

**Avaliação e Monitoramento do Programa de
Redução da Mortalidade Infantil e Materna
em Minas Gerais – Viva Vida**

Ernesto Friedrich de Lima Amaral

Estrutura da Apresentação

1. Debate sobre saúde e direitos reprodutivos.
2. Explicação do Programa Viva Vida em Minas Gerais.
3. Análise da mortalidade infantil e materna no Estado.
4. Estratégias de pesquisa para avaliação do Viva Vida.
5. Proposta de cronograma para realização das tarefas.

1. Debate Sobre Saúde Reprodutiva

- Durante conferência de população do Cairo em 1994, debate foi marcado por propostas de feministas, em aliança com comunidade demográfica:
 - Elaboração de metas para reduzir crescimento populacional e taxas de fecundidade foi condenada.
 - Ênfase na necessidade de políticas públicas visando melhora da saúde e direitos reprodutivos das mulheres.
- Debate de população passou a se basear em questões de gênero e direitos reprodutivos.
- Discussão se volta a temas de planejamento familiar, violência doméstica, mortalidade materna, doenças sexualmente transmissíveis, adolescentes, aborto.

Planejamento Familiar no Brasil

- Governo teve pequeno papel na queda da fecundidade, e mulheres obtiveram contraceptivos no setor privado.
- Em 1997, lei de regulação da esterilização não gerou aumento de programas para saúde reprodutiva.
- Gestores de políticas sugerem que ausência de planejamento familiar gerou diferenciais de fecundidade.
- Feministas indicam que fecundidade vem caindo e que filhos não-desejados não são fonte de violência.
- Mesmo em queda, fecundidade das mulheres mais pobres continua superior à das mulheres mais ricas.

2. Plano de Fundo do Programa Viva Vida

- Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna (Programa Viva Vida) foi lançado em outubro de 2003:
 - Merece atenção, já que não houve real implementação de políticas de saúde reprodutiva no Brasil em outros momentos.
- Parte do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 2003–2020:
 - Aumentar a eficácia e a eficiência do sistema público de saúde.
 - Atender o cidadão em seu município de origem.
- Viva Vida tornou-se Projeto Estruturador em 2007.

