

MANUAL DE CRITÉRIOS PARA A ELABORAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

GUIA – PRÁTICO

PASSO 1

DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA



Redução da Mortalidade Infantil

1. DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA



CHECKLIST – Perguntas Respondidas no Item 1.

- ✚ 2.1. Qual problema a política pública visa solucionar?
- ✚ 2.2. Quais as evidências da existência do problema na realidade do Estado?
 - ✚ 2.2.1. Desde quando o problema vem ocorrendo?
 - ✚ 2.2.2. Onde ele ocorre? Em qual área/local?
 - ✚ 2.2.3. O problema afeta diferentes regiões e grupos da população do Estado?
 - ✚ 2.2.4. Que pesquisas e estudos relacionados ao problema podem ajudar a identificar suas causas e orientar a ação do governo estadual?
- ✚ 2.3. Quais as causas que acarretam o problema?
- ✚ 2.4. Quais as consequências geradas pela existência do problema?
- ✚ 2.5. Construa a árvore do problema.

Etapas:

a) Identificação do problema: Alta Taxa de Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil se refere ao número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em um território e ano determinados. Assim, a taxa de mortalidade infantil estima o risco de morte dos nascidos em seu primeiro ano de vida. Esse indicador está diretamente relacionado a outros indicadores de saúde, saneamento, escolaridade e renda, por isso ele é um importante indicativo da realidade socioeconômica de um território.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a cada ano, 2,6 milhões de bebês morrem, no mundo todo, antes de completarem um mês de vida, o que significa uma média de 7.000 bebês por dia. Cerca de 80% dessas mortes poderiam ser prevenidas com políticas públicas adequadas, que garantissem as condições ambientais e sociais para o desenvolvimento saudável do ser humano durante todo o seu ciclo de vida, mas, sobretudo, nos primeiros meses, que são os mais críticos.

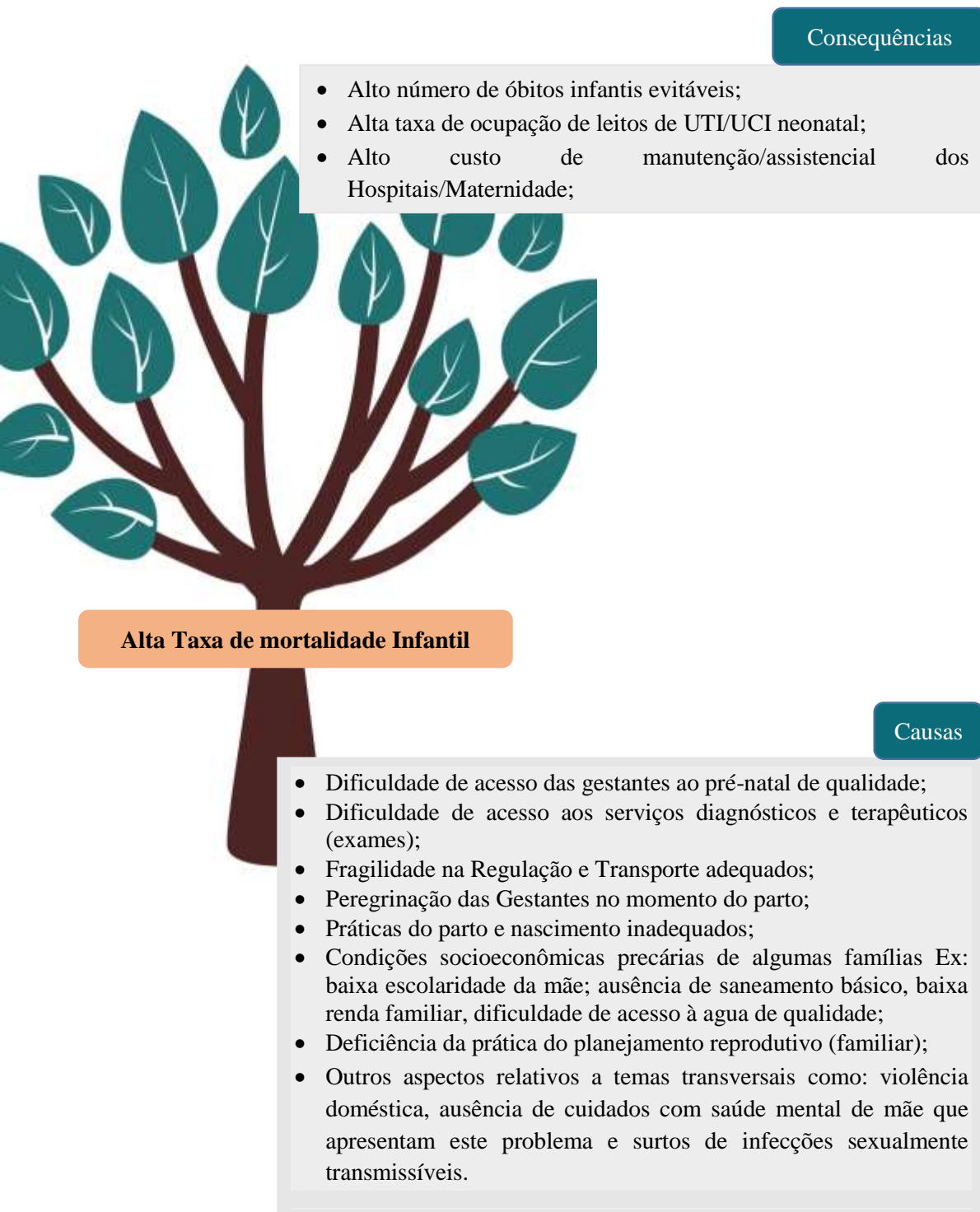


A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a taxa de mortalidade infantil como alta (50 óbitos ou mais), média (entre 20 e 49 óbitos) e baixa (abaixo de 20). Ademais, é considerada morte fetal quando o feto de mais de 22 semanas nasce morto; morte neonatal precoce quando o bebê morre entre o nascimento e o sexto dia de vida; morte neonatal tardia quando o óbito se localiza entre o sétimo (7º) e o vigésimo oitavo (28º) dia; e morte pós-neonatal quando ocorre após o primeiro mês e antes de 1 ano. Essas classificações são importantes, pois permitem pensar nas diversas expressões do mesmo problema, endereçando as ações de maneira mais objetiva.

No caso do Brasil, de acordo com o IBGE, desde o século 19 até os anos 1940, a pirâmide demográfica do país se caracterizava por altas taxas de natalidade e de mortalidade infantil. A partir dos avanços da medicina e da implementação de políticas ativas de saúde, de caráter preventivo, esse quadro começou a mudar, marcado por uma queda na mortalidade infantil. Entre 1940 e 2017, essa taxa caiu 91,3%, o que representa mais 134 crianças vivas a cada mil nascimentos. Nesse mesmo período, houve um incremento significativo da expectativa de vida, alterando a pirâmide etária brasileira, o que caracterizou um processo de transição demográfica.

No âmbito do Maranhão, a situação relativa à mortalidade infantil é ainda mais delicada. O Estado sempre esteve entre os entes subnacionais estaduais que apresenta os piores indicadores. Essa situação se deve à histórica existência de um conjunto de territórios vulneráveis que acumulam situações de risco e também a variáveis socioeconômicas que têm impacto direto sobre esse indicador. Por isso, é fundamental compreender a fundo as vertentes desse problema, criando soluções focalizadas e eficientes.

Com esse intuito, a próxima etapa do diagnóstico consiste na definição de causas e consequência do problema identificado acima. É importante lembrar que esses dois elementos devem ser o mais específico quanto for possível, porque assim ficará mais fácil criar boas soluções.

