



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

RAIMUNDO ANTONIO BATISTA DE ARAUJO

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA

CAMPINA GRANDE-PB

2023

RAIMUNDO ANTONIO BATISTA DE ARAUJO

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Campina Grande – PB, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof.º Dr. Clóvis Alberto Vieira de Melo

CAMPINA GRANDE-PB

2023

A663a Araujo, Raimundo Antonio Batista de.
Avaliação do Programa Rede Cegonha / Raimundo Antonio Batista de
Araujo. – Campina Grande, 2023.
83 f. il. color.

Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Universidade Federal de
Campina Grande, Centro de Humanidades, 2023.
"Orientação: Prof. Dr. Clóvis Alberto Vieira de Melo."
Referências.

1. Políticas Públicas. 2. Saúde Pública. 3. Rede Cegonha. 4.
Mortalidade Materna. 5. Mortalidade Neonatal. 6. Avaliação do Programa
Rede Cegonha. 7. Estratégias e Impacto do Programa Rede Cegonha. I.
Melo, Clóvis Alberto Vieira de. II. Título.

CDU 35.073.1(043)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
POS-GRADUACAO EM CIENCIA POLITICA
Rua Aprigio Veloso, 882, - Bairro Universitario, Campina Grande/PB, CEP 58429-900

REGISTRO DE PRESENÇA E ASSINATURAS

ATA DA DEFESA PARA CONCESSÃO DO GRAU DE MESTRE EM CIÊNCIA POLÍTICA, REALIZADA EM 11 DE AGOSTO DE 2022

CANDIDATO(A): RAIMUNDO ANTÔNIO BATISTA DE ARAÚJO. COMISSÃO EXAMINADORA: Clóvis Alberto Vieira de Melo, Doutor, PPGCP/UFCG, Presidente da Comissão e Orientador; Kelly Cristina Costa Soares, Doutora, PPGCP/UFCG, Examinador(a) Interno(a); Saulo Felipe Costa, PPGCP/UFCG, Examinador(a) Interno(a). TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: O PROGRAMA REDE CEGONHA E O IMPACTO NA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NO BRASIL.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Estado e Governo.

HORA DE INÍCIO: 14h – LOCAL: Sala Meet: <https://meet.google.com/fow-xoqe-dzh>

Em sessão pública, após exposição, o candidato foi arguido oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo demonstrado suficiência de conhecimento e capacidade de sistematização no tema de sua dissertação, obtendo conceito **APROVADO**. Face à aprovação, declara o(a) presidente da Comissão, achar-se o examinado, legalmente habilitado a receber o Grau de Mestre em Ciência Política, cabendo a Universidade Federal de Campina Grande, como de direito, providenciar a expedição do Diploma, a que o mesmo faz jus. Na forma regulamentar, foi lavrada a presente ata, que é assinada por mim, Márcia Cristina M. Porto e os membros da Comissão Examinadora. Campina Grande, 09 de fevereiro de 2023.

Prof. Dr. Clóvis Alberto Vieira de Melo- - PPGCP/UFCG

Presidente da Comissão e Orientador

Profa. Dra. Kelly Cristina Costa Soares - PPGCP/UFCG

Examinador(a) Interno(a)

Prof. Dr. Saulo Felipe Costa

Examinador(a) Interno(a)

Raimundo Antônio Batista de Araújo

Discente

Márcia Cristina M. Porto

Secretária

2 - APROVAÇÃO

2.1. Segue a presente Ata de Defesa de Dissertação do candidato Raimundo Antônio Batista de Araújo, assinada eletronicamente pela Comissão Examinadora acima identificada.

2.2. No caso de examinadores externos que não possuam credenciamento de usuário externo ativo no SEI, para igual assinatura eletrônica, os examinadores internos signatários certificam que os examinadores externos acima identificados participaram da defesa de dissertação e tomaram conhecimento do teor deste documento.



Documento assinado eletronicamente por **CLOVIS ALBERTO VIEIRA DE MELO, PROFESSOR(A) DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 09/02/2023, às 15:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **KELLY CRISTINA COSTA SOARES, PROFESSOR(A) DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 09/02/2023, às 15:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **Saulo Felipe Costa, Usuário Externo**, em 09/02/2023, às 15:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARCIA CRISTINA MARQUES PORTO, ASSISTENTE EM ADMINISTRACAO**, em 09/02/2023, às 15:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raimundo Antonio Batista de Araujo, Usuário Externo**, em 09/02/2023, às 15:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.ufcg.edu.br/autenticidade>, informando o código verificador **3082406** e o código CRC **8D6478BB**.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
POS-GRADUACAO EM CIENCIA POLITICA
Rua Aprigio Veloso, 882, - Bairro Universitario, Campina Grande/PB, CEP 58429-900

FOLHA DE ASSINATURA PARA TESES E DISSERTAÇÕES

RAIMUNDO ANTONIO BATISTA DE ARAUJO

O PROGRAMA REDE CEGONHA E O IMPACTO NA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NO BRASIL.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Ciência Política.

Aprovada em: 09/02/2023

Prof. Dr. Clóvis Alberto Vieira de Melo - PPGCP/UFCG
Orientador

Profa. Dra. Kelly Cristina Costa Soares - PPGCP/UFCG
Examinador(a) Interno

Prof. Dr. Saulo Felipe Costa PPGCP/UFCG
Examinador(a) Interno



Documento assinado eletronicamente por **CLOVIS ALBERTO VIEIRA DE MELO, PROFESSOR(A) DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 09/02/2023, às 15:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **KELLY CRISTINA COSTA SOARES, PROFESSOR(A) DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 09/02/2023, às 15:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **Saulo Felipe Costa, Usuário Externo**, em 09/02/2023, às 15:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.ufcg.edu.br/autenticidade>, informando o código verificador **3082581** e o código CRC **4DF6E1BB**.

À memória dos meus pais Sizenando Batista e Maria do Socorro Batista de Araujo, que deixaram saudades aquém e além de quaisquer palavras e que não mediram os esforços que fizeram o homem que um dia sonhei ser.

À Marta Lúcia de Albuquerque e a uma família constituída de forma bem particular, nossos filhos Igor (in memoriam), Vinícius Igor, Marcela Irina e Gabriela, nossos netos Cecília, Livia e Ian e nossa nora Naedja.

À Analice Alves, mais do que uma madrinha, uma outra mãe que o Criador me ofereceu.

À memória do meu primo Marinésio, o mais amado, o mais bonito e o mais inteligente.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, a Maria de Nazaré e a Santa Luzia, pois só Ele e Elas sabem dos obstáculos e dos desafios ultrapassados para o êxito dessa conquista, e sempre me socorreram quando mais precisei.

Agradeço, de modo especial ao meu orientador, Prof. Dr. Clóvis Alberto Vieira de Melo, por toda a paciência, compreensão e ensinamentos e pelo acolhimento que me foi dado no aceite da orientação e durante todo período.

Ao Programa de Pós-graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, na pessoa da Profa. Dra. Kelly Cristina Costa Soares, atual coordenadora.

Aos Professores Doutores José Maria Nóbrega Júnior e Saulo Felipe Costa pelas valiosas contribuições e pelas críticas que foram realizadas no sentido de melhorar a dissertação.

Aos demais professores do Programa de Pós-graduação em Ciência Política, especialmente aqueles com quem pude conviver e aprender durante as disciplinas.

Aos colegas de turma do Mestrado, pelos momentos compartilhados ao longo desses anos.

Aos queridos irmãos Glória e Arimatéia, e a minha sempre cunhada Virgínia e aos sobrinhos-filhos-irmãos Amanda, Hermano, Netto, Ari, Ana Luíza e Manoel Lucas.

Aos amigos de toda hora, Belmiro Ramalho, Caio Vinícius, Iago Colaço, Renan Felix, Compadres Léo Moraes e Marenilson Batista.

Um agradecimento bem particular a Socorro Davi e Nevinha Ferreira, pelos cuidados com a minha pessoa, sempre oferecendo cafés e comidas: estas atitudes foram estimulantes e combustíveis essenciais para que eu pudesse desenvolver bem esse trabalho.

Dos medos nascem as coragens; e das dúvidas,
as certezas. Os sonhos anunciam outra
realidade possível e os delírios, outra razão.

(Eduardo Galeano, O livro dos abraços).

RESUMO

Evitável na grande maioria dos casos, a mortalidade materna é um grave problema de saúde pública que ocorre de maneira predominante nos países em desenvolvimento, representando ainda uma violação dos direitos humanos das mulheres. Igualmente, temos na mortalidade infantil um indicador que apresenta a capacidade em avaliar importantes aspectos, como o acesso da população materno-infantil aos serviços de saúde. Nesse contexto, a estratégia Rede Cegonha é uma política pública de saúde que nasce para lidar com esses problemas. Por essa razão, buscou responder a seguinte questão: qual o impacto do programa Rede Cegonha no enfrentamento da mortalidade materna e neonatal no Brasil? O objetivo dessa pesquisa foi avaliar as médias do programa Rede Cegonha no enfrentamento da mortalidade materna e neonatal no Brasil. Com relação a hipótese inicial testada nesta dissertação, foi a de que a estratégia Rede Cegonha conseguiu reduzir a razão de mortalidade materna (RMM) e a taxa de mortalidade neonatal (TMN) no Brasil, impactando positivamente na saúde do público materno e infantil em idade neonatal. Sobre os aspectos metodológicos, a dissertação se caracterizou como um estudo descritivo e explicativo sobre o impacto da estratégia Rede Cegonha na diminuição da mortalidade materna e neonatal, ancorado em dados estatísticos secundários e na diferença entre as médias anteriores e posteriores à política.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Avaliação. Rede Cegonha. Mortalidade Materna. Mortalidade Neonatal.

ABSTRACT

Avoidable in the vast majority of cases, maternal mortality is a serious public health problem that occurs predominantly in developing countries, still representing a violation of women's human rights. Likewise, we have in infant mortality an indicator that presents the ability to assess important aspects, such as the access of the maternal and child population to health services. In this context, the Rede Cegonha strategy is a public health policy that was born to deal with these problems. For this reason, it sought to answer the following question: what is the impact of the Rede Cegonha program in tackling maternal and neonatal mortality in Brazil? The objective of this research was to evaluate the averages of the Rede Cegonha program in combating maternal and neonatal mortality in Brazil. Regarding the initial hypothesis tested in this dissertation, it was that the Rede Cegonha strategy managed to reduce the maternal mortality ratio (MMR) and the neonatal mortality rate (TMN) in Brazil, positively impacting the health of the maternal and child population aged newborn. Regarding the methodological aspects, the dissertation was characterized as a descriptive and explanatory study on the impact of the Rede Cegonha strategy on the reduction of maternal and neonatal mortality, anchored in secondary statistical data and in the difference between the averages before and after the policy.

Keywords: Public Policies. Evaluation. Rede Cegonha. Maternal Mortality. Neonatal Mortality.

LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Colegiado Intergestor Regional
CMIN	Coeficiente de Mortalidade Infantil Neonatal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PRMI	Projeto Nacional para a Redução da Mortalidade Infantil
PQM	Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste
RC	Rede Cegonha
RMM	Razão (ou taxa) de Mortalidade Materna
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TMM	Taxa de mortalidade materna
TMN	Taxa de Mortalidade neonatal
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	NASCIDOS VIVOS. BRASIL (2008-2014)	37
GRÁFICO 2	MORTALIDADE NEONATAL BRASIL (2008-2014).....	38
GRÁFICO 3	COMPARATIVO ENTRE Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL E MORTALIDADE NEONATAL NO BRASIL (2008-2014).....	39
GRÁFICO 4	COMPARATIVO ENTRE Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL E MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL (2008-2014).....	40
GRÁFICO 5	RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (2008-2014)	40
GRÁFICO 6	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL (2008- 2014).....	41
GRÁFICO 7	ÓBITOS MATERNOS– NÚMEROS ABSOLUTOS – COMPARANDO CAPITAIS E UF’S.....	56
GRÁFICO 8	MORTALIDADE NEONATAL – NÚMEROS ABSOLUTOS – COMPARANDO CAPITAIS E UF’S.....	57

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	CORRELAÇÃO DE PEARSON – ÓBITOS MATERNOS, MORTALIDADE NEONATAL E ATENDIMENTOS – BRASIL.....	42
QUADRO 2	DADOS COLETADOS PARA MONTAGEM DO BANCO DE DADOS.....	53

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	COMPARATIVO ENTRE Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL E MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NO BRASIL (2008-2014).....	39
TABELA 2	DIFERENÇA DE MÉDIAS – ÓBITOS MATERNOS, MORTALIDADE NEONATAL, RMM E TMN – BRASIL.....	41
TABELA 3	DESENHO DA ANÁLISE REALIZADA, CONFORME O RECORTE DA PESQUISA E DA POLÍTICA PÚBLICA.....	54
TABELA 4	ANÁLISE DE MÉDIAS DE RMM E TMN, ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – POR CAPITAIS E UF’S.....	57-58
TABELA 5	<i>TESTE T</i> – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – TMN, TODAS AS REGIÕES.....	58-59
TABELA 6	<i>TESTE T</i> – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – TMN, POR REGIÃO.....	59-60
TABELA 7	<i>TESTE T</i> – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – RMM, TODAS AS REGIÕES.....	60-61
TABELA 8	<i>TESTE T</i> – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – RMM, POR REGIÃO.....	61-62
TABELA 9	<i>TESTE T</i> – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – TMN, TODAS AS UF’S.....	62-63
TABELA 10	<i>TESTE T</i> – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – TMN, POR UF.....	63-64
TABELA 11	<i>TESTE T</i> – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – RMM, TODAS AS UF’S.....	65
TABELA 12	<i>TESTE T</i> – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – RMM, POR UF.....	65-67
TABELA 13	<i>TESTE T</i> – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – RMM, TODAS AS UF’S.....	67-68
TABELA 14	<i>TESTE T</i> – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – TMN, POR CAPITAL.....	68-70
TABELA 15	<i>TESTE T</i> – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – RMM, TODAS AS CAPITAIS.....	70-71

TABELA 16	<i>TESTE T</i> – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – RMM, POR CAPITAL.....	71-72
------------------	---	-------

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	FLUXOGRAMA DO PLANO DE AÇÃO – REDE CEGONHA.....	29
FIGURA 2	A MORTALIDADE INFANTIL E SEUS COMPONENTES.....	36
FIGURA 3	O CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA PERSPECTIVA DE SECCHI (2013).....	47

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. DIREITO À SAÚDE E O PAPEL DO ESTADO	17
O SUS e a universalização do acesso à saúde	19
Programas da saúde materno-infantil que antecederam a “Rede Cegonha”	21
A estratégia “Rede Cegonha”	23
Monitoramento e avaliação	29
Sistema de acreditação/certificação	30
Sistema de financiamento	31
Causas indicadores de mortalidade	33
Mortalidade materna.....	33
Mortalidade neonatal.....	34
O panorama da Mortalidade Materna e Neonatal do Brasil (2008-2014).....	36
3. POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE	43
As políticas públicas e seu ciclo.....	44
A etapa de avaliação de políticas públicas.....	48
Federalismo e políticas públicas	48
4. METODOLOGIA	55
5. AVALIANDO AS MÉDIAS DA REDE CEGONHA NO PERÍODO 2008-2014	58
Avaliando comparativamente: UF’s e Capitais	59
Avaliando por Regiões do Brasil	61
Taxa de Mortalidade Neonatal	61
Razão de Mortalidade Materna	62
Avaliando por Unidade da Federação (UF)	64
Taxa de Mortalidade Neonatal	64
Razão de Mortalidade Materna	67
Avaliando por Capitais das UF’s.....	69
Taxa de Mortalidade Neonatal	69
Razão de Mortalidade Materna	72
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78

1. INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos das mulheres, ocorrendo de forma predominante nos países em desenvolvimento e sendo uma situação evitável em 92% dos casos (BRASIL, 2007). No Brasil, de 1996 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (MS) (MS, 2020). Considerando o ano de 2018, por exemplo, a razão de mortalidade materna (RMM) foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, média superior à meta firmada pela Organização das Nações Unidas (ONU) que, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), era reduzir a RMM para 35 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos até o ano de 2015. Este problema denota graves deficiências estruturais, seja no desenvolvimento de uma região, ou mesmo na oferta qualificada dos serviços de saúde – em especial para o público materno-infantil. Assim, nossa questão-problema é saber: qual a influência do programa Rede Cegonha no enfrentamento da mortalidade materna e neonatal no Brasil?