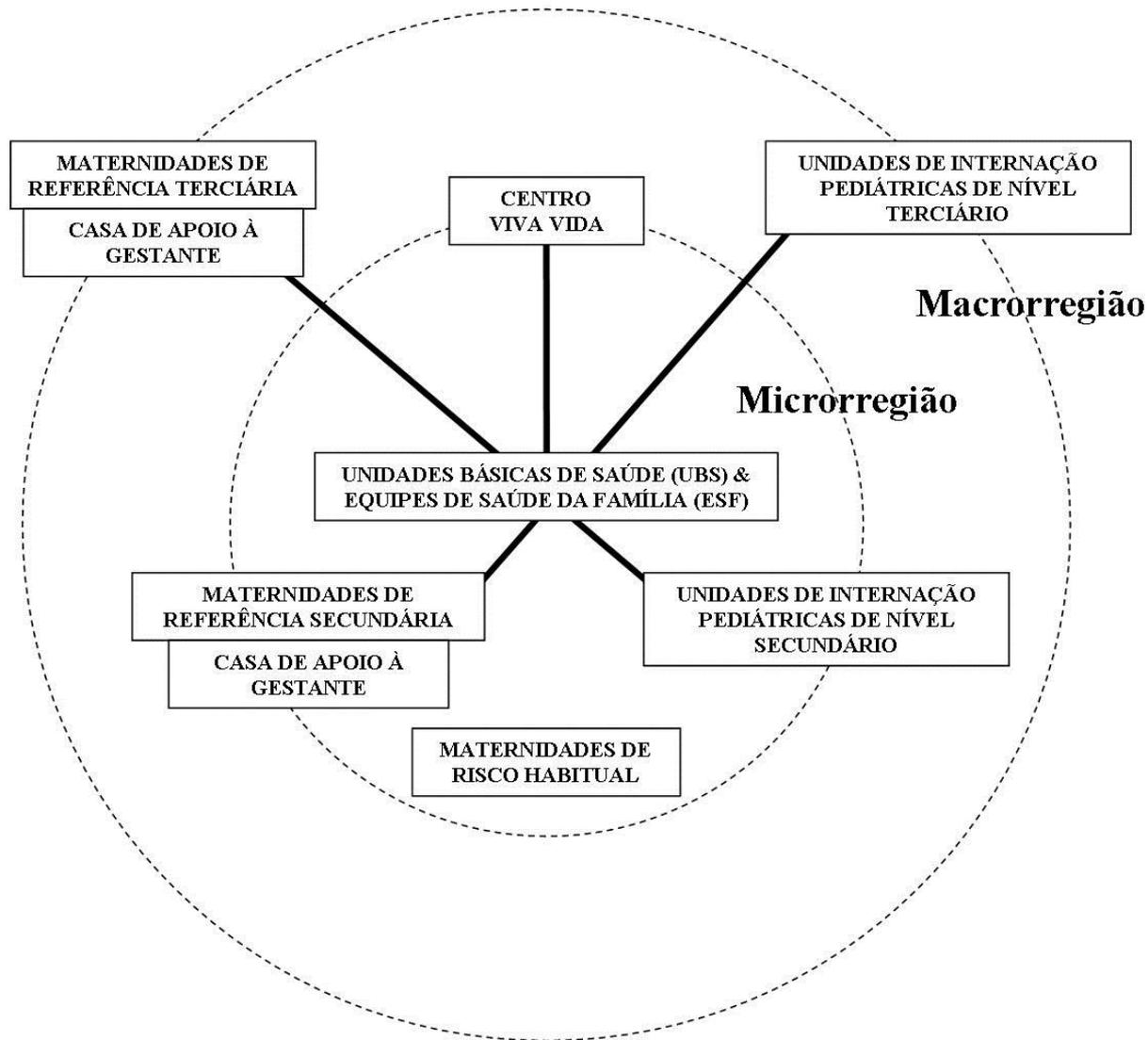
Principais Objetivos do Programa

- 2.1. Diminuição da taxa de mortalidade infantil e razão de mortalidade materna.
- 2.2. Melhoria da qualidade das informações de saúde.
- 2.3. Tentativa de iniciar um processo de mobilização social, com parcerias entre governo e sociedade civil.

2.1. Diminuição da Mortalidade Materna e Infantil

- Organização de rede de saúde microrregional, para garantir acesso à saúde a gestantes e recém-nascidos.
- Promover atendimento à saúde sexual e reprodutiva, dentro da perspectiva de gênero e direitos reprodutivos.
- Equipar adequadamente as instituições de saúde nos diferentes níveis de complexidade tecnológica.
- Implantar protocolos de pré-natal, parto e puerpério, e atenção hospitalar à criança até um ano de vida.
- Capacitação dos profissionais de saúde.

Desenho da Rede Viva Vida de Atenção à Saúde em Minas Gerais, 2007



Investimentos do Programa

- **Nível primário:**
 - Instrumentos médicos para Programa Saúde da Família (PSF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- **Nível secundário:**
 - Investimento em maternidades de média complexidade, muito demandadas no SUS.
 - Construção de casas de apoio à gestante.
 - Construção de Centros Viva Vida que são unidades públicas de saúde, e prestam serviços ambulatoriais ao SUS.
- **Nível terciário:**
 - Construção de 20 hospitais no Estado.
 - Recursos para implantação de 55 novos leitos de UTI neonatal.
- **Critérios de seleção:** “Índice de Necessidade” (FJP), taxa de mortalidade infantil, número de equipes do PSF.

27 Centros Viva Vida Aprovados

14 em funcionamento:

- * Brasília de Minas
- * Governador Valadares
- * Itabirito
- * Janaúba
- * Lavras
- Capelinha
- Frutal
- Januária
- Juiz de Fora
- Leopoldina
- Santo Antônio do Monte
- São Lourenço
- Sete Lagoas
- Taiobeiras

2 previstos para 2008:

- * Santa Luzia
- São João Del Rei

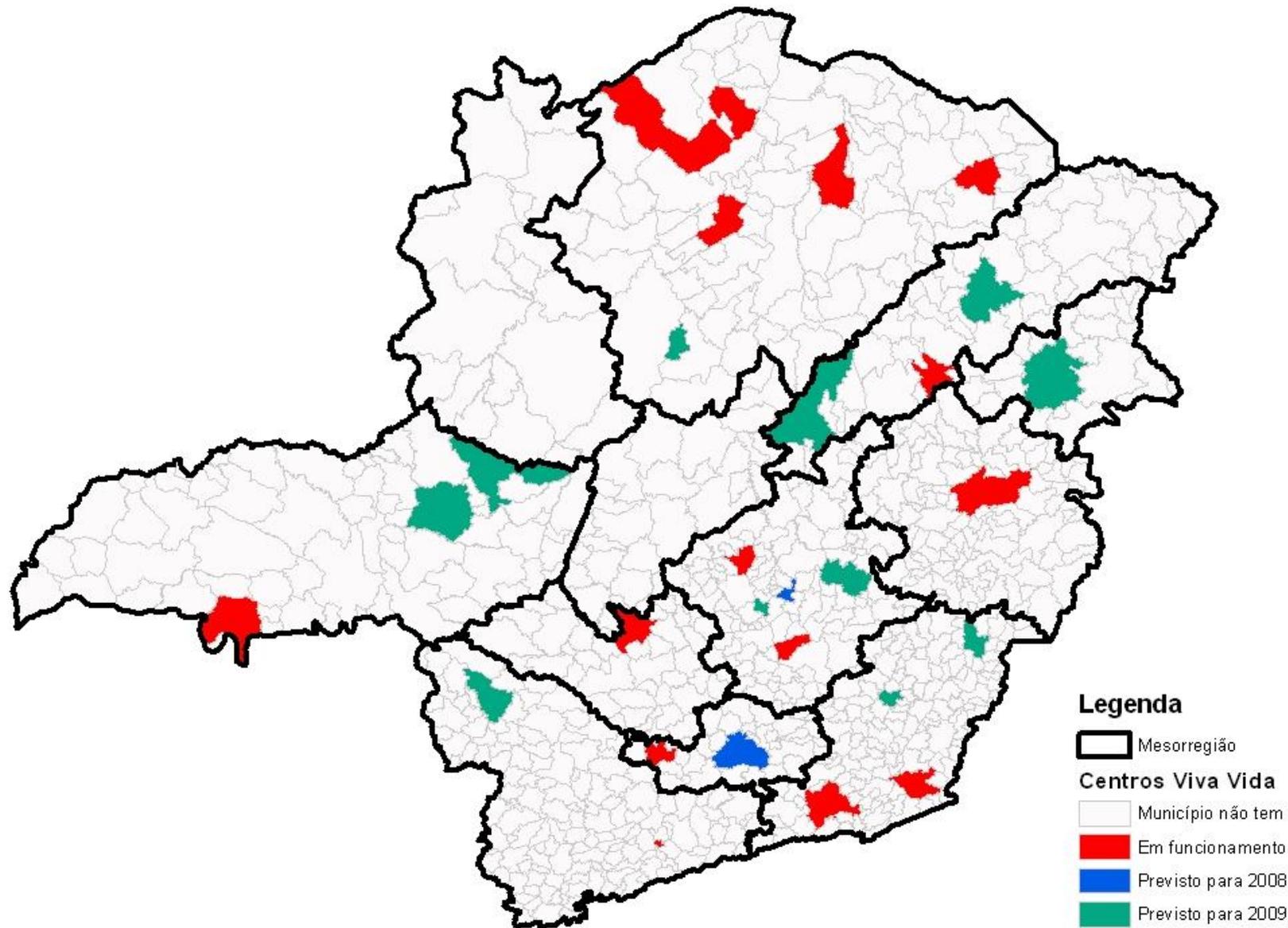
11 previstos para 2009:

- Araçuaí
- Contagem
- Diamantina
- Itabira
- Manhuaçu
- Passos
- Patos de Minas
- Patrocínio
- Pirapora
- Teófilo Otoni
- Viçosa

* Projetos-piloto.

Fonte: SES/MG, 09/12/2008.

Centros Viva Vida nos Municípios e Mesorregiões de Minas Gerais



2.2. Melhoria da Qualidade das Informações

- Implementação de comitês de prevenção da mortalidade materna e de prevenção do óbito fetal e infantil:
 - Melhora na qualidade dos dados de registro, os quais são sub-notificados ou notificados incorretamente.
 - Comitês visam identificar óbito, investigar a sua causa, promover notificação adequada e possibilitar correções.