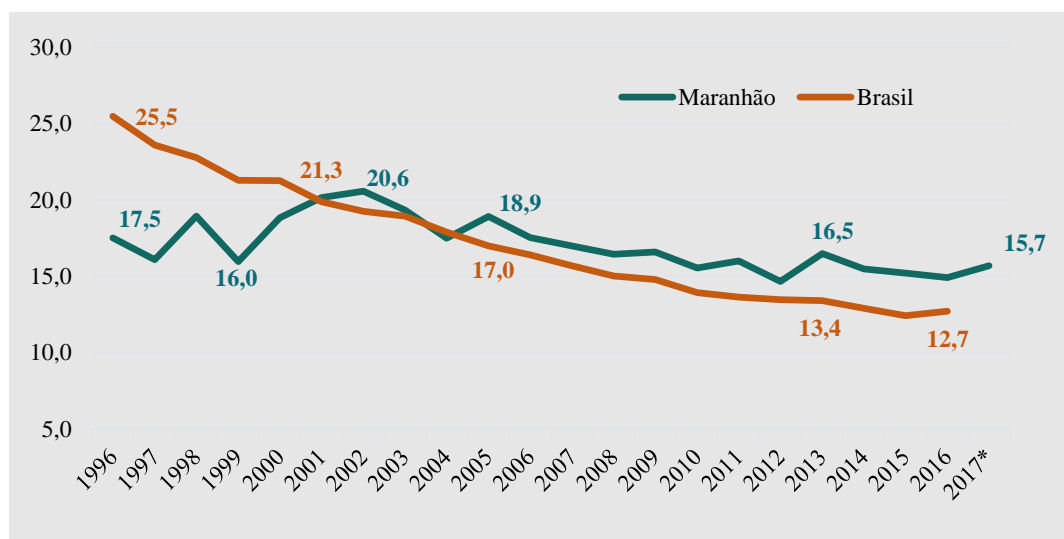
b) Definir as causas e consequências do problema:

c) Evidenciar o problema

Desde 1996, a taxa de mortalidade infantil (TMI) do Brasil apresenta uma tendência de queda importante. No Maranhão, por sua vez, esse indicador já demonstra um quadro de instabilidade que, apesar de ter registrado uma tendência de queda da TMI desde 2005 (**Gráfico 1**), observou-se um crescimento no ano de 2017, segundo os últimos dados disponíveis.

Além das tendências dos últimos 20 anos, é essencial traçar o perfil da mortalidade infantil do estado do Maranhão, a fim de caracterizar melhor o problema. Segundo o DATASUS, a maioria dos óbitos registrados, no intervalo de 1996 a 2016, aconteceu até os seis primeiros dias de vida (óbitos neonatais precoces). Superado esse período, os óbitos se concentram na faixa etária acima de 28 dias (óbitos pós-neonatais). Além disso, tendo como referência o ano de 2016, as mortes se concentram majoritariamente em populações de cor parda, seguidos por brancos, indígenas e pretos.

Gráfico 1 – Taxa de Mortalidade Infantil no Maranhão – 1996 a 2017.



*dados não oficiais; Fonte: SES-MA; DATASUS



Vale destacar que no Maranhão há estudos quantitativos que abordam a mortalidade infantil, como o Zoneamento Ecológico e Econômico¹ - ZEE - MA e o diagnóstico do Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado da Região Metropolitana da Grande São Luís, ambos contribuirão para melhor caracterizar o problema.

Outro aspecto relevante é que a taxa de mortalidade infantil é calculada apenas para os municípios com mais de 100 mil habitantes. Por este motivo, uma boa forma de territorializar o problema é através da quantidade de óbitos por município. Em 2016, conforme os dados oficiais do DATASUS, os municípios que apresentaram maior número de óbitos foram São Luís, Imperatriz, Timon, Balsas, Açailândia e Caxias. Ressalta-se que 4 desses municípios são considerados regiões de MacroSaúde², conforme regionalização da Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão – SES/MA. Trata-se, portanto, de regiões com o maior número de habitantes e recebem maior volume financeiro. Apesar dessa especificidade, a política proposta com foco na redução da mortalidade infantil, visa atender a esses municípios, como também universalizar os atendimentos aos demais.

1.1 COMPLEMENTARIEDADE DE AÇÕES



CHECKLIST – Perguntas Respondidas no Item 1.1

-  2.6. Já existem outras políticas para enfrentar o mesmo problema? Está sendo bem-sucedida? Se sim, é possível integrar as duas políticas para aumentar a efetividade? Se não, quais são as lições aprendidas?
-  2.7. Já existiram outras políticas para enfrentar o mesmo problema? Elas foram bem-sucedidas? Se sim, quais as lições aprendidas? Elas foram descontinuadas? Por que?

Destaca-se a existência, no âmbito federal e estadual, de algumas políticas que visam reduzir a taxa de mortalidade infantil, de forma direta ou indireta, a exemplo do: Pacto de

¹ O Zoneamento Ecológico-Econômico se configura como instrumento de ordenamento territorial, buscando alinhar os objetivos do desenvolvimento socioeconômico e da sustentabilidade ambiental. Conforme o Decreto Federal nº 4.297/2002, parágrafo único, o “ZEE, na distribuição espacial das atividades econômicas, levará em conta a importância ecológica, as limitações e as fragilidades dos ecossistemas, estabelecendo vedações, restrições e alternativas de exploração do território e determinando, quando for o caso, inclusive a realocação de atividades incompatíveis com suas diretrizes gerais”.

² As regiões de MacroSaúde foram instituídas por lei e são utilizadas pela SES para a construção dos programas, são constituídas por municípios com o maior número de habitantes.



Redução da Mortalidade Infantil; do Pacto Pela Saúde; da Rede Cegonha do Termo de cooperação da OPAS, entre outras que também serão especificadas neste guia.

Lançado em 2009, o Pacto de Redução da Mortalidade Infantil na Região Nordeste e Amazônia legal (PRMI) faz parte de um conjunto de esforços das instituições governamentais para melhorar a saúde infantil nessas regiões e reduzir as desigualdades regionais. Esse Pacto teve a finalidade de criar um plano de ação visando à redução da mortalidade infantil, com ênfase na redução da mortalidade neonatal, nos estados que compõem a Amazônia Legal e a Região Nordeste, com base em projetos e ações específicas para o aperfeiçoamento da atenção prestada à gestação, ao parto e ao nascimento.

Visando atingir a meta proposta, o Projeto em questão foi estruturado em seis eixos: *i)* qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido; *ii)* educação na saúde; *iii)* gestão da informação; *iv)* vigilância do óbito infantil; *v)* fortalecimento do controle social, mobilização social e comunicação; e *vi)* produção de conhecimento e pesquisas.

Além disso, deve-se destacar que a redução da mortalidade infantil é uma das prioridades sanitárias do Pacto Pela Saúde, de 2006, sendo um dos itens dos Termos de Compromisso de Gestão da União, Estados e Municípios.

Em consonância com os eventos anteriores, atualmente o Estado do Maranhão está alinhado às políticas ministeriais das redes de atenção à saúde, especificamente à Rede Cegonha (Materno Infantil), que vem realizando ações visando à redução da mortalidade infantil. Há investimentos em medidas de melhoria da qualidade do pré-natal, de assistência ao parto e de proteção integral ao recém-nascido até os 24 meses de vida, por meio de atividades que envolvem a estruturação e organização dos serviços de saúde e de práticas profissionais seguras e eficazes.

Pode-se destacar, ainda, o esforço dispensado pelo governo em ações/atividades como o Termo de Cooperação da OPAS com a SES, cujo objeto é a estruturação da Atenção à Saúde no estado do Maranhão. Dentre os objetivos, estão a reestruturação da Rede de Atenção Materno Infantil, a implementação de ações de vigilância em saúde com vistas à redução dos indicadores de morbimortalidade, especialmente em mulheres e crianças.





Outras iniciativas importantes que valem ser citadas são: a Planificação da Atenção Primária em parceria com o CONASS, a Rede Mãe Maranhense (Mapa de Vinculação da Gestante às Unidades de Saúde, Cheque Cesta Básica, Georeferenciamento das Gestantes) e o Projeto Sentinela, voltado ao planejamento reprodutivo e ao aumento da oferta do número de leitos de UTI/UCI neonatal. Entre essas iniciativas, destaca-se o Cheque Cesta Básica à Gestante que tem como objetivo reduzir a mortalidade infantil, estimulando a procura pela assistência ao pré-natal pelas gestantes de baixa renda do Maranhão. O sistema de Georeferenciamento das gestantes que será implantado no estado iniciará com as beneficiárias do cheque cesta básica.

Dessa forma, objetiva-se a articulação e integração dessas políticas já em curso à política proposta. No entanto, é importante que as iniciativas de redução da mortalidade infantil sejam territorializadas, dando especial atenção ao problema no Maranhão, visto que o estado, assim como o Brasil, ainda possui alta taxa de mortalidade infantil.