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um indicador que possibilita analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade materna, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos (MELANDA *et al.*, 2014), o que denota que a sua causalidade não se restringe apenas aos cânones da obstetrícia clínica – disciplina da ciência médica que estuda as doenças e intercorrências clínicas relacionadas ao ciclo grávido-puerperal ou a aspectos biológicos inatos do corpo feminino – refletindo também o nível socioeconômico, desigualdade de gênero, baixo nível de informações e educacional.

Além disso, o óbito materno, seja no decorrer da gestação, parto ou pós-parto, evidencia brechas nas diretrizes políticas da atenção à saúde da mulher, na equipe de saúde e na sociedade (BARRETO, 2021), que devem ser sanadas por meio de políticas públicas de saúde que se adequem à necessidade das mulheres, ou seja, que promovam equidade entre o serviço de saúde e a demanda da sociedade brasileira.

De igual maneira, a mortalidade infantil representa um indicador reconhecidamente sensível para avaliar aspectos como o acesso da população materno-infantil aos serviços de saúde, além de qualidade de vida e desenvolvimento econômico (BERNARDINO *et al.*, 2022; PEREIRA *et al.*, 2021). Dentro da mortalidade infantil, o componente neonatal chama atenção, podendo ser entendido como os óbitos de residentes até 27 dias de idade. No Brasil,

o estudo de Bernardino *et al.* (2022) demonstra a ocorrência de 303.260 óbitos neonatais no período de 2007 a 2017, com uma taxa média de 9,46/1.000 nascidos vivos (nv).

Para dar um dimensionamento comparativo ao problema, basta observar que no período de 1990 a 2019, países desenvolvidos como Canadá e Estados Unidos apresentaram taxas de 3,4 e 3,6 óbitos por 1.000 nascidos vivos (nv), respectivamente, países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, tiveram uma taxa de mortalidade neonatal de 8,5/1000 nv no mesmo período, o que retrata esta disparidade (BERNARDINO *et al.*, 2022).

Por essa razão, a busca pela melhoria da assistência materno-infantil fez com que o Ministério da Saúde lançasse, no ano de 2011, a estratégia Rede Cegonha, programa de iniciativa do Governo Federal e que buscou implementar um novo modelo de atenção à saúde do público materno-infantil, na expectativa de, assim, reduzir os níveis de mortalidade desse público materno-infantil (CASSIANO *et al.*, 2014; CAVALCANTI, 2010).

Assim, entendendo que a política pública representa o conjunto de discussões e ações que são voltadas às ações políticas, representando ainda uma ou mais iniciativas e diretrizes para a resolução de problemas públicos (AGUM *et al.* 2015; SECCHI, 2013), é perceptível que desde o início do século XX, ações públicas de saúde foram se consolidando ao longo dos anos, a partir da implementação de programas voltados para a saúde materno-infantil (CASSIANO *et al.*, 2014).

Como objetivo geral, a presente pesquisa busca avaliar as médias do programa Rede Cegonha no enfrentamento da mortalidade materna e neonatal no Brasil, estados e capitais, entre os anos de 2008 e 2014. Com relação aos objetivos específicos propostos, pretendeu-se: a) contextualizar o estudo sobre políticas públicas voltadas ao controle da mortalidade materna e neonatal; b) descrever a estrutura da estratégia da Rede Cegonha e os programas que o antecederam; c) verificar se a política pública analisada foi efetiva no tocante a diminuição da mortalidade materna e neonatal no período 2008-2014, considerando as médias das regiões, estados e capitais do Brasil.

A hipótese inicial (H1) testada nesta dissertação foi a de que a estratégia Rede Cegonha conseguiu reduzir a mortalidade materna e neonatal nas regiões, estados e capitais do Brasil, medidos nesse trabalho pela razão de mortalidade materna (RMM) e o taxa de mortalidade neonatal (TMN), impactando positivamente na saúde do público materno e infantil em idade neonatal.

Na metodologia, a dissertação se caracterizou como um estudo quantitativo descritivo sobre o impacto da estratégia Rede Cegonha na diminuição da mortalidade materna e neonatal, ancorado em dados estatísticos secundários, coletados junto ao Sistema de

Informações de Mortalidade (SIM) e ao Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os sistemas citados mostram os registros de nascidos vivos e os registros de mortes maternas. O presente estudo também utilizou o método bibliográfico, a partir da literatura do investimento em publicações das áreas de políticas públicas voltados para a Ciência Política e para a Saúde.

Deste modo, a presente dissertação está estruturada pela introdução, em que o tema é apresentado de modo inicial, além de dois capítulos teóricos, onde, no segundo capítulo se discute o direito à saúde e o papel do Estado, o papel do SUS nessa operacionalização, a estratégia da Rede Cegonha e os programas que o antecederam. O terceiro capítulo destina-se à discussão das políticas públicas de saúde e seu ciclo, com foco na etapa de avaliação, fazendo ainda uma breve discussão sobre o federalismo e as políticas públicas.

O quarto capítulo é destinado a metodologia da pesquisa. No quinto capítulo será apresentada a discussão empírica da pesquisa, a partir dos dados secundários obtidos do DATASUS. A partir disso, realizaremos a avaliação da estratégia “Rede Cegonha”, verificando se o programa impactou nos índices de mortalidade materno-infantil. Fechando a pesquisa, o sexto capítulo destina-se às considerações finais, seguidas das referências utilizadas e dos anexos eventualmente incluídos.

Sendo assim, a relevância em estudar e pesquisar a mortalidade materna e neonatal tem como ponto de partida o fato de o fenômeno apresentar-se como um problema de saúde pública, social e de negação de direitos fundamentais, que vem sendo enfrentado por meio de programas estatais específicos, a exemplo da “Rede Cegonha”. Logo, em âmbito acadêmico e social, é necessária a investigação sobre o impacto da política (se positivo ou negativo), analisando se houve redução da mortalidade materno-infantil ou não. Ademais, é importante pontuar que a investigação segue a tendência recente de estudos avaliativos no âmbito do Programa de Pós-graduação em Ciência Política (PPGCP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), a exemplo de Ramos (2021) e Oliveira (2022), tendo como diferença a proposta de realizar uma avaliação da política pública de saúde Rede Cegonha.

2. DIREITO À SAÚDE E O PAPEL DO ESTADO

O direito à saúde embora faça parte das aspirações de qualquer indivíduo aqui ou em qualquer lugar do mundo, ensejando justiça social e igualdade, contudo tais desejos humanos só tiveram uma maior discussão e efetividade no mundo no pós-segunda guerra mundial. A “Declaração Universal dos Direitos do Homem” proclamada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 10 de setembro de 1948 é um marco na história dos direitos humanos contemplando por sua vez o direito à saúde em seu artigo XXV:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...] (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Outro momento importante na compreensão da saúde como um direito universal e de responsabilidade do Estado foi a Conferência Mundial de Saúde promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata no Cazaquistão, na época pertencente a antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), priorizando a atenção primária na busca por uma saúde que possibilite seu desenvolvimento social e econômico (BITTENCOURT, 2013, p.26). A ‘Declaração de Alma-Ata’ firmou em seu primeiro artigo o conceito de saúde “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças ou enfermidades” (BITTENCOURT, 2013, p.26), afastando o conceito de saúde do modelo médico tradicional., reconhecendo como um direito humano e contemplando os determinantes sociais como norteadores do processo saúde/doença.

Por muito tempo o estado brasileiro e muito menos seu arcabouço jurídico contemplaram o acesso a saúde como um direito. Por todo o período republicano até o fim do regime civil-militar implantado em 1964 não havia políticas públicas de estado para atender as demandas em saúde de toda a população, havia os hospitais ligados a algumas corporações profissionais estatais presentes em conglomerados urbanos maiores, herança do varguismo; pontuais serviços de atenção primária como o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), também tributário da era Vargas; o SAMDU (Serviço de Assistência Médica e Domiciliar) que de certa forma ampliava o atendimento médico de urgência em algumas áreas urbanas, criada no segundo governo do caudilho gaúcho; serviços médicos filantrópicos e os serviços privados de saúde para quem podia pagar. Durante o governo militar com o aumento da população urbana economicamente ativa, o sistema previdenciário tornou-se bastante

superavitário, a arrecadação era crescente e o número de aposentadorias e pensões era relativamente pequeno, grande parte do orçamento previdenciário foi utilizado para compra de serviços médico-hospitalares do setor privado, porém para atender apenas os trabalhadores e seus familiares que tinham carteira assinada ou contribuía como autônomos. Portanto, se tinha o Ministério da Saúde apenas cuidando dos programas de vacinação, combate a algumas endemias como a malária, doença de Chagas e esquistossomose e o Ministério da Previdência comprando serviços médicos e hospitalares para atender uma parte da população urbana, e assim a atenção primária em saúde era bastante pontual e os serviços de saúde do nível secundário e terciário atendiam apenas uma parte da população de forma privada e com precário controle público (TEIXEIRA, 2018).

No bojo dessa crise sanitária crônica, da estagnação econômica dos anos 80 e da luta política pelas liberdades democráticas, várias entidades nos mais diferentes locais do país que defendiam direitos dos cidadãos, entre eles o de uma saúde para todos, movimentos de mulheres e intelectuais da saúde se organizaram no chamado Movimento da Reforma Sanitária. “O movimento fazia severas críticas ao modelo de atenção à saúde vigente e propunha a ampliação do conceito de saúde destacando sua relação com a alimentação, a moradia, o lazer, a renda e a educação” (BITTENCOURT, 2013, p. 28).

Um marco abalizador em todo esse processo foi a realização em março de 2016 da 8ª Conferência Nacional de Saúde convocada pelo Ministério da Saúde, contando com a participação de 1000 delegados e 3000 observadores, incluindo usuários, profissionais da saúde, e outros representantes da sociedade civil, as conferências anteriores eram restritas a burocratas do estado e parlamentares. Tal evento teve com apanágio “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado” e seu relatório serviu de base para os constituintes da Carta Magna de 1988, contemplando a saúde como um direito universal de todos os brasileiros e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para exemplificar, destacamos os seguintes textos constitucionais,

Art. 6º. São direitos sociais, a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma dessa Constituição (BRASIL, 1988).

(...)

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Portanto, a nossa Carta Magna de 1988 inseriu a saúde como um direito social de todos os brasileiros, sendo o Estado obrigado a garantir a saúde do cidadão e da coletividade, debate que não tem exaurido soluções para os problemas de saúde da população brasileira.

O SUS e a universalização do acesso à saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) encontra sua previsão legal no Art. 196 da Constituição Federal de 1988, tendo como principal função garantir o acesso universal à saúde, que necessitou de toda uma regulamentação legal, sendo as mais relevantes:

- a) Lei n.8.080, denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde em todo o território nacional (BRASIL,1990);
- b) Lei n. 8.142, a 2ª Lei Orgânica da Saúde, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação da comunidade na gestão do SUS, por meio da criação de Conferências e Conselhos de Saúde e sob a forma dos repasses financeiros diretos do ente federativo para as esferas estaduais e municipais (BRASIL, 1990b);
- c) Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.8.080/90, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa (BRASIL, 2011a).

Todos estes regulamentos esculpem um desenho institucional sobre as ações, serviços, organização, fundamentos, princípios, diretrizes, regionalização, acesso, financiamento, participação e controle social do SUS.

Segundo a sanitarista, Sonia Bittencourt, os serviços de saúde se apresentam nas formas de unidades de saúde da família, centro de especialidades médicas, unidades de pronto atendimento (UPA), laboratórios, clínicas, hospitais de pequeno, médio e grande porte, hemocentros, fábricas de medicamentos e vacinas e instituições de pesquisa. Tais órgãos implementam ações tanto a nível individual como coletivo abrangendo a promoção e a proteção da saúde e a recuperação dos doentes. As ações de promoção da saúde partem do entendimento da saúde não apenas pela ausência de doenças, mas também de outros fatores relacionados à qualidade de vida como saneamento básico, educação, e assistência social. A proteção à saúde compreende a prevenção de risco e exposição às doenças, incluindo imunização; prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST); assistência ao pré-natal, parto e puerpério; prevenção do óbito materno, fetal e infantil, controle de medicamentos e hemoterápicos. A recuperação da saúde consiste em evitar a morte e sequelas

dos indivíduos acometidos de agravos e doenças, compreendendo os atendimentos em saúde à nível ambulatorial básico e especializado, serviços de diagnóstico laboratorial e radiológico, urgências e emergências, atendimento hospitalar e serviços de reabilitação (BITTENCOURT, 2013).

As ações e serviços de saúde integrantes do SUS têm seus princípios basilares explicitados na Lei n. 8.080/90: a universalidade, a equidade, a integralidade e a utilização da epidemiologia. O acesso universal pressupõe que todos os cidadãos têm direito ao atendimento no SUS, independente de classe social, gênero, idade, raça, etnia, opção sexual, religião, local de moradia e nascidos ou não no Brasil; e cabe aos entes federal, estaduais e municipais oferecerem as ações e serviços em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde: primário, secundário e terciário. A igualdade é um valor importante na busca de uma saúde para todos, entretanto quando as desigualdades sociais e disparidades regionais são presentes, há necessidade de tratar os desiguais de formas desiguais, é o princípio da equidade buscando mais justiça social; se há uma maior vulnerabilidade em relação à saúde materna e infantil nas regiões Norte e Nordeste do país, faz-se necessário critérios de custeio diferenciados para tais regiões em determinadas áreas. Os serviços e as ações de saúde devem ser articulados para atender os indivíduos de forma integral, desde diminuir os riscos à saúde até a recuperação dos acometidos por doenças e suas sequelas; algumas pessoas com necessidades especiais ou minorias sociais precisam de atenção diferenciada, tais como, indígenas, deficientes físicos e mentais, adolescentes, idosos e outras categorias sociais. A utilização da epidemiologia é imprescindível para analisar a situação de saúde da população e assim estabelecer as prioridades, demandando programas de saúde e a alocação dos recursos necessários; e de forma mais específica há as atividades da vigilância epidemiológica, que por exemplo entre as suas atribuições, uma é a vigilância dos óbitos maternos, infantil e fetal (CARVALHO, 1995).

A Lei n. 8.080/90 estabelece diretrizes para a efetividade do SUS; a descentralização, a regionalização e o controle social. A descentralização e a regionalização visam redistribuir em direção única as ações e os serviços de saúde nas três esferas governamentais (federal, estadual e municipal), e que possam garantir resolutividade e integralidade em sua assistência. A descentralização vai além de estabelecer uma maior efetividade do sistema, mas também inserir a participação da sociedade nos diferentes níveis decisórios do SUS através do controle social. A Constituição Federal de 1988 contempla a participação da população por intermédio de suas entidades representativas na formulação e no controle da execução das políticas de saúde, posteriormente contempladas pelo SUS através da participação popular nas suas

diferentes estâncias colegiadas: um conselho de saúde em cada município, denominados Conselhos Municipais de Saúde; os Conselhos Estaduais de Saúde em cada estado da federação e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância máxima deliberativa do SUS. Há outros mecanismos inovadores ampliando a participação popular no SUS: ouvidoria, auditoria, monitoramento, avaliação e controle da gestão do SUS (PAIM, 2019).