2.3. Mobilização Social

- Desenvolver mobilização social entre diversas instituições governamentais e sociedade civil.

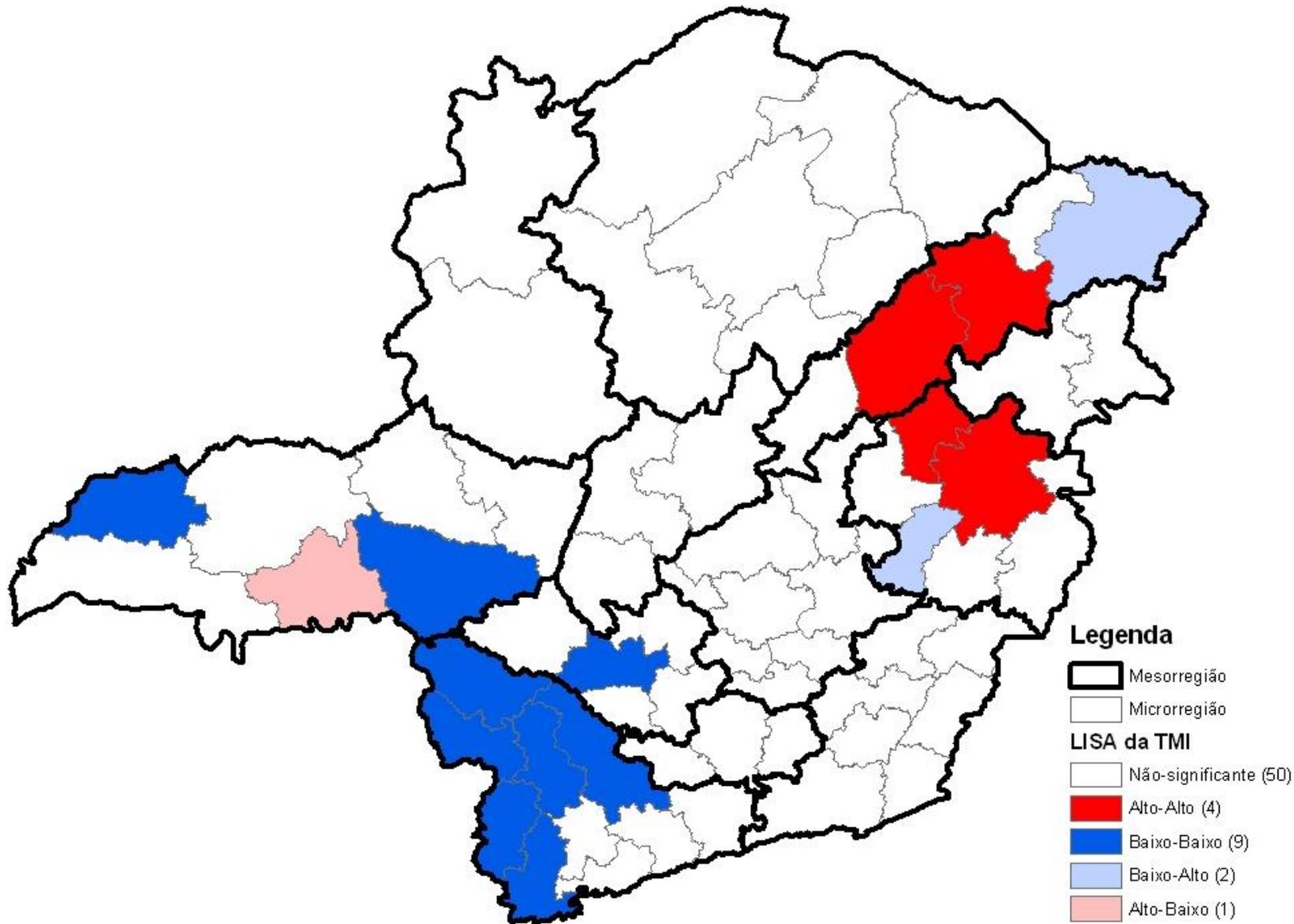
3. Taxa de Mortalidade Infantil e Razão de Mortalidade Materna em Minas Gerais

