

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Filosofia de Ciências Humanas
Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas

Virgínia Maria Holanda de Moura

AVANÇOS E DESAFIOS DO PROGRAMA MÃE CORUJA NO SERTÃO DO
ARARIPE – UMA ANÁLISE QUINQUENAL

Recife
2016

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Filosofia de Ciências Humanas
Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas

Virgínia Maria Holanda de Moura

AVANÇOS E DESAFIOS DO PROGRAMA MÃE CORUJA NO SERTÃO DO
ARARIPE – UMA ANÁLISE QUINQUENAL

Dissertação apresentada à Coordenação do
Mestrado Profissional em Políticas Públicas
como requisito para obtenção do título de
Mestre

Linha de Pesquisa: Gestão de Políticas
Públicas

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Michelle Vieira
Fernandez de Oliveira

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lusanira Maria da
Fonseca de Santa Cruz

Recife
2016

Catálogo na fonte

Bibliotecária Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

M929a Moura, Virgínia Maria Holanda de.
Avanços e desafios do Programa Mãe Coruja no Sertão do Araripe :
uma análise quinquenal / Virgínia Maria Holanda de Moura. – 2016.
81 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora : Prof^a. Dr^a. Michelle Vieira Fernandez de Oliveira
Coorientadora : Prof^a. Dr^a Lusanira Maria da Fonseca Santa Cruz
Dissertação (mestrado profissional em políticas públicas) -
Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-graduação
em Ciência Política, 2016.

Inclui Referências e apêndices.

1. Ciência Política. 2. Política pública. 3. Política pública - Avaliação. 4.
Saúde - Formação. 5. Gestão. 6. Política de saúde. 7. Educação em saúde.
I. Oliveira, Michelle Vieira Fernandez de (Orientadora). II. Santa Cruz,
Lusanira Maria da Fonseca de (Coorientadora). III. Título.

320 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2016-133)

Universidade Federal de Pernambuco
Departamento de Ciência Política
Mestrado Profissional em Políticas Públicas

**“Avanços e desafios do Programa Mãe Coruja no Sertão do Araripe – uma
análise quinquenal”**

Virgínia Maria Holanda de Moura

Aprovada em 26 de agosto de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Michele Vieira Fernandez de Oliveira (Orientadora)

Prof. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha (Examinador Interno)

Prof.^a. Dr.^a Lusanira Maria da Fonseca de Santa Cruz (Examinadora Externa)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que tornaram possível a conclusão desta dissertação.

A Deus, em primeiro lugar.

À minha família, pelo apoio incondicional em todos os momentos.

A toda equipe do Programa Mãe Coruja, com destaque a IX Região de Saúde de Pernambuco - Sertão do Araripe, onde o Programa Mãe Coruja iniciou sua trajetória.

Meus sinceros agradecimentos a todos os que leram e sugeriram melhorias necessárias à clareza e objetividade desta dissertação.

RESUMO

O Programa Mãe Coruja Pernambucana foi implantado em 2007, regulamentado pela Lei 13.959 de 15 de dezembro de 2009, elencado com a proposta de ações intersertoriais, para redução da mortalidade infantil, que está associada à vários fatores relacionados à assistência ao pré-natal, parto e puerpério; bem como aos contextos sociais, de educação e de saúde da gestante e de sua família. A presente pesquisa tem o objetivo de realizar avaliação das ações de saúde, educação e qualificação profissional do Programa Mãe Coruja Pernambucana em relação aos contextos locais dos onze Municípios (Ouricuri, Araripina, Exu, Santa Filomena, Santa Cruz, Granito, Ipubi, Trindade, Parnamirim, Moreilândia e Bodocó) da IX Gerência Regional de Saúde de Pernambuco; primeira região do estado, onde o Programa foi implantado e há mais tempo as ações governamentais atuam, sendo portanto, a Região que detinha a maior taxa de mortalidade infantil e o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Procedeu-se a pesquisa primária, observacional, transversal, tipo levantamento de dados, prospectiva e retrospectiva, descritiva, comparativa, com avaliação contextual, investigando, por meio de entrevista semiestruturada, cento e quarenta mulheres cadastradas no Programa Mãe Coruja, assim como cinco gestores participantes do Programa Mãe Coruja. As variáveis independentes serviram para caracterização dos entrevistados quanto aos dados sociodemográficos e as dependentes, para detalhar a participação das mulheres nas diversas ações disponibilizadas no Programa (classificadas como educacionais, de qualificação profissional e de segurança alimentar), bem como dos gestores. A coleta de dados das mulheres ocorreu em suas residências e a dos gestores, em seus locais de trabalho, sob agendamento em ambos os casos.

Palavras-chave: Gestão. Políticas Públicas. Política de Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The Pernambuco Mother-of-God Program was implemented in 2007, regulated by Law 13,959 of December 15, 2009, with the proposal for inter-departmental actions to reduce infant mortality, which is associated with several factors related to prenatal care, childbirth And puerperium; As well as to the social, educational and health contexts of the pregnant woman and her family. The present research has the objective of evaluating the health, education and professional qualification actions of the Mother Tree of Pernambuco Program in relation to the local contexts of the eleven Municipalities (Ouricuri, Araripina, Exu, Santa Filomena, Santa Cruz, Granito, Ipubi, Trindade, Parnamirim, Moreilândia and Bodocó) of the IX Regional Health Management of Pernambuco; The first region of the state, where the Program was implemented and for a longer period of time, government actions are in effect, which is the Region that had the highest infant mortality rate and the lowest Human Development Index (HDI). The primary, observational, cross-sectional, data-collection, prospective and retrospective, descriptive, comparative research with contextual evaluation was investigated through a semi-structured interview, one hundred and forty women enrolled in the Owl Mother Program, as well as five managers Participants in the Owl Mother Program. The independent variables were used to characterize the interviewees' socio-demographic and dependent data, to detail the participation of women in the various actions available in the Program (classified as educational, professional qualification and food safety), as well as managers. The data collection of the women occurred in their residences and that of the managers, in their work places, under scheduling in both cases

Keywords: Management. Public policy. Health Policy. Health Education.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição do total de mulheres cadastradas no Programa Mãe Coruja entre 2010 e 2014.....	43
Tabela 2 – Planilha para cálculo dos limites inferior e superior do intervalo de confiança para cada Município da IX Gerência Regional de Saúde – Pernambuco	43
Tabela 3 – Distribuição do número de entrevistas segundo a área e densidade populacional dos Municípios da IX Região de Saúde – PE	49
Tabela 4 – Distribuição de variáveis de caracterização amostral	51
Tabela 5 – Detalhamento das informações sobre o círculo de educação do Programa Mãe Coruja	55
Tabela 6 – Matrículas nos 26 cursos de qualificação do Programa Mãe Coruja	57
Tabela 7 – Categorias de benefícios identificados por mulheres entrevistadas e atendidas no Programa Mãe Coruja	60

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de distribuição espacial das Gerências Regionais de Saúde do estado de Pernambuco, segundo coeficiente de mortalidade infantil em 2006.....	35
Figura 2 – Ações desenvolvidas pelas Secretarias de Governo, participantes do Programa Mãe Coruja.....	36
Figura 3 - Distribuição temporal da taxa de mortalidade infantil. Pernambuco, 2000 a 2014	37
Figura 4 – Organograma do Programa Mãe Coruja Pernambucana - 2015	41
Figura 5 – Geoprocessamento da distribuição das 140 mulheres segundo local de moradia.....	48
Quadro 1 – Características dos estágios da história da avaliação de políticas públicas	23
Quadro 2 – Tipos de análise da pesquisa avaliativa	26
Quadro 3 – Tipos de objetivos, perguntas condutoras e métodos de avaliação de implementação de políticas de saúde	30
Quadro 4 – Respostas de cinco gestores para avaliação do Programa Mãe Coruja ...	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

% - símbolo de percentual
[...] - símbolo de recorte de texto
= - igual
± - mais ou menos
Art. – Artigo de legislação
Av. - Avenida
CEP – Código de endereçamento postal
CPF – Código de Pessoa Física
EBIA – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
et al. – e outros (et alter)
Etc - etecetera
GERES – Gerência Regional de Saúde
h - hora
hab/km² - habitantes por quilômetro quadrado
I – um (em algarismo romano)
IDH – índice de Desenvolvimento Humano
II – dois (em algarismo romano)
III – três (em algarismo romano)
IV – quatro (em algarismo romano)
IX – nove (em algarismo romano)
Km² - quilômetros quadrados
n^o. - número
ODM–Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
p. - página
pdf - *portable document form*
PE - Pernambuco
QUALY – Quality Adjusted Life Years
RMM – Razão de Mortalidade Materna
SPSS - Statistical Package for Social Sciences
UFPE- Universidade Federal de Pernambuco
V – cinco (*em algarismo romano*)
VI– seis (*em algarismo romano*)
VII – sete (*em algarismo romano*)
VIII – oito (*em algarismo romano*)
WHO – World Health Organization
X – dez (*em algarismo romano*)
XI – onze (*em algarismo romano*)
XII – doze (*em algarismo romano*)
XIX – dezenove (*em algarismo romano*)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	Políticas Públicas – implementação e avaliação	17
2.2	A avaliação da política pública	22
2.3	Política pública de atenção à saúde da mulher no Brasil	31
2.3.1	A Política Pública – Programa Mãe Coruja	35
3	ASPECTOS METODOLÓGICOS	42
3.1	Características da pesquisa	42
3.2	Variáveis	44
3.3	Metodologia da pesquisa	44
3.4	Aspectos éticos	46
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1	Percepção das mulheres atendidas no Programa	47
4.1.1	Detalhamento do círculo de educação	52
4.1.2	Detalhamento dos cursos de qualificação	55
4.1.3	Detalhamento das oficinas de segurança alimentar	59
4.1.4	Benefícios atribuídos ao Programa Mãe Coruja	59
4.2	Percepção dos gestores do Programa	61
5	CONCLUSÕES	68
6	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICE A–TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	75
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	77
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES	81

1 INTRODUÇÃO

O objetivo geral desta dissertação foi realizar avaliação das ações de saúde, educação e qualificação do Programa Mãe Coruja em relação aos contextos locais dos Municípios da IX Gerência Regional de Saúde de Pernambuco. Os objetivos específicos foram:

- a) Determinar as características sociodemográficas das mulheres, ao serem cadastradas no Programa Mãe Coruja em Municípios da IX Gerência Regional de Saúde de Pernambuco;
- b) Analisar a organização da atenção do cuidado às mulheres cadastradas para as ações de saúde, educação e qualificação profissional, nos Municípios da IX Gerência Regional de Saúde de Pernambuco;
- c) Descrever as atividades das quais as mulheres dos Municípios da IX Gerência Regional de Saúde de Pernambuco participaram;
- d) Identificar os benefícios referidos pelas mulheres e atribuíveis a cada uma das atividades de sua participação no Programa;
- e) Comparar os grupos de mulheres segundo adesão ou não nas ações ofertadas pelo programa;
- f) Avaliar o Programa a partir da percepção de gestores.

Sua fundamentação foi admitir que a redução da mortalidade infantil, elencada como motivo para implantação do Programa Mãe Coruja, depende de melhores condições sociais da gestante e de seu contexto familiar e não apenas da assistência ao pré-natal, parto e puerpério. O Programa associa ações de saúde a ações sociais (de motivação ao empoderamento, nutrição e qualificação profissional), portanto a redução da mortalidade infantil poderia ter sido mais expressiva do que se verifica na atualidade (COORDENAÇÃO COMITÊ EXECUTIVO, 2014).

Tal expressividade, caso estivesse presente, poderia ser mais bem evidenciada nos 11 Municípios da IX Região de Saúde, pois neles há mais tempo as ações governamentais do Programa atuam, já que a implantação se

deu em 2008, porque eles detinham as maiores taxas de mortalidade infantil e os menores IDHs.

Em linhas gerais, aventou-se a hipótese de que as ações do Programa Mãe Coruja, referidas pelas mulheres participantes, apontam para melhorias sociais, de saúde e de renda. Essa hipótese pode ser desmembrada em três outras, quais sejam:

- a) O acompanhamento do atendimento à gestante participante do Programa Mãe Coruja Pernambucana promove melhoria na saúde, quando se consideram as condições de atendimento ao pré-natal, parto e puerpério;
- b) O Programa Mãe Coruja, oportunizando círculo de educação, contribuiu para o empoderamento das mulheres participantes quanto à importância da educação ao longo da vida;
- c) A inserção social de gestantes viabilizada pelo Programa Mãe Coruja lhes possibilitou melhoria de renda.

Apesar de essas hipóteses serem plausíveis, ainda não houve avaliação do Programa Mãe Coruja, assim pareceram pertinentes os questionamentos que se constituem perguntas condutoras deste estudo:

- a) A ampliação de benefícios derivada da associação de ações de saúde, sociais, de renda e educacionais no período gravídico puerperal da mulher de baixa renda, aumentou o impacto do Programa Mãe Coruja sobre a qualidade de vida das mulheres beneficiadas?
- b) Em que a associação de ações do Programa Mãe Coruja contribuiu para uma melhoria efetiva da saúde, da educação e da renda, no contexto familiar das mulheres participantes, em médio e longo prazo?

Para contextualização das perguntas condutoras e das hipóteses, partiu-se do pressuposto de que aquilo que o governo faz é passível de análise e formulação, com base científica, surgem as políticas públicas, cujo conceito pode ser resumido como (SOUZA, 2006, p. 26):

(...) o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente).

Wu et al. (2014) e Kingdon (2006) afirmam que a política pública envolve cinco atividades essenciais, integrantes das funções gerais de sua criação, as quais os gestores públicos devem realizar: definição de agenda; formulação e tomada de decisão, para especificação das alternativas a partir das quais as escolhas são feitas por meio de votação no Legislativo ou decisão presidencial, seguindo-se sua implementação e avaliação.

Para dar respostas à dinâmica de solicitações ou necessidades sociais apontadas por diversas organizações governamentais e não governamentais ou ainda por grupos sociais não organizados, que, em 2007, durante as discussões para determinação da proposta do plano de políticas públicas de um dos candidatos ao cargo de governador, as necessidades de crianças foram apresentadas e passaram a integrar a proposta de agenda governamental, denominada Agenda 40. A partir da ascensão do candidato a Governador de Pernambuco, no processo agora de definição de agenda de políticas públicas a serem efetivamente implantadas, novamente o tema necessidades infantis foi apresentado como prioridade por diversos agentes (COBB et al., 1976; KINGDON, 2006; JANN; WEGRICH, 2007). Os agentes valeram-se da dramatização desse problema específico e buscaram antecipação de sua definição para influenciar a sociedade (KINGDON, 2006). Propuseram política pública cujas ações poderiam influenciar as taxas de mortalidade infantil, pela atuação na raiz do problema.

Identificada a desigualdade de atendimento de saúde materno-infantil entre as regiões do Estado, indicada pelos coeficientes de mortalidade infantil e materna (GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2015), especialmente no Sertão do Araripe e do Moxotó seguidos pelo Sertão do São Francisco, Sertão Central e Agreste Meridional, foi implantado o Programa Mãe Coruja Pernambucana em outubro de 2007, pelo Decreto 30.859, o qual tornou-se política pública no Estado pela Lei nº. 13.959, em 15 de dezembro de 2009; com o objetivo de garantir a atenção integral às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde e de seus filhos, até 5 anos de idade (VILELA, 2012).

Admitiu-se que, por meio da criação de uma rede solidária, em Modelo de Gestão Intersetorial, integrado e descentralizado envolvendo sete Secretarias de Governo com ações articuladas, cujas denominações atuais são: saúde; educação; desenvolvimento social da criança e juventude; da

Mulher; planejamento e gestão; agricultura e reforma agrária; micro e pequena empresa, trabalho e qualificação, que poderia haver melhoria de indicadores sociais e consequente redução da mortalidade materna e infantil. Houve então a pactuação das ações de cada Secretaria (COORDENAÇÃO COMITÊ EXECUTIVO, 2014).

Ao longo do Programa Mãe Coruja Pernambucana, observou-se que a taxa de mortalidade infantil, a qual avalia a relação entre o total de óbitos de crianças menores de um ano de idade e o total geral de óbitos em um determinado local e período, passou de 19,4, em 2008, para 14,9, em 2014, portanto com redução de 23,2%. Por ser esse um indicador sensível das condições de saúde e de vida de uma população (NASCIMENTO et al., 2014), decorreu então levantar a hipótese de essa redução tão acentuada, pelo menos em parte, dever-se às ações do Programa, uma vez que os óbitos infantis dependem das condições sociais relativas a renda, moradia, trabalho, proteção social, mas também da disponibilidade de serviços de saúde básicos voltados à assistência pré-natal.

Boing e Boing (2008, p. 448) afirmam que altas taxas de mortalidade infantil apontam para “injustiças sociais e fornecem importantes subsídios para a implementação de políticas públicas equânimes e adequadas às distintas realidades do País”, assim como explicam que “diferenças nos valores do indicador entre grupos populacionais [...] podem indicar que conhecidas medidas de prevenção de óbitos infantis não estão sendo empregadas de modo igualitário”. Dessa feita, ao observar que, nos municípios em que o Programa Mãe Coruja atuava, houvera maior variação da taxa de mortalidade do que em outros nos quais o Programa estivera ausente, compreendeu-se ser a base para as hipóteses que nortearam a definição dos objetivos.

Esta dissertação está composta por três capítulos, além da Introdução. No primeiro, apresentam-se as bases fundantes da avaliação de políticas públicas e uma análise das políticas públicas de proteção ao parto e puerpério, na qual se baseia o Programa Mãe Coruja. O capítulo é encerrado com um breve histórico desse Programa.

No segundo capítulo, procede-se à apresentação dos métodos empregados na pesquisa de campo para avaliação do Programa Mãe Coruja,

que foi realizada em Municípios da IX Gerência Regional de Saúde de Pernambuco.

O terceiro capítulo foi dedicado à apresentação dos resultados do trabalho de campo com mulheres atendidas no Programa Mãe Coruja, cuja análise e discussão compõe o quarto capítulo.

A dissertação é encerrada com o quinto capítulo contendo as considerações finais e as referências elaboradas segundo a Norma Brasileira de número 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas, publicada em agosto de 2002 e em vigor.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Políticas Públicas – implementação e avaliação

A partir da década de 1950, tiveram início às pesquisas sobre o processo político estatal, como parte da Ciência Política, e, mais especificamente, de sua missão democrática, que era até então negligenciada, no entender de Lasswell (1971) e de deLeon e Weible (2010).