Programas da saúde materno-infantil que antecederam a “Rede Cegonha”

As políticas de atenção à saúde da criança no Brasil iniciavam, ainda, no início do século XX, embora venha ganhar regularidade e um conjunto de articulações pensadas propositadamente em 1973, tendo como marco o Programa Nacional de Imunização (PNI), impactando a saúde infantil (LEAL *et al.*, 2018).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983, é, assim, considerado como um programa referenciado na questão da superação da perspectiva materno-infantil, tratando a mulher para além da sua especificidade estritamente reprodutiva. Nesse sentido, situando o planejamento familiar tangendo às esferas dos direitos à cidadania e à saúde, apontava para uma perspectiva de formular acerca dos direitos sexuais e reprodutivos em menos uma década, já pactuadas nas conferências de Cairo e Beijing (LEAL *et al.*, 2018).

Já em 1985, ocorre o lançamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), sendo decisivo para constituir, em 1990, a coordenação da Saúde da Mulher em uma coordenação separada. Ainda em 1990, incluem procedimentos mais adequados aos partos e nascimentos, além, também, de integrarem as parteiras dentro da atividade procedimental do Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (LEAL *et al.*, 2018).

Na década de 1990, viabilizaram e ampliaram o acesso aos serviços de Atenção Básica à Saúde por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia da Saúde da Família. Esse programa contribuiu decisivamente para o aumento da cobertura de atenção à saúde reprodutiva e infantil. Para se ter dimensão,

Pesquisas mostraram que, a cada 10% de aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família, havia redução em 4,6% da mortalidade infantil. Nessa década, o Brasil se juntou à Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC, idealizada pela OMS e pelo UNICEF com o objetivo de promover a mudança de condutas e rotinas responsáveis pelo desmame precoce. A Declaração de Innocenti, que marcou o lançamento da IHAC, ao promover a amamentação, tem como primeiro objetivo o de “reduzir a morbimortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas” (LEAL *et al.*, 2018, p. 1921).

Essas ações e somadas à da Política Nacional de Aleitamento Materno, impulsionou, em 2016, o Brasil ao reconhecimento internacional por avanços nos índices de aleitamento materno entre cerca de 150 países, se tornando um país referência nesse quesito. Com esse programa, houve o fortalecimento através da criação da Rede de Bancos de Leite Humano, promovendo iniciativas de apoio a mulher na continuidade da amamentação mesmo retornando aos postos de trabalho; promovendo, também, campanhas publicitárias anualmente com foco na mobilização social do aleitamento materno (LEAL *et al.*, 2018).

Ainda na década de 1990, surge o Projeto Nacional para a Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), o primeiro a favorecer municípios selecionados tendo em vista os indicadores de pobreza, em sua maioria, localizados na Região Nordeste. Tal projeto possibilitou o reforço às ações da atenção básicas de saúde e apontando ênfase na importância do saneamento, articulando e evoluindo instituições internacionais, nacionais e a sociedade civil (LEAL *et al.*, 2018).

Chegando em 2000, a concentração dos óbitos infantis incidia-se no período perinatal, sendo que os programas iniciados nesse ano objetivaram construir procedimentos adequados à atenção ao parto e ao nascimento. “[...] o já mencionado Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento e a Política Nacional de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de BPN - Método Canguru, com impacto para o êxito da amamentação” (LEAL *et al.*, 2018, p. 1922).

Ainda em 2000, o Brasil decide assumir o compromisso com os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, de garantir os devidos esforços para libertar homens, mulheres e crianças da extrema pobreza. “Esse compromisso incluiu, dentre outros, a redução de 2/3 da mortalidade na infância e de 3/4 a mortalidade materna até o ano de 2015” (LEAL *et al.*, 2018, p. 1923; ONU, 2000).

Já em 2004, o governo brasileiro lança a Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher (PNAISM), projeto elaborado em conjunto com os movimentos sociais, incluindo profissionais de saúde e especialistas. Retomando os princípios do PAISM, a PNAISM avançava no sentido de reconhecer a diversidade das mulheres, ao passo que contemplava a saúde de diferentes grupos – negras, indígenas, trabalhadoras rurais etc. – e diferentes ciclos de vida, enfatizando os direitos sexuais e reprodutivos (LEAL *et al.*, 2018).

Em 2001, normas relacionadas à Atenção humanizada ao abortamento e a Lei do acompanhante foram instituídas para garantir às parturientes o direito de livre escolha do acompanhante durante o trabalho de parto, durante o parto e ao pós-parto imediato, dentro do

SUS. A lei da vinculação à maternidade, em 2007, versa sobre a garantia da gestante ao conhecimento e à vinculação direta à maternidade através da assistência do parto no SUS (LEAL *et al.*, 2018).

Devido a frustração da baixa queda do número da Mortalidade Materna, a notificação do número de mortes maternas é tornada compulsória pelo Conselho Nacional de Saúde, ao mesmo tempo que programas foram direcionados para Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, a fim de garantir a redução das desigualdades regionais. No final do segundo mandato do governo Lula, uma iniciativa do Ministério da Saúde, o PQM (Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste), para melhor qualificar as maternidades dessas regiões, onde os indicadores na mortalidade materna e infantil estavam aquém das metas do milênio (ONU, 2000; LEAL *et al.*, 2018; LEAL *et al.*, 2019).

No ano de 2011, a Rede Cegonha – projeto criado para a atenção materna, neonatal e infantil – que incorporará todas as ações mencionadas anteriormente, é criada para garantir o acesso, acolhimento e a resolutividade com o foco no parto e nascimento, bem como ao crescimento/desenvolvimento da criança até o vigésimo quarto (24) mês, garantindo o acesso ao planejamento reprodutivo (LEAL *et al.*, 2018).

Vale lembrar que, em 2015 e 2017, outra medida importante reside nas Diretrizes Nacionais sobre a realização de cesarianas e do Parto Normal, com base na metodologia e nas diretrizes do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), orientadas pelo Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (LEAL *et al.*, 2018).

A estratégia “Rede Cegonha”

Partindo dos pressupostos que a mortalidade materna e infantil são elevadas no Brasil, principalmente em comparação com os países mais desenvolvidos; e do compromisso internacional firmado pelo Brasil em cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em 2011 foi anunciado pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria Nº 1.459, de 24 de junho daquele ano, a Rede Cegonha (RC), uma inovadora estratégia do Serviço Único de Saúde (SUS) para diminuição da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011a).

Na década de 90, a Taxa de Mortalidade Materna (TMM) no Brasil era de 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Em 2000, o Brasil pactua com a Organização das Nações Unidas (ONU), dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em reduzir em $\frac{3}{4}$ a mortalidade materna no país e alcançar a meta de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos no

Brasil até 2015. No ano de 2009, essa taxa era de 65,3, e mesmo havendo uma redução considerável, ainda se considerava alta a mortalidade materna no Brasil (BRASIL, 2011a; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000; RODRIGUES, 2019).

Contemplando direito ao planejamento reprodutivo, melhoria do atendimento às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Partem dos princípios de: respeito, proteção e à realização dos direitos humanos; respeito à diversidade cultural, étnica, cultural e racial; promoção da equidade, com enfoque de gênero; garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; participação e mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha tem como seus objetivos basilares: a) a implementação de um modelo de assistência à saúde da mulher e da criança com foco na assistência ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero a dois anos; b) a organização de uma rede de atenção à saúde materna e infantil garantindo acesso, acolhimento e resolutividade; c) redução das mortalidades materna e infantil (ênfatisando o componente neonatal). E suas diretrizes dizem respeito à garantia do acolhimento às grávidas com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso aos serviços de saúde e melhoria da qualidade da assistência pré-natal; garantia à parturiente da vinculação a uma unidade de saúde de referência e ao transporte seguro; garantias das boas práticas e segurança na assistência ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a 2 anos com qualidade e resolutividade; e o oferecimento de um planejamento reprodutivo no pós-parto (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha está organizada partir de 4 (quatro) componentes, em que cada um contém uma série de ações de atenção à saúde: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e um Sistema Logístico com Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011a).

Pré-Natal, o primeiro componente compreende as seguintes ações: realização da assistência pré-natal na atenção básica de forma qualificada e com captação precoce das gestantes; acolher as intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno, realização dos exames de pré-natal de baixo e alto risco obstétrico e acesso aos resultados em tempo oportuno, vinculação da gestante durante o pré-natal a uma maternidade-referência, qualificação do sistema e da gestão da informação, implementação de estratégias de comunicação social e

programas educacionais relacionados à saúde sexual e reprodutiva, prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e Hepatites, e apoio às gestantes nos deslocamentos para realização das consultas pré-natais e para o local que será realizado o parto (BRASIL, 2011a).

Já o segundo, o componente Parto e Nascimento, contempla as seguintes ações: número adequado de leitos obstétricos e neonatais, ambiência das maternidades, “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, garantia à gestante de acompanhante durante o acolhimento, pré-parto, parto e pós-parto, realização de classificação de risco durante o acolhimento nos serviços de saúde materna e neonatal, estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, e estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão (BRASIL, 2011a).

O terceiro componente, Puerpério e atenção integral à saúde da criança, compreende a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após o parto, busca ativa de crianças vulneráveis, a implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e hepatites, e a orientação e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2011a).

O último componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação consistem na promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; na implantação do modelo “Vaga Sempre”, com a colaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e a implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial de consultas e exames (BRASIL, 2011a).

A operacionalização da Rede Cegonha tem se dado pela execução de cinco fases, a saber: adesão e diagnóstico, desenho regional da Rede Cegonha, contratualização dos pontos de atenção, qualificação dos componentes e certificação (BRASIL, 2011a).

A fase de adesão e diagnóstico começou com a apresentação nos estados, Distrito Federal e municípios; apresentação e análise de uma matriz diagnóstica na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e instância similar no Distrito Federal. A matriz apresentada é composta de quatro grupos de indicadores, sendo o primeiro indicadores de mortalidade e

morbidade (incidência de sífilis congênita, taxas de óbitos infantis neonatais e pós-natais, número absolutos de óbitos maternos por faixa etária – 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos por município, nascidos vivos segundo idade da mãe e idade gestacional abaixo de 37 semanas, percentual de óbitos infantis-fetais investigados e percentual de óbitos de mulheres em idade fértil por causas presumíveis investigados) (BRASIL, 2011a).

O segundo grupo são os indicadores de atenção: número de nascidos vivos e percentual de gestantes com mais de 7 (sete) consultas no pré-natal; cobertura de equipes de saúde da família; percentual de partos normais e cesarianas, cesáreas em primíparas, gestantes captadas até a 12^a semana de gestação, de crianças com consultas preconizadas até 24 meses, de crianças com a programação vacinal completa e das gestantes com todos os exames preconizados (BRASIL, 2011a).

O terceiro grupo é o da análise da capacidade hospitalar instalada, consistindo na totalização do número de leitos obstétricos e por estabelecimento de saúde; e a identificação das maternidades para o atendimento de gestações de alto risco e/ou atendimento aos recém-nascidos e crianças de alto risco. Indicadores de gestão como o percentual de investimento estadual no setor saúde, Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Programação Pactuada Integrada (PPI) atualizadas em cada unidade federativa, identificação das centrais de regulação (urgências, internações e procedimentos ambulatoriais) e implantação de ouvidorias do SUS em cada estado e nas capitais constituem o quarto grupo da matriz diagnóstica a ser analisada no processo de adesão à Rede Cegonha (BRASIL, 2011a).

A fase seguinte do desenho regional da Rede Cegonha, contempla o exame da situação da mulher e da criança, partindo de dados primários, que levam em consideração dados demográficos e epidemiológicos, além do dimensionamento da demanda assistencial, da oferta social e da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo (BRASIL, 2011a).

O desenho regional, por sua vez, é executado pelo Colegiado Intergestor Regional (CIR). A única exceção é o Distrito Federal, em que será realizado no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES (BRASIL, 2011a).

No que tange ao desenho regional, é a orientação da instituição do Fórum Rede Cegonha, cuja finalidade é a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para a participação cidadã, para construir um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento, mediado pelo acompanhamento e contribuindo na implementação da Rede Cegonha da Região (BRASIL, 2011a).

Sobre a contratualização dos pontos de atenção, necessários à elaboração do desenho da Rede Cegonha em cada município, é fundamental para operacionalização. Nesse ponto, exerce uma demanda, pois, “para sua operação, a elaboração de contratos de gestão entre os entes gestores das RASs e os entes prestadores de serviços de saúde envolvidos nessas redes” (MENDES, 2011).

Nesse sentido, o Sistema de Contratualização, compõem-se por contratos públicos que tem a função de “coordenar as atividades das partes, assegurando a produção de um excedente cooperativo; distribuir os frutos da cooperação; e assegurar que os compromissos sejam cumpridos” (MENDES, 2011). Para que seja efetivo, no plano de contrato, devem ser considerados as condições estruturais dos prestadores, bem como os instrumentos de gestão clínica, além das condições de acesso aos serviços e a especificação de padrões de qualidade dos serviços.

Para garantir essa eficácia, o Ministério da Saúde aponta a construção de mecanismos formais de contratualização entre os agentes reguladores/financiadores, incluindo, também, os prestadores de serviço, o que possibilitaria uma gestão eficaz, eficiente e de qualidade, capaz de propiciar a democratização e a transparência ao SUS. Em síntese, a contratualização poder ser definida:

como o modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos (BRASIL, 2010).

Ainda no que tange aos objetivos da contratualização das Redes de Atenção à Saúde, pode-se destacar os seguintes pontos: a) melhorar o nível de saúde da população; b) responder com efetividade às necessidades em saúde; c) obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde; d) alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar; e) coordenar as atividades das partes envolvidas; f) assegurar a produção de um excedente cooperativo; g) distribuir os frutos da cooperação; h) assegurar que os compromissos sejam cumpridos; e i) disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão. (BRASIL, 2010).

Complementa-se à contratualização da RC uma série de objetivos a fim de: a) pactuar metas e indicadores que possibilitem a mudança do modelo de atenção obstétrica e neonatal no País; b) possibilitar a co-responsabilização do cuidado à gestante e recém-nascido

garantindo o cuidado em rede, acesso e acolhimento nas maternidades; c) promover a implementação das boas práticas para o parto e nascimento seguros e humanizados e ativar posturas de defesa da vida; d) formalizar por meio de instrumento contratual a relação entre o gestor local de saúde e o estabelecimento hospitalar; e) estabelecer a alocação e o repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento de metas quali-quantitativas (BRASIL, 2010).

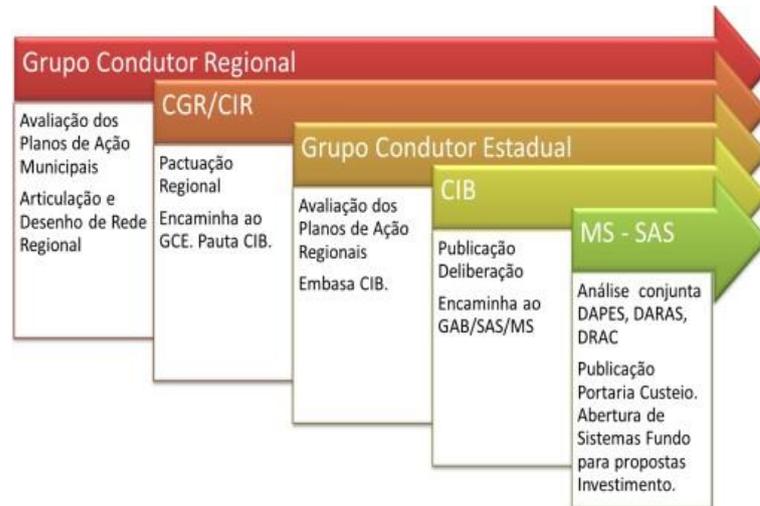
Como mencionado acima, o desenho regional pactua-se no âmbito do Colegiado Intergestor Regional (CIR) ou, no caso do Distrito Federal, no CGSES/DF. Com isso, é possível manter a continuidade da elaboração – e a pactuação – da proposta de Plano de Ação Regional – PAR, que, assim, poderá conter “a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, o que inclui, também, as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos municípios envolvidos” (BRASIL, 2011a).

