

Política De Atenção À Saúde Materno-Infantil Em Pernambuco: Avaliando Resultados A Partir Da Percepção Das Usuárias Do Programa Mãe Coruja Pernambucana

Michelle Vieira Fernandez. Doutora em Ciência Política. Professora e pesquisadora no Instituto de Ciência Política da Universidade de Brasília. E-mail: michelle.vfernandez@gmail.com.

Virginia Holanda. Mestra em Políticas Públicas. Gerente de monitoramento do Programa Mãe Coruja na Secretaria de Saúde de Pernambuco. E-mail: vimahol@gmail.com

Resumo

Este artigo trata de avaliar uma política de atenção à saúde materno-infantil em Pernambuco: o Programa Mãe Coruja Pernambucana. Há mais de duas décadas na América Latina existe a preocupação em construir sistemas voltados ao monitoramento e avaliação das políticas públicas. Com o avanço das discussões democráticas, surge a necessidade de modificar os pontos de vista predominantes em torno da avaliação de políticas e passar a colocar o cidadão, ou usuário, em um lugar privilegiado nesse processo por meio da avaliação participativa. Dentro do escopo da avaliação participativa, podemos encontrar práticas avaliativas a partir da perspectiva dos usuários dos serviços públicos. Nessa perspectiva teórica, e a partir da percepção das usuárias em 11 municípios situados no Sertão do Araripe, foi realizada uma pesquisa descritiva, com levantamento de dados através da realização de entrevista com 140 mulheres cadastradas no programa entre 2010 e 2014. Foi apresentado o alcance do programa por meio das percepções das mulheres em torno de quatro temas: atividades educativas, atividades de qualificação profissional, atividades de segurança alimentar e benefícios gerais atribuídos ao programa. A partir dos dados coletados, observou-se que o alcance do objetivo principal do programa, e não os benefícios decorrentes dos objetivos secundários, foram pontuados pelas usuárias.

Palavras-Chave: Política Pública; Política De Saúde; Avaliação De Políticas Públicas; Políticas Para Mulheres; Maternidade.

Abstract

This paper tries to evaluate a maternal and child health care policy health care in Pernambuco: the Mãe Coruja Pernambucana program. For over two decades in Latin America there has been a concern to build systems for monitoring and evaluating public policies. With the advancement of democratic discussions, the need arises to change the prevailing viewpoints around policy evaluation and move the citizen, or user, into a privileged place in this process through participatory evaluation. Within the scope of participatory evaluation, we can find evaluative practices from the perspective of public service users. From this theoretical perspective, and from the perception of users in 11 municipalities located in Sertão do Araripe, a descriptive survey was conducted, with data collected through interviews with 140 women registered in the program between 2010 and 2014. The scope of the program was presented through women's perceptions around four themes: educational activities, professional qualification activities, food security activities, and overall benefits attributed to the program. According to the collected data, it was observed the successful achievement of the program's main objective, and not the benefits coming from the secondary objectives.

Key-words: Public Policy; Health Policy; Policy Evaluation; Policies For Women; Maternity.

Política De Atenção À Saúde Materno-Infantil Em Pernambuco: Avaliando Resultados A Partir Da Percepção Das Usuárias Do Programa Mãe Coruja Pernambucana

Michelle Vieira Fernandez – Universidade de Brasília
Virginia Holanda – Universidade Federal de Pernambuco

1. INTRODUÇÃO

Desde a década de 1990, o Brasil mostra avanços no enfrentamento da mortalidade materna. Os 141 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, em 1990, foram reduzidos para 64,8 por 100 mil, em 2011 (IPEA, 2014; DREZETT, 2013). No entanto, a meta imposta de reduzir a razão de mortalidade materna ainda não foi alcançada de forma satisfatória nos dias de hoje. A Organização Mundial de Saúde estimou, em 2014, que a Razão de Morte Materna (RMM)¹ de países desenvolvidos igualava-se a 16 por 100.000 e, para os países em desenvolvimento, a 230 por 100.000. Para o Brasil, a estimativa foi de 77 por 100.000, ou seja, quase cinco vezes maior que a dos países desenvolvidos (WHO *et al.*, 2014). Dados como esses demonstram a importância de colocar no centro da agenda política e da agenda de pesquisa os temas relacionados à saúde da mulher, de forma geral, e à saúde materno-infantil, mais especificamente.

Os primórdios do desenvolvimento das políticas públicas e da assistência à saúde da mulher no Brasil, de 1930 até meados de 1970, foram marcados por uma visão reducionista da atenção às mulheres, em que se atribuía apenas uma especificidade biológica, com ênfase no papel de mãe e responsabilidade pela educação dos filhos (PIO; OLIVEIRA, 2014). Esse cenário começou a ser modificado a partir dos anos oitenta, com o surgimento dos movimentos feministas e do movimento pela reforma sanitária no país.

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

Surgiu, a partir daí, um olhar diferente sobre a saúde da mulher. Este novo olhar rompeu com a oferta apenas de ações relacionadas à gravidez e ao parto, priorizadas até então. Passa-se a valorizar a autonomia da mulher, destinando mais importância às práticas de educação em saúde, com a possibilidade de dar às mulheres mais ferramentas para a vida através do conhecimento e da capacidade crítica (BRASIL, 2010a). Nesta perspectiva, o presente estudo propõe avaliar uma política pública subnacional de atenção à mulher no estado de Pernambuco: o Programa Mãe Coruja Pernambucana. Trataremos de apresentar a avaliação do resultado da referida política a partir do marco teórico das avaliações participativas centradas na percepção dos usuários (PINTO *et al.*, 2015; TURRIS, 2005; ORTIZ-ESPINOSA *et al.*, 2003; LINDER-PELZ, 1982).

O artigo está estruturado da seguinte forma: a primeira parte apresentará o referencial teórico do estudo; a segunda parte discutirá, de forma geral, a atenção à saúde da mulher no Brasil e apresentará, de forma mais específica, o Programa Mãe Coruja Pernambucana; a terceira parte tratará das questões metodológicas inerente à pesquisa; e a quarta parte apresentará a avaliação dos resultados da política a partir da percepção das mulheres usuárias do programa.

2. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

Um dos modelos de análise dentro do campo das políticas públicas é o ciclo de políticas públicas. O ciclo é compreendido como um arranjo composto por diversos estágios e caracterizado por um dinâmico processo de aprendizado. Ele supõe que a ação pública divide-se em etapas do processo político-administrativo subjacentes à resolução de problemas. Tais etapas consistem em definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação da política (SOUZA, 2006).

A avaliação refere-se às atividades que visam medir o desempenho prático de determinada política. Além disso, a avaliação trata de estimar o provável desempenho da referida política no futuro (WU *et al.*, 2014). Em linhas gerais, avaliar consiste em

fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (ROSSI *et al.*, 2004).

Podemos entender a avaliação como um conceito com contornos vagos, inerente ao próprio processo de aprendizagem e que agrupa realidades múltiplas e diversas (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2015, p. 29). Assim, a pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento de uma intervenção usando métodos científicos, ou seja, analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos ou o rendimento de uma intervenção. Na avaliação, devem igualmente ser contempladas as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar no processo de tomada de decisões. Portanto, avaliar uma política implica pensar e repensar a forma como ela está sendo operado.

Quando se trabalha no campo da avaliação de políticas de saúde, busca-se converter os conceitos em estratégias, critérios e padrões de medição, com o intuito de contribuir para a produção de medidas úteis que auxiliem na tomada de decisão e subsidiem o aperfeiçoamento dessas políticas (ESPIRIDIÃO; TRAD, 2006). Assim, espera-se que os resultados da avaliação forneçam elementos para gerar algum tipo de modificação na estratégia ou metodologia de intervenção implementada (PIGNATTA, 2015).

As avaliações podem ser classificadas, de maneira resumida, em quatro tipos: de eficácia, de resultado, de impacto e de processo (LOCHE *et al.*, 2014). A presente análise foca na avaliação de resultado, que trata de examinar os *outcomes* da política. Os resultados propostos na etapa de formulação da política são verificados com o intuito de averiguar se as metas de curto, médio e longo prazo foram atingidas. O objetivo deste tipo de avaliação é examinar os produtos de uma política ou programa, incluindo os efeitos não intencionais. Assim, a avaliação de resultado trata da compreensão dos resultados em si de uma dada política pública.

A preocupação em construir sistemas voltados ao monitoramento e avaliação das políticas está presente há aproximadamente duas décadas na América Latina, ainda que muitas vezes de forma incipiente. Com o passar do tempo e o avanço das discussões democráticas, surgiu a necessidade de modificar os pontos de vista predominantes em

torno do monitoramento e da avaliação (PIGNATTA, 2015). Surgiram, portanto, novos enfoques de avaliação que colocam o cidadão, ou usuário, em um lugar privilegiado desse processo.

Nesse contexto, temos a avaliação participativa. Esse tipo de avaliação consiste na realização de seguimento e análise de políticas pelos indivíduos que estão, de alguma forma, vinculados às mesmas. Os protagonistas da avaliação participativa fornecem informação sobre si e sua relação com a política pública, a partir do seu papel na política avaliada (LEITE; NUNES, 2009). Dentro do escopo da avaliação participativa, podemos encontrar práticas avaliativas a partir da perspectiva dos usuários dos serviços públicos.

As avaliações em políticas de saúde centram-se, primordialmente, em como os serviços, os trabalhadores e os próprios avaliadores veem o usuário afetado pela política. Comumente, observa-se nas práticas avaliativas a ausência de centralidade no usuário. No entanto, estudos defendem que os usuários devem ocupar uma posição ativa nas políticas e questões de saúde (PINTO *et al.*, 2015; TURRIS, 2005; CREVELIM, 2005). Essa posição enfatiza a necessidade do protagonismo dos usuários também nos processos avaliativos (UCHOA *et al.*, 2011).

Práticas avaliativas na perspectiva dos usuários possibilitam a criação de mecanismos que permitem a construção de melhores caminhos para a gestão das políticas de saúde. De forma clássica, o acompanhamento das experiências dos serviços de saúde dá-se por meio de taxas de cobertura e indicadores epidemiológicos (PINTO *et al.*, 2015). Estas informações mostram-se insuficientes para perceber as transformações necessárias para a oferta dos serviços e os movimentos de mudança na qualidade e alcance das políticas de saúde, principalmente no que se refere à relação da equipe de trabalho com a população afetada pela política. Assim, a avaliação da percepção dos usuários é muito útil para produzir informações subjetivas sobre os serviços prestados (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Os estudos avaliativos em políticas de saúde possuem uma longa trajetória em pesquisas sobre satisfação dos usuários. As pesquisas sobre satisfação dos usuários tiveram início na década de 1970, sob a influência do paradigma do consumo e da cultura da qualidade em países como Inglaterra e Estados Unidos (TURRIS, 2005;

ORTIZ-ESPINOSA *et al.*, 2003; LINDER-PELZ, 1982). O paciente era visto, a princípio, como um indivíduo capaz de elaborar uma avaliação pessoal sobre o cuidado e sobre os serviços recebidos. Com o passar do tempo, e com a expansão dos estudos sobre satisfação, essa avaliação passa a ser vista como uma reação do paciente diante do contexto, do processo e do resultado global de uma experiência relativa a um serviço (UCHOA *et al.*, 2011). Assim, a satisfação do usuário passou a ser definida como avaliação individual positiva de diferentes dimensões do cuidado em saúde (LINDER-PELZ, 1982).

No Brasil, esses estudos datam do início da década de 90, a partir do fortalecimento da participação e do controle social no âmbito do SUS pós Constituição de 1988. O controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado em prol do interesse geral (CREVELIM, 2005; SANTOS; CARVALHO, 1992). Com o fortalecimento do controle social no SUS, por meio da participação da comunidade em processos de planejamento e avaliação de políticas, as avaliações a partir da percepção dos usuários foram ganhando espaço. O interesse pela temática foi reforçado por estudos que mostraram que usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento prescrito, a fornecer informações importantes para o provedor do serviço e a continuar utilizando os serviços de saúde (BARON-EPEL *et al.*, 2001). Tem-se argumentado que a eficácia dos cuidados de saúde é determinada, em certa medida, pela satisfação dos usuários com os serviços prestados (BERNHART *et al.*, 1999). Nesse contexto, a satisfação do usuário é considerada uma meta a ser alcançada e deve ser pesquisada com o intuito de aperfeiçoar o sistema de saúde (ESPIRIDIÃO; TRAD, 2006).

