

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

ROSARIO DE FÁTIMA SILVA AMARAL RIBEIRO

**REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA EM PERNAMBUCO:  
REALIDADE OU DESAFIO?**

Recife  
2018

ROSARIO DE FÁTIMA SILVA AMARAL RIBEIRO

**REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA EM PERNAMBUCO:**

**REALIDADE OU DESAFIO?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do Título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha

Linha de pesquisa: Gestão das Políticas Públicas

Recife

2018

Catálogo na fonte  
Bibliotecária: Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

R484r Ribeiro, Rosário de Fátima Silva Amaral.  
Redução da mortalidade materna em Pernambuco : realidade ou desafio? / Rosário de Fátima Silva Amaral Ribeiro. – 2018.  
76 f. : il. ; 30 cm.

Orientador : Prof. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha.  
Mestrado (mestrado profissional em políticas públicas) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Recife, 2018.  
Inclui referências e apêndices.

1. Política pública. 2. Mães – Mortalidade. 3. Mulheres – Saúde e higiene. 4. Serviços de saúde à maternidade. 5. Mortalidade materna. I. Rocha, Enivaldo Carvalho da (Orientador). II. Título.

320.6 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2018-206)

**ROSARIO DE FÁTIMA SILVA AMARAL RIBEIRO**

**REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA EM PERNAMBUCO:**

**REALIDADE OU DESAFIO?**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas

Aprovada em: 15/08/2018

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Erinaldo Ferreira do Carmo (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Fernando Guerra de Souza (Examinador Externo)  
Universidade Estadual de Pernambuco

Dedico ao meu companheiro e amigo Albérico, que soube respeitar, tolerar, cuidar e amar nos momentos difíceis.

À minha filha Júlia, pela atenção, disponibilidade e generosidade em acompanhar as etapas do mestrado, incentivando a não desistir de sonhar e ir buscar além dos meus sonhos.

À minha mãe Fátima e ao meu pai Alberto, sempre incansáveis na tentativa de me garantir o apoio e o bem-estar necessários.

A Eduardo e à Cecília, que despertaram em mim uma nova forma de amar, enchendo de luz a minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Ao olhar para trás e perceber o caminho percorrido, faz sentido entender que a aprendizagem é um processo coletivo, que o meu saber não é soberano e o meu limite estende a mão para caminhar junto com alguém, e, assim, superarmos um desafio que passa a ser verdadeiramente nosso. Neste sentido, há muito a agradecer aos que comigo caminharam:

Primeiramente, Àquele que jamais me permitiu subir um degrau se não pudesse chegar ao topo com Ele: Deus, inteligência suprema e causa primária de todas as coisas.

Aos meus protetores e a toda equipe de benfeitores pela proteção, amparo, inspiração e intuição recebida.

Agradeço ao meu brilhante orientador, Prof. Dr. Enivaldo Rocha, pelo empenho, apoio, disponibilidade e valiosas contribuições, sem as quais a confecção deste estudo não seria possível.

Aos professores do mestrado, pela grande contribuição na minha formação, em especial a professora Mariana Batista pela atenção e disponibilidade.

Sou imensamente grata a todos e todas colegas de curso pelo acolhimento, incentivo, compartilhando angústias e certezas ao longo dos dois anos que dividimos juntos.

Agradeço, em especial, a amiga Helena Lins, pelo apoio em momentos difíceis, à colega e bolsista Márcia Coelho pelo carinho e cuidado para com todos e à querida Marcelle Nogueira, colega de mestrado e de trabalho a qual fez a diferença através de sua imprescindível contribuição do saber compartilhado e do aprendizado construído, mas, sobretudo, a sua amizade e dedicação.

À bolsista Letícia e, em especial, ao bolsista Antônio pela colaboração com os dados.

À Rosalina Fonseca e a minha “amada mestra” Maria do Carmo, um agradecimento especial, pelo incansável incentivo e efetiva colaboração durante todo o mestrado.

Agradeço às amigas, aos amigos e aos meus familiares, por entenderem que, quando falavam, eu quase não ouvia e, quando passava por eles, quase nunca tinha tempo de parar e dar a atenção que mereciam. Obrigada pelo afeto de vocês.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.

(Chico Xavier)

## **RESUMO**

O estudo avaliou o desempenho da Rede Cegonha, através do comportamento da taxa de crescimento da razão de mortalidade materna nas 12 (doze) gerências regionais de saúde de Pernambuco no período de 2008 a 2014, como também descreveu o perfil sócio demográfico dos óbitos maternos ocorridos nas GERES do Estado no mesmo período. Após três anos de implementação da política pública Rede Cegonha, ocorreu diminuição nas taxas de crescimento da razão de mortalidade materna em nove GERES, sendo que efetivamente as II, IV, V, VII, VIII e X GERES reduziram suas TC da RMM atingindo valores negativos. Esta redução, possivelmente, está associada ao bom desempenho da política pública em questão que permitiu a melhoria da situação através de ações eficientes, eficazes e efetivas reorientando o planejamento de acordo com os resultados do processo avaliativo. Com relação ao perfil dos óbitos maternos, estes foram mais frequentes em mulheres solteiras, pardas, com idade situada entre 20 a 29 anos e com 4 a 7 anos de escolaridade.

Palavras-chave: Rede Cegonha. Mortalidade Materna. Política Pública

## **ABSTRACT**

The study evaluated the performance of the “Rede Cegonha”, through the behavior of the rate of growth of the maternal mortality ratio in the 12 (twelve) regional health management of Pernambuco in the period from 2008 to 2014, as well as describing the sociodemographic profile of maternal deaths in GERES the same period. After three years of implementation of the “Rede Cegonha” public policy, there was a decrease in the growth rates of the maternal mortality ratio in nine GERES, and in fact the II, IV, V, VII, VIII and X GERES reduced their rate of growth of metropolitan region reaching negative values. This reduction is possibly associated to the good performance of the public policy in question that allowed the improvement of the situation through efficient and effective actions reorienting the planning according to the results of the evaluation process. About the profile of maternal deaths, these were more frequent in single women, brown women, aged between 20 to 29 years and with 4 to 7 years of schooling.

Keywords: Rede Cegonha. Maternal Mortality. Public Policy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição das Macrorregiões de Saúde de Pernambuco.....	31
Figura 2 – Distribuição das Regiões de Saúde de Pernambuco.....	32
Quadro 1 – Linha do Tempo das Políticas, Programas e Ações de combate a mortalidade materna.....	33
Quadro 2 – Desenho Regional da Rede Cegonha pactuado na CIB.....	36
Tabela 1 – Mortalidade Materna segundo estado civil, escolaridade, faixa etária e raça/cor da mãe por GERES de Pernambuco de 2008 a 2014.....	53

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Razão de Mortalidade Materna em Pernambuco de 2008 a 2014.....	49
Gráfico 2 –Taxa de Crescimento da Razão de Mortalidade Materna em Pernambuco de 2008 a 2014.....	50
Gráfico 3 - Taxa de Crescimento da Razão de Mortalidade Materna por GERES antes da implementação da Rede Cegonha em 2010.....	50
Gráfico 4 - Taxa de Crescimento da Razão de Mortalidade Materna por GERES após a Implementação da Rede Cegonha em 2013.....	51
Gráfico 5 - Taxa de Crescimento da Razão de Mortalidade Materna da I GERES Apêndice A.....	65
Gráfico 6 - Taxa de Crescimento da Razão de Mortalidade Materna da II GERES Apêndice B. ....	66
Gráfico 7 - Taxa de Crescimento da Razão de Mortalidade Materna da III GERES Apêndice C.....	67
.	
Gráfico 8 - Taxa de Crescimento da Razão de Mortalidade Materna da IV GERES. Apêndice D. ....	68
Gráfico 9 - Taxa de Crescimento da Razão de Mortalidade Materna da V GERES Apêndice E. ....	69
Gráfico 10 - Taxa de Crescimento da Razão de Mortalidade Materna da VI GERES Apêndice F.....	70
.	
Gráfico 11 - Taxa de Crescimento da Razão de Mortalidade Materna da VII GERES Apêndice G.....	71
Gráfico 12 - Taxa de Crescimento da Razão de Mortalidade Materna da VIII GERES Apêndice H. ....	72
Gráfico 13 - Taxa de Crescimento da Razão de Mortalidade Materna da IX GERES Apêndice I.....	73
.	

Gráfico 14 - Taxa de Crescimento da Razão de Mortalidade Materna da X GERES	
Apêndice J. ....	74
Gráfico 15 - Taxa de Crescimento da Razão de Mortalidade Materna da XI GERES	
Apêndice L.....	75
.	
Gráfico 16 - Taxa de Crescimento da Razão de Mortalidade Materna da XII GERES	
Apêndice M. ....	76

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CGB	Casa da Gestante Bebê e Puérpera
CF de 88	Constituição Federal de 1988
8ª CNS	8ª Conferência Nacional de Saúde
CID-10	10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regional
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
GERES	Gerenciais Regionais de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MIF	Mulheres em Idade Fértil
ml	mililitro, unidade de volume equivalente a um milésimo do litro
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMC	Programa Mãe Coruja
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PDR	Plano Diretor de Regionalização da Saúde
RC	Rede Cegonha
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Taxa de Crescimento
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
2	<b>CONTEXTUALIZANDO A MORTALIDADE MATERNA</b>	<b>20</b>
3	<b>EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER</b>	<b>25</b>
4	<b>REDE CEGONHA</b>	<b>35</b>
5	<b>CONSIDERAÇÕES SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS</b>	<b>39</b>
6	<b>AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b>	<b>43</b>
7	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>46</b>
8	<b>RESULTADOS</b>	<b>49</b>
9	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>56</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>58</b>
	<b>APÊNDICE A – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA I GERES.</b>	<b>65</b>
	<b>APÊNDICE B – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA II GERES</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICE C – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA III GERES.</b>	<b>67</b>
	<b>APÊNDICE D – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA IV GERES.</b>	<b>68</b>
	<b>APÊNDICE E – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA V GERES</b>	<b>69</b>
	<b>APÊNDICE F – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA VI GERES.</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICE G – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA VII GERES.</b>	<b>71</b>
	<b>APÊNDICE H – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA VIII GERES.</b>	<b>72</b>

<b>APÊNDICE I – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA IX GERES.</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE J – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA X GERES.</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICE L – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA XI GERES.</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE M – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA XII GERES.</b>	<b>76</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A ditadura militar impactou, de forma drástica, o desenvolvimento da ciência brasileira e a geração de conhecimentos e soluções para a saúde pública do país. Neste período, ocorreu uma centralização do poder decisório e uma concentração de recursos por parte do governo federal, inclusive, com relação à gestão das políticas públicas. Durante o processo de redemocratização, os movimentos de setores organizados da sociedade emergiram de forma consistente e organizada, dentre os quais destacou-se o Movimento da Reforma Sanitária<sup>1</sup>, que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório contemplava proposta de uma nova política nacional de saúde.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF de 88), a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado. Para garantir o cumprimento desta conquista e como produto do movimento de reforma sanitária, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS Lei 8080/1990), com princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, e diretrizes estratégicas de descentralização da gestão dos recursos, regionalização e hierarquização das unidades de produção de serviços e participação social. (BRASIL, 1988).

No Brasil, o processo de descentralização das políticas públicas teve por justificativa, principalmente, o aumento de eficiência a partir da proximidade entre os gestores e os cidadãos identificando as preferências e necessidades locais (OATES, 1999 apud BATISTA, 2015). Ocorre, então, a descentralização política e administrativa, com redefinição do papel dos Estados e municípios na gestão dessas políticas, que o fazem, seja por iniciativa própria, por adesão a algum programa proposto por outro nível de governo mais abrangente, ou por imposição constitucional (ARRETCHE, 1999).

Diante desse novo modelo implantado após a Constituição de 1988, os municípios passaram a ter um papel fundamental na implementação das políticas públicas. Conquistaram

---

<sup>1</sup> A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população (FIOCRUZ, 1988).

sua condição de terceiro ente federativo, aumentando sua participação nas receitas públicas, sobretudo, por meio de transferências intergovernamentais dos Estados e da União. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) em 2010, baseado em evidências mundiais e fortalecendo a integralidade com redirecionamento de novos recursos federais, estabelece as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS através da Portaria 4.279, de 30/12/2010, originando as redes temáticas, entre elas a Rede Cegonha (RC).

Além das RAS, são instituídos nesta nova dinâmica de organização e gestão do sistema de saúde, instrumentos avaliativos, com destaque para o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Este instrumento de gestão compartilhada define, entre os entes federativos, as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos, pactuados com clareza e dentro das práticas federativas que devem ser adotadas num Estado Federativo.

A mortalidade materna é uma preocupação mundial revelada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que se constroem sobre o legado dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e concluirão o que estes não conseguiram alcançar : a redução dos óbitos maternos a níveis aceitáveis até o ano de 2030.

No Brasil e em Pernambuco, apesar da redução apresentada nas duas últimas décadas, a mortalidade materna ainda se constitui um grave problema de saúde pública e expõe as desigualdades existentes entre as regiões com uma rede de assistência fragmentada e pouco resolutiva, como também a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. O reflexo é a elevação da razão de mortalidade materna (RMM) em regiões menos desenvolvidas com precariedade da assistência obstétrica prestada e violação do direito da mulher de viver uma maternidade segura. (PERNAMBUCO, 2011).

Em Pernambuco, as altas taxas de mortalidade materna assinalaram a necessidade de ações específicas que apresentassem maior impacto para a inversão deste indicador, levando o governo estadual a lançar, em 2007, o Programa Mãe Coruja (PMC). Em 2009, através da lei 13.959, este programa foi instituído como uma política pública estadual de redução da morbimortalidade materna e infantil, que potencializa o investimento na primeira infância.

A RC é uma estratégia nacional e Pernambuco foi primeiro ente federativo a aderir a esta política no ano de 2011, que, em consonância com o PMC, busca fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, garantindo a melhoria da qualidade dos diversos serviços de saúde que compõem a rede. Entre outras questões, busca implantar ações, para a humanização do atendimento e qualidade nas atividades de planejamento reprodutivo e atenção pré-natal, um novo modelo de atenção ao parto, que garanta acesso e acolhimento das gestantes na rede de saúde e uma agenda de saúde da criança.

A importância deste estudo reside no fato de abordar um problema de repercussão mundial, através da análise da RC, instituída no âmbito do SUS pela Portaria GM/MS nº 1459/2011<sup>2</sup>, como uma política de combate à mortalidade materna e infantil, através do estabelecimento de pactos de adesão. Nesta análise, pretende verificar o comportamento das mortes maternas, ocorridas de 2008 a 2014 nas regionais de saúde<sup>3</sup> pernambucana, segundo os indicadores de saúde pactuados acerca do desempenho da política pública implantada.

Portanto, a pergunta orientadora desta pesquisa foi assim formulada: A implantação da Rede Cegonha em Pernambuco, em 2011, contribuiu para a redução da mortalidade materna nas regionais de saúde de Pernambuco?

