

Textos para Discussão FEE N° 96

Secretaria do Planejamento, Gestão e Participação Cidadã
Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser

A formulação de uma política pública para redução da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul: o projeto de implantação de um protocolo de atendimento à gestante

Gabriele dos Anjos

Isabel Noêmia Rückert

Juliana Hoffmann

Porto Alegre, setembro de 2011



SECRETARIA DO PLANEJAMENTO, GESTÃO E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ

Secretário: João Motta



DIRETORIA

Presidente: Adalmir Antonio Marquetti

Diretor Técnico: André Luis Forti Scherer

Diretor Administrativo: Roberto Pereira da Rocha

CENTROS

Estudos Econômicos e Sociais: Renato Antonio Dal Maso

Pesquisa de Emprego e Desemprego: Dulce Helena Vergara

Informações Estatísticas: Cecília Rutkoski Hoff

Informática: Luciano Zanuz

Documentação: Tânia Leopoldina P. Angst

Recursos: Maria Aparecida R. Forni

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pela FEE, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões. As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fundação de Economia e Estatística.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte.

Reproduções para fins comerciais são proibidas.

<<http://www.fee.rs.gov.br/textos-para-discussao>>

A formulação de uma política pública para redução da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul: o projeto de implantação de um protocolo de atendimento à gestante*

*Gabriele dos Anjos***

Pesquisadora em Sociologia da Fundação de Economia e Estatística

*Isabel Noêmia Rückert****

Economista, Pesquisadora da Fundação de Economia e Estatística

*Juliana Hoffmann*****

Estatística, Mestre em Epidemiologia, analista da Secretaria do Planejamento, Gestão e Participação Cidadã

Resumo

O texto analisa a experiência de elaboração de uma política pública, a “implantação” de um protocolo estadual de atendimento à gestante na rede pública de saúde do Rio Grande do Sul, o qual normatizaria os procedimentos de atendimento à gestante na rede de atenção básica de saúde do Estado. Para essa análise, são considerados algumas definições e parâmetros que balizam as políticas de atendimento pré-natal, as condições institucionais para a concepção do projeto de implantação e o acordo entre os diferentes setores da Secretaria Estadual de Saúde quanto à necessidade do protocolo. O processo de planejamento da política e de seus impasses mostra questões relevantes para a análise de políticas públicas.

Palavras-chave: políticas públicas; mortalidade infantil; saúde pública.

Classificação JEL: H75, I18.

*Revisora de Língua Portuguesa: Valesca Casa Nova Nonnig.

**Email: gabriele@fee.tche.br

***Email: isabel@fee.tche.br

****E-mail: juliana-hoffmann@seplag.rs.gov.br

Abstract

The paper analyzes the experience of development of a public policy: the "diffusion" of a protocol which would regulate the pregnant women's care by the public health system of Rio Grande do Sul. For this analysis, are considered some definitions and parameters that guide the policies of prenatal care, and the institutional conditions of planning and implementation of this policy. The process of planning policy and its impasses shows relevant issues to public policy analysis.

Key words: public policies; child mortality; public health.

JEL classification: H75, I18.

Introdução

Este texto tem como objetivo abordar a experiência de elaboração de uma política pública, a difusão ou, como foi chamada pelos técnicos envolvidos, a "implantação" de um protocolo estadual de atendimento à gestante na rede pública de saúde do Rio Grande do Sul. Trata-se da iniciativa de um setor da Secretaria Estadual de Saúde (SES) para padronizar os procedimentos de atendimento à gestante através da proposição e da difusão de um protocolo de atendimento "pré-natal"¹ aos sistemas municipais de saúde do Rio Grande do Sul. O planejamento dessa difusão de normatização ocorreu no final da gestão de 2007-10, tendo sido interrompido com a mudança de gestão, sem que chegasse a termo na SES, com a aceitação das diferentes instâncias internas envolvidas e, principalmente, com sua implementação nas Coordenadorias Regionais de Saúde e nos municípios do Estado.

Essa iniciativa é resultado de um trabalho anterior da Secretaria no tratamento da mortalidade infantil, um problema "consolidado" na agenda política também por ser um indicador das condições de vida da população. Esse tratamento envolve o estabelecimento de uma rotina de análise de informações de diferentes ordens, relativas às condições de atendimento à gestante, ao parto, às características do nascituro e às eventuais causas de óbitos. Inerentes a essa rotina são a detecção das limitações das ações, a possibilidade de crítica das formas pelas quais a mortalidade infantil vem

¹O protocolo constitui-se em um documento técnico, elaborado por profissionais da área, versando sobre procedimentos, exames e sua tempestividade no período de atendimento à gestante conhecido como "pré-natal".

sendo combatida e, conseqüentemente, a proposição de novas ações. A ação proposta era a difusão do protocolo, e a tentativa era a de que essa fosse totalmente planejada, através da estruturação de um modelo lógico, incluindo a explicitação tanto dos problemas, objetos, meios e fins quanto dos indicadores, formas de monitoramento e metodologia de avaliação de seus resultados.

O processo que deu origem a essa proposta envolveu, em primeiro lugar, diferentes setores da SES interessados na questão da mortalidade infantil. Em segundo lugar, abarcou técnicos e pesquisadores de outras instituições do Estado, reunidos em um grupo de trabalho externo de monitoramento e avaliação de políticas públicas, que auxiliou na elaboração de um modelo lógico de implantação do protocolo, incluindo o desenho de sua avaliação.² Como se vê, trata-se de um grupo bastante heterogêneo, cujos integrantes possuem características e experiências distintas e, conseqüentemente, distintas concepções quanto à necessidade e às formas de implantação de uma normatização do atendimento à gestante.

O grupo externo, do qual as autoras deste texto fazem parte, tinha como objetivo trabalhar em uma proposta de modelo lógico para a implantação do protocolo de atendimento à gestante, reunindo informações obtidas com os diversos setores da SES. Na proposta, deveriam estar contemplados os pressupostos que orientaram a concepção do programa e previstos, além do planejamento das diferentes etapas da política e de seu monitoramento, os possíveis entraves a essa implantação (Rio Grande do Sul, 2010, p. 10-15). Todo o trabalho do grupo e o dos próprios integrantes da Secretaria foi tensionado por questões de diferentes ordens: demandas de reconhecimento profissional, distintas concepções de como reduzir a mortalidade infantil por parte dos técnicos da SES, confrontos intraburocráticos e o próprio “tempo político”, que acabou interrompendo essa elaboração. Para o grupo externo, também internamente heterogêneo quanto à formação de seus integrantes, a possibilidade de auxiliar na explicitação dos pressupostos e no próprio planejamento de uma política pública conferiu uma nova finalidade a suas *expertises*. Por outro lado, e principalmente para os pesquisadores participantes, a possibilidade de conhecer os processos intraburocráticos envolvidos na formulação e no planejamento de uma política pública sugeriu alguns questionamentos quanto às condições institucionais na base da elaboração da ação estatal.

O presente texto procura contribuir para a compreensão do ciclo de elaboração de uma política pública, a partir de um caso específico, no qual a complexidade do processo ficou bastante evidente. As políticas públicas, definidas como um conjunto de ações levadas a cabo (ou coordenadas) pelo Estado para tratar de um “problema” considerado relevante, tendo determinados resultados, possuem um ciclo. Esse ciclo envolve a identificação do problema, a formulação de soluções ou ações para enfrentá-lo, a ação propriamente dita e a avaliação dos resultados (Thoenig, 1985). De um ponto de vista esquemático, essa política não teve seu termo e falhou por não ter sido

²O grupo é composto de técnicos da Secretaria da Fazenda, analistas da Secretaria de Planejamento, Gestão e Participação Cidadã e pesquisadores da Fundação de Economia e Estatística (FEE). Os resultados desse trabalho encontram-se em **Implantação de Protocolo Estadual de Atenção à Gestante. Relatório: desenho do modelo lógico** (Rio Grande do Sul, 2010), doravante citado como **Implantação..., 2010**.

colocada em prática, ou, nos termos do jargão, por sua inefetividade.³ No entanto, para além desses rótulos que sintetizam interesses dos próprios responsáveis pela implementação de políticas, a ação em pauta, estando inserida em um ciclo, é um momento em um processo mais longo, em que outras ações de combate à mortalidade infantil foram ou estão sendo implementadas. Nesse sentido, a implantação desse protocolo é uma opção de continuidade da ação estatal contra a mortalidade infantil, a partir de uma avaliação de resultados já existente.

O texto está estruturado da forma que segue. Em primeiro lugar, são apresentados algumas definições e parâmetros que balizam as políticas de atendimento pré-natal como eficazes para o combate à mortalidade infantil. Em segundo lugar, são analisadas as condições que estão na base da concepção do projeto de implantação da normatização do atendimento à gestante. Essas condições dizem respeito à situação da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, à importância do atendimento pré-natal e ao trabalho da SES para a redução da mortalidade infantil. Em terceiro lugar, são expostas as condições para o acordo entre os diferentes setores da Secretaria quanto à necessidade do protocolo. Em quarto lugar, o texto analisa o processo de planejamento da política e seus impasses. Nas **Considerações finais**, são retomados alguns pontos entendidos como relevantes para as análises de políticas públicas.