Na presente pesquisa, será observada a efetivação dos objetivos propostos por uma política subnacional de atenção à saúde materno-infantil em Pernambuco, o Programa Mãe Coruja Pernambucana, e as considerações sobre o acesso a essa política a partir da percepção das usuárias. Analisaremos como a política chegou ao público-alvo a partir das informações fornecidas por essas mulheres.

3. ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Os temas de saúde da mulher foram incorporados às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. Nesse período, a discussão limitava-se às questões relacionadas à gestação e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970 traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada nas características biológicas inerentes ao sexo feminino e no papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

No Brasil, em 1984 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com forte atuação do movimento de mulheres, para introdução do tema na agenda política nacional. Este programa trouxe questões prioritárias, mas até então relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. O PAISM incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades que viessem a ser identificadas (BRASIL, 1984).

De forma global, a partir de 1988 com a nova Constituição Federal, foi introduzida a noção de saúde como um direito da cidadania e dever do Estado. Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, pela Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), e o surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, houve necessidade de reorganização dos serviços de saúde. Desde 1992, por intermédio de medidas ministeriais normativas (Portarias) que visavam estimular ações e disponibilizar recursos para reversão do grave quadro da mortalidade materna e neonatal, teve início uma reorganização incipiente do sistema de saúde com relação às políticas para mulheres. Em 1996, as questões de saúde reprodutiva e sexual foram tratadas pela Lei Federal 9.263/1996, denominada Lei do Planejamento Familiar, que regulamenta o dever do Estado nesta matéria.

A partir destes precedentes, em 2011, é instituída nacionalmente no Brasil o Programa Rede Cegonha, no âmbito do SUS, através da Portaria Nº 1.459. Este programa surge como novo modelo de rede de cuidados, que assegura atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; garante acesso, acolhimento e resolutividade para o atendimento das mulheres; e visa reduzir a mortalidade materna e neonatal. Como estratégia dentro da perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010b), o Rede Cegonha tem como objetivo articular cuidados que visam assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e proporcionar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento saudável (BRASIL, 2011).

O Rede Cegonha configura-se a partir do intento de garantir componentes como o acolhimento com classificação de risco; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e ao nascimento, com incentivo ao parto normal; atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e direito sexual e reprodutivo com implementação de estratégias de comunicação social e de programas educativos (BRASIL, 2011).

Antes mesmo da implementação do Rede Cegonha em escala nacional, o estado de Pernambuco criou, em 2007, o Programa Mãe Coruja Pernambucana, sentado nos novos paradigmas do cuidado da mulher. As linhas que seguem tratam desse programa.

3.1 O PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA

De formal regional, em 2008, o Programa Mãe Coruja Pernambucana foi criado como política pública de inclusão e empoderamento da mulher gestante em Pernambuco. Ultrapassando o paradigma biológico para alcançar temas como promoção social e educação em saúde, o referido programa buscou criar uma “rede de cuidado” intersetorial a partir da caracterização da vulnerabilidade das mulheres acompanhadas. Além disso, o programa teve como objetivo apoiar a construção de indicadores que expressassem as condições de vida e os determinantes do óbito infantil dessa população.

Em 2007, os indicadores de saúde materno-infantil de Pernambuco eram mais alarmantes que aqueles encontrados no cenário nacional. Eram marcados, principalmente, pela desigualdade no atendimento em saúde entre as regiões do estado, o que contribuía para altos coeficientes de mortalidade infantil e materna² (PERNAMBUCO, 2015). Dentre as regiões com piores indicadores em saúde, estavam o Sertão do Araripe e o Sertão do Moxotó seguidos pelo Sertão do São Francisco, Sertão Central e Agreste Meridional, indicando a necessidade de ações governamentais imediatas (VILELA, 2012). Para a presente investigação, analisou-se o Programa Mãe Coruja Pernambucana no Sertão do Araripe, zona mais crítica do estado em 2007.

A partir destas constatações foi pensado e implementado um programa para a assistência a gestantes residentes e domiciliadas em regiões com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH) e altas taxas de mortalidade materna e infantil. Em 2008, foi implementado, então, o Programa Mãe Coruja Pernambucana como política pública estadual, com o objetivo principal de prestar assistência a mulheres ainda no ciclo gravídico e a seus filhos de até 5 anos, para redução dos indicadores de risco. O programa estava composto por ações a serem desenvolvidas por 10 Secretarias de Governo, no intuito de instrumentalizar a mulher para que essa pudesse adquirir conhecimentos e, assim, exercer seus direitos e suas liberdades de vida reprodutiva, econômica e social.

A partir da análise das estatísticas de mortalidade infantil, foi definida a implantação do programa em 4 etapas de acordo com o calendário apresentado no quadro abaixo.

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

Quadro 1. Etapas de implantação do Programa Mãe Coruja Pernambucana pela Gestão Estadual

Etapas	Ano	Gerência Regional de Saúde	Município contemplado
Etapa 1	2008	IX GERES; VI GERES	Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade; Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa.
Etapa 2	2009	V GERES; VIII GERES; XI GERES	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeira, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmerina, Paratama, Salão, São João e Terezinha; Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista; Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo.
Etapa 3	2009	I GERES; II GERES; III GERES; IV GERES; XII GERES	Araçoiaba; Casinhas e Cumaru; Amaraji, Catende, Cortês, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Quipapá e Xexéu; Agrestina, Belo Jardim, Camocim de São Félix, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Pannels, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, São Caitano, Tacaimbó e Vertentes; Aliança, Condado, Ferreiros.
Etapa 4	2010 a 2012	II GERES; IV GERES; VII GERES; X GERES	Salgadinho; Rio Formoso; Bonito; Terra Nova e Mirandiba; Carnaíba, Igaraci, Itapetim, Santa Terezinha e Solidão.