Conseqüentemente é elaborado os Planos de Ação Municipais dos Integrantes do CIR. Estes, assim, devem ser pensados em harmonia com o Plano de Ação Regional e devem conter, minimamente, as seguintes informações a fim de atingi-lo:

- I - Identificação da população total do Município, do número de mulheres em idade fértil (10-49 anos) e do número de nascidos vivos no ano anterior, incluindo SUS - dependentes e SUS-não dependentes;
- II - Toda a programação (física e financeira) da atenção integral à saúde materna e infantil; e III - Especificar as atribuições e responsabilidades pactuadas relacionadas ao aporte dos novos recursos disponibilizados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios de acordo com o Anexo I, da Portaria MS/SAS N° 650, de 5 de outubro de 2011. (BRASIL, 2011b).

A fim de detalhar melhor essas informações, o fluxograma abaixo exemplifica a análise do Plano de Ação:

FIGURA 1. FLUXOGRAMA DO PLANO DE AÇÃO – REDE CEGONHA



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde

Na figura acima, elaborada pelo Ministério da Saúde, observa-se a sequência de elaboração do PAR, com sua origem e desenho nas Regiões/Municípios, por conseguinte, a pactuação nos respectivos CIR; segue-se a avaliação no Grupo Condutor Estadual e deliberação no CIB, que será encaminhado ao Ministério da Saúde, que avaliará o planejamento, se está adequado ou às orientações e diretrizes da Rede Cegonha, podendo indicar adequações, caso necessite; por fim, segue a liberação dos recursos financeiros (GIOVANNI, 2013).

Outra instituição importante na formalização da contratualização é o Grupo de Condutor Municipal em cada município que participa da CIR, com apoio institucional da Secretaria Estadual de Saúde. A recomendação é que seja composta por representantes de diferentes áreas das ações da Rede Cegonha, tais como: Atenção Básica à Saúde, saúde da criança, do adolescente e jovem e da mulher, atenção especializada, regulação e vigilância em saúde, entre outros. Em síntese, “o Sistema de Contratualização compõe um ciclo, que se “origina no plano estratégico que leva a um plano de contrato que deve ser monitorado e avaliado” (MENDES, 2011, p.190 *apud* GIOVANNI, 2013, p.53).

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e a avaliação são os componentes que se integram ao círculo da formulação de políticas públicas, eixo importante ao planejamento e, também, para a gestão, facilitando os processos decisórios e de formação das pessoas que se envolvem. Nesse sentido, são ferramentas de gestão que submetem ao objetivo de subsidiar as tomadas de decisões dos gestores, que partem da identificação dos problemas, agindo nas reorientações de

ações e serviços de saúde realizados. Os sistemas de informações e outros instrumentos de avaliações, servem de base para desenvolver políticas com a finalidade de resolver esses problemas (GIOVANNI, 2013).

Ora, o monitoramento poder ser sintetizado como “acompanhamento dos objetivos quantitativos e qualitativos predefinidos em termos de estrutura, processos e resultados com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade dos serviços” (MENDES, 2011). É preciso destacar, de acordo com a portaria 1.473, que o monitoramento e a avaliação são de responsabilidade dos três entes federados, em contrapartida, cabe à União, através do Ministério da Saúde, a responsabilidade em todo o território brasileiro, por meio do Estado e das secretarias estaduais de saúde, e também nos municípios, por meio das secretarias de saúde municipais.

Há, também, o Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas – SISPART e o SISPRENATAL WEB, descritos nos Sistemas de Apoio de Informação, como dispositivos de monitoramento e avaliação das ações, e serviços, da Rede Cegonha. Enquanto no nível federal, a Rede Cegonha conta com o e-CAR – Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados, um programa disponibilizado via web, permitindo a realização de acompanhamento e a avaliação dos resultados das ações priorizadas no âmbito da RC, Saúde das Mulheres e das Crianças, garantindo o acompanhamento das informações minuciosas no planejamento, bem como as metas estabelecidas, além do cronograma de execução. Esse é um mecanismo de uso do Ministério para monitorar as atividades semanais da RAS Temáticas (GIOVANNI, 2013).

Outro mecanismo utilizado, para a avaliação, é a Ouvidoria do SUS/Rede Cegonha, possibilitando a realização de pesquisas por via do inquérito telefônico. Através da ouvidoria, é possível entrar em contato com mulheres que tiveram filhos em hospitais públicos, permitindo qualificar o atendimento durante o pré-natal e o parto. Durante a consulta, são feitas 38 perguntas, que vai desde a questão da gravidez às condições socioeconômicas, garantindo a formação de uma base de dados fortuita (GIOVANNI, 2013).

Os resultados das consultas, formando a base de dados, ficam disponíveis nos relatórios do Departamento de Ouvidoria Geral – DOGES, pertencente à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, disponível para acesso no site do Ministério da Saúde.

Sistema de acreditação/certificação

O processo que possibilita avaliar e certificar a qualidade dos serviços de saúde, é o sistema de acreditação e certificação. Esse serviço, por sua vez, permite verificar a conformidade dos requisitos e indicadores que estão escritos nos atos normativos. Através do selo, a acreditação/certificação podem ser concretizadas e indicadas como serviços de qualidade (GIOVANNI, 2013).

Nas Redes de Atenção à Saúde, esse sistema necessita de uma acreditação de perspectiva sistêmica, marcando o funcionamento dessas redes, pois, faz-se importante uma avaliação da totalidade dos elementos das redes que possibilitam agregar valor junto à população. Dessa forma, a verificação não pode ser feita isoladamente, para que não seja impactado negativamente os serviços de saúde.

O Ministério da Saúde concede à Rede Cegonha uma certificação de funcionamento ao SUS, de forma anual, após a Fase de Qualificação dos Componentes. Será a partir dessa realização e cumprimento das metas de ações de atenção à saúde que, previstas em cada componente da Rede, que o programa passa a funcionar com base no Plano de Ação Regional e nos Planos de Ação Municipais.

Sob as responsabilidades dos gestores estaduais, municipais e dos dirigentes de serviços de saúde, além do acompanhamento dos Grupos Condutores Estadual e Municipal da Rede Cegonha, fica a verificação da implementação dos planos e o monitoramento periódico do Ministério da Saúde.

Sistema de financiamento

Outro ponto fundamental diz respeito ao Sistema de Financiamento, sendo uma parte inerente à administração da RAS, sendo, assim, “atribuição comum aos gestores das três esferas de governo, sendo orientado no sentido de reduzir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade” (BRASIL, 2010).

Entendendo as particularidades de cada região, as modalidades de repasses devem ser ajustadas com o modelo e planejamento, a fim de fortalecer as relações de complementaridade, além de viabilizar interdependência entre os entes envolvidos na organização da atenção (BRASIL, 2010). Nesse sentido, pensar os repasses financeiros de custeio da Rede de Atenção à Saúde (RAS), implica em uma combinação de critérios de necessidades de saúde, envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias, sem

perder de vista o desempenho no cumprimento dos objetivos e das metas estabelecidas (BRASIL, 2010).

Para Mendes (2011, p. 201), o sistema de financiamento é constituído por “elementos mais potentes com que conta o ente de governança das RAS para alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção porque contém, em si, os incentivos econômicos que norteiam as ações de gestores e de prestadores de serviços”. E a RAS depende efetividade do financiamento, ancorado nos objetivos, para garantir condição de saúde aos participantes do programa.

Destaca-se que o SUS, ao longo do tempo, investiu na mudança da lógica do financiamento, redirecionando da lógica de cobrança de procedimentos para o financiamento por captação ou, também, por ciclo de atendimento à condição de saúde. E isso é pensado, justamente, porque a condição de financiamento da Rede Cegonha ser tripartite, sendo a busca de recursos e a manutenção sendo responsabilidade da União Federal, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Os recursos captados para financiamento do Ministério da Saúde, da Rede Cegonha, são logrados junto ao Limite Financeiro Global dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de acordo com a pactuação formalizada nos Planos de Ação Regional e Municipais. O Ministério da Saúde, assim, financia diferentes ações e prestações de serviços dos participantes da Rede Cegonha, que vai do financiamento do componente pré-natal ao parto e nascimento:

Financiamento do componente pré-natal: I) 100% (cem por cento) de custeio dos exames do pré-natal; II) 100% (cem por cento) do fornecimento de kits para as UBS: sonar, fita métrica, gestograma, Caderno de Atenção Básica/CAB - Pré-natal e Balança adulto; III) 100% dos kits para as gestantes: Bolsa e Trocador de fralda; e IV) 100% dos kits para parteiras tradicionais: Bolsa com os materiais, equipamentos e insumos necessário ao parto normal.

O financiamento do componente parto e nascimento: I) recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, e recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos; II) recursos para a compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos ser repassados fundo a fundo; III) 100% (cem por cento) do custeio para Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera e Leito Canguru; IV) 80% (oitenta por cento) de

custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal e para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco/GAR,). (BRASIL, 2011a)

Adiante, vejamos um pouco mais sobre as variáveis explicativas que foram propostas para avaliar a mencionada política pública no campo da saúde.

Causas indicadores de mortalidade

Mortalidade materna

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública a ser enfrentado pelos governos nacionais e subnacionais, além de demonstrar-se como uma verdadeira violação dos direitos humanos das mulheres, posto que evitável.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mortalidade materna pode ser definido como a morte da mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez (BRASIL, 2007) Considera-se, ainda, qualquer causa associada ou agravada pela gestação ou por condutas tomadas em decorrência desse estado, excluindo apenas as causas acidentais ou incidentais, representadas pelas mortes violentas consumadas durante o período puerperal (MEDEIROS *et. al*, 2018).

Para mensurar do fenômeno é utilizado o Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) ou Razão de Mortalidade Materna (RMM) como indicador de saúde, que é calculado a partir do número de óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos (NV). O limite tido como aceitável pela OMS é de 20 mortes a cada 100 mil nascidos vivos. Vejamos:

O CMM pode ser classificado como baixo, quando se tem até 20 óbitos por 100 mil NV; médio, quando o número de óbitos fica entre 20 e 49; alto, quando se tem 50 a 149 óbitos; e muito alto, quando o número é maior que 150 por 100 mil NV. Ressalta-se que o resultado desse cálculo não é totalmente fidedigno, pois há uma alta taxa de sub-registro de óbitos, bem como das causas da morte, impossibilitando o conhecimento da real magnitude desse indicador (MEDEIROS *et. al*, 2018).

Quanto a sua categoria, os óbitos maternos podem ocorrer em decorrência de causas obstétricas diretas (aquelas ligadas a complicações na gravidez ou puerpério), indiretas

(decorrentes de patologias anteriores a gestação que se acentuam no período gestacional) e não especificadas.

De acordo com a literatura especializada, a causalidade das mortes maternas possui intrínseca associação com as baixas condições socioeconômicas, pouco de acesso aos bens sociais, baixo grau de informação e escolaridade, baixa qualidade da assistência de saúde (tratamentos inadequados, omissões, técnicas incorretas, falta de acompanhamento) (FERRAZ, BORDIGNON, 2012; MEDEIROS *et al.*, 2018; BARRETO, 2021), refletindo o grau de desenvolvimento e qualidade da assistência no território.

Para Soares *et al.* (2017) a mortalidade materna possui etiologia multifatorial, não dependendo somente das condições de saúde maternas, e sim de múltiplos fatores sociais, políticos, econômicos e demográficos que interligados, contribuem para a ocorrência do óbito.

O desafio para redução desse fenômeno, por sua vez, passa pelo desenvolvimento de políticas públicas sérias que fortaleçam o pré-natal, visto que é nesse âmbito que são realizadas as ações preventivas, avaliação da saúde da mulher e do feto, identificação dos fatores de risco e tratamento precoce de eventuais doenças. Aliado a isso, também se demonstra necessário o aparelhamento da atenção primária, com equipamentos suficientes para assistência da mulher; e, a qualificação das equipes de saúde que atuam no atendimento desse público, para que o pré-natal seja bem realizado e diminua as chances de complicações para mãe e o bebê.

Mortalidade neonatal

No Brasil, como geralmente acontece nas políticas públicas de maneira geral, a política de saúde infantil é caracterizada por um percurso histórico de avanços e retrocessos, de pontos positivos e negativos no que se refere ao processo de cuidar (JUSTINO *et al.*, 2019). Em uma perspectiva de saúde, a mortalidade infantil é um indicador da abrangência multidisciplinar, pois, assim como destacam Bernardino *et al.* (2022, p.568), “A taxa de mortalidade infantil é um indicador sensível para avaliar a qualidade de vida, o desenvolvimento socioeconômico e o acesso da população aos serviços de saúde.”

Por isso mesmo, dada a importância da Mortalidade Infantil (MI) como indicador de saúde capaz de revelar determinadas características econômicas, da qualidade da vida e da saúde de uma população, além de oferecer indicações sobre o funcionamento ou não de uma iniciativa de governo para esta área-problema, Pereira *et al.* (2021, p.3334) destacam que, sobre sua forma mensuração:

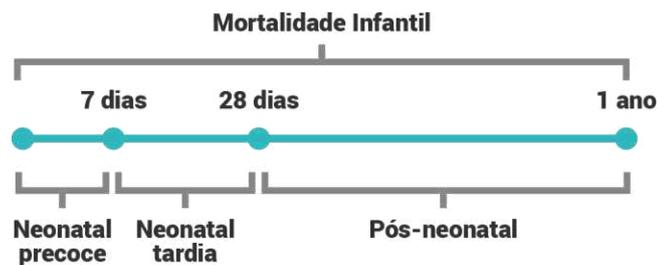
A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a MI como a probabilidade de morte antes de um ano de idade, sendo que a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) pode ser mensurada de duas maneiras: como um coeficiente (número de óbitos em menores de um ano de idade / nascidos vivos) ou como um índice (número de óbitos em menores de um ano de idade / óbitos totais).

A partir disso, fica evidente que:

A mortalidade infantil é uma prioridade sanitária em pactos nacionais e internacionais, entre os quais destacam-se os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para o ano de 2015 e mais tarde, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o ano de 2030. (PEREIRA *et al.*, 2021, p. 3335)

No entanto, é importante destacar que a mortalidade infantil possui uma composição que pode ser verificada a partir de seus três componentes: neonatal (precoce e tardia) e pós-neonatal, assim como mostra a figura.

FIGURA 2. A MORTALIDADE INFANTIL E SEUS COMPONENTES



Fonte: UNA-SUS/UFMA (2018)

Partindo disso, e de acordo com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS/UFMA), criada pelo Ministério da Saúde para oferecer capacitação permanente aos profissionais do SUS, é possível afirmar que “a mortalidade infantil neonatal é causada principalmente pela assistência à saúde, ou melhor, por sua ausência ou por um cuidado mal prestado à mãe e ao bebê durante à gestação e no parto” (MATA *et al.*, 2018).