1 Mortalidade infantil: coeficientes e definições

Ao mesmo tempo em que acompanha a tendência brasileira de redução da mortalidade infantil, o Rio Grande do Sul registra uma das menores taxas de mortalidade infantil no Brasil (Rio Grande do Sul, 2010, p. 316). No ano de 1997, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) no RS foi de 15,9‰, tendo diminuído para 12,75 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2007 (Tabela A.1 do **Apêndice**) e para 11,5 em 2009. Todavia esse coeficiente ainda se encontra acima daquele indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de 10 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos. Vários são os fatores que influenciam a magnitude do coeficiente. A literatura especializada no tema identifica alguns deles e estabelece uma divisão desse coeficiente de acordo com as idades infantis. A identificação de relações entre esses coeficientes e determinados fatores dá origem tanto a uma produção na área médica quanto a opções por determinados tipos de ação estatal contra a mortalidade infantil.

Nesse sentido, o coeficiente de mortalidade infantil é dividido em duas subcategorias: coeficiente de mortalidade neonatal (CMN), do nascimento até 27 dias de vida, e coeficiente de mortalidade pós-neonatal ou tardia (CMPN), de 28 dias até 11 meses e 29 dias. A mortalidade neonatal é subdividida em mortalidade neonatal precoce (coeficiente de mortalidade neonatal precoce (CMNP)), até seis dias de vida, e mortalidade neonatal tardia (coeficiente de mortalidade neonatal

³Para uma crítica a essa noção, ver Lascoumes e Le Galès (2009, p. 27).

tardia (CMNT)), de sete a 28 dias de vida. Como já mencionado, a literatura especializada considera que essas classificações evidenciam que, para cada um desses períodos, as causas da mortalidade infantil são bem específicas e distintas (Zanini et al., 2009; Araújo; Bozzetti; Tanaka, 2000; Perspectivas..., 2010).

As mortes do período pós-neonatal são reputadas às condições de existência das populações (condições sanitárias, educacionais, etc.) (Perspectivas..., 2010, p. 320). Assim, o componente pós-neonatal é mais suscetível a ações preventivas, como campanhas de vacinação, controle de doenças infecciosas e estímulo ao aleitamento materno. O componente neonatal inclui um leque maior de problemas, como condições do parto e manejo hospitalar e morbidades maternas e congênitas. Nesse sentido, a mortalidade neonatal é resultante de uma complexa relação entre variáveis biológicas, sociais e de assistência à saúde, o que torna mais difícil a sua diminuição (Araújo; Bozzetti; Tanaka, 2000).

Como as condições de saúde da mãe e da própria gestação são consideradas relevantes para a mortalidade infantil neonatal, esse componente é associado ao atendimento da gestante pelo sistema de saúde, em que são realizadas consultas e exames conhecidos como “pré-natal” (Perspectivas..., 2010, p. 321). Há indícios de uma relação direta entre ausência ou deficiência da assistência pré-natal e maiores índices de mortalidades materna e perinatal (Brasil, 2004a, p. 7). Sabe-se que mortes neonatais poderiam ser evitadas com um pré-natal adequado (Zanini et al., 2009), pois o atendimento pré-natal pode contribuir para detectar precocemente alterações no desenvolvimento fetal, evitando mortes intrauterinas, bem como minimizando os problemas pós-natais. Assim, um estudo realizado no Estado, no período de 1994 a 2004, evidenciou que uma queda de 1% na proporção de baixo peso ao nascer diminuiria o CMI em 1,2 ponto (Zanini et al., 2009).

De fato, os dados da SES apontam que o baixo peso ao nascer, um dos principais fatores associados à mortalidade infantil,⁴ está também relacionado a um menor número de consultas pré-natais: tanto em 2004 quanto em 2009, conforme aumentam as faixas de peso ao nascer, eleva-se o percentual daqueles com maior número de consultas pré-natais. Também foram feitos testes de correlação entre o coeficiente de mortalidade infantil e o percentual de gestantes com sete ou mais consultas no pré-natal (recomendado pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)) para os anos de 2005 e 2009.⁵ Para 2005, o resultado da correlação é estatisticamente significativo ($r = -0,16$; $P < 0,01$), indicando uma relação inversa entre o percentual de gestantes com sete ou mais consultas e o coeficiente de mortalidade infantil. Porém, no ano de 2009, a correlação referida não se mostrou significativa ($r = 0,01$; $P = 0,89$) (Tabela A.2 do **Apêndice**).⁶

⁴No Rio Grande do Sul, o coeficiente de mortalidade infantil para crianças com baixo peso ao nascer (menos de 1,5kg) era de 382,43 por 1.000 no ano de 2006, enquanto esse coeficiente era de 5,1 por 1.000 para crianças com mais de 2,5kg.

⁵Utilizaram-se os dados da SES para todos os municípios do Estado.

⁶Foi feita outra análise da correlação entre o coeficiente de mortalidade infantil e o PIB municipal para os anos de 2000, 2005 e 2009, que não mostrou significância estatística. Isso pode estar indicando que outras variáveis que

Dessa forma, a ação estatal para a redução da mortalidade infantil que tem como foco o momento de realização de consultas e exames pré-natais impõe-se na agenda política, e sua difusão fez com que, no País, houvesse um crescimento no número de consultas pré-natais de 1,2 consulta/parto em 1995 para 5,1 consultas/parto em 2003 (Gonçalves; Cesar; Mendoza-Sassi, 2009). Isso é resultado da implementação, por parte do Ministério da Saúde, de uma série de políticas visando atender ao complexo “gestante/mãe/criança”: o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, o Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2004 e a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal em 2005. Essas políticas estão em relação de continuidade quanto a seus objetivos⁷, e, dentro delas, inclui-se a publicação de um manual técnico, o **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** (Brasil, 2005a), contendo os procedimentos-padrão no atendimento à gestante (um “protocolo”). Também no Estado, há um aumento das gestantes atendidas segundo o preconizado pelo PHPN e uma diminuição do número de crianças com baixo peso ao nascer (conforme dados da Tabela 2).

Ao mesmo tempo, o acompanhamento dessa política implica a categorização do serviço como “bom” ou “ruim”, a definição de critérios (com ou sem “qualidade”), a identificação de impactos e problemas na sua execução. Entre os problemas levantados por estudos e avaliações, estão o baixo número de gestantes atingidas pelas ações preconizadas e os relacionados com a “qualidade” da atenção prestada (Serruya; Lago; Cecatti, 2004). Essas questões referem-se ao não cumprimento das normas e rotinas pelos profissionais, além do não preenchimento dos registros e da desigualdade no atendimento às gestantes segundo nível de renda e idade (Halpern et al., 1998; Trevisan et al., 2002; Coutinho et al., 2003).

Essas avaliações e esses estudos disparam um novo ciclo de elaboração de ações que visam aos problemas ou aos efeitos não desejados dessa política. Esse é o caso do projeto de implantação do protocolo de atendimento à gestante. No entanto, deve ser observado o contexto específico de um possível processo de ajustamento da ação estatal com relação ao pré-natal como política de combate à mortalidade infantil. Não sendo uma política centralizada, está sujeita às dinâmicas populacionais e econômico-sociais de cada estado, os quais já apresentam grandes disparidades em termos de mortalidade infantil (Perspectivas..., 2010, p. 314). Principalmente, está sujeita às apropriações dessas determinações por parte de gestores e técnicos nos níveis estaduais e municipais, bem como ao desenvolvimento, ao longo do tempo, do combate ao problema, tal como se deu no Rio Grande do Sul.

não o PIB municipal têm maior influência sobre o coeficiente na mortalidade infantil. O Gráfico A.1 do **Apêndice** resulta dessa análise.

⁷Entre os objetivos do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, estão a redução das taxas de morbimortalidades materna e perinatal, acesso ao pré-natal, critérios para qualificação das consultas pré-natais e promoção do vínculo entre assistência ambulatorial e parto (Serruya; Lago; Cecatti, 2004, p. 518). O Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal propõe uma série de ações para qualificação do atendimento à gestante e ao parto, bem como o monitoramento das condições de óbito materno e infantil (Brasil, 2004a). A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal prevê um acordo (a “pactuação”) com os municípios para uso do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (Sisprenatal) e de padrões de atendimento pré-natal (Brasil, 2005).

