

1

AVALIABILIDADE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: TEORIA & PRÁTICA

André Vinícius Pires Guerrero
Vitor Laerte Pinto Júnior
Antônio José Costa Cardoso
José Antônio Iturri de La Mata

AVALIABILIDADE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: TEORIA & PRÁTICA

RESUMO

O trabalho analisou a aplicação do método de avaliabilidade de políticas sociais ao Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) na Amazônia Legal e Nordeste do Brasil. Foi utilizado o processo de avaliabilidade que, no campo teórico e prático, faz uma avaliação preliminar e outra sistemática de um programa, permitindo uma aferição inicial das condições para uma posterior avaliação formal do programa. Construiu-se o modelo lógico (ML), caracterizado por esquemas visuais de programas a serem implementados, os quais apresentam o fluxo das relações existentes entre os recursos, atividades, resultados e impactos esperados. O ML ajuda a estabelecer e testar a racionalidade do programa, além de auxiliar a concepção de instrumentos de avaliação adequados. No caso do PRMI, diversas variáveis permitiram antever problemas de coordenação, quais sejam: entre os objetivos dos programas e dos seus agentes e os desafios metodológicos na avaliação de sua efetividade. Pode-se confirmar que o PRMI é um programa avaliável e bem estruturado cientificamente em suas ações e nos possíveis impactos.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, Programas Nacionais de Saúde, Mortalidade Infantil.

INTRODUÇÃO

As políticas e programas sociais demandam avaliações periódicas e de espectro variado. A avaliação é inerente ao processo de aprendizagem humano, agrupando modalidades múltiplas e diversas: pode corresponder a um julgamento subjetivo, uma avaliação normativa ou uma pesquisa avaliativa que utiliza métodos científicos. Implica, de qualquer sorte, a emissão de um juízo, elaborado a partir da comparação entre a situação encontrada e um parâmetro ou meta pré-estabelecida ^{1,2}.

No âmbito da Saúde, ao constituir uma área ainda em construção conceitual e metodológica, a avaliação se encontra de forma muito diversificada na literatura ³.

Em realidade, existem inúmeros modelos de avaliação dos serviços e programas da área social que derivam tanto do objeto a ser avaliado como dos variados critérios empregados para a sua consecução, dentre os quais podem ser destacados o estágio de desenvolvimento do programa, a natureza do agente que processa a avaliação, a escala dos projetos e a alçada decisória a que se destina, dentre outros ⁴.

Para que sejam efetivas, as políticas e programas sociais precisam ser planejados e avaliados, mesmo em situações nas quais estão maximizadas as necessidades sociais e minimizados os recursos que podem viabilizá-los. Nesses contextos, a avaliação adquire condição de instrumento indispensável à gestão das políticas públicas ⁴.

As abordagens e metodologias que têm merecido maior atenção na avaliação de políticas e programas sociais estão relacionadas ao acompanhamento dos gastos nessa área e aos elementos determinantes da eficiência e da eficácia na utilização dos recursos, em geral públicos ⁴.

Fundamentalmente, as estratégias de avaliação devem ser uma expressão prática do quadro teórico construído para a intervenção e do desenvolvimento das ações previstas no modelo lógico, na apreciação da viabilidade de qualquer programa. Os modelos lógicos ajudam a estabelecer e testar a razão do programa, como também ajudam a conceber um instrumento de avaliação adequado ^{5,6}.

Os avaliadores só deveriam avaliar políticas e programas que tenham explicitado sua teoria e as medidas ou indicadores correspondentes ⁷.

Trata-se de uma contribuição importante para a reprodutibilidade ou validade externa da intervenção governamental em larga escala. A avaliação é uma função de gestão destinada a auxiliar o processo decisório visando torná-lo mais racional ⁵.

Serão abordados aqui, primeiramente, os conceitos subjacentes à Teoria da Avaliabilidade de Políticas Sociais. Logo, será apresentada uma proposta de Método propriamente dito e, por fim, sua Aplicação Metodológica, materializada no programa de ações do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil (PRMI), objeto de uma pesquisa realizada em 2010 para fins de elaboração de dissertação de mestrado pelo primeiro autor ⁸.

As avaliações de programas de saúde têm como foco de análise, processos complexos de organização de práticas dirigidas a objetivos específicos ³.

São considerados programas as propostas voltadas para a realização de um macro-objetivo – a exemplo da atenção à saúde de populações específicas (atenção domiciliar para idosos, procedimentos de *screening* para grupos de risco, propostas terapêuticas para doenças e doentes priorizados etc.) e que envolvem instituições, serviços e profissionais diversos – e as propostas desenvolvidas em serviços de saúde com o objetivo de prestar um determinado tipo de atendimento para uma dada clientela ³.

Análise de avaliabilidade do programa

A depender da complexidade do programa, uma avaliação completa ou extensa pode demandar um investimento significativo de recursos materiais e de tempo, além da mobilização e articulação de acordos entre os atores envolvidos, suas opiniões diversas sobre o programa e sua avaliação.

A avaliabilidade é um processo de avaliação preliminar e sistemática de um programa, em seu campo teórico e em sua prática. Trata-se de demonstrar se há necessidade de ajustes nos componentes do programa e identificar pontos a serem verificados, no decorrer de uma avaliação mais extensa^{5,9,10}. Um estudo de avaliabilidade permite uma aferição inicial das condições para uma avaliação formal do programa. Essa aferição examina elementos considerados essenciais à elaboração do programa (Teoria do Programa/Modelo Lógico), nível de operacionalização alcançado, identificação de atores e públicos estratégicos.

Esse exame preliminar pode apontar aspectos a serem otimizados, antes mesmo de uma avaliação extensa do programa (por exemplo, diferenças evidentes entre a Teoria do Programa e sua operacionalização), sugerir a viabilidade de uma avaliação formal na conjuntura atual e ajudar na escolha de questões úteis e relevantes (perguntas avaliativas), que orientarão uma avaliação completa do programa.

[...] a análise de avaliabilidade estuda o nível em que as características de cada programa afetam a possibilidade de realização de uma avaliação eficaz. A pré-avaliação pergunta a que extensão é possível avaliar os efeitos do programa. O que deve ser medido? E o que realmente pode ser medido?¹¹

O estudo de avaliabilidade é indicado como etapa inicial da execução de avaliações mais complexas e é recomendado para a identificação de necessidades de conhecimento e informação, no intuito de orientar o foco e os métodos da avaliação^{11, 12}.