A partir de 1956, Lasswell inicia apresentação de uma análise do processo político, admitindo estar constituído por estágios ou fases, sistematizadas e ordenadas. Essa fragmentação, denominada ciclo político, objetivou oferecer uma estrutura básica para compreensão da formação de políticas públicas para fundamentar pesquisas nessa área do conhecimento para originar teorias e modelos e incentivar debates.

Lasswell (1971) foi muito criticado ao enunciar que o processo político compreendia sete estágios: inteligência, promoção, prescrição, invocação, aplicação, término e avaliação. Embora os estudiosos entendessem que o autor fora simplório face à complexidade do processo político, assim como errasse ao admitir a avaliação de uma política após seu término, esse modelo foi exitoso em constituir a estrutura básica a ser admitida como ponto de partida para a criação de diversas tipologias do processo político (JANN; WEGRICH, 2007).

Na medida em que as pesquisas foram se avolumando, o estudo das políticas foi se tornando mais imparcial, diferindo de estudos de políticas que visavam exclusivamente a explicar interesses vários (ANDERSON, 2010). À proposta de Lasswell foram acrescentados modelos de estágios e subestágios da formação da política, até que outros pesquisadores propuseram um modelo para descrever uma cronologia, largamente aceita para o processo político e constituída por cinco estágios: determinação da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação. O modelo admite que esse ciclo se auto alimenta e vai se transformando (LASSWELL, 1971; COBB et al., 1976; SARAVIA, 2006; BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2014).

Dessa forma, ao longo do tempo, as políticas públicas passam a ser formuladas, organizadas e sistematizadas com base nos resultados de políticas

anteriores, as quais podem apresentar características distintas, que se constituem em limitações a serem consideradas (FISCHER et al., 2007; JANN; WEGRICH, 2007; ANDERSON, 2010; WEIBLE et al., 2012). Com essas limitações sobre o ciclo de formação de políticas, passamos a detalhar alguns aspectos de sua estrutura e ressaltar os principais achados.

Deve-se ter em vista, porém, que a divisão por etapas é uma esquematização teórica do que ocorre na prática. Ainda que as etapas mencionadas e suas fases constitutivas estejam geralmente presentes, o processo nem sempre obedece à sequência sugerida. Assim, a separação das políticas públicas em fases é mais importante para fins de análise do que um fato real do processo político. Saravia (2006) corrobora essa afirmação ao ressaltar que, na prática, cada política pública passa por diversas etapas, posto que em cada uma delas os atores, as coalisões, os processos e as ênfases são diferentes.

Numa perspectiva sistêmica e dinâmica e de acordo com Cobb, Ross e Ross (1976), a construção da agenda pública designa o conjunto de questões que alcançaram alto nível de interesse público e de visibilidade. Essas questões: 1) são assuntos de ampla atenção; 2) requerem ação, na visão de uma parte considerável do público; e 3) na percepção dos cidadãos, são assuntos de competência de algum órgão governamental. Já a agenda política é formada pelo conjunto de itens concretos, que são assunto de trabalho e consideração por parte de um corpo institucional de tomada de decisão, tais como os calendários legislativos da Câmara ou do Senado Federal, os calendários judiciais dos tribunais e os programas de um governo (KINGDON, 2006).

Dada a diversidade de assuntos e de interesses, consideram-se a agenda de governo ou institucional e a agenda sistêmica ou pública. Enquanto a agenda de governo tem seu centro de atenção nos meios e mecanismos de reconhecimento dos problemas apontados pela sociedade, com respectiva seleção daqueles para os quais há prioridade de resposta, a agenda sistêmica ou pública identifica e detalha tais problemas (JANN; WEGRICH, 2007).

De posse de diversos temas, apresentados como problemas que são alvo de atenção em um determinado momento histórico, cabe ao governo elencar aqueles que serão convertidos em política pública. Em outras palavras,

é preciso ao governo definir quais temas integrantes da agenda pública serão incorporados à agenda governamental. Diversos estudos apontam que essa decisão não é determinada exclusivamente pela importância social do problema (como no caso da poluição ambiental, obrigatoriedade de fornecimento de equipamentos de proteção pessoal para aplicação de agrotóxicos, abertura de novos leitos hospitalares, etc.). Também não é determinada pelo impacto social que uma solução pode desencadear, especialmente nos casos de conflitos sociais (a exemplo de programas de atenção a minorias desfavorecidas, construção de casas populares, pavimentação em zonas rurais, etc.). Os pontos-chave para um problema ser selecionado pelo governo para dar origem a uma política específica são a definição objetiva do problema e a identificação de uma política com melhores condições de oferecer a solução (KINGDON, 2006).

Embora didaticamente se possam considerar definição de agenda e formulação de políticas como dois estágios, na prática, eles não ocorrem separadamente, dada a dinâmica decisória de governo. Os estudos apontam que a formulação de política decorre não apenas do processamento e análise das informações contidas nas agendas, mas também da busca de resolução de conflitos entre os setores público e privado, bem como entre setores públicos. Traçada a minuta da política a ser submetida à votação, os diversos setores interessados iniciam negociações entre si e com o governo, no sentido de fazer valer seus interesses. A formulação da política se converte em processo dinâmico, marcado por arranjos institucionais, ativos ou reativos; buscando a política mais adequada (KINGDON, 1995).

A formulação de políticas públicas pode ser a resposta daqueles que ocupam o poder a demandas dos setores marginalizados e vulneráveis da sociedade, atendendo a uma agenda criada na sociedade civil por pressão e mobilização social (TEIXEIRA, 2002). Pode também atender a demanda de instituições formais do sistema governamental, obedecendo, nesse caso, a uma sistemática hierárquica entre os membros do governo. Dessa feita, a política a ser adotada depende de um grande número de fatores, porém dois deles são mais importantes, a factibilidade e a alocação de competências.

A factibilidade se refere à disponibilidade de recursos não apenas econômicos, mas também de suporte político e social para que o processo

transcorra conforme o planejamento. A alocação de competências entre os diferentes atores envolvidos na execução da política pode determinar sua formulação, quando essa alocação apontar para maior possibilidade de sucesso (JANN; WEGRICH, 2007; RAEDER, 2014). Se uma política envolver a atuação de diversos ministérios governamentais, que mantenham outros programas em comum, uma nova política terá um terreno fértil de sucesso, pela presença da competência de trabalho conjunto.

Na área da saúde, a factibilidade e a alocação de competências têm sido ressaltadas pela Organização Mundial de Saúde, por serem importantes especialmente em países em desenvolvimento. A possibilidade de junção de competências facilita a implementação das políticas de saúde, por meio de cooperação nacional entre Estados e Municípios, ou mesmo internacional (WHO, 2006a). Na atualidade, a formulação de decisão enfatiza uma interação pragmática cooperativa na qual políticos e burocratas não são tão influenciados por relatórios do mundo acadêmico, mas se deixam guiar por diversas fontes de informação e de conhecimento, trazidas para o ambiente de formulação de decisões, provenientes até mesmo de debates dos cidadãos, o que transforma a tomada de decisão em um processo social complexo, ao qual se segue a fase de implementação da política.

A fase de implementação é aquela em que “regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações” (SECCHI, 2013, p. 55). A implementação é marcada por uma intensa ação administrativa para planejamento da ação, exigindo contribuição de outras esferas e de diversas pessoas. É nessa fase em que deve haver consenso entre os planejadores da ação e os executores, do contrário a proposta não se concretiza para a sociedade. (RAEDER, 2014).

O planejamento da implementação envolve diversos critérios técnicos a serem definidos, tais como o modelo da tomada de decisão, a análise de implementação e o planejamento da avaliação. Esses critérios buscam aproximar os objetivos definidos para a ação e sua materialização, mas não asseguram sequer esse evento. Frequentemente, na fase de implementação, a política pública é modificada ou mesmo distorcida, bem como sua execução é postergada ou até bloqueada (JANN; WEGRICH, 2007)

Os elementos centrais da implementação de uma política pública são a especificação dos detalhes do programa e dos agentes envolvidos na execução, a alocação de recursos com definição de fonte provedora e prestação de contas, e, por fim, a definição dos tomadores de decisões nessa fase, admitindo o modelo *top-down*, *bottom-up* ou ainda o terceiro modelo de coalisção, que tem se mostrado mais eficaz (ANDERSON, 2010).

A tomada de decisões, no modelo *top-down*, caracteriza-se por o gestor entender que a decisão lhe pertence na formulação da política e na definição de objetivos, sendo a implementação um processo meramente administrativo, sem grandes exigências. No modelo *bottom-up*, o raciocínio é inverso, de tal forma que toda a equipe responsável pela concepção e pela implementação trabalha junta para realização de todas as ações, fazendo ajustes, firmando acordos que viabilizem a materialização da política tal como proposta (ANDERSON, 2010; RAEDER, 2014).

Como os fatores que influenciam a implementação da política são a natureza dos problemas; os contextos social, econômico, tecnológico e político em que se insere; a organização dos aparatos administrativos; os recursos políticos e econômicos do público-alvo; o apoio político de que dispõe, há ainda um terceiro modelo de decisão que tem se mostrado mais eficaz. O modelo de coalisção tem sido enfatizado na atualidade dada a formação de redes de interesses entre governo e setor privado, o que, até certo ponto, facilita a implementação da política, com menor chance de desvirtuação dos objetivos com priorização do setor privado. No modelo de coalisção, as negociações e as definições de ação dos diversos responsáveis pela implementação podem ser melhor controladas e acordadas (WHO, 2006b, 2006c).

Para o setor saúde, a fase de implementação tem sido muito valorizada no modelo de coalisção, porque, na medida em que os recursos escasseiam, os problemas se avolumam e requerem formação de grandes redes de assistência, com conseqüente redução de custo operacional e aumento do impacto social (WHO, 2006b, 2006c).

Outro aspecto próprio da implementação de política pública no setor saúde é a forma pela qual o cumprimento dos objetivos será analisado, uma vez que há uma distinção clara entre a tomada de decisão e a implementação da política pública (LIMA; D'ASCENZI, 2013). Na fase de implementação, há

que considerar a liberdade dos implementadores para resolução de problemas que surgem e, na maioria dos casos, não podem ser previstos dada a complexidade de variáveis envolvidas no processo assistencial ou saúde-doença. No entanto, mesmo que se adote o modelo *botton-up*, analítico, há necessidade de previsão das variáveis relativas a disponibilidade tecnológica para a implementação da política; previsão e disponibilidade de recursos financeiros e estruturais; contexto social, econômico e político de apoio à política pública implantada e, finalmente, a organização, disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e administrativos para operacionalização. Quando essas variáveis não são adequadamente consideradas na fase de decisão da política pública, a implementação pode estar inexoravelmente comprometida (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

No setor saúde, ainda se devem considerar, sobretudo, o atendimento das necessidades dos usuários do sistema para que se definam modos de organização dos trabalhos, especialmente na rede básica de saúde, dotando-a de flexibilidade de atendimento e facilidade de acesso aos serviços, mormente em seus momentos de maior necessidade. Na fase de implementação, esses cuidados são essenciais para redução da demanda desordenada pelos serviços de urgência/emergência, ainda que não tenham sido adequadamente previstos na fase decisória (LUCCHESI et al., 2004).

2.2 A avaliação da política pública

Contandriopoulos et al. (2015, p. 29) entendem que “a avaliação é um conceito com contornos vagos, inerente ao próprio processo de aprendizagem agrupando realidades múltiplas e diversas; uma atividade tão velha quanto o mundo banal”.

O conceito de avaliação dos programas públicos surge logo após o final da Segunda Grande Guerra, em decorrência de o Estado precisar aprimorar a eficiência da aplicação de recursos nas áreas da educação, do social, do emprego, da saúde. Apesar de os economistas pioneiros da avaliação desenvolverem métodos de análise de vantagens e custos de programas públicos, a abordagem então proposta não se mostrou adequada para

aplicação a programas sociais e à educação (CONTANDRIOPOULOS et al., 2015).

Daí decorreu a profissionalização da avaliação adotando uma perspectiva interdisciplinar e metodológica, especialmente por influência da *American Evaluation Association* ou da *Canadian Evaluation Society*. Essa profissionalização não impediu o surgimento de uma diversidade de 36 definições de avaliação de tal ordem que Contandriopoulos et al.(2015, p. 30) chegam a afirmar que “cada avaliador constrói a sua”.

Em 1990, Guba e Lincoln (1989, p. 30) identificam quatro estágios na história da avaliação, como se observa no Quadro 1, e afirmam que a passagem de um estágio para outro se faz com o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos.

Quadro 1 – Características dos estágios da história da avaliação de políticas públicas

Estágio	Caraterísticas marcantes	Avaliador
1º	Avaliação dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores	Um técnico que sabe construir e usar os instrumentos destinados a medir os fenômenos estudados
2º	Identificação e descrição dos processos para definição de objetivos	Um técnico com conhecimento da área para avaliação dos objetivos que podem ser alcançados
3º	Avaliação como julgamento de uma intervenção	Um técnico com conhecimento da intervenção em julgamento
4º	Processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada	Um técnico com conhecimento de técnicas e métodos de negociação

FONTE: Adaptado de Guba e Lincoln (1989, p. 30)

Quanto aos objetivos de uma avaliação, podem ser classificados como oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou somente por alguns ou ainda conforme sua relação de proximidade com o tipo de intervenção a ser implementado. Assim, o objetivo é estratégico quando visa ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; formativo, quando fornece informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer; somativo ao determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida e, finalmente, fundamental, quando contribui para o

progresso dos conhecimentos e para a elaboração teórica (CONTANDRIOPOULOS et al., 2015).

Em todas essas classificações de objetivos, oficiosamente os atores podem deixar implícitos interesses diversos, segundo seu nível de interferência ou atuação na intervenção implementada. Dessa forma, os administradores, que pedem uma avaliação, podem querer atrasar uma decisão; legitimar uma decisão já tomada; ampliar seu poder e o controle que eles exercem sobre a intervenção, ou satisfazer as exigências dos organismos de financiamento. Os avaliadores podem buscar ampliar os conhecimentos; ampliar seu prestígio e poder; obter uma promoção; promover uma ideia que lhes é cara. Para o pessoal da organização da implementação, os objetivos podem ser atropelar as regras hierárquicas ou obter um adiantamento. Para os usuários, os objetivos oficiosos podem ser a obtenção de benefícios com serviços diferentes dos disponíveis habitualmente ou ainda a redução de sua dependência perante profissionais (CONTANDRIOPOULOS et al., 2015; HARTZ, 2015).

Independente dos estágios da história da avaliação ou dos tipos de objetivos, em linhas gerais, avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas, os quais caracterizam a **avaliação normativa** ou ser elaborada a partir de um procedimento científico denominado **pesquisa avaliativa** (ROSSI et al., 2004).

A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (**estrutura**), os serviços ou os bens produzidos (**processo**), e os resultados obtidos, segundo critérios e normas (HARTZ, 2015).

Os critérios e as normas nos quais se apoiam as avaliações normativas constituem o que Riveline(1991) denominou de "resumos do verdadeiro e resumos do bem", por poderem tanto derivar dos resultados de uma pesquisa avaliativa ou de outros tipos, bem como estarem fundamentados no julgamento de pessoas bem-informadas ou de especialistas na área. Todas as avaliações normativas se apoiam no postulado de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção (ROSSI et al., 2004). Dessa feita, a avaliação normativa deve

ser considerada como uma atividade comum, de forte validade pragmática, correspondendo às funções de controle, de acompanhamento e de garantia de qualidade, para ajudar os gerentes a preencher suas funções habituais de responsáveis pelo funcionamento e pela gestão da intervenção (LEAHY et al., 2009).

A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos, ou seja, de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção. Devem igualmente ser contempladas as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Exige importante perícia metodológica e teórica, além do que não pode ser feita por responsáveis pela intervenção em si. Ela é mais frequentemente confiada a pesquisadores exteriores à intervenção. Nesse caso, a questão de saber se seus trabalhos serão úteis para as decisões é importante. A pesquisa avaliativa pode se decompor em seis tipos de análise, como demonstrado o Quadro 2, cuja aplicabilidade dependerá do objetivo da avaliação.

Quadro 2 – Tipos de análise da pesquisa avaliativa

Tipo de análise	Caraterísticas da análise	Avaliação
Estratégica	Avaliação da relação entre estratégia da intervenção e a situação problemática que deu origem à intervenção	Importância do fator de risco avaliado Identificação da população de maior risco Os recursos disponíveis dão suporte à análise estratégica
De Intervenção	Análise da relação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados	Determinar a relação entre capacidade de recursos e serviços produzidos para atingir os objetivos Avalia forma de identificação do problema; grau de prioridade desse em relação aos demais
De produtividade	Avaliação em unidades físicas (produtividade física) ou monetárias (produtividade econômica)	Definir e medir a produção por decomposição do conceito de produção, usando métodos econômicos e métodos da contabilidade analítica Avaliar a capacidade de os recursos monetários ou profissionais produzirem serviços de suporte
De efeitos	Avaliação dos efeitos externos para a população-alvo e também para outras populações não visadas diretamente pela intervenção	Considera que o conceito de eficácia não tem um sentido absoluto. Deve ser qualificado pelo contexto da pesquisa em teórica (sem variação interindividual) e de ensaio (incluindo tal variação)
Do rendimento ou de eficiência	Análise da relação entre recursos empregados e efeitos obtidos	Combinação da análise da produtividade econômica e da análise dos efeitos Expressão monetária dos custos da intervenção por índices reais de resultados e da utilidade que acarreta para aqueles aos quais ela se destina (<i>QALY - Quality Adjusted Life Years</i>)
De implantação	Medir a influência da variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos Apreciar a influência do ambiente na implantação	Analisar a variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes Indicada para intervenção complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos

FONTE: Adaptado de Hartz(2015)

A avaliação de uma intervenção é constituída pelos resultados de várias análises obtidas por métodos e abordagens diferentes. Estes resultados não poderão ser facilmente resumidos em um pequeno número de recomendações. É até provável que quanto mais uma avaliação seja bem sucedida, mais ela abra caminhos para novas perguntas. Ela semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente, deve ser vista

como uma atividade dinâmica no tempo, apelando para atores numerosos, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas.