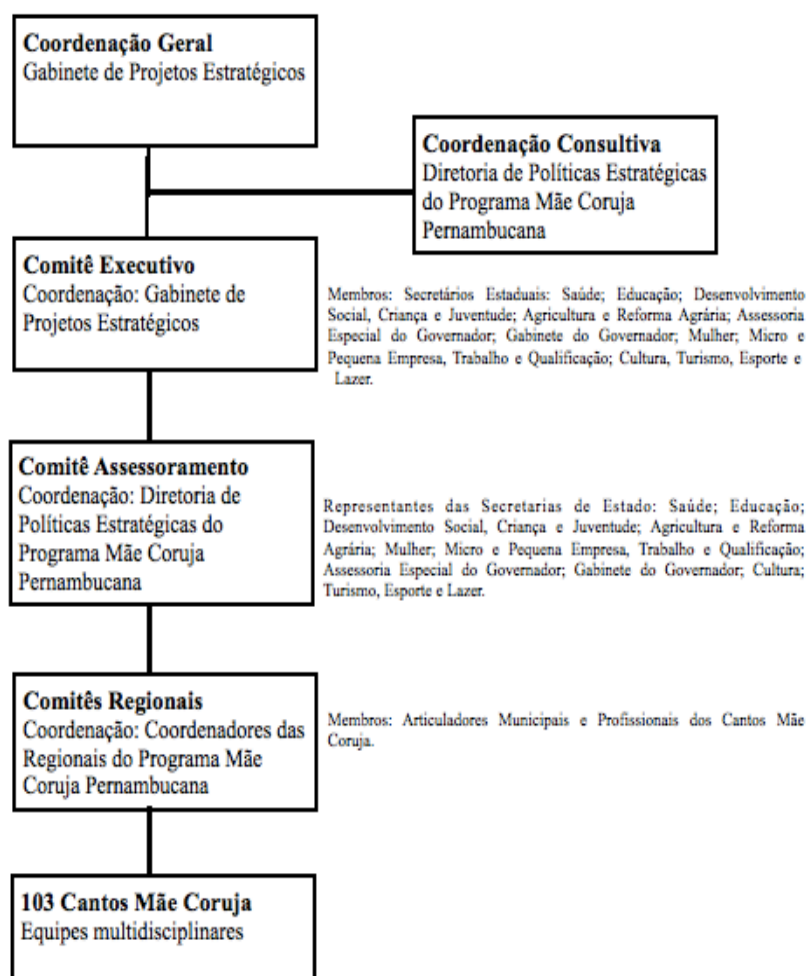
Fonte: Elaboração própria.

Em fevereiro de 2015, 105 Municípios integravam o programa, atendendo a mulheres e crianças nas 12 Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco. Ipojuca, em 2012, e Recife, em 2013, replicaram o modelo do programa estadual também em suas gestões municipais, com a cooperação técnica do estado, adotando as ações, conforme a necessidade e planejamento de cada município. Considerados os 105 municípios do estado distribuídos em 12 regiões, no período de 2008 a 2014, 130.098 mulheres e 71.661 crianças eram atendidas pelo programa (PERNAMBUCO, 2014).

O Mãe Coruja Pernambucana estrutura-se a partir da intersetorialidade. Coordenado pelo chefe do Gabinete de Projetos Estratégicos do governo de Pernambuco, o programa conta com onze secretarias de governo responsáveis por sua execução. São elas: Secretaria de Planejamento e Gestão; Gabinete do Governador; Gabinete de Projetos Estratégicos; Secretaria de Agricultura e Reforma Agrária;

Secretaria da Micro e Pequena Empresa, Trabalho e Qualificação; Secretaria de Educação; Secretaria da Mulher; Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude; Secretaria de Saúde; Secretaria de Turismo, Esporte e Lazer e Secretaria de Cultura (PERNAMBUCO, 2017). Na figura a seguir apresenta-se o organograma das instituições envolvidas no programa da sua implementação à 2016.

Figura 1. Organograma do Programa Mãe Coruja Pernambucana



Fonte: Pernambuco (2017, p. 30).

A estrutura operacional do Programa Mãe Coruja Pernambucana faz-se presente pelo estado através dos chamados “Cantos Mãe Coruja”. Esses espaços representam o

lugar de acolhimento onde ocorre o cadastramento e o acompanhamento das gestantes, durante o pré-natal, parto e puerpério, e das crianças, do nascimento até os cinco anos de idade. Os profissionais que trabalham na ponta do programa atuam nesses Cantos articulando secretarias estaduais, municipais, sociedade civil e demais parceiros para a realização das ações do programa. Havia, no início de 2015, 103 unidades, sendo uma em cada município do programa, 20 em funcionamento nos escritórios do Instituto Agrônômico de Pernambuco e as demais com sede definida pelas prefeituras municipais.

Os Cantos Mãe Coruja são as chamadas estruturas matriciais do programa. Em cada Canto há, pelo menos, dois profissionais de nível superior da atenção à saúde (enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo) ou da atenção social (psicólogo, assistente social, professor, pedagogo), responsáveis pelo acolhimento, cadastramento e acompanhamento mensal das mulheres e de seus filhos; identificação das necessidades sociais e culturais para encaminhamento às ações oferecidas pelo programa; alimentação do sistema de informação; guarda dos equipamentos do Canto; articulação das parcerias com prefeitos, magistrados, membros da sociedade civil, de universidades e de organizações não governamentais para atendimento às necessidades das gestantes e de suas famílias.

Frente a um diagnóstico preocupante sobre a saúde materno-infantil em Pernambuco, o Programa Mãe Coruja Pernambucana surgiu como uma tentativa para melhorar este cenário por meio da indução de políticas públicas. Como objetivo principal do programa está a redução dos indicadores de risco materno-infantil. Já como objetivo secundário está o empoderamento da mulher através da informação e do conhecimento para exercer seus direitos e sua liberdade de vida reprodutiva, econômica e social. Este artigo concentrou sua análise na avaliação da efetivação do objetivo secundário do programa. Tratou-se de observar a percepção das mulheres usuárias do programa para realizar esta avaliação.

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

A pesquisa qualitativa para avaliação de políticas públicas atenta para obter dados ricos e subjetivos que iluminem os tipos de ação do cotidiano e seu significado

segundo o ponto de vista daqueles que estão sendo estudados (WORTHEN *et al.*, 2004). As abordagens participativas, ou centradas no usuário, visam envolver os atores afetados pela política no processo de avaliação. Tais abordagens estão apoiadas no paradigma holístico, indutivo e construtivista em favor da utilidade social da pesquisa, em detrimento da objetividade e precisão (FURTADO, 2001). Na presente análise, utilizou-se como fonte de pesquisa as informações fornecidas por documentos oficiais quanto aos objetivos da política e, principalmente, os dados obtidos através das entrevistas realizadas com as usuárias do Programa Mãe Coruja Pernambucana durante o segundo semestre de 2015 e o primeiro semestre de 2016.