Esta dissertação está composta por nove capítulos, sendo o primeiro esta Introdução. O segundo capítulo contextualiza a problemática da mortalidade materna nas agendas das políticas públicas. O terceiro capítulo faz uma abordagem histórica da evolução das políticas de atenção à saúde da mulher no Brasil e em Pernambuco, e o capítulo seguinte enfoca a Rede Cegonha como política pública que tem como um dos seus objetivos a redução da mortalidade materna.

---

<sup>2</sup> Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011- Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

<sup>3</sup> As Regiões de Saúde, pelo Decreto nº 7.508/2011/MS, são espaços geográficos contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados com finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

O quinto capítulo é referente às considerações sobre políticas públicas, ou seja, uma aproximação teórica sobre o conceito e suas fases. O sexto capítulo aborda a avaliação em políticas públicas e sua aplicação, uma vez que a avaliação transita de forma dinâmica por fases que vai da sua formulação e implementação, até chegar aos resultados obtidos e aos impactos,

O sétimo capítulo esteve voltado para o detalhamento dos aspectos metodológicos da pesquisa, apresentando os objetivos, as hipóteses e o procedimento de coleta e análise dos dados quantitativos. A discussão dos resultados da pesquisa integrou o oitavo capítulo, à luz das evidências de outros estudos sobre a RC. O nono capítulo contém as conclusões do estudo que podem enriquecer as discussões e reflexões, como também redirecionar ou subsidiar o planejamento das políticas públicas de enfrentamento da mortalidade materna.

## 2 CONTEXTUALIZANDO A MORTALIDADE MATERNA

Segundo a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou agravada nesse período, ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1993).

Posteriormente, foi introduzido pela OMS, através da 10ª Revisão da CID-10 (1994), o conceito de Morte Materna Tardia como sendo a morte de uma mulher por causa obstétrica direta<sup>4</sup> ou indireta<sup>5</sup>, ocorrida entre 42 dias até um ano após o término da gravidez, desde que relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. As mortes maternas obstétricas diretas representam ainda a principal causa de morte materna nos países em desenvolvimento.

---

<sup>4</sup> A morte materna obstétrica direta resulta de complicações relacionadas à gravidez, parto e puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma sequência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações.

<sup>5</sup> A morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez

O estudo da morte materna permite avaliar a efetividade das políticas públicas na promoção da saúde da mulher, e, em geral utiliza-se o indicador denominado Razão de Mortalidade Materna (RMM) para medir o risco de uma mulher morrer durante ciclo gravídico puerperal<sup>6</sup>. Então, a RMM representa o número de óbitos maternos, por cem mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Devido a dificuldades na identificação do óbito materno, seja por falta de dados na declaração de óbito ou por informações que mascaram a causa, não permitindo classificá-lo como tal, a OMS orienta que a RMM seja calculada utilizando fatores de correção que variam de 1,1 a 3,2. Estes fatores de correção são calculados com base em pesquisas especiais que avaliam a RMM em amostras populacionais, podendo alcançar uma estimativa mais próxima da realidade em relação ao risco de morte no ciclo gravídico puerperal das mulheres de cada região. (BITTENCOURT, 2013).

Na definição das intervenções que visam à prevenção do óbito materno, como também no diagnóstico das necessidades de saúde das mulheres expostas, é importante, além de conhecer a RMM e a causa desse óbito, ou seja, qual foi a doença que levou à morte da mulher, identificar os fatores determinantes e condicionantes envolvidos da cadeia de eventos que levam à morte materna. Segundo a OMS, em 2008, países como Bolívia, Índia e Angola com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixos e menores taxas de cobertura pré-natal, apresentaram taxas mais elevadas de RMM, diferentemente da Itália, Bélgica e Canadá que apresentaram baixos índices de RMM com altos IDHs e melhores indicadores de assistência à gestante e ao parto. Diante de tudo que foi exposto, pode-se afirmar que a RMM é um indicador que permite avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada às mulheres e reflete as precárias condições socioeconômicas revelando as desigualdades de gênero, a fragilidade das políticas públicas e da legislação que garantem os direitos de cidadania a participação social.

---

<sup>6</sup> O período gravídico compreende o período gestacional da mulher, e o puerperal compreende o período entre o fim do parto, que é puerpério precoce, até o período de 12 semanas após o parto, que é o puerpério tardio.

Evitável em mais de 90% dos casos, a morte materna é uma violação dos direitos humanos das mulheres e segundo Menezes:

As mortes maternas são produzidas socialmente, porque expressam a exclusão social de mulheres, em que desigualdades de classe social, gênero, raça/etnia e geração se articulam, penalizando as mais jovens, pobres, negras. O perfil das mortes é, portanto, conhecido. Morrem mulheres pobres, pouco escolarizadas, de raça/cor negra, residentes nos bairros periféricos das cidades, onde há menor acesso aos bens e serviços, inclusive os de saúde.

Outro evento tão grave quanto a mortalidade materna é a morbidade materna grave ou *near miss*, que são mulheres sobreviventes a uma complicação grave, ocorrida durante a gravidez, o parto ou em até 42 dias após o término da gravidez. A *near miss* e a mortalidade materna são eventos semelhantes, porém os primeiros ocorrem com maior frequência.

No cenário mundial, observa-se nos países como França, Itália e Alemanha, uma RMM entre 4 e 10 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos revelando elevado desenvolvimento social e dos serviços de saúde. Na América Latina e no Caribe, os menores níveis são da Costa Rica e do Chile com 20 a 25 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, enquanto que nos demais países desta região o risco chega a ser dez vezes maior do que em países europeus (HOGAN et al., 2010). Além das discrepâncias na RMM desses países, existem também as diferenças com relação às complicações que conduzem à morte. Um estudo de Khan, 2006, mostrou que na África e Ásia as causas hemorrágicas foram as principais complicações; na América Latina, foram as síndromes hipertensivas seguidas pelas hemorragias; nos países desenvolvidos, a hipertensão e a embolia apareceram como principais causas do óbito materno.

A preocupação com a saúde materna foi definida em um dos oito ODM das Nações Unidas para 2015, com a pactuação de medidas visando à redução da razão da mortalidade materna em três quartos entre 1990 e 2015. O relatório final das agências das Nações Unidas e do Banco Mundial informou que, em 2015, cerca de 303 mil mulheres morreram em consequência de complicações da gravidez ou até seis semanas depois do parto, contra 532 mil em 1990. Estima-se que, entre os anos 2000 e 2015, mais de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas. Entretanto, o acesso aos serviços de saúde e a demora na identificação e na assistência das complicações relacionadas à gestação permanecem como grandes obstáculos para a sobrevivência de mulheres em todo o mundo. Apesar do progresso

obtido, a mortalidade materna continua sendo, inaceitavelmente, alta com cerca de 280 mil mortes maternas em todo o mundo a cada ano (SOUZA,2015).

O ano de 2015 marcou o fim da iniciativa dos ODM, porém o combate à mortalidade materna permanecerá no centro da agenda da saúde global e do desenvolvimento internacional. A agenda Pós-2015 traz os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com enfoque na redução da proporção de pessoas vivendo abaixo das linhas nacionais de pobreza e diminuição das desigualdades e disparidades socioeconômicas até 2030. Certamente, várias políticas públicas com suas metas repensadas estarão voltadas para alcançar este objetivo com reflexo, principalmente, na área social e da saúde. Nesta agenda, uma de suas metas é reduzir a RMM global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até 2030, e para o Brasil, a redução chegará próximo a 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, índice considerado aceitável pela OMS. (BRASIL, 2015)

Segundo o MS, a mortalidade materna no Brasil caiu 58% entre 1990 e 2015, reduzindo de 143 para 60 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Levando em consideração os dados de 2010 e 2015, a proporção da mortalidade materna diminuiu de 12%, saindo de 67,9 para 60 óbitos por 100 mil nascidos. Estes dados revelam um pequeno progresso, mas, de acordo com Nelson Sass, a redução da mortalidade materna ainda está longe do ideal, pois são números bastante heterogêneos que variam conforme a região do país, de 44 até 110 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Sass afirma:

Ainda que tenhamos uma rede de atendimento, não adianta só quantidade. A qualidade da assistência precisa ser revista. As mulheres parecem ter dificuldade no segmento de atendimento, com consultas muito distantes ou não se adota prevenção. Quando você tem um alto número de mulheres que morrem de pré-eclâmpsia, por exemplo, o gestor tem que entender o porquê, e qualificar essa assistência, afirmou. Maternidades sobrecarregadas, com cuidado limitado, facilitam o risco de hemorragia, por exemplo, e, às vezes falta agilidade para a mulher receber suprimentos de sangue.

Estudos mostram que cerca de 95% das mortes maternas na América Latina e Caribe poderiam ser evitadas, pois as causas mais frequentes dos óbitos maternos são síndromes hipertensivas, hemorragias, aborto inseguro, infecção puerperal (período de até 42 dias após o parto) ou a violência contra a mulher. Sass explica que a morte materna se associa à qualidade

de vida e de assistência, por isso os indicadores são piores em países em desenvolvimento e em locais com poucos recursos.

No Brasil e em Pernambuco, as taxas de mortalidade materna permanecem altas, com as síndromes hipertensivas sendo as principais causas de mortes. Conforme análise do Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco, entre o período de 2000-2010 ocorreram 1.235 óbitos maternos no Estado, e 23,31% destes foram por hipertensão na gravidez, apesar do aumento da cobertura do pré-natal e do número de consultas visto que uma adequada assistência ao pré-natal colabora para a redução dos desfechos desfavoráveis da gravidez e por mortes relacionadas à hipertensão (PERNAMBUCO, 2014; VETTORE, 2011). Todos os anos, quase 76 mil mulheres morrem por causa de complicações da hipertensão gestacional, que afeta de 8% a 10% das gestações no mundo e responde por 20% de todas as hospitalizações para tratamento intensivo neonatal.

As hemorragias pós-parto são definidas como uma perda de sangue superior a 500 ml, no parto vaginal e 1000 ml em parto ocorrido por cesariana. Em geral, são causas das hemorragias: o descolamento prematuro da placenta, a placenta prévia, a ruptura uterina, o trauma e a coagulopatia<sup>7</sup>. As hemorragias estão relacionadas aos abortamentos inseguros, à falta de assistência de qualidade no parto e pós-parto, como também associadas ao excessivo número de cirurgias cesarianas realizadas. De acordo com Marcus Dias, pesquisador da Fiocruz, o parto cesáreo traz três vezes mais risco de morte materna do que o parto normal.

No Brasil, a ilegalidade não tem impedido as mulheres de praticar o aborto e de se exporem às complicações como hemorragias, infecções e peritonite, que podem chegar ao óbito materno. Por se tratar de um procedimento ilegal, os óbitos maternos por aborto inseguro são difíceis de mensurar afetando a existência de estatísticas confiáveis. Em 2010, 9,0% das mulheres no país morreram por complicações do aborto, segundo estimativas do MS (BRASIL, 2011).

E por fim, as infecções puerperais. É importante também destacar as violências sofridas pelas mulheres no ciclo gravídico puerperal e as sequelas de problemas gestacionais, pois, para cada morte materna, de oito a dez mulheres ficam com sequelas definitivas, segundo SASS.

---

<sup>7</sup> Coagulopatia refere-se, de uma maneira geral, à distúrbios da coagulação sanguínea.

### 3 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Ao analisar o contexto histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, percebe-se que os avanços são lentos e gradativos para serem incorporados. Com a saúde da mulher não seria diferente, pois fatores sociais e econômicos mantiveram esse grupo à margem das políticas públicas por muitos anos, ou seja, trata-se de resquícios do processo histórico de construção do país (FREITAS, 2009).

Nas primeiras décadas do século XX, os programas materno-infantis traduziam uma visão restrita sobre a mulher, cuja base se pautava em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Eram políticas verticalizadas e isoladas, para proteger crianças e gestantes em situação de maior vulnerabilidade, com metas definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. (FARAH, 2004). Um dos resultados dessa prática foi a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (COSTA, 1999).

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas foram vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, a qual tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Revelavam-se, também, as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, tais como os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a sobrecarga de trabalho das mulheres, consideradas responsáveis pelo trabalho doméstico e pela criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991).

Na década de 70, o reflexo dessa política excludente, por um lado, mostrou, através de indicadores socioeconômicos e de saúde, uma situação alarmante; por outro, desencadeou a organização de setores da sociedade. A partir do processo de redemocratização, da reforma do Estado e da queda da ditadura militar, os movimentos sociais se fortaleceram. Destacou-se, no âmbito da saúde, o Movimento de Reforma Sanitária, que culminou na elaboração do relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que fundamentou o capítulo da saúde na CF de 88 e a criação do SUS. As mulheres organizadas reivindicaram, na condição de sujeitos de direito, ações para todos os ciclos da vida, respeitando as particularidades dos

diferentes grupos populacionais e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridas (BRASIL, 2004).

A mortalidade materna foi introduzida na agenda política nacional, na década de 80, por pressão dos movimentos sociais, em especial do movimento feminista, e das agências internacionais de saúde. (LEITE, 2009). Dessa forma, fruto das diversas reivindicações dos movimentos de mulheres na luta pela igualdade dos direitos, em 1983, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou, como princípios e diretrizes, as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, era concebido o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS. A nova política para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, de tratamento e de recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, no parto no puerpério, no climatério, em planejamento familiar, como também nas DSTs, no câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O PAISM foi o primeiro programa de saúde a incorporar a noção de integralidade, bandeira que se inspira no ideal de direitos e justiça social no acesso à saúde. A integralidade diz respeito a um conjunto de características das práticas de saúde que envolve usuários, profissionais de saúde e seus processos de trabalho, bem como a organização dos serviços de e o desenho das políticas públicas nacionais, estabelecendo uma articulação entre ações promocionais, preventivas e assistenciais disponíveis na rede de serviço e proporcionando linhas de cuidado construídas na perspectiva da transformação do grupo como sujeitos ativos na dimensão da integralidade.

Na saúde da mulher, a integralidade pode ser compreendida como:

a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas, construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento e escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (COELHO et al. ,2009, p.10)

Como estratégia do PAISM, em 1989, iniciou-se, então, a implantação dos primeiros Comitês Estaduais de Morte Materna, que, a partir de 1993, ganhou dimensão, chegando a todos os estados. Os Comitês são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial com a finalidade de analisar todos os óbitos maternos, guardando confidencialidade, mas apontando medidas de intervenção para sua prevenção como estratégia na redução da morbimortalidade feminina e representam, também, um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas públicas de assistência à saúde da mulher (BITTENCOURT, 2013).

Nos anos 90, no contexto da construção do SUS, o campo da Assistência Integral à Saúde da Mulher edifica sua base, por se tratar de um processo político no qual os atores principais apresentam demandas e particularidades divergentes. Desencadearam-se, também, processos como a municipalização da saúde, a descentralização das ações, a reorganização e a ampliação dos serviços de atenção básica. No cenário internacional, houve a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo (1994) e a Conferência Internacional da Mulher, em Pequim (1995), que favoreceram o avanço das políticas públicas de saúde voltadas à mulher. O Brasil foi signatário dos documentos finais desses eventos, assumindo compromisso de desenvolver leis e políticas públicas para a promoção desses direitos com melhoria da saúde reprodutiva de sua população.