A avaliação de programa é um processo de coleta e análise sistemática de informações sobre características, processos e impactos, de forma a atribuir valor e analisar o mérito do programa, gerando recomendações para aperfeiçoar a gestão e a qualidade do gasto público, para solucionar um problema ou reduzir sua carga social. Daí decorre que a avaliação está sempre no centro de toda política pública implementada (JANN; WEGRICH, 2007; COHEN; FRANCO, 2013), porque as políticas públicas são muito mais um meio de promover mudanças do que o próprio objeto da mudança (DERY, 1984).

Embora haja mais de 60 modelos distintos de avaliação de políticas públicas, admite-se na atualidade que nenhum modelo de avaliação de políticas públicas, por si só, deverá ser eleito como o ideal, posto que ele deve ser adequado às contingências e particularidades da política em análise. Adicionalmente, uma política ao ser avaliada deve sofrer adequações, do que resulta a avaliação ser um processo dinâmico, metodologicamente sofisticado e pouco desenvolvido teoricamente (WEIBLE et al., 2012).

Sechi e Schüür (2012) consideram que, para retratar o contexto de uma política pública, deve-se proceder à análise histórica, política, econômica, jurídico-legal e sociocultural, ainda que essas categorias não estejam assim separadas. Os autores entendem que o detalhamento do contexto histórico em que a política pública foi desenvolvida; os atores que direta ou indiretamente contribuíram para sua construção ou reformulação; os ganhos econômicos ou os custos de oportunidade derivadas da evolução da política; as interpretações jurídicas e os aspectos legais que embasaram ou emergiram da própria implementação da política e os fenômenos sociais que atuaram como facilitadores ou dificultadores dos resultados da política devem ser alvo de avaliação.

A avaliação de uma política pública não deve ser considerada apenas como o estágio final de um ciclo de política pública, o qual se encerra com o final da política pública ou com seu redesenho baseado na percepção de modificação do problema ou da composição da agenda. Separadamente, a avaliação forma um capítulo separado, uma subdisciplina na ciência política

que tem como foco os resultados pretendidos e as consequências não previstas de políticas. Por esse motivo, a avaliação não se restringe a um estágio particular do ciclo de políticas. Pelo contrário, a perspectiva é aplicada a todo o processo de construção de políticas públicas e sob diferentes perspectivas ao longo do tempo (ao início e *ex-post*) (JANN; WEGRICH, 2007).

O processo de avaliação de políticas públicas deve ir além da abrangência dos estudos científicos, uma vez que está incorporada ao processo e ao debate político. Significa dizer que todos os atores devem ser considerados na avaliação, desde os tomadores de decisão até os usuários, instituições de oposição ao governo, mídia e demais cidadãos, já que uma avaliação para ser válida deve contemplar aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais e até mesmo religiosos (DERY, 1984; JANN; WEGRICH, 2007; SECCHI; SCHÜÜR, 2012; COHEN; FRANCO, 2013).

Uma vez identificado o problema ou os problemas que podem comprometer os resultados da política, o ponto mais importante da análise consiste em identificar alternativas para guiarem as soluções. Essa fase é a mais importante e a mais criativa, como ensinam Secchi e Schüür (2012). Requer que o analista se retire do problema e do contexto da política para que possa pensar em alternativas, podendo se valer de diversos métodos, como o *brainstorming*, o dos *six hats* de Bono e da decomposição da política em seus procedimentos (método do *thinking*).

Identificado um leque de alternativas, que devem cobrir o maior número de possibilidades, cumpre então analisar as alternativas, as quais podem ser complementares ou excludentes, mas necessariamente devem permitir enxergar os problemas de vários pontos de vista. Essa amplitude de possibilidades, na fase de aprofundamento da análise, faz com que se identifiquem soluções mais adequadas. Daí decorre que o analista de política pública precisa ingressar na fase de análise sem uma alternativa já concebida para que seu raciocínio não esteja comprometido. Adicionalmente, na fase de escolha da melhor alternativa de solução do problema identificado, deve lembrar que analisar é um processo cíclico, porque traz à tona problemas, busca correções e as coloca em execução para nova análise (WHO, 2006b; FISCHER et al., 2007; BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2014).

O passo seguinte à identificação de alternativas para solução é estabelecer critérios de avaliação das alternativas e definir indicadores, para que a avaliação possa ser mais objetiva permitindo comparações. Dentre os critérios mais empregados estão o custo, a eficiência expressa pela relação entre *outputs* e *inputs*, a eficácia para redução do problema, a equidade, que corresponde ao equilíbrio entre custo e benefício, a legalidade para manter a imagem institucional digna de respeito; a simplicidade da solução em termos operacionais, a perenidade que consiste na possibilidade de manter a política por longo prazo e a viabilidade política, porque não pode haver política sem apoio, negociações e redução da ação dos oponentes (SOUZA, 2006; SECCHI, 2013; RAEDER, 2014).

Esses critérios devem ser acrescidos de tantos outros quantos necessários para a construção de indicadores que melhor possibilitem observar os resultados. Secchi e Schüür (2012) aconselham a montagem de uma matriz de alternativas e respectivos indicadores para que a avaliação preditiva possa ser realizada. Essa avaliação requer coleta de muitas informações de forma a cobrir as alternativas e possibilitar uma quantificação dos indicadores, para que se possa montar as recomendações objetivamente. É interessante notar que os diversos estudiosos, independente do país de origem, são unânimes em apontar a necessidade de o avaliador ser um bom ouvinte, já que ao enunciar o problema, o solicitante da avaliação já fornece uma série de informações que podem guiar a geração das alternativas e a geração dos indicadores (SOUZA, 2006; WHO, 2006a, 2006d, 2006e; SECCHI; SCHÜÜR, 2012).

No setor saúde, a avaliação de políticas públicas é mais abrangente porque deve contemplar uma gama mais diversificada de situações e de serviços de saúde. Nesse contexto, não basta na avaliação de políticas de saúde afirmar ou identificar o que funciona e o que não funciona, mas caracterizar como e porque a implementação e a operacionalização estão dando resultados esperados ou inesperados, buscando testar tentativas de correção (PETERS et al., 2013).

LI et al.(2015) referem que a avaliação de políticas públicas ou de sua implementação deve ser considerada de forma mais abrangente tanto em relação à utilização dos serviços e recursos postos a serviço da população (denominada genericamente de uso da população), como no contexto do jogo

do poder, no qual o governo emprega a política para demonstrar ação (habitualmente referida como política para uso de propaganda governamental). Argumentam os autores que tal consideração pode diferenciar a qualidade da escuta de governo e dos tomadores de decisão, o que possibilita aquilatar a chance de sucesso de uma política pública, especialmente no setor saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), ao apresentar o guia de avaliação de políticas públicas, considera essa etapa do ciclo como integrante das pesquisas de implementação, devendo envolver todos os atores sociais que exerceram ou poderiam exercer influência em qualquer etapa do ciclo. O Quadro 3 resume os objetivos os problemas de implementação e os métodos de pesquisa que a OMS recomenda para avaliação de políticas de saúde (PETERS et al., 2013). Nele, deve-se atentar para a grande gama de métodos avaliatórios e, sobretudo, para a indicação de emprego da associação de métodos qualitativos e quantitativos, para que os aspectos subjetivos e objetivos sejam levados em consideração.

Quadro 3 – Tipos de objetivos, perguntas condutoras e métodos de avaliação de implementação de políticas de saúde

Objetivos	Descrição	Pergunta condutora	Métodos de avaliação
Explorar	Explorar uma ideia ou fenômeno para construir hipóteses ou generalizações a partir de exemplos específicos	Quais os possíveis fatores ou agentes responsáveis por uma boa implementação de intervenção em saúde? Quais os possíveis fatores ou agentes responsáveis por uma boa implementação para melhorar ou expandir intervenções em saúde?	<u>Método qualitativo</u> : teoria fundante, etnografia, fenomenologia, estudos de caso e investigações narrativas, entrevistas com informantes-chave, grupos focais e revisões históricas <u>Método quantitativo</u> : análise de rede, pesquisas transversais <u>Métodos mistos</u> : combinação de método qualitativo com quantitativo
Descrever	Identificar e descrever o fenômeno e suas possíveis correlações e causas	O que descreve o contexto no qual a implementação ocorre? O que descreve os principais fatores que influenciam a implementação em um dado contexto?	<u>Método qualitativo</u> : teoria fundante, etnografia, fenomenologia, estudos de caso e investigações narrativas, entrevistas com informantes-chave, grupos focais e revisões históricas <u>Método quantitativo</u> : análise de rede, pesquisas transversais descritivas <u>Métodos mistos</u> : método qualitativo e quantitativo com convergência de dados e análise
Influenciar com adequação	Testar se a intervenção produz resultados com suficiente certeza de que a intervenção e os resultados são reais	A cobertura de uma intervenção em saúde se modifica entre os beneficiários da intervenção?	Investigação do tipo antes-depois ou série temporal com resultados esperados da intervenção. Pesquisa ação participatória

Objetivos	Descrição	Pergunta condutora	Métodos de avaliação
Influenciar com plausibilidade	Testar se a intervenção produz resultados com grande confiabilidade de que derivarem da intervenção	A plausibilidade dos resultados de saúde se deve à intervenção implementada mais do que a outras causas?	Estudo concorrente, não aleatorizado, estratificado Implementação da intervenção em algumas áreas e não em outras para realizar estudo antes-depois ou transversal nas áreas programadas e não programadas Estudos típicos de melhoria de qualidade
Influenciar com probabilidade	Testar se a intervenção produz resultados com alta probabilidade (calculada) de derivarem da intervenção	O resultado de saúde se deve à implementação da intervenção?	Estudos parcialmente controlados; estudos pragmáticos e estratificados aleatorizados com a intervenção em saúde implementada em algumas áreas e não em outras Efetividade da implementação híbrida
Explicar	Desenvolver ou explorar uma teoria para explicar a relação entre conceitos e os motivos ou formas de ocorrência de eventos	Como e por que a implementação de uma intervenção acarretou efeitos no comportamento de saúde, nos serviços e no status de todas as variações?	<u>Método qualitativo</u> : etnografia, fenomenologia, estudos de caso e investigações narrativas, entrevistas com informantes-chave, grupos focais e revisões históricas <u>Método quantitativo</u> : medidas repetidas do contexto, de atores, de profundidade e amplitude da intervenção ao longo de subunidades, identificação de redes, com emprego de inferências de confirmação Efetividade de implementação híbrida <u>Métodos mistos</u> : método qualitativo e quantitativo com convergência de dados e análise
Prever	Uso de conhecimento anterior ou teorias para prever futuros eventos	Qual será o curso de futuras intervenções?	<u>Método qualitativo</u> : exercícios de construção de cenários, método Delphi para análise de opinião de líderes <u>Método quantitativo</u> : modelação baseada no agente; simulações e modelos de suposições; extrapolação de dados e análise de sensibilidade; modelação econométrica e análise de impacto

Considerando os tipos de avaliação e de objetivos de pesquisa, empregamos a análise de intervenção, baseada em padrões brasileiros e estrangeiros quanto ao bem-estar da mulher parturiente. Consideramos necessário determinar a relação entre a capacidade de recursos e de serviços produzidos, para identificar problema e grau de prioridade desse em relação aos demais.

2.3 Política pública de atenção à saúde da mulher no Brasil

O Brasil vem sendo palco de intensas alterações demográficas, sociais, econômicas e políticas. As dinâmicas demográficas apontam para os processos de envelhecimento da população e de redução da taxa de fecundidade. Além disso, há nas últimas décadas a intensificação do processo

de transformação social, decorrente da urbanização e da industrialização, refletindo amplamente na realidade social, em especial na condição de vida das mulheres. Em que se pesem as recentes ampliações dos serviços e políticas públicas de saúde brasileiras, ainda se podem observar disparidades regionais e de cor ou raça no acesso aos serviços desta área (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA., 2014).

A deficiência no acesso à assistência à saúde especialmente no pré-natal, parto e puerpério contribui para aumento das taxas de mortalidade do binômio mãe-conceito. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define morte materna como a que ocorre durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais (CARRENO et al., 2014; WHO et al., 2014).

Segundo Martins (2006, p. 2473): *“A cada minuto morre no mundo uma mulher em virtude de complicações da gravidez e do parto, a maioria em países em desenvolvimento e para cada mulher que morre, outras trinta sofrem sequelas ou problemas crônicos de saúde”*. Essas mortes requerem a definição de políticas públicas uma vez que *“envolvem aspectos de saúde, éticos, jurídicos e sociais, revelando de forma privilegiada que o estado de saúde de uma pessoa está relacionado com o grau de liberdade, igualdade e justiça social no qual vive”* (VENTURA, 2008, p. 217).

No entanto deve-se considerar que, no âmbito dos cuidados em saúde da mulher e da criança, há um forte componente de valores, crenças e interesses fortemente influenciados pela cultura local e muitas vezes conflitantes entre si. Esse contexto pode intervir na aceitação da assistência ao pré-natal e ao parto, determinando dilemas até mesmo morais (VENTURA, 2008). Além dos fatores relacionados especificamente à assistência à saúde, os gestores da área reconhecem que *“a desvalorização da mulher na sociedade, a pobreza e a pouca escolaridade são cofatores determinantes da morbidade e mortalidade feminina, frente aos quais são recomendadas medidas educacionais e socioeconômicas”* (VENTURA, 2008, p. 221).

Essas medidas vêm sendo tomadas nacional e internacionalmente, de há muito tempo porque o tema da mortalidade materna é antigo no âmbito da

saúde, pois data da civilização egípcia, da qual se tem registro a partir de 3.000 aC, com documentação de partos cirúrgicos com anestesia geral (HASAN et al., 2011). No Ocidente, a taxa de mortalidade materna era alta até o Século XVIII, devido a partos cruentos.

Com a descoberta dos antibióticos e a modificação do arsenal de instrumental cirúrgico, foram possíveis técnicas cirúrgicas para partos difíceis, a partir do Século XIX, com redução acentuada dessas mortes, porém mantendo cifras de dois dígitos, no Brasil, pela dificuldade de atendimento (VENTURA, 2008; CARRENO et al., 2014).

A partir de 1988, introduzida a noção de saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, a regulamentação do sistema público de saúde, pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e o Estatuto da Criança e do Adolescente, houve necessidade de organização dos serviços de saúde. Desde 1992, por intermédio de medidas ministeriais normativas (Portarias) as quais visavam estimular ações e disponibilizar recursos para reversão do grave quadro da mortalidade materna e neonatal, teve início uma organização incipiente do sistema de saúde.

Em 1996, as questões de saúde reprodutiva e sexual foram tratadas pela Lei Federal 9.263, de 12 de janeiro de 1996, denominada Lei do Planejamento Familiar, que regulamenta o dever do Estado. Em 2000, houve consenso internacional quanto aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) constantes da Declaração do Milênio da Organização das Nações Unidas. Foram pactuados compromissos concretos, a partir de oito objetivos, que incorporam 22 metas e 48 indicadores. Admitiu-se que cumpridos esses objetivos nos prazos planejados poderia haver significativa melhoria na qualidade de vida da humanidade até 2015. Diante dessa possibilidade, a Declaração foi assinada por 191 Estados-membro, buscando sintetizar os vários acordos firmados nas cúpulas mundiais.

Os ODM não são apenas um compromisso entre nações, mas, sobretudo, despertam a necessidade de enfrentar e, se possível, erradicar algumas históricas mazelas sociais como: a pobreza extrema, a fome, a falta de acesso à educação de qualidade, a iniquidade de gênero, as doenças e mortes evitáveis, a exploração predatória do ambiente e a precariedade das condições de vida. Apesar disso, do ponto de vista técnico, os ODM são

apenas uma agenda e não uma estratégia de desenvolvimento, além do que “distorcem as políticas públicas que passam a ser excessivamente focadas em alcançar as metas dos ODM em curto prazo” (CARVALHO; BARCELLOS, 2014, p. 227).

Nesse sentido, o quinto ODM, relativo às condições de saúde das gestantes, tem duas metas: redução da mortalidade materna em três quartos do nível observado em 1990 e universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva, que deviam se acompanhar por melhoria das condições de vida, saúde e cidadania das mulheres (SOUZA, 2006).

Desde 1990, o Brasil mostra avanços no enfrentamento da mortalidade materna. Os 141 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, em 1990, foram reduzidos para 64,8 por 100 mil, em 2011 (DREZETT, 2013; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014).

No entanto a meta de reduzir a razão de mortalidade materna não será alcançada pelo Brasil ainda em 2015, pois os índices divulgados pela OMS, em 2014, mostram 68,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos, pouco menos do que o dobro da meta estabelecida pela ONU, de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos (WHO et al., 2014). Uma redução dessa ordem exigirá programas e políticas públicas de grande impacto, bem como requer que se discuta a validade do ponto de corte de redução de dois terços da mortalidade infantil. No ODM 4, não se consideram as particularidades de cada região ou se oferecem propostas para que esse objetivo seja alcançado (CARVALHO; BARCELLOS, 2014).

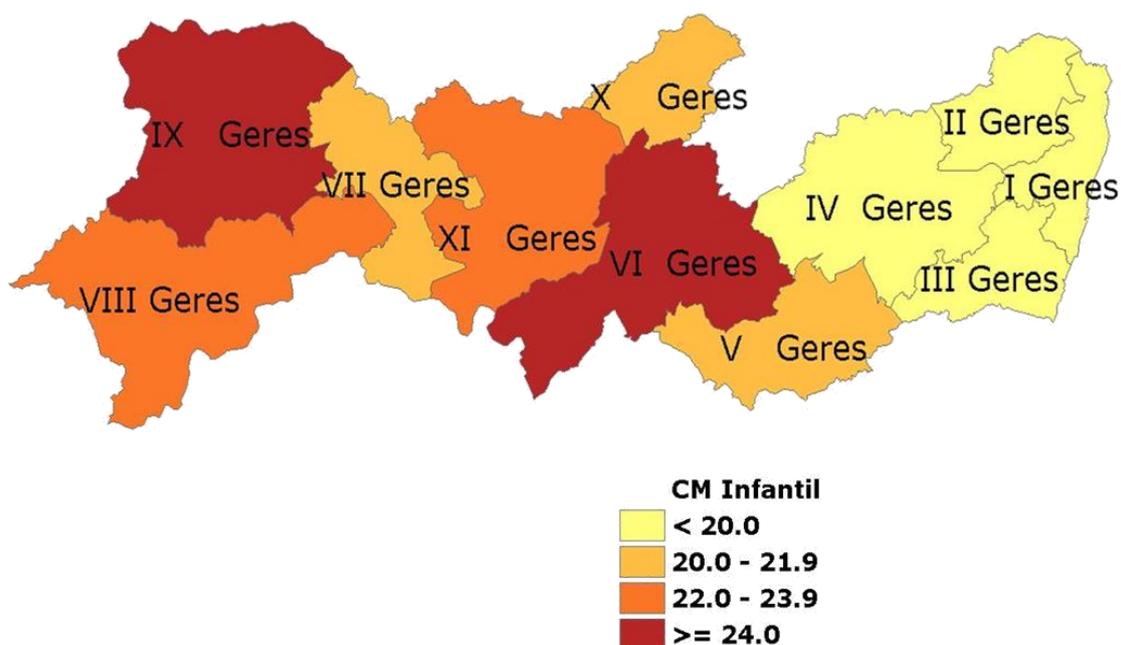
Adicionalmente, a Organização Mundial de Saúde estimou, em 2014, que a Razão de Morte Materna (RMM)¹ de países desenvolvidos igualava-se a 16:100.000 e, para os países em desenvolvimento, a 230:100.000. Para o Brasil, a estimativa foi 77:100.000, portanto quase cinco vezes maior que a de países desenvolvidos (WHO et al., 2014).