- DATASUS indica taxa de mortalidade infantil de:
 - 20,79 óbitos antes de um ano por mil nascidos vivos em 2000.
 - 18,75 em 2001.
 - 17,97 em 2002.
 - 17,55 em 2003.
 - 16,85 em 2004.
 - 16,53 em 2005.
- A razão de mortalidade materna foi estimada em:
 - 61,40 óbitos de mães por 100 mil nascidos vivos em 2000.
 - 47,36 em 2001.
 - 53,63 em 2002.
 - 55,04 em 2003.
 - 56,97 em 2004.
 - 44,91 em 2005.

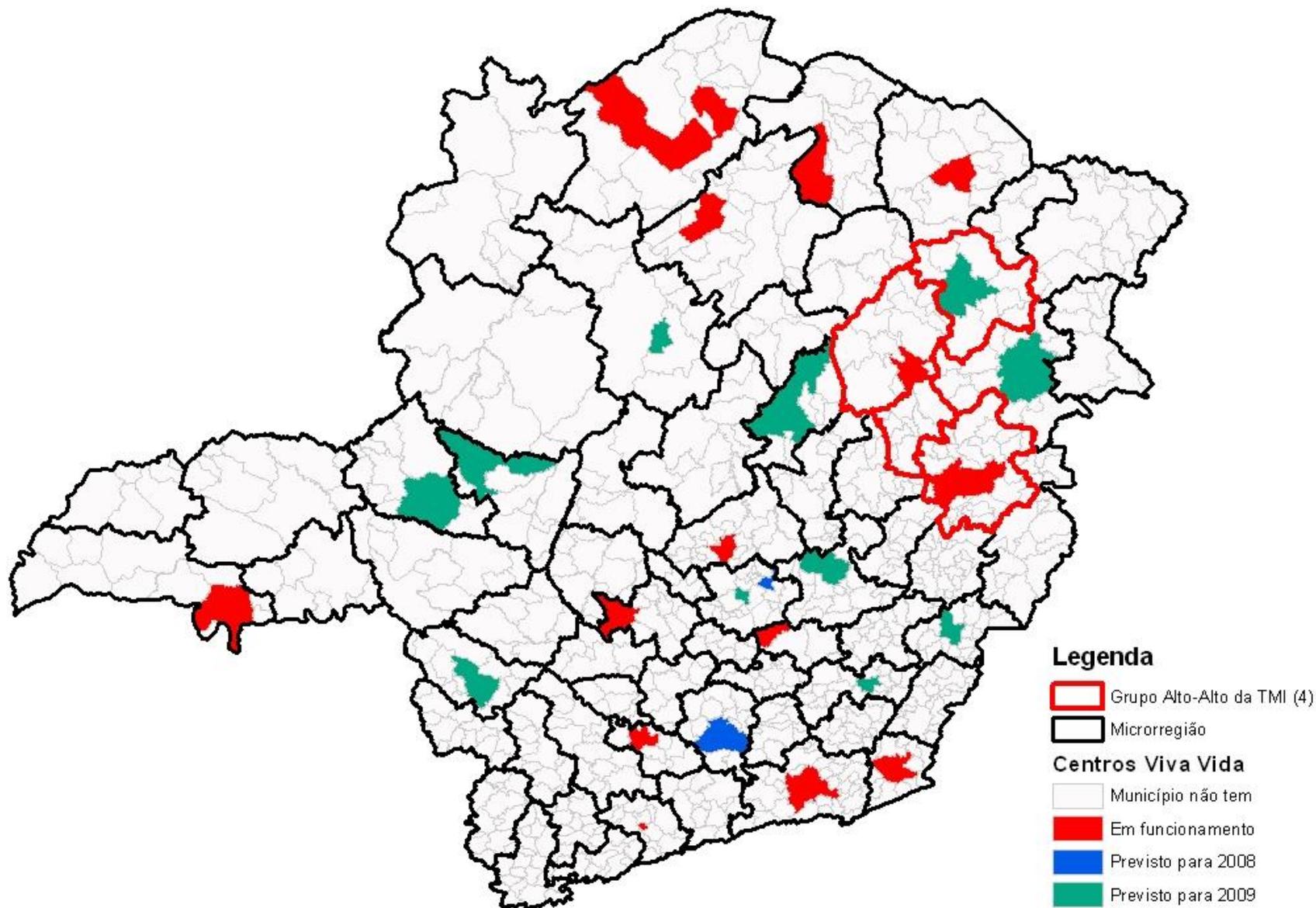
Análise de Auto-Correlação Espacial das Mortalidades Infantil e Materna