2 A formulação do problema: a mortalidade infantil e a necessidade de um protocolo

A percepção da necessidade da proposição de um protocolo para o atendimento à gestante pela SES é, em grande parte, fruto da importância política da redução do coeficiente de mortalidade infantil. Essa importância se mostra na definição, por parte do responsável pela Secretaria, da meta de redução do coeficiente de mortalidade infantil para abaixo de 10%.⁸ durante as duas últimas gestões estaduais.⁹ Essa meta procura acompanhar ou estar em afinidade com instâncias nacionais e internacionais, como o United Nations Children's Fund, que coloca como o quarto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio a redução de dois terços da taxa de mortalidade abaixo de cinco anos (Unicef, 2008, p. 3). Para os “gestores” principalmente, não está em jogo somente a diminuição de óbitos de crianças menores de um ano, na medida em que esse coeficiente é considerado um indicador das condições de vida das populações,¹⁰ estabelecido internacionalmente. A busca dessa “meta” bastante legítima significa também um esforço para aproximar o Rio Grande do Sul dos coeficientes dos “países desenvolvidos”.¹¹

Esse coeficiente, um parâmetro de comparação das condições de existência entre estados e países,¹² vem sendo acompanhado e analisado por técnicos de diferentes setores da SES, em especial, daqueles vinculados às políticas para crianças, mas também daquele voltado ao levantamento e à análise de informações epidemiológicas¹³ e de um setor de informações da área de saúde, em um período de tempo relativamente longo. Esses setores possuem informações detalhadas dos indicadores que compõem esse índice, o que permite uma análise bastante acurada das condições na base do coeficiente de mortalidade infantil.

O atual coeficiente de mortalidade infantil no Rio Grande do Sul insere-se em um quadro de diminuição do coeficiente de natalidade e da razão de nascimentos/óbitos (Quadro A.1 do **Apêndice**). Se existem indícios de que o número de nascidos vivos esteja aumentando principalmente entre mulheres com maior escolaridade, “[...] a queda da natalidade no Estado do Rio Grande do Sul está ocorrendo à custa de mães com menor escolaridade” (Lermen; Fischmann, 2004, p. 2). Ao mesmo tempo, setores da SES ligados às políticas para crianças, com o apoio de outro setor de levantamento de informações, tratam de cercar as condições do óbito infantil e seus fatores de risco. Foram identificados como estatisticamente significativos os seguintes “fatores de risco” à mortalidade infantil:

⁸Ver, por exemplo,

<<https://www.brasilsus.com.br/noticias/sul/102832-estado-discute-estrategias-para-a-reducao-da-mortalidade-infantil.html>>.

⁹Conforme entrevistas realizadas, em 29.07.2010, com a coordenação do setor responsável pelo monitoramento e pela avaliação de políticas e, em 30.07.2010, com a direção do departamento responsável pela política na área.

¹⁰Ver, dentre outros, Brasil (2004, p. 1) e Perspectivas... (2010, p. 313).

¹¹De acordo com entrevista realizada, em 30.07.2010, com a direção do departamento responsável pela política na área.

¹²Ver <<http://www.unicef.org/infobycountry/>>.

¹³Ver Fischmann e Guimarães (1986), Lermen e Fischmann (2004); Saraiva et al. (2006), Schuster et al. (2008), Fischmann e Sehn (2010) e Sehn e Fischmann (2010).

“a escolaridade materna, a idade gestacional ao nascimento, o peso de nascimento, a idade da mãe e o número de consultas no pré-natal” (Schuster et al., 2008, p. 4), descritos também em Fischmann e Sehn (2010), o que se observa na Tabela 1.

Tabela 1

Coeficiente de mortalidade infantil (CMI), conforme o fator de risco, no Rio Grande do Sul — 2005, 2006 e 2008

FATORES DE RISCO	CMI		
	2005	2006	2008
Escolaridade materna (1)			
Nenhum ano de estudo	69,5	65,2	99,5
Entre um e três anos de estudo	18,9	18,3	21,4
Entre quatro e sete anos de estudo	12,9	14,1	13,6
Oito a 11 anos de estudo	9,7	11,0	10,3
12 anos e mais de estudo	7,5	8,6	7,6
Ignorada	317,3	130,3	164,9
Número de consultas pré-natais			
Menos de sete	26,61	26,44	
Sete ou mais	4,86	5,8	
Idade gestacional ao nascer			
Menos de 37 semanas	61,34	80,13	
37 semanas ou mais	4,96	5,63	
Peso de nascimento			
Menos de 1,5kg	385,02	382,43	
De 1,5kg a 2,5kg	32,12	30,27	
Mais de 2,5kg	5,07	5,05	
Idade materna			
Menos de 20 anos	16,49	15,78	
20 anos ou mais	10,96	10,34	
Tipo de parto			
Vaginal	10,2	13,34	
Cesárea	13,56	11,18	

FONTE: FISCHMANN, Airtón; SEHN, Luciana. Relação da mortalidade infantil com os anos de estudo da mãe e o peso ao nascer. Rio Grande do Sul, 2001 a 2008. **Boletim Epidemiológico**, v. 12, n. 2, jun. 2010. p. 4.

SCHUSTER, Fúlvia Elena Camporese et al. A análise da investigação do óbito infantil como ferramenta de gestão em saúde. **Boletim Epidemiológico**. Porto Alegre, Centro Estadual de Vigilância em Saúde, v. 10, n. 4, dez. 2008. p. 4.

(1) Em Fischmann e Sehn (2010, p. 4).

Embora tanto os técnicos da SES vinculados ao setor de análise de informações epidemiológicas quanto aqueles ligados ao setor de políticas para crianças considerem que os fatores de risco estão geralmente associados, a definição “técnica” desses, dada por uma análise estatística que confirma hipóteses quanto aos determinantes da mortalidade infantil, convive com concepções de tratamento do problema que são diferenciadas. Ao mesmo tempo, desenha-se, na Secretaria, uma opção de abordar, através de “ações” ou “políticas”, um conjunto de fatores em detrimento de outros.

Assim, os técnicos do setor ligado à epidemiologia, ao se deterem na escolaridade da mãe como *proxy* das condições econômicas (Sehn; Fischmann, 2010, p. 4), dão ênfase ao tratamento dessas condições como estando na base do coeficiente de mortalidade infantil. Para esse setor, “[...] ambientes saudáveis, educação para facilitar a transformação em atitude, alimentação adequada, geração de emprego e renda, combinados com um bom acesso a serviços de saúde permitindo à gestante realizar pelo menos seis consultas pré-natais, imunização correta [...]” e “[e]m médio prazo, a unificação de esforços entre o Setor Saúde e o de Educação [...]” evitam as ocorrências que levam à mortalidade infantil. Além disso, segundo o setor, a estratégia de identificação do risco envolve um trabalho de “identificação precoce” das “mulheres de alto risco para a mortalidade infantil”, que são aquelas “[...] mães que não foram alfabetizadas ou têm até três anos de estudo”. Essas mulheres, nessa concepção, “[...] poderiam ser identificadas pelas Equipes da Estratégia de Saúde da Família” e “[...] merece[r] uma atenção especial e diferenciada” (Fischmann; Sehn, 2010, p. 3).

Os técnicos dos setores voltados à execução do tratamento da mortalidade infantil, como é o de políticas para a criança, por sua vez, consideram que maiores que o risco social são os riscos do baixo peso ao nascer e da prematuridade.¹⁴ Esse diagnóstico, se fundado na estatística — como está bem mostrado na Tabela 1 —, configura uma série de escolhas de formas de ação. Nesse sentido, as “ações” são direcionadas ao sistema de saúde, uma esfera sobre a qual a SES consegue intervir e imputar de forma mais cabal os “impactos” de suas ações.

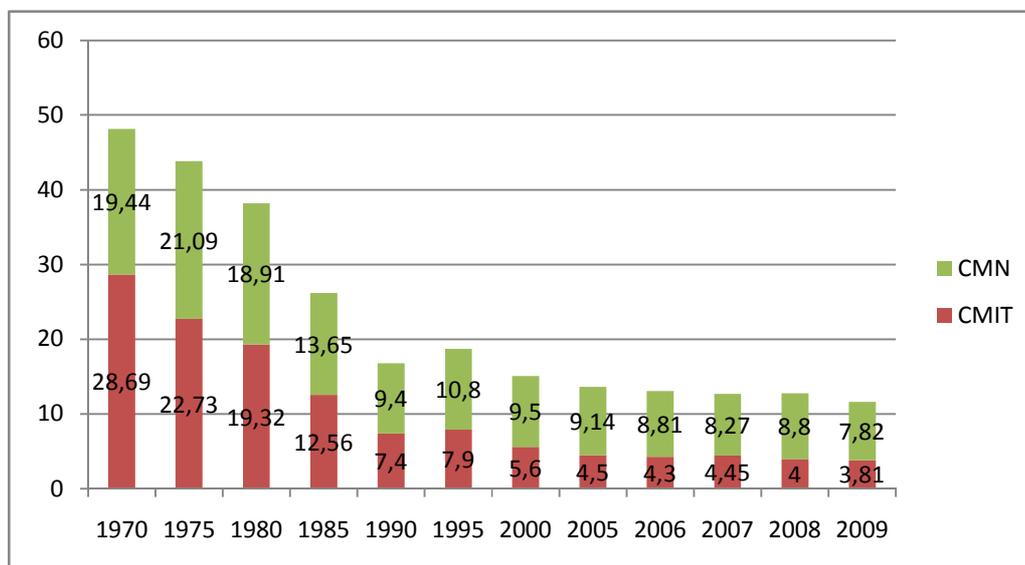
Assim, as políticas de controle do risco estão voltadas, por um lado, à identificação das causas do óbito infantil e, por outro lado, à identificação e ao monitoramento, pelas maternidades de hospitais, dos “recém-nascidos de risco” (conforme Resolução nº 146/2003, da Comissão Intergestores Bipartite da Secretaria da Saúde do RS (CIB-RS)) e ao acompanhamento desses pelos sistemas de saúde municipais.