Devido a dificuldades apresentadas no processo de implementação do PAISM na maioria dos municípios, o MS editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2001, que ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definiu o processo de regionalização da assistência, criou mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualizou os critérios de habilitação para os estados e municípios (BRASIL, 2001).

No final de 2000, o MS lança a Política Nacional de Humanização (PNH), que propõe uma nova forma de gerir e cuidar da saúde, atuando no conjunto de relações entre profissionais e usuários. Surgem, então, o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, com objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, por meio de medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério. Em 2003, o MS implanta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que reconhece a diversidade da população feminina, propondo ações para atender as mulheres rurais, negras, indígenas, lésbicas, deficientes, presidiárias, adolescentes e as da terceira idade. Envolvendo,

também, problemas emergentes, que afetam a saúde da mulher, como a violência sexual (BRASIL, 2004).

Numa tentativa de reunir diferentes experiências e se ajustarem as metas do milênio, foi lançado em 2004 o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, sob o égide do MS, envolvendo os Ministérios da Educação, do Desenvolvimento, de Políticas para as Mulheres, entre outros, com a meta de redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal. Entre seus princípios destacam-se:

o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais. (Ministério da Saúde, 2004).

A política pública de atenção à saúde da mulher foi ampliada em 2005 com a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, momento no qual a mulher passa a ter o direito de decidir sobre o momento de ter filhos, através do acesso aos métodos contraceptivos, bem como a assistência quanto à infertilidade.

Em 2006, foi instituído o Pacto pela Saúde, como resultado de um processo de negociação entre os gestores das três esferas de governo, na perspectiva de superar problemas políticos, técnicos e administrativos que dificultavam a participação mais efetiva e autônoma dos municípios na gestão do SUS. Este pacto era composto por três eixos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, destacando entre os indicadores a redução da mortalidade materna e infantil e com adesão de cerca de 72% dos municípios brasileiros<sup>8</sup>, com objetivo de promover a melhoria dos serviços e garantir acesso a toda população, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS, com a regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde, através de pactuações com responsabilidades claras em torno de ações capazes de produzir impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, expressas em indicadores e metas. (BRASIL, 2006).

---

<sup>8</sup> Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica- SAGE, Ministério da Saúde (<http://189.28.128.178/sage/>)

No período de 2004 a 2011, é trabalhado na PNAISM o processo de incorporação da assistência integral à mulher nas políticas públicas nacionais de saúde, estabelecendo uma articulação entre ações promocionais, preventivas e assistenciais disponíveis na rede de assistência integral à mulher nas políticas públicas nacionais de saúde, estabelecendo uma articulação entre ações promocionais, preventivas e assistenciais disponíveis na rede de serviço, proporcionando linhas de cuidado construídas na perspectiva da transformação do grupo como sujeitos ativos na dimensão da integralidade. (BRASIL, 2011). Preocupações quanto à assistência à mulher negra, sob a ótica de promover equidade junto a esse grupo até então não amparado nas políticas e estudos sobre a mortalidade de mulheres em idade fértil, (MIF) busca-se contribuir para a definição de estratégias de ação local que levem à melhoria da qualidade da atenção em todo o país (BRASIL, 2008). Temas como o tráfico de pessoas, violência doméstica e sexual como também DSTs passam a ter suas discussões ampliadas e debatidas, através de ações documentadas dentro das políticas públicas nacionais, objetivando instrumentalizar profissionais e usuários em todo o território brasileiro.

De acordo com o Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta dispositivos da Lei Orgânica do SUS, orienta-se que as ações e serviços públicos de saúde de todos os entes federados sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada. Neste novo modelo de gestão compartilhada, é necessária a criação de mecanismos que permitam uma articulação interfederativa e uma organização dos serviços nas RAS, visando à garantia da integralidade da assistência à saúde.

Com relação à articulação interfederativa, é atribuída às Comissões Intergestores Regional (CIR), Bipartite (CIB), e Tripartite (CIT) a pactuação da organização e do funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em RAS, que resultará num acordo de colaboração como o COAP.

### O COAP é

um acordo entre os gestores dos municípios de uma mesma região de saúde, do estado e da União, de unindo-se de forma colaborativa as responsabilidades e os recursos financeiros de cada signatário para a organização e a integração das ações e serviços em uma Região de Saúde, garantindo a integralidade da assistência aos usuários. Além disso, são pactuados indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários ao cumprimento do acordo (Brasil, Ministério da Saúde, 2014).

Uma das redes temáticas originadas foi a Rede Cegonha, em 2011, estratégia que garante o acesso, o acolhimento e a resolutividade da atenção à mulher e à criança, além de reduzir a mortalidade materna e infantil. Esta política pública representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado com a gravidez, com o parto e com o nascimento, articulando os pontos de atenção em rede à regulação obstétrica, e tem um caráter bastante resolutivo na redução da mortalidade materna e neonatal, por ser uma medida de enfrentamento. A sua operacionalização requer qualificação técnica das equipes da atenção básica e das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde e ampliação da oferta de serviço e do número de profissionais. A RC atrela os repasses de recursos ao aumento de leitos ou da oferta de procedimentos, com vistas a alcançar a integralidade da atenção que venha a minimizar a fragmentação da assistência, o desperdício de recurso e a ineficiência da atenção (BRASIL, 2014).

Dentre as políticas públicas de saúde da mulher implantadas em Pernambuco, destacou-se o Programa Maternidade Segura nos anos 90, que alertava para a necessidade de romper o binômio materno-infantil e pensar a saúde integral da mulher, com suas necessidades e especificidades. Em geral, as políticas públicas relacionadas à saúde da mulher, implantadas no Estado, reproduziam as diretrizes dos programas nacionais.

Em 1995, com a regulamentação das atividades do Comitê Estadual de Mortalidade Materna e obrigatoriedade da notificação e investigação dos óbitos em mulheres em idade fértil pela vigilância epidemiológica, que resgata informações na declaração de óbito recuperando mortes maternas não declaradas ao Sistema de Informação sobre Mortalidade, surgem os verdadeiros índices da RMM no Estado (BITTENCOURT, 2013).

Em Pernambuco, no ano de 2009, foi iniciado o processo de regionalização da saúde, com a redefinição territorial do Estado, reorganizando as regiões a partir da elaboração do Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), respeitando a construção de forma regionalizada, solidária, hierarquizada e resolutiva. Em 2011, foi homologada pela CIB a nova conformação territorial da saúde que organizou o Estado em 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde (figura 1 e 2). A regionalização da saúde orienta a descentralização das ações e serviços potencializando os processos de pactuação e negociação entre gestores.

Macrorregião de saúde são arranjos territoriais que agregam mais de uma região de saúde, com o objetivo de organizar, entre si, ações e serviços de média complexidade especial e alta complexidade, complementando, desse modo, a atenção à saúde das populações desses territórios considerando, também, os critérios de acessibilidade entre as regiões agregadas (BRASIL, 2006).

Figura 1 –Distribuição das Macrorregiões de Saúde de Pernambuco

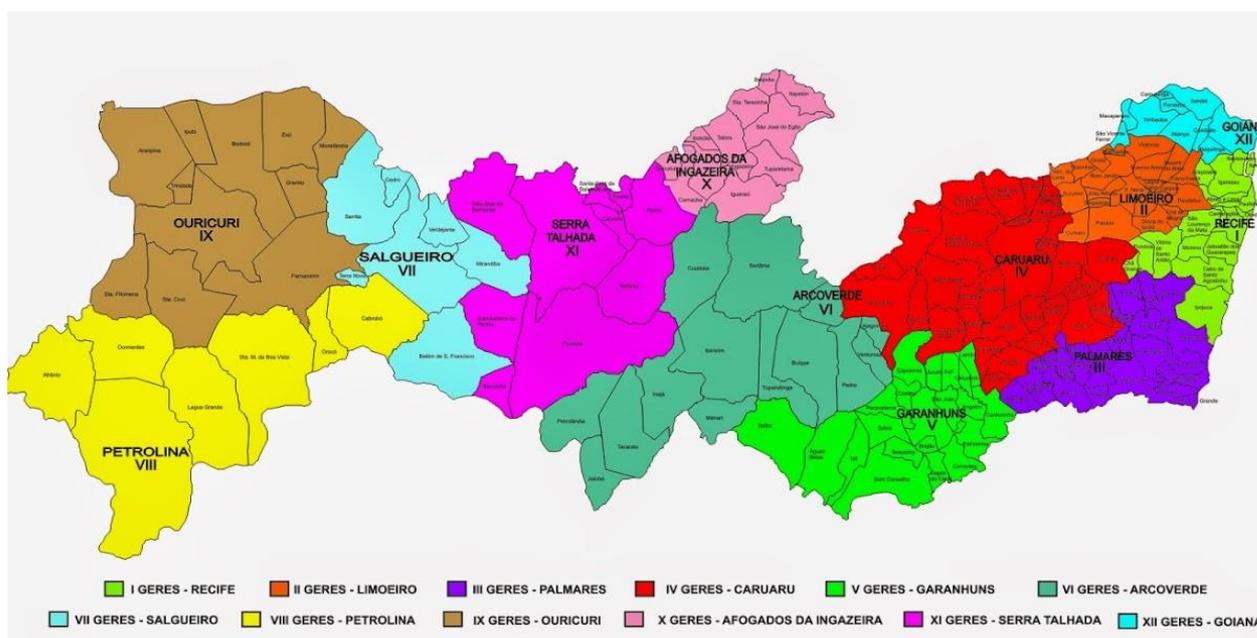


Fonte: Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde, 2011

 **Município Sede da Macro**

-  MACRORREGIÃO 1 - Metropolitana ( Regiões de Saúde - I, II, III, XII)
-  MACRORREGIÃO 2 - Agreste (Regiões de Saúde - IV, V)
-  MACRORREGIÃO 3 - Sertão ( Regiões de Saúde – VI, X, XI)
-  MACRORREGIÃO 4 - Vale do São Francisco e Araripe(Regiões de Saúde – VII, VIII e IX)

Figura 2 - Regiões de Saúde de Pernambuco.



Fonte: Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde, 2011.

A Gerência de Atenção à Saúde da Mulher tem a missão de desenvolver, promover, coordenar, avaliar e definir as diretrizes do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Estado de Pernambuco. Desta forma, a gerência responde pelo desenvolvimento de programas voltados para o enfrentamento de agravos que atingem a população feminina, incluindo as questões de gênero e direitos reprodutivos, violência contra a mulher e prevenção do câncer de colo do útero e controle do câncer de mama.

Dentre os principais programas desenvolvidos, destaca-se a humanização do pré-natal e o nascimento com acompanhamento integral às gestantes, desde o início da gestação até o período puerperal; o programa de redução da mortalidade materna que atua, prioritariamente, na implantação e monitoramento dos comitês regionais de investigação ao óbito de mulheres em idade fértil, identificando as principais causas do óbito materno, buscando meios de enfrentar o problema. Inclui-se, também, o programa estadual de parteiras tradicionais que implementa ações voltadas para a melhoria da assistência ao parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais, visando à redução da morbimortalidade materna e neonatal, decorrente desse ato com processo de educação continuada às parteiras tradicionais, promovendo capacitações e oferecendo um kit de material para o parto domiciliar. (PERNAMBUCO, 2013).

O Estado de Pernambuco foi o primeiro ente federativo a assinar com o governo federal e implantar em seus municípios a estratégia da Rede Cegonha, que, aliada ao Programa Mãe Coruja, pretende contribuir para a reorganização da assistência materna e infantil, com vistas ao enfrentamento da mortalidade materna e neonatal.

Atualmente, em Pernambuco, a política pública de atenção à saúde materna e neonatal é coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde atuando em consonância com a política nacional, onde se destaca o Programa Mãe Coruja Pernambucana. Esta política tem como objetivo garantir à mulher uma gestação e parto saudáveis, e à criança o direito a um nascimento e desenvolvimento seguros. Busca também contribuir para a política nacional de redução da morbimortalidade materna e infantil, fortalecendo os vínculos afetivos entre mãe, filho e família. (PERNAMBUCO, 2011).

O quadro abaixo registra as principais iniciativas do MS em conjunto com gestores municipais e estaduais, instituições de ensino e pesquisa e movimentos sociais, no sentido de promover a saúde da mulher, com vistas a reduzir a morbimortalidade materna.

Quadro 1: Linha do Tempo das Políticas, Programas e Ações de combate à Mortalidade Materna

Ano	Iniciativas
1983	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).</li> </ul>
1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantação dos primeiros Comitês Estaduais de Mortalidade Materna.</li> </ul>
1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projeto Maternidade Segura MS/UNICEF/FEBRASGO.</li> <li>• Criação da Comissão Nacional de Morte Materna.</li> <li>• Programa de Saúde da Família.</li> </ul>
1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulamentação do Comitê Estadual de Mortalidade Materna em Pernambuco.</li> </ul>
2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituição do Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN). Portaria nº 569/GM/MS.</li> </ul>
2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituição da Comissão Nacional de Mortalidade Materna. Portaria nº 652 GM/MS.</li> <li>• Definição do óbito materno como evento de notificação compulsória. Portaria nº 653 GM/MS.</li> <li>• Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher.</li> </ul>
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.</li> </ul>
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lei Federal nº 11.108 – garante às mulheres o direito ao acompanhante durante o trabalho de</li> </ul>

	<p>parto, parto e puerpério no âmbito do SUS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual Técnico do MS na perspectiva da equidade no pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras.</li> <li>• Instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Portaria nº 1067 GM/MS.</li> <li>• Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos.</li> </ul>
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacto pela Saúde (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS ).</li> </ul>
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política Nacional de Planejamento Familiar/Reprodutivo.</li> <li>• Manual dos Comitês de Mortalidade Materna.</li> <li>• Lei Federal nº 11.634 – dispõe sobre o direito a gestante de conhecer e ser vinculada a uma maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente de causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória. Portaria nº 1119 GM/MS.</li> <li>• Regulação dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. RDC nº 36.</li> </ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. MS.</li> <li>• Compromisso mais Nordeste e Amazônia Legal pela cidadania</li> </ul>
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rede Cegonha. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011.</li> <li>• Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Portaria nº 650 de 5 de outubro de 2011 e Portaria nº 2.351 de 5 de outubro de 2011.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora com base em Bittencourt (2013).

#### 4 REDE CEGONHA

Estudos realizados pela OMS e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 2009 identificaram que os sistemas de saúde das Américas se caracterizavam por altos níveis de segmentação e fragmentação, com baixo nível de desempenho, dificuldades no acesso aos serviços, baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, aumento desnecessário dos custos de produção e baixa satisfação dos usuários dos serviços de saúde. (MENDES, 2009). Diante dessa realidade, estes organismos internacionais propuseram a organização dos sistemas de saúde por meio das RASs, entendendo que elas possibilitam um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; espaços de integração de vários serviços; atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão e o trabalho inter-setorial.