Para que se realize um estudo de avaliabilidade, é necessária a existência de uma Teoria do Programa e de um Modelo Lógico da intervenção, para neles identificar (i) os componentes e características que permitam responder as questões citadas por Silva – *O que deve ser medido? E o que realmente pode ser medido?* – e (ii) aquilo que Ferreira, Cassiolato e Gonzales¹² denominam “*as apostas do Programa*”, expressas da seguinte forma: **Se** foram realizadas as ações previstas, **Então** a situação-problema, alvo do programa, melhorará.

Se essa Teoria do Programa não estiver previamente definida, o estudo de avaliabilidade ajudará os atores envolvidos na intervenção a esboçá-la.

Teoria do Programa

A Teoria do Programa é definida como “*um conjunto de pressupostos, princípios e ou proposições que guiam a ação social*”¹³. Não se trata de grandes teorias sociais e sim das teorias a que se refere o programa, suas interações e seu contexto. Trata-se de conjugar as ações necessárias com as possíveis na direção de um objetivo, tratando o racional e o subjetivo de maneira a tornar o processo compreensível e executável.

Chen (*apud* ¹³) diferencia as teorias causais, que buscam explicar as relações entre a intervenção, a implementação e os resultados, das teorias categorizadas como normativas e que, segundo o autor, “*estariam voltadas para definir a imagem-objetivo, ou seja, como devem ser as interações, o processo de implementação do programa e os resultados*”. Para ele, a teoria do programa deve abranger as duas dimensões, deve indicar o necessário a se fazer para que os objetivos sejam alcançados, considerando os possíveis impactos do programa na realidade social.

[...] a articulação dos dois métodos contribuiria para a construção de novos sentidos e significados da intervenção e da avaliação, considerando dimensões como o estabelecimento de contratos e compromissos, negociações concretas entre desejos e interesses, mediados por uma postura ética que garante igual valor às manifestações dos implicados. Esse processo define o problema, a intervenção e a avaliação¹⁴.

Fazer com que o processo avaliativo se torne um “*dispositivo pedagógico*” significa a “*elaboração, negociação e aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso*” que teria como finalidade permitir a pessoas e organizações o aprendizado necessário para se desenvolverem¹⁴.

Em “*a teoria do programa como estratégia metodológica para a avaliação de programas remete à elaboração de modelos lógicos ou teóricos como componentes necessários desse processo*”¹³. Seguem o mesmo raciocínio^{10,15}.

Modelo lógico

O Modelo Lógico é um “*esquema visual de um programa a ser implementado*”. Para o autor, o modelo lógico constitui uma importante ferramenta de planejamento e avaliação nas áreas pública e privada. Ele demonstra o fluxo de relações existentes entre recursos, atividades e resultados, e os impactos esperados. Nas versões mais completas, é possível ampliar essa

relação causal, assumindo como ponto de partida a intervenção na situação inicial que se justifique no contexto, seja ele social, físico, político ou institucional ¹⁶.

Modelo Lógico é um método que explicita a teoria de um programa, permitindo verificar se o desenho do seu funcionamento está adequadamente orientado para alcançar os resultados esperados, e é um passo essencial na organização dos trabalhos de avaliação. Sendo definido desta forma, o modelo lógico tem a potencialidade de sintetizar teorias complexas de mudança em componentes analítico ¹⁷.

Destaca a importância do modelo lógico para a identificação de deficiências ou problemas de fluxo que poderão interferir no desempenho do programa. Avaliar a qualidade da teoria significa “*verificar se o programa está bem desenhado e se apresenta um plano plausível de alcance dos resultados esperados*” ⁹. Dessa forma, faz-se necessária a articulação das ideias, hipóteses e expectativas nas quais se baseia o programa e o funcionamento esperado. Em muitos casos, ⁹, “*a teoria não é detalhada nos documentos oficiais, dificultando uma análise adequada*”.

O objetivo do modelo lógico é ser um desenho funcional de como o programa poderá se desenvolver, de sua possível execução em um determinado cenário e de como se pretende resolver os problemas iniciais identificados. O modelo lógico pode ser o ponto inicial para um “*convincente relato do desempenho esperado, ressaltando onde está o problema objeto do programa e como este se organiza para enfrentá-lo*” ⁹.

Os elementos que compõem um modelo lógico são: os recursos – humanos, financeiros, intelectuais, tecnológicos etc. – existentes para desenvolver o programa; as ações a serem realizadas para atingir a meta do programa; os produtos, resultados intermediários e finais; as hipóteses que sustentam as relações existentes; e as possíveis variáveis de contexto a serem levadas em conta ¹².

A sequência lógica como os princípios indicativos dos recursos a serem despendidos e as ações a serem executadas levam aos resultados esperados é, com frequência, indicada como a Teoria do Programa.

[...] as hipóteses são de que os recursos certos serão transformados em ações necessárias para os beneficiários certos, e isso, em um contexto favorável, irá conduzir aos resultados que o programa pretende alcançar ¹².

Segundo esses mesmos autores, ao se explicitar hipóteses de “*como*

o programa se desenvolverá”, cria-se uma referência de “*como poderá ser realizada*” tanto a gestão quanto a avaliação do programa.

Com frequência, o processo de planejamento da avaliação beneficia-se da existência de um modelo lógico, na medida em que esse modelo auxilia a ajustar a avaliação do programa: saber o quê e quando avaliar; focar a avaliação nos pontos-chave; conhecer as necessidades ou problemas que afetam determinado grupo, região, organização etc.; e conhecer os resultados e os impactos possíveis do programa ¹².

Em se tratando de avaliação da relevância, eficiência, eficácia, impacto e sustentabilidade de um programa, ainda que seu alcance dependa de compromissos e negociações entre o desejável e o possível, traduzindo ideologias, crenças e relações de força do contexto, a utilização do modelo lógico pode contribuir no sentido de localizar e sistematizar questões a serem avaliadas. Por exemplo:

Os resultados esperados são claros (explícitos), precisos e avaliáveis? Os indicadores selecionados para medir esses efeitos avaliam o nível de risco das populações expostas e das não expostas? Eles mensuram, de alguma forma, a cobertura e qualidade da atenção? Estimam os efeitos positivos e negativos do programa? Levam em consideração outras intervenções capazes de influenciar os resultados? São mobilizadores de vontades e fazem convergir os atores? E, principalmente, os indicadores são objetivos, mensuráveis, logicamente conectados ao programa, multidimensionais (ao englobar o conjunto de preditores) e longitudinais (quando consideram a variação dos efeitos do programa no tempo)? E os critérios de repartição de recursos disponíveis? São claros e equitativos? Os recursos são distribuídos proporcionalmente à população beneficiária ou às necessidades de investimentos? As regras de repartição de recursos contemplam preocupações com a efetividade e a eficiência no uso de verbas governamentais? Essas regras privilegiam metas de eficácia? Elas são transparentes, fáceis de explicar e justificar?

