vacina ( )

Cuidado com o coto umbilical ( )

Verificação se há desnutrição e anemia ( )

Manutenção da temperatura ( )

Prevenção de asfixia ( )

Qual profissional faz a primeira visita ao recém-nascido? \_\_\_\_\_

2.C- Utiliza o cartão da criança no acompanhamento do desenvolvimento das crianças menores de 1 ano? ( ) Sim ( ) Não

3.C- Faz acompanhamento ou referência todos os recém-nascidos abaixo do percentil 10?

( ) Sim ( ) Não

4.C- Faz acompanhamento ou referência todos os recém-nascidos abaixo do percentil 3?

( ) Sim ( ) Não

5.C- A equipe estabeleceu critérios para assistência de crianças menores de 2 meses com desnutrição?

( ) Sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_

6.C- A equipe estabeleceu critérios para assistência de crianças menores de 2 meses com anemia?

( ) Sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_

7.C - Faz orientações sobre o aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida da criança?

( ) Sim ( ) Não

8.C- A equipe estabeleceu critérios para a assistência de crianças menores de 2 meses com infecção respiratória? ( ) Sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_

9.C - A equipe estabeleceu critérios para a assistência de crianças menores de 2 meses com diarreia?

( ) Sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_

10.C- A equipe monitora a situação vacinal das crianças de uma semana a 2 meses de idade?

( ) Sim ( ) Não

Que estratégias são adotadas para busca dos faltosos? \_\_\_\_\_

Qual o percentual de crianças menores de 2 meses na área com as vacinas em dia? \_\_\_\_\_

11.C- A equipe acompanha os indicadores de saúde infantil produzidos por este serviço?

( ) Sim ( ) Não

De que adoecem e morrem as crianças menores de dois meses desta área? \_\_\_\_\_

Que estratégias a equipe tem adotado para enfrentar a mortalidade infantil neonatal na área? \_\_\_\_\_

12.C- A equipe participa da vigilância do óbito infantil na área?

( ) Sim – Como? \_\_\_\_\_

( ) Não

13.C- A equipe foi capacitada? ( ) Sim ( ) Não  
Quais as capacitações recebidas? \_\_\_\_\_  
Com que frequência? \_\_\_\_\_

14.C- A equipe possui estrutura (física, insumos, medicamentos e equipamentos) para garantir assistência ao recém-nascido? ( ) Sim ( ) Não

Quais as principais dificuldades da equipe para garantir a assistência ao recém-nascido? \_\_\_\_\_

Na sua opinião, por que o coeficiente de mortalidade infantil neonatal não atingiu uma redução percentual mais significativa no município? \_\_\_\_\_

O que recomendaria para implementar a política municipal de redução da mortalidade infantil neonatal? \_\_\_\_\_

## 2.0 – Ações estratégicas no âmbito hospitalar (Maternidade ou hospital de referência)

### D- Ações Estratégicas estabelecidas no Plano para Qualificação dos Hospitais/Maternidades.

- Identificação do Entrevistado: Nome: \_\_\_\_\_

Cargo/Profissão: \_\_\_\_\_

1.D- Houve ampliação de leitos de UTI Adulto e Neonatal) e UCI nos hospitais de referência para gravidez de alto risco?

( ) Sim – Quantos? (Nº de leitos anterior ao Plano: \_\_\_\_\_)

( ) Não – Por quê? \_\_\_\_\_

2.D- Há presença de acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato?

( ) Sim ( ) Não

3.D- Existe alojamento conjunto? ( ) Sim ( ) Não

4.D- A parturiente é regulada e admitida pela Unidade de referência? ( ) Sim ( ) Não

5.D- Na admissão da parturiente foi observado o diagnóstico para HIV positivo e tratamento profilático para reduzir transmissão vertical do HIV/AIDS? ( ) Sim ( ) Não

Existe estoque e realiza o Teste Rápido? \_\_\_\_\_

Faz VDRL? \_\_\_\_\_

6.D- O hospital adotou alguma ação estratégica para reduzir o número de partos cesáreos desnecessários? ( ) Sim – Quais? \_\_\_\_\_

( ) Não – Por quê? \_\_\_\_\_

7.D- O Hospital/maternidade possui banco de leite humano?

( ) Sim ( ) Não - Adota alguma estratégia para garantir leite materno ao recém-nascido (prematuros e de mães sem condições de amamentar)?