O MS, em resposta à necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde praticada pelo SUS, instituiu a lógica de RASs no âmbito do SUS como estratégia prioritária, através da Portaria 4.279 de 30/12/2010. No Brasil, a partir de 2011, os esforços foram concentrados na implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde, dentre elas a RC instituída através da Portaria GM/MS nº 1.459 de 24 de junho de 2011, que tem como principais objetivos enfrentar a mortalidade materna e neonatal, a violência obstétrica e a baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério.

Esta estratégia do MS:

visa organizar uma rede de cuidados que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis (Ministério da Saúde, 2011b).

Seus princípios norteadores são a defesa dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial e às diferenças regionais; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e mobilização social. Suas principais diretrizes são a garantia do

acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; garantia de acesso ao planejamento reprodutivo. Essa Rede é uma política formulada no governo federal com descentralização de implementação para os governos locais, com adesão até setembro de 2013 de todos os Estados. A implementação respeitou os critérios epidemiológicos como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional e está organizada a partir de quatro componentes: (1) Pré-natal; (2) Parto e Nascimento; (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; (4) Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. A cada componente correspondem várias ações de saúde que garantam a melhoria da qualidade do pré-natal, a incorporação de boas práticas na atenção ao parto, ao nascimento, à puérpera e ao desenvolvimento da criança até o segundo ano de vida. A população de referência da RC são as mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos e criança até dois anos de idade cadastrada na atenção primária à saúde (APS).

Pernambuco, ao aderir a RC, cumpriu as cinco fases para operacionalização propostas na Portaria nº 1459/2011, tais como: adesão, diagnóstico, desenho regional da RC, contratualização dos pontos de atenção, qualificação dos componentes e certificação; nos 185 municípios com coordenação geral da Secretaria Estadual de Saúde (SES), e coordenação local das Gerenciais Regionais de Saúde (GERES). O Desenho Regional da Rede Cegonha pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) com os níveis de referência e as ações e serviços previstos foi assim elaborado:

Quadro 2 -Desenho Regional da Rede Cegonha pactuado na CIB

REFERÊNCIAS	AÇÃO - SERVIÇO
MUNICIPAL	Atenção resolutiva ao pré-natal de risco habitual e alto risco (consultas e exames), transporte seguro, parto de risco habitual (Centro de Parto Normal), puerpério e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, direitos sexuais e direitos reprodutivos no âmbito da Atenção Primária;

MICRORREGIONAL	Pré-natal e acompanhamento da criança de alto risco (consulta de acompanhamento do especialista), assistência ao parto de risco habitual (Maternidade), direitos sexuais e direitos reprodutivos no âmbito da atenção secundária e apoio diagnóstico complementar de média complexidade;
REGIONAL	Menor nível de referência para o SAMU Cegonha (USB e USA), Casa da Gestante Bebê e Puérpera (CGB);
MACRORREGIONAL	Assistência ao parto de alto risco e apoio diagnóstico complementar de alta complexidade, UTI adulto, UTI e UCI neonatal, Banco de Leite Humano, Alojamento Canguru, Central de Regulação;
MACRORREGIONAL INTERESTADUAL	Assistência ao parto de alto risco e apoio diagnóstico complementar de alta complexidade, UTI adulto, UTI e UCI neonatal, Banco de Leite Humano, Alojamento Canguru, Central de Regulação;
ESTADUAL	Medicina fetal, procedimento cirúrgico neonatal, reprodução assistida, genética médica e apoio diagnóstico complementar de alta complexidade.

Fonte: MS/SES-Subprojeto Quali SUS-PE-Web/2012.

Para operacionalização dessa estratégia, faz necessária a conjunção de esforços direcionados à assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com detecção e intervenção precoce nas situações de risco; sistema ágil de referência hospitalar; regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade; qualificação da assistência ao parto (componente de parto e nascimento).

A gestante deve ser classificada de acordo com o seu risco gestacional, e este é um processo contínuo e dinâmico durante as consultas de pré-natal. É recomendado que a mulher seja captada precocemente pela atenção primária até o 3o mês de gestação, para que possa realizar minimamente seis consultas durante o pré-natal, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre, além dos exames básicos que estão disponíveis na rede pública de saúde do Brasil (BRASIL, 2013). O objetivo da assistência ao pré-natal é garantir o desenvolvimento da gestação de forma segura, identificando situações de risco o mais precocemente possível para que possam ser tratadas adequadamente, garantindo um parto e nascimento seguros (CUNHA, 2009).

RC estimula o parto fisiológico e as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, bem como o parto realizado em Casa de Parto por enfermeira obstétrica. Propõe a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, com o objetivo de proporcionar o cuidado a gestantes, puérperas e

recém-nascidos(as) de risco que demandam atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade, mas que se encontram fora do ambiente hospitalar.

Todavia, a Rede Cegonha gerou críticas no movimento feminista que considera que essa estratégia leva ao rompimento da integralidade da atenção à saúde das mulheres e que representa um retrocesso nas políticas públicas de saúde da mulher, de direitos reprodutivos e sexuais (CLAM, 2011). Por isso, é necessário o respeito aos direitos das mulheres que são garantidos na CF de 88 e na RC, como a lei da maternidade certa, garantia de vinculação, acolhimento com classificação de risco, vaga sempre e lei do acompanhante. Além disso, é fundamental garantir investimentos nas estruturas físicas das maternidades, promovendo um ambiente com conforto e dignidade (CASTILHOS, 2012).

Mesmo com objetivos claros de inquestionável valor, o alcance da RC não é de fácil consecução, pois o sistema de saúde brasileiro ainda não conseguiu se reorganizar, de modo a ser capaz de garantir a vinculação da gestante à rede. Essa dificuldade contribui para que a gestante continue a peregrinar para obter assistência hospitalar ao parto, percorrendo um caminho de dúvidas e incertezas no percurso do parto. Cerca de 70% das buscas por maternidade são de mulheres que já tiveram a vaga obstétrica negada, não se cumprindo a Lei nº 11.634/2007 que delega ao SUS a responsabilidade da vinculação desde o pré-natal até a maternidade (BARRETO, 2013).

Entre os desafios para efetivação da Rede Cegonha está também a reestruturação física das maternidades que ainda não garantem leito, nem ambiência que respeite a autonomia e o protagonismo da mulher em trabalho de parto. A falta de garantia de acesso e, sobretudo, de acompanhamento na gestação e no parto deixa dúvida sobre a efetividade das políticas públicas. Martinelli e colaboradores(as) (2014) ratificam que as ações de saúde não foram instituídas de maneira satisfatória na maioria dos serviços, ressaltando-se a atenção à saúde das mulheres gestantes, em diversos lugares do Brasil. Domingues (2012) complementa esse achado destacando, além da baixa cobertura de consultas no pré-natal, a ineficiência da oferta de exames laboratoriais, vacinação e orientação sobre o parto e a amamentação. Esses indicadores ratificam as elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, a qualidade das consultas e o acesso aos serviços de saúde de modo insatisfatório, o que aponta a necessidade de revisão e ajustes dos fatores que contribuem para esses resultados desfavoráveis.

## 5 CONSIDERAÇÕES SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS

Conhecer a evolução das políticas de atenção à saúde da mulher chegando até a Rede Cegonha e contextualizar a problemática da mortalidade materna permite entender a inserção deste problema nas agendas de políticas públicas, a partir da conceituação de política pública, a forma pela qual é construída e avaliada, já que todo o Sistema Único de Saúde e o atendimento a gestantes e puérperas têm por base políticas públicas. Todo este conhecimento torna-se imprescindível na sustentação teórica deste projeto, iniciando pela definição sobre políticas públicas, seu ciclo e análise das respectivas fases com atenção especial na avaliação e importância de sua aplicação.

A política pública como campo do conhecimento traz um histórico conceitual discutido por importantes teóricos como Laswell (1936), Simon (1957), Lindblom (1959; 1979) e Easton (1965), não comportando então uma definição única por ser um campo dinâmico. As políticas públicas integram uma área na qual o governo recebe demandas, toma decisões, executa e delega ações, monitorando, avaliando e propondo mudanças com interferência direta na vida dos cidadãos.

A política pública é um conjunto de ações praticadas pelo Estado em relação à sociedade, e, em geral é um fenômeno complexo que envolve decisões tomadas por políticos e funcionários do governo influenciados por outros atores não governamentais.

Segundo Kingdon (2006), a política pública envolve um conjunto de processos incluindo: 1- o estabelecimento da agenda; 2- a especificação das alternativas a partir das quais as escolhas são feitas chamado de formulação da política; 3- uma escolha final entre estas alternativas específicas, por meio de votação no legislativo ou decisão presidencial, que é a adoção ou tomada de decisão política; 4- a implementação dessa decisão política e 5- avaliação da política. Este processo é conhecido como ciclo de políticas públicas e sua esquematização se apresenta em fases sucessivas e interdependentes que nem sempre obedece à sequência sugerida, mas geralmente estão presentes e, de acordo com Saravia (2006), em cada fase, os atores, as coalizões, os processos e as ênfases são diferentes.

A agenda é a lista de temas ou problemas que são alvo em dado momento de uma séria atenção tanto por parte das autoridades governamentais como de pessoas fora do governo, mas estreitamente associada às autoridades (Kingdon 2006). Os problemas entram e saem da agenda influenciada por fatores políticos, sociais e ideológicos dependendo, então, dos atores

envolvidos, dos recursos financeiros, do tempo, da vontade política, da pressão popular, dentre outros fatores. As demandas que alcançam alto nível de interesse público e de visibilidade passam a integrar a agenda na condição de haver reconhecimento da necessidade de atuar sobre ele, interesse político ou ainda pressão social de grupos políticos, mídia, partidos e acadêmicos que exigem resposta governamental. Cobb; Tossi; Ross, (1976); Jann; Wegrich, (2007); Kingdon, (2006).

A agenda pública discute as questões da sociedade e a agenda formal ou institucional são as questões percebidas pelo governo como merecedora de atenção pública. Uma vez identificadas, as demandas definidas são aquelas que se converterão em políticas públicas, o que exige emprego de premissas técnicas para definição da alternativa mais apropriada e decisão dos objetivos e marcos jurídico, administrativo e financeiro (SECCHI, 2009).

Rua (1998) afirma existir um momento anterior à inserção de um problema na agenda, chamado de “estado de coisas” que corresponde a questões culturais, morais e institucionais que, ao se transformar em problema político, gera discussões que podem desencadear desgastes entre membros do governo e da sociedade com o governo. Dessa forma, por conveniência, decide-se manter alguns problemas na situação de “estado de coisas”. Diante de ações mobilizadoras da sociedade, situação de crise, calamidade pública ou vantagens relevantes na solução, um “estado de coisas” se transforma no problema político passando a compor a agenda de governo e, a partir daí, começa a etapa de formulação da política pública.

A formulação é o processo de gerar escolha de alternativa viável com a declaração que justifica a decisão tomada, e, assim, define os objetivos da política pública e seus marcos jurídico, administrativo e financeiro (SARAVIA; FERRAREZI, 2006). Neste processo estão envolvidos vários atores com diferentes ideias e interesses na promoção de soluções específicas para os problemas de políticas. A formulação inclui ainda os tipos de instrumentos selecionados para abordagem dos problemas e a identificação de limitações técnicas, financeiras e políticas para a ação do Estado revelando a viabilidade das opções num campo de disputas políticas com uma gama de pressões conflitantes (HOWLETT, 2013).

As decisões de políticas públicas são o ápice no processo de criação de políticas, que se iniciaram quando se estabeleceu a agenda, sendo depuradas na formulação. Na adoção, é importante a análise sólida técnica vinculada ao julgamento político perspicaz, caracterizada pela barganha política e geração de acordos. A relação política é determinada pelo tipo de

política em jogo e a cada um deste tipo corresponde uma arena de poder, ou seja, a política pública determina como a demanda se organiza.

A fase de implementação é fortemente marcada pela disputa de interesses e se caracteriza como o estágio de operacionalização das políticas públicas, ou seja, da entrega de serviços públicos à população. Inicia-se com o planejamento e a organização das questões administrativas, assim como definição e alocação dos recursos humanos, financeiros, materiais necessários para a execução da política (RAEDER, 2014). Conforme Rua (1998), é a fase do desenvolvimento da política, que, embasada em decisões anteriores, em planos e em programas, projetos saem do papel. Na implementação de uma política pública, é necessário, além de tempo e recursos, uma agência implementadora que garanta a implementação da política compatível com seus objetivos especificados, coerência na solução do problema, clareza nas tarefas de cada participante e sintonia entre gestores.

Rua (1998) afirma que, apesar dos recursos públicos serem escassos diante das necessidades da sociedade, o programa de governo falha mais por deficiência na gestão do que por carência de recursos, sendo entregue à população um produto final bem distante do que foi formulado.

Na Ciência Política, vários teóricos conhecidos como da “segunda geração” analisaram a implementação de políticas públicas no processo “top-down” (de cima para baixo). Quando as decisões são tomadas pelo governo sem considerar níveis hierarquicamente inferiores, é mais adequada a implementação de políticas dominadas por uma lei específica, por fundos limitados de pesquisa ou em que a situação seja estruturada, no mínimo, razoavelmente bem. No processo “bottom-up” (de baixo para cima) é quando envolve os atores públicos e privados na implementação ressaltando a participação do público alvo. A eficácia decorre do comportamento adaptativo dos burocratas ou executores e se aplica melhor em situações em que várias políticas diferentes são direcionadas para um problema em particular (SABATIER, 1986).

Vencidos os vários desafios à operacionalização de uma nova política pública, chega-se ao estágio da avaliação, na qual os atores do processo, principalmente os gestores, devem dar a sua contribuição.

A avaliação é o estágio final que retroalimenta o ciclo de políticas públicas assumindo um caráter mais prático e técnico para responder perguntas como: O programa funcionou? ou O problema foi resolvido? As diferentes técnicas utilizadas nas respostas envolvem

sofisticação metodológica por enfrentar várias dificuldades como o reconhecimento da relação causal entre a política pública e o resultado social em foco, a mensuração de efeitos importantes e as diferenças entre os efeitos quantitativos dos programas e a percepção dos beneficiários da política (BATISTA E DOMINGOS, 2017).

A avaliação é vinculada ao modelo racionalista de formulação de políticas e envolve julgamento de valor podendo determinar a continuidade ou não da política, estabelecendo parâmetros e verificando o cumprimento de metas e objetivos, trazendo como características marcantes a presença de normatividade e preocupação metodológica.

## 6 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Esta fase é considerada o momento de renovação do ciclo e, com base nos resultados da avaliação das políticas, subsídios são identificados para justificar a manutenção, reformulação ou até interrupção das políticas (BATISTA, E DOMINGOS 2017). A avaliação consiste na mensuração da análise e verificação dos efeitos na população, principalmente com relação aos resultados esperados e alcançados e a necessidade de ajustes, ou alterações para melhoria da política pública. No processo de avaliação ampliado, participam atores do governo, membros não governamentais organizados como os grupos de interesse e a população como um todo que, através do voto, avalia o desempenho de um governo (SARAVIA E FERRAREZI, 2006),

Existem vários tipos e formas de classificar a avaliação. Quanto ao tempo, tem-se a avaliação *ex-ante*, que ocorre anterior à implementação do programa e verifica a viabilidade, ou seja, o custo-benefício ou custo-efetividade do projeto, e a *ex-post* que analisa o alcance dos objetivos propostos das políticas durante ou após seu término, identificando a eficiência operacional e seus impactos e os resultados esperados e não esperados na formulação. Quanto à posição do avaliador ante o objeto avaliado, existe a avaliação feita internamente pelos próprios gestores do programa, e a externa realizada por avaliadores independentes ou beneficiários do programa Cohen e Franco, (2013).