No Canadá, desde o início dos anos 1980, os modelos teóricos, também conhecidos como modelos lógicos, constituem uma exigência governamental para avaliação das intervenções federais e são considerados extremamente práticos pelos avaliadores, ajudando-os a estabelecer e testar a razão do programa, e a conceber um instrumento de avaliação adequado (Montague, 1997, *apud* ⁵).

No Brasil, o Ministério do Planejamento vem aplicando a metodologia de construção do modelo lógico em diversos órgãos federais como forma de avaliar a implantação e os progressos dos diversos programas de governo ¹². A proposta de modelo lógico trabalhada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) é composta de três momentos: (1º) explicitação do problema e

das referências básicas (objetivo e público-alvo do programa); (2º) estruturação do programa para o alcance de resultados esperados e efeitos indiretos; e (3º) identificação de fatores de contexto que podem vir a influenciar o desempenho do programa.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O método denominado Análise de Avaliabilidade constitui um processo cíclico, de quatro fases: (a) Clarificação dos objetivos do programa, realizado pela revisão dos seus documentos e por entrevistas com o gerente do programa e demais interessados; (b) Desenvolvimento de um modelo de programa, incluindo objetivos imediatos, intermediários e finais, e indicadores de performance, seguidos da apresentação para o coordenador do programa como feedback; (c) Exploração da realidade do programa por métodos tais como o exame das operações do programa e entrevistas com clientes e fornecedores. Esse passo inclui a comparação da realidade do programa com o programa modelo e a revisão do mesmo, seguido novamente pela apresentação para o coordenador do programa como feedback; e (d) Elaboração das Recomendações para: 1) Identificar áreas para o melhoramento do programa; 2) Identificar componentes do programa que podem ser avaliados; 3) Identificar quais questões avaliativas são úteis e praticáveis ^{10,12}.

Primeira fase – Check-list do programa

A fase inicial da análise de avaliabilidade tem como objetivo proporcionar aos diversos atores envolvidos um diagnóstico realista do problema e dos instrumentos necessários para seu enfrentamento, recursos necessários, impactos possíveis e finalidade do programa proposto.

Para tanto, deve-se promover uma revisão (pesquisa) minuciosa em documentos e realizar entrevistas com o gerente do programa e outros interessados. Relacionam um conjunto de **perguntas-chave** a serem respondidas – pelos documentos e pelos entrevistados –, como forma de garantir as informações necessárias ao cumprimento das demais fases do processo de avaliabilidade ¹⁰. São elas: a) Qual o problema visado pelo programa, por seus formuladores federais e executores ou agentes locais? b) Qual o programa de saúde criado para resolver o problema? c) Qual o objetivo geral do programa? d) Quais os objetivos específicos do programa? e) Quais as metas que o programa pretende alcançar? f) Qual é a população-alvo? g) Quais são os componentes do

programa? h) Que atividades são realizadas no programa? i) Quais as estruturas de que o programa necessita para funcionar? j) Quais os produtos que se espera obter com a realização das atividades? k) Quais os resultados que o programa pretende alcançar? l) Quais os fatores que podem influenciar no alcance desses resultados, que não apenas os relacionados ao programa?

Segunda fase – Construindo o modelo lógico

Esta é a fase de construção do modelo lógico. O cruzamento das informações contidas nos diversos documentos com as perguntas-chave deverá permitir a visualização, de forma ordenada, do objetivo, seus componentes, ações, resultados e metas esperadas, como também de fatores que possam influenciar o desenvolvimento do programa.

Para tanto, sugere-se três momentos da análise de avaliabilidade: (1º) análise de consistência das ações, (2º) análise de vulnerabilidade do programa e (3º) análise de pertinência e suficiência do modelo lógico. No primeiro momento, procura-se testar a **consistência das ações**, colocando sempre as assertivas ‘**Se** → **então**’. Assim, considerando-se os fatores-chave do contexto: a) **Se** forem utilizados tais recursos → **então** implementa-se tais ações; b) **Se** tais ações forem implementadas → **então** obtêm-se tais produtos para tais grupos de beneficiários; c) **Se** tais produtos forem obtidos → **então** alcança-se tais resultados intermediários; e d) **Se** tais resultados intermediários ocorrerem → **então** obtêm-se o resultado final que levará ao alcance do objetivo do programa¹².

No segundo momento, procura-se analisar a **vulnerabilidade do programa**. A análise de vulnerabilidade serve para identificar os elementos de invalidação das apostas contidas na estruturação do modelo lógico, decorrentes das assertivas ‘**Se** → **então**’ verificadas previamente, no teste de consistência. Então, eventuais fragilidades das ações para o alcance dos resultados pretendidos devem ser identificadas¹².

Como não existe o controle das circunstâncias em que o programa é implementado, é preciso levantar hipóteses quanto às condições capazes de invalidar as apostas contidas nas ações do programa. Identificadas as condições de invalidação de cada aposta, ação por ação, é feita uma análise qualitativa de sua probabilidade de ocorrência e seu impacto sobre o programa, para, enfim, concluir sobre a vulnerabilidade da aposta. Se for identificada alguma vulnerabilidade, será preciso buscar estratégias para sua superação.

Por se tratar de uma aferição qualitativa, a fase de análise da construção do modelo lógico incorpora grande grau de subjetividade na atribuição da

vulnerabilidade a situações cujos efeitos combinados de probabilidade e impacto sejam diferentes dos extremos da escala, quais sejam: Probabilidade alta e impacto alto = Vulnerável; e Probabilidade baixa e impacto baixo = Não vulnerável (Quadro 1). Partindo-se do exemplo do Quadro 1, se forem utilizados X recursos financeiros com a distribuição de medicamento para o distrito sanitário Y, o hospital W será adequadamente abastecido, a menos que determinadas condições invalidem essa distribuição.