Assim, foi admitida como unidade de observação as mulheres cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana no sertão do Araripe (IX GERES). Para ser incluída na pesquisa, a mulher deveria ter sido atendida pelo programa durante a gestação, ser moradora de zona urbana ou rural de um dos 11 municípios adscrito à IX Gerência Regional de Saúde, no período entre 2010 e 2014, e concordar em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Foram excluídas da pesquisa as mulheres com quem não se pôde estabelecer contato devido a óbito ou mudança para outro município, assim como mulheres que declinaram do convite a participar. O número de mulheres cadastradas no programa por município em cada ano e o número de mulheres entrevistadas estão descritos na tabela abaixo.

Tabela 1 – Distribuição do total de mulheres cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana entre 2010 e 2014 (por ano) e número de mulheres entrevistadas (por município)

Município	2010	2011	2012	2013	2014	Total de Participantes	Entrevistadas
Araripina	200	167	145	112	159	783	9
Bodocó	200	144	156	101	93	694	23
Exu	228	262	303	136	110	1039	18
Granito	37	39	20	14	23	133	7
Ipubi	184	278	273	151	191	1077	10
Moreilândia	72	59	46	34	41	252	9
Ouricuri	240	260	265	194	141	1100	21
Parnamirim	94	99	67	50	45	355	12
Santa Cruz	7	13	36	53	31	140	13
Santa Filomena	36	41	31	27	22	157	10
Trindade	158	143	186	121	165	773	8
TOTAL	1456	1505	1528	993	1021	6503	140

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Sistema de Informação do Programa Mãe Coruja Pernambucana.

A partir dos dados quantitativos e descritivos disponibilizados pela Diretoria do Programa foi construída uma listagem nominal, numerada em ordem crescente, das mulheres participantes em cada Município da IX GERES de Pernambuco. De posse da relação nominal das mulheres participantes do Programa Mãe Coruja Pernambucana, foi aplicada a tábua de números aleatórios, identificando na relação as mulheres selecionadas para participar. A partir daí, entrava-se em contato com a mulher selecionada para fazer o convite de participação na pesquisa e agendar a entrevista.

Nos casos em que não se localizava a mulher, ou a mesma se recusava a participar, havia substituição desse sujeito de pesquisa, respeitando a tabela de números aleatórios elaborada para cada município. Optou-se por uma seleção aleatória das entrevistadas para evitar o viés na pesquisa, já que as entrevistas eram facilitadas por trabalhadores do programa que conheciam as usuárias. O número de mulheres entrevistadas por município foi determinado por saturação.

As informações foram colhidas nas residências das mulheres e nos Cantos Mãe Coruja por meio de entrevista semi-estruturada, com duração aproximada de 30

minutos. O acesso às usuárias foi facilitado pelos trabalhadores locais do programa. Em pesquisas na área de saúde conta-se, com frequência, com a figura do *gatekeeper* como barreira entre o pesquisador e o usuário. Nesta pesquisa, pôde-se neutralizar os prováveis *gatekeepers*, uma vez que a pesquisa estava sendo realizada por uma das gestoras do programa que tinha relação direta com os trabalhadores locais.

A partir das entrevistas, procedeu-se à construção de categorias para a formação de uma matriz de análise a partir das informações obtidas na leitura flutuante das respostas dadas. As categorias foram construídas de duas formas: as categorias “atividades educativas”, “atividades de qualificação profissional” e “atividades de segurança alimentar” foram derivadas dos objetivos secundários explicitados nas diretrizes do Programa Mãe Coruja Pernambucana; a categoria “benefícios gerais atribuídos ao programa” foi construída, por saturação, a partir das respostas dadas nas entrevistas.

O projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco³, em obediência ao que preceitua a Resolução nº. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as mulheres receberam explicações sobre os objetivos do projeto e foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, caso concordassem em participar.

5. UMA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA A PARTIR DA PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS

A atenção à saúde da mulher é um tema complexo e multifacetado. Além dos fatores relacionados especificamente à assistência à saúde, os gestores da área reconhecem que “a desvalorização da mulher na sociedade, a pobreza e a pouca escolaridade são co-fatores determinantes da morbidade e mortalidade feminina, frente aos quais são recomendadas medidas educacionais e socioeconômicas” (VENTURA, 2008, p. 221).

Embora o Programa Mãe Coruja Pernambucana tenha por finalidade última a redução da mortalidade materno-infantil por meio de acompanhamento da gestante

³ Parecer nº 1.309.946, de 05 de novembro de 2015.

facilitando sua adesão às condutas de segurança obstétrica, ele ensejou benefícios diretos e indiretos à mulher e a toda a família. A política pública não pode ser caracterizada exclusivamente por seu objetivo principal, já que seu propósito último deve ser a melhoria da qualidade de vida e dos cuidados ao ser humano e ao meio ambiente, independente da área do saber a que se destina (SECCHI, 2013). Nesse sentido, ao empoderar a gestante, o Programa Mãe Coruja Pernambucana tinha como objetivo a redução do risco de adoecimento da família por meio de uma alimentação adequada, incentivo ao aleitamento materno, do controle vacinal e, sobretudo, da melhor compreensão da importância de tais comportamentos.

Analisar o Programa Mãe Coruja Pernambucana a partir da percepção das usuárias pode indicar as reais consequências desta política na vida das mulheres atendidas. Essa é uma forma adequada de perceber se os objetivos colocados para a política foram alcançados a partir da sua implementação.

Assim, nas linhas que seguem, apresentou-se o alcance do programa através das percepções das mulheres em torno de quatro temas: atividades educativas, atividades de qualificação profissional, atividades de segurança alimentar e benefícios gerais atribuídos ao programa. Os dados apresentados são auto-declarados pelas usuárias em entrevista.

5.1 ALCANCE DO PROGRAMA

As 140 mulheres entrevistadas caracterizaram-se por média de idade igual a 29,3 anos, com variação de 14 a 51 anos e predomínio de mulheres entre 25 e 30 anos (30,9%). O ingresso no programa, para 62,6% das mulheres, ocorreu no máximo até o terceiro mês de gestação, porém 8,7% das mulheres foram cadastradas após o quinto mês gestacional. No momento do parto, o número de consultas de pré-natal tinha média igual a sete.