- Análise de concentração espacial da mortalidade com índice local de auto-correlação espacial (LISA):
 - **Alto-Alto**: se as áreas possuem altos níveis na taxa em análise e são circundadas por áreas com o mesmo perfil.
 - **Baixo-Baixo**: se as áreas possuem baixos níveis na taxa estimada e são rodeadas por áreas também com baixas taxas.
 - **Baixo-Alto**: se as áreas possuem baixas taxas, mas são circundadas por áreas com altas taxas.
 - **Alto-Baixo**: se as áreas possuem altas taxas, mas são envoltas por áreas com baixas taxas.

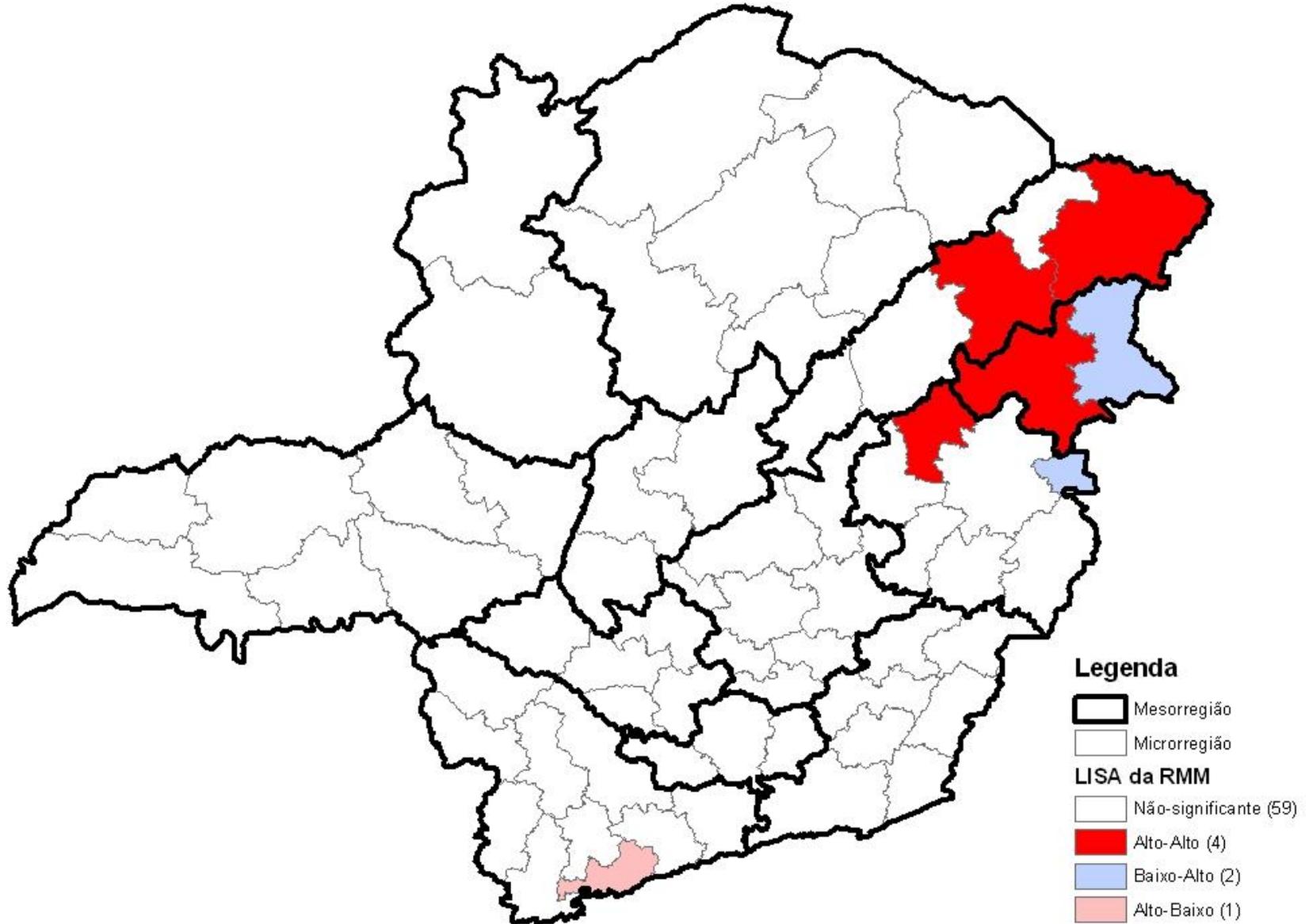
Taxa de Mortalidade Infantil nas Microrregiões e Mesorregiões, 2005