Quadro 1 - Condições de invalidação, probabilidade, impacto e vulnerabilidade de um programa de Saúde Pública

| Condições de invalidação | Probabilidade | Impacto | Vulnerabilidade |
|--|------------------|------------------|-----------------|
| Oferta de medicamentos (quantidade e qualidade) insuficiente para o atendimento da demanda | Alto/Médio/Baixo | Alto/Médio/Baixo | Sim/Não |
| Capacidade operacional (produção e logística) do hospital Y limitada | Alto/Médio/Baixo | Alto/Médio/Baixo | Sim/Não |
| Recursos financeiros insuficientes | Alto/Médio/Baixo | Alto/Médio/Baixo | Sim/Não |

Fonte: Guerreiro⁸.

Trata-se de uma avaliação qualitativa da probabilidade e impacto dos condicionantes mapeados, em uma escala simples de alto, médio e baixo. De seu efeito combinado, chega-se à percepção se a aposta é vulnerável ou não, frente a determinada condição de invalidação.

A próxima etapa na análise do modelo lógico enfoca a “*pertinência e suficiência das ações*”¹². Após a realização da análise de vulnerabilidade, o conjunto das ações será analisado, levando-se em conta aquelas necessárias e suficientes para o alcance da meta do programa. Nesse momento, poderão ser encontradas lacunas na programação, assim como ações com potencial de produzir efeitos – tanto positivos como negativos – nos resultados almejados. As possíveis faltas/falhas deverão ser resolvidas com um novo desenho do modelo lógico do programa.

Uma vez redefinidas as ações, pode-se construir uma matriz de ações/causas em que, obrigatoriamente, será reavaliado o impacto de cada ação sobre as causas principais do problema a ser enfrentado¹².

Finalizado o desenho e validação do modelo lógico, pode-se definir indicadores com capacidade de aferir o desempenho do programa e sustentar um processo de avaliação.

O indicador é uma medida, que pode ser quantitativa ou qualitativa, dotada de significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação. É um recurso metodológico que informa

empiricamente sobre a evolução do aspecto observado ¹².

O Quadro 2 apresenta, de forma resumida, a ordem das etapas da segunda fase da análise de avaliabilidade de um programa.

Quadro 2 - Resumo das etapas componentes da segunda fase da Análise de Avaliabilidade: a construção do modelo lógico

| | | |
|-----------------------|---|--|
| Primeira etapa | Coleta e análise das informações | Coleta de documentação |
| | | Entrevista com a equipe gerencial |
| | | Sistematização das informações coletadas |
| Segunda etapa | Pré-montagem do modelo lógico | Realizar o pré-desenho do modelo lógico |
| | | Cheragem dos componentes do modelo lógico |
| | | Teste de consistência do modelo lógico |
| Terceira etapa | Validação do modelo lógico | Análise de vulnerabilidade |
| | | Análise da pertinência e suficiência das ações |
| | | Definição dos indicadores |

Fonte: Guerreiro ⁸.

Terceira fase – Testando o modelo lógico

Esta fase é crucial para a construção do programa, tanto no que diz respeito à construção formal como à validação dos sujeitos que poderão implantar o programa ou sofrer a ação dele. Nessa fase, o modelo lógico sob análise é levado à “*exploração da realidade do programa por métodos tais como o exame das operações do programa e entrevistas com clientes e fornecedores*”.

Esse passo inclui a comparação da realidade do programa com o programa-modelo e sua possível revisão, seguida, novamente, de apresentação ao coordenador do programa em nível de *feedback*.

Quarta fase – Elaborando recomendações

Trata-se das recomendações a serem feitas aos elaboradores do programa. Nessa quarta e última fase da análise, são indicados os pontos do programa que merecem ser melhorados, os que são fortes, os que se apresentaram mais vulneráveis ou diferem do que foi proposto e o que foi compreendido pelos atores responsáveis pela implementação do programa. Também é nessa fase quando são indicadas as principais ações a serem avaliadas, e que perguntas avaliativas devem ser exploradas.

Finalmente, as recomendações conclusivas da análise de avaliabilidade têm grande responsabilidade pedagógica: a maneira como são apresentadas

pode reforçar o comprometimento do gestor com o programa, além de ajudar a vencer eventuais resistências contra as mudanças recomendadas.

Aplicação metodológica

Em seguida será apresentado, a título de ilustração, um estudo de aplicação da metodologia de Análise de Avaliabilidade a um programa de ações de saúde – PRMI – até o nível das duas primeiras etapas do processo cíclico descrito^{10,12}: (1^a) clarificação dos objetivos do programa; e (2^a) desenvolvimento de um modelo de programa, incluindo objetivos imediatos, intermediários e finais, e indicadores de performance.

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

As principais fontes de dados consultadas foram os documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde entre 2008 e agosto de 2010. Além desses documentos, foram utilizadas como fontes de pesquisa as páginas oficiais do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e da Organização Panamericana da Saúde (Opas) na internet.

O período de 2008 a agosto de 2010 foi selecionado para a coleta dos dados e informações porque nele transcorreram as ações do PRMI até a data de início da pesquisa. Foi destacado um dos seis eixos do PRMI, ‘Qualificar a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido’, pelo fato de esse eixo corresponder a 55,5% de todas as ações do PRMI e constitui o principal foco do programa.

Como marco de referência para a seleção e organização das informações, considerou-se a proposta¹⁷, já referida: um conjunto de perguntas-chave norteadoras da construção de um programa/política de saúde até o desenho do respectivo modelo lógico.

O cruzamento das informações (colhidas nos diversos documentos) com as perguntas chave deveria permitir a visualização, de forma ordenada, do objetivo do programa, seus componentes, ações, resultados e metas esperadas, como também dos fatores que pudessem influenciar o desenvolvimento do PRMI.

O programa foi tratado em sua pluralidade, sem deixar de considerar a singularidade de seus subprogramas ou ações. Procurou-se identificar os efeitos lógica e hierarquicamente articulados, em uma série de assertivas estruturadas como ‘**Se** → **então**’, associando-se recursos, atividades e resultados¹³.