Os dados apresentados indicam que o Programa Mãe Coruja Pernambucana obedeceu aos preceitos do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Programa Nacional de Humanização do Pré-natal, Parto e Puerpério ao atender gestantes adolescentes e adultas, propiciando-lhes captação precoce, ou seja, antes dos

três meses de idade gestacional, e incentivando o comparecimento a mais de sete consultas de pré-natal (MORSE *et al.*, 2011).

Essas informações são relevantes já que as estatísticas publicadas pelo Ministério da Saúde apontavam, em 2004, um percentual de apenas 36,6% das gestantes parindo com sete ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2005). Além disso, deve-se considerar que esses dados apontam que o Programa Mãe Coruja Pernambucana pode ter contribuído para a redução das mortes maternas e infantis. Pesquisa realizada por Alves (2007), avaliando os padrões de mortalidade materna em três regiões de Pernambuco (Metropolitana, Agreste e Sertão), entre 1994 e 2003, demonstrou que 13% das mulheres que foram a óbito até 42 dias depois do parto não havia se submetido a qualquer consulta de pré-natal.

5.2 PERCEPÇÃO DAS MULHERES A PARTIR DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS

Entre as 140 entrevistadas, 53,5% das mulheres declararam haver participado nas atividades de educação. Dentre essas mulheres, todas compareceram às atividades do módulo “mulher e criança”. Já o módulo “família e território” contou com somente 30,4% das usuárias consultadas.

Cerca de 5% das mulheres não possuíam escolaridade e foram incentivadas à alfabetização por meio dos Círculos de Educação e Cultura – fato confirmado por teste de leitura e escrita⁴, antecedendo a coleta dos dados.

Quanto à relevância das informações recebidas nas atividades de educação, identificou-se que a categoria “cuidados com a criança” incluiu o maior número de participantes e se referia a aleitamento materno, acidentes na infância e trabalho infantil. Dentre as falas das participantes foram referenciados o acompanhamento do crescimento, controle do esquema vacinal, cuidados básicos da criança referentes à alimentação e orientações para conseguir amamentar exclusivamente a criança até o sexto mês de vida como questões relevantes discutidas nestas atividades.

⁴ O “Teste de leitura e escrita” foi realizado no início da entrevista por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

O segundo aspecto de maior importância tem relação com a convivência em família. As participantes valorizaram o aprendizado sobre cuidado com as crianças, principalmente com relação às melhores formas de diálogo para melhorar a comunicação nas famílias. Consideraram ainda a “valorização do brincar para a criança” como item importante do desenvolvimento infantil.

A terceira categoria destacada pelas participantes foi “educação dos filhos”, fazendo referência tanto à educação formal como à educação doméstica, com a necessidade de imposição de limites. Foram citados também pelas usuárias os temas “estímulo da criança para o aprendizado” e “o respeito às fases de desenvolvimento da criança ao educa-la” como ganhos de aprendizagem desfrutados por elas nestas atividades.

A categoria “cuidados com a saúde da mulher”, também abordada nas atividades educativas, apareceu com menor frequência na fala das usuárias. Houve referência à valorização dos cuidados com o corpo e a higiene da mulher na gravidez e fora dela e aos conhecimentos de prevenção do câncer de mama e colo do útero. As usuárias também valorizaram nessa categoria a importância da informação para as primíparas. Ainda com relação aos cuidados da mulher, as participantes consideraram importante esta discussão para compreensão dos seus direitos, principalmente no que tange os temas de violência contra a mulher.

5.3 PERCEPÇÃO DAS MULHERES A PARTIR DAS ATIVIDADES DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Dentre as 140 mulheres entrevistadas, 22,8% participaram de pelo menos um curso de qualificação dos 34 oferecidos pelo Programa Mãe Coruja Pernambucana. Não houve nenhuma matrícula das mulheres entrevistadas em oito cursos: artesanato em couro, assistente de merendeira, cuidador de crianças, escovista e manicure, fabricação de velas artesanais, manipulação de alimentos, preparação de conservas e compotas, bem como preparação de sorvetes e picolés. Dos 26 cursos nos quais pelo menos uma mulher se matriculou, a ordem de preferência foi gastronomia, artesanato, embelezamento e, finalmente, corte e costura.

Questionadas sobre os benefícios de sua participação em algum dos cursos de qualificação, 43,8% das mulheres entrevistadas declararam aumento informal de renda familiar atribuída ao desenvolvimento de atividades relacionadas aos ensinamentos de artesanato, gastronomia ou atividades de embelezamento. Outras mulheres declararam aumento de renda, mas não informaram o curso que lhes serviu como fonte.

90,6% das mulheres consideraram ter modificado sua rotina de vida. Solicitadas a detalhar tal mudança, as explicações valorizaram o aumento da renda familiar, a aplicabilidade dos conhecimentos construídos nos cursos de qualificação e uma sensação de bem-estar traduzida pela percepção de deter novos conhecimentos aplicáveis ao bem-estar próprio ou ao bem-estar familiar. A contribuição da participação no curso de qualificação para a melhoria da autoestima esteve presente em afirmações como: *“achava que não tinha talento e descobri que podia fazer artesanato e me sentir orgulhosa”*; *“me sentia bem, funcionava como uma terapia”*; *“pude trocar conhecimentos com a turma e a professora”*.

As explicações sobre a mudança da rotina de vida estão intimamente relacionadas com a avaliação dos aspectos mais interessantes dos cursos de qualificação. Com relação ao aumento de renda familiar, reportou-se, por uma usuária, à redução da miséria e da fome: *“Antes eu não tinha o que dar aos meus filhos [para comer] e hoje isso não acontece mais”*.

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

Ainda que a promoção da saúde seja o objetivo central do Mãe Coruja Pernambucana, a inclusão social e a educação foram definidas como objetivos secundários já na formulação do programa. Portanto, na implementação, ações

educativas e de qualificação profissional foram oferecidas como forma de criar condições mais favoráveis para a existência das usuárias e de suas famílias.

5.4 PERCEPÇÃO DAS MULHERES A PARTIR DAS ATIVIDADES DE SEGURANÇA ALIMENTAR

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

Portanto, esta categoria desenhada na política para promover melhoria na alimentação da mulher e de sua família não alcançou os objetivos almejados. A baixíssima procura por estas atividades denota um baixo interesse por temas tão caros à saúde de todos os indivíduos. Ainda que os conhecimentos adquiridos pelas usuárias participantes dessas atividades aparentemente tenham sido consolidados, a baixa adesão não permitiu um alcance adequado deste objetivo específico.