¹A Razão de Morte Materna (RMM) resulta da divisão do número de óbitos maternos pelo número de nascidos vivos, multiplicada por 100.000. Reflete as condições socioeconômicas da região e a qualidade de vida da população (CARRENO et al., 2014).

2.3.1 A Política Pública – Programa Mãe Coruja

Em 2007, o cenário dos indicadores de saúde materno-infantil em Pernambuco apresentava-se mais preocupante que aquele do Brasil. Era marcado pela desigualdade de atendimento de saúde entre as regiões do Estado, o que contribuía para altos coeficientes de mortalidade infantil e materna² (GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2015). Dentre as regiões com pior situação de saúde, estavam o Sertão do Araripe e o do Moxotó seguidos pelo Sertão do São Francisco, Sertão Central e Agreste Meridional, indicando a necessidade de ação governamental (VILELA, 2012) (Figura 1).

Figura 1 – Mapa de distribuição espacial das Gerências Regionais de Saúde do estado de Pernambuco, segundo coeficiente de mortalidade infantil em 2006



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. Programa Mãe Coruja Pernambucana (2014)

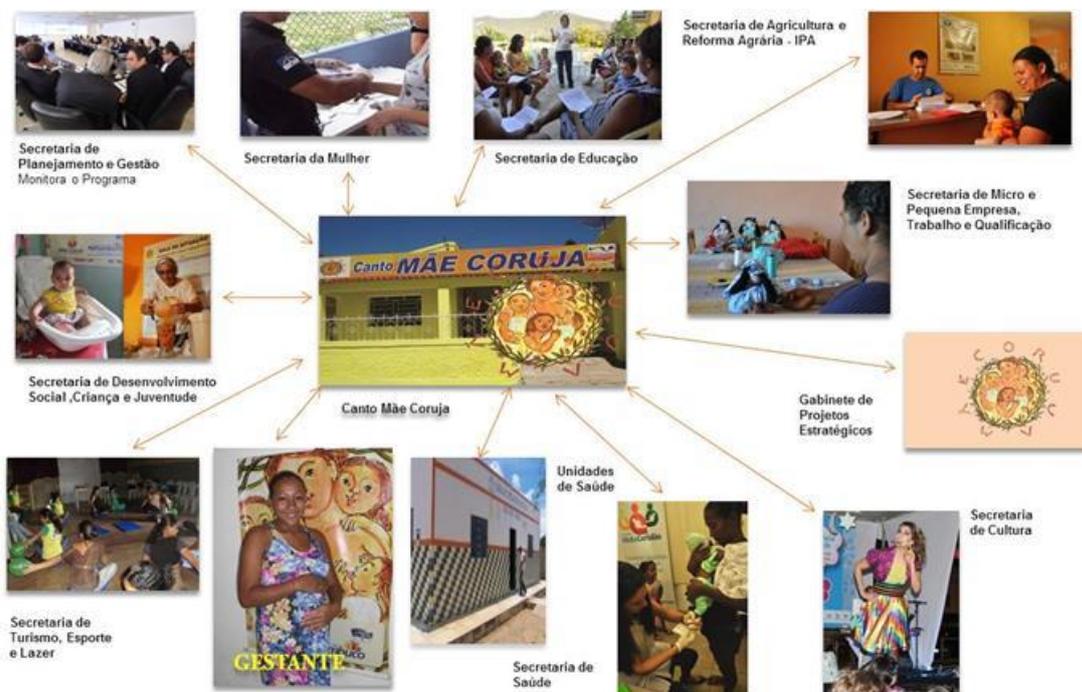
Essas constatações estimularam inserir no Plano de Trabalho do

²O coeficiente de mortalidade infantil avalia a relação entre o total de óbitos de crianças menores de um ano de idade e o total geral de óbitos em um determinado local e período e é um indicador sensível das condições de saúde e de vida de uma população (NASCIMENTO et al., 2014).

candidato a Governo do Estado a proposta de implementação de Programa para assistência a gestantes residentes e domiciliadas em regiões com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e altas taxas de mortalidade materna e infantil. Uma vez eleito, o então Governador implanta o Programa Mãe Coruja como política pública, com o objetivo de prestar assistência a mulheres ainda no ciclo gravídico, para redução dos indicadores de saúde.

O Programa Mãe Coruja está composto por ações a serem desenvolvidas por 09 Secretarias de Governo, no intuito de instrumentalizar a mulher para que se empodere de conhecimentos e possa melhor exercer seus direitos e sua liberdade de vida reprodutiva, econômica e social (Figura 2).

Figura 2 – Ações desenvolvidas pelas Secretarias de Governo, participantes do Programa Mãe Coruja



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. Programa Mãe Coruja Pernambucana (2014)

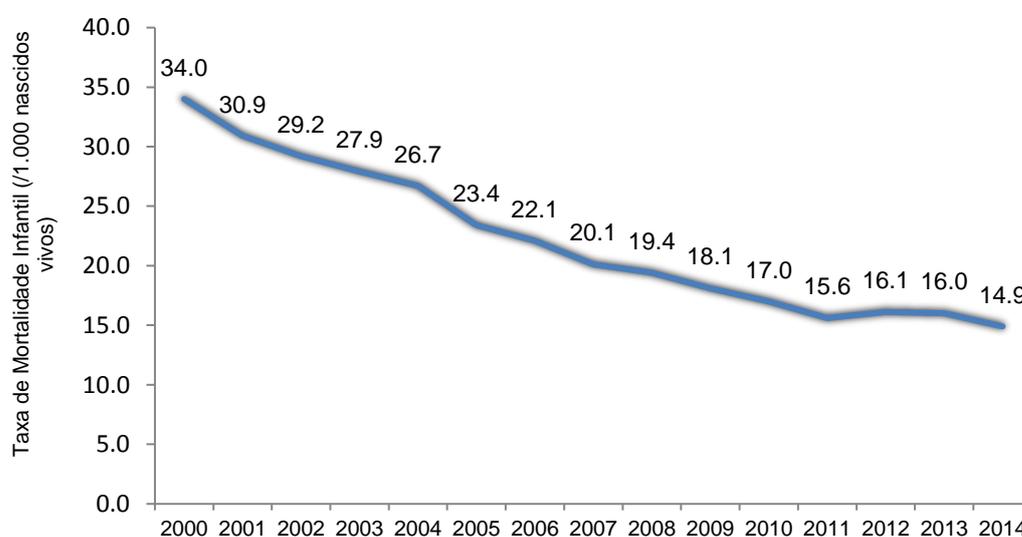
Da análise das estatísticas de mortalidade infantil, foi definida a implantação do Programa, em 2008, em 11 Municípios da IX Região de Saúde³

³ Municípios da IX GERES - Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade

e 13 Municípios da VI Região de Saúde⁴, totalizando 24 municípios que seriam beneficiados.

A partir da implantação do Programa Mãe Coruja, observou-se aceleração da redução da taxa de mortalidade infantil, segundo os informes da Secretaria de Saúde do Estado (Figura 3), o que motivou a inclusão de novos Municípios ao Programa. Aplicando os mesmos critérios, em 2009 foram incluídos 21 Municípios da V Região de Saúde⁵, sete Municípios da VIII Região de Saúde⁶ e 10 Municípios da XI Região de Saúde⁷, num total de 38 novas localidades (COORDENAÇÃO COMITÊ EXECUTIVO, 2014).

Figura 3 - Distribuição temporal da taxa de mortalidade infantil. Pernambuco, 2000 a 2014



Fonte: 2000 a 2011 IDB 2012/Datasus/MS. Captados em: 24/02/2016

2012 a 2014 SIM/Sinasc/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS - Pernambuco corrigidos por fator de correção. Captados em: 24/02/2014, sujeitos à revisão.

A persistência de altos coeficientes de mortalidade infantil em Regiões de Saúde não atendidas pelo Programa motivou sua implantação em 29 Municípios. Sua distribuição foi: um na I Região de Saúde (Araçoiaba), dois na

⁴ Municípios da VI GERES - Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa.

⁵ Municípios da V GERES - Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeira, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmerina, Paranatama, Saloá, São João e Terezinha.

⁶ Municípios da VIII GERES - Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista.

⁷ Municípios da XI GERES - Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo.

II Região de Saúde (Casinhas e Cumaru), 10, na III Região de Saúde⁸, 13, na IV Região de Saúde⁹ e três, na XII Região de Saúde, criada como desmembramento da II Região de Saúde (Aliança, Condado, Ferreiros). (COORDENAÇÃO COMITÊ EXECUTIVO, 2014).

Em 2010, o Programa Mãe Coruja Pernambucana foi mantido como política pública, do que decorreu sua implantação em 12 novos Municípios, assim distribuídos: um na II Região de Saúde (Salgadinho), um na III Região de Saúde (Rio Formoso), um na IV Região de Saúde (Bonito), dois na VII Região de Saúde (Terra Nova e Mirandiba), cinco na X Região de Saúde¹⁰(COORDENAÇÃO COMITÊ EXECUTIVO, 2014).

Em fevereiro de 2015, 105 Municípios integravam o Programa, beneficiando mulheres e crianças nas 12 Gerências Regionais de Saúde do Estado. Ipojuca e Recife, com gestão municipal, replicaram o modelo do Programa, com a cooperação técnica do Estado, adotando as ações, conforme a necessidade e planejamento de cada Município, em regime de gestão municipal, porém com assessoria técnica pela equipe de monitoramento do Programa (COORDENAÇÃO COMITÊ EXECUTIVO, 2014).

Considerados os 105 municípios do Estado nas 12 Regiões, no período de 2008 a 2014, houve 130.098 mulheres e 71.661 crianças beneficiadas (excluídos óbitos fetais, neonatais e infantis, perda de informação decorrente da dificuldade das mães comparecerem, após o parto, aos Cantos Mãe Coruja, ou ter a mãe situação socioeconômica e cultural diferenciada em relação àquelas de maior vulnerabilidade)¹¹(COORDENAÇÃO COMITÊ EXECUTIVO, 2014).

A estrutura administrativa do Programa, vigente em 2015, quando a pesquisa foi planejada, detalhada na Figura 4, inclui:

- a) Conselho Consultivo, formado pelos Secretários de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social, sob coordenação de um representante do Governo Estadual, com a finalidade de avaliar as atividades do Programa por meio

⁸ Municípios da III GERES - Amaraji, Catende, Cortês, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Quipapá e Xexéu

⁹ Municípios da IV GERES - Agrestina, Belo Jardim, Camocim de São Félix, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, São Caitano, Tacaimbó e Vertentes

¹⁰ Municípios da X GERES - Carnaíba, Iguaraci, Itapetim, Santa Terezinha e Solidão

¹¹ Cantos Mãe Coruja são estruturas matriciais de coordenação do cuidado para gestantes e crianças, a partir do acolhimento, cadastramento e monitoramento de todas as ações do programa no município.

- da análise dos indicadores, propondo e viabilizando soluções relacionadas às dificuldades operacionais não solucionadas pelos membros do Conselho Executivo;
- b) Comitê Executivo, formado pelos representantes das Secretarias Estaduais que compõem o Programa, sob a coordenação da Diretora de Políticas Estratégicas do Programa Mãe Coruja da Secretaria Estadual de Saúde, cuja finalidade é viabilizar a operacionalização das ações previstas no Programa;
 - c) Diretoria de Políticas Estratégicas do Programa Mãe Coruja da Secretaria Estadual de Saúde, a quem cabe avaliação, e monitoramento do gerenciamento técnico, de recursos humanos, administrativo e financeiro do Programa e negociação das estratégias a serem adotadas para realização das ações conjuntas entre as Secretarias partícipes;
 - d) Três Gerências, dedicadas a manter comunicação com todas as Secretarias de Governo envolvidas no Programa, bem como a assessorar a Diretoria de Políticas Estratégicas do Programa Mãe Coruja. Uma Gerência é dedicada ao acompanhamento e à análise dos indicadores e das metas do programa, propondo correções no Programa (Gerência de Monitoramento). A outra gerência é destinada ao acompanhamento e à análise dos processos administrativos, de desempenho e necessidades de recursos humanos, bem como da alocação dos recursos financeiros, para subsidiar decisões da Diretoria de Políticas Estratégicas (Gerência de Ações Intersetoriais). A terceira Gerência (Gerência Técnica de Pesquisa) tem por objetivo publicar artigos em bases de dados representativos na área de atuação do Programa e apoiar as análises dos dados produzidos na rede de atenção ao cuidado;
 - e) Quatro Coordenadores Estaduais, com responsabilidade regional, a saber: I, II, III e XII Região de Saúde (um Coordenador); IV e VI Região de Saúde (um Coordenador), VIII, IX e XI Região de Saúde (um Coordenador) e V, VII e X Região de Saúde (um Coordenador). Todos estão subordinados diretamente à Gerência de Monitoramento, com a missão de supervisão das ações dos Coordenadores Regionais, monitoramento e avaliação dos territórios regionais, bem como das ações de gestão do cuidado, além de

coletar os dados relativos às ações, processando-os, consolidando-os e os analisando para informar à Gerência.

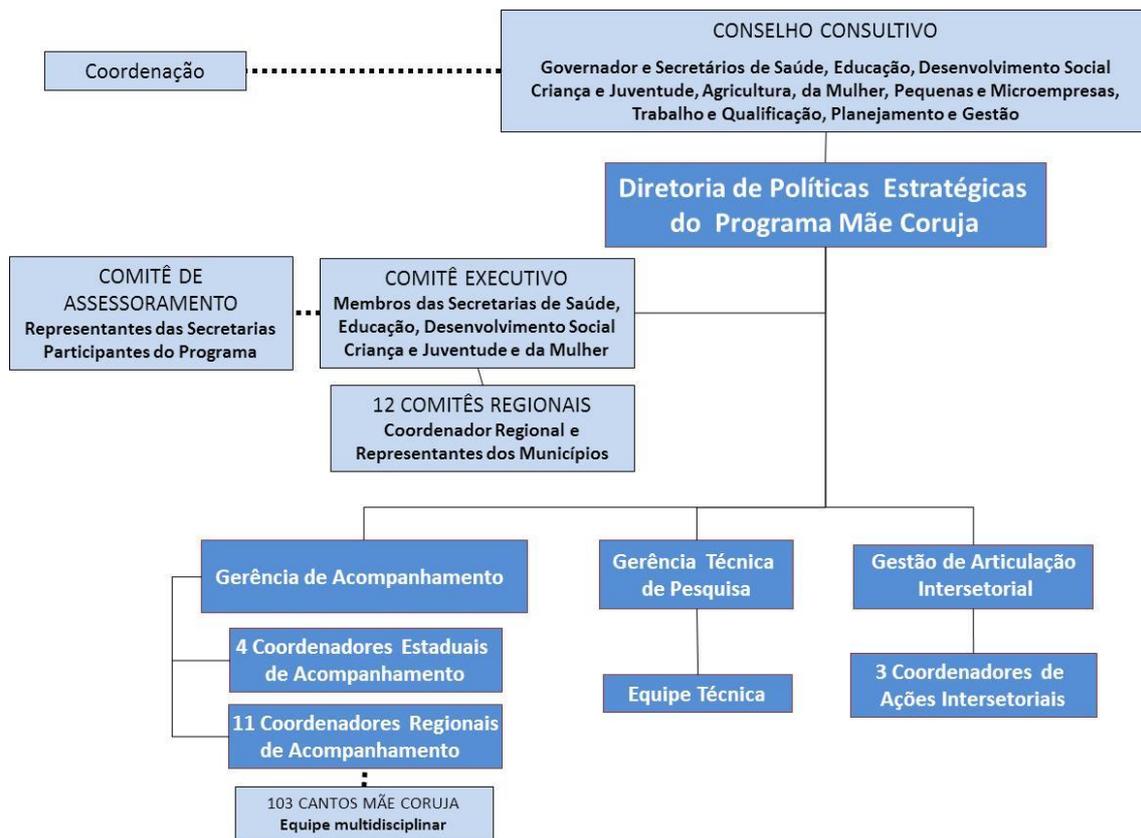
- f) Onze Coordenadores Regionais, cada qual lotado e responsável por uma Região de Saúde, com exceção do Coordenador da II Região de Saúde que se responsabiliza também pela XII Região de Saúde, bem como o Coordenador Estadual da I Região de Saúde, que acumula a função de Coordenador Regional, por estar composta por um único município (Recife). Cabe a esses Coordenadores, nos Cantos Mãe Coruja, a supervisão direta dos profissionais, o suprimento e a manutenção de equipamentos, bem como a Coordenação do respectivo Comitê Regional. O fato de haver 12 Comitês Regionais, porém 11 Coordenadores Regionais se deve à criação da XII Regional de Saúde posteriormente à publicação do organograma, portanto sem a criação do cargo de Coordenador Regional correspondente.
- g) Doze Comitês Regionais, localizados nas Regiões de Saúde, dos quais participam profissionais dos Cantos Mãe Coruja, um voluntário municipal articulador de ações, um representante de cada Secretaria de Governo, participante do Programa, e professores municipais dos Círculos de Educação e Cultura. Sob a direção do Coordenador Regional do Programa, esses integrantes devem proceder à discussão do monitoramento do Programa, a programação de ações a serem realizadas, bem como acordam soluções para problemas operacionais.

Havia, no início de 2016, 103 Cantos Mãe Coruja, sendo um em cada município do Programa, 20 em funcionamento nos escritórios do Instituto Agrônomo de Pernambuco e os demais, com sede definida pela Prefeitura Municipal.