Quanto ao objeto, existe a avaliação de processos que é realizada durante a implementação para detectar as dificuldades e corrigi-las oportunamente, reduzindo, então, os custos derivados da ineficiência; a avaliação de resultados realizada através do acompanhamento da mudança de situação (outcome) do público alvo que o programa busca afetar, focando nas características da população e na avaliação de impacto que responde se o problema foi resolvido ou não, se o programa funcionou ou não, através da quantificação do impacto das políticas e identificação precisa da mudança nos indicadores de resultado. A avaliação de impacto também busca entender o efeito das políticas sobre as pessoas a partir de sua própria percepção, ou seja, utiliza a abordagem qualitativa para explicar como e por quê (COHEN E FRANCO, 2013; BATISTA, E DOMINGOS 2017).

Em avaliação de políticas públicas, existem três conceitos básicos: eficiência, eficácia e efetividade. A eficiência de uma política pública refere-se à otimização dos recursos

utilizados, procura entender como os recursos públicos, sejam estes, materiais, humanos e financeiros acontecem (CAVALCANTI, s/d.). A eficácia de uma política pública está relacionada aos resultados ou aos efeitos que o programa produz à população beneficiária e, ainda, quais foram estes efeitos. Para Cohen e Franco (2013), a eficácia se preocupa com os resultados obtidos independente dos custos. A efetividade é um conceito bastante utilizado no contexto econômico, porém se adéqua perfeitamente à avaliação de contextos sociais de políticas públicas, revelando em que medida há correspondência entre os objetivos traçados no programa e os resultados atingidos.

Segundo Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011), avaliar é atribuir juízo de valor a algo, é conferir aval, porém, por ser a avaliação de políticas públicas um processo complexo, “avaliar também é comparar parâmetros estabelecidos e resultados alcançados de uma dada intervenção ou sobre qualquer de seus componentes, com vista à facilitação da consecução de determinados objetivos”.

Ao identificar como problema social o número elevado de óbitos maternos, foi pensado, no contexto da saúde, a política pública Rede Cegonha, que, após sua formulação e implementação descentralizada, é chegado o momento de avaliar os resultados. Os indicadores do COAP foram uma pactuação entre gestores que permitiu esta avaliação, ou seja, as metas assumidas foram alcançadas ou não e as causas que influenciaram o resultado final, como também foi permitido fazer comparações com outras populações e avaliar as mudanças que ocorreram ao longo do tempo.

Segundo Brasil 2014, a avaliação de um indicador significa olhar o que está por trás do número, ou seja, o que o levou ou o está levando a ter aquela medida e, assim, proporcionar a melhor forma de planejamento para a ação. Os indicadores do (COAP) devem ser utilizados pelo gestor de saúde como instrumento de orientação do planejamento em saúde, deixando de ser um processo meramente burocrático para ser um pacto dinamizador, orientando e qualificando o processo de gestão do sistema de saúde. O olhar cuidadoso proporcionará uma tomada de decisão acertada, viabilizando atividades mais eficientes, eficazes e efetivas, além de possibilitarem o verdadeiro conhecimento sobre a situação que se deseja modificar, estabelecer as prioridades, escolher os beneficiados, identificar os objetivos e traduzi-los em metas.

Todavia, há que se considerar que em um governo não há exclusivamente uma política pública em curso, o que contribui para a existência de inúmeros desafios surgidos desde a operacionalização até o acompanhamento de uma política pública.

## 7 ASPECTOS METODOLÓGICOS

As hipóteses levantadas são: 1 - A implantação da política pública Rede Cegonha promoveu a redução da taxa de crescimento da razão de mortalidade materna; 2 – A taxa de crescimento da razão de mortalidade materna elevada está associada à precária prestação de serviços de saúde às mulheres em idade fértil, desde o planejamento familiar, passando pela assistência ao pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério; 3 - As mulheres solteiras, pardas e com baixa escolaridade são mais vulneráveis ao óbito materno.

Inicialmente, foi realizado o levantamento bibliográfico nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Revistas de Políticas Públicas, Livros sobre Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Manuais, Portarias e Normas Técnicas do Ministério da Saúde e as orientações vigentes nas políticas públicas de atenção integral à saúde da mulher.

Utilizaram-se dados secundários que foram coletados em janeiro de 2018. Os dados sobre a mortalidade materna em Pernambuco, em suas diferentes variáveis e regionais de saúde, e sobre o número de nascidos vivos foram obtidos por meio de acesso ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a partir do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

A Razão de Mortalidade Materna de cada GERES foi calculada pela relação entre o número de óbitos maternos encontrados e o número de nascidos vivos dos municípios agrupados na regional de saúde, multiplicados por 100.000. No momento da coleta, as informações estavam disponíveis até o ano de 2014. A taxa de crescimento da RMM foi calculada pela diferença das RMM em ano presente e ano anterior dividido pela RMM do ano anterior para cada regional de saúde. A partir de então, foram construídos doze gráficos com a taxa de crescimento do Estado e a taxa de crescimento da GERES.

Segundo os critérios da OMS, a RMM é classificada em baixa até 20 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos; média de 20 a 49 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos; alta de 50 a 149 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos e muito alta quando ultrapassa os 150 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.

As GERES são unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde, criadas para apoiar os 184 municípios de Pernambuco e também a ilha de Fernando de Noronha, elegendo

um deles como sede regional cuja responsabilidade é coordenar as ações e campanhas de saúde. A primeira gerência regional de saúde (GERES I) abrange os municípios de Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão.

Limoeiro sedia a II GERES que compreende os municípios de Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro, Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente do Lério, Vicência.

O município de Palmares responde pela terceira regional de saúde (III GERES) com 22 municípios como Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu.

A quarta regional se situa em Caruaru (IV GERES), agrupando os municípios de Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Felix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Uma, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes; em Garanhuns se localiza a quinta regional de saúde (GERES V) abrangendo os municípios de Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçados, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmerina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha.

A sexta gerência (GERES VI) fica em Arcoverde e compreende os municípios de Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa. O município de Salgueiro encontra-se a VII GERES com os seguintes municípios: Belém do São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova, Verdejante. A oitava regional de saúde (GERES VIII) compreende os municípios de

Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina, Santa Maria da Boa Vista e tem sede em Petrolina.

A IX GERES fica em Ouricuri com os municípios de Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade. A X GERES é sediada em Afogados da Ingazeira e contempla os municípios de Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Igaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixabá, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira, Tuparetama.

Serra Talhada sedia a GERES XI com os seguintes municípios Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada, Triunfo e em Goiana a XII GERES, respondendo pelos municípios de Goiana, Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, São Vicente Ferrer, Timbaúba.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e construção de gráficos, utilizando-se o *Software Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0.

A estatística descritiva resume a informação em uma coleta de dados e consiste em gráficos, tabelas e resumos numéricos. Seu principal objetivo é reduzir os dados a forma mais simples e de fácil entendimento sem distorcer ou perder muita informação (AGRESTI, 2012).

## O processo descritivo

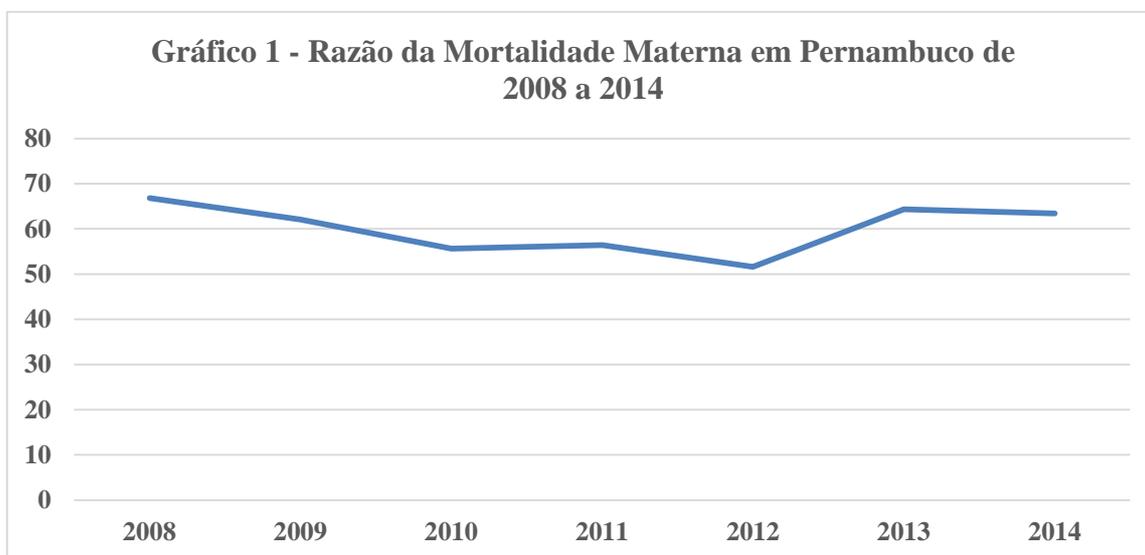
visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. Esse tipo de pesquisa pode ser entendida como um estudo de caso onde, após a coleta de dados, é realizada uma análise das relações entre as variáveis para uma posterior determinação dos efeitos resultantes em uma empresa, sistema de produção ou produto (PEROVANO, 2014).

Na metodologia descritiva, realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos sem a interferência do pesquisador, ele deverá apenas descobrir a frequência com que o fenômeno acontece ou como se estrutura e funciona um sistema, método, processo ou realidade operacional. A finalidade da pesquisa é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos.

## 8 RESULTADOS

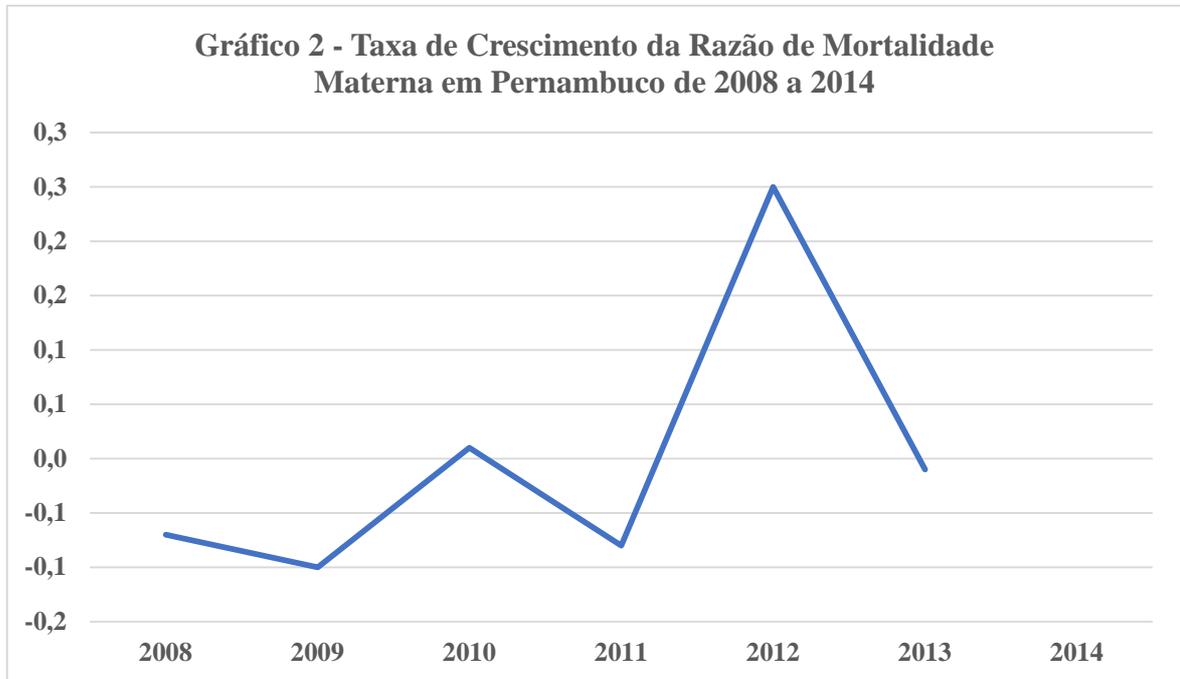
A Razão de Mortalidade Materna estima a frequência de mortes de mulheres ocorridas durante a gravidez, aborto, parto ou até 42 dias após o parto. Esses óbitos acontecem por causas relacionadas ou agravadas pela gravidez, parto, aborto e puerpério, ou por medidas tomadas em relação a ela, tendo como denominador o total de nascidos vivos.

Em Pernambuco, entre os anos de 2008 a 2014, ocorreram 595 óbitos maternos. O número absoluto de óbitos maternos, representa uma RMM de 60,10 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos no período estudado. Segundo a OMS, essa RMM é classificada como alta.



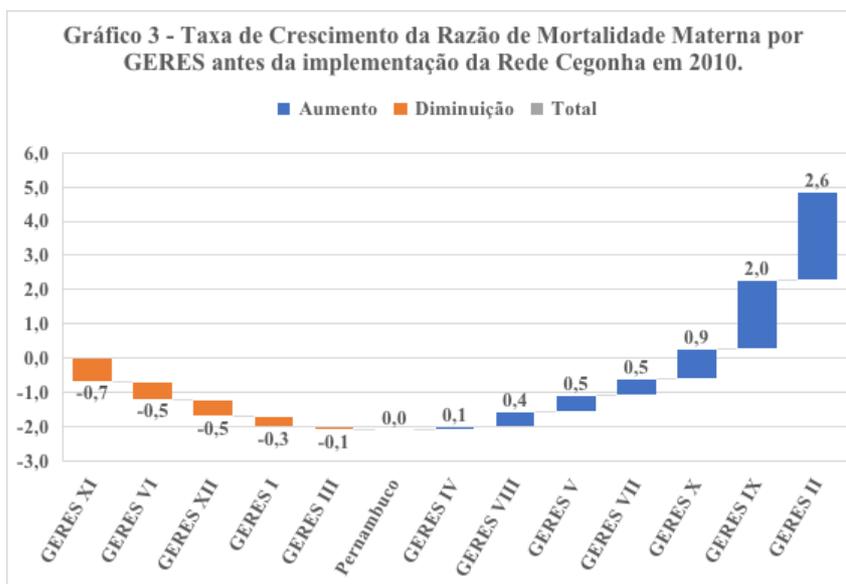
Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS.

Como evidenciado no gráfico 1, Pernambuco registrou em 2008 uma RMM de 66,81 que veio decrescendo até o ano de 2010, chegando ao patamar de 55,64. Em 2011, ano de implementação da Rede Cegonha a RMM era de 56,4, apresentou oscilação nos anos de 2012 e 2013 e revelou uma discreta queda em 2014 com RMM de 63,42 quando comparado ao ano de 2013.