Uma questão importante a ser levada em conta na avaliação do programa de ações do Pacto, concerne à natureza dos fenômenos sociais enfrentados. Não

é simples definir o papel de cada um desses fatores na ocorrência de problemas produzidos por uma conjunção variada de causas. Pode acontecer, ainda, de as premissas em que o programa se baseia serem falsas ou de a metodologia e os instrumentos de intervenção serem inadequados, ou ainda, que variáveis externas restrinjam os efeitos esperados.

O Quadro 3 apresenta os documentos pesquisados – dos quais foi possível coletar os dados necessários para responder às perguntas-chave – para a construção do programa e seu modelo lógico.

Quadro 3 - Documentos do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil (PRMI) consultados e perguntas-chave respondidas. Brasil, 2010

| Perguntas-chave | Documentos produzidos pelo PRMI | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| | Compromisso para acelerar a redução das desigualdades na Amazônia Legal e no Nordeste (2009) | Diário Oficial da União, 25/02/2009, Seção 2, p. 26. | Sistemática para monitoramento e avaliação do Plano de Ações do Ministério da Saúde para a Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e no Nordeste (ago/2010) | Nota Técnica: MI (*) no Brasil e Políticas de Saúde da Criança do Ministério da Saúde nos 20 anos do Sistema Único de Saúde (2009) | Ata da Primeira Reunião de Avaliação do PRMI na Amazônia Legal e no Nordeste (fev/2010) |
| Qual o problema visado pelo programa, por seus formuladores federais e executores ou agentes locais? | X | X | | X | |
| Qual o programa de saúde criado para resolver o problema? | X | X | X | X | X |
| Qual o objetivo geral do programa? | X | X | X | | |
| Quais os objetivos específicos do programa? | X | X | X | | X |
| Quais as metas que o programa pretende alcançar? | X | | X | | |
| Qual é a população-alvo? | X | X | X | X | |
| Quais são os componentes do programa? | X | | X | | X |
| Que atividades são realizadas no programa? | X | | X | | X |
| Quais as estruturas de que o programa precisa para funcionar? | X | | X | | X |
| Quais os produtos que se espera obter com as atividades? | X | | X | | |
| Quais os resultados que o programa pretende alcançar? | X | | X | | |
| Quais os fatores que podem influenciar, além dos relacionados? | | | X | | X |

(*) Mortalidade Infantil

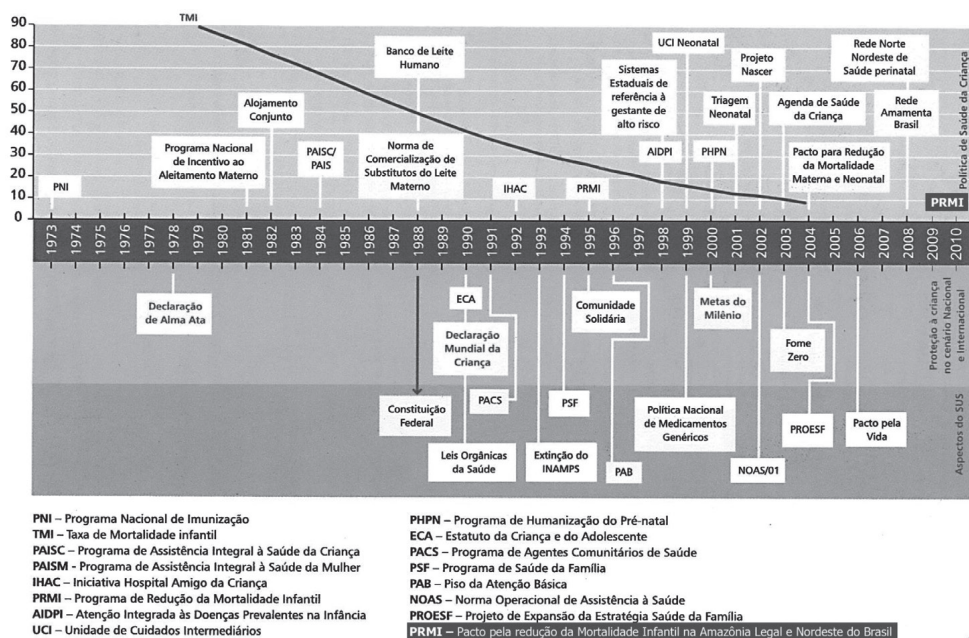
A mortalidade infantil e seu enfrentamento no Brasil

A mortalidade infantil, determinada em sua dimensão mais ampla pelas condições sociais, econômicas e culturais dos indivíduos e da comunidade a que pertencem ¹⁸⁻²⁰, tem sido frequentemente utilizada como indicador da qualidade de vida de uma população ^{19,21,22}.

É uma medida [a taxa de mortalidade infantil] que reflete as condições de vida da população, associando o nível de vida, por exemplo, a alimentação, moradia e acesso ao conhecimento médico, como determinantes de sobrevivência no primeiro ano de vida 23.

Assim, associam-se às causas biológicas da morte infantil aquelas de ordem social, econômica e ambiental, o que inclui a implementação das políticas públicas (Figura 1).

Figura 1 - Linha do tempo da saúde da criança. Brasil, 1973 a 2010



Fonte: Guerreiro⁸.

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil (TMI), que mede a mortalidade de crianças com menos de 1 ano de vida, vem decrescendo nos últimos 30 anos, devido a um conjunto de ações, tais como o aumento da cobertura vacinal da população, terapia de reidratação oral e cobertura do pré-natal, a ampliação do acesso aos serviços de saúde, redução contínua da fecundidade, melhoria do saneamento e aumento da escolaridade das mães e das taxas de aleitamento materno, além do investimento governamental em programas sociais que reduziram a prevalência de desnutrição²⁴.

Entretanto, diversos estudos apontam para desigualdades sociais e

econômicas entre as macrorregiões geográficas do Brasil e demonstram que, apesar dos avanços e progressos na saúde, estes ocorreram de forma desigual^{22,25-30}. A TMI, entre outros, é um indicador dessas desigualdades regionais.

Esse decréscimo da TMI nos últimos trinta anos, a uma média de 4,4 % ao ano, representou uma redução de 80,1 óbitos, por mil nascidos vivos (NV), em 1980 para 21,2 óbitos por mil NV, em 2005: uma queda de 73,6%²⁴.