Foi pensando em políticas públicas de saúde direcionadas a resolver essas questões que iniciativas governamentais como a Rede Cegonha – objeto da nossa pesquisa – foram criadas. “Assim, objetivando conquistar as metas propostas na agenda mundial, o Brasil, por meio de ações do Ministério da Saúde, dentre várias outras políticas públicas, criou, em 2011, a Rede Cegonha.” (PEREIRA *et al.*, 2021, p. 3335)

Dentre os objetivos primados pela Rede Cegonha está o de:

(...) garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, estruturando e organizando a APS para cuidados

específicos dessa população alvo, o que contribui, desse modo, para melhoria da Saúde Pública, tal qual a redução da MI nos estados e municípios da federação, de acordo com expectativas do Ministério da Saúde. (PEREIRA *et al.*, 2021, p. 3335)

Especificamente sobre o coeficiente de mortalidade neonatal, este pode ser calculado a partir da seguinte fórmula:

$$\text{Coeficiente de Mortalidade Neonatal} = \frac{\text{Número de óbitos 0 a 27 dias de idade} \times 1000}{\text{Número de nascidos vivos}}$$

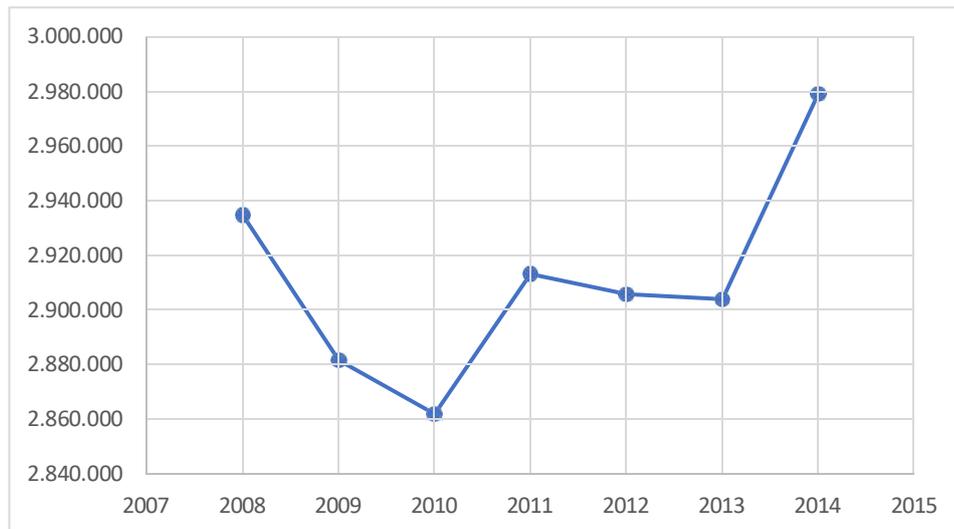
De acordo com estudo realizado por Bernardino *et al.* (2022, p. 268):

O Brasil registrou uma notável redução da taxa de mortalidade neonatal, de 25,33/1.000 nv em 1990 para 8,5 óbitos/1.000 nv em 2019. No entanto, se compararmos os óbitos neonatais entre as regiões brasileiras, há uma disparidade entre elas, sendo as regiões Norte e Nordeste detentoras de elevados índices de mortalidade neonatal em relação às regiões Sul e Sudeste.

Em seu estudo sobre a tendência de mortalidade neonatal no Brasil entre os anos de 2007 e 2017, Bernardino *et al.* (2022) concluem que houve uma diminuição no coeficiente de mortalidade neonatal no Brasil durante o período por eles analisado, sendo a mortalidade precoce a que apresentou maior redução, ainda que ainda possa ser considerada uma alta taxa se comparada aos óbitos neonatais tardios. Contudo, ainda de acordo com os autores, “(...) há ainda a necessidade de intensificação de políticas governamentais efetivas na saúde e na área econômica para melhorar a vida do indivíduo e da sociedade como um todo.” (BERNARDINO *et al.*, 2022, p.576). É preciso, nesse aspecto, analisar a questão pela perspectiva das políticas públicas, conforme proposto no presente estudo.

O panorama da Mortalidade Materna e Neonatal do Brasil (2008-2014)

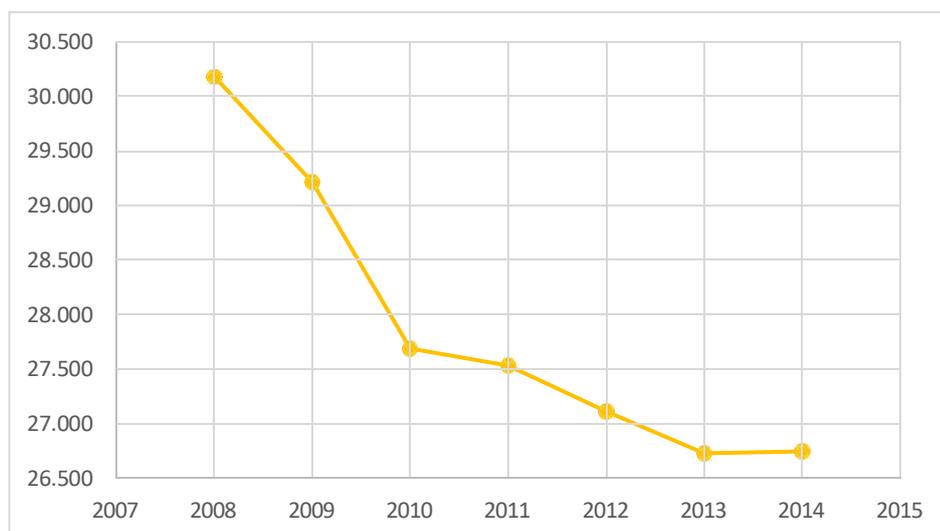
Logo de início, é interessante que façamos uma contextualização, fundamentada nos dados que foram coletados junto ao DATASUS, acerca da realidade brasileira no que diz respeito aos números absolutos e taxas relacionadas as principais informações sobre a política pública: i) nascidos vivos; ii) mortalidade neonatal; iii) mortalidade materna e; iv) número de consultas pré-natal, além das variáveis explicativas da estratégia “Rede Cegonha” que foram vistas anteriormente: i) razão de mortalidade materna (RMM) e; ii) taxa ou coeficiente de mortalidade neonatal (TMN). Assim, sobre o número de nascidos vivos, vejamos:

GRÁFICO 1 - NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS NO BRASIL (2008-2014)

Fonte: Dados retirados do DATASUS. Gráfico elaborado pelo autor.

Durante o período estudado, que leva em consideração os anos de 2008 a 2014, com uma margem anterior e posterior à política pública, houve um decréscimo no número de nascidos vivos no período de 2008 a 2010, com um posterior aumento verificado a partir da estratégia “Rede Cegonha”, entre 2010 e 2011. Após isso, novas quedas entre 2011 e 2013 e um aumento no último ano da série em tela, entre 2013 e 2014.

Em outra ótica, os números absolutos referentes a mortalidade neonatal indicam que já existiam uma tendência de queda mesmo antes do efetivo funcionamento “Rede Cegonha”, tanto é assim que no espaço de tempo entre 2008 e 2013, houve uma queda ano após ano.

GRÁFICO 2. MORTALIDADE NEONATAL BRASIL (2008-2014)

Fonte: Dados retirados do DATASUS. Gráfico elaborado pelo autor.

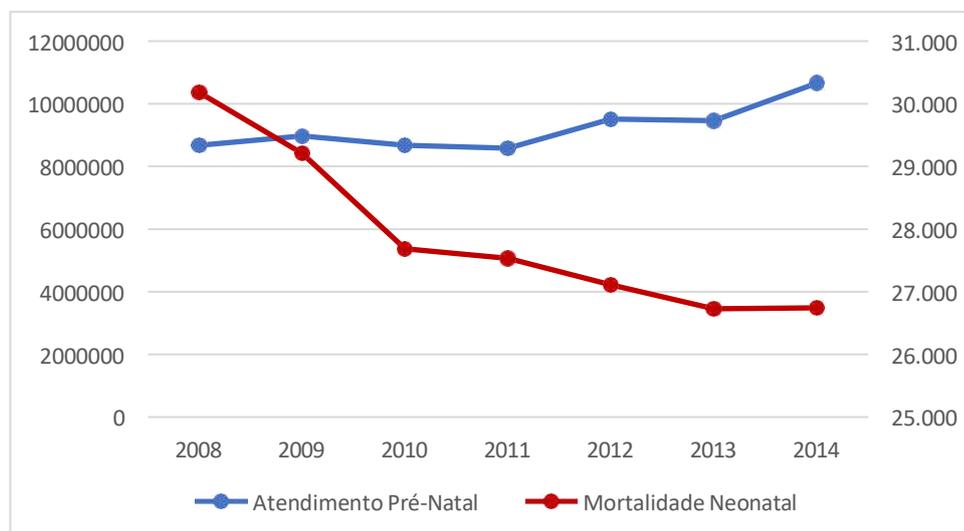
Comparando os dois gráficos anteriormente expostos, vemos de maneira mais clara que existe a tendência de queda dos óbitos neonatais em contraste com o aumento de nascidos vivos em todo o território nacional, ainda que este aumento não tenha sido contínuo como foi a queda nos números absolutos da mortalidade neonatal, que, como visto, é principalmente ocasionada pelo cuidado em saúde que não é prestado de maneira adequada à mãe e ao bebê, tanto durante a gestação quanto no parto (MATA *et al.*, 2018).

Quando passamos a comparar o número de consultas pré-natal, que consiste em um acompanhamento que “(...) segue um protocolo para o monitoramento da saúde da gestante e do feto. Inclui anamnese, exame físico e análise de exames laboratoriais e de imagem” (GOIÁS, 2019); e os números absolutos de mortalidade neonatal no Brasil, já expostos no gráfico 2, percebemos que o número absoluto de consultas realizadas no Brasil se manteve em uma mesma faixa numérica, posicionada acima das 08 milhões e abaixo de 10 milhões de consultas até o ano de 2013, penúltimo ano da sequência analisada.

Este número apenas avança para a faixa dos 10 milhões de consultas pré-natal anuais entre 2013 e 2014, último ano da série.

Vejamos:

GRÁFICO 3. COMPARATIVO ENTRE N° DE CONSULTAS PRÉ-NATAL E MORTALIDADE NEONATAL NO BRASIL (2008-2014)



Fonte: Dados retirados do DATASUS. Gráfico elaborado pelo autor.

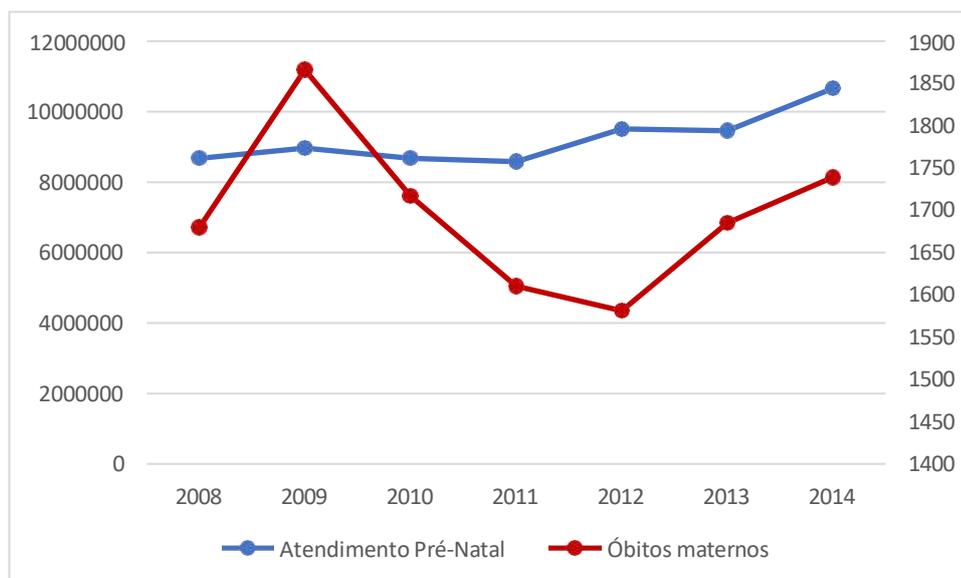
Por sua vez, em um comparativo entre os dados que retratam os registros oficiais do número de consultas pré-natal realizadas no Brasil e os números absolutos da mortalidade materna no período que vai de 2008 a 2014, se pode observar que:

TABELA 1. COMPARATIVO ENTRE Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL E MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NO BRASIL. 2008-2014

Ano	BRASIL			
	Atend. Puericultura	Atend Pré-natal	Óbitos Maternos	Mortalidade Neonatal
2008	17.879.614	8.679.427	1.680	30.179
2009	18.899.329	8.967.665	1.866	29.212
2010	18.913.552	8.680.430	1.717	27.687
2011	15.966.546	8.582.416	1.610	27.534
2012	16.970.539	9.513.910	1.581	27.113
2013	16.135.363	9.456.578	1.685	26.730
2014	16.258.844	10.657.890	1.739	26.746
Total	121.023.787	64.538.316	11.878	195.201

Fonte: DATASUS. Elaborado pelo autor.

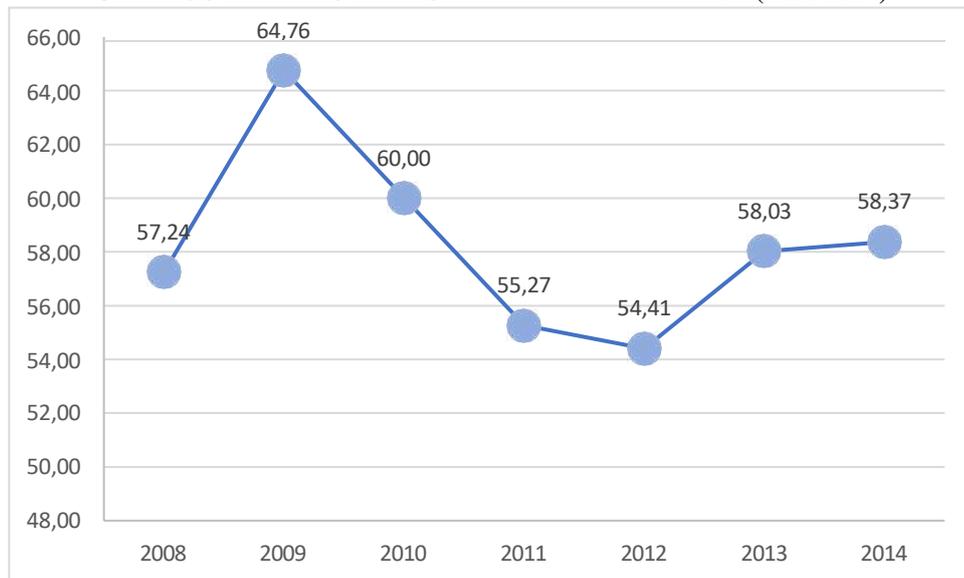
Sobre os dados acima, percebe-se que é possível visualizar a relação entre as variáveis citadas, mortalidade materna e número de consultas pré-natal, a partir do gráfico a seguir:

GRÁFICO 4. COMPARATIVO ENTRE Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL E MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL (2008-2014)

Fonte: Dados retirados do DATASUS. Gráfico elaborado pelo autor.

Nota-se que o número absoluto de óbitos maternos já se encontrava em queda desde o ano de 2009, período anterior à política pública, permanecendo em queda até o ano de 2012, momento em que volta a crescer sucessivamente no período entre 2012 e 2014. É possível destacar ainda a semelhança no movimento entre as duas linhas no período 2013 e 2014, apontando que tanto os atendimentos pré-natal quanto os óbitos maternos aumentaram no mesmo período, o que não faz sentido do ponto de vista biomédico.