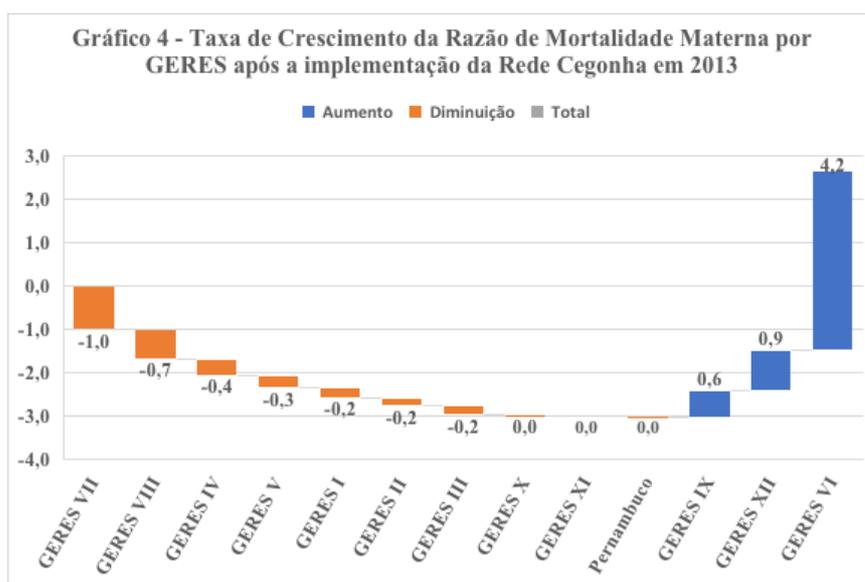
Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS.

No gráfico 2, observa-se que a TC da RMM no Estado oscilou entre valores positivos e negativos desde o ano de 2008, chegando em 2013 com tendência de queda.



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS.

O gráfico 3 mostra a taxa de crescimento da RMM no ano anterior à implementação da política pública Rede Cegonha. Neste período, foram identificadas sete GERES (II, IV, V, VII, VIII, IX, X) com TC com tendência positiva incluindo Pernambuco e cinco GERES (I, III, VI, XI, XII) apresentando negatividade nas TC das RMM.



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS.

O comportamento da taxa de crescimento da RMM em 2013, três anos após a implantação da RC, diminuiu em nove GERES (I, II, III, IV, V, VII, VIII, X, XI), todas com TC negativas, inclusive, no próprio Estado de Pernambuco (Gráfico 4).

A partir de então, será realizada uma análise do comportamento da TC da RMM de cada GERES no período do estudo.

Observa-se que, entre os anos 2008 a 2010, ocorreu uma variação na taxa de crescimento (TC) da RMM da I GERES Recife, sendo 2011 o ano que apresentou maior crescimento (0,45). Em 2012, a TC da RMM inicia o processo de declínio, atingindo o

patamar negativo em 2013 (-0,23), dois anos após a implementação da Rede Cegonha ficando, inclusive, abaixo

da RMM estadual (Apêndice A).

Na II GERES, sediada em Limoeiro, observaram-se oscilações frequentes na taxa de crescimento da RMM nos anos de 2008 a 2012. A partir de 2013 (-0,20), os dados revelaram uma diminuição brusca na TC da RMM, apontando a redução dos óbitos maternos que pode ser reflexo das ações da RC (Apêndice B).

A terceira regional de saúde com sede em Palmares se caracterizou pela presença de grandes oscilações na taxa de crescimento da RMM anterior ao ano de implantação da Rede Cegonha. Após o ano de 2011, inicia uma diminuição na taxa de crescimento, com valores negativos em 2012 (-0,400) e 2013 (-0,195) (Apêndice C).

O comportamento dos óbitos maternos na IV regional de saúde com sede em Caruaru apresentou-se com poucas oscilações de 2008 a 2011, mostrando várias taxas de crescimento negativas neste período. A partir de 2013, ocorreu um grande aumento na TC, ficando bem acima da TC da RMM estadual, porém, logo em seguida, chega em 2013 com -0,37 apontando a redução dos óbitos maternos (Apêndice D).

A V GERES revela diminuição na taxa de crescimento da RMM a partir de 2011, ano de implementação da política pública RC, que persistiu nos anos subsequentes. Possivelmente, esses valores são reflexo das ações implementadas que visavam à redução dos óbitos maternos nos municípios desta GERES (Apêndice E).

Nos anos anteriores, a implementação da política pública RC, a taxa de crescimento da RMM da VI GERES Arcoverde, oscilava entre 0,05 em 2008 e -0,52 em 2010. Nos anos posteriores à implementação, ocorreu um aumento na taxa de crescimento chegando em 2013 a 4,15. Esta realidade aponta a necessidade de estudos para identificar as possíveis falhas e corrigi-las através da retroalimentação do ciclo de políticas públicas (Apêndice F).

A VII GERES Salgueiro, até o ano de implantação da Rede Cegonha, intercalou variação nos índices de crescimento da mortalidade materna. A partir de 2011, os dados revelaram uma diminuição na TC da RMM, inclusive, manteve-se abaixo da TC de Pernambuco. A redução dos óbitos maternos pode ser atribuída ao sucesso das ações da RC (nos municípios que compõe esta GERES Apêndice G).



Escolaridade	GERES												PE
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Nenhuma	3,0	6,5	11,1	8,8	11,6	19,1	16,7	12,6	7,5	0,0	5,9	10,0	7,4
1 a 3 anos	11,3	12,9	11,1	16,3	18,6	14,3	25,0	8,3	20,0	28,6	17,7	20,0	13,8
4 a 7 anos	27,6	25,8	37,0	28,8	14,0	33,3	16,7	14,6	32,5	14,3	23,5	20,0	26,4
8 a 11 anos	34,4	22,6	20,4	17,5	16,3	4,8	33,3	35,3	22,5	0,0	23,5	20,0	26,1
12 anos e +	9,9	6,5	0,0	3,8	7,0	4,8	8,4	4,2	2,5	14,3	5,9	0,0	6,4
Ignorado	13,8	25,8	20,4	25,0	32,5	23,8	0,0	25,0	15,0	42,9	23,5	30,0	20,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Idade	GERES												PE
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
10 a 14 anos	1,7	0,0	1,9	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	5,9	0,0	1,3
15 a 19 anos	12,5	9,7	14,8	12,5	9,3	4,8	16,7	18,8	25,0	0,0	5,9	0,0	12,9
20 a 29 anos	39,2	32,3	50,0	47,5	44,2	52,4	33,3	41,7	30,0	57,1	35,3	60,0	41,7
30 a 39 anos	38,4	48,4	24,1	26,3	39,5	33,3	41,7	33,3	30,0	42,9	41,2	40,0	35,1
40 a 49 anos	7,8	9,7	9,3	12,5	7,0	9,5	8,4	6,2	12,5	0,0	11,8	0,0	8,7
50 a 59 anos	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Raça	GERES												PE
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Branca	25,4	32,3	25,9	37,5	18,6	4,8	8,3	27,1	20,0	71,4	11,8	0,0	25,4
Preta	8,0	6,5	9,3	1,3	4,7	14,3	8,3	4,2	2,5	0,0	11,8	10,0	6,4
Amarela	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	0,0	0,3
Parda	64,4	54,8	61,1	58,8	67,4	81,0	83,3	62,5	75,0	28,6	64,7	70,0	64,4
Indígena	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Ignorado	2,2	6,5	3,7	0,0	7,0	0,0	0,0	6,2	2,5	0,0	5,9	20,0	3,2
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS.

O perfil dos óbitos maternos com relação ao estado civil foi de mulheres solteiras, na maioria das GERES, exceto nas GERES sediadas em Garanhuns (GERES V) e Salgueiro (GERES VII), nas quais as mulheres casadas foram mais prevalentes com 48,84% e 41,66%, respectivamente. Pernambuco soma 59,16% na condição de solteiras e 26,39% como

mulheres casadas (Tabela 2). Diante dessa realidade, é importante refletir sobre as relações conjugais não formalizadas e/ou abertas com consequências na quebra de vínculos entre a mãe e o pai da criança e na falta de apoio familiar levando as gestantes solteiras, assim como as viúvas e separadas judicialmente a constituir um grupo vulnerável.

Com relação à escolaridade materna, em 20% não havia informação sobre esta variável no período estudado, sendo classificada como escolaridade ignorada. A GERES X com 42,85%, teve a maior frequência de registros com escolaridade ignorada, seguida da GERES V com 32,56%. Em Pernambuco, o maior percentual (26,39%) foi para as mulheres com escolaridade de 4 a 7 anos de estudo significando que a maioria das mulheres completaram o ensino fundamental menor e 7,39% dos óbitos ocorreram em mulheres cuja escolaridade notificada foi nenhuma, como mostra a tabela 2. Fica evidente que as mulheres com menor escolaridade são as maiores vítimas da mortalidade materna e que, possivelmente, não estão sendo assistidas de forma adequada e nem os riscos de morte estão sendo corrigidos.

Constatou-se que a maior prevalência de óbitos maternos em Pernambuco foi na faixa etária de 20 a 29 anos (41,68%), seguida pela faixa entre 30 a 39 anos (35,13%). De 10 a 19 anos, considerada faixa etária adolescente pela OMS, encontrou-se um percentual de 14,28% com 12,94% de 15 a 19 anos e 1,34% entre 10 a 14 anos. Contudo, na GERES IX, o percentual de óbitos maternos em adolescentes chegou a 27,5%, o qual corrobora com a literatura pesquisada que considera a gravidez precoce como principal causa mundial de morte entre adolescentes, principalmente quando essas mães têm poucos recursos, residem em países em desenvolvimento, não têm acesso à educação e muito menos a métodos contraceptivos. No estudo, também foi evidenciado que a GERES IX com sede em Ouricuri foi a que apresentou os maiores índices de mortalidade materna, com coeficiente médio de 86,77.

Na variável raça/cor predomina em Pernambuco, as mulheres pardas com 64,37%, como também em todas as GERES a exceção da GERES X que destaca as mulheres brancas com 71,43% (Tabela 1).

## 9 CONCLUSÃO

Constatou-se que as políticas públicas desencadeadas pelos movimentos sociais na década de 1980, que culminaram na consolidação de diversas leis e programas voltados à atenção materna tiveram papel importante na estruturação do sistema único de saúde, de modo a refletir na melhoria dos indicadores de mortalidade materna.

A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento da sociedade, sendo assim a razão de mortalidade materna elevada é um indicativo de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, principalmente, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Diante dessa realidade, a morte materna, enquanto evento evitável, permite alertar gestores e profissionais de saúde sobre as dificuldades surgidas no acesso aos serviços de saúde ou na assistência à saúde da mulher, que podem ser evitados ou corrigidos através de processos avaliativos que alimentam o ciclo das políticas públicas.

O estudo evidenciou que os óbitos maternos ocorridos nas regionais de saúde de Pernambuco foram mais frequentes em mulheres solteiras, pardas, com idade situada entre 20 a 29 anos e com 4 a 7 anos de escolaridade, corroborando com as literaturas consultadas que identificam neste perfil, uma maior vulnerabilidade a adoecer e morrer devido à precariedade nas condições socioeconômicas.

Ficou constatado que, inicialmente, antes da implantação da política pública, a maioria das regionais de saúde de Pernambuco se mostravam com taxas de crescimento da RMM positivas no total de sete GERES. Em 2013, três anos de implementação da política pública Rede Cegonha, foi verificado que ocorreu diminuição nas taxas de crescimento da razão de mortalidade materna em nove GERES, sendo que, efetivamente, as II, IV, V, VII, VIII e X GERES reduziram suas TC da RMM atingindo valores negativos. Esta redução, possivelmente, está associada ao bom desempenho da política pública em questão que permitiu a melhoria da situação através de ações eficientes, eficazes e efetivas reorientando o planejamento de acordo com os resultados do processo avaliativo.

É possível afirmar, também, que o reflexo da política pública Rede Cegonha no indicador de mortalidade materna não aconteceu de forma uniforme em todas as regionais de saúde, revelando GERES com TC da RMM resistente à redução como a IX, e as GERES VI

e XII que apresentaram TC negativas em 2010 e positivas em 2013. Esta informação aponta a necessidade de estudos mais específicos nestas regiões para identificar as várias possibilidades que podem estar relacionadas com a melhoria da qualidade da investigação e, conseqüentemente, da captação do óbito materno ou pela deficiência do acesso aos serviços de saúde e assistência inadequada prestada à mulher.

Apesar dos avanços tecnológicos e do reconhecimento dos esforços de gestores e profissionais de saúde na redução dos óbitos maternos em Pernambuco, um número expressivo de mulheres ainda morre durante o ciclo gravídico-puerperal por causa evitável. Torna-se necessário um comprometimento político, social e econômico com a saúde, para reverter essa situação.

## REFERÊNCIAS

AGRESTI, Alan. Métodos Estatísticos para Ciências Sociais/ Alan Agresti, Barbara Finlay; tradução: Iori Viali. – 4. Ed. – Porto Alegre: Penso, 2012.

ARRETCHE, Marta. *Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado Federativo*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, Vol. 14, n. 40 p. 110-141, Junho/99.

ÁVILA, M. B. E.; BANDLER, R. *A Contracepção no Brasil 1980-1990*. Recife: SOS Corpo, 1991. Mimeo.

BARRETO, Marta Oliveira. *O parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado na região Nordeste*. UNB, Brasília, 2013. 62 f.

BATISTA, Mariana. *Burocracia local e Qualidade da implementação de políticas públicas descentralizadas: Uma análise da gestão de recursos federais pelos municípios brasileiros*, 2015. Revista do Serviço Público. V.66, n.3(2015), disponível em <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/issue/view/99/showToc>. Acesso em: 05/08/2017.

BATISTA, M. DOMINGOS, A. *Mais Que Boas Intenções Técnicas quantitativas e qualitativas na avaliação de impacto de políticas públicas*. Revista Brasileira de Ciências Sociais - VOL. 32 N° 94, 2001.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo (Org.), DIAS Marcos Augusto Bastos, WAKIMOTO Mayumi Duarte. *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade*. Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília, Série B: Textos Básicos de Saúde, 27 p,1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 1986.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*.

BRASIL. *Lei n 8080. De 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Assessoria de comunicação social, 1990.

BRASIL. Portaria GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Contém a Norma Operacional de Assistência à Saúde. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e a redução da mortalidade infantil*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*, Brasília, 82p, 2004.

BRASIL. *Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010*. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2010; 31 dez.

BRASIL. Presidência da República. *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Brasília (DF): IPEA; 201. Available from: <http://ms.gov.br/bolsafamilia/arquivo/relatorio-nacional-deacompanhamento.pdf/download> e acessado em 05/08/17.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.459, 24 de junho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 de junho 2011a. Seção1, p 109.

BRASIL. *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília, 2012. Cap. 14, p. 345-57.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS: disponível em: [www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php](http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Repasses de recursos para Estados e municípios. Portal Brasil, 2014. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/07/estados-e-municipios-recebem-r-27-6-mi-para-area-da-saude> e acessado em 21/03/18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015*. - edição 2013, 2014, 2015 – Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Guia para a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública: construindo o COAP passo a passo*. Brasília, DF, 2014. 56 p (Série Articulação Interfederativa; v. 3).