Quando se observa cada uma das grandes regiões do Brasil, as TMIs também apresentam queda, embora não na mesma proporção. A Região Norte foi a que teve menor redução, enquanto o Nordeste apresentou declínio mais acentuado. A justificativa para o decréscimo dessa taxa na Região Nordeste é que “*decorreu, possivelmente, das maiores taxas no período inicial analisado*”³¹, e possíveis políticas locais. Apesar dos avanços alcançados pelo conjunto do país, quando os dados são desmembrados por ente federado, ficam demonstradas as disparidades das taxas entre os Estados da Amazônia Legal (quatro Estados) e do Nordeste (dez Estados) e os demais Estados brasileiros.

É importante ressaltar que, na Amazônia e no Nordeste, o número de subnotificações de mortalidade é reconhecidamente maior, o que faz supor que as taxas estejam subestimadas³²⁻³⁴.

Estudos direcionados aos diversos componentes da fase infantil (neonatal-precoce, 0-6 dias; neonatal-tardio, 7-27 dias; e pós-neonatal, 28-365 dias) verificaram que o componente pós-neonatal foi o responsável pelas altas TMIs prevalentes até o ano de 1980. Esse componente também foi o maior responsável pela redução da mortalidade infantil nas últimas décadas, enquanto o componente neonatal passou a representar a maior parcela da taxa de mortalidade infantil principalmente nas regiões onde as taxas são menores³⁵.

Segundo dados do Ministério da Saúde, a doença diarreica aguda, que representava em 1980 a segunda causa de mortalidade infantil (responsável por 25% dos óbitos por causas definidas), passou a representar, em 2005, somente 4% dos óbitos por causa definida. Em contrapartida, as afecções perinatais, que em 1980 já eram o maior grupamento de causas, com 37,8% dos casos no Brasil, passaram a ser responsáveis por 60,8%, mesmo que, em números absolutos, apresentassem uma redução de mais de 40% nas *causas mortis* notificadas para menores de um ano.

O modelo lógico do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil

Visando enfrentar esse quadro de desigualdade, o Ministério da Saúde constituiu um grupo de trabalho³⁶, cuja responsabilidade seria elaborar, executar, monitorar e avaliar, juntamente com os gestores estaduais e municipais do

Sistema Único de Saúde (SUS) das regiões da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiros, um programa de ações articuladas, com ênfase no período neonatal (até 27 dias). Esse programa de ações foi denominado ‘Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil (PRMI)’.

O processo de determinação da mortalidade infantil no Brasil ancora, como vimos, fatores e causas de naturezas diversas: desde a falta de infraestrutura básica (como baixa cobertura de redes de abastecimento de água e de esgoto tratado), passando por problemas sociais complexos, até a falta de atenção qualificada à mulher e à criança ³⁴.

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

Após a constituição do grupo ministerial, foi solicitado às Secretarias do Ministério da Saúde um levantamento das diversas ações já previstas no Plano Plurianual (PPA) e que pudessem acelerar a redução da mortalidade infantil. A partir desse levantamento, foram elaborados os seis eixos básicos estruturadores do Programa, apresentados a seguir.

Referências básicas do programa e sua contextualização

O PRMI foi implantado com o objetivo de reduzir em 5% a TMI nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil, com foco em ações na fase neonatal. Teve como público-alvo as mulheres gestantes e os recém-nascidos até o vigésimo sétimo dia, fase em que ocorre o maior número de óbitos infantis.

Como componentes do programa, foram definidos seis eixos de ação estratégica: (1) Qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido; (2) Educação na Saúde; (3) Gestão da informação; (4) Vigilância do óbito infantil; (5) Fortalecimento do controle social, mobilização social e comunicação; (6) Produção de conhecimento e pesquisas.

A partir da definição dessas estratégias de ação, foram selecionados 256 municípios dos 17 Estados que compõem as regiões da Amazônia Legal (102) e Nordeste (154) do País ^{31,34,36,37}. O critério para escolha desses municípios foi ser residência ou destino de ocorrência de mais de 50% dos óbitos de menores de um ano de idade.

Qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido

A meta finalística proposta para o eixo estratégico ‘Qualificação da Atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido’ foi reduzir o número de óbitos nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste em um total de 4.071, sendo 2.133 no ano de 2009 e 1.938 no ano de 2010. Levando-se em consideração que o foco do PRMI é o componente neonatal, espera-se uma redução total de 2.773 óbitos nos anos de 2009 e 2010, nesse componente da TMI ³¹.

Dez ações foram propostas para qualificar a atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido nesses 256 municípios das regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil.

4.2.3 Representação do modelo lógico

Na Figura 2, é apresentado o modelo lógico do programa, construído em consonância com a metodologia proposta: objetivo proposto para o programa, componentes de ação, ações desenvolvidas, resultados esperados, meta estimada e conjunto de fatores que influenciaram o PRMI até agosto de 2010 ^{10,12}.

Com base na metodologia utilizada, todos os componentes que deveriam fazer parte do modelo lógico do PRMI nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil (para solucionar o problema da alta TMI dentro do componente neonatal, nas duas regiões) foram preenchidos corretamente. Vale ressaltar que em agosto de 2010, as ações ainda estavam em processo de implementação, não sendo possível averiguar, na ocasião, a totalidade de seu impacto.

Em seu formato, o desenho lógico da Figura 2 mostra-se semelhante ao modelo lógico do PRMI em seis cidades do Estado de Pernambuco ¹³. Naquele trabalho, o modelo lógico foi testado e confirmada sua consistência programática.