8.D- O hospital adotou algum protocolo ou estratégia para prevenir a hipotermia e hipoglicemia no recém-nascido? ( ) Sim ( ) Não

-Qual protocolo e/ou estratégias adotadas pelo hospital para prevenir a hipotermia e hipoglicemia no recém-nascido? \_\_\_\_\_

- Quais os cuidados imediatos oferecidos aos recém-nascidos? \_\_\_\_\_

9.D- O hospital possui protocolo para prevenir a asfixia no recém-nascido? ( ) Sim ( ) Não

- Quais as estratégias adotadas pelo hospital em caso de asfixia do recém-nascido? \_\_\_\_\_

10.D- Como o hospital promove a saúde integral da puérpera e do recém-nascido nos primeiros dias do nascimento? Considerar a resposta como positiva se promover no hospital as seguintes ações:

Avaliação da saúde mental da puérpera ( ) Realiza teste do pezinho ( )

Orientação para contracepção ( ) Orientação e apoio ao aleitamento materno ( )

Vacinas da puérpera e do recém-nascido ( ) Cuidados com a limpeza do cordão umbilical ( )  
Referência para consulta de puericultura e de puerpério na Unidade Básica de Saúde ( )

11.D- Há contrarreferência do hospital para Unidade Básica?( ) Sim - Como? \_\_\_\_\_  
( ) Não – Por quê? \_\_\_\_\_

12.D – Houve adequação nos espaços físicos do hospital para promover a atenção obstétrica e neonatal? ( ) Sim – Quais? \_\_\_\_\_  
( ) Não – Por quê? \_\_\_\_\_

13.D – Existem leitos suficientes para atender à demanda de parturientes? ( ) Sim Não ( )  
Qual o tempo de utilização do leito por parturiente? \_\_\_\_\_

14.D- Há garantia de transporte seguro para atender às urgências e emergências maternas e neonatais? ( ) Sim ( ) Não Como? \_\_\_\_\_

15.D- Há disponível os seguintes insumos:

Sulfato de magnésio ( ) Sim ( ) Não Surfactante Pulmonar ( ) Sim ( ) Não

Corticoide ( ) Sim ( ) Não Nifedipina ( ) Sim ( ) Não

16.D- A equipe foi capacitada? ( ) Sim ( ) Não

Quais as capacitações recebidas? \_\_\_\_\_

Com que frequência? \_\_\_\_\_

17.D- O hospital possui recursos humanos suficientes para prestar atendimento 24 horas?  
( ) Sim ( ) Não

Há presença de pediatra na sala de parto? \_\_\_\_\_

18.D- O hospital se organizou para ser considerado Amigo da Criança? ( ) Sim ( ) Não

Na sua opinião, por que o coeficiente de mortalidade infantil neonatal não atingiu uma redução percentual mais significativa? \_\_\_\_\_

O que recomendaria para implementar a política municipal de redução da mortalidade infantil neonatal? \_\_\_\_\_

### 3.0- E – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

- Identificação do Entrevistado: Nome: \_\_\_\_\_

Cargo/Profissão: \_\_\_\_\_

1.E – Quais são os serviços oferecidos, hoje, pelo SAMU?

2.E – Com relação ao atendimento a gestantes e recém-nascidos existe alguma estratégia? Qual o serviço oferecido?

3.E- Como se dá o atendimento para a capital e o interior do Estado?

4.E- Vocês receberam capacitação para o atendimento a gestantes e recém-nascidos?

5.E- Na sua opinião, quais as facilidades e dificuldades do SAMU para atender gestantes e recém-nascidos?

### 4.0 – F – Central de Regulação

- Identificação do Entrevistado: Nome: \_\_\_\_\_

Cargo/Profissão: \_\_\_\_\_

1.F – Como ocorre a regulação de gestantes e recém-nascidos no município de Cuiabá e do interior do Estado?

2.F – Qual a sua opinião em relação ao número de leitos obstétricos e de UTI adulto e neonatal?

3.F- Os hospitais conveniados ao SUS prestam quais serviços na área de obstetrícia e neonatologia?

4.F- Na sua opinião a Central de Regulação possui estrutura física, recursos humanos capacitados e referências pactuadas para atender à demanda de Cuiabá e interior na área materno infantil?

5.F- Existe um plano formal do complexo regulatório de priorização da atenção obstétrica e neonatal?