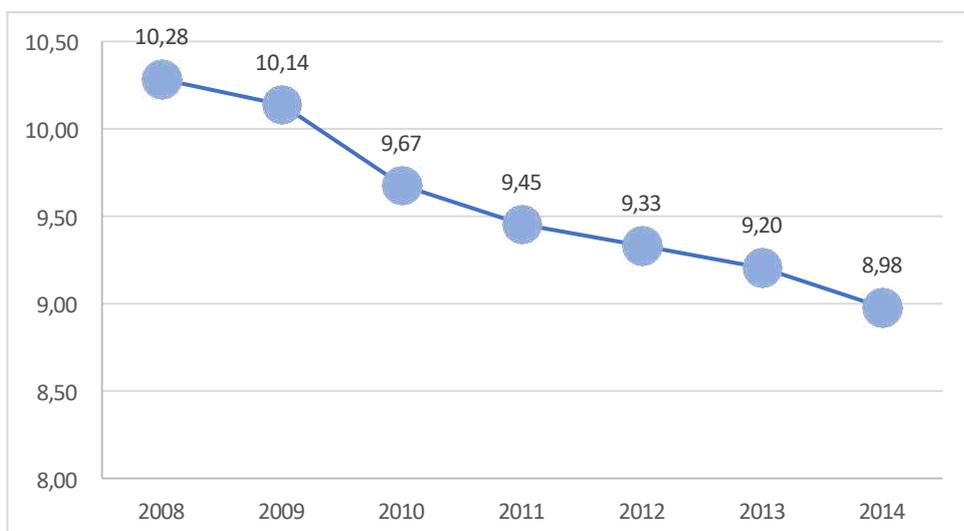
Quando observamos a RMM no período estudado, vemos as seguintes informações:

GRÁFICO 5. RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (2008-2014)

Fonte: Dados retirados do DATASUS. Gráfico elaborado pelo autor.

A partir do gráfico acima, é possível perceber uma tendência de queda nas taxas de mortalidade materna que se iniciaram no ano de 2009, antes da “Rede Cegonha”, que se estenderam até o ano de 2012, após o funcionamento da política. No entanto, um ponto a ser destacado é que, dentro dessa série histórica 2008-2014, o ano com a menor RMM foi o ano imediatamente posterior à implementação do programa estudado, 2012.

Sobre a taxa ou coeficiente de mortalidade neonatal (TMN), outra variável explicativa que estará no enfoque da presente dissertação, temos o gráfico abaixo:

GRÁFICO 6. TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL (2008-2014)

Fonte: Dados retirados do DATASUS. Gráfico elaborado pelo autor.

Com relação ao TMN, vemos que as taxas já se encontravam em queda desde o início da série analisada, o que torna importante visualizar as médias referentes aos períodos anterior e posterior à política pública no Brasil, agregando outros dados:

TABELA2. DIFERENÇA DE MÉDIAS – ÓBITOS MATERNOS, MORTALIDADE NEONATAL, RMM E TMN– BRASIL

	Ano	BRASIL			
		Óbitos Maternos	RMM	Mortalidade Neonatal	TMN
Antes da RC	2008	1.754	60,66	29.026	10,03
	2009				
	2010				
	2011				
Depois da RC	2012	1.668	56,93	26.863	9,17
	2013				
	2014				

Fonte: Dados retirados do DATASUS. Tabela elaborada pelo autor.

Nesse momento, a média de óbitos maternos no período anterior à RC, de 2008 a 2010, foi de 1.754 óbitos, enquanto a média do período posterior foi de 1.668 óbitos. A média referente à RMM também caiu após o ano de implementação da política no Brasil, de 60,66 para 56,93. A média do número de casos de mortalidade neonatal caiu de 29.026, no período anterior à Rede Cegonha para 26.863 no momento posterior. Por fim, a média do TMN caiu de 10,03 para 9,17, demonstrando que todas as médias caíram após a implementação da política pública, sem que, no entanto, se possa afirmar que ela foi a causa. Isso se deve justamente ao fato de que, em alguns casos, os dados já mostravam uma tendência de queda anterior à RC.

A partir da realização de um teste de correlação de Pearson, que busca estimar o grau de associação entre variáveis, usamos os dados que foram expostos na tabela 1. Assim:

QUADRO 1. CORRELAÇÃO DE PEARSON – ÓBITOS MATERNOS, MORTALIDADE NEONATAL E ATENDIMENTOS – BRASIL

		Mort_Neo	Óbitos_Mat	Atend_Pré_Natal	Atend_Puericultura
Neo	Sig	1	,948**	,823**	,720**
	N	189	189	189	189
Mat	Sig	,948**	1	,784**	,716**
	N	189	189	189	189

Fonte: Elaborado pelo autor.

Pelo quadro acima, podemos notar que existe uma correlação positiva em todos os casos verificados, sendo o coeficiente de correlação de algumas das variáveis preditoras é significativa a nível de 1% (p valor < 0,01) em relação às variáveis preditas. Por exemplo, é possível interpretar que a quantidade de mortes neonatais será tão maior quanto maior forem os óbitos maternos, sendo esta relação positiva e significativa. Igualmente, o número de atendimentos pré-natal e em puericultura serão maiores quanto maiores forem os óbitos maternos e neonatais. Todos esses casos apresentam alta correlação, sendo positiva e significativa ao nível de 1%.

Sendo assim, apresentado um panorama da realidade brasileira em termos de descrição, é importante dizer que a avaliação da política e seus efeitos poderá ser mais bem constatada a partir de uma análise regional, por UF's e suas capitais, esforço que fora realizado no presente trabalho em um momento posterior.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE

Em um sentido amplo, a Organização Mundial da Saúde (2020) define o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 2020). Aliado a isso, a previsão trazida pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), em seu artigo 25, assinala de forma bastante explícita que “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar [...]” devendo-se ainda ressaltar que “A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais [...]”. Isso envolve, dessa forma, as políticas públicas.

Assim, em um contexto histórico de pós-guerras mundiais e em um momento de recuperação econômica de vários países pelo mundo, em paralelo à Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, surgem os primeiros estudos em políticas públicas, nos Estados Unidos, oriundos da ciência política e sob a denominação de *policy science* (FREY, 2000).

No Brasil, a atenção voltada para estes estudos é mais recente. Segundo Souza (2006, p.20) “As últimas décadas registraram o ressurgimento da importância do campo de conhecimento denominado políticas públicas, assim como das instituições, regras e modelos que regem sua decisão, elaboração, implementação e avaliação.” Ainda conforme a autora, as muitas definições que existem sobre a política pública corroboram a ideia de que “Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública.” (SOUZA, 2006, p.24)

Pensando no modelo de políticas públicas brasileiras de saúde, a Constituição de 1988 previu que “[...] o SUS deveria ser um sistema descentralizado e hierarquizado, cabendo ao município a responsabilidade de prestar atendimento à população e à União e aos estados a cooperação técnica e financeira necessária ao desempenho desta função.” (ARRETICHE, 2003, p.60). Assim, ao estudar o modelo brasileiro de descentralização da saúde, Arretche (2003, p.60) reflete que “No modelo brasileiro, é o governo federal que está encarregado das funções de financiamento, formulação da política nacional de saúde e coordenação das ações intergovernamentais.” Estes esclarecimentos são necessários, antes mesmo de refletir sobre a parte conceitual das políticas públicas, na medida em que “tratar sobre a área temática das políticas públicas exige sempre um esforço multidisciplinar, uma vez que diferentes disciplinas se ocupam com frequência do seu estudo” (OLIVEIRA, 2022, p. 52). No caso da presente pesquisa, a avaliação de uma política pública de saúde ajuda gestores públicos a “decidir sobre sua continuidade, modificação ou extinção, evitando desperdícios e garantindo

bons resultados, bem como para que seja considerada transparente, servindo sua avaliação também como forma de *accountability*” (RAMOS, 2021, p.15).

Assim, a configuração adotada pela Carta Magna fez surgir um vasto campo temático relacionado à saúde, que vai desde o enfrentamento aos problemas públicos – que exigem uma solução política – até o atendimento dos anseios sociais quanto ao assunto. Esse panorama fez emergir discussões e reestruturações para que houvesse uma institucionalização de um padrão de proteção social que atendesse o preceito constitucional.

Deste modo, os principais desafios destacados pela literatura que estudo esta área se encontra justamente nas articulações verticais (entre os entes federativos) e horizontais (diversos setores governamentais) no intuito de promoção de uma política ampla, preventiva - que reduzam os riscos de doenças e agravamentos – e resolutiva; a interação entre os agentes formuladores e os implementadores; o financiamento e a delimitação dos limites da efetivação do garantismo constitucional. É preciso, então, aprofundar nossa visão na literatura sobre políticas públicas para compreender a proposta de avaliação desta dissertação.

As políticas públicas e seu ciclo

Tratar sobre as políticas públicas não é uma tarefa simples, principalmente por se tratar de uma área que se relaciona com diversas outras disciplinas, a exemplo da ciência política, administração pública, saúde pública, direito etc. Como destacado por Chrispino (2016, p. 15) "É comum encontrarmos o uso da expressão "políticas públicas" em textos acadêmicos, em matérias de jornal, em espaços reservados para o debate chamado político." No entanto, o seu sentido e o conceito por trás do termo políticas públicas não é conhecido por aqueles que, apenas lendo e participando dos debates, acreditam dominar o tema. (CHRISPINO, 2016).

Sobre o seu histórico, as políticas públicas podem ser entendidas como uma vertente de estudo da ciência política, conforme as observações de Frey (2000, p. 214) nos mostram que “Nos Estados Unidos, essa vertente de pesquisa da ciência política começou a se instituir já no início dos anos 50, sob o rótulo de *'policys science'* (...)”. Já enquanto disciplina acadêmica, podemos observar que:

A política pública enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica nasce nos EUA, rompendo ou pulando as etapas seguidas pela tradição européia de estudos e pesquisas nessa área, que se concentravam, então, mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção dos governos. (SOUZA, 2006, p. 21-22)

Outro ponto a se destacar é que a área de políticas públicas, considerada academicamente, possui alguns autores que são reconhecidos por seu papel na constituição da disciplina. Assim, “Considera-se que a área de políticas públicas contou com quatro grandes “pais” fundadores: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton.” (SOUZA, 2006, p. 23)

Para a ciência política, existem algumas abordagens que buscam explicar os problemas, sendo a abordagem que procura entender a relação entre as instituições políticas, os processos políticos e a substância dessas políticas chamada de *policy analysis* (FREY, 2000). Ainda de acordo com Frey (2000), há uma diferenciação na literatura sobre *policy analysis* no que diz respeito às dimensões da política.

Assim, “para a ilustração dessas dimensões tem-se adotado na ciência política o emprego dos conceitos em inglês de ‘*polity*’ para – denominar as instituições políticas, ‘*politics*’ para os processos políticos e, por fim, ‘*policy*’ para os conteúdos da política” (FREY, 2000, p. 216). O terceiro significado, de *policy*, é o que nos interessa. Então vejamos:

o termo *policy* é utilizado para referir-se à formulação de propostas, tomada de decisões e sua implementação por organizações públicas, tendo como foco temas que afetam a coletividade, mobilizando interesses e conflitos. Em outras palavras, *policy* significa a atividade do governo de desenvolver políticas públicas, a partir do processo da política. (RUA, 2014, p. 17)

Também sobre o significado deste termo que trata do conteúdo da política, temos que:

Essa dimensão de “política” é a mais concreta e a que tem relação com orientação para a decisão e ação. Em organizações públicas, privadas e do terceiro setor, o termo “política” está presente em frases do tipo “nossa política de compra é consultar ao menos três fornecedores”, “a política de empréstimos daquele banco é muito rigorosa”. (SECCHI, 2013, p. 1)

A partir disso, e com base no estudo desenvolvido por Agum, Riscado e Menezes (2015, p. 16) “Podemos entender como política pública a discussão e prática de ações relacionadas ao conteúdo, concreto ou simbólico, de decisões reconhecidas como políticas; isto é, o campo de construção e atuação de decisões políticas.” No entanto, esta primeira definição apresentada acima é arbitrária, no sentido de que não existe uma unanimidade na literatura com relação a uma definição de política pública (SOUZA, 2006; SECCHI, 2013)

Ainda assim, uma das definições amplamente conhecidas pela literatura brasileira é a de Secchi (2013, p. 2), que nos diz que:

Uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. Vejamos essa definição em detalhe: uma política é uma orientação à atividade ou à passividade de alguém; as atividades ou passividades decorrentes dessa orientação também fazem parte da política pública.

Conforme o entendimento de Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 6), que sintetiza bem esta pluralidade de definições que tentam cada vez mais dizer o que são as políticas públicas:

Numerosas definições de 'política pública' tentam captar a ideia de que a *policy-making* é um processo técnico-político que visa definir e compatibilizar objetivos e meios entre atores sociais sujeitos a restrições. Essas definições todas postulam que as políticas são ações intencionais de governos que contêm tanto algum ou alguns objetivos articulados, por mais que esses objetivos tenham sido precariamente identificados, justificados e formulados, quanto alguns meios para alcançá-los, de novo, independentemente de quão bem ou mal interligados estejam esses meios ao(s) objetivo(s).

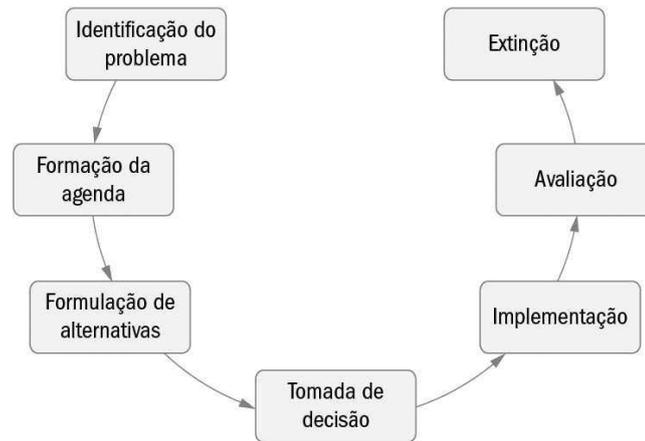
De maneira geral, há quem diga que “A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.” (SOUZA, 2006, p. 24) Esta definição, além de ser bastante popularizada, foi dada por um dos fundadores da área de estudo das políticas públicas, conforme já foi dito.

A partir das reflexões sobre a política pública e sua definição, podemos caminhar para entender melhor de que forma as políticas se organizam. Pensando nisso, surge a proposta do ciclo de políticas públicas. Assim, se pode dizer que “A proposta de entendimento da Política Pública organizada como um ciclo, chamada por Lindblon de Ciclo da Política Pública (*Policy Cycle*), se traduz na dinâmica do processo feita de maneira temporal.” (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015, p. 23). Ainda de acordo com Agum, Riscado e Menezes (2015, p.23), o ciclo de políticas “É uma forma de visualizar e interpretar a política pública em fases e sequências organizadas de maneira interdependente. Como dispositivo de visualizar uma política pública e seus efetivos (des)caminhos faz-se uso do Ciclo de Políticas Públicas.”

Bem como dissemos ao falar da definição de uma política pública, a composição do seu ciclo também não é consenso entre a literatura, apresentando uma variação em seu número de fases, para mais ou para menos. Segundo uma percepção clássica, desenvolvida por Lasswell (1971), o ciclo se divide em sete fases, sendo elas: i) informação, ii) promoção, iii) prescrição, iv) invocação, v) aplicação, vi) término e vii) avaliação.

No Brasil, há um esforço na literatura para refletir sobre as políticas públicas e sobre o ciclo de políticas. Sabendo disso, na visão de Secchi (2013), são igualmente sete as fases:

FIGURA 3. O CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA PERSPECTIVA DE SECCHI (2013)



Fonte: Secchi (2013)

Por outro lado, segundo Frey (2000, p. 226), o ciclo é composto pelas fases de “percepção e definição de problemas, agenda-setting, elaboração de programas e decisão, implementação de políticas e, finalmente, a avaliação de políticas e a eventual correção da ação.” Em outro ponto de vista conhecido, Souza (2006, p 29) diz que “O ciclo da política pública é constituído dos seguintes estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação.”