Os Cantos Mãe Coruja são as estruturas matriciais de coordenação do cuidado para gestantes e crianças, a partir do acolhimento, cadastramento e monitoramento de todas as ações do programa no município. Em cada Canto, há dois profissionais de nível superior da área de saúde (enfermeiro, fisioterapeuta ou fonoaudiólogo) ou da área social (psicólogo, assistente social, professor, pedagogo), responsáveis pelo acolhimento, cadastramento e acompanhamento mensal das gestantes e de seus conceitos; identificação das necessidades sociais e culturais para encaminhamento às ações oferecidas pelo Programa; alimentação do sistema de informação; guarda dos

equipamentos do Canto; articulação das parcerias com prefeitos, magistrados, membros da sociedade civil, de universidades e de organizações não governamentais para atendimento às necessidades das gestantes e de seus parceiros (Figura 4).

Figura 4 – Organograma Oficial do Programa Mãe Coruja Pernambucana - 2015



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. Programa Mãe Coruja Pernambucana (2014)

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Características da pesquisa

Foi realizada pesquisa primária, observacional, transversal, tipo levantamento de dados, prospectiva e retrospectiva, descritiva, comparativa, com avaliação contextual, admitindo como amostra de estudo: mulheres cadastradas no Programa Mãe Coruja, assim como três gestores municipais e dois estaduais de Saúde.

Para serem incluídas, as mulheres deviam ter sido atendidas no Programa Mãe Coruja, no curso de gestação; ser moradoras em zona urbana de Município adscrito à IX Gerência Regional de Saúde¹², no período de 2010 a 2014 e que concordem em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Os gestores de saúde estaduais deviam ter conhecimento e se disporem a participar de entrevista semiestruturada sobre as ações desenvolvidas no Programa Mãe Coruja.

Foram excluídas da pesquisa as mulheres com quem não se pôde estabelecer contato devido a óbito ou mudança para outro Município, assim como mulheres que declinaram do convite de participação.

A amostra foi do tipo estratificada, proporcional por Município da IX Gerência Regional de Saúde de Pernambuco, e sistemática. O critério de proporcionalidade foi a média mensal do número de mulheres cadastradas em cada Município e a aleatorização foi realizada por sorteio a partir de uma relação nominal das mulheres cadastradas.

Para o período de 2010 a 2014, foram obtidos os totais anuais do número de mulheres cadastradas no Programa Mãe Coruja, por Município da IX Gerência Regional de Saúde (Tabela 1).

¹²Municípios da IX GERES - Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade

Tabela 1 – Distribuição do total de mulheres cadastradas no Programa Mãe Coruja entre 2010 e 2014

Local	2010	2011	2012	2013	2014	Somatório
Araripina	200	167	145	112	159	783
Bodocó	200	144	156	101	93	694
Exu	228	262	303	136	110	1039
Granito	37	39	20	14	23	133
Ipubi	184	278	273	151	191	1077
Moreilândia	72	59	46	34	41	252
Ouricuri	240	260	265	194	141	1100
Parnamirim	94	99	67	50	45	355
Santa Cruz	7	13	36	53	31	140
Santa Filomena	36	41	31	27	22	157
Trindade	158	143	186	121	165	773
TOTAL	1456	1505	1528	993	1021	6503

Fonte: Governo do Estado de Pernambuco - Sistema de Informação do Programa Mãe Coruja Pernambucana

No cálculo do tamanho amostral, para cada Município admitiu-se uma população finita associada a uma frequência hipotética de participação das mulheres das atividades oferecidas pelo Programa variando de 90% \pm 5%, com limite de confiança de 10% e efeito de desenho igual a 1, do que resultaram os totais estimados de mulheres que seriam entrevistadas, conforme detalhamento na Tabela 2.

Tabela 2 – Planilha para cálculo dos limites inferior e superior do intervalo de confiança para cada Município da IX Gerência Regional de Saúde – Pernambuco

Local	Somatório	L _{inf}	L _{sup}
Araripina	783	15	24
Bodoco	694	15	24
Exu	1039	15	24
Granito	133	14	21
Ipubi	1077	15	24
Moreilandia	252	15	23
Ouricuri	1100	15	24
Parnamirim	355	15	23
Santa Cruz	140	14	21
Santa Filomena	157	14	22
Trindade	773	15	24
TOTAL	6503	162	254

Fonte: Governo do Estado de Pernambuco - Sistema de Informação do Programa Mãe Coruja Pernambucana

3.2 Variáveis

Para descrição do Programa, as variáveis foram aquelas que caracterizavam as gestantes, mas não exerciam efeito direto ou indireto sobre a participação no programa, tais como: idade, avaliada em anos completos; estado civil autorreferido ou comprovado por documento, número de filhos e grau de escolarização, segundo série do ensino formal, bem como as variáveis diretamente relacionadas à participação da mulher gestante em ações do Programa Mãe Coruja. Esse grupo incluiu: número de consultas de pré-natal, relação entre risco gestacional e tipo de ações de que cada mulher participou no Programa (classificadas como educacionais, de segurança alimentar e de qualificação de mão de obra).

As respostas dos gestores municipais e estaduais foram organizadas e submetidas à análise qualitativa, pelo método de Bardin, admitindo-se quatro categorias de agrupamento das informações.

3.3 Metodologia da pesquisa

A pesquisadora recebeu do Programa Mãe Coruja, através do sistema de informação, uma listagem nominal, numerada em ordem crescente, das mulheres participantes em cada Município da IX Gerência Regional de Saúde de Pernambuco.

De posse da relação nominal das mulheres participantes do Programa Mãe Coruja, a pesquisadora aplicou a tábua de números aleatórios, identificando na relação às mulheres selecionadas para participar. O profissional do Canto Mãe Coruja entrou em contato com a mulher selecionada para fazer o convite de participação da pesquisa e agendar a entrevista com a pesquisadora. Nos casos em que não se localizava a mulher ou a mesma se recusou a participar da pesquisa, houve substituição desse sujeito de pesquisa, respeitando a tabela de números aleatórios elaborada para o Município.

Os dados, de cada mulher selecionada para participar da pesquisa, foram colhidos na residência da mesma, por meio de entrevista semiestruturada, com duração aproximada de 30 minutos, aplicada pela

pesquisadora ou por um técnico do Canto Mãe Coruja do Município de moradia da participante, com registro das respostas em protocolo construído para esta finalidade (Apêndice B).

A partir de fevereiro de 2016, as mudanças sociais e econômicas ocorridas no Estado, decorrentes da conjuntura nacional de caráter restritivo, exigiu adequações na coleta de dados. A redução na frequência de viagens para o Interior do Estado e da disponibilidade de transporte também para os técnicos dos Cantos Mãe Coruja exigiram redução do tamanho amostral para um total de 140 mulheres, correspondente à diminuição de 13,6% do total estimado.

Para aplicação da entrevista semiestruturada aos gestores estaduais, foi elaborado um documento contendo oito perguntas abertas, no formato *portable document form* (pdf), que podia ser respondido em computador e enviado para a pesquisadora, com as informações sobre as ações desenvolvidas no Programa.

Todos esses dados compuseram dois bancos de dados. O primeiro continha os dados das mulheres participantes do Programa, ficando o segundo restrito às informações prestados por gestores estaduais.

O banco de dados das informações prestadas pelas mulheres foi analisado com o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), na versão 21.0, obedecendo a um plano de análise definido em função das informações obtidas nas entrevistas. Foram empregados os parâmetros da Estatística Descritiva de distribuição de frequências absolutas e relativas, para dados em escala nominal ou ordinal, bem como média, desvio-padrão, mediana, limites mínimo e máximo, para dados em escala intervalar ou de razões.

Além da análise quantitativa dos dados, procedeu-se à análise de conteúdo pelo método de Bardin (2011) das respostas subjetivas as questões abertas da entrevista semiestruturada. Foram construídas categorias e subcategorias segundo as informações obtidas na leitura flutuante de tais respostas. De forma análoga, procedeu-se à análise do banco de dados das informações dos gestores, para identificação de categorias e subcategorias nas quais as informações foram agrupadas.

3.4 Aspectos éticos

O Projeto de Pesquisa foi julgado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, em obediência ao que preceitua a Resolução nº. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e registrado sob CAAE nº. 49958115.2.0000.5208.

Todas as gestantes e os gestores receberam explicações sobre os objetivos do projeto e foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, caso concordassem em participar. Todas as recomendações éticas foram obedecidas ao longo da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

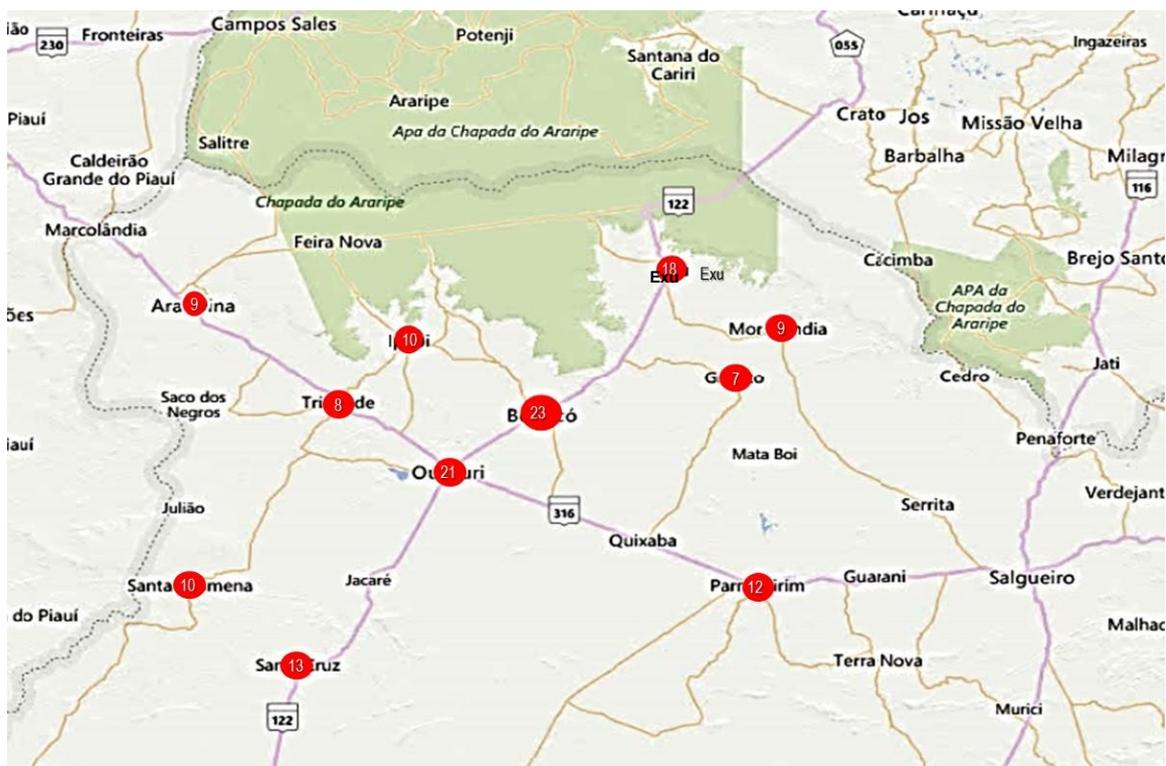
A investigação envolveu dois grupos de atores sociais, quais sejam: mulheres participantes e gestores do Programa Mãe Coruja. Por esse motivo, os resultados são apresentados mantendo tal dicotomia, para que, na discussão, seja possível realizar a comparação das avaliações. Essa opção metodológica obedeceu ao que recomenda a Organização Mundial de Saúde ao discorrer sobre avaliação de implementação de políticas públicas de saúde. A OMS admite que avaliações desse tipo devem contemplar aspectos subjetivos e objetivos, já que as variáveis intervenientes nos resultados são muito abrangentes (PETERS et al., 2013).

Um segundo aspecto que se deve ressaltar na interpretação dos resultados é a tendência de valorar resultados sobre parto, puerpério e saúde materno-infantil tomando por base os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Esses objetivos são de difícil interpretação porque há falta de estatísticas para construção de indicadores e definição de metas. Com poucos indicadores, não se podem estimar tendências e, portanto, apontar medidas corretivas exclusivamente com base em dados quantitativos (CARVALHO; BARCELLOS, 2014). Daí a importância de avaliar o Programa a partir da percepção das mulheres.

4.1 Percepção das mulheres atendidas no Programa

Na Figura 5, observa-se o mapa da distribuição de frequência segundo município de moradia das 140 mulheres investigadas, que demonstra um ponto positivo do Programa, que ao instalar um Canto Mãe Coruja em cada Município da Regional de Saúde descentraliza as ações e oferece os benefícios a um número maior de mulheres, uma vez que o Canto constitui local de aglutinação de interesses e necessidades, como também de orientações e acolhimento à mulher (COORDENAÇÃO COMITÊ EXECUTIVO, 2014).

Figura 5 – Geoprocessamento da distribuição das 140 mulheres segundo local de moradia



Fonte: Google Maps - www.geofusion.com.br/Geoprocessamento. Sistema de Informação do Programa Mãe Coruja Pernambucana

No entanto, durante a recolha dos dados, se observou a insuficiência de Cantos Mãe Coruja para atender a realidade habitacional das gestantes – há grandes distâncias entre a moradia e a localização do Canto no Município, do que decorre a dificuldade de participação dos círculos de atividades oferecidas, bem como de retorno ao Canto após o nascimento do filho.

Esse desafio convida a enunciar propostas a serem investigadas, dentre as quais estão: a) o aumento do número de profissionais no Canto, para que propicie rastreio mais intenso permitindo localizar as gestantes exposta a maior risco; b) realização de ações nas zonas mais distantes do Canto Mãe Coruja, aumentando a chance de as gestantes moradoras em zonas rurais participarem das atividades; c) descentralização dos Cantos Mãe Coruja em cada Município, para aumentar a cobertura.

Todas essas propostas, fruto da constatação de um desafio no Programa, devem ser alvo de pesquisa qualitativa e quantitativa, de cunho econômico, social e político, para que se utilizem os recursos de forma adequada. A utilização de recursos exige estudos aprofundados e ciclos de

debates porque não devem ser avaliados apenas como montantes financeiros para viabilização de implementação.

Um exemplo de tal afirmação está no estudo realizado no Canadá para identificação de fatores impeditivos ou facilitadores de permanência de puérperas em hospital logo após o parto, como forma de facilitar-lhes o aprendizado do manejo do conceito. Diferente do que o Programa concebeu como ideal (internamento por até 60 h após o parto), a maioria das mulheres preferiu retornar a sua moradia e receber acompanhamento por telefone, no período de 48h, racionalizando recursos e melhorando a qualidade da assistência (WATT et al., 2005).

Outro exemplo é o próprio Programa em avaliação, porque ele contemplou não apenas o problema do letramento das gestantes, mas oportunizou todo um conjunto de informações essenciais para o “despertar” do reconhecimento social para um desenvolvimento sustentável (CARVALHO; BARCELLOS, 2014). Se não se reconhecer o avanço social que o Programa propiciou para as gestantes, então seria forçoso admitir que ele não teria razão de existir, porque ficaria restrito à assistência pré-natal, ao parto e puerpério, portanto incluído na capilaridade da rede de assistência do Sistema Único de Saúde.

Observou-se a existência de mulheres entrevistadas nos 11 municípios que integram a IX Região de Saúde de Pernambuco, cujas características geográficas e de densidade populacional eram bastante díspares (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição do número de entrevistas segundo Área e Densidade Populacional dos Municípios da IX Região de Saúde – Pernambuco

Município	Área (km ²)	Densidade populacional (hab/km ²)	n	%
Araripina	1.847	0,04	9	6,4
Bodocó	1.553	24,02	23	16,4
Exu	1.474	21,66	18	12,8
Granito	522	14,00	7	5,0
Ipubi	666	44,6	10	7,1
Moreilândia	638	17,6	9	6,4
Ouricuri	2.422	27,9	21	15,0
Parnamirim	2.608	8,09	12	8,6
Santa Cruz	1.256	11,8	13	9,3
Santa Filomena	1.005	14,1	10	7,1
Trindade	229	113,77	8	5,7

Fonte: IBGE- 2010.Governo do Estado de Pernambuco – Sistema de Informação do Programa Mãe Coruja Pernambucana

Os dados da Tabela 3 reforçam o ponto desfavorável da localização do Canto Mãe Coruja, apontado nessa discussão, e traz um novo parâmetro a ser considerado – a densidade populacional muito variável entre os Municípios de uma mesma Região. Ao se comparar a densidade populacional de Araripina (da qual se pode inferir maior chance de a gestante precisar percorrer grandes distâncias para ir ao Canto) à de Trindade ou ainda Ipubi. Com área menor e maior densidade populacional, se depreende que a avaliação de uma política pública tem maior abrangência que apenas a consideração de dados numéricos, especialmente em saúde (BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2014).

As 140 mulheres entrevistadas caracterizaram-se por média de idade igual a 29,3 anos (desvio-padrão = $\pm 7,7$), com variação de 14 a 51 anos e predomínio entre 25 e 30 anos (30,9%). Sete (5,0%) eram iletradas e foram confirmadas por teste de leitura e escrita, antecedendo a coleta dos dados.

O ingresso no Programa Mãe Coruja, para 62,6% das mulheres ocorreu no máximo até o terceiro mês de gestação, porém 10 (8,7%) mulheres foram cadastradas após o quinto mês gestacional. Ao parto, o número de consultas de pré-natal tinha média igual a sete (desvio-padrão = ± 3 consultas). Note-se que, dentre as 63 (45,7%) mulheres submetidas a no máximo sete consultas de pré-natal, 23 (36,5%) não atingiram esse número. À época da coleta de dados, 79,3% das mulheres tinha no máximo dois filhos (Tabela 4).

Os dados da Tabela 4 permitem afirmar que o Programa Mãe Coruja obedeceu aos preceitos do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Programa Nacional de Humanização do Pré-natal, Parto e Puerpério ao atender gestantes adolescentes e adultas, propiciando-lhes captação precoce, ou seja, antes dos três meses de idade gestacional, e incentivando o comparecimento a mais de sete consultas de pré-natal. (MORSE et al., 2011).