1.2 ALINHAMENTO COM AS AGENDAS



CHECKLIST – Perguntas Respondidas no Item 1.2

-  2.8. Identifique qual ou quais compromissos de governo possuem vinculação com o problema
-  2.9. Identifique os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e respectivas metas que possuem vinculação com o problema
-  2.10. Identifique a quais objetivos e resultados sistêmicos do Selo UNICEF o problema está vinculado
-  2.11. Identifique os desafios do Consórcio Brasil Central/Aliança Municipal pela Competitividade que possuem vinculação com o problema

A redução da mortalidade infantil é uma das metas do Governo do Maranhão e está presente, indiretamente, nos compromissos do Programa de Governo 2019/2022. Também é foco das agendas atuais assumidas pelo Estado, como o Consórcio Brasil Central - BrC, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS, Plano Mais IDH e Selo Unicef.

Entre os compromissos assumidos pelo governo, a redução da taxa de mortalidade infantil está vinculada à pauta de enfrentamento das injustiças sociais. Há cinco

compromissos que perpassam pela meta da política proposta (**Tabela 1**), dentre eles destaca-se a expansão das ações da Força Estadual de Saúde (FESMA) e do Programa Ninar (compromisso 22), ambos evidenciam o público materno-infantil.

Tabela 1 - Compromissos assumidos pelo governo do Maranhão no programa de Governo 2019/2022 que agregam a Redução da Taxa de Mortalidade Infantil

Programa de Governo 2019/2022		
Eixo	Nº Compromisso	Compromisso
Enfrentar as injustiças sociais	C20	Fortalecer a rede de atendimento dos hospitais regionais com serviços de média e alta complexidade, inclusive com UTI's.
	C21	Implantar em cada Regional de Saúde: a) Policlínica, para consultas e exames, contando, inclusive, com pediatria; b) Programa Sorrir, para atendimento odontológico de média e alta complexidade
	C22	Consolidar as ações desenvolvidas pela Força Estadual de Saúde (FESMA), pelo Ninar, pelo Mais Saúde e criar os Centros de Referência para Atendimento Integral à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, em São Luís e cidades polos.
	C23	Implantar um novo Sistema Estadual de Marcação de Consultas, por meio da criação do Cartão Saúde Inteligente, facilitando a marcação de consultas e exames, e instituir o prontuário eletrônico que disponibilize todos os dados cadastrais e clínicos do paciente.
	C29	Trabalhar junto aos municípios para ampliar a execução da política estadual de cofinanciamento para os agentes comunitários de saúde, em regime de colaboração, em cumprimento à Lei Estadual no 10.583/2017, envolvendo a complementação do piso salarial desses profissionais e dos agentes de endemias.

Fonte: Programa de Governo 2019/2022

O programa Aliança Municipal pela Competitividade – AMC, do Consórcio Brasil Central – BrC, visa estabelecer o pacto cooperativo entre municípios e estados focado na melhoria da competitividade e na qualidade de vida das pessoas em áreas prioritárias. No AMC, a redução da mortalidade infantil configura-se como um desafio a ser superado. Para o Maranhão a meta é que se chegue até 2022 com 11% de Taxa de Mortalidade Infantil. Para atingir esses objetivos, o AMC lista uma série de iniciativas e objetivos para o Estado (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Desafio 3 do programa Aliança Municipal pela Competitividade - AMC relacionado à mortalidade infantil, eixos e quantitativo de iniciativas e objetivos.

Consórcio Brasil Central (BrC)			
Desafios	Eixos	Iniciativas	Objetivos
Desafio 3 - Reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil de 13,3 para 9,7 óbitos infantil/mil nasc. vivos, em 2022	Organização da Rede de Assistência à Saúde Materno Infantil	5	7
	Formação Profissional Permanente	1	1
	Prevenção/ Vida Saudável	2	2
	Gestão da Informação de Saúde	2	2
	Governança Compartilhada Em Saúde Materno-Infantil	3	3

Fonte: AMC/BrC

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) contemplam 17 objetivos e 169 metas que deverão orientar as políticas nacionais e atividades de cooperação internacional até o ano de 2030. A Redução da Mortalidade Infantil faz parte das metas propostas pelo ODS para as nações e está integrada no Objetivo 3 que pretende assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos em todas as idades (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável - ODS que visam Reduzir a Mortalidade Infantil

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)	
Objetivos	Metas
Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos em todas as idades.	Meta 3.1 – Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.
	Meta 3.2 – Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos.
	Meta 3.1 – Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.
	Meta 3.2 – Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos.
	Meta 3.4 – Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis (DNTs) por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e bem-estar.

Fonte: ODS

O Selo UNICEF, por sua vez, tem ações voltadas exclusivamente para a garantia dos direitos da criança e do adolescente. Para a Redução da Mortalidade Infantil, o Selo



UNICEF determina, no Objetivo 2, Resultados Sistêmicos e Ações de Validação que deverão ser assumidas pelos municípios dos 18 estados do Semiárido e da Amazônia Legal brasileira (**Tabela 4**). No Maranhão há 209 Municípios que aderiram ao Selo UNICEF e assumiram o compromisso de reduzir a taxa de mortalidade infantil.

Tabela 4 - Objetivos, Resultados Sistêmicos e Ações de Validação do Selo UNICEF voltados para a Redução da Mortalidade Infantil.

SELO UNICEF		
Objetivos	Resultados Sistêmicos UNICEF	Ações de Validação
OBJETIVO 2 - Garantir políticas sociais de qualidade para crianças e adolescentes vulneráveis	4. Programas de melhoria do estado nutricional das crianças e adolescentes, incluindo a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, implementados	4.1 Implementar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
		4.1.1. Para municípios que têm população indígena: incluir as crianças indígenas na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
	5. Acesso ao pré-natal garantido segundo os critérios de qualidade do Ministério da Saúde	• 4.2 Implementar a ação IX (“Promoção da Alimentação Saudável e Prevenção da Obesidade Infantil”) do Programa Saúde na Escola (PSE/MS e MEC)
		• 5.1 Implementar serviços de pré-natal de qualidade desde o primeiro trimestre de gravidez, de acordo com as normativas do Ministério da Saúde •
		5.2 Oferecer o teste rápido de HIV e Sífilis a todas as gestantes, a fim de garantir o diagnóstico oportuno e o tratamento adequado
	7. Ações de promoção de direitos sexuais e reprodutivos e prevenção das IST/Aids voltadas para adolescentes e jovens implementadas	7.1 Assegurar que as equipes escolares desenvolvam atividades com os adolescentes sobre os direitos sexuais e reprodutivos, prevenção da gravidez na adolescência e prevenção de IST •
		7.2 Implementar a ação XI (“Prevenção de DST/Aids e orientação sobre direito sexual e reprodutivo”) do Programa Saúde na Escola (PSE/MS e MEC)

Fonte: Selo UNICEF

Dessa forma, pensou-se na redução da mortalidade infantil em conjunto com as metas já existentes no cenário internacional, nacional e regional, além dos 65 novos compromissos assumidos pelo governo. Assim, espera-se que ações diferentes possam se integrar para a resolução do mesmo problema.

PASSO 2

DESENHO E CARACTERIZAÇÃO DA POLÍTICA



2. DESENHO E CARACTERIZAÇÃO**2.1 FUNDAMENTAÇÃO****CHECKLIST – Perguntas Respostas no Item 2.1**

- ✚ 3.1. Qual o objetivo da política pública?
- ✚ 3.2. Quais as razões para que o governo do Estado intervenha no problema? (Justifique a escolha da intervenção, mostrando que as intervenções propostas podem levar aos resultados esperados)
- ✚ 3.3. Construa a matriz SWOT da política pública.
 - ✚ 3.3.1. Desenhe uma tabela com quatro quadrantes.
 - ✚ 3.3.2. Escreva do lado esquerdo da tabela, na primeira linha: Ambiente Interno; Escreva do lado esquerdo da tabela, na segunda linha: Ambiente Externo
 - ✚ 3.3.3. Escreva no quadrado superior esquerdo: FORÇAS
Escreva no quadrado superior direito: FRAQUEZAS
Escreva no quadrado inferior esquerdo: OPORTUNIDADES
Escreva no quadrado inferior direito: AMEAÇAS
 - ✚ 3.3.4. Liste os fatores internos e externos dentro de cada quadrado correspondente