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. *Objetivos do Desenvolvimento Sustentável Agenda 2030*. Brasília, agos. 2015 Disponível em [www.itamaraty.gov.br/.../desenvolvimento-sustentavel.../134-objetivos-de-desenvolvimento](http://www.itamaraty.gov.br/.../desenvolvimento-sustentavel.../134-objetivos-de-desenvolvimento) acessado em 19/03/18.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Saúde. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. 3.ed. Brasília, DF,2007.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres II*. Brasília, 2008. 236 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. Brasília, 2006. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html) e acessado em 26/11/17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – Subprojeto Regional Qualis Sus disponível em <http://saude.gov.br/images/pdf/2014/Subprojeto-QualisSusPE-web.pdf>.e acessado em 26/11/17.

CASTILHOS, Clair. *As cegonhas vão parir... tudo está resolvido!!* Santa Catarina, 26 abr. 2012. Disponível em:< <https://claircastilhos.wordpress.com/2012/04/26/as-cegonhas-vaoparir-tudo-esta-resolvido/>> e acessado em 09/11/2017.

CAVALCANTE, M. M. de A. *Avaliação de Políticas e Programas governamentais – uma abordagem conceitual*. s/d Disponível em< <http://www.socialiris.org/antigo/imagem/boletim/arq48975df171def.pdf>> acesso em 26/11/17.

CLAM: CENTRO LATINO-AMERICANO EM SEXUALIDADE E DIREITOS HUMANOS. *Saúde feminina e maternidade*. Disponível em <http://www.clam.org.br/noticiasclam/conteudo.asp?cod=8065>, CLAM, 2011 e acessado em 21/01/18

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*. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

COSTA, Ana Maria. *Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil*. Brasília: NESP; Disponível em <http://books.scielo.org/id/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916-18.pdf> e acessado em 26/11/17.

COELHO, Edmeia de Almeida Cardoso et al. *Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional*. Esc. Anna Nery, Rev. Enferm. 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160 disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21> e acessado em 21/03/18.

CUNHA, M.A et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. V.13; n.1. pág 145-153, 2009.

DIAS, Marcus. *As mulheres e o direito de escolha do parto*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em <https://agencia.fiocruz.br/as-mulheres-e-o-direito-de-escolha-do-parto> e acessado em 20/03/18.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; DIAS, Marcos Augusto Bastos; LEAL, Maria do Carmo. *Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p. 425-437, mar, 2012.

EASTON, D. A Framework for Political Analysis. Englewood Cliffs : Prentice Hall. 1965.

FARAH, Marta Ferreira Santos. *Gênero e Políticas públicas*. Revista de Estudos Feministas, Florianópolis, 12(1): 360, janeiro-abril/2004. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2004000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2004000100004) e acessado em 21/03/18

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. *Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil*. Caderno Saúde Pública. RJ, v.27, n.9, p.1667-1677. Jan/set 2011.

FIOCRUZ. *Definição do Movimento de Reforma Sanitária*, 1998. Disponível em <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> e acessado em 19/03/18 e acessado em 21/11/17.

FREITAS, Giselle Lima. et al. *Discutindo a Política de Atenção a Saúde da Mulher no Contexto da Promoção a Saúde*. Revista Eletrônica de Enfermagem. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(2):424-8.

HOGAN, M. C. et al. *Maternal Mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millenium Development Goal 5*. Lancet, London, v. 375, n 9726, p1609-1623, maio 2010.

HOWLETT, Michael, M. Ramesh, Anthony Perl, Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora/ tradução técnica Francisco G. Heidermann, RJ, Elsevier, 2013.

KHAN K. S. et al. *WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review*. Lancet, London, v. 367, n. 9516, p. 1066-1074, 2006.

KINGDON, J. Como chega a hora de uma ideia? In: SARAIVA, E.; FERRAREZI, E (Eds.). . *Políticas Públicas – coletânea*. Brasília: ENAP, 2006. v. 1p. 219 – 224.

JANN, W.; WEGRICH, K. Theories of policy cycle. In: FISSCHER, G.F.(Ed.) *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods*. 2. ed. Millware, Pennsylvania: Taylor & Francis Group, 2007. p. 43 – 110.

LASWELL, H.D. *Politics: Who Gets What, When, How*. Cleveland, Meridian Books. 1936.

LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; PAES, Neir Antunes. *Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna*. Hist. cienc. saúde-Manguinhos [online]. 2009, vol.16, n.3, pp. 705-714.

LINDBLOM, C. E. "Still Muddling, Not Yet Through", *Public Administration Review*. 39, p. 5 17 -526, 1979. "The Science of Muddling Through", *Public Administration Review* n.19, p.78-88, 1959.

MARTINELLI, Katrini Guidolini; NETO, Edson Theodoro dos Santos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. *Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha*. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.36 no.2 Rio de Janeiro, Fev. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENEZES, *Relatório do Comitê de Morte Materna*, Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Rio Grande do Sul, 2014

OATES, Wallace. *An Essay on Fiscal Federalism*. *Journal of Economic Literature*. Vol.37. N.3. 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *10ª revisão da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10)*. Brasília, DF, 1993.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Estatísticas sanitárias mundiales. uma instatanea de la salud mundial*. Genebra, 2010.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. *Plano Diretor de Regionalização*. Recife, 2011

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Programa Mãe Coruja Pernambucana*. Disponível em <http://www.maecoruja.pe.gov.br/o-programa/> e acessado em 19/03/18.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Manual de Ações de Investigações de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e Óbitos Maternos*. 1ª ed. Recife-PE, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. Diretoria Geral de Monitoramento e Avaliação de Gestão do SUS. Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal – *Metas e Resultados dos Indicadores Pactuados/COAP*. Disponível em [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/caderno\\_indicadores\\_pernambuco\\_2014](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/caderno_indicadores_pernambuco_2014) e acessado em 26/11/17.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde de Pe. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/PE nº 1.872, de 26 de março de 2012. Homologa os planos Regionais da Rede Cegonha em Pernambuco, disponível em <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br>.

PEROVANO, D.G. Manual de metodologia científica para a segurança pública e defesa social. Curitiba: Juruá, 2014

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Desenvolvimento humano e IDH*. New York, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde de Pe. Secretaria-Executiva de Atenção à Saúde. Saúde da Mulher. Disponível em <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/saude-da-mulher> e acessado em 01/04/18

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

RUA, M. das G. Análise de Políticas Públicas: Conceitos básicos. In: RUA, M. das G.; CARVALHO, I. *O Estudo da Política: tópicos selecionados*, Brasília: Paralelo 15, 1998.

SABATIER, Paul (1986). Top-down and Botton-up Approaches to Implementtion Research: a Critical Analysis and Suggested Syntesis. *Journal of Public Policy*, 6.pp 21-48.

SASS, Nelson. *Brasil reduz mortalidade materna, mas continua longe do ideal*. Disponível em <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-05/brasil-reduz-mortalidade-materna-mas-continua-longo-do-ideal-diz-especialista>. E acessado em 19/03/18.

SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elizabete (org.): *Políticas Públicas – v.1*. Brasília, ENAP, 2006.

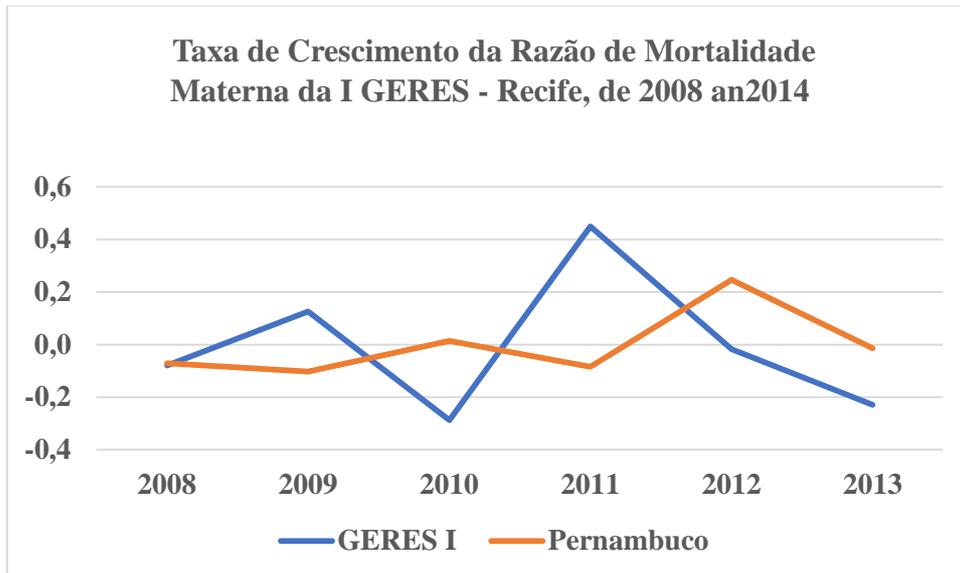
SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*, v. 43, n. 2, p. 347 – 369, 2009.

SIMON, Herbert. *Comportamento Administrativo*. Rio de Janeiro USAID. 1957. SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão de literatura. *Political Science*, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, João Paulo. *A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030)*. Ver. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro. vol. 37, n.02, dez.2015.

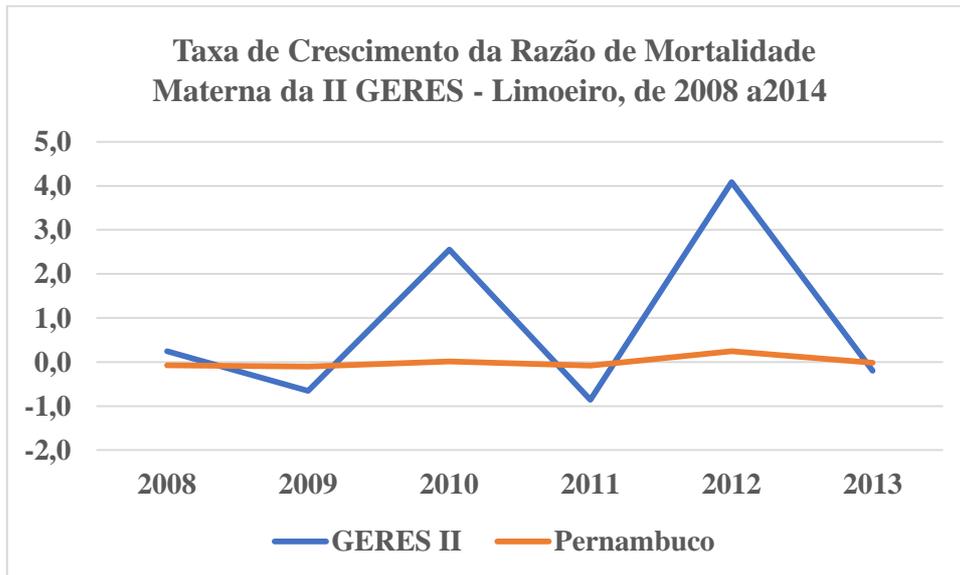
VETTORE, M.V.et al. *Cuidados Pré-natais e Avaliação do Manejo da Hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil*. *Cad. Saúde Pública*; v 27 (n5): 1021-1034, 2011.

**APÊNDICE A – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA I GERES.**



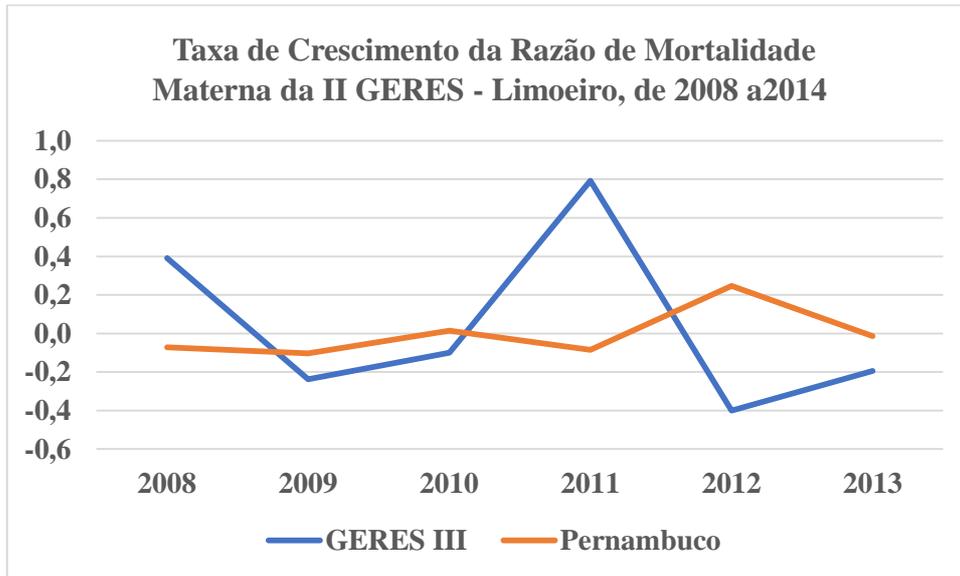
Fonte: elaborado pela com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS.

**APÊNDICE B – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA II GERES**



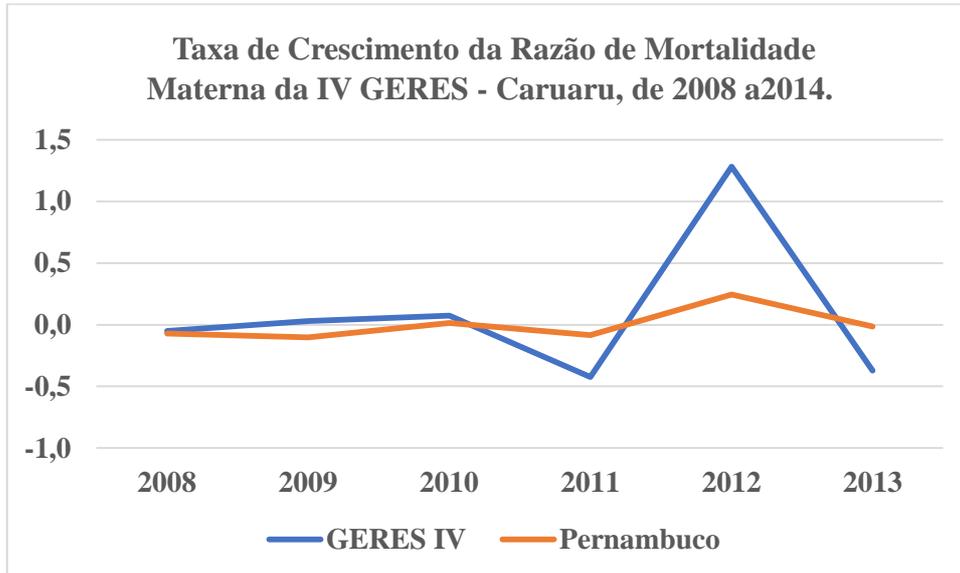
Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS.