Tabela 4 – Distribuição de variáveis de caracterização amostral

Variáveis de caracterização das mulheres	N	%
Classe de idade (anos)^a		
≤ 20,00	17	12,5
20,01 - 25,00	24	17,7
25,01 - 30,00	42	30,9
30,01 - 35,00	24	17,6
35,01 - 40,00	14	10,3
≥ 40,01	15	11,0
Escolaridade		
Illetramento	7	5,0
Letramento	131	93,6
Sem resposta	2	1,4
Idade gestacional na entrada do Programa Mãe Coruja (meses)^b		
≤ 3	72	62,6
4 – 5	33	28,7
≥ 6	10	8,7
Número de consultas de pré-natal ao parto^c		
≤ 7	63	45,7
8 – 10	66	47,8
≥ 11	9	6,5
Número de filhos na coleta dos dados		
≤ 2	111	79,3
≥ 3	29	20,7

Fonte: Entrevistas realizadas nos Cantos Mãe Coruja da IX Região de Saúde

Legenda: ^a 4 (2,8%) mulheres omitiram idade ^b 25 (17,8%) mulheres omitiram idade gestacional ao cadastro no Programa ^c – 2 (1,4%) outras não sabiam informar o total de consultas de pré-natal a que haviam sido submetidas.

Essas informações são relevantes já que as estatísticas publicadas pelo Ministério da Saúde apontavam, em 2004, um percentual de 36,6% das gestantes parindo com sete ou mais consultas de pré-natal (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Adicionalmente, deve-se considerar que esses dados da pesquisa apontam que o Programa Mãe Coruja pode ter contribuído para a redução das mortes maternas. Pesquisa realizada por Alves (2007), avaliando os padrões de mortalidade materna em três regiões de Pernambuco (Metropolitana, Agreste e Sertão), em 1994 e em 2003, demonstrando que 13% das mulheres que foram a óbito no período de até 42 dias do puerpério não haviam se submetido a qualquer consulta de pré-natal.

A interpretação de nossos dados requer prudência e nem sempre deve se pautar no atingimento de metas propostas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Redução da mortalidade infantil, início precoce do pré-natal, um número maior que sete consultas no período gestacional, devem ser perseguidas, ainda que não sejam alcançadas, do que deriva a necessidade de constantemente avaliar as políticas públicas (CARVALHO;

BARCELLOS, 2014). A proposta da política pública denominada Programa Mãe Coruja deve ser avaliada com base na realidade regional, já que os ODM foram redigidos com base em realidade mundial e podem estar distantes dos fatores determinantes ou limitantes do atingimento de tais metas.

4.1.1 Detalhamento do círculo de educação

Sessenta e nove (53,5%) mulheres declararam participação no círculo de educação, das quais 24 (34,8%) o fizeram a partir de 2012, quando essas ações contavam com três módulos. Dentre essas mulheres, todas compareceram às atividades dos módulos: mulher e criança, mas o módulo família e território contou com 21 (30,4%) mulheres.

Questionadas quanto aos motivos para participação dos módulos do círculo de educação, dentre as 69 participantes, houve maior número de referências de aproveitar a oportunidade para aprender (16; 23,2%), dada a importância atribuída aos assuntos abordados, à possibilidade de obter informações e conhecimentos, ou ainda para treinar e melhorar leitura e escrita. Observe-se que essa expectativa de aprimoramento de letramento foi referida positivamente por 52,2% das participantes (Tabela 5).

No que concerne à avaliação do Programa Mãe Coruja, essas afirmações apontam favoravelmente para a consecução dos objetivos relacionados à redução da mortalidade materno-infantil. Despertar o desejo de aprender pode ser interpretado como a valorização do empoderamento, da capacidade crítica e, como consequência, da habilidade de cuidar da família, o que contribui diretamente para a redução do risco de mortalidade. Embora tais relações possam parecer lógicas, não são de interpretação tão simples, porque as variáveis intervenientes no processo reprodutivo são múltiplas.

CARVALHO; BARCELLOS, (2014), ao discutirem os objetivos de desenvolvimento do milênio apresentados pela ONU, afirmam que “o empoderamento das mulheres não é um conceito definido – não se restringe ao acesso à educação”, o que reforça a importância do Programa Mãe Coruja.

Haidar et al.(2001), por meio da análise das declarações de nascidos vivos, identificaram que a escolaridade materna não pode ser considerada um marcador obstétrico de risco para a gestante e seu concepto, todavia, quando

sua duração é menor que oito anos, atua como determinante de maior chance de parto cesáreo e de morte do filho antes de completar um ano de vida. CONSALTER GEIB et al.(2010), analisando os determinantes de mortalidade infantil, corroboraram que a baixa escolaridade materna atua como determinante social da mortalidade infantil. Ferraz e Bordignon(2012), mudando o foco da pesquisa para a mortalidade materna, por análise de dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística identificaram que a escolaridade menor que oito anos era o fator de risco para mortalidade.

Dessa feita, comprovar que às mulheres do Programa Mãe Coruja foi oportunizado treino de leitura e escrita, construção e reconstrução de conhecimentos sobre o cuidar de neonato, possibilita admitir que a participação no círculo de educação pode ter contribuído para a redução da mortalidade materno-infantil, dado que essa participação ainda que no ensino informal, contribuiu positivamente para a adoção de comportamentos e práticas saudáveis, reforçando que o empoderamento não esteve restrito ao letramento, mas considerou a formação da cidadão grávida (CARVALHO; BARCELLOS, 2014).

Quanto à relevância das informações recebidas no círculo de educação, identificou-se que a categoria cuidados com a criança incluiu o maior número de participantes, com referência ao aleitamento materno, aos acidentes na infância e ao trabalho infantil (Tabela 5). Dentre as falas das participantes estiveram referências a acompanhamento do crescimento, controle do esquema vacinal, cuidados básicos da criança referentes à alimentação e orientações para conseguir amamentação exclusiva da criança até o sexto mês de vida.

O segundo aspecto de maior importância referiu-se à convivência. As participantes valorizaram aprendizagem do cuidar da criança, contemplando a forma de falar e agir com ela, estando alerta para ser mais paciente, não “negligenciar” ou “bater”, manter diálogo para melhor comunicação e dar-lhe mais atenção. Consideraram ainda valorização do brincar para a criança como item importante do desenvolvimento infantil, o qual deve ser responsabilidade de toda a família; fortalecimento dos laços familiares para que os membros

sejam percebidos como amigos; troca de experiências e dificuldades de convivência no dia-a-dia.

A terceira categoria com maior frequência foi educação dos filhos, demonstrando atribuição de importância aos ensinamentos de forma de educar os filhos, o que contemplava também o modo de agir dos pais para educar e brincar; necessidade de imposição de limites, estímulo da criança para o aprendizado, além do respeito às fases de desenvolvimento da criança ao educá-la (Tabela 5).

Na categoria de cuidados com a saúde da mulher, com menor frequência, houve referência de valorização dos cuidados com o corpo e a higiene da mulher na gravidez e fora dela; dos conhecimentos de prevenção do câncer de mama e colo do útero e o encorajamento da família para obedecer às orientações de prevenção dessas enfermidades, incluídas. Assim também elas valorizaram nessa categoria a importância da informação para as primíparas. Ainda com relação à mulher, as participantes consideraram importante discutir a essência, a beleza e o “ser mulher”, para compreensão de seus direitos, do que deriva também compreender a importância da violência a ela perpetrada até mesmo em seu lar (Tabela 5).

A política pública não pode ser caracterizada exclusivamente por seu objetivo principal, uma vez que seu objetivo último, independente da área do saber a que se destina, deve ser a melhoria da qualidade de vida e dos cuidados ao ser humano e ao meio ambiente (SECCHI, 2013). Assim, embora o Programa Mãe Coruja tenha por finalidade última a redução da mortalidade materno-infantil por meio de acompanhamento da gestante facilitando sua adesão às condutas de segurança obstétrica, ele ensejou benefícios diretos e indiretos à mulher e a toda a família. Ao empoderar a gestante, contribuiu para redução do risco de adoecimento da família por meio de uma alimentação adequada, do controle vacinal e, sobretudo, da melhor compreensão da importância de tais comportamentos. Atuou positivamente na construção da imagem feminina ao associar cuidados de saúde corporal como os critérios de beleza e de autoestima. Todos esses benefícios contribuíram para o aspecto social do Programa enquanto política pública.

Tabela 5 – Detalhamento das informações sobre o círculo de educação do Programa Mãe Coruja

Detalhamento do círculo de educação	Categorias	n	%
Participação de círculo de educação	Não	49	38,0
	omitiu a resposta	11	8,5
	Sim	69	53,5
	participação do módulo mulher	24	34,8
	participação do módulo criança	24	34,8
Motivos relacionados à participação do círculo de educação	participação do módulo família e território	21	30,4
	oportunidade de aprender	16	23,2
	distração da rotina de casa	14	20,3
	Curiosidade	13	18,8
	atender ao convite do programa	9	13,0
	compartilhar experiências com outras mulheres	2	2,9
	melhorar o cuidado com a criança	1	1,4
Melhora de leitura ou escrita após participação do círculo de educação	gerar renda	1	1,4
	teve interesse, mas não podia participar na época	4	5,7
Informações mais relevantes no círculo de educação	Sim	36	52,2
	Não	33	47,8
	Cuidados com a criança	23	33,3
	Convivência	10	14,5
	Educação dos filhos	7	10,1
	Cuidados com a saúde da mulher	4	5,8
	Violência e direitos da mulher	5	7,2
	Presença paterna de educação dos filhos	3	4,3
Outros	1	1,4	
	Omitiu resposta	4	5,8

Fonte: Entrevistas realizadas nos Cantos Mãe Coruja da IX Região de Saúde

4.1.2 Detalhamento dos cursos de qualificação

Dentre as 140 mulheres entrevistadas, 32 (22,8%) participaram de pelo menos um curso de qualificação dentre os 34 oferecidos pelo Programa Mãe Coruja. Destes, não houve matrículas das mulheres entrevistadas em oito cursos a saber: artesanato em couro, assistente de merendeira, cuidador de crianças, escovista e manicure, fabricação de velas artesanais, manipulação de alimentos, preparação de conservas e compotas, bem como preparação de sorvetes e picolés.

Dentre os 26 cursos nos quais pelo menos uma mulher se matriculou, a ordem de preferência foi gastronomia, artesanato, embelezamento e, finalmente, corte e costura. Observe-se que em 10 dos 26 cursos houve uma mulher participando (Tabela 6).

Esses dados iniciais, analisados sob o ponto de vista de cobertura, demonstram resultados pobres que podem ser atribuídos a três fatores principais. Em primeiro lugar esteve a realidade de distância entre o local de ocorrência dos cursos e de moradia da gestante, dificultando ou impossibilitando a participação para aquelas da zona rural. Em segundo lugar, se pode levantar a hipótese de que os temas oferecidos nos cursos de qualificação podem ter situado fora das zonas de maior interesse para essas comunidades, ainda que ocupem a preferência de mulheres moradoras em zonas urbanas economicamente mais desenvolvidas. Em terceiro lugar esteve a baixa disponibilidade de vagas, já que cada curso era oferecido uma vez ao ano a 20 gestantes por Município. Dessa feita, não parece adequado considerar baixa a adesão das gestantes, posto haver fatores limitantes que serviram de barreiras.

Há que registrar que se adotou a recomendação da Organização Mundial de Saúde de proceder à correção de falhas de implementação de uma política pública no curso da operacionalização (PETERS et al., 2013). Dessa feita, no período de 2009 a 2012, verificou-se que a adesão de mulheres aos cursos de qualificação era prejudicada, ou, mesmo impossibilitada pela existência de mais de um filho cujo cuidado não podiam delegar. Procedeu-se à correção dessa falha, a partir de 2013, pela implantação de arte-educador que entretinha as crianças para que as mães pudessem participar dos cursos de qualificação.

Tabela 6 – Matrículas nos 26 cursos de qualificação do Programa Mãe Coruja

Curso de qualificação	Categorias	n	%
Artesanato 28 (87,5%)	Artesanato em geral	8	25,0
	Artesanato em tecido – fuxicos	6	18,8
	Artesanato em tecido	5	15,6
	Material reciclado -reciclagem, artesanato	3	9,4
	Montagem de bijuterias	2	6,2
	Boneca de pano	1	3,1
	Boneca de pano, biscuit	1	3,1
	Confecção de boneca de bordado	1	3,1
	Decoração em sandálias	1	3,1
	Gastronomia 32 (100,0%)	Decoração de festas e eventos	9
Preparação e decoração de bolos e tortas		8	25,0
Preparação e decoração de doces finos e bombons		5	15,6
Cozinha Brasil		2	6,2
Preparação de pães caseiros		2	6,2
Preparação e decoração de doces e salgados		2	6,2
Confeitaria		1	3,1
Preparação de linguças		1	3,1
Processamento de doces, geleias, compotas e polpas		1	3,1
Horticultura		1	3,1
Embelezamento 4 (12,5%)	Manicure e pedicure	3	9,4
	Corte e Escova	1	3,1
Corte e costura	Customização de roupas	3	9,4
Recepcionista		2	6,2

Fonte: Entrevistas realizadas nos Cantos Mãe Coruja da IX Região de Saúde

Nota: Percentuais calculados com base no total de 32 mulheres participantes

Questionadas sobre os benefícios de sua participação em qualquer dos cursos de qualificação, 14 (43,8%) declararam aumento de renda familiar atribuída ao desenvolvimento de atividades relacionadas aos ensinamentos de artesanato (4; 28,6%), gastronomia (4; 28,6%) ou embelezamento (3; 21,4%). Outras três mulheres declararam aumento de renda, mas não informaram o curso que lhes serviu como fonte.

Vinte e nove (90,6%) mulheres consideraram ter modificado sua rotina de vida. Solicitadas a detalhar tal mudança, as explicações valorizaram o aumento da renda familiar, a aplicabilidade dos conhecimentos construídos nos cursos de qualificação e uma sensação de bem-estar traduzida pela percepção de deter novos conhecimentos aplicáveis ao bem-estar familiar ou ainda melhorar sua autoestima.

As explicações sobre a mudança da rotina de vida mantiveram diversos aspectos em comum com a avaliação dos aspectos mais interessantes dos cursos de qualificação, que puderam ser identificados nas falas. Com relação ao aumento de renda familiar, houve detalhamentos que reportaram à redução

da miséria e da fome, como referido pela mulher de registro 110: “Antes eu não tinha o que dar aos meus filhos e hoje isso não acontece mais”.

A construção de novos conhecimentos a partir dos cursos de qualificação foi expressa como: “incrementou os bolos e tortas que eu fazia para vender na lanchonete”; “passei a ter mais cuidado com o lixo, separar os materiais e ter mais cuidado com as garrafas PET”; ou ainda “aprendi a fazer bolo de uma forma diferente, mais gostoso e mais econômico”. O reconhecimento de que os conhecimentos contribuíram para a qualidade de vida familiar foi manifesto como: “passamos a ter uma alimentação, uma refeição saudável e barata”; “o conhecimento permitiu aumento da renda familiar, a união da família porque eu e minha irmã trabalhamos juntas”; “eu não sabia fazer bolo para o aniversário de meus filhos e agora sei fazer”, ou ainda “posso preparar melhor os alimentos, cozinhar melhor e receber elogios do marido”.

A contribuição da participação no curso de qualificação para a melhoria da autoestima esteve presente em afirmações como: “achava que não tinha talento e descobri que podia fazer artesanato e me sentir orgulhosa”; “me sentia bem, funcionava como uma terapia”; “pude trocar conhecimentos com a turma e a professora”.

Ainda que se tenham observados declarações de melhoria de autoestima, de autovalorização, de aprendizado de novas habilidades ou de aprimoramento de conhecimentos e de fazeres, a oferta dos cursos de qualificação, mesmo em número insuficiente para a necessidade das gestantes atendidas no Programa, pareceu indicar que conferiu-lhe o caráter de benefício econômico pela possibilidade de aumento de renda familiar.

Assumindo a saúde como objetivo central do Programa, desde sua inclusão na agenda governamental até sua implementação, admitiu-se que a inclusão social e a educação deveriam necessariamente serem oferecidas como forma de criar condições mais favoráveis para a redução da mortalidade materno-infantil. Daí decorre se poder afirmar que os cursos de qualificação exerceram seu papel de favorecimento da inclusão social.

4.1.3 Detalhamento das oficinas de segurança alimentar

Identificou-se que 15 (10,7%) mulheres participaram da oficina de segurança alimentar, que se caracterizou como a ação com maior número de citações compatíveis com os ensinamentos. Dentre essas citações estiveram: “identificação da dosagem de sal, gorduras e necessidade de evitar enlatados e conservas”; “o ensino sobre aleitamento materno”; “a forma de lidar com as frutas e verduras, conhecimento da composição das frutas e verduras e ação delas e dos sucos nutritivos no organismo das pessoas”; “entender a necessidade da higiene dos alimentos, para eliminar as bactérias”; “que criança não se deve tomar refrigerante e, sim, sucos e comer verduras sem agrotóxicos”.

A participação de oficina de segurança alimentar foi a que concentrou o menor número de participantes, porém a que contou com adesão do maior número de mulheres na aplicação dos conhecimentos (8; 53,3%).

4.1.4 Benefícios atribuídos ao Programa Mãe Coruja

Solicitadas a detalhar os benefícios que obtiveram com sua participação no Programa Mãe Coruja, as mulheres entrevistadas priorizaram seu acolhimento no Canto; as orientações recebidas sobre cuidados a serem tomados durante a gestação e com a criança, bem como o acompanhamento da gestação e da criança. O acolhimento recebido no Canto incluía à escuta ativa das dificuldades enfrentadas na gravidez, derivadas da condição gravídica ou do manejo de outros filhos estando grávida.

As condutas para conferência de atendimento às necessidades de controle de saúde da gestante, englobam comparecimento às consultas de pré-natal, realização de exames laboratoriais e conferência de recepção dos resultados; obediência ao esquema de imunização necessária durante a gestação; controle das necessidades alimentares particularizando a condição gestacional, por meio do emprego da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). A condição de benefício relatada pelas entrevistadas se referiu a terem recebido essa atenção.

Mulheres que não participaram de ações do Programa adicionaram outros benefícios. Consideraram importantes benefícios relacionados à assistência ao parto, à maior facilidade para serem atendidas na maternidade e para serem submetidas ao parto cesáreo, como também à recepção do kit bebê. É relevante notar que a melhoria da renda familiar foi referida exclusivamente por mulheres que participaram de ações do Programa Mãe Coruja, como círculo de educação e cultura ou curso de qualificação (Tabela 7).