5.5 BENEFÍCIOS GERAIS ATRIBUÍDOS AO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA

Solicitadas a detalhar os benefícios que obtiveram com sua participação no Programa Mãe Coruja Pernambucana, as mulheres entrevistadas priorizaram “o acolhimento no Canto”, “as orientações recebidas sobre cuidados a serem tomados durante a gestação e com a criança” e “o acompanhamento da gestação e da criança”. “O acolhimento recebido no Canto” incluía a escuta ativa das dificuldades enfrentadas

na gravidez, derivadas da condição gravídica ou do cuidado de outros filhos estando grávida.

“As condutas para conferir o atendimento às necessidades de controle de saúde da gestante” englobam o comparecimento às consultas de pré-natal, realização de exames laboratoriais e conferência de recepção dos resultados, obediência ao esquema de imunização necessária durante a gestação, controle das necessidades alimentares particularizando a condição gestacional, por meio do emprego da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Outros benefícios do programa apontados pelas usuárias foram “a assistência ao parto”, “a maior facilidade para serem atendidas na maternidade” e “a recepção do kit bebê”.

Assim, a partir das impressões extraídos das entrevistas com as usuárias, observamos que foi o alcance do objetivo principal do programa, e não os benefícios secundários, que mais foram sentidos por elas. Isso se deve à média ou baixa adesão das usuárias do programa às atividades relacionadas com os objetivos secundários. Por outro lado, todas as entrevistadas eram frequentadoras do Canto Mãe Coruja, o que garantia a participação das mesmas nas atividades relacionadas com o objetivo principal da política.

No quadro 2, abaixo, podemos observar resumidamente a avaliação do programa a partir das percepções das usuárias entrevistadas.

Quadro 2. Objetivos do programa e avaliação dos resultados a partir da percepção das usuárias

Objetivo principal			
Objetivo	Atividade Proposta	Adesão*	Percepção média das usuárias
Melhoria da saúde de mães e crianças	Visitas ao Canto Mãe Coruja	Alta	Melhorou a qualidade de vida durante a gestação e a qualidade da assistência ao parto.
Objetivos secundários			
Objetivo	Atividade Proposta	Adesão*	Percepção média das usuárias
Melhorar a formação das mulheres	Frequentar as atividades educativa	Média	Melhoraram o conhecimento sobre auto-cuidado e cuidado das crianças.
Qualificar profissionalmente as mulheres	Frequentar os cursos profissionalizantes	Baixa	Se sentiram mais empoderadas e puderam melhorar a auto-estima e a renda famílias.
Melhorar a qualidade dos alimentos consumidos pela família	Frequentar as oficinas de segurança alimentar	Baixa	Melhoraram a qualidade da alimentação da família.

Fonte: Elaboração própria.

* Consideramos adesão alta a participação nas atividades propostas de 100% a 70% das entrevistas, a adesão média vai de 69% a 30% e a adesão baixa corresponde a 29% ou menos das entrevistadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em uma nova forma de pensar a saúde da mulher, a melhoria das condições de vida são importantes. Portanto, as políticas públicas devem ser construídas de forma mais ampla passando pela intersetorialidade. Este novo *modus operandi* é o que possibilitaria que, de fato, o quadro de saúde das mulheres possa ser modificado.

Assim, em linhas gerais, os resultados apresentados aqui permitiram concluir que as ações de saúde, educação e qualificação do Programa Mãe Coruja Pernambucana, nos contextos locais dos municípios da IX Gerência Regional de Saúde de Pernambuco, constituíram fatores positivos para a promoção da saúde e empoderamento de mulheres e proteção de conceitos. Ainda assim, com a baixa adesão

das usuárias às atividades propostas o alcance dos objetivos secundários ficou aquém do esperado.

No tocante à saúde da mulher e da criança, objetivo principal do programa, foram alcançados percentuais de adesão aos cuidados no pré-natal que ultrapassaram as cifras da região Nordeste. Quanto à educação, parece plausível concluir que o programa beneficiou as mulheres, em especial no que se refere ao aprimoramento do letramento. Este fato, indiretamente, pode ter contribuído para a redução da mortalidade materno-infantil, na medida em que o empoderamento possibilita à mulher modificar o modo de cuidar em decorrência de nova compreensão construída a partir da participação nas atividades de educação. Com relação à qualificação profissional, percebeu-se que houve relato de incremento da renda familiar, ainda que a adesão a estas atividades haja sido baixa. Por fim, com relação às oficinas de segurança alimentar, pese a baixa adesão, as gestantes participantes destas atividades conseguiram introduzir as recomendações na sua rotina, reconhecendo ter havido uma mudança no comportamento voltado a condutas saudáveis para toda a família.

Percebemos que os relatos das usuárias quanto a participação em atividades vinculadas a objetivos secundários foram positivos. Porém, a baixa adesão das participantes do programa a estas atividades fez com que o alcance desses objetivos fora aquém do esperado. As reflexões a cerca da adesão merecem ser aprofundadas. Seria importante averiguar se o baixo comparecimento às atividades propostas nos objetivos secundários do programa é em virtude de falhas no desenho da política ou devido a características inerentes à população contemplada pela esta – atividades laborais pré-existentes, ocupação com trabalhos não remunerados, falta de interesse das usuárias, etc. Esses são pontos que merecem ser contemplados em pesquisas vindouras.

A presente pesquisa se propôs avaliar os resultados do Programa Mãe Coruja Pernambucana a partir da percepção das usuárias. Utilizou-se uma abordagem qualitativa, realizando entrevistas com as usuárias, em virtude da ausência de informações sobre os resultados da política para as beneficiárias. Dessa forma, foi possível verificar a coerência das categorias analisadas e a capacidade das mesmas de estabelecer uma correspondência com a realidade. Esta pesquisa pode, por ventura, subsidiar a construção de ferramentas para a realização de pesquisas quantitativas, a

posteriori, com potencial de generalização que permitiria montar um retrato amplo dos resultados do programa desde a perspectiva das usuárias. Essa é mais uma agenda de investigação aberta a partir deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ANDERSON, J. E. (2010), *Public policy making: an introduction*. Boston, Houghton Mifflin Company.