A divisão do coeficiente de mortalidade infantil em neonatal (do nascimento até 27 dias) e pós-neonatal ou tardio (dos 28 dias até 11 meses e 29 dias) é chave nessa concentração em determinados fatores de risco. É a “experiência de países desenvolvidos” que “revela” que a redução do coeficiente de mortalidade infantil se torna mais difícil, na medida em que requer a intervenção nos fatores que dizem respeito ao “componente neonatal precoce” (de zero a seis dias) (Saraiva et al., 2006, p. 1; Fischmann; Sehn, 2010, p. 1). Com efeito, diferentes análises de setores da SES mostram que, se há uma redução progressiva do coeficiente de mortalidade infantil, a participação proporcional da mortalidade infantil neonatal na composição do coeficiente aumenta ao longo do tempo. Conforme os coeficientes expressos no Gráfico 1, percebe-se que, no Rio Grande do Sul, o coeficiente de mortalidade neonatal era de 19,44% em 1970, enquanto o componente de mortalidade pós-neonatal apresentava um coeficiente mais elevado, 28,69%. Nos últimos anos, esse coeficiente teve uma redução acentuada, atingindo 3,81% em 2009, enquanto a categoria mortalidade neonatal registrou um coeficiente de 7,82% nesse mesmo ano. Portanto, o componente pós-neonatal foi o maior responsável pela queda do coeficiente de mortalidade infantil neste período.

¹⁴Segundo entrevista realizada, em 17.08.2010, com a coordenação do setor de políticas para crianças.

Gráfico 1

Participação do coeficiente de mortalidade neonatal (CMN) e do coeficiente de mortalidade pós-neonatal ou tardio (CMIT) no coeficiente de mortalidade infantil do Rio Grande do Sul — 1970-2009



FONTE: Secretaria Estadual de Saúde-RS/DAS.

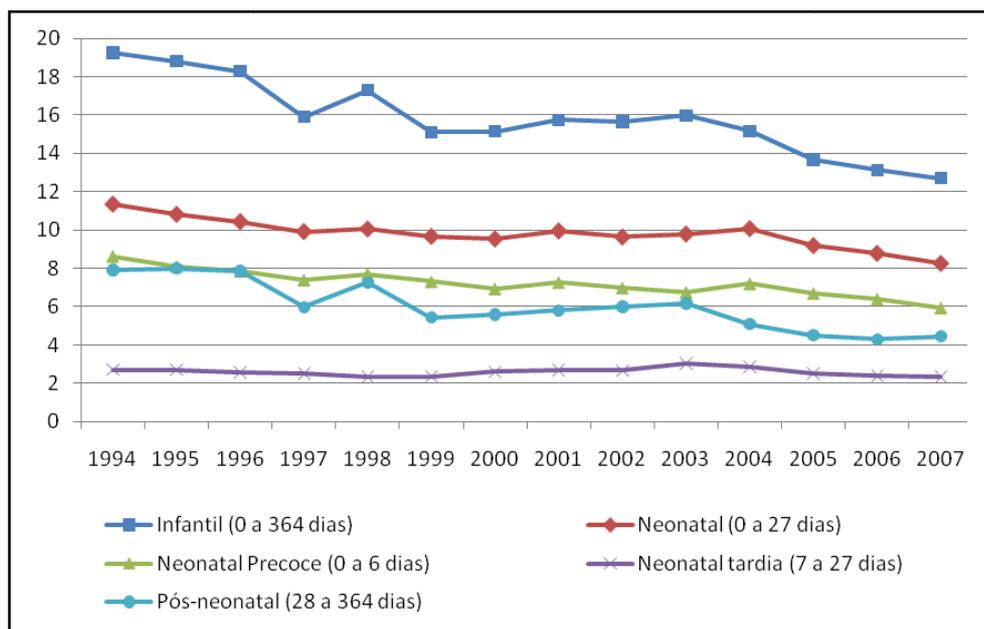
Da mesma forma, ao se considerar a *performance* dos coeficientes de mortalidade infantil de 1994 a 2007, ilustrada no Gráfico 2, observa-se que a trajetória do coeficiente de mortalidade infantil é bastante similar à do componente pós-neonatal. Ao mesmo tempo, são os componentes neonatais que se mantêm estacionados ao longo do tempo, e a própria trajetória do coeficiente neonatal é bastante similar à de seu componente precoce.

A demarcação do período neonatal (e, dentro desse, do período neonatal precoce) ou do período perinatal (que começa em 22 semanas completas (154 dias) de gestação e termina com sete dias de vida), bem como dos fatores de risco de óbito, é acompanhada da intensificação do trabalho sobre esse período. Em 2001, foi instituída uma série de procedimentos de monitoramento do óbito infantil (Schuster et al., 2008, p. 3). Com efeito, se, em 2001, apenas 6% do óbito infantil foram investigados, em 2006, esse percentual é de 93,47%. A investigação do óbito infantil envolve a comparação da Declaração de Nascido Vivo com a Declaração de Óbito, *anamnese* das causas das mortes por técnicos das Secretarias Municipais de Saúde junto às famílias das crianças mortas, mapeamento de informações constantes na Carteira da Gestante, prontuários médicos e Cartão da Criança, montagem de *dossiês* para envio e análise por comitês nos âmbitos regionais da SES. Esses âmbitos enviam esses dados à SES, onde eles são analisados em um fórum voltado tanto à análise dos óbitos e à discussão dos fatores de risco como à mobilização em torno do problema da mortalidade infantil (Schuster et al., 2008, p. 4; entrevista realizada, em 17.08.2010, com a coordenação do setor de políticas para crianças). O setor de políticas para crianças estrutura e

sistematiza esse trabalho, concentrando uma *expertise* em monitoramento de indicadores. Ao mesmo tempo, trabalha com profissionais da saúde e gestores em nível municipal, em visitas aos municípios, discutindo indicadores do serviço de atendimento à gestante, do parto e do atendimento ao recém-nascido.

Gráfico 2

Evolução do coeficiente de mortalidade infantil e de seus componentes no Rio Grande do Sul — 1994-2007



FONTE: Datasus.
Secretaria Estadual de Saúde-RS.

Na lógica de demarcar os fatores de risco modificáveis, também o momento anterior ao parto, em que o sistema de saúde atende à gestante, foi circunscrito como objeto de intervenção relevante do ponto de vista da redução do coeficiente de mortalidade infantil. Deve ser notado que o coeficiente de mortalidade neonatal está associado ao acompanhamento da gestante pelo sistema de saúde e à assistência ao parto (Fischmann; Sehn, 2010, p. 1). É ele que vai depender da ação sobre esse sistema, o que possibilita aos técnicos da SES ligados às políticas de atendimento à criança um investimento no trabalho de monitorar e avaliar a atuação do serviço de saúde, “pactuar” definições, modelos e estratégias de atuação com secretarias municipais de saúde e hospitais e desenvolver formas de “qualificar” os responsáveis em oferecer os serviços de saúde. Assim, é possível dizer que a opção de atuar em fatores mais restritos ao sistema de saúde está conectada à própria definição da atividade desses técnicos, voltada para o nível estadual na atenção básica (Brasil, 2006, p. 13-15).

Assim, é no setor de políticas para crianças que se desenha o interesse em “ações” direcionadas ao atendimento à gestante. É esse o setor da SES que estimula outros, como aquele especializado nas políticas para mulheres, a se voltarem para a análise e para a proposição de ações

sobre as condições em que se realizam os exames pré-natais no Estado e para os seus monitoramento e avaliação.