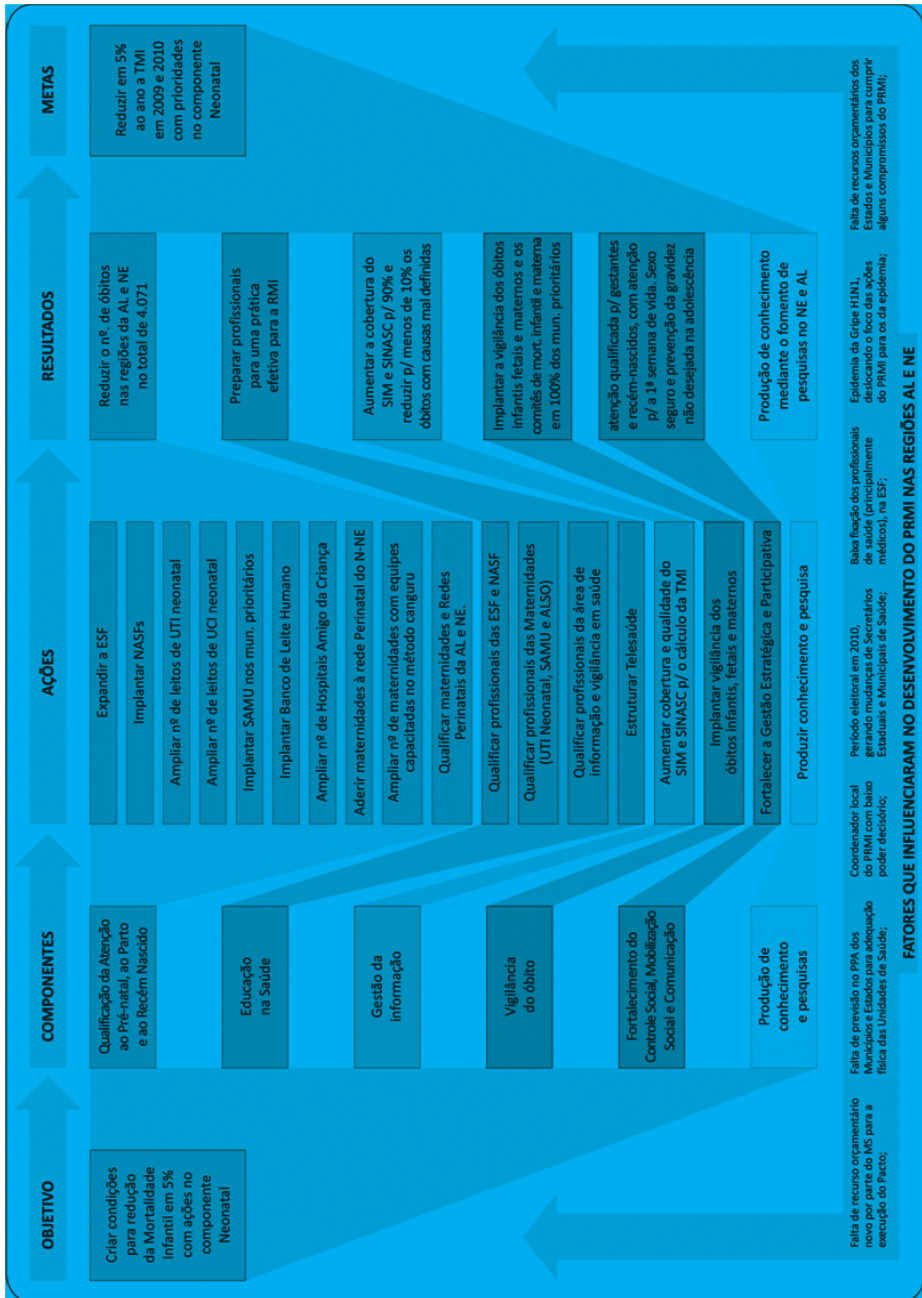
No Quadro 4, é apresentada a consequência lógica das ações em que se baseia cientificamente a assertiva “**Se** executada a ação → **então** ocorre”.

Quadro 4 - Fluxo lógico e bases científicas de sustentação do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil – PRMI. Brasil, 2010

| Ações | ‘Se executada a ação’ | ‘Então ocorre’ | Base |
|---|--|---|--|
| 1 Implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) | Implantação de 603 equipes da ESF nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste | Reforço das ações de vigilância em saúde à gestante e ao recém-nascido e aprimoramento das ações de captação precoce, continuidade e integralidade do cuidado durante a gestação e nas intercorrências. | Victoria, 2001; Starfield, 2004. |
| 2 Implantação de equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) | Implantação de 162 novas equipes de NASF | Apoio no aprimoramento das ações de captação precoce, continuidade e integralidade do cuidado durante a gestação e nas intercorrências. | Brasil, 2009c; Brasil, 2010c. |
| 3 Ampliação dos leitos de unidades de terapia intensiva neonatal (UTI) | Implantação de 710 leitos de UTI | Qualificação da atenção ao neonato que necessita desse tipo de serviço | Victoria, 2001. |
| 4 Ampliação dos leitos de unidades de cuidados intermediários (UCI) | Implantação de 1.318 leitos de UCI | Qualificação da atenção ao neonato que necessita desse tipo de serviço | Victoria, 2001. |
| 5 Implantação do Serviço Atendimento Médico de Urgência (192) em 100% dos municípios envolvidos no PRMI | Implantação de 229 unidades de remoção. | Transporte qualificado para transportar a gestante; e garantia de leito na maternidade pela regulação do Sistema. | Serruya, Lago e Cecatti, 2004. |
| 6 Implantação de Bancos de Leite Humano (BLH) | Abrir 57 novos BLH | Cobertura de 100% da demanda de leite humano para neonatos e menores de 1.500 gramas nos municípios prioritários | Victoria, 2001; Venancio e Almeida, 2004; Guinsburg, 2005. |
| 7 Ampliar o número de hospitais com o título ‘Amigo da Criança’ | Adicionar 85 novas unidades hospitalares credenciadas como ‘Amigo da Criança’ | Garantia de atenção qualificada na atenção pré e pós-parto à mãe e à criança | Victoria, 2001; Brasil, 2009c. |
| 8 Adesão das maternidades à Rede Perinatal do Norte-Nordeste | Adicionar 51 novas unidades à Rede Perinatal do Norte-Nordeste | Atenção à gestante e ao neonato qualificada | Victoria, 2001; Brasil, 2009c. |
| 9 Ampliar o número de maternidades com equipes capacitadas no método Mãe Canguru | Capacitar os profissionais de 48 novos hospitais que realizam mais de 1.000 partos por ano nos municípios prioritários | Garantia de parto mais humanizado | Venancio e Almeida, 2004. |
| 10 Qualificação das maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e do Nordeste | Meta financeira: repasse de R\$ 4 milhões a 36 maternidades, que deverão ser reguladas pelas Secretarias de Estado da Saúde. | Atenção qualificada nas 36 maternidades que constituem unidades de referência para os municípios prioritários | Mendes <i>et al</i> , 2010; Paim, 2008; Victoria, 2001. |

Fonte: Guerreiro ⁸.