BARON-EPEL, O.; DUSHENAT, M.; FRIEDMAN, N. (2001), “Evaluation of the consumer model: relationship between patient’s expectations, perception and satisfaction with care”, *International Journal for Quality Health Care*, vol. 13, n. 4, p. 317-323.

BARDIN, L. (2011), *Análise de conteúdo*. São Paulo, Edições 70.

BERNHAR, M. H.; WIADNYANA, I. G. P.; WIHARDJO, H.; POHAN, I. (1999), “Patient Satisfaction in developing countries”, *Social Science and Medicine*, n. 48, p. 989-996.

BRASIL. (1984), *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília, Ministério da Saúde.

BRASIL. (2005), *Informações de Saúde – Cobertura*. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. (2010a), *Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo*. Brasília, Ministério da Saúde.

BRASIL. (2010b), “Portaria no 4.279/ GM, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, Ministério da Saúde, 31 dez, Seção 1, p. 202.

BRASIL. (2011), *Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Rede Materno Infantil – Rede Cegonha (Nota Técnica, nº 17/2011)*. Brasília, Ministério da Saúde.

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

CARVALHO, P. G. M.; BARCELLOS, F. C. (2014), “Os Objetivos de

Desenvolvimento do Milênio – ODM: Uma avaliação crítica”, *Sustentabilidade em Debate*, v. 5, n. 3, p. 222-244.

COHEN, E.; FRANCO, R. (2013), *Avaliação de Projetos Sociais*. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; RAYNALD PINEAULT. (2015), “A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos”. In Z. Hartz (ed.), *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*, Rio de Janeiro, Fiocruz.

CREVELIM, M. A. (2005), “Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?”, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, p. 323-331.

DERY, D. (1984), “Evaluation and termination in the policy cycle”, *Policy Sciences*, v. 17, n. 1, p. 13-26.

DREZETT, J. (2013), “Mortalidade materna no Brasil. Insucesso no cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio”, *Reprodução e Climatério*, v. 28, n. 3, p. 89-91.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. “Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico- conceituais”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. (2012), “Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar”, *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 36, n. 2, p. 527-538.

FURTADO, J. P. (2001), “Um método construtivista para a avaliação em saúde”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 6, n.1, p. 165-181.

GRYSCHKE, A. L.; NICHATA, L.; FRACOLLI, L.; OLIVEIRA, M.; PINHO, P. (2014), “Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari – São Paulo”, *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 2, p. 689-700.

HAIDAR, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. (2001), “Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos”, *Caderno de Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 1025-1029.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. (2014), *Objetivos de desenvolvimento do milênio – relatório nacional de acompanhamento*. Brasília, IPEA.

LEITE, D.; NUNES, A. K. (2009), “Avaliação participativa: constatações e aprendizagens”, *Contexto & Educação*, ano 24, n. 81, p. 147-169.

LI, K. K.; ABELSON, J.; GIACOMINI, M.; CONTANDRIOPOULOS, D. (2015), “Conceptualizing the use of public involvement in health policy decision-making”,

Social Science & Medicine, v. 138, p. 14-21.

LINDER-PELZ, S. (1982), “Toward a theory of patient satisfaction”, *Social Science and Medicine*, n. 16, p. 577-582.

LOCHE, A.; CARBONARI, F.; HOFFMAN, J. S.; SERRANO-BERHET, R. (2014), “Avaliação de políticas em segurança pública”. In R. S. de Lima; J. L. Ratton; R. G. Azevedo (orgs.), *Crime, polícia e justiça no Brasil*, São Paulo, Editora Contexto.

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

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

ORTIZ-ESPINOSA, R. M.; MUÑOZ, S.; MARTÍN DEL CAMPO, D.; TORRES, E. (2003), “Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 13, n. 4, p. 229-238.

PERNAMBUCO. (2017), *Mãe Coruja Pernambucana: um olhar metodológico*. Recife, Cepe.

PERNAMBUCO. (2015), *Plano estadual de saúde 2012-2015*. Recife.

PERNAMBUCO. COORDENAÇÃO COMITÊ EXECUTIVO. (2014), *Programa Mãe Coruja Pernambucana – Relatório de Gestão – 2014*. Recife.

PERNAMBUCO. (2009a). *Lei Nº 13.959, de 15 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o Programa Mãe Coruja Pernambucana*. Pernambuco, Diário Oficial do Estado.

PERNAMBUCO. (2009b), *Decreto nº. 33.386 de 18 de maio de 2009 – Altera o Decreto nº 31.247, de 28 de dezembro de 2007, que dispõe sobre a adesão dos Municípios ao Programa Mãe Coruja Pernambucana, o cadastramento de gestantes e determina as atribuições das Secretarias de Estado*. Brasil, Diário Oficial do Estado.

PIGNATTA, M. A. (2015), “Monitoreo y evaluación de políticas públicas em América Latina: brechas por cerrar”, *Revista Perspectiva de Políticas Públicas*, ano 4, n. 8, p. 49-69.

PINTO, H.; BURILLE, A.; BARBOSA, M.; FERLA, A. (2015), “Avaliação da Atenção Básica: a ouvidoria ativa como estratégia de fortalecimento do cuidado e da participação social”, *Saúde em Rede*, vol. 1, n. 4, p. 15-26.

PIO, D.; OLIVEIRA, M. (2014), “Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal”, *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 313-324.

RAEDER, S. (2014), “Ciclo de políticas: uma abordagem integradora dos modelos para

análise de políticas públicas”, *Perspectivas em Políticas Públicas*, v. VII, n. 13, p. 121-146.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E.; LIPSEY, M. W. (2004), *Evaluation: A Systematic Approach* – revize, California, Sage Publications.

SANTOS, L.; CARVALHO, G. (1992), “Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde”, *Saúde em Debate*, n. 34, p. 60-66.

SECCHI, L. (2013), *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo, Cengage Learning.

SOUZA, C. (2006), “Políticas públicas: uma revisão de literatura”, *Revista Sociologias*, v. 8, n. 16, p. 20-45.

TURRIS, A. S. (2005), “Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis”, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 50, n. 3, p. 293-298.

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

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (2014), *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ.

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

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

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

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. (2004), *Avaliação de Programas: concepções e práticas*. São Paulo, Editora Gente/Edusp.

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