3 A construção do consenso em torno da “necessidade” de um protocolo estadual de atendimento à gestante

O protocolo de atendimento à gestante insere-se, assim, em um conjunto de ações do Estado que visam à redução da mortalidade infantil, focando principalmente seu componente neonatal, que tem como alvo a atenção à gestante e a “melhora” ou a “qualificação”, ou a “busca” de “qualidade” do pré-natal¹⁵ a partir da “organização da atenção básica” (Saraiva et al., 2006, p.1). No entanto, é possível identificar concepções diversas da necessidade do novo protocolo. Para a seção de políticas para crianças, as ações de “qualificação do pré-natal” decorrentes da normatização da atenção à gestante, a serem monitoradas e retroalimentadas pela SES, estão em continuidade com suas ações já definidas e postas em andamento para a redução do coeficiente de mortalidade neonatal. Nesse sentido, foi esse setor o primeiro responsável pela disseminação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Estado, assim como pelo monitoramento do sistema informatizado do PHPN, o Sisprenatal. Esse mesmo setor trabalhou para que, primeiramente, os 51 municípios considerados prioritários em termos de mortalidade infantil aderissem ao PHPN. Posteriormente, no segundo semestre de 2005, 100% haviam aderido ao mesmo (Saraiva et al., 2006, p. 2). São considerados efeitos da adesão ao PHPN o que está discriminado na Tabela 2.

Tabela 2

Impactos do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)
no Rio Grande do Sul — 2003-05

DISCRIMINAÇÃO	2003	2004	2005
Percentual de gestantes com primeira consulta pré-natal antes dos 120 dias de gestação	-	7	45
Número de consultas pré-natais no Estado	417 411	461 795	455 545
Número de nascimentos de crianças com menos de 1.500 gramas (muito baixo peso ao nascer)	-	2 132	1 889

FONTE: SARAIVA, José Roberto et al. A queda da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul. **Boletim Epidemiológico**. Porto Alegre, Centro Estadual de Vigilância em Saúde, v.8, n. 1, mar. 2006. p. 2.

¹⁵Segundo Saraiva et al. (2006, p. 2), é necessário ao pré-natal de qualidade o que está definido no PHPN: a realização da primeira consulta pré-natal com menos de 120 dias de gestação, um mínimo de seis consultas antes do parto e, “obrigatoriamente”, uma consulta no puerpério, realização de todos os exames de rotina no momento adequado e vacinação antitetânica “em dia”.

Dessa forma, para esse setor, a existência do PHPN torna redundante a iniciativa de formulação e implementação de um novo protocolo de atendimento à gestante pela SES. De acordo com essa concepção, seria a adesão ao “protocolo do Ministério”, entendida como sua efetiva execução pelos municípios, que teria impactos na redução do coeficiente de mortalidade infantil de forma mais imediata. No entanto, a desejada redução desse coeficiente através do trabalho com o PHPN encontra limites nas condições de monitoramento e avaliação do sistema de saúde por parte da SES.

Quando o monitoramento do PHPN estava sob responsabilidade do setor de políticas para crianças, o Sis prenatal foi intensamente utilizado para avaliar as condições de execução do pré-natal e era considerado como um sistema que, mesmo com “falhas”¹⁶, “[...] mostrava a única coisa que a gente podia enxergar de pré-natal no estado”¹⁷. A partir desse sistema, foi circunscrita a “desqualificação do pré-natal”, de acordo com o definido no próprio PHPN, quanto aos seguintes critérios: (a) cerca de 80% das mães fora de protocolo normatizado; (b) entrada tardia das mães no pré-natal; (c) ausência de exames preconizados no protocolo; (d) tratamentos inadequados aos problemas evidenciados por exames.¹⁸ No momento em que o Sis prenatal, como parte do atendimento à gestante, passou ao controle do setor voltado a políticas para mulheres, essa lógica de monitorar para agir esbarrou na renúncia do setor de políticas para mulheres em investir em um sistema que é avaliado como tendo falhas e não é “alimentado” pelos municípios.

Além disso, a análise das condições do atendimento pré-natal e do nascimento é prejudicada pela ausência de obstetras na SES, para tratar as informações disponibilizadas pelo Sis prenatal, o que dificulta o desenvolvimento de ações junto a gestores municipais para a “qualificação do pré-natal”. No entanto, é nesse momento de identificação de falhas no sistema de monitoramento, de ausência de obstetras e em que permanece a percepção da necessidade de “[...] qualificar o pré-natal no estado”, que se abre a possibilidade de proposição de redefinições de atribuições relativas ao pré-natal. Ao mesmo tempo, forma-se uma espécie de consenso entre os técnicos dos diferentes setores ligados à atenção básica na SES quanto à necessidade de reestruturação da atenção básica, o que permite a aceitação desse novo protocolo.

Assim, a princípio, o protocolo proposto não difere daquele do PHPN; entretanto ele é fruto da aceitação de uma proposta de atendimento à gestante “de baixo risco” ou de “risco habitual”, em que fica clara a atuação, como pré-natalistas, também do enfermeiro ou de outros médicos que não o gineco-obstetra. Essa proposta está bastante ligada a uma entidade profissional de enfermeiros obstetras e traz para o fórum de discussão da qualificação do pré-natal para a redução do coeficiente de mortalidade infantil a questão da delimitação clara das atribuições de médicos, obstetras e enfermeiros na realização de exames pré-natais.

¹⁶Essas falhas dizem respeito, basicamente, à subalimentação do Sis prenatal. Em 2009, ele cadastrava somente 53% do total das gestantes do Estado (Conselho..., 2010).

¹⁷De acordo com entrevista realizada, em 17.08.2010, com a coordenação do setor de políticas para crianças.

¹⁸Segundo entrevista realizada, em 17.08.2010, com a coordenação do setor de políticas para crianças.

É a partir dessa “nova” definição de atribuições com relação ao pré-natal, que o setor voltado às políticas para as mulheres, responsável pelo protocolo, pretende sensibilizar gestores municipais e profissionais para as práticas preconizadas no mesmo, que não diferiria do PHPN. É possível dizer que esses técnicos pretendem, com a proposição de um “novo” protocolo, difundir uma concepção de trabalho e atendimento que é “monitorável” pela SES.

Assim, a princípio, a proposta de implantação de um protocolo de atendimento à gestante para a redução do coeficiente de mortalidade infantil parece bastante controversa. Em primeiro lugar, porque é uma alternativa que, diante da existência de um protocolo nacional e do anterior trabalho com esse pelo setor de políticas para as crianças, parece atardar resultados. Em segundo lugar, porque — e disso há somente indícios, trazidos pelos próprios técnicos da SES de forma bastante reticente e cuidadosa — envolve a contraposição entre profissionais de saúde com relação à execução do pré-natal. Em terceiro lugar, porque o investimento no protocolo concorre com o investimento em outras políticas de atenção básica, como aquelas voltadas ao atendimento na atenção básica focado nas famílias,¹⁹ que preveem a elaboração e a execução de protocolos de atendimento a gestante em nível local.²⁰

No entanto, esse protocolo encontra respaldo, na medida em que permite afirmar a proposição de uma política “de forma organizada”, para que ela “[...] possa ser monitorada e avaliada” (segundo a coordenação do setor para monitoramento e avaliação de políticas em entrevista realizada em 29.07.2010). Essa definição de política está em afinidade com os interesses do setor de monitoramento e avaliação de políticas da SES. Esse setor trabalha no sentido de difundir aos gestores municipais o uso e a alimentação de sistemas de acompanhamento de indicadores na atenção básica, entre os quais, os relativos à mortalidade infantil e os relativos ao atendimento às gestantes são bastante importantes.²¹

Esse interesse em monitorar e avaliar os serviços da atenção básica faz com que esse setor, não por acaso fundado com verba do Banco Mundial, um dos principais *sponsors* da temática “monitoramento e avaliação” no Brasil, busque apoio em um grupo externo à SES. Esse grupo agrega técnicos e pesquisadores interessados em avaliação de políticas públicas. O grupo, que trabalhara anteriormente em uma avaliação de um programa da SES e está em contato com as noções que o Banco Mundial difunde para o tratamento da temática (“marco lógico”, “avaliação de impacto”, etc.), tem como tarefa auxiliar no planejamento da “implantação” e propor um desenho de monitoramento e

¹⁹O Rio Grande do Sul apresenta uma cobertura mais baixa, em relação ao Brasil, da atenção básica voltada para famílias. Segundo a PNAD de 2008, enquanto o Brasil tinha cerca de 47,8% dos domicílios cadastrados na política de saúde da família, o RS tinha apenas 37%. O percentual da população do RS cadastrada nessa política era de 39,2%, enquanto, no Brasil, era de 51%.

²⁰Segundo entrevista com a coordenação das políticas de atendimento às famílias na atenção básica realizada em 03.08.2010.

²¹Isso fica bastante claro, ao se considerarem as atas das Reuniões da Comissão Intergestores Bipartite, disponíveis no *site* da SES (<<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=1477>>). Ver atas de 28.01.2004 e de 28.04.2004 sobre pactuação de indicadores da atenção básica.

de avaliação dos efeitos do protocolo. Sua presença contribui para manter a proposta de implantação do protocolo diante de demandas de uma “qualificação do pré-natal” mais imediata.