Objetivos

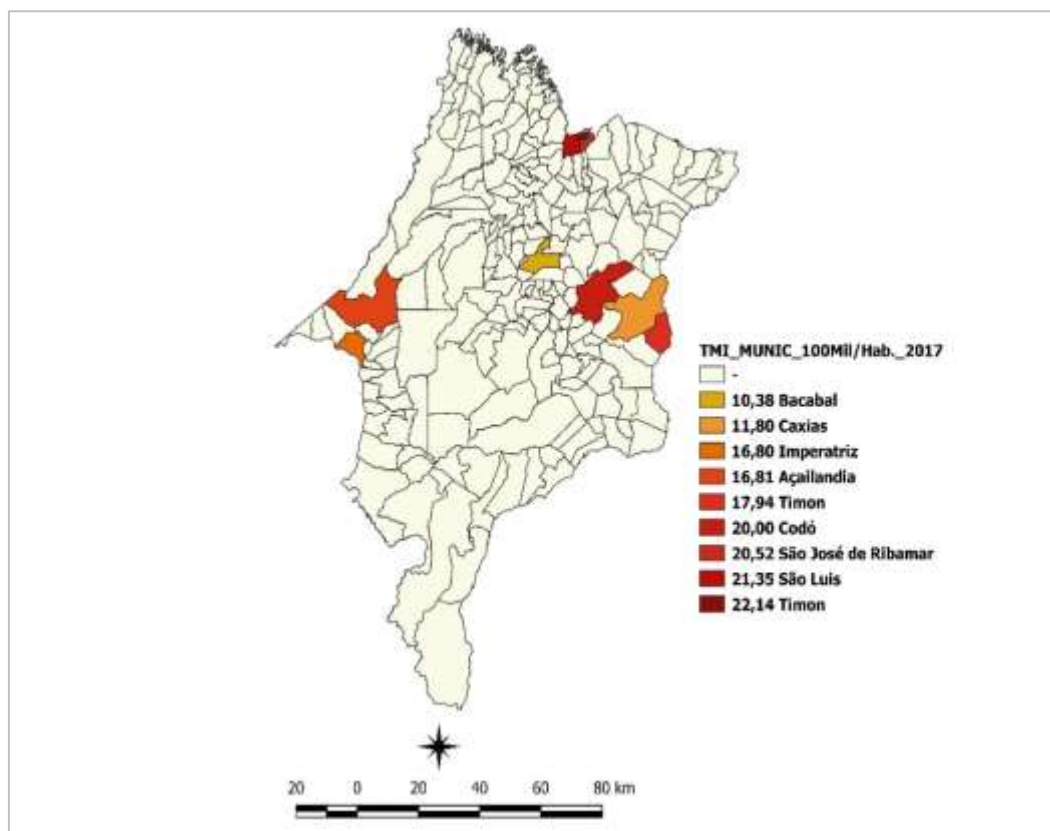
- Redução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em 5% a cada ano;
- Aprimorar as redes de atenção (Atenção Básica*, Atenção Especializada, Hospitais/Maternidades) e promover o cuidado integral as gestantes e recém-nascidos;
- Ampliar o acesso aos serviços de pré e pós-natal nos municípios maranhense;
- Melhorar a articulação com gestores municipais de saúde e gestores de regionais;

Ferramenta utilizada: Análise SWOT**2.2 PÚBLICO ALVO****CHECKLIST – Perguntas Respondidas no Item 2.2**

- ✚ 3.4. Qual o público-alvo se quer atingir (a quem deve ser focalizada a política pública para que seus resultados tenham ação mais direta e imediata)?
- ✚ 3.4.1. Qual a estimativa do tamanho desse público?
- ✚ 3.4.2. Qual a distribuição geográfica desse público no Estado?
- ✚ 3.4.3. A política pública atinge algum tema e/ou pública da Agenda Transversal?
- ✚ 3.4.4. Como será o processo de escolha dos beneficiários da política pública?
- ✚ 3.5. Identifique a intersetorialidade da política (qual será a forma de participação dos diversos atores?)

Como destacado no item **Evidenciar o Problema**, a taxa de mortalidade infantil no Maranhão é calculada apenas para os municípios com mais de 100 mil habitantes (**Mapa 1**). O público alvo da política são os municípios com maior taxa de mortalidade infantil (**Mapa 1**), e os municípios com maior número de óbitos (**Mapa 2**). Partindo desses territórios, espera-se atingir todo o estado.

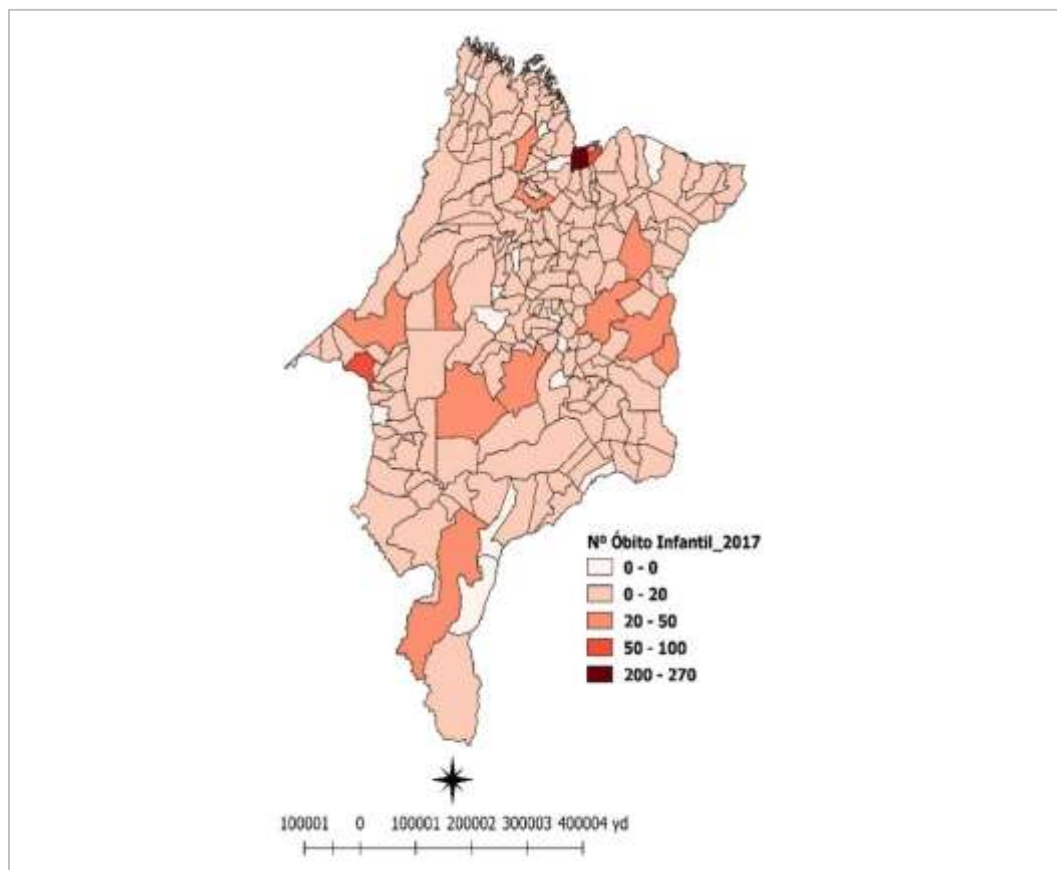
Mapa 1 – Taxa de Mortalidade Infantil no Maranhão - 2017



Fonte: SES/MA

Conforme dados internos da SES-MA, em 2017 havia, no Maranhão, 1.538.823 mulheres em idade fértil e 131.033 crianças menores de 1 ano. Considera-se como públicos transversais da política a população Indígena e Quilombolas.

O indicador também será representado pelo número absoluto de óbitos de crianças nas primeiras 24 horas, pelo neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias), pós-neonatal (28 a 364 dias) (**Mapa 2**).

Mapa 2 - Quantidade de óbitos infantis no Maranhão - 2017

Fonte: SES/MA

Os beneficiários da política foram escolhidos a partir dos indicadores técnicos (taxa de mortalidade Infantil e número de óbitos infantis) e políticos. Dessa forma, considera-se: População potencial - Crianças menores de 1 ano; População elegível - Crianças menores de 1 ano; e População priorizada – Crianças de 0 a 6 dias

Os Públicos e Temas transversais, identificados foram: Violência Doméstica; Educação em Saúde; Saúde Mental; Infecções Sexualmente Transmissíveis. Além disso, busca-se promover uma política intersetorial, através da articulação com órgãos como a Secretaria da Mulher - SEMU, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos e Participação Popular - SEDIHPOP, Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social - SEDES, Secretaria Extraordinária de Articulação das Políticas Públicas – SEEPP, Organismos Internacionais (OPAS), ONG's e Instituições de Ensino. O Papel dessas secretarias será em ações específicas para garantir que os públicos transversais estão sendo beneficiados, como

quilombolas ou indígenas. Os organismos Internacionais contribuirão no fortalecimento dos gestores e as instituições de ensino permitirão manter o diálogo com a academia, levando conhecimento nas diversas fases do processo.