**APÊNDICE C – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA III GERES.**



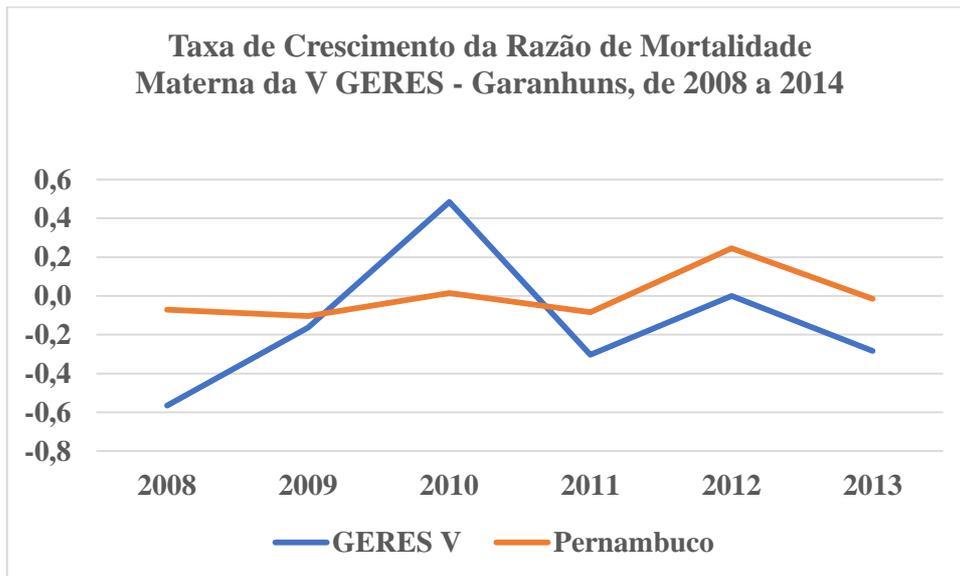
Fonte: elaborado pela com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS.

**APÊNDICE D – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA IV GERES.**



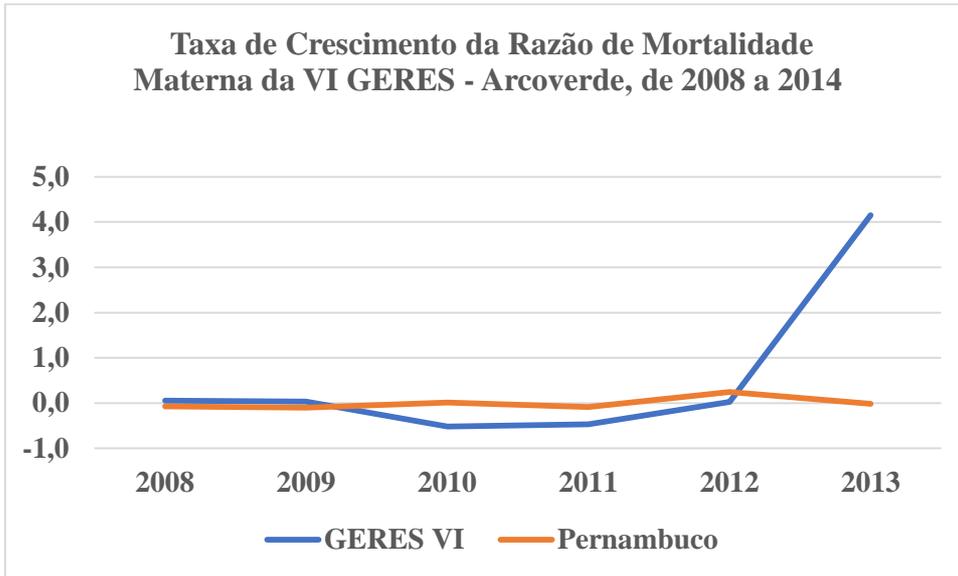
Fonte: elaborado pela com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS

**APÊNDICE E – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA V GERES.**



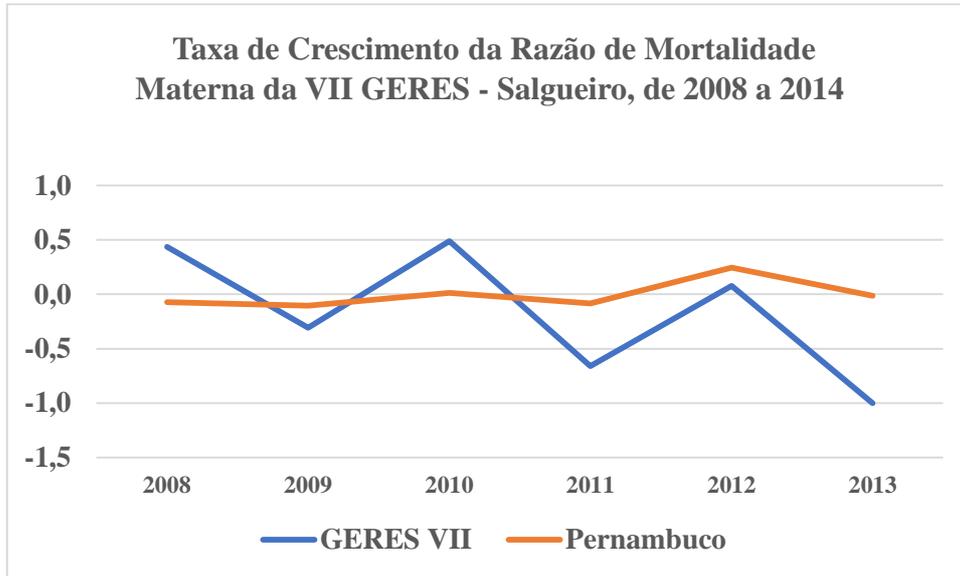
Fonte: elaborado pela com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS.

**APÊNDICE F – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA VI GERES.**



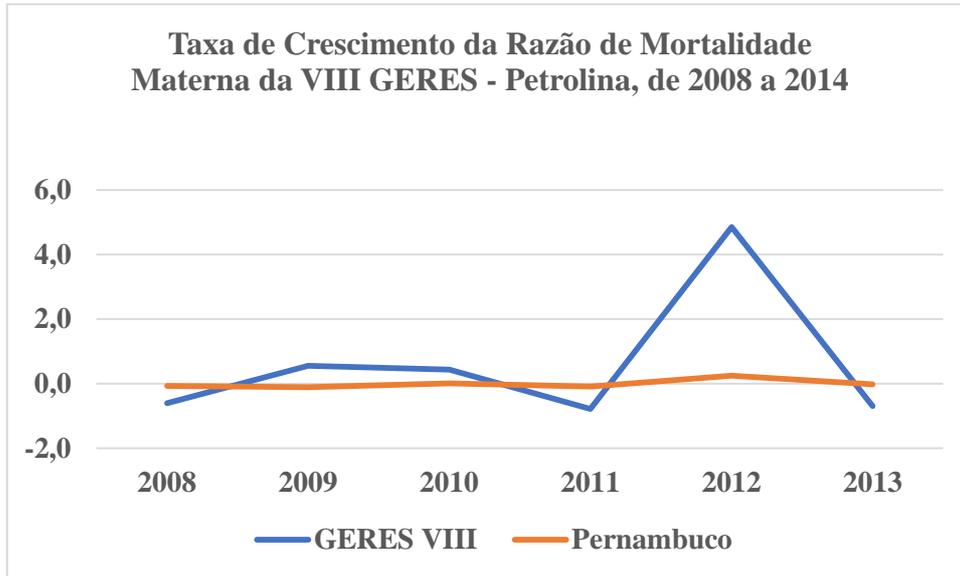
Fonte: elaborado pela com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS

**APÊNDICE G – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA VII GERES.**



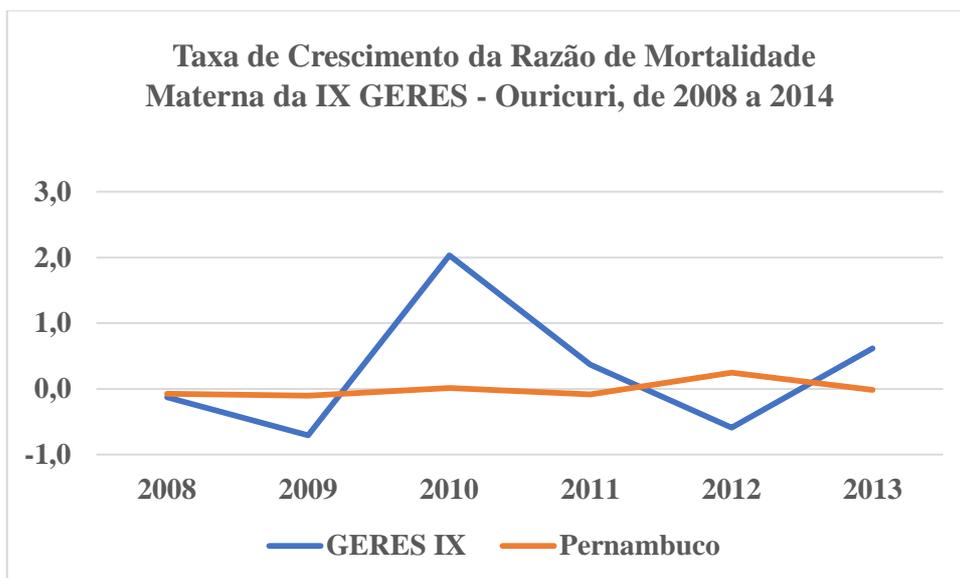
Fonte: elaborado pela com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS

**APÊNDICE H – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA VIII GERES.**



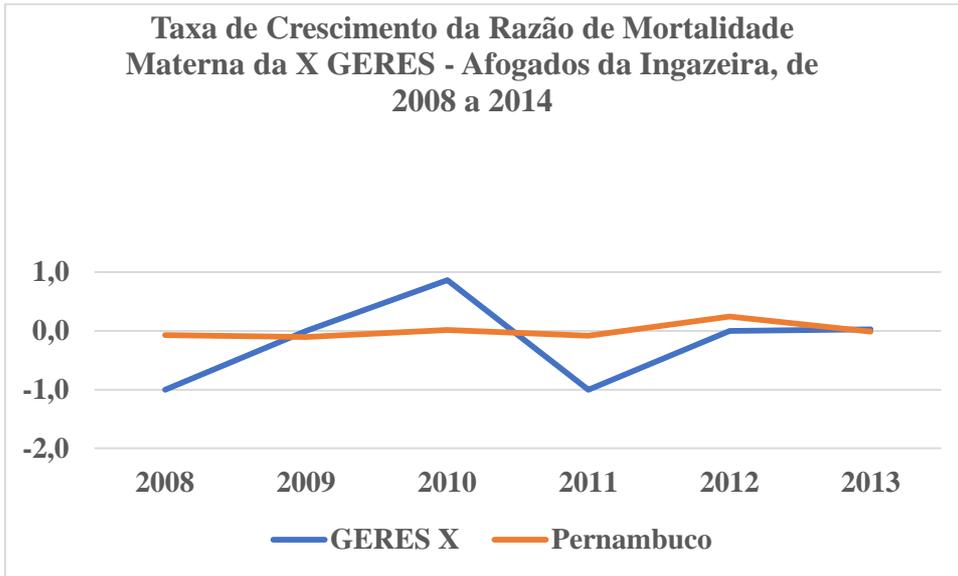
Fonte: elaborado pela com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS

**APÊNDICE I – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA IX GERES.**



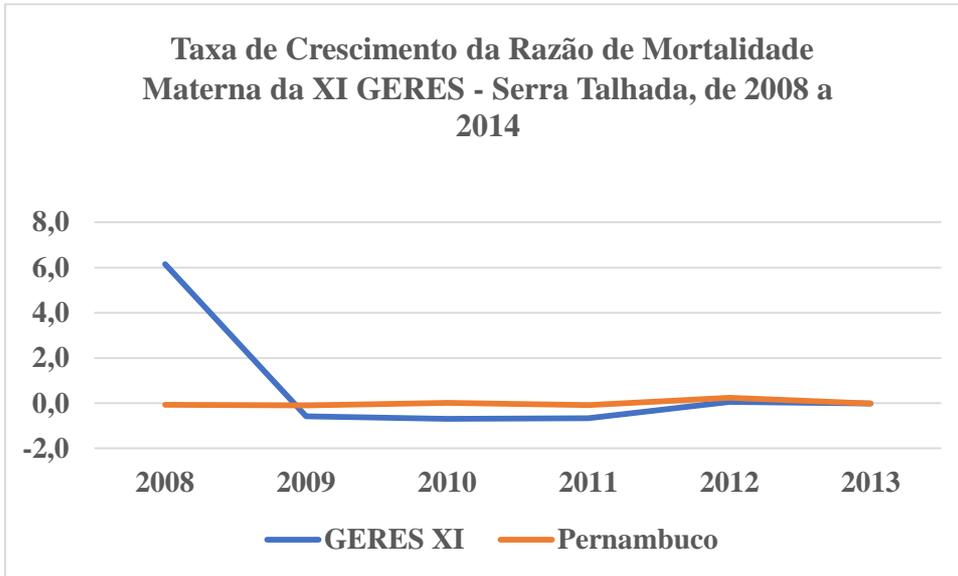
Fonte: elaborado pela com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS

**APÊNDICE J – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA X GERES.**



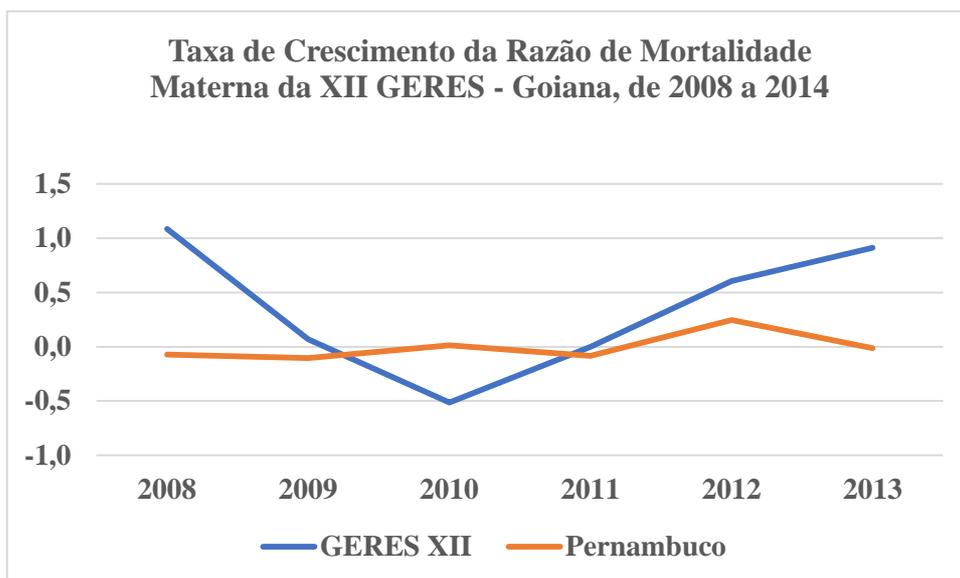
Fonte: elaborado pela com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS.

**APÊNDICE L – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA XI GERES.**



Fonte: elaborado pela com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS

**APÊNDICE M – GRÁFICO DA TAXA DE CRESCIMENTO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA DA XII GERES.**



Fonte: elaborado pela com base nos dados do SIM e SINASC do DATASUS.