Tanto para os técnicos como para a direção do setor voltado às políticas de atendimento na atenção básica, o que está em jogo vai além da introdução de uma ferramenta de monitoramento, normatização e avaliação do pré-natal. O que une os setores, para além de divergências em torno do protocolo, o consenso a partir do qual convergem ou divergem, é a percepção da necessidade de reestruturação da rede de atendimento à gestante, à mãe e à criança e, de forma mais geral, da atenção básica como um todo. Essa reestruturação envolveria, em primeiro lugar, a reorientação do atendimento e a estruturação do sistema de saúde em função das chamadas “condições crônicas”, que exigem um atendimento continuado e não pontual, rápido e visando à cura. Em segundo lugar, envolveria a circunscrição da população ao sistema de saúde com base no território, tendo como referência inicial e principal a atenção primária, que coordenaria o fluxo do paciente no sistema. Em terceiro lugar, a clara separação do atendimento conforme níveis de complexidade primária, média e alta. Em quarto lugar, a dispersão da atenção primária, “[...] que não se beneficia de economia de escala” e concentração de serviços mais complexos, como os hospitalares; a concentração de serviços complexos, gerando qualidade; e, finalmente, a estruturação do fluxo entre os níveis de complexidade.²²

Nessa concepção, o atendimento segue protocolos “pactuados”. Assim, um protocolo de atendimento à gestante — uma condição crônica, já que prevê o atendimento à gestante e ao filho por mais de três meses — está em consonância com os questionamentos, na SES, relativamente à atual configuração do sistema de saúde no Estado. Para os setores ligados à atenção básica, se o coeficiente de mortalidade infantil se mantém acima dos dois dígitos, é também porque o investimento em saúde não privilegia a atenção básica, mas, sim, a “alta complexidade”, o que gera a falta de qualidade na atenção ao parto, “[...] desenhando a proposta gradativa do parto de diversos pequenos hospitais com estrutura inadequada” (Conselho..., 2010). Da mesma forma, se não há qualidade no pré-natal, é porque a pactuação feita com o PHPN não tem condições de ser monitorada no sistema atual; ou ainda porque não está estruturada a rede materno-infantil com a pactuação dos fluxos entre os níveis de complexidade.

Assim, a iniciativa de implantação de um protocolo à gestante conecta-se aos interesses inerentes à própria atividade desempenhada na SES, que promove uma visão externa, ao mesmo tempo geral e central, do sistema de saúde, a ser planejado independentemente das contingências locais.

²²Ver, especialmente, Conselho... (2010) e também Mendes (s. d.)

4 As dificuldades e impasses no planejamento da ação

A “implantação do protocolo” consistiria, basicamente, na disseminação de informações sobre o protocolo em níveis regional e municipal, no trabalho de convencimento dos gestores municipais a aderirem ao protocolo e na capacitação técnica dos profissionais pré-natalistas para seguimento do protocolo. Para esse trabalho, está prevista a produção de material informativo para os diferentes setores envolvidos. Principalmente, estão previstas a realização de monitoramento do seguimento do protocolo pelos profissionais de saúde — a mensuração da efetividade da implantação — e a avaliação do impacto da observação do protocolo pelos profissionais de saúde em indicadores ligados à mortalidade infantil (Rio Grande do Sul, 2010, p. 21 e 23).

O planejamento da política foi modelado pelo grupo de monitoramento e avaliação e pelos técnicos da SES.²³ No entanto, o processo que deu origem a essa modelação foi bastante complexo e merece ser apresentado. Isto porque a mesma se constitui em um esforço de racionalização da ação estatal, no qual atuam técnicos e suas concepções, as contingências e os tempos burocráticos que determinaram a própria colocação em prática do programa.

O consenso em torno da necessidade da implantação do protocolo, bastante precário, não significa uma sistematização dos problemas aos quais essa implantação responderia. O grupo de monitoramento e avaliação, nesse sentido, auxiliaria essa sistematização com a elaboração de um marco lógico. O primeiro passo dessa elaboração, de acordo com a metodologia seguida²⁴, foi a realização de uma série de entrevistas e reuniões com técnicos e chefias dos setores ligados à questão da mortalidade infantil,²⁵ a partir de um roteiro definido. Esse roteiro logo acabou revelando-se, em parte, inadequado, quando aplicado a alguns setores da Secretaria. A princípio, isso foi reputado a os entrevistados não terem “[...] clareza em todas as respostas e ainda não haviam pensado na estruturação do programa” (Rio Grande do Sul, 2010, p. 18). No entanto, o que estava em jogo eram tanto as diferentes perspectivas em torno da necessidade de um novo protocolo quanto a eficácia da ação estatal na resolução dos diferentes problemas no atendimento materno-infantil. Assim, a pergunta inicial do roteiro, “Qual o problema que o protocolo se propõe a enfrentar?”, dava origem a uma série de relatos dos problemas envolvidos na execução do pré-natal no Estado, que também eram tomadas de posição determinadas pelo trajeto profissional dos entrevistados e pelas posições ocupadas na Secretaria.

O resultado disso foi uma “árvore de problemas”, integrante do modelo lógico, bastante complexa, na qual o conjunto de problemas que a padronização do atendimento pré-natal trataria acabou sendo definido por incremento, adicionando-se os “problemas” apresentados pelos técnicos e

²³As etapas e o modelo lógico completo encontram-se em Rio Grande do Sul (2010).

²⁴O grupo seguiu a metodologia de elaboração de modelo lógico proposta pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), obtida em Ferreira, Cassiolato e Gonzales (2007; 2009); Cassiolato e Guerresi (2010) e Cassiolato (2010).

²⁵Para mais detalhes, ver Rio Grande do Sul (2010, p. 16).

chefias dos diferentes setores. Os enunciados dessa árvore referem-se a “problemas” de diferentes ordens. Eles fazem referência, em primeiro lugar, ao que poderia ser chamado de “cultura profissional” na área médica, sendo fundamentados em casos específicos de municípios ou regionais de saúde, dando origem ao enunciado “desconhecimento e/ou rejeição de normatização sobre profissionais habilitados a fazer o pré-natal”. Esses problemas eram enunciados principalmente por aqueles mais ligados a conflitos de atribuições entre médicos e enfermeiros. Já a “escassez/rotatividade de profissionais para a realização do pré-natal” e a “necessidade de informação/capacitação dos profissionais envolvidos” estavam ligadas à demanda do setor de políticas para mulheres de tratar “o pré-natal como foco, como prioridade”, como “momento importante no atendimento à gestante” em treinamentos dos profissionais em nível municipal.

Há outro conjunto de “causas” mais gerais e que supõem uma análise do conjunto da ação pública na área materno-infantil, como aquelas referentes à “necessidade de organização/gestão da estrutura da rede materno-infantil no Estado”, trazida, principalmente, pelos setores com mais experiência no monitoramento da área. Outro conjunto de causas, não por acaso, as mais detalhadas, porque conformes a um modelo de planificação da ação estatal, refere-se às deficiências do “monitoramento das ações em saúde da gestante”: “ausência de incentivo financeiro” aos municípios para o preenchimento do Sisprenatal, “falta de diagnóstico sistemático sobre a execução do pré-natal pela Estratégia da Saúde da Família”, “ausência de informações sistematizadas sobre os procedimentos realizados”, devido ao “momento inadequado da coleta de informação para o Sinasc” ou ao “não preenchimento ou preenchimento incompleto da carteirinha da gestante”. Isso causa tanto a “baixa efetividade do PHPN” quanto a “necessidade de padronização do atendimento à gestante na atenção básica do sistema público de saúde no RS”. Este último enunciado é o “catalisador” da necessidade de uma implantação de protocolo.

Todo o conjunto de problemas levantados, e sua heterogeneidade, em um primeiro momento, fez com que a visualização da necessidade de padronização do atendimento à gestante não fosse consensual no grupo responsável pela elaboração do marco lógico. Isto porque, em vários momentos, as “causas” apontavam a “baixa qualidade da assistência ao pré-natal” como problema catalisador e a falta de padronização como uma das causas dessa “baixa qualidade”. A seguir, em um processo bastante similar ao descrito por Ferreira, Cassiolato e Gonzáles (2009, p. 11), a baixa qualidade do pré-natal foi definida pelo setor de monitoramento e avaliação de políticas da SES como um problema mais amplo, ligada ao despreparo e a formações diferenciadas dos profissionais de saúde, dependente da padronização do atendimento pré-natal.