2.3 MODELO LÓGICO



CHECKLIST – Perguntas Respondidas no Item 2.3

- ✚ 3.6. Construa o modelo lógico
- ✚ 3.6.1. Quais os recursos (físicos ou humanos) necessários?
- ✚ 3.6.2. Quais as atividades a serem executadas pela equipe?
- ✚ 3.6.3. Quais os produtos gerados pelas atividades? Quais deles interagem diretamente com o público-alvo?
- ✚ 3.6.4. Quais os resultados esperados a partir dos produtos gerados? Qual o efeito imediato no público-alvo?
- ✚ 3.6.5. Quais mudanças (impactos) serão realizadas pela política pública?
- ✚ 3.7. Justifique a escolha da intervenção, mostrando que as intervenções propostas podem levar aos resultados esperados.

O Modelo Lógico é uma ferramenta estratégica para o desenho e caracterização de uma política pública, pois possibilita construir um mapa visual sobre o seu funcionamento de maneira clara e organizada. Seu grande benefício é encadear os insumos - ou seja, os recursos necessários - e as atividades, que constituem o passo-a-passo da política, com os produtos que serão gerados e os resultados esperados. Cada uma dessas categorias-insumos, atividades, produtos e resultados – deve ser pensada em conexão com a anterior.






No caso da política de saúde, a utilização do Modelo Lógico permite compreender, por exemplo, quais profissionais e quais sistemas são necessário à implementação de ações de estruturação da rede de atenção básica, visando a ampliação/facilitação do acesso a serviços pré-natais, o que deve resultar no acompanhamento contínuo da gestação.



GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO

Secretaria de Estado do Planejamento e Orçamento

Quadro 1 - Modelo Lógico para a Redução da Mortalidade Infantil

MODELO LÓGICO	NOME DA POLÍTICA:	DATA:		
PROBLEMA Alta Taxa de Mortalidade Infantil	EVIDÊNCIA Alto número de óbitos infantis evitáveis	PÚBLICO-ALVO <i>Gestantes e Crianças menores de 1 ano</i>		
CAUSAS :Dificuldade de acesso das gestantes ao pré-natal de qualidade; Dificuldade de acesso aos serviços diagnósticos e terapêuticos (exames); Fragilidade na Regulação e Transporte adequados; Peregrinação das Gestantes no momento do parto; Práticas do parto e nascimento inadequados; Iniquidades socioeconômicas Ex: baixa escolaridade da mãe; saneamento básico, baixa renda familiar, dificuldade de acesso à água de qualidade; Deficiência da prática do planejamento reprodutivo (familiar);				
 INSUMOS	 ATIVIDADES	 PRODUTOS	 RESULTADOS	 IMPACTOS
<ul style="list-style-type: none">• Sistema de Informação;• Dados Georreferenciados;• Capacitadores e materiais formativos sobre assistência pré e pós-natal;• Capacitadores e materiais formativos sobre planejamento familiar;• Equipamentos hospitalares para acompanhamento da gestante e do recém-nascido;• Equipe multidisciplinar para o apoio à gestante em vulnerabilidade;	<ul style="list-style-type: none">• Informar sobre a importância do aleitamento materno;• Aumentar a cobertura das UBS com serviços pré e pós-natal;• Realizar busca ativa de gestantes;• Capacitar as equipes de saúde da família para assistência pré e pós-natal;• Executar cursos de planejamento familiar para jovens e gestantes (cooperação com Programa Saúde na Escola)	<ul style="list-style-type: none">• Campanhas de promoção do aleitamento materno;• Dados territorializados sobre as UBS e as gestantes;• Cadastro ampliado de recém-nascidos e gestantes;• Atendimento especializado e processos de trabalho ajustados;• Serviços de acompanhamento integral à família na atenção básica;	<ul style="list-style-type: none">• Ampliação de recém-nascidos com aleitamento materno predominante;• Estabelecimento do planejamento territorializado na gestão do setor;• Ampliação do acesso aos serviços de pré e pós-natal nos municípios maranhenses;• Ampliação do número de gestantes atendidas;• Disseminação de conhecimento sobre planejamento familiar;	<ul style="list-style-type: none">• Redução da taxa de mortalidade infantil em 5% a cada ano;• Diminuição da taxa de fertilidade e natalidade;• Fortalecimento da relação de confiança entre implementadores e beneficiários;

O problema da mortalidade infantil no estado do Maranhão possui várias dimensões: de um lado, os óbitos mais recorrentes acontecem logo após o nascimento da criança, ou seja, no período neonatal precoce. Isso significa que os primeiros cuidados desempenham papel fundamental, bem como as condições prévias da gestação. Por isso, parece adequado focar as intervenções nesses momentos críticos, incentivando campanhas de aleitamento e implementando visitas domiciliares de profissionais de saúde com capacitação pré e pós neonatal, de modo a mitigar parte das condições que representam riscos à manutenção da vida do recém-nascido.

Do outro lado, está a existência de territórios muito isolados, que não apresentam condições de assistência médica adequadas. Essas localidades normalmente respondem à moradia de populações em vulnerabilidade, como indígenas, quilombolas e o recorte social de baixa renda. Por isso, o aperfeiçoamento de práticas territorializadas é estratégico.

Vale lembrar que problemas como esse são complexos e multifacetados. Assim sendo, é irrealista construir soluções que acabem com todas as suas expressões em apenas alguns anos. É por isso que se deve escolher os aspectos que representam os nós críticos de um problema e, então, atacá-los. Dessa forma, é possível cercar as diversas raízes de um mesmo problema, diminuindo consideravelmente a sua extensão ao longo do tempo.

2.4 INDICADORES



CHECKLIST – Perguntas Respondidas no Item 2.4



3.8. Quais indicadores serão utilizados para o monitoramento e avaliação da política pública?

Os indicadores contribuirão para determinar o progresso da política em torno do que foi pré-definido em toda a análise *ex-ante*. Desta forma, serão utilizados para acompanhar a implementação e avaliação a respeito dos resultados esperados. Além da Taxa de Mortalidade Infantil, também foram selecionados alguns indicadores que medem se houve mudanças no cenário após a implantação da política:



- a) Taxa de Mortalidade Infantil
- b) Taxa de Mortalidade Neonatal
- c) Taxa de Mortalidade Pós Neonatal
- d) Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal;
- e) Percentual de gestantes captadas no primeiro trimestre de gestação;
- f) Percentual de gravidez na adolescência;
- g) Número de Profissionais Capacitados/ Número de Profissionais (%)
- h) Número de Estabelecimentos de Saúde com protocolos implantados/ Número de Estabelecimento de Saúde (%)
- i) Número de Municípios com Incremento no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM

PASSO 3

IMPACTO ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO



3. IMPACTO ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO**CHECKLIST – Perguntas Respondidas no Item 3**

- + 4.1. Indique a existência de Programas e Ações compatíveis com a execução da despesa.
- + 4.2. A despesa é obrigatória ou discricionária? (Caso obrigatória, informar a lei e memória de cálculo; caso discricionária, informar justificativa e se existe alternativa de menor custo).
- + 4.3. Qual a fonte de financiamento da despesa?
- + 4.4. Apresente a estimativa do impacto no exercício e nos dois subsequentes
 - + 4.4.1. A despesa acarretará também despesa administrativa, de pessoal, entre outras?
 - + 4.4.2. Caso se trate de despesa obrigatória de caráter continuado, qual a origem dos recursos?
- + 4.5. Apresente se as despesas estão de acordo com as regras fiscais, orçamentárias e financeiras, dos dispositivos da LRF; da LDO; da LOA; do Decreto de Execução e de Encerramento do Exercício; da Lei 4.320/64, dentre regras previstas nas legislações.
 - + 4.5.1. Verifique se há autorização legislativa para a realização do gasto público.
 - + 4.5.2. Verifique se consta na LOA recursos orçamentários suficientes para a execução da despesa.
- + 4.6. Verifique se a dotação orçamentária para a realização da despesa está contingenciada.
 - + 4.6.1. Em caso de contingenciamento, solicite a viabilidade de se fazer o descontingenciamento antes de assumir a despesa se prévia autorização do órgão responsável.
- + 4.7. Comprove que a despesa não compromete o atingimento das metas de resultado fiscal (a exemplo do resultado primário).
- + 4.8. Quais os potenciais riscos fiscais da proposta?