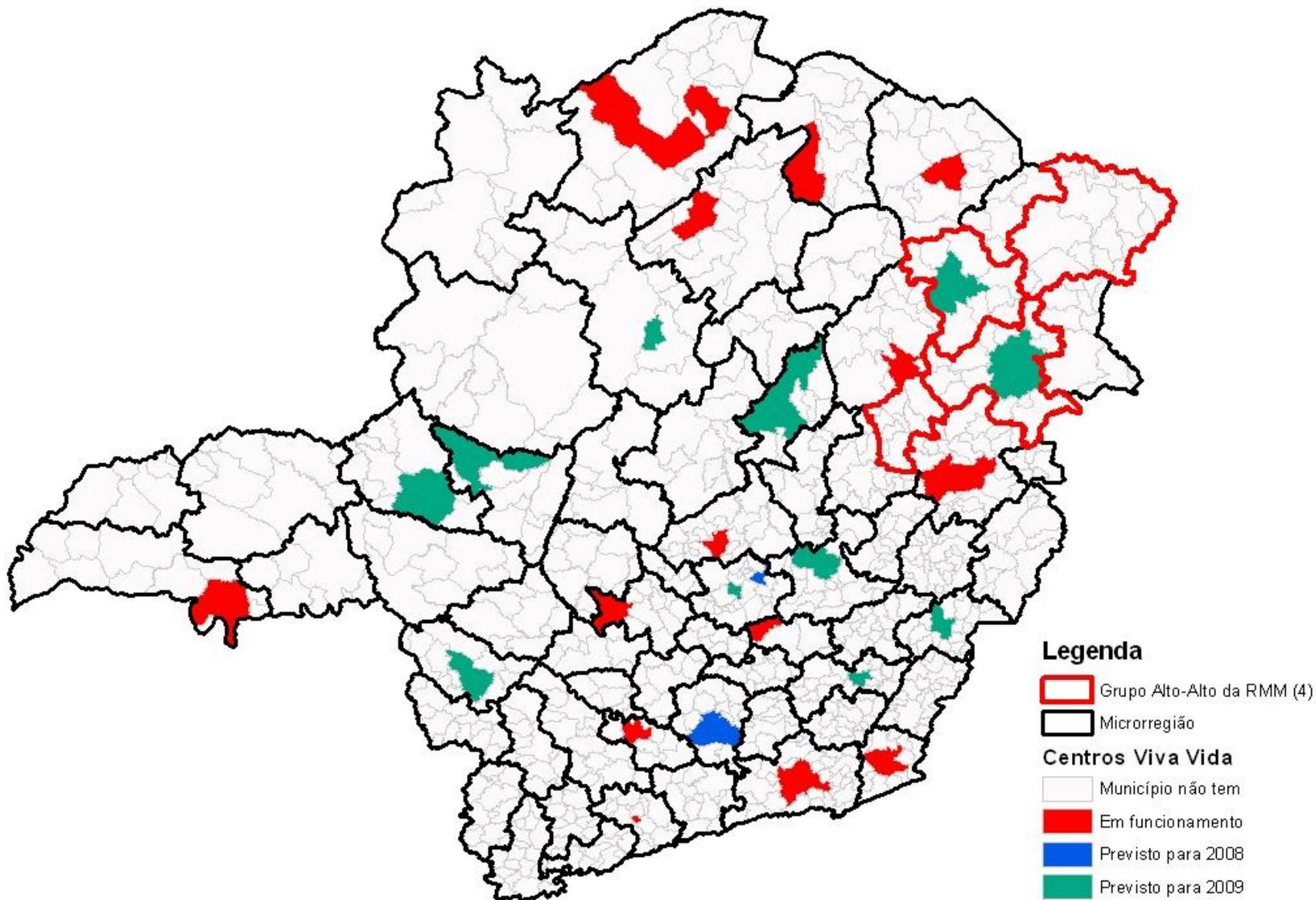
Centros Viva Vida & Taxa de Mortalidade Infantil