O restante da elaboração do modelo lógico, assim como a própria continuidade do projeto, foi bastante influenciado pelo processo eleitoral concomitante. Mais especificamente, os passos seguintes da elaboração do modelo foram apressados e resumidos. Principalmente, a continuidade do planejamento e a implementação da política foram suspensos. A validação da árvore de problemas e a caracterização do programa, com seus “recursos”, “ações” e “produtos”, foram feitas pelo grupo de técnicos dos setores diretamente envolvidos, ao qual aderiram técnicos do setor voltado ao

atendimento de doenças sexualmente transmissíveis, também detectadas e tratadas durante o pré-natal. Nesse momento, ficaram claros os limites do processo. Isto porque se configuraram uma perspectiva de troca de chefias, que, até então, estavam apoiando a elaboração da política, e a consequente suspensão ou minoração da implantação do protocolo na agenda da Secretaria. Dessa forma, o marco lógico foi apressadamente concluído em três reuniões de validação, sem que o novo protocolo tivesse passado por fóruns internos na SES, e, é claro, de oficialização. Também não ficaram definidos os recursos financeiros e humanos para a implantação nem as formas de monitoramento dessa política.

Na percepção tanto dos técnicos envolvidos quanto de integrantes do grupo externo, o “novo ciclo político” que se avizinhava demandava a suspensão do processo de implantação e a tentativa de conquista dos novos gestores, para que a proposta de implantação do protocolo tivesse continuidade. Nesse sentido, na elaboração do modelo lógico, dentre os fatores de contexto desfavorável, foram apontados a “mudança de governo e a troca de chefias”, além da “não aprovação do protocolo”.

5 Considerações finais

A análise mostra que a difusão do protocolo de atendimento à gestante insere-se em um ciclo de planejamento, execução e monitoramento do coeficiente de mortalidade infantil e de outros indicadores a ele relacionados. Ao mesmo tempo em que ocorre a redução do coeficiente de mortalidade infantil, o componente neonatal desse coeficiente torna-se preponderante. Assim, as ações da Secretaria voltadas ao combate da mortalidade infantil direcionam-se ao período neonatal. As condições de atendimento materno-infantil, associadas à mortalidade infantil, têm sido cuidadosamente monitoradas e avaliadas pelos técnicos da SES. Isso, por um lado, permite que a adesão à agenda política que priorizou a baixa do coeficiente de mortalidade infantil, por parte dos técnicos, seja mais densa e qualificada. Por outro lado, torna mais complexo o processo de escolha quanto aos tipos de ações a serem realizadas, pois os técnicos envolvidos têm experiências e percepções diversas quanto às mesmas. No caso, a partir de um consenso entre os técnicos, optou-se por um incremento na ação, pela proposição de um novo protocolo, ao invés de promover o uso do protocolo de atendimento à gestante já existente no PHPN.

Os técnicos envolvidos ocupam diferentes funções para o monitoramento e a interpretação da execução dos serviços de saúde e tanto produzem quanto se apropriam de informações. Em uma “estrutura de oportunidades políticas” mais ou menos propícia, atuam no sentido de implementar ações de acordo com suas visões, interesses e objetivos. Essas visões não são consensuais, estando ligadas a trajetórias profissionais que configuram o “interesse técnico”, e, assim, os consensos possíveis surgem de negociações e compromissos.

Decisiva para o projeto de implantação foi a instabilidade da agenda, pela mudança de gestão. Tudo se passou como se o investimento dos técnicos no processo (tempo, estudo, avaliação dos dados, reflexão sobre as condições de implantação) fosse minimizado pela perspectiva de mudança de gestão. Esse tipo de fenômeno diz respeito à interação entre técnica e política na ação estatal e poderia merecer mais atenção dos estudiosos de políticas públicas.

Referências

ARAÚJO, Breno F.; BOZZETTI, Mary C.; TANAKA, Ana C. A. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 200-206, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Por que um Pacto Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal para o Brasil do século XXI?. **Informe da Atenção Básica**, ano V, maio/jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067/Gm, de 04.07.2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada — manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CASSIOLATO, Martha. **Modelo lógico e teoria do programa**: uma proposta para elaborar programa e organizar avaliação. Porto Alegre: SEFAZ/FEE/SEPLAG, 2010. (Apresentado do III Seminário de Avaliação de Políticas Públicas e Qualidade do Gasto).

CASSIOLATO, Martha; GUERESI, Simone. **Como elaborar modelo lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: IPEA, 2010. 35p. (Nota Técnica n. 6).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Oficina Rede de Atenção à Saúde no SUS**: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul — guia do participante. Porto Alegre: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2010.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, n. 25, p. 717-724, 2003.

FERREIRA, Helder; CASSIOLATO, Martha; GONZALES, Roberto. **Como elaborar modelo lógico de programa**: um roteiro básico. Brasília: IPEA, 2007. 21p. (Nota Técnica).

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas**: o modelo lógico do programa segundo tempo. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2009. (Texto para Discussão n. 1369).

FISCHMANN, Airton; GUIMARÃES, José Joaquim de Lima. Risco de morrer no primeiro ano de vida entre favelados e não favelados no município de Porto Alegre, RS (Brasil), em 1980. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 20(3): 219-226, 1986.

FISCHMANN, Airton; SEHN, Luciana. Relação da mortalidade infantil com os anos de estudo da mãe e o peso ao nascer: Rio Grande do Sul, 2001 a 2008. **Boletim Epidemiológico**, v. 12, n. 2, p. 1-3, jun. 2010.

GONÇALVES, Carla Vitola; CESAR, Juraci Almeida; MENDOZA-SASSI, Raul A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2507-2516, nov. 2009.

HALPERN, R. et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, p. 487-492, 1998.

LASCOURMES, Pierre; LE GALES, Patrick. **Sociologie de l'action publique**. Paris: Armand Colin, 2009.

LERMEN, José Inácio; FISCHMANN, Airton. Mães de menor escolaridade e a queda da natalidade no Rio Grande do Sul. **Boletim Epidemiológico**, Porto Alegre, v. 6, n. 3, set. 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Revisão bibliográfica de redes de atenção à saúde**. [S. n. t.]. (CD-ROM).

PERSPECTIVAS DA POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL. Brasília: IPEA, 2010. p. 313-344.

RIO GRANDE DO SUL. Resolução nº 146/2003 — CIB/RS. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 22 out. 2003, p. 48.

RIO GRANDE DO SUL. Grupo de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas. **Implantação de Protocolo Estadual de Atenção à Gestante**. Relatório: desenho do modelo lógico. Porto Alegre: 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Atas das reuniões da Comissão Intergestores Bibartite (CIB). Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=1477>>. Acesso em: 29 ago. 2010a.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. **A situação da Saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: 2010b. (Conjunto de *slides* apresentados na Oficina de Redes de Atenção à Saúde).

SARAIVA, José Roberto et al. A queda da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul. **Boletim Epidemiológico**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, mar. 2006.

SCHUSTER, Fúlvia Elena Camporese et al. A análise da investigação do óbito infantil como ferramenta de gestão em saúde. **Boletim Epidemiológico**, Porto Alegre, v. 10, n. 4, p. 3-4, dez. 2008.

SEHN, Luciana; FISCHMANN, Airton. Um estudo hipotético para o Coeficiente de Mortalidade Infantil. **Boletim Epidemiológico**, v. 12, n. 2, p. 3-5, jun. 2010.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D.; LAGO, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 4, n. 3, p. 269-279, Recife, jul./set. 2004.

THOENIG J. C. L'analyse des politiques publiques. In: GRAWITZ, M.; LECA, J.; THOENIG, J. C. **Traité de science politique**. v. 4. Paris: Presses Universitaires de France, 1985. p. 1-60.

TREVISAN, M. R. et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, n. 24, p. 293-299, 2002.

UNICEF. Disponível em: <<http://www.unicef.org/infobycountry/>>. Acesso em: 19 abr. 2010.

UNICEF. **The state of the world's children 2009**. New York: Unicef, 2008. Disponível em: <http://www.childinfo.org/publications_smsbytheme.html>. Acesso em: 02 set. 2010.

ZANINI, Roselaine R. et al. Tendência da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, Brasil, 1994-2004: uma análise multinível de fatores de risco individuais e contextuais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.5, p. 1035-1045, 2009.