Este capítulo encontra-se em sua versão preliminar. A sua análise mais acurada será realizada quando concluído o trabalho de estimativa das receitas e despesas do Estado para o período 2020-2023. Como forma de apoiar os trabalhos técnicos que serão realizados durante o treinamento, os aspectos e informações trabalhadas neste capítulo foram pensados com base nos dados orçamentárias previstos para o exercício de 2019, bem como os normativos vigentes.

As despesas, aprovadas, pertinentes à execução da Política de Redução da Mortalidade Infantil podem ser identificadas na LOA 2019 por meio das Funcionais



Programáticas 10.301.0597.4610 (valor previsto de R\$ 29,67 milhões de reais) e 10.301.0597.4841 (valor previsto de R\$ 24 milhões de reais), ambas se referem ao Programa 0597 – Fortalecimento da Atenção Primária e às ações 4610 – Fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal, e 4841 – Fortalecimento da Força Estadual de Saúde (FESMA), respectivamente.

Essas despesas são consideradas obrigatórias, nos termos do art. 9º, § 2º, da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, da Lei 8.142 de 28/12/1990, no que se refere à Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde; conforme Emenda Constitucional nº 057/2009/MA, quanto às Ações de Assistência à Criança e aos Adolescentes, bem como pela Constituição Federal, notadamente no que tange à aplicação mínima de recursos na área da Saúde e à transferência de recursos constitucionais para essa área.

Tais despesas foram contempladas em todos os instrumentos da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA) e Decreto de Execução Orçamentária e Financeira, para serem executadas no exercício de 2019.

O código da Natureza de Despesa é o 3.3.90.00.00, o que indica Aplicações e os dois primeiros dígitos do código indicam que a Despesa é Corrente, agrupada em Outras Despesas Correntes.

Os recursos para financiamento da Política para Redução da Mortalidade Infantil são provenientes da Fonte 0121: Recursos não destinados a contrapartida, oriundos do Tesouro Nacional no exercício corrente para ações e serviços públicos da saúde.

Consta na LOA 2019 aproximadamente R\$ 60,63 milhões de reais como previsão de despesa para o Programa 0597 – Fortalecimento da Atenção Primária e aproximadamente 1,64 bilhões de reais na Fonte de Receita 121, segundo o Grupo de Despesas 3 – Outras Despesas Correntes. Os recursos previstos são considerados insuficientes para a execução dessa política notadamente no que se refere à expansão da Força Estadual de Saúde e o Cheque Cesta Básica, cujo lançamento e detalhamento das despesas ocorreu após a elaboração da Lei Orçamentária aprovada para o exercício de 2019.



Ato contínuo, observa-se que poderá haver um impacto no resultado fiscal previsto para o estado no ano de 2019 na ordem de - R\$ 758.056.197, em função dessa nova ação que corresponde ao Cheque Cesta Básica – Gestante que prevê que parcela dos recursos provenientes do ICMS de alguns alimentos da cesta básica (arroz, feijão e ovos) no valor de, aproximadamente, 20 milhões de reais, sejam destinados às gestantes de baixa renda que se cadastrarem até a 12ª semana de gravidez, em 9 parcelas de 100 reais.

As 6 primeiras parcelas são pagas durante as 6 consultas mínimas obrigatórias de pré-natal, a sétima quando do nascimento do bebê e as duas últimas, nos primeiros meses de vida da criança. O objetivo do programa é incentivar a realização do pré-natal por parte das gestantes (menos de 30% das gestantes do estado realizam pelo menos 6 consultas) e garantir uma melhor nutrição para as mães e consequentemente para os bebês.

Acompanhando a evolução das despesas alocadas à ação 4610 (a de maior participação no âmbito do programa 0597) desde o ano de 2016, conclui-se que, por serem despesas obrigatórias, não têm sido contingenciadas durante os últimos anos.

Objetivando pensar o impacto dessa ação no orçamento para o ano fiscal corrente e os subsequentes, destacam-se dois pontos:

O agrupamento das ações referentes às políticas de Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Saúde do Adulto; Saúde do Idoso; Saúde Bucal e Saúde Mental na ação 4610, apresentaram um crescimento de 1400% nos recursos aprovados na LOA. Estuda-se, para o próximo ciclo a necessidade de desagrupar as ações, visando um melhor controle sobre os gastos;

A assinatura, por parte do Governo do estado, da Política Estadual de Cofinanciamento da Atenção Primária em Saúde do Estado do Maranhão - PECAPS (Lei Ordinária nº 10.582, de abril de 2017) que bonifica os Agentes Comunitários de Saúde em 10% do piso nacional para a função, a partir do atingimento de metas regidas pela Portaria nº 522, de agosto de 2017, como percentual de cadastramento individual (territorialização); percentual de famílias visitadas; e redução no número absoluto de óbitos infantis e maternos. O acompanhamento das metas é feito de forma quadrimestral e o pagamento é



realizado trimestralmente. No ano de 2019 são 51 municípios aderentes à PECAPS, podendo-se estender para os demais municípios do estado nos próximos anos.

Já a ação 4841 garante a execução dos serviços pertinentes à Força Estadual de Saúde (FESMA), inicialmente realizado nos 30 municípios de menor IDH do estado. No ano de 2019 o serviço foi expandido e, atualmente, compreende também áreas descobertas nos municípios de São Luís e Imperatriz (conforme memória de cálculo em anexo). Para a expansão desses serviços foi realizado o remanejamento de integrantes de algumas dessas equipes, que anteriormente contavam com 4 profissionais, não havendo, assim, a necessidade de novas contratações. Apesar de não serem necessários novos gastos com a contratação de Agentes de Saúde, para o início das atividades na capital e na segunda maior cidade do estado, foram necessários, já no ano de 2019, novos gastos que garantem a oferta do serviço, como a aquisição de veículos, contratação de motoristas, aquisição de novos equipamentos médicos e, principalmente, medicamentos.

PASSO 4

ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO



4. ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO

4.1. PLANO DE COMUNICAÇÃO



CHECKLIST – Perguntas Respondidas no Item 4.1

- ✚ 5.1. Quais as atribuições de cada órgão envolvido na política pública?
- ✚ 5.2. Construa um plano de comunicação.
- ✚ 5.2.1. Identifique as partes interessadas (públicos interno e externo que tenham relação com a política pública)
- ✚ 5.2.2. Identifique o responsável pela política pública.
- ✚ 5.2.3. Identifique o destinatário da política pública.
- ✚ 5.2.4. Quais meios de comunicação serão utilizados?
- ✚ 5.2.5. Com que periodicidade será feito o acompanhamento da política pública?
- ✚ 5.2.6. Qual o horizonte temporal da política pública? (Início e término).
- ✚ 5.3. Quais profissionais (administrador, engenheiro, economista, etc.) de órgãos internos e externos ao governo, assim como terceiros, têm responsabilidade de executar as atividades?

O Plano de Comunicação é uma ferramenta essencial para o sucesso da política, pois é ele que informa as partes interessadas quanto à sua implementação e orienta o público-alvo sobre o seu funcionamento.

No caso da política de redução da mortalidade infantil, as partes interessadas que devem ser consideradas no planejamento da comunicação são, primeiramente, os profissionais do setor de saúde e o público-alvo, composto pelas gestantes, mães e pais e crianças com menos de 1 ano. Ademais, é importante pensar em públicos externos que também poderão interagir com a iniciativa, tais como Secretaria da Mulher - SEMU, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos e Participação Popular - SEDIHPOP, Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social - SEDES, Secretaria Extraordinária de Articulação das Políticas Públicas – SEEPP, Secretaria de Estado do Governo - SEGOV, Secretaria de Estado do Planejamento e Orçamento - SEPLAN, Organismos Internacionais (OPAS, UNICEF, OMS.), ONG's e Instituições de Ensino.