Sobre este formato do ciclo de políticas, podemos perceber que “Algumas vertentes do ciclo da política pública focalizam mais os participantes do processo decisório, e outras, o processo de formulação da política pública.” (SOUZA, 2006, p.29-30). Seguindo esta proposta, a definição de uma agenda representa a capacidade de se chamar atenção para problemas que se deseja reconhecer como públicos.

Um dos autores que reconhecidamente se dedica ao estudo da agenda é Kingdon (1984), para quem a agenda se divide em três tipos: 1) sistêmica ou não governamental, governamental e de decisão. Na segunda fase do ciclo temos a identificação das alternativas, em que a ideia é justamente que o problema possa ser analisado de uma maneira mais abrangente, a partir dessa identificação das possibilidades. Após essa etapa, temos a avaliação das opções que foram levantadas na identificação, bem como de sua viabilidade na resolução do problema público para que se busca uma solução. Feito isto, será feita uma seleção das opções mais compatíveis com os objetivos da política, com suporte nas etapas anteriores. Assim, para Souza (2006, p.37), é verdade que “A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.”

Nesse contexto:

Depois que um problema público conseguiu entrar na agenda política, depois que foram formuladas várias opções para resolvê-lo e depois que o governo estabeleceu os objetivos políticos e se decidiu por um curso de ação, ainda cabe a ele colocar a decisão em prática. (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013, p.179)

Sobre a etapa de implementação de uma política pública, de acordo com Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 179) podemos perceber que “O esforço, os conhecimentos e os recursos empregados para traduzir as decisões políticas em ação compreendem o estágio de implementação do ciclo político.”. Assim, esta etapa “compreende o conjunto dos eventos e atividades que acontecem após a definição das diretrizes de uma política, que incluem tanto o esforço para administrá-la, como seus substantivos impactos sobre pessoas e eventos.” (RUA, 2014, p.89). Existe ainda na implementação uma forte dependência dos funcionários e do corpo administrativo que irão desenvolver as ações em nível de governo.

Finalmente, a etapa de avaliação é aquela a partir da qual as ações desenvolvidas pela política serão valoradas e, desta forma, podem ser aprimoradas ou encerradas. Nesse sentido, podemos ver que “Depois que uma política foi submetida à avaliação, o problema e as soluções que ela envolve podem ser totalmente repensados;” (HOWLETT, RAMESH, PERL, 2014, p.199). A etapa de avaliação consiste no momento que iremos destacar de modo específico nesta pesquisa de dissertação.

A etapa de avaliação de políticas públicas

A política pública passa por diversas etapas em seu curso até ao seu desiderato, que é solucionar um problema público. Porém, esse processo não é estático e finalizado com o início do funcionamento da política, devendo estar em contínuo monitoramento, avaliação e ajustes para melhor atender o seu fim. Avaliar, em sentido semântico, de acordo com as observações de Oliveira (2022), é um processo que envolve um cálculo que se realiza no objetivo de determinar o valor de um bem, ação, ideia etc.

O processo de elaboração, no entanto, não é linear e possui intensa atividade política em todas as suas etapas, sendo conhecido como ciclo de políticas públicas (*policy cycle*), conforme demonstrado. Esta forma de entender as políticas públicas se dá por meio de um esquema que demonstra as diversas fases sequenciais e interdependentes do processo de construção da política (SECCHI, COELHO e PIRES, 2019), que embora demonstrem-se em movimento cíclico, podem ocorrer de forma concomitante.

Sobre o ciclo, Rua (2009) ainda prevê a etapa de monitoramento, que deverá seguir junto ao processo de implementação na facilitação da consecução dos objetivos da política,

isso porque nesse momento já poderá ser apreciado, ainda que preliminarmente, os resultados obtidos. Assim, a mencionada autora ainda visualiza a fase de ajustes junto a da avaliação das políticas, destacando que:

A correta compreensão do ciclo das políticas pode ser de grande valia para o gestor, favorecendo seu entendimento correto do processo das políticas públicas e auxiliando-o a refletir com clareza sobre como e mediante que instrumentos as políticas poderão ser aperfeiçoadas. (RUA, 2009, p.37)

Nesse cenário, a avaliação das políticas públicas ganha grande relevo por ser um instrumento capaz de mensurar se o desenho proposto é eficaz na solução ou mitigação da problemática que lhe deu causa. Ademais, é salutar pontuar que embora esteja entre as etapas finais do *policy cycle*, deve acontecer durante todo o processo de formulação, pois é por meio da avaliação que se pode mensurar se a delimitação do problema foi feita de forma correta, a viabilidade da política da forma que se encontra, a reestruturação de aspectos práticos ou mesmo a necessidade da sua extinção.

Conceitualmente, não existe um consenso do que seja avaliação da política pública devido a multiplicidade de definições que comportam o conceito, além da diversidade de áreas e agentes que perpassam o estudo das políticas públicas (TREVISAN, VAN BELLEN, 2008), podendo ser entendido como:

[...] uma operação na qual é julgado o valor de uma iniciativa organizacional, a partir de um quadro referencial ou padrão comparativo previamente definidos. Pode ser considerada, também, como a operação de constatar a presença ou a quantidade de um valor desejado nos resultados de uma ação empreendida para obtê-lo, tendo como base um quadro referencial ou critérios de aceitabilidade pretendidos (GARCIA, 2001, p. 31).

Em complemento, Rua (2009) leciona que a avaliação formal de uma política deve ser entendida como um “exame sistemático de quaisquer intervenções planejadas na realidade, baseado em critérios explícitos e mediante procedimentos reconhecidos de coleta e análise de informação sobre seu conteúdo, estrutura, processo, resultados, qualidade e/ou impactos”, complementando ainda que trata-se de um julgamento, por envolver valores e tem como fim a contribuição para o aperfeiçoamento da política, “a melhoria do processo decisório, o aprendizado institucional e/ou o aumento da *accountability*” (RUA, 2009, p. 109).

Ainda, no tocante a finalidade da avaliação, merece destaque que:

A avaliação de políticas públicas, executada como um processo sistemático, integrado e institucionalizado, tem como premissa básica verificar a eficiência dos recursos públicos e, quando necessário, identificar possibilidades de aperfeiçoamento da ação estatal, com vistas à melhoria dos processos, dos resultados e da gestão. As metodologias e ferramentas

analíticas utilizadas na avaliação fundamentam a tomada de decisão dos gestores públicos em prol do aprimoramento das políticas em execução. (BRASIL, 2018, p. 14).

Caminhando no mesmo sentido, Frey (2009, p. 229) afirma que a “fase da avaliação é imprescindível para o desenvolvimento e a adaptação contínua das formas e instrumentos de ação pública.” Nessa perspectiva, observa-se que a avaliação assume sentido técnico e valorativo em relação as políticas públicas, possibilitando ao Estado a visualização do programa desde o seu nascedouro até a ação, a construção de metas, o aperfeiçoamento dos pontos falhos, possíveis parcerias, abrangência, e, principalmente, a eficácia perante o problema a ser solucionado com as ações.

Para subsidiar e fundamentar as escolhas e os julgamentos, Secchi, Coelho e Pires (2019) apontam a necessidade de observação de alguns critérios para valoração da política pública, sendo os principais:

Economicidade: refere-se ao nível de utilização de recursos (*inputs*); Produtividade: refere-se ao nível de saídas de um processo produtivo (*outputs*); Eficiência econômica: trata-se da relação entre *outputs* (produtividade) e *inputs* (recursos utilizados); Eficiência administrativa: trata do seguimento de prescrições, ou seja, do nível de conformidade (*compliance*) da implementação a regras preestabelecidas; Eficácia: corresponde aos resultados sociais (*outcomes*) com a redução do problema e a geração de valor para a população; Igualdade: verifica a homogeneidade de distribuição de benefícios (ou punições), sem tomar em conta as características de partida, ou justiça social, entre os destinatários de uma política pública; Equidade: verifica a homogeneidade de distribuição de benefícios (ou punições), levando-se em conta as características de partida, ou justiça social, entre os destinatários de uma política pública (SECCHI, COELHO E PIRES, 2019, p. 80).

A partir dos critérios observados são criados indicadores de alta confiabilidade para medir os esforços utilizados e amplitude dos resultados surgidos após a operacionalização da política, possibilitando aos agentes políticos uma melhor percepção da realidade.

As avaliações, por sua vez, podem ser classificadas quanto ao momento da realização e quanto a natureza. Em relação ao momento, a avaliação pode se dar anterior à implementação (*ex ante*), durante o ciclo da política (formativa ou *in itinere*) e a posterior à implementação (*ex post*). Assim, a avaliação *ex-ante* é a que ocorre desde o início da política, tendo por finalidade a observação da problemática já delimitada e orientação da melhor forma de intervenção. Para Secchi, Coelho e Pires (2019, p. 64) “é um trabalho de investigação das possíveis consequências de cada alternativa com objetivo de trazer informações que ajudem o processo decisório de política pública”. A avaliação formativa ou intermediária, por sua vez, ocorre durante a implementação da política com o fim de conhecer o processo e, com isso, “apoiar e melhorar a gestão, a implementação e o desenvolvimento do programa” (ALA-

HARJA E HELGASON, 2000). Alguns autores, a exemplo de Secchi, Coelho e Pires (2019) atribuem o termo monitoramento a esse tipo de avaliação, porém, os processos são distintos.

Sobre a questão é necessário pontuar a diferenciação entre a etapa de avaliação intermediária e o monitoramento das políticas públicas, uma vez que ambos ocorrem durante o *policy cycle*, porém com escopos diferentes. Para Rua (2009, p. 111) “a avaliação é o exame discreto de processos, produtos, qualidade, efeitos, impactos, das ações realizadas, o monitoramento é o exame contínuo dos processos, produtos, resultados e impactos das ações realizadas”, de forma que a avaliação demonstra-se como um processo mais complexo e profundo para observação de aspectos específicos da política, enquanto que o monitoramento apresenta informações contínuas que subsidiam o desenvolvimento de todo o programa, sempre tomando por base o desenho do programa.

Por sua vez, Garcia (2001) vislumbra o monitoramento como parte do processo de avaliação, uma vez que enquanto a avaliação integra-se ao processo de gestão em si, o monitoramento oferta subsídios para o acompanhamento da política pública.

Em síntese:

O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que, produzindo informações sintéticas e em tempo eficaz, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações monitoradas [...] um requisito imprescindível para o exercício da avaliação que se pretenda um instrumento de gestão. Quem monitora, avalia. Quem avalia, confirma ou corrige, exercendo o poder de dirigir consciente e direccionalmente (GARCIA, 2001, p. 34).

Ainda, pode-se destacar que:

A diferença consiste em que o monitoramento se restringe aos indicadores diretamente relacionados à execução da política pública, enquanto a avaliação de resultados é mais ampla, permitindo analisar a população beneficiária sob as mais diferentes dimensões, inclusive por meio de indicadores indiretamente ligados à política (BRASIL, 2018, p. 241).

Percebe-se, então, que tanto o monitoramento quanto a avaliação são essenciais para o bom andamento de uma política pública, uma vez que enquanto um serve de subsídio para as tomadas de decisões em cada fase da política, a outra, para além disso, se volta para uma análise de viabilidade e eficiência do programa.

Por fim, temos a avaliação *ex-post* ou somativas que são aquelas realizadas “quando o programa já está implementado há algum tempo para o estudo de sua eficácia e o julgamento de seu valor geral. Essas avaliações são tipicamente utilizadas como meio de assistir a alocação de recursos ou na promoção de mais responsabilidade” (ALA-HARJA E HELGASON, 2000).

No tocante a classificação das avaliações, quanto a sua natureza, podem ser avaliações de processo, resultado e impacto. Devido a amplitude e características próprias de cada tipo, na presente pesquisa nos ateremos as avaliações de resultado, que são aquelas que visam observar a eficácia da política pública, através da mensuração do grau de êxito do programa em relação as metas traçadas, bem como na observância dos objetivos alcançados, efeitos e consequências obtidos com a implementação da política (ROSA, LIMA e AGUIAR, 2021).

De acordo ainda com o guia de avaliação de políticas públicas da Presidência da República:

A avaliação de resultados estuda de forma exploratória os indicadores de resultados e impactos esperados com a política. Trata-se de metodologias quantitativas e qualitativas que verificam a evolução dos indicadores disponíveis, ou que estabelecem métodos de coleta de informações junto aos usuários ou aos envolvidos como um todo na execução da política pública (...) A avaliação de resultados pode ser, portanto, uma contribuição dinâmica para a política, na qual os serviços são constantemente revisados com o intuito de gerar melhorias na entrega dos produtos e nos resultados. Além disso, a avaliação de resultados é um instrumento que ajuda no acompanhamento de indicadores-chave associados ao modelo lógico da política. Pode, até mesmo, mostrar potenciais inter-relações da política em questão com as demais, além de auxiliar a conhecer mudanças de curto prazo ou de comportamento no público-alvo (BRASIL, 2018, p. 241).

A avaliação, na forma estudada, se transfigura no principal instrumento para aferição, por parte da gestão pública, da eficiência do programa pensado e executado. É a sistematização e análise dos dados, respostas, investimentos e, principalmente, da efetiva entrega, que é a solução ou mitigação do problema público. A avaliação da política, nesse sentido, também se torna a avaliação da gestão, um instrumento para a *accountability* pública.

Finalmente, sobre a importância do estudo das políticas públicas na Ciência Política, é especialmente importante entender, conforme bem destacado por Oliveira e Medeiros (2021, p. 424) que “com frequência encontramos associações que são feitas e visam a estabelecer correlações e relações de causalidade entre estabilidade democrática e formulação de políticas públicas, que visam a intervir concretamente na realidade social (...)” Fica claro que a Ciência Política pode estudar o impacto das políticas públicas por variadas óticas.

Federalismo e políticas públicas

Ao adotarem o federalismo enquanto um preceito constitucional, os Estados nacionais costumam defini-lo a partir de uma visão formal, de acordo com Soares e Machado (2018). Sendo assim, a partir dessa visão formal, de acordo com estudos como o de Soares (2013, p.3), se pode dizer que o Federalismo consiste em:

uma forma de organização do poder político no Estado nacional caracterizado pela dupla autonomia territorial. Isto significa a existência de dois níveis territoriais autônomos de governo: um central (o governo nacional) e outro descentralizado (os governos subnacionais).

Do ponto de vista do contexto histórico, o federalismo moderno possui suas origens nos Estados Unidos, a partir dos textos publicados pelos autores dos artigos federalistas. Assim, para Soares e Machado (2018), com frequência vemos o federalismo enquanto uma forma de governo que se contrapõe a outras formas, tais como o Estado unitário e o Estado confederado. Logo, “pode-se, nesse sentido, afirmar que, na comparação com as outras formas de Estado, o federalismo ocupa uma posição intermediária em relação à descentralização” (SOARES, MACHADO, 2018, p.14).

Ainda contextualizando:

O pacto federativo dos Estados Unidos da América exigiu um árduo trabalho de “engenharia institucional” na busca pela dupla autonomia territorial, do centro político federal (União) e das subunidades federadas (estados). O desenho federativo estabeleceu um sistema de controles mútuos, os chamados freios e contrapesos institucionais (*checks and balances*), que buscavam limitar a atuação dos poderes centrais e subnacionais, propiciando o equilíbrio de poder. (SOARES, MACHADO, 2018, p.19).