6.F- Na sua opinião quais seriam as facilidades e dificuldades para a regulação de gestantes e recém-nascidos na média e alta complexidade?

### 5. G – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

- Identificação do Entrevistado: Nome: \_\_\_\_\_

Cargo/Profissão: \_\_\_\_\_

1.G - Quais ações o NASF realiza para enfrentar a mortalidade infantil no município?

2.G- Quais profissionais compõe o NASF e estes estão capacitados?

3.G – Quais as facilidades e dificuldades para realizarem as ações estabelecidas para o NASF?

4.G- O que recomendaria para implementar a política municipal de redução da mortalidade infantil neonatal?

### 6.0- H - Vigilância do óbito infantil e neonatal no município.

- Identificação do Entrevistado: Nome: \_\_\_\_\_

Cargo/Profissão: \_\_\_\_\_

1.H- A equipe municipal faz busca ativa de óbitos materno e infantil?

( ) Sim - Qual a estratégia adotada? \_\_\_\_\_

( ) Não – Por quê? \_\_\_\_\_

2.H- A equipe faz investigação de óbito oportuna?

( ) Sim - Como? \_\_\_\_\_

( ) Não – Por quê? \_\_\_\_\_

3.H- A equipe aplica critérios de inclusão e exclusão de óbitos?

( ) Sim – Quais? \_\_\_\_\_

( ) Não – Por quê? \_\_\_\_\_

4.H- A equipe faz resumo, discussão e conclusão dos casos?

( ) Sim – Com que periodicidade? \_\_\_\_\_

( ) Não – Por quê? \_\_\_\_\_

5.H- A equipe da vigilância monitora e acompanha sistematicamente os indicadores de assistência obstétrica, neonatal e de saúde da criança (de processo e resultado da atenção)?

( ) Sim ( ) Não

6.H- Realiza recomendação para o gestor, apontando medidas de prevenção de nova ocorrência de óbitos evitáveis e medidas de intervenção para reorganização da assistência?

( ) Sim ( ) Não

7.H- Faz interlocução com o Comitê Municipal/Estadual? ( ) Sim ( ) Não

8.H- Há participação da equipe e do Comitê na construção e execução dos Planos de Redução da Mortalidade Infantil? ( ) Sim ( ) Não

9.H- A equipe foi capacitada? ( ) Sim ( ) Não

Quais as capacitações recebidas? \_\_\_\_\_

Com que frequência? \_\_\_\_\_

10.H- A equipe possui estrutura (física, equipamentos, veículo e internet) para garantir a vigilância do óbito? ( ) Sim ( ) Não

Quais as principais dificuldades da equipe? \_\_\_\_\_

Na sua opinião, por que o coeficiente de mortalidade infantil neonatal não atingiu uma redução \_\_\_\_\_ percentual \_\_\_\_\_ mais \_\_\_\_\_ significativo \_\_\_\_\_ no município? \_\_\_\_\_

O que recomendaria para implementar a política municipal de redução da mortalidade infantil neonatal? \_\_\_\_\_

## Apêndice I

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
 Instituto de Saúde Coletiva  
 Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela  
 Cep: 40.110-040- Salvador - BA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Gestores e Profissionais de Saúde)

Esta pesquisa fará parte da tese de Doutorado intitulada "Análise da implantação das Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal em Municípios do Estado de Mato Grosso" e tem como objetivo avaliar as ações estratégicas de redução da mortalidade infantil neonatal a partir do Plano de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal em Mato Grosso no período de 2009 a 2010.

Justifica-se este trabalho considerando-se a importância da avaliação de políticas e práticas de saúde, além de contribuir como um referencial teórico-prático para o processo de implementação e melhoria da intervenção.

Serão garantidos ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa..

Sua participação nesta pesquisa é muito importante e dar-se-á mediante entrevista, abordando vários aspectos relativos ao tema. As informações prestadas serão analisadas segundo categorias a serem definidas e apresentadas em conjunto com os dados das demais entrevistas sem identificação nominal de forma a não comprometer os participantes.

Os resultados da entrevista serão utilizados exclusivamente para publicações – Tese, artigos em revistas científicas – e apresentações em eventos e reuniões científicas.

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar da entrevista da pesquisa acima referida.