Tabela 7 – Categorias de benefícios identificados por mulheres entrevistadas e atendidas no Programa Mãe Coruja

Categorias de benefícios	Participou de ações do Programa			
	Círculo de Educação e Cultura	Curso de qualificação	Oficina de segurança alimentar	Não participou
Acolhimento da mulher no Canto	11 (7,8)	8 (5,7)	4 (2,8)	14 (10,0)
Orientação sobre cuidados na gestação e com a criança	16 (11,4)	17 (12,1)	4 (2,8)	51 (36,4)
Acompanhamento da gestação e da criança	18 (12,8)	8 (5,7)	3 (2,1)	2 (1,4)
Acesso aos benefícios sociais	2 (1,4)	-	1 (0,7)	4 (2,8)
Assistência ao parto	3 (2,1)	1 (0,7)	2 (1,4)	17 (12,1)
Recepção do kit do bebê	4 (2,8)	2 (1,4)	2 (1,4)	12 (8,6)
Melhoria da renda familiar	3 (2,1)	6 (4,3)	-	-
Contribuição para a qualidade de vida	-	1 (0,7)	-	-

Fonte: Entrevistas realizadas nos Cantos Mãe Coruja da IX Região de Saúde

Apresentados os resultados das avaliações realizadas pelas mulheres beneficiadas enquanto na categoria de gestantes, pode-se afirmar que o Programa Mãe Coruja cumpre com seus objetivos últimos e pode ser classificado como política pública uma vez que possibilitou corrigir, ainda que em parte, os problemas apresentados na agenda governamental (TEIXEIRA, 2002; SOUZA, 2006; WHO, 2006a; ANDERSON, 2010; SECCHI, 2013). No entanto essa avaliação é parcial e precisa ser complementada com os dados da pesquisa feita junto aos gestores do Programa.

4.2 Percepção dos gestores do Programa

No Quadro 2, observam-se as respostas dos gestores entrevistados, os quais puderam ser separados em um grupo (composto por dois gestores) com menos de um ano de função no Programa e outro (composto por três membros) com tempo maior que dois anos.

Identificou-se que as avaliações dos gestores com menor vivência no Programa estiveram mais relacionadas aos aspectos operacionais e aos resultados imediatos das ações efetivamente realizadas, diferindo em abrangência e crítica em relação aos gestores com mais tempo no Programa. Para os gestores com exercício mais prolongado da função no Programa, havia desafios representados pela pouca compreensão dos gestores municipais em relação ao Programa Mãe Coruja e a escassa participação de outras instâncias para que o Programa assumisse o papel de política pública.

Constatarem-se também avaliações pouco adequadas aos objetivos do Programa. Dentre as ações avaliadas como mais importantes no Programa estiveram: a) acompanhamento de gestantes adultas, omitindo aquelas adolescentes; b) consideração de que o Programa faz o controle de saúde da gestante e do bebê, quando a proposta é incentivar e monitorar o comparecimento da gestante às consultas de pré-natal, assim como estimular o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento de seus filhos nas Unidades de Saúde da Família.

Na avaliação dos avanços mais importantes no Programa, houve algumas imprecisões na expressão dos gestores. A afirmação de que a diminuição dos óbitos maternos e fetais foi considerada imprecisa, quando contraposta à afirmação de que o Programa foi um dos fatores que “vem possibilitando a redução da mortalidade infantil no estado de Pernambuco”. Adicionalmente, constatou-se que um dos gestores apontou como avanço mais importante as ações desenvolvidas no Programa, sem contudo se referir ao objetivo geral do Programa (Quadro 2).

Questionados quanto às dificuldades identificadas no Programa desde seu início, um dos gestores não identificou qualquer uma, enquanto que os demais apontaram algumas. Foram consideradas dificuldades o pensar estrategicamente a análise de indicadores. Outra abordagem oferecida por um

dos entrevistados foi considerar que o gestor municipal não compreende o Programa como indutor de boas práticas gerenciais ou como política pública. Houve também participante que avaliou como dificuldade do Programa a escassez de abordagens ligadas a gênero e a causas sociais, acrescentando haver impasse nas decisões em algumas instâncias do Programa. Adicionalmente outro sujeito de pesquisa entendeu que a inadequação de orçamento impedia a realização contínua de algumas ações, bem como havia falta de integração entre Secretarias em nível estadual e municipal (Quadro 2).

Solicitados a apontar características do Programa que permitem classificá-lo como política pública, um dos gestores não ofereceu qualquer resposta; outro asseverou ser um indutor de boas práticas gerenciais e não como política pública; outro ainda persiste incluindo ações como características de política pública. No entanto o quarto e o quinto gestores ofereceram características mais específicas como modelo de governança, implementação de marcos legais, pactuação com parceiros diversos, resposta a problemas/necessidades sociais e tomada de decisão participativa pelos diversos atores sociais.

Da investigação de modificações que poderiam contribuir para o aprimoramento do Programa surgiram: omissão de resposta de um dos entrevistados, bem como sugestões incluindo obediência à Estratégia de Saúde da Família; desenvolvimento de “atividades mais atrativas nas escolas para redução da gravidez na adolescência” e modificação para melhorar o IDH do Município; identificar-se como catalisador de políticas públicas; regionalização das necessidades socioculturais com base em debates democráticos e amplos; troca de informações entre as Secretarias de governo com discussão de ações desenvolvidas.

Quadro 4 – Respostas de cinco gestores para avaliação do Programa Mãe Coruja

Questões	Gestor 1	Gestor 2	Gestor 3	Gestor 4	Gestor 5
a) Função exercida no Programa Mãe Coruja	Membro do Comitê de Assessoramento do Programa Mãe Coruja Pernambucana	Membro da Diretoria de Políticas Estratégicas	Membro da Diretoria de Políticas Estratégicas	Membro do Comitê de Assessoramento do Programa Mãe Coruja Pernambucana	Membro do Comitê de Assessoramento do Programa Mãe Coruja Pernambucana
b) Tempo de exercício da função	Menos de dois anos	Menos de dois anos	Mais de dois anos	Mais de dois anos	Mais de dois anos
c) Ações avaliadas como mais importantes no Programa	Todas as ações, mas em especial o controle de saúde da gestante e do bebê, o acompanhamento de consultas e do calendário de vacinas	O acolhimento da mulher, o estímulo, a formulação da rede e os cursos de qualificação	Acompanhamento de gestantes adultas e das crianças, principalmente as de risco. Visitas domiciliares em áreas de maior vulnerabilidade. Atenção voltada para a afetividade na família. Atenção voltada para a evitabilidade do óbito materno e infantil	A implementação de uma política pública intersetorial em escala de atenção materno-infantil;	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivo ao pré-natal e captação precoce da gestante; - Monitoramento do óbito na perspectiva da evitabilidade; - Cursos de qualificação profissional; - Oficinas de educação alimentar e nutricional; - Inserção/participação nos grupos técnicos Regionais e Estaduais. - Círculos de educação e cultura
d) Avanços mais importantes no Programa	A diminuição e óbitos maternos e fetais, a obtenção de documentos da gestante e da criança, os círculos de educação e cultura, o encaminhamento para o ensino regular e as oficinas de qualificação profissional	A redução da mortalidade no Estado e a articulação com os Municípios	Redução da mortalidade materna e infantil. Melhoria da qualidade de vida das famílias das gestantes. Empoderamento das mulheres relacionado ao exercício da cidadania. Fortalecimento das famílias. Maior inclusão nos programas sociais.	Ser um dos fatores que vem possibilitando a redução da mortalidade infantil no estado de Pernambuco;	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de informação - Monitoramento do óbito - Grupo de pesquisa - Maior integração entre os parceiros locais, bem como entre setores dentro das Secretarias, a partir do conhecimento

Questões	Gestor 1	Gestor 2	Gestor 3	Gestor 4	Gestor 5
e) Dificuldades identificadas no Programa, desde o início		O planejamento de ações e a dificuldade de pensar estrategicamente analisando os indicadores	Compreensão por parte do gestor municipal da importância do Programa, como veículo de indução de boas práticas. A dificuldade de os gestores municipais compreenderem o Programa como uma política pública	A necessidade de fomentar processos de formação de temas ligados à gênero e às causas sociais de inúmeras problemáticas abordadas e vivenciadas; e ainda decisório de algumas instâncias do organograma	Dificuldades: - Orçamento adequado para as secretarias estaduais, pois as ações acabam sendo pontuais ao invés de serem contínuas, ocasionando ainda o comprometimento na qualidade da ação; - Integração entre as Secretarias, tanto a nível estadual quanto a nível municipal; - Falta de orçamento unificado/centralizado;
f) Características do Programa Mãe Coruja que permitem classificá-lo como política pública		Acredito que o Programa seja mais um indutor de políticas públicas que uma política pública em si. Como ele está próximo da ponta, ele identifica e estimula políticas públicas estaduais	A melhoria do IDH do Município. Ações inclusivas. Atividades voltadas ao exercício da cidadania. Inclusão das famílias no mercado de trabalho	O modelo de governança, a escala de atendimento, o processo de implementação dos Marcos Legais, a pactuação com os municípios e parcerias, o reconhecimento externo	- Porque os seus objetivos respondem a problemas concretos e devem atender a necessidades sociais. - As tomadas de decisões são participativas e consideram diversos atores sociais. - Promovem o desenvolvimento e contribuem para alteração da situação existente
g) Modificações que poderiam contribuir para aprimoramento do Programa Mãe Coruja		Acredito que o Programa precisa se identificar como um catalisador de políticas públicas e focar suas ações nisso e não focar realizar ações que já são responsabilidades de outros atores governamentais e sociais	Cumprimento das propostas da Estratégia de Saúde da Família. Atividades mais atrativas nas escolas para redução da gravidez na adolescência. Intensificação do processo educativo nas ações de desenvolvimento social	Essa questão se insere na perspectiva de agregar ao programa debates democráticos e amplos a partir da necessidade sociocultural em que o programa está inserido - em suas diretrizes; e Marcos Legais; mas também; nas questões que podem surgir ao longo da sua trajetória histórica	Trocas de informações entre as Secretarias; Sistema "periódico" de formação com as ações das Secretarias

Fonte: Entrevistas realizadas com Gestores do Programa Mãe Coruja Pernambucana

A discussão de nossos resultados exige que se proceda à comparação deles com as propostas originais do Programa Mãe Coruja, segundo consta no Art. 2º, da Lei nº. 13,959 de 15 de dezembro de 2009 (BRASIL. GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2009a)

Art. 2º O Programa Mãe Coruja Pernambucana tem os seguintes objetivos:

I – articular, formular, executar e monitorar ações que promovam a redução da morbimortalidade materna e infantil no Estado de Pernambuco;

II – qualificar a atenção integral e humanizada à mulher durante o ciclo gravídico puerperal;

III – qualificar a atenção integral e humanizada às crianças até o primeiro ano de vida;

IV – articular, fortalecer e supervisionar as políticas públicas de atenção à primeira infância desenvolvidas pelos Municípios;

V – fortalecer os Comitês de Investigação do Óbito Infantil e Materno e os Comitês de Prevenção e Redução da Mortalidade Infantil em todo o Estado;

VI – consolidar os direitos de cidadania mediante acesso à documentação;

VII – fortalecer vínculos familiares através da proteção social básica;

VIII – fortalecer a segurança alimentar e nutricional de gestantes cadastradas no programa e de suas crianças por meio de ações de educação alimentar e da articulação de programas governamentais e não-governamentais nas áreas de saúde, assistência social e agricultura;

IX – propiciar espaços de informação e qualificação profissional das famílias beneficiárias, promovendo a sua inclusão produtiva de modo sustentável;

X – consolidar a alfabetização e a melhoria do nível de escolaridade das famílias acompanhadas;

XI – promover ações articuladas, constituindo uma rede de solidariedade entre programas e ações desenvolvidos pelo Estado, pelos Municípios, por entidades não governamentais e pela sociedade.

Para assegurar a consecução de tais objetivos, o Decreto nº 33.386, de 18 de maio de 2009, ao determinar as atribuições das Secretarias de Estado envolvidas, estabeleceu no Art. 4º., as ações que deveriam ser realizadas (BRASIL. GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2009b):

Art. 4º. As mulheres cadastradas no Programa poderão ser beneficiadas com as seguintes ações:

I - garantia de realização do parto humanizado, em maternidade previamente indicada;

II - alfabetização, através dos “Círculos de Educação e Cultura”;

III - educação em segurança alimentar e nutricional;

IV - acesso à documentação;

V - oferta de cursos de formação e profissionalização;

VI - enxoval básico para o recém-nascido.

§ 1º As gestantes cadastradas no Programa somente poderão vir a receber o enxoval básico de que trata o inciso VI do caput deste artigo se comprovada a realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal

Ao comparar o teor legal com as ações efetivamente desenvolvidas e identificadas durante a realização da pesquisa, se depreende haver imprecisões na implementação do Programa. Para “qualificar a atenção integral e humanizada à mulher durante o ciclo gravídico puerperal”, o Programa tem a ação de “garantia de realização do parto humanizado, em maternidade previamente indicada”, o que não se verificou na prática, já que o local de parturição é disponibilizado pela rede assistencial do Sistema Único de Saúde (BRASIL. GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2009a, 2009b). Dessa feita, o Programa não atua diretamente nas ações de assistência ao parto e puerpério, mas atua como indutor das ações de políticas públicas de forma descentralizada.

A referência à consolidação da alfabetização e da melhoria do nível de escolaridade das famílias acompanhadas, pretendida com a ação de “alfabetização através dos “Círculos de Educação e Cultura”, foi ampliada para um empoderamento mais abrangente, não restrito à alfabetização. Durante a implementação do Programa, foi identificado que o número de mulheres gestantes iletradas era significativamente menor do que o estimado durante a elaboração do Programa. Dessa feita, quando da análise situacional, verificou-se que os benefícios da implementação do Programa Mãe Coruja poderiam ser maiores. Propôs-se à Secretaria Estadual de Educação organizar o Circulo de Educação e Cultura em três módulos, admitindo, como ponto de partida,

necessidades expressas pelas gestantes durante o cadastramento e o acompanhamento da gestação, porém ampliando-lhes os horizontes culturais. Seu empoderamento poderia contribuir positivamente para que ela cuidasse da família usando seu senso crítico.

Quanto à ação de educação em segurança alimentar e nutricional, ela constou de classificação da família pela Escala Brasileira de Segurança Alimentar, aplicada por profissional do Canto Mãe Coruja previamente treinado por técnicos da Superintendência de Segurança Alimentar e Nutricional, e por uma oficina anual em cada Município participante do Programa. Pode-se admitir que uma periodicidade assim restrita contribuiu para que essa ação tenha sido a que concentrou menor número de participantes, embora tivesse um potencial enorme de empoderamento da gestante. Na análise qualitativa, identificou-se que as oficinas de segurança alimentar auxiliaram gestantes a modificar o cardápio familiar e gerar melhoria de qualidade de vida em curto espaço de tempo.

No que tange ao preparo das gestantes para desempenho de atividades com possibilidade de geração de renda, por meio de cursos de qualificação profissional, além de se identificar discrepâncias no texto da Lei nº. 13,959 em relação ao Decreto nº. 33.386. O Decreto nº. 33.386 prevê a realização de cursos de formação e profissionalização para as mulheres gestantes cadastradas, ao passo que a Lei nº 13.959 determina “propiciar espaços de informação e qualificação profissional das famílias beneficiárias, promovendo a sua inclusão produtiva de modo sustentável” (BRASIL. GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2009a, 2009b).

Enquanto a Lei nº 13,959, de 15 de dezembro de 2009, previa cursos de qualificação profissional, que foram ofertados em local próximo da residência das gestantes, o Decreto nº 33,386 previa ações de maior abrangência, pois refere profissionalização, portanto educação formal com direito a certificação. As imprecisões do Programa restringiram os horizontes culturais das participantes ao aumento de renda familiar principalmente em nível domiciliar, o que se apresentou como uma perda de oportunidade (BRASIL. GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2009a, 2009b).

5 CONCLUSÕES

O índice de Desenvolvimento Humano – IDH, com base nos dados censitários de 2000 a 2010, demonstraram avanços no componente longevidade, associados aos ganhos em saúde, educação, o que fortalece naturalmente a queda da taxa de mortalidade infantil.

No período 2007 até 2013, Pernambuco e o Brasil experimentaram um período de crescimento econômico e social. Especialmente em Pernambuco, observou-se amplos investimentos na economia, no fortalecimento da atenção primária em Saúde e em programas com ações alicerçadas nos eixos da saúde, educação e desenvolvimento, dentre os quais podemos citar em 2007 o Programa Mãe Coruja Pernambucana, que foi estruturado como política pública estadual, com primazia de atuação municipal, definida nos territórios mais vulneráveis, priorizando a atenção materno-infantil.

Em linhas gerais, os resultados deste estudo no Sertão do Araripe permitiram concluir que as ações de saúde, educação e qualificação do Programa Mãe Coruja em relação aos contextos locais dos 11 Municípios da IX Gerência Regional de Saúde de Pernambuco constituíram fatores positivos para proteção de gestantes e conceptos.

No tocante à saúde, obtiveram-se percentuais de adesão aos cuidados pré-natal que ultrapassaram as cifras do Nordeste, indicando redução de risco de mortalidade materno-infantil. Adicionalmente, ainda que tenha havido baixa oferta de oficinas de segurança alimentar, as gestantes partícipes conseguiram introduzir as recomendações na sua rotina, reconhecendo ter havido uma mudança no comportamento voltado para condutas saudáveis para toda a família.

Quanto à educação, parece plausível supor que o Programa beneficiou as mulheres, em especial no que se referiu ao aprimoramento do letramento, o que indiretamente pode ter contribuído para a redução da mortalidade materno-infantil, na medida em que o empoderamento possibilita à mulher modificar o modo de ser em decorrência de nova compreensão construída a partir da participação no círculo de educação.

A qualificação, como parte do Programa, possibilitou conferir a coerência de se admitir que uma formação capaz de aumentar a renda familiar,

ministrada em respeito às diversidades culturais ou de compreensão da clientela, atua positivamente no contexto saúde.