A Secretaria do Estado de Saúde do Maranhão é a responsável pela proposta e controle da política, a qual será implementada pela Secretaria adjunta da política de atenção primária e vigilância em saúde – SAPAPVS, sendo diretamente implantada pela Superintendência de atenção primária – SAPS, através do seu departamento de atenção à saúde da mulher DASMU o e departamento de atenção à saúde da criança e do adolescente – DASCA. Além destes, a Secretaria adjunta de assistência à saúde – SAA (Rede completa – média e alta complexidade).

Outro aspecto importante é que se deve utilizar de meios de comunicação acessíveis e intuitivos, a fim de que as informações sejam facilmente apreendidas pelas partes. O uso de portais oficiais do governo e boletins técnicos confere legitimidade e credibilidade às notícias veiculadas, assim como a sua associação a fontes secundárias que possuem autoridade e legitimidade comprovada sobre o tema. Ademais, as redes sociais não podem ser negligenciadas, visto que têm um alcance muito grande nas mais diversas regiões e realidades. Dessa forma, pensar em páginas virtuais específicas da política também pode ser uma boa forma de comunicação.



PLANO DE COMUNICAÇÃO

Partes Interessadas: Público interno e externo que tenham relação com a proposta da política

Profissionais de saúde, gestantes, crianças com menos de 1 ano

Responsável: responsável pela proposta da política

Secretaria do Estado de Saúde do Maranhão – SES/MA

Destinatário: destinatário da política

Gestantes, crianças menores de 1 ano

Meios de comunicação: web, softwares, etc.

Painel de dados e indicadores, Boletins Técnicos, Portal da Saúde e Redes Sociais

Periodicidade: frequência de acompanhamento da política

Anual

Início e Término: período de etapas da política (ciclo da política pública)

2020 - 2023

4.2 GESTÃO DE RISCO**CHECKLIST – Perguntas Respondidas no Item 4.1**

- ✚ 5.5. Realize a gestão de riscos.
- ✚ 5.5.1. Faça uma lista de riscos que podem impactar a realização dos objetivos (aproveite as fraquezas e ameaças da matriz SWOT).
- ✚ 5.5.2. Identifique as causas e fontes dos riscos, bem como suas consequências negativas.
- ✚ 5.5.3. Ordene a lista de riscos, do maior grau para o menor.
- ✚ 5.5.4. Para cada um dos riscos listados, estabeleça um plano de ação.

A gestão de risco é um passo fundamental para antecipar possíveis obstáculos ao sucesso da política, compreender suas raízes e projetar tratamentos viáveis. Para essa reflexão, tanto a ferramenta SWOT quanto o Modelo Lógico devem ser utilizados como insumos.

Para a política de redução da mortalidade infantil, que consiste, primordialmente, em ações de conscientização, ampliação da cobertura e da estrutura de atendimento médico e territorialização, pode-se definir os seus principais riscos como sendo: a resistência cultural, que perpetua certos hábitos entre gestantes e mães; questões de gestão, como a alta rotatividade de profissionais e dificuldades técnicas e o isolamento de alguns territórios.

A seguir, na etapa de avaliação, é importante hierarquizar esses riscos, criando um guia para os gestores de quais problemas têm prioridade para garantir a implementação bem-sucedida da política.

Caso esses desafios se concretizem, os tratamentos a serem executados se direcionam para a melhoria das práticas de gestão, fortalecendo o exercício de atividades de controle e avaliação e inserindo a gestão da política num contexto maior que considere

as tendências históricas do desenvolvimento do problema a ser solucionado, a fim de criar metas factíveis de serem alcançadas. Além disso, medidas de estabilidade da carreira dos técnicos também pode vir a ser uma solução para o risco de instabilidade causada pela alta rotatividade de profissionais. Esses são exemplos de como a criação de sugestões de tratamento deve antecipar a ocorrência do risco em si, de modo a possibilitar respostas rápidas e eficientes para os problemas que podem atrapalhar o sucesso das intervenções.

4.2.1 Etapas da Gestão de Risco

1. Identificar



- Inviabilidade de ampliação de cobertura;
- Pouca adesão a campanhas e formações;
- Demora na procura de assistência pelas gestantes;
- Alta rotatividade de profissionais entre os municípios;
- Metas que desconsideram a tendência histórica dos processos;
- Baixa aceitação das metodologias propostas.

2. Analisar



- Territórios muito isolados;
- Resistência cultural;
- Fragilidade emocional e vergonha em casos de gravidez indesejada (principalmente na juventude);
- Gestão descoordenada e questões políticas;
- Falta de prática com instrumentos de controle e avaliação.

3. Avaliar



- 1) Inviabilidade da ampliação de cobertura;
- 2) Baixa aceitação dos gestores sobre das metodologias propostas (divergências metodológicas);
- 3) Alta rotatividade de profissionais entre os municípios;
- 4) Demora na procura de assistência pelas gestantes;
- 5) Pouca adesão a campanhas e formações;
- 6) Metas que desconsideram a tendência histórica dos processos.

4. Tratar



- Capacitação sobre os aspectos históricos e sociais que impactam a realidade onde irá se intervir, bem como sobre a compreensão quanto às dinâmicas que ocorrem nos grupos-alvo;
- Pactos pela estabilidade dos profissionais (plano de carreira);
- Visitas domiciliares e conversas antes das campanhas, de modo a perceber qual a melhor estratégia de abordagem; práticas da escuta ativa;
- Contextualização do planejamento: construir uma imagem macro do desenvolvimento do problema antes de definir as metas.

PASSO 5





ESTRATÉGIA DE CONFIANÇA E SUPORTE



5. ESTRATÉGIA DE CONFIANÇA E SUPORTE



CHECKLIST – Perguntas Respondidas no Item 5.

-  6.1. O conjunto de cidadãos e cidadãs apoia a política pública e confia que ela é relevante?
-  6.2. Como os envolvidos participarão ou se manifestarão na elaboração da proposta?
-  6.3. A política pública é uma prioridade das lideranças políticas? Já foram identificadas as lideranças que podem endossá-la?
-  6.4. Quais instrumentos serão utilizados para avaliar a confiança e suporte da política pública?

Por meio da avaliação da taxa de mortalidade infantil é possível obter informações sobre a qualidade dos serviços públicos aos cidadãos, tais como: saneamento básico, disponibilidade de vacinas e remédios, cobertura médica, nível de informação da população, alimentação adequada, e outros. Desse modo, a mortalidade infantil se configura como um problema social, sendo relevante a todos os cidadãos.

Observou-se que o combate à mortalidade infantil é prioridade nas agendas públicas internacionais, nacionais e regionais (item 1.2 **ALINHAMENTO COM AS AGENDAS**), em vista disso, a política para a redução da mortalidade infantil está sendo formulada em concordância com os 65 novos compromissos do atual governo, com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e com as demais agendas assumidas pelo Estado, tornando-se prioritária às lideranças políticas.

Para aferir a confiança e o suporte e garantir a sustentabilidade da estratégia, serão realizadas consultas públicas através do Orçamento Participativo, que busca elevar os níveis de transparência e controle popular sobre os recursos estatais. Além deste, na saúde, as principais formas de participação social são as conferências e os conselhos de saúde. Desse modo, serão realizados os Conselhos de Saúde (Estadual e Municipais), nos quais, conforme a lei, 50% dos integrantes do conselho devem ser usuários, 25% devem ser profissionais de saúde e os outros 25% devem ser gestores e prestadores de serviço. Os

conselhos atuam na formulação de estratégias, e no controle da execução de políticas públicas da saúde, além de informar a sociedade sobre a sua atuação. Também serão realizados os Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), que tem como objetivo garantir a coletividade na aplicação dos serviços de saúde e possibilitar a efetiva participação das organizações da sociedade civil no planejamento, avaliação e fiscalização nos serviços de saúde. Outra estratégia será a articulação com os Organismos Internacionais (OPAS), no qual o Brasil é membro. Dessa forma, objetiva-se verificar, precisamente, as necessidades e os interesses dos grupos interessados na política.

Além das consultas públicas, também serão utilizadas as consultas de opinião online por meio de ferramentas como o site Participa Maranhão, que tem como objetivo proporcionar a transparência e o engajamento efetivo dos cidadãos a respeito de temas de interesse público. Outra estratégia de participação online, é a inclusão do cidadão por meio das páginas oficiais do governo nas redes sociais (**Figura 1**).