Razão de Mortalidade Materna nas Microrregiões e Mesorregiões, 2005



Centros Viva Vida & Razão de Mortalidade Materna



4. Estratégias para Avaliação do Viva Vida

- Investigar a eficiência na utilização de recursos públicos:
 - Obter informações sobre volume de recursos empregados.
 - Fornecer subsídios para qualificação da assistência prestada.
 - Orientar novos investimentos do programa.
- Analisar a eficácia de ações específicas:
 - Medir se houve cumprimento de metas estabelecidas.
- Mensurar a efetividade dessas políticas:
 - Avaliar impacto na qualidade de vida de gestantes e crianças.
 - Analisar quais são as ações mais efetivas.

Primeira Análise de Dados

- Obter informações sobre o que foi feito e passos seguintes do programa:
 - Entender os critérios que foram utilizados para escolher as localidades que receberam recursos da Rede Viva Vida.
 - Estabelecer de forma criteriosa as localidades que seriam o grupo de controle na comparação com o grupo de tratamento.
- Analisar dados secundários:
 - Explorar diagnóstico das maternidades do SUS/MG de 2007, que qualificou assistência à gestante e ao recém-nascido, e orientou novos investimentos do programa.
 - Utilizar dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Metodologia de Avaliação de Impacto

- Avaliações *ex ante* são feitas antes do programa, e usam bases secundárias para medir impacto e custo.
- Mesmo com política em andamento, seria possível análise *ex ante*, pois efeito de longo prazo não ocorreu.
- As ações do Viva Vida podem gerar pequenas mudanças em indicadores de saúde no curto prazo.
- Estimar indicadores indiretos:
 - Número de pré-natais.
 - Tempo de espaçamento dos filhos.
 - Uso de métodos contraceptivos.
- Indicadores intermediários são pré-condição para que indicadores estruturais apresentem mudanças no futuro.

Tratar, Controlar e Modelar

- Grupo de tratamento seria formado por mulheres das microrregiões que já estão participando do programa.
- Grupo de controle incluiria aquelas mulheres que residem em áreas que ainda não estão na rede:
 - Nas regiões sem o Viva Vida, mas que há previsão de implantação, será possível realizar análises em dois momentos.
- Modelagem estatística para medir causalidade entre implementação de políticas e melhorias na saúde:
 - Modelos podem ser controlados por características específicas de cada área e indivíduo (saúde, trabalho, demografia...).
 - Usar técnicas de avaliação de impacto, tais como diferenças em diferenças e pareamento com escore de propensão.

Instrumento para Coleta de Dados

- Questionários serão aplicados em 2009:
 - Dirigidos a mulheres de 15 a 54 anos.
 - Elaborados para entrevistar mulheres de 15 a 49 anos, desde que programa começou a ser implementado em 2004.
 - Baseados no questionário da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006.
- Público-alvo são mulheres que ficaram grávidas em algum momento dos 5 anos anteriores à entrevista.
- Aplicação acontecerá em diferentes microrregiões.

5. Proposta de Cronograma

- **Mês 1**
 - Iniciar coleta de informações atualizadas.
- **Meses 2 a 4**
 - Utilização de dados secundários para análise exploratória de indicadores (Censo, PNAD, SIM, SINASC, DATASUS).
- **Mês 5**
 - Definição dos grupos de tratamento e de controle.
- **Meses 6 e 7**
 - Aplicação de questionários nos grupos selecionados.
- **Meses 8 a 10**
 - Estimação e interpretação de modelos de avaliação de impacto.
- **Meses 11 e 12**
 - Elaboração de relatório sobre atividades realizadas.