Apêndice

Tabela A.1

Número de óbitos infantis (menores de 1 ano) por 1.000 nascidos vivos no Brasil e em estados da Federação — 1997, 2002 e 2007

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E BRASIL	1997	2002	2007
Acre	(1)42,29	(1)32,93	(1)28,04
Alagoas	(1)69,40	(1)51,82	(1)41,16
Amapá	(1)25,84	(1)24,55	(1)20,85
Amazonas	(1)32,14	(1)27,18	(1)21,52
Bahia	(1)44,82	(1)33,36	(1)26,30
Ceará	(1)46,49	(1)32,78	(1)24,37
Distrito Federal	(1)19,12	(2)13,65	(2)11,09
Espírito Santo	(1)19,26	(2)16,09	(2)13,90
Goiás	(1)24,41	(1)20,00	(1)16,99
Maranhão	(1)50,38	(1)38,17	(1)30,07
Mato Grosso	(1)26,70	(1)21,77	(1)18,23
Mato Grosso do Sul	(2)26,12	(2)20,33	(2)19,19
Minas Gerais	(1)26,01	(1)20,80	(1)17,4
Pará	(1)32,74	(1)27,03	(1)23,09
Paraíba	(1)53,40	(1)40,32	(1)30,95
Paraná	(1)19,13	(2)16,83	(2)13,22
Pernambuco	(1)57,09	(1)39,25	(1)29,16
Piauí	(1)43,97	(1)33,17	(1)26,19
Rio de Janeiro	(2)24,04	(2)17,94	(2)14,78
Rio Grande do Norte	(1)53,34	(1)37,90	(1)29,85
Rio Grande do Sul	(2)15,90	(2)15,64	(2)12,75
Rondônia	(1)29,36	(1)23,63	(1)19,91
Roraima	(1)26,29	(1)20,52	(1)16,64
Santa Catarina	(1)17,44	(2)15,27	(2)12,77
São Paulo	(2)21,60	(2)15,3	(2)13,06
Sergipe	(1)45,03	(1)36,12	(1)30,03
Tocantins	(1)32,10	(1)25,89	(1)21,42
Brasil	(3)31,90	(3)24,89	(3)20,01

FONTE: Ministério da Saúde (MS)/SVS/Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

MS/SVS /Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM).

(1) Taxa estimada pelo MS a partir de métodos demográficos indiretos. (2) Taxa calculada diretamente do SIM e do Sinasc, para os estados que atingiram índice final (cobertura e regularidade do SIM) igual ou superior a 80% e cobertura do SINASC igual ou superior a 90%. (3) Média das taxas estaduais, obtidas por método direto ou indireto.

Tabela A.2

Correlação entre o coeficiente de mortalidade infantil e o percentual de sete ou mais consultas no pré-natal, no Rio Grande do Sul — 2005 e 2009

Correlação	r	P
coefmort2005 <i>versus</i> con7per2005	-0,16	0,00
coefmort2009 <i>versus</i> con7per2009	0,01	0,89

FONTE DOS DADOS BRUTOS: Secretaria Estadual de Saúde-RS.

Tabela A.3

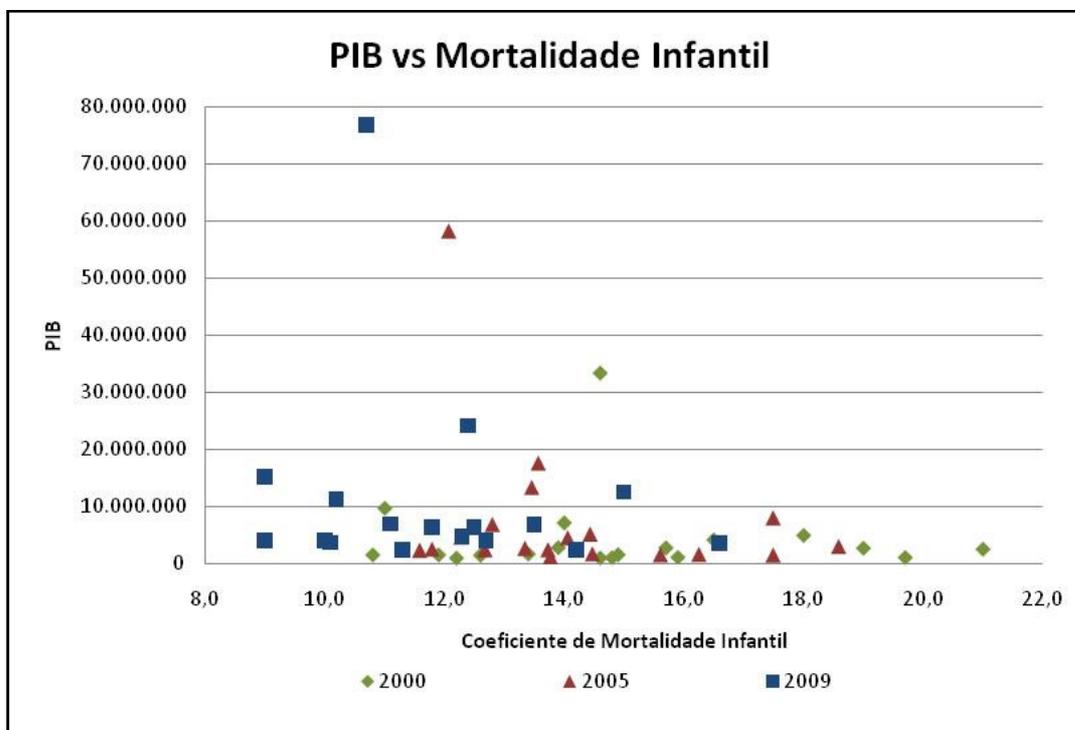
Distribuição percentual dos nascidos vivos, segundo faixas de peso ao nascer e faixas de número de consultas no pré-natal, no Rio Grande do Sul — 2004 e 2009

NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL	PESO AO NASCER							
	1g a 1Kg		1kg a 1,4kg		1,5Kg a 2,4Kg		2,5Kg a 2,9Kg	
	2004	2009	2004	2009	2004	2009	2004	2009
Nenhuma	16,90	12,90	9,60	6,90	4,40	4,00	2,50	2,00
1-3 consultas	28,50	25,90	24,40	19,70	12,60	10,40	8,80	6,60
4-6 consultas	33,40	40,00	38,20	38,40	32,20	27,80	27,70	21,30
7 e mais consultas	19,60	19,80	26,60	34,00	50,20	56,80	60,60	69,40
Não Informado	0,00	0,30	0,00	0,20	0,00	0,30	0,10	0,20
Ignorado	1,70	1,10	1,20	0,90	0,60	0,70	0,40	0,50
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL	PESO AO NASCER					
	3kg a 3,9kg		4kg e Mais		Total	
	2004	2009	2004	2009	2004	2009
Nenhuma	1,70	1,30	1,40	1,30	2,20	1,80
1-3 consultas	6,70	4,90	6,20	4,60	7,90	5,90
4-6 consultas	25,70	18,80	25,60	18,70	26,80	20,40
7 e mais consultas	65,50	74,40	66,30	74,70	62,50	71,20
Não Informado	0,00	0,20	0,10	0,20	0,10	0,20
Ignorado	0,40	0,40	0,50	0,50	0,50	0,50
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: Secretaria Estadual de Saúde-RS/SINASC.

Gráfico A.1



FONTE DOS DADOS BRUTOS: Secretaria Estadual de Saúde-RS.

Quadro A.1

Coeficiente de natalidade e razão nascimentos/óbitos
no Rio Grande do Sul — 1992, 1994 e 2002

COEFICIENTE DE NATALIDADE (por 1.000)		RAZÃO NASCIMENTOS/ÓBITOS (1)	
1992	2002	1994	2002
19,75	15,00	3,00	2,20

FONTE: Secretaria Estadual de Saúde-RS/CEVS.

(1) Proporção de crianças nascidas perante o total de pessoas que morrem a cada ano.

Tabela A.4

Distribuição dos nascidos vivos, por ano de escolaridade das mães,
no Rio Grande do Sul — 2000-03

ANOS DE ESCOLARIDADE	2000		2001		2002		2003	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Zero	3 030	1,70	2 196	1,40	1 899	1,22	1 562	1,05
Um a três	16 340	9,30	14 392	9,00	12 723	8,20	11 516	7,73
Quatro a sete	81 825	46,60	74 142	46,20	68 529	44,20	61 859	41,53
Oito a 11	48 093	27,40	46 215	28,80	47 549	30,68	50 390	33,82
Mais de 12	23 066	13,10	21 846	13,60	23 435	15,13	22 733	15,26
Ignorado	762	0,40	347	0,20	168	0,11	174	0,11
Não informado	2 577	1,50	1 228	0,80	709	0,46	729	0,50
TOTAL DE NASCIDOS VIVOS	175 693	100,00	160 366	100,00	155 012	100,00	148 963	100,00

FONTE: Secretaria Estadual de Saúde-RS/CEVS.

Tabela A.5

Coeficiente de mortalidade infantil no Rio Grande do Sul — 1970-2009

DISCRIMINAÇÃO	1970	1975	1980	1985	1990	1995
Coeficiente de mortalidade infantil	48,13	43,82	38,23	26,21	16,80	18,70
Coeficiente de mortalidade pós-neonatal ou tardio	28,69	22,73	19,32	12,56	7,40	7,90
Coeficiente de mortalidade neonatal	19,44	21,09	18,91	13,65	9,40	10,80
DISCRIMINAÇÃO	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Coeficiente de mortalidade infantil	15,10	13,64	13,11	12,72	12,80	11,63
Coeficiente de mortalidade pós-neonatal ou tardio	5,60	4,50	4,30	4,45	4,00	3,81
Coeficiente de mortalidade neonatal	9,50	9,14	8,81	8,27	8,80	7,82

FONTE: Secretaria Estadual de Saúde-RS/CEVS.