Figura 2 - Modelo lógico do programa de ações do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil – PRMI. Brasil, 2010



Fonte:8.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da metodologia do Modelo Lógico de Programa (coleta de documentos e montagem do modelo lógico mediante as informações coletadas) permitiu a visualização do problema, das ações, objetivos e meta, além do próprio encadeamento lógico do programa avaliado, o que permitiu descrever o PRMI com foco na reconstrução de seu modelo lógico. Com essa caracterização do Pacto como programa de governo, foram destacados seus objetivos, ações e produtos esperados, e mecanismos de coordenação.

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

Os documentos analisados, profícuos em informações, permitiram a construção do modelo lógico, demonstrando o grande potencial desse instrumento e dessa fase do estudo, que merece ser reforçada dentro dos processos de avaliabilidade do programa estudado.

Caberia, na sequência deste trabalho, procurar os atores-chave do programa e apresentar-lhes o trabalho realizado, para que eles possam “validá-lo”, complementar as informações levantadas e ainda, se necessário, reescrever o modelo lógico do PRMI nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil, localizando fatores não escritos e divulgados, possíveis falhas encontradas quando de sua elaboração. E então, se necessária e oportuna, seria feita uma atualização do programa quando ele houvesse completado um ano de implantação e desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

1. Hartz ZMA, et al. Avaliação do Programa Materno-Infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA. Organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
2. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cad Saúde Públ. 1994; 10(1)80-91.
3. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Públ. 2000; 34(5) 547-9.
4. Chiechelski PCS. Avaliação de programas sociais: abordagens quantitativas e suas limitações. Rev Virtual Textos & Contextos. 2005; Porto Alegre, ano IV, n. 4, p. 1-12, dez., 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1006/786>>. Acesso em: 27 de setembro de 2010.

6. Hartz ZMA. Organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
7. Samico I, Figueró AC, Frias PG. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: Samico I. et al Organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 15-28.
8. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciênc Saúde Col. 1999; 4(2) 341-53.
9. Guerrero AVP. 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 de Mestrado]. Recife: Fiocruz, 2010.
10. Silva RC. A avaliabilidade do Programa SESI de prevenção de quedas na indústria de construção civil na Bahia. 2007 89 p. Dissertação [Mestrado em Gerenciamento e Tecnologias Ambientais no Processo Produtivo] – Universidade Federal da Bahia, Escola Politécnica, Salvador, 2007.
11. Mendes MFM. et al. Avaliabilidade ou pré-avaliação de um programa. In: Samico I. et al. Organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 57-64.
12. Silva, LCSP. Sentimentos de profissionais de enfermagem diante da morte de recém-nascidos em uma unidade de terapia intensiva – Natal [RN], 2007.
13. Ferreira H, Cassiolato M, Gonzalez R. Uma Experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa Segundo Tempo. Brasília: Ipea, 47 p., 2009. (Texto para Discussão nº 1.369). Disponível em: < http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/TDs/td_1369.pdf>. Acesso em: 10 set. 2010.
14. Hartz ZMA, Silva LMV. Organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
15. Pedrosa JIS. Perspectiva na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. Ciênc Saúde Col. 2004; 9(3) 617-26.
16. Frias PG et al. Atributos da qualidade em saúde. In: Samico I, et al. Organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 43-55.
17. Rowan M. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. The Canadian Journal of Program Evaluation. 2000; 15(2)81-92.
18. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, et al. Organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.
19. Costa SG. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. Rev Estudos Feministas. 2000; 10(2)301-9.
20. Aerts DRGC. Investigação dos óbitos perinatais e infantis: Seu uso no planejamento de políticas públicas de saúde. Jornal de Pediatria. 1997; 73; 364-6.
21. Paim JS. et al. Mortalidade infantil proporcional. Boletín de la oficina sanitaria pan-americana. 1987; 103(2)-113-22.
22. Szwarcwald CL. Apreciação das informações de registro sobre nascimentos e óbitos no Brasil. In: Seminário sobre Mortalidade Infantil no Nordeste, 1996, Recife.

Anais... Recife, 1997.

23. Vidal SA, et al. Óbitos infantis evitáveis em hospital de referência estadual do nordeste brasileiro. *Rev Bras Saúde Materno Infant.* 2003; 3, 281-9.
24. Souza RKT, Gotlieb SLD. Probabilidade de morrer no primeiro ano de vida em área urbana da região sul, Brasil. *Rev Saúde Públ.* 1993; 27(6)445-54.
25. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
26. Paim JS, Costa MCN. Decréscimo e desigualdade da mortalidade infantil: Salvador, 1980-1988. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panam.* 1993; 114(5)415-28.
27. Simões CCS, Monteiro CA. Tendência secular e diferenciais regionais da mortalidade infantil no Brasil. In: Monteiro CA. Organizador. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: A evolução do país e de suas doenças.* São Paulo: Hucitec/Nupens/USP, 1995. p.153-156.
28. Travassos C, Noronha JC, Martins M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. *Ciênc Saúde Col.* 1999; 4(2)367-81.
29. Vianna MLW. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. In: Bravo MIS, Pereira PAP. Organizadores. *Política social e democracia.* São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
30. Victora CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2001; 4(1).
31. Mota E. Inquérito domiciliar de cobertura vacinal: a perspectiva do estudo das desigualdades sociais no acesso à imunização básica infantil. *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11(s.1).
32. Brasil. Ministério da Saúde. *Compromisso para acelerar a redução das desigualdades na Região Nordeste e Amazônia Legal: Plano de Ações.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
33. Szwarcwald CL, et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Públ.* 1999; 15(1)15-28.
34. Frias PG, et al. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. *Cad Saúde Públ.* 2008; 24(10)2257-66.
35. Brasil. Ministério da Saúde. *Mortalidade infantil no Brasil e políticas de saúde da criança do MS nos 20 anos do SUS. Nota Técnica.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
36. Maranhão AGK, et al. Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. *TEMA-Radis.* 1999;17, 6-17.
37. Brasil. Portaria MS/GM nº 364, de 19 de fevereiro de 2009. Constitui Grupo Ministerial com a finalidade de elaborar plano de ação em parceria com os gestores do SUS, visando a redução da mortalidade infantil nos Estados que compõem a Amazônia Legal e Região Nordeste, bem como monitorar e avaliar a implementação das ações propostas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 fev. 2009. Seção 2, p. 26.*
38. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistemática para o monitoramento e avaliação: plano de ações do Ministério da Saúde para redução da mortalidade infantil da Região Nordeste e na Amazônia Legal.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.