Figura 1 - Instrumentos utilizados para aferir a confiança e o suporte da política pública





PASSO 6

MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E CONTROLE



6. MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E CONTROLE**6.1 MONITORAMENTO****CHECKLIST – Perguntas Respondidas no Item 6.1**

-  7.1. Como será realizado o monitoramento e quais serão os indicadores desse monitoramento ao longo da execução da política pública?
-  7.2. Quais ferramentas serão utilizadas para o monitoramento?

O monitoramento da referida política pode começar a ser elaborado a partir de estudos preliminares que permitam construir um cenário da realidade anterior à implementação da política. É importante compreender as dinâmicas e os fenômenos sociais próprios a cada território que receberá iniciativas de redução da mortalidade infantil, a fim de identificar padrões de comportamento, hábitos culturais e crenças que podem representar riscos ou oportunidades para os objetivos almejados.

Esses estudos preliminares poderiam incluir pesquisas de opinião anteriores a implementação, de forma a entender como as mães e as gestantes se relacionam com o período de gestação e com a maternidade, como são os cuidados com o recém-nascido, quais são os maiores desafios e medos com os quais elas se deparam, de modo a delinear estratégias de abordagem que potencializem os resultados das intervenções.

Considerando a delicadeza do problema, é importante pensar em metodologias participativas que ocorram simultaneamente a implementação, criando espaços de escuta ativa para que os beneficiários possam dar feedbacks da política, bem como dividir experiências, anseios e dúvidas. Esses momentos, além de serem úteis para o acompanhamento da política, podem servir para aproximar gestantes e mães, o que, por si só, pode contribuir para a disseminação de práticas de saúde e cuidados adequados, assim como criar uma rede de assistência mútua dentro dos próprios territórios.

Esses processos descritos acima possibilitarão a gestão do conhecimento, que consiste em aprender em tempo real ao desenvolvimento da política. Ouvindo os beneficiários, olhando os dados quantitativos gerados pela política e coletando as vivências

dos implementadores de nível de rua será possível ter um panorama de como anda a política e quais são os próximos passos que devem ser adotados para aproximá-la de seus objetivos.

6.2 AVALIAÇÃO



CHECKLIST – Perguntas Respondidas no Item 6.2

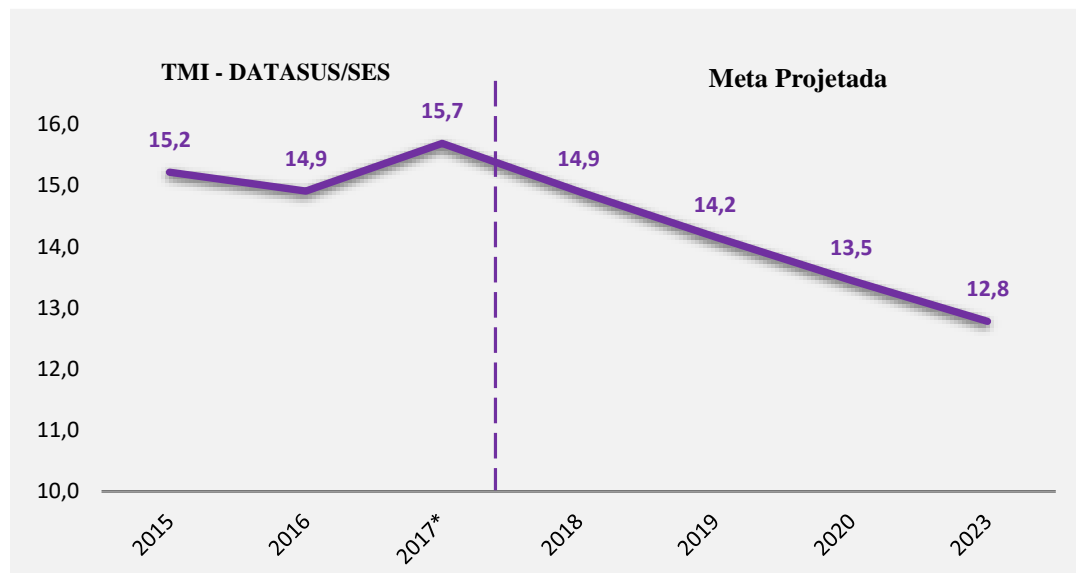
- ✚ 7.3. Posteriormente, como será realizada a avaliação dos resultados da política pública?
- ✚ 7.3.1. Quais tipos de avaliação serão utilizados para mensurar esses resultados?

Na **Avaliação de Processos**, busca-se averiguar se a política está sendo implementada corretamente, se o público-alvo está recebendo os benefícios, se a equipe está qualificada e se os recursos foram geridos de maneira correta. Para cumprir essa etapa serão utilizadas as análises dos indicadores já indicados para mensuração (**item 2.4 Indicadores**), sendo eles : Taxa de Mortalidade Infantil (Taxa de Mortalidade Neo Natal, Taxa de Mortalidade PósNeonatal); Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal; Percentual de gestantes captadas no primeiro trimestre de gestação; Percentual de gravidez na adolescência; Número de Profissionais Capacitados/ Número de Profissionais (%); Número de Estabelecimentos de Saúde com protocolos implantados/ Número de Estabelecimento de Saúde (%);; Número de Municípios com Incremento no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM.

Objetiva-se fazer o monitoramento contínuo dos dados, avaliando a cada ano se a política está sendo implementada da maneira correta e se os resultados estão sendo atingidos. Será realizada pela equipe da política ou parceiros externos.

Por conseguinte, a **Avaliação de Impacto** permitirá avaliar as mudanças no agente que interessa ser enxergado, o quanto a política atingiu o beneficiário. Dessa forma, utilizando como base a linha de horizonte do PPA 2020/2023, estipulou-se uma meta de redução na taxa de mortalidade infantil de 5% a cada ano, tendo como base o ano de 2017, portanto, projeta-se que o indicador chegue a 12,8% em 2023 (**Gráfico 2**).

Gráfico 2 - Taxa de mortalidade Infantil (2015 a 2017) e meta projetada (2018 a 2023) - %



Fonte: SES; DATASUS; SEPLAN.

6.3 CONTROLE

O controle é o último passo do processo de planejamento de uma política pública. Ele pressupõe o princípio de Transparência Ativa, que orienta os governos a tornar acessíveis as informações públicas que impactam de forma direta ou indireta a coletividade. O Governo do Maranhão já conta com o Portal da Transparência completo e atualizado regularmente. No caso da política de redução da mortalidade infantil, além do portal oficial do governo, os canais de comunicação previstos no item 4.1 podem ser importantes ferramentas de divulgação, instrumentalizando os cidadãos a acompanhar facilmente o passo-a-passo da política e os resultados que estão sendo atingidos. Canais de ouvidoria devem, também, estar à disposição do público. Essas práticas se referem ao controle social, que constitui um ponto basilar na participação democrática.

É fundamental que a política passe também pelos controles internos, que são desempenhados pelo próprio órgão responsável pela política, no caso, a Secretaria de Estado da Saúde, e também pelo Tribunal de Contas do Estado do Maranhão, responsável por acompanhar e avaliar a trajetória do gasto público.



Conclusão

O presente guia prático faz parte de uma coletânea de três volumes de iniciativas de modernização do planejamento estratégico do Governo no Maranhão, implantados pela Secretaria do Estado de Planejamento e Orçamento – SEPLAN/MA. O principal objetivo desse Guia foi simular o passo-a-passo da construção de uma política pública, utilizando as ferramentas de diagnóstico, de desenho e caracterização, de medição do impacto orçamentário, de implementação, de confiança e suporte e de controle, monitoramento e avaliação.

O que é importante ressaltar é o caráter metodológico desse documento, ou seja, ele pretendeu simular a elaboração de uma política e não oferecer soluções concretas e adequadas ao problema da mortalidade infantil. Esse é um problema público complexo cujo tratamento necessita de técnicos especializados no setor.

Portanto, espera-se que o Guia tenha sido útil para exercitar a lógica de planejamento por trás da construção de soluções aos problemas do Maranhão. Assim, com a cooperação e apoio de todas as secretarias do governo, construiremos um Plano Plurianual 2020-2023 padronizado, factível e eficiente, elaborado com as melhores práticas de planejamento que existem nos dias de hoje, colocando o Governo do Maranhão, mais uma vez, na vanguarda das iniciativas da gestão pública.