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Instituição de Ensino: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA**

**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ISC/UFBA**

Rua: Basílio da Gama s/nº- Bairro: Canelas – Salvador/Bahia

CEP -40110-040

**Autora da Pesquisa: Stella Maris Malpici Luna**

**Instituição de origem:** Escola de Saúde Pública de Mato Grosso da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES/MT)

Endereço institucional: Rua Adauto Botelho, nº 552 - Coxipó/Sul, Cuiabá/MT. Fone/fax: (65) 36132223.

## Apêndice J

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
 Instituto de Saúde Coletiva  
 Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela  
 Cep: 40.110-040- Salvador - BA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Mães ou Acompanhantes)

O/A Sr.(a) está sendo convidado (a) para participar da *pesquisa* intitulada "Análise da implantação das Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal em Municípios do Estado de Mato Grosso" *que* avaliará como as ações estratégicas para redução da mortalidade de crianças recém nascidas estão implantadas nos postos de saúde e hospitais/maternidades do município, a fim obter informações para melhorar a qualidade dos serviços ofertados pela Prefeitura e facilitar o acesso.

Assumo o compromisso de que toda a informação que o Sr.(a) irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Serão garantidos ao participante: direito a esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. As mães ou acompanhantes, que necessitarem de ajuda serão encaminhados ao Centro de Apoio Psicossocial/CAPS municipal em Poconé e para as Policlínicas em Cuiabá.

Sua participação nessa pesquisa consiste em conceder uma entrevista contando como tudo aconteceu com a criança. O seu relato é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, enfatizo que a sua participação é inteiramente voluntária. Caso, o Sr.(a) estiver de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar a análise do material. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar, podendo, inclusive, solicitar interrupção da gravação sem nenhum prejuízo da relação com o pesquisador.

Todo o material de pesquisa ficará sob a guarda do pesquisador e será mantido e arquivado no prazo recomendado pelo comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA. Você poderá entrar em contato com a pesquisadora principal pelas informações abaixo citadas.

Assim sendo, EU \_\_\_\_\_ declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação e aceito participar desta pesquisa.

Data:

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Instituição de Ensino: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA**

**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ISC/UFBA**

Rua: Basílio da Gama s/nº- Bairro: Canelas – Salvador/Bahia CEP -40110-040

**Autora da Pesquisa: Stella Maris Malpici Luna**

**Local de trabalho da pesquisadora:** Escola de Saúde Pública de Mato Grosso da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES/MT)

Endereço institucional: Rua Adauto Botelho, nº 552- Coxipó/Sul, Cuiabá/MT. Fone/fax: (65) 36132223.

## Apêndice L

### Termo de Anuência Institucional



#### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Na condição de Secretário Municipal de Saúde do Município, autorizo a pesquisa "Análise da Implantação do Plano de Ações Estratégicas para a redução da Mortalidade Infantil Neonatal em Municípios do Estado de Mato Grosso" **desenvolvida** pelo Programa de Pós- Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob orientação de Professora Sônia Cristina Lima Chaves. Declaro que fui esclarecida sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa sob a garantia da confidencialidade das informações e de esclarecimentos permanentes sobre a mesma. Caso seja indicado, permito a divulgação do nome do município desde apresentados os dados prévios do estudo ao município.

Cuiabá MT, 05 de Março de 2013.

  
Kamil Hussein Fares

Kamil Hussein Fares  
Secretário Municipal de Saúde  
de Cuiabá

Secretário Municipal de Saúde de Cuiabá

10 - 2 C-12

Secretaria de  
**SAÚDE**



Rua São Joaquim, 315 - Bairro Porto  
Fones: (65) 3617-7355 - 3617-7344  
Cep. 78.020-150 - Cuiabá - MT  
[www.cuiaba.mt.gov.br](http://www.cuiaba.mt.gov.br)

**Termo de Anuência Institucional**

Na condição de Secretário(a) Municipal de Saúde do município, autorizo a pesquisa " Análise da implantação do Plano de Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal em Municípios do Estado de Mato Grosso", *desenvolvida* pelo Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob orientação de Professora Sônia Cristina Lima Chaves. Declaro que fui esclarecido(a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa sob a garantia da confidencialidade das informações e de esclarecimentos permanentes sobre a mesma. Caso seja indicado, permito a divulgação do nome do município desde que apresentados os dados prévios do estudo ao município.

----- *P. Cassici* -----, *04* de *Março* ----- de 2013.

*[Assinatura]*  
Darlân Guimarães Ribeiro  
Secretário de Saúde  
CPF: 977.279.031 - 91

-----  
Secretário(a) Municipal de Saúde