Este estudo apresentou alguns pontos limitantes e fortes, conforme descritos abaixo:

Pontos Limitantes:

- a) falta de atualização dos endereços das mulheres participantes do Programa, do que decorreu a necessidade de elaboração de diversas listagens nominais, para manutenção da aleatorização pela tábua de números;
- b) uma enorme dispersão geográfica das mulheres participantes do Programa, marcada por grandes distâncias intermunicipais e no mesmo Município, o que exigia a disponibilização de mais de um transporte automotor que não foi viabilizado dadas as restrições financeiras da instituição de saúde;
- c) impossibilidade de cumprir o planejamento da coleta de dados em virtude da disponibilização de apenas um transporte automotor para todos os profissionais envolvidos na coleta;
- d) redução do tamanho amostral, decorrente das restrições impostas ao Estado pela conjuntura econômica do país.

Pontos Fortes:

- a) a relação favorável na participação das mulheres, sem constrangimento para responder à entrevista semiestruturada, que pôde ser atribuída à oportunidade de se fazer ouvir e de poder dar o testemunho de que o Programa se constituiu em melhoria da qualidade de vida da família;
- b) a identificação de que as premissas que nortearam a construção do Programa foram confirmadas no que se refere à importância de uma rede básica de oferta de serviços educacionais e de qualificação que poderiam contribuir com a redução da mortalidade materno-infantil;
- c) a adequação da forma de apresentação das atividades de educação, saúde, qualificação e segurança alimentar, condizente com as necessidades e o nível de compreensão das mulheres, contribuindo para que elas se percebessem acolhidas e valorizadas.

Dada a singularidade do Programa, das ações desenvolvidas nos municípios em que está implantado, dos benefícios referidos pelas participantes, alcançando seus filhos e familiares; é possível classificá-lo como uma política pública estadual em Pernambuco, descrita pela Lei 13.959 de 15 de dezembro de 2009 e possível de ser replicada, mas que merece atenção quanto ao seu dimensionamento e à necessidade de modificações organizacionais para sua universalização

Admitindo que o processo de avaliação de uma política pública pode contribuir para sua reformulação, entendemos que os resultados da presente pesquisa apontaram claramente para que se identificassem também fragilidades do Programa, considerado uma política pública. Decorrendo assim a recomendação que novos estudos sejam realizados, com maior detalhamento, e sugestão de acompanhamento de grupos de tratamento, propiciando uma avaliação de impacto do Programa Mãe Coruja Pernambucana sobre a queda da mortalidade infantil em Pernambuco

6 REFERÊNCIAS

ALVES, S. V. Maternal mortality in Pernambuco - Brazil what has changed in ten years? **Reproduction Health Maternal**, v. 15, p. 134–144, 2007.

ANDERSON, J. E. **Public policy making: an introduction**. 8th ed. Boston: Houghton Mifflin Company, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª reimpr. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOING, A. F.; BOING, A. C. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 447–455, 2008.

BRASIL. GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Lei Nº 13.959, de 15 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o Programa Mãe Coruja Pernambucana. **Diário Oficial do Estado**, 2009a. Brasil. Pernambuco: Diário Oficial do Estado.

BRASIL. GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Decreto nº. 33.386 de 18 de maio de 2009 - Altera o Decreto nº 31.247, de 28 de dezembro de 2007, que dispõe sobre a adesão dos Municípios ao Programa Mãe Coruja Pernambucana, o cadastramento de gestantes e determina as atribuições das Secretarias de Esta. , 2009b. Brasil: Diário Oficial do Estado.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações de Saúde - F – Cobertura**. Brasília, 2005.

BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Governança Pública: referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública e ações indutoras de melhoria. , 2014. Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão.

CARRENO, I.; BONILHA, A. L. DE L.; COSTA, J. S. D. DA. Evolução temporal e distribuição espacial da morte materna. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 662–670, 2014.

CARVALHO, P. G. M.; BARCELLOS, F. C. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM: Uma avaliação crítica. **Sustentabilidade em Debate** -, v. 5, n. 3, p. 222–244, 2014.

COBB, R.; TOSSI, J.-K.; ROSS, M. H. Agenda building as a comparative political process. **The American Political Science Review**, v. 70, n. 1, p. 126–138, 1976.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. 11th ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

CONSALTER GEIB, L. T.; MARA FRÉU, C.; BRANDÃO, M.; LAHORGUE NUNES, M. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo , Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 363–370, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.-L.; RAYNALD PINEAULT. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Z. Hartz (Ed.); **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da**

- implantação de programas.** 1ª reimpre ed., p.29–47, 2015. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- COORDENAÇÃO COMITÊ EXECUTIVO. **Programa Mãe Coruja Pernambucana - Relatório de Gestão - 2014.** Recife, 2014.
- DELEON, P.; WEIBLE, C. M. Policy process research for democracy: A commentary on Lawell's vision. **International Journal of Policy Studies**, v. 1, n. 2, p. 23–34, 2010.
- DERY, D. Evaluation and termination in the policy cycle. **Policy Sciences**, v. 17, n. 1, p. 13–26, 1984.
- DREZETT, J. Mortalidade materna no Brasil. Insucesso no cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. **Reproducao e Clmaterio**, v. 28, n. 3, p. 89–91, 2013.
- FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 527–538, 2012.
- FISCHER, F.; MILLER, G. J.; SIDNEY, M. S. **Handbook of Public Policy analysis - theory, politics and methods.** 2nd ed. Middletown, Pensylvania: Taylor & Francis Group, 2007.
- GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO. **Plano estadual de saúde 2012-2015.** Recife, 2015.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation.** California: Sage Publications, 1989.
- Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 1025–1029, 2001.
- HARTZ, Z. RA M. D E A. (ORG). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** 1ª reimpre ed. Rio de Janerio: Fiocruz, 2015.
- HASAN, I.; ZULKIFLE, M.; ANSARI, A H.; SHERWANI, A M. K.; SHAKIR, M. History of Ancient Egyptian Obstetrics & Gynecology: A Review. **Journal of Microbiology and Biotechnology Research**, v. 1, n. 1, p. 35–39, 2011.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Objetivos de desenvolvimento do milênio - relatório nacional de acompanhamento.** Brasília: Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM, 2014.
- JANN, W.; WEGRICH, K. Theories of policy cycle. In: G. F. Fisscher (Ed.); **Handbook of public polcy analysis: theory, politics, and methods.** 2nd ed., p.43–110, 2007. Millware, Pennsylvania: Taylor & Francis Group.
- KINGDON, J. Como chega a hora de uma ideia? In: E. Saravia; E. Ferrarezi (Eds.); **Políticas Públicas - coletânea.** v. 1, p.219–224, 2006. Brasília: ENAP.
- KINGDON, J. @. How does an idea's time come? **Agendas, Alternatives and Public Policies.** 2nd ed., p.1–20, 1995. Edinburg: HarperCollins College Publishers.

LASSWELL, H. D. **Pre view policy science**. Washington DC: American ElsevierPublishing, 1971.

LEAHY, M.; THIELSEN, V.; MILLINGTON, M. J.; AUSTIN, B.; FLEMING, A. Quality Assurance and Program Evaluation : Terms , Models , and Applications Administration. **Journal of Rehabilitation Administration**, v. 33, n. 2, p. 69–82, 2009.

LI, K. K.; ABELSON, J.; GIACOMINI, M.; CONTANDRIOPOULOS, D. Conceptualizing the use of public involvement in health policy decision-making. **Social Science & Medicine**, v. 138, p. 14–21, 2015.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: Perspectivas Analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 48, p. 101–110, 2013.

LUCCHESI, P. T. R.; AGUIAR, D. S.; WARGAS, A.; et al. Informação para tomadores de decisão em saúde pública. , 2004. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2473–2479, 2006.

MORSE, M. L.; FONSECA, S. C.; BARBOSA, M. D.; CALIL, M. B.; EYER, F. P. C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 623–638, 2011.

NASCIMENTO, S. G.; OLIVEIRA, C. M.; SPOSITO, V.; FERREIRA, D. K. DA S.; BONFIM, C. V. Infant mortality due to avoidable causes in a city in Northeastern Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 206–212, 2014.

PETERS, D. H.; TRAN, N. T.; ADAM, T. **Implementation Research in Health: A Practical Guide**. Geneva: World Health Organization, 2013.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Relatório anual socioeconômico da mulher 2014**. 2nd ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres., 2014.

RAEDER, S. Ciclo de políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. **Perspectivas em Políticas Públicas**, v. VII, n. 13, p. 121–146, 2014.

RIVELINE, C. Un point de vue sur la gestion des organisations. **Annale des Mines**, v. Décembre, p. 50–62, 1991.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E.; LIPSEY, M. W. **Evaluation: A Systematic Approach - revize 2004**. 7^a ed. California: Sage Publicações, 2004.

SARAVIA, E. Introdução à Teoria da Política Pública. In: E. Saravia; E. Ferrarezi (Eds.); **Políticas Públicas; coletânea Volume 1**. v. 1, p.21–42, 2006. Brasília: ENAP.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2nd ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SECCHI, L.; SCHÜÜR, F. **Análise de Políticas Públicas**. , 2012. São Paulo: Publica verdade ao poder.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Political Science**, v. 8, n. 2003, p. 20–45, 2006.

TEIXEIRA, E. C. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade**. Salvador, 2002.

VENTURA, M. A mortalidade materna : a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. **Revista Bioética**, v. 16, n. 2, p. 217–228, 2008.

VILELA, M. B. R. **Adequação das informações vitais e distribuição espacial da mortalidade infantil - Pernambuco, 2006-2008**, 2012. Fundação Oswaldo Cruz.

WATT, S.; SWORD, W.; KRUEGER, P. Implementation of a health care policy: An analysis of barriers and facilitators to practice change. **BMC Health Services Research**, v. 5, n. 53, p. 1–10, 2005.

WEIBLE, C. M.; HEIKKILA, T.; DELEON, P.; SABATIER, P. A. Understanding and influencing the policy process. **Policy Sciences**, v. 45, n. 1, p. 1–21, 2012.

WHO. Module 4 - Understanding the policy, political and decision-making process. **Health Service Planning and Policy-Making: a toolkit for Nurses and Midwives**. p.1 – 48, 2006a. Geneve: World Health Organization.

WHO. Module 2 - Stakeholder Analysis and Networks. **Health Service Planning and Policy - Making: a toolkit for Nurses and Midwives**. v. Module 2, p.1–42, 2006b. Geneve: World Health Organization.

WHO. Module 3 - Assessing contextual issues. **Health Service Planning and Policy-making - a toolkit for nurses and midwives**. p.1–32, 2006c. Geneve: World Health Organization.

WHO. Module 1 - Defining the problem. **Health Service Planning and Policy-making - a toolkit for nurses and midwives**. p.1–52, 2006d. Geneve: World Health Organization.

WHO. Module 6 - Monitoring and evaluating the project. **Health Service Planning and Policy-making - a toolkit for nurses and midwives**. p.1–24, 2006e. Geneve: World Health Organization.

WHO; UNICEF; UNFPA; THE WORLD BANK; THE UNITED NATIONS POPULATION DIVISION. **Trends in Maternal Mortality: 1990-2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNIFPA, The World Bank and the United Nations population Division**. Geneva, 2014.

WU, X.; RAMESH, M.; HOWLETT, M.; FRITZEN, S. **Guia de Políticas Públicas: gerenciando processos**. Brasília: ENAP, 2014.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Filosofia de Ciências Humanas
Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos a(o) Sr^(a). para participar como voluntário(a) da pesquisa DESAFIOS E AVANÇOS DO PROGRAMA MÃE CORUJA NO SERTÃO DO ARARIPE – UMA ANÁLISE QUINQUENAL, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Virgínia Maria Holanda de Moura, com endereço Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, Bongi - Recife-PE - CEP: 50751-530 - Fone: (81) 3184.0000 e e-mail gerenciamaecorujases.pe@gmail.com para contato da pesquisadora responsável (inclusive ligações a cobrar. A pesquisa está sob a orientação de Prof^a. Dr^a. Michelle Vieira Fernandez de Oliveira, Telefone: (81) 99170-5562, e-mail. michelle.vfernandez@gmail.com

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubricue as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Descrição da pesquisa: o objetivo da pesquisa é realizar avaliação das ações de saúde, educação e qualificação do Programa Mãe Coruja em relação aos contextos locais dos Municípios da IX Gerência Regional de Saúde de Pernambuco. Para tanto você deverá responder a uma entrevista, detalhando sua participação do Programa Mãe Coruja.
- Esclarecimento do período de participação do voluntário na pesquisa: sua participação nessa pesquisa tem início no momento em que começa sua entrevista e termina ao final da entrevista.
- **RISCOS diretos** para os voluntários – durante a resposta às perguntas da entrevista você poderá sentir constrangimento por se lembrar de fatos que ocorreram durante sua participação do Programa Mãe Coruja, mas esse constrangimento poderá ser minimizado pela pesquisadora que está disposta a acolher todas as suas informações porque todas serão importantes.
- **BENEFÍCIOS diretos e indiretos** para os voluntários consistirão em possibilitar a avaliação do Programa Mãe Coruja, para que um número maior de mulheres grávidas possa se beneficiar do Programa e que a qualidade da assistência possa ser melhorada.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos

voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio da entrevista ficarão armazenados em pastas de arquivo e banco de dados a ser armazenado no computador da pesquisadora responsável, com duas cópias feitas em disco rígidos móveis, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo DESAFIOS E AVANÇOS DO PROGRAMA MÃE CORUJA NO SERTÃO DO ARARIPE – UMA ANÁLISE QUINQUENAL, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

(02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

DESAFIOS E AVANÇOS DO PROGRAMA MÃE CORUJA NO SERTÃO DO ARARIPE – UMA ANÁLISE QUINQUENAL

Iniciais da participante: _____ Data de nascimento: ___/___/___

Número de filhos à época da entrevista: _____

Grau de escolarização: iletrada 1ª grau completo 2º grau completo

- Letramento ao chegar no programa: iletramento letramento
- Teste de leitura – Por favor, leia esta frase (adequado inadequado)

Eu prefiro macaxeira frita, mas gosto também de inhame cozido

- Teste de escrita – por favor, escreva o que eu vou ditar (adequado inadequado)

Eu moro no sertão do estado de Pernambuco

Quantos meses de gestação tinha quando se cadastrou no Programa? _____ (não lembra)

Número de consultas de pré-natal quando pariu? _____

CÍRCULO DE EDUCAÇÃO

- Depois de sua participação no Programa Mãe Coruja, você acha que melhorou na leitura ou na escrita? (sim não)
- Qual a melhora que você percebeu na leitura ou na escrita?
- Você participou do círculo de educação e cultura? não participei participei
- Por que você quis participar do círculo de educação e cultura?
- Você se lembra que no círculo de educação havia três módulos. De que módulos você participou?

Módulo Mulher	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Módulo criança	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Módulo Família e Território	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>

- Quais as informações mais importantes que você aprendeu no círculo de educação e cultura?

MÓDULO MULHER

- Você aprendeu alguma coisa nova no módulo mulher?

sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
você poderia me dizer o que você aprendeu ou achou interessante, novo para você?	

MÓDULO CRIANÇA

- Você aprendeu alguma coisa nova no módulo criança?

sim <input type="radio"/>	não <input type="radio"/>
<p>você poderia me dizer o que você aprendeu ou achou interessante, novo para você?</p>	

MÓDULO FAMÍLIA E TERRITÓRIO

- Você aprendeu alguma coisa nova no módulo família e território?

sim <input type="radio"/>	não <input type="radio"/>
<p>você poderia me dizer o que você aprendeu ou achou interessante, novo para você?</p>	

- Depois de participar do círculo de educação, você acha que sua vida mudou?

sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
<p>você poderia me dizer em que sua vida mudou depois de participar do círculo de educação?</p>	
(Se a mulher não se referir à escolaridade, perguntar se voltou a estudar)	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não

- Você utilizou o álbum do bebê durante sua participação no círculo de educação?

sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------

CURSOS DE QUALIFICAÇÃO

- Você fez algum curso de qualificação? (sim não)

Artesanato em Couro	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Artesanato em Geral	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Artesanato em Tecido	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Artesanato em Tecido – Fuxicos	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Assistente de Merendeira	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Confeitaria	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Corte e Escova	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Cozinha Brasil	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Cuidador de Crianças	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Decoração de Festas e Eventos	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Escovista e Manicure	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Fabricação de Velas Artesanais	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Horticultura	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Manicure e Pedicure	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Manipulação de Alimentos	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Montagem de Bijouterias	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Preparação de Conservas e Compotas	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>

Preparação de Linguças	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Preparação de Pães Caseiros	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Preparação de Sorvetes e Picolés	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Preparação e Decoração de Bolos e Tortas	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Preparação e Decoração de Doces e Salgados	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Preparação e Decoração de Doces Finos e Bombons	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Processamento de Doces, Geléias, Compotas e Polpas	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Recepcionista	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>

- O curso que você fez, contribuiu para aumentar a sua renda familiar?

sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Você ainda está utilizando o que aprendeu no curso para aumentar a sua renda?	Por que não utiliza?
Se sim, qual a atividade?	

- Fazer o curso de qualificação mudou alguma coisa na sua rotina de vida?

sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
O que mudou?	Por que você acha que não mudou?

- O que te pareceu mais interessante nesse curso?

OFICINA DE SEGURANÇA ALIMENTAR

- Você participou de alguma oficina de segurança alimentar?

sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
O que você achou mais interessante nas oficinas de segurança alimentar?	Se não participou, você ouviu falar das oficinas de segurança alimentar?

Você ainda está utilizando o que aprendeu na oficina de segurança alimentar para aumentar a sua renda?	
Das informações que você recebeu nessa oficina, quais as que você usa até hoje na sua família?	

DOCUMENTAÇÃO

- Você utilizou a facilidade de obtenção de documentação que o Programa Mãe Coruja tem?

sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Quais os documentos que você conseguiu tirar?	Por que não utiliza?
Qual a vantagem de ter usado o serviço que o Programa Mãe Coruja oferece	

AValiação GERAL

- Com sua participação do Programa Mãe Coruja, a renda de sua família sofreu modificação?

sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
	Por que não sofreu modificação?

- Quais os maiores benefícios que você teve com sua participação no Programa Mãe Coruja?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES

DESAFIOS E AVANÇOS DO PROGRAMA MÃE CORUJA NO SERTÃO DO ARARIPE – UMA ANÁLISE QUINQUENAL

Gostaríamos de obter do(a) senhor(a) informações sobre as ações desenvolvidas no Programa Mãe Coruja.

- h) Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha no Programa? _____
- i) Nesse tempo o(a) senhor(a) percebeu modificações no Programa?
- j) O(A) senhor(a) pode falar a respeito do Programa, desafios, avanços e possibilidades de melhoria?