A partir da experiência norte-americana, o federalismo então se expandiu pelo mundo a partir de objetivos iniciais que podem ser de unir ou manter a união (STEPAN, 1999). A democracia, então, é uma condição fundamental para a vigência de um federalismo efetivo, podendo inclusive impactar na qualidade da democracia, conforme aponta a literatura.

No Brasil, o federalismo foi adotado a partir do ano de 1889, com a Proclamação da República. O objetivo era de unir as províncias, sendo posteriormente ampliado por meio da Constituição Federal de 1988, que marca a redemocratização do Brasil.

De acordo com a constituição, nos artigos 1º e 18, fica claro que:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

(...)

Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição. (BRASIL, 1988)

Essa descentralização do poder faz com que os municípios sejam considerados entes federados, tendo importância no desenvolvimento das políticas públicas. Para Arretche (2004, p.20), “a autonomia política e fiscal dos governos estaduais e municipais permite que estes

adotem uma agenda própria, independente da agenda do Executivo federal.” Em muitas ocasiões de implementação de políticas públicas federais, essa independência entre os entes ocasiona falhas na comunicação – mais fortes a depender da área – durante esse processo de interação entre os atores envolvidos na implementação da decisão que foi tomada antes.

No caso das políticas de saúde, como é o caso da Rede Cegonha, “na distribuição intergovernamental de funções, a União está encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, bem como da coordenação das ações intergovernamentais” (ARRETCHE, 2004, p.22). Sendo assim, durante a etapa de implementação, frequentemente as falhas na comunicação são vistas como uma causa para o fracasso das políticas públicas (LIMA; D’ASCENZI, 2013), pois, de acordo com Barbosa (2016):

Os casos de insucesso explicitam que a ausência de participação e de compartilhamento de poder estão presentes na explicação do insucesso. Os casos de insucesso explicitam que a ausência de relações com os demais implementadores é o fator diferencial, pois aparece nas suas várias combinações causais. Nestas combinações estão presentes as seguintes condições: relação de subordinação e ausência de relações com os gerentes de programas, ausência de discricionariedade na distribuição de recursos, ausência de mecanismos de coordenação dos tipos mecanismos de decisão e negociação e unidades e funções de coordenação, bem como ausência de influência de grupos de interesse. (BARBOSA, 2016, p.50).

De maneira oposta, vemos na literatura que “o sucesso da implementação decorre da clareza dos objetivos, pois é imprescindível que os implementadores compreendam perfeitamente a política e saibam exatamente o que se espera deles.” (LIMA; D’ASCENZI, 2013, p.103). Este sucesso ou insucesso da estratégia Rede Cegonha é o que se buscou avaliar na presente pesquisa, a partir da comparação entre a diferença de médias de RMM e TMN, antes e após a sua implementação, como será exposto adiante.

4. METODOLOGIA

Neste capítulo, são apresentados os principais aspectos metodológicos que foram adotados na presente pesquisa, realizada no campo das Políticas Públicas e mais especificamente da Ciência Política, que teve o objetivo central de analisar as médias anteriores e posteriores às ações da política pública conhecida como “Rede Cegonha” no enfrentamento à mortalidade materna e neonatal nas regiões, estados e capitais do Brasil, comparando os anos de 2008 a 2010 (anteriores) e 2012 a 2014 (posteriores).

A partir disso, se poder dizer que a presente dissertação se trata de uma pesquisa descritiva e explicativa, tendo em vista que nela se realiza uma apresentação do funcionamento da estratégia Rede Cegonha, bem como de suas metas e variáveis explicativas: mortalidade materna e mortalidade neonatal, a partir de dados coletados junto ao DATASUS e ao Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna – SVS/MS.

Assim, a avaliação de impacto desenvolvida é também uma pesquisa que utiliza do método bibliográfico, com suporte na literatura da Saúde Pública que trata sobre mortalidade materna e neonatal e; da Ciência Política, especialmente as publicações que tratam sobre políticas públicas e avaliação. Também utiliza o método estatístico nos modelos descritivo e inferencial, na medida em que se buscou organizar e analisar os dados para verificar possíveis efeitos da estratégia “Rede Cegonha” nos números e nas taxas de mortalidade materna e mortalidade infantil neonatal, a partir dos testes realizados.

O banco de dados montado para viabilizar a realização dos testes e, conseqüentemente, a avaliação da política pública de saúde, levou em consideração os seguintes dados (regionais, estaduais e por capitais), por período, tipo e conforme a fonte em que foram coletados:

QUADRO 2. DADOS COLETADOS PARA MONTAGEM DO BANCO DE DADOS

Dados	Período	Tipo	Fonte
Atend_Puericultura	2008 a 2014	Números absolutos	DATASUS
Atend_Pré_Natal	2008 a 2014	Números absolutos	DATASUS
Nasc_Vivos	2008 a 2014	Números absolutos	DATASUS
Óbitos_Mat	2008 a 2014	Números absolutos	DATASUS
Razão_Mort_Mat	2008 a 2014	Taxa	DATASUS
Mort_Neo	2008 a 2014	Números absolutos	DATASUS
Ind_Mort_Neo	2008 a 2014	Taxa	DATASUS

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com relação ao recorte temporal, o presente estudo leva em consideração os anos de 2008 a 2014, sendo o ano de 2011 o marco da instituição do Programa “Rede Cegonha” no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, para mensurar a situação referente à mortalidade materna e infantil neonatal no período anterior e posterior à implementação da política pública-alvo dessa pesquisa de dissertação, dividiu-se as análises em dois grupos: i) Grupo 1 – anterior à Rede Cegonha (2008, 2009 e 2010) e; ii) Grupo 2 – depois da Rede Cegonha (2012, 2013 e 2014).

Por outro lado, com relação ao âmbito de análise da presente pesquisa, a opção feita foi por uma análise do Brasil, bem como de suas cinco regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), todas as 27 (vinte e sete) Unidades da Federação (UF) e suas respectivas 26 (vinte e seis) capitais estaduais, além da capital federal, considerando os dois grupos estabelecidos (1 e 2), com um “N” que varia de acordo com o âmbito analisado.

Sobre o desenho da análise dos dados que foi feita, vejamos a tabela a seguir:

TABELA3. DESENHO DA ANÁLISE REALIZADA, CONFORME O RECORTE DA PESQUISA E DA POLÍTICA PÚBLICA

Programa Rede Cegonha	Ano	Brasil	Regiões	UF's	Capitais
Grupo 1 Antes do Programa	2008	1) Razão de Mortalidade Materna 2) Taxa de Mortalidade Neonatal 3) Óbitos maternos 4) Óbitos neonatais 5) Atendimentos realizados (Pré-natal e puericultura) 6) Médias 7) Diferença de médias – Grupos 1 e 2			
	2009				
	2010				
Início do Programa	2011				
Grupo 2 Depois do Programa	2012				
	2013				
	2014				

Fonte: Elaborado pelo autor.

Assim, realizamos uma avaliação do impacto da política pública com base no *teste-t de student* independente, sendo este um teste inferencial que é frequentemente utilizado para testar hipóteses sobre a diferença entre duas médias (ANUNCIAÇÃO, 2021), no caso, as médias de mortalidade materna e de mortalidade neonatal dos grupos anterior (1) e posterior (2) à “Rede Cegonha”. Foi testada na avaliação a hipótese inicial de que a estratégia Rede Cegonha conseguiu reduzir a razão de mortalidade materna (RMM) e a taxa de mortalidade neonatal (TMN) nas regiões, estados e capitais do Brasil, impactando positivamente na saúde do público materno e infantil em idade neonatal.

Diante de todo o exposto neste capítulo metodológico, os resultados e discussão dos dados que foram até aqui apresentados serão expostos no capítulo seguinte, denominado “avaliando a estratégia Rede Cegonha no período 2008-2014”, que se utiliza dos instrumentos e dados descritos para testar a hipótese sobre o impacto ou não da política pública.

5. AVALIANDO AS MÉDIAS DA REDE CEGONHA NO PERÍODO 2008-2014

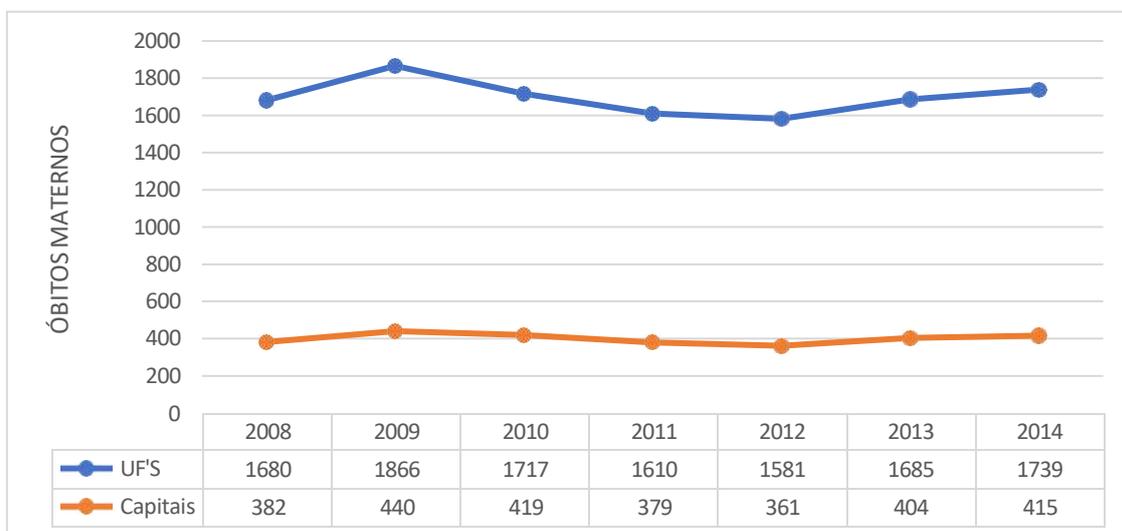
Partindo do objetivo de analisar as médias anteriores e posteriores às ações da Rede Cegonha no enfrentamento à mortalidade materna e neonatal nas regiões, estados e capitais do Brasil, entre os anos de 2008 e 2014, a opção feita neste capítulo é a de avaliar a política a partir da análise da diferença de médias entre os períodos anterior (2008-2010) e posterior (2012-2014) ao funcionamento da Rede Cegonha, em 2011. A partir disso, o *teste-t de student* foi adotado como ferramenta estatística de análise descritiva e inferencial para comparar as médias de dois grupos independentes e verificar suas diferenças: i) Grupo 1 – Anterior à Rede Cegonha (2008, 2009 e 2010) e; ii) Grupo 2 – Posterior à Rede Cegonha (2012, 2013 e 2014). Sendo assim, avaliou-se o TMN e a RMM para os dois grupos.

Avaliando comparativamente: UF's e Capitais

Logo de início, é importante realizar uma comparação descritiva entre os dados referentes aos números absolutos de óbitos maternos e mortes infantis neonatais, além das médias de RMM e TMN entre as UF's e Capitais. Assim sendo, com relação aos óbitos maternos vemos uma grande diferença numérica entre as duas linhas, o que indica que a maioria dos óbitos não acontece nas capitais dos estados. Já o movimento do número de óbitos é marcado por discontinuidades no período anterior e posterior à política pública.

Vejam os gráfico:

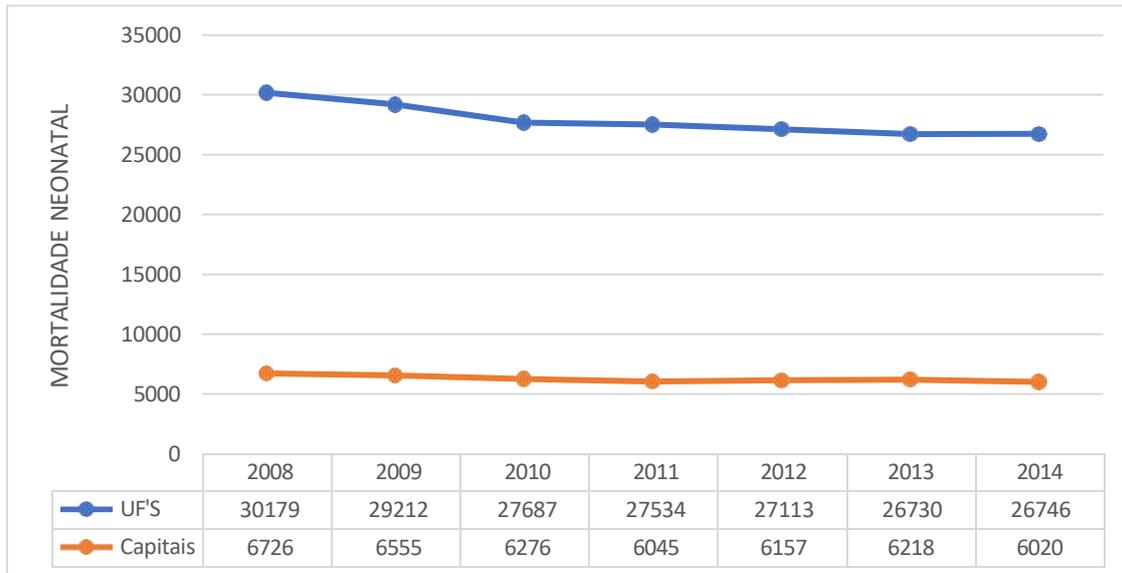
GRÁFICO 7 – ÓBITOS MATERNNOS – NÚMEROS ABSOLUTOS – COMPARANDO CAPITAIS E UF'S



Fonte: Elaborado pelo autor.

Por outro lado, quando observamos os números absolutos da mortalidade neonatal, representados no gráfico adiante, é possível perceber uma tendência similar de queda ano a ano entre as capitais brasileiras e as UF's, sendo o último ano nestas últimas marcado por um pequeno aumento, no período entre 2013 e 2014.

GRÁFICO8 – MORTALIDADE NEONATAL – NÚMEROS ABSOLUTOS – COMPARANDO CAPITAIS E UF'S



Fonte: Elaborado pelo autor.

Com relação às médias dos dois grupos, antes (2008-2010) e depois (2012-2014) do funcionamento da estratégia Rede Cegonha:

TABELA 4. ANÁLISE DE MÉDIAS DE RMM E TMN, ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – POR CAPITAIS E UF'S

Programa Rede Cegonha	Ano	Capitais		UF's	
		RMM	TMN	RMM	TMN
Antes	2008	51,59	10,45	61,41	10,79
	2009	56,25	10,14	66,41	10,62
	2010	55,67	9,47	59,03	10,09
	Média	54,50	10,02	62,28	10,50
Início do Programa	2011	57,46	9,22	59,41	9,72
Depois	2012	54,14	8,79	57,77	9,74
	2013	54,48	8,70	62,09	9,74

	2014	55,28	8,66	62,43	9,44
	Média	54,63	8,71	60,76	9,64

Fonte: DATASUS. Elaborado pelo autor.

Em uma análise da tabela acima, é perceptível que, enquanto nas UF's aconteceu uma redução nas duas médias: o RMM, que caiu em -1,52 e o TMN, que sofreu uma redução de -0,86, a influência da estratégia Rede Cegonha nas capitais do Brasil somente se mostrou evidente na média referente ao TMN, que reduziu em -1,31. A RMM, por sua vez, aumentou em 0,13. Há que se pontuar, no entanto, que os testes de diferença de médias anteriormente colocados puderam demonstrar que a significância estatística para todos os testes que tiveram como alvo a Taxa de Mortalidade Neonatal foi inexistente.

Avaliando por Regiões do Brasil

Taxa de Mortalidade Neonatal

Aqui, é importante relatar que a nossa análise sobre a diferença de médias entre os períodos anteriores e posteriores ao Programa Rede Cegonha nas regiões do Brasil considera duas frentes: 1) a análise todas as cinco regiões que formam o Brasil, de modo geral e; 2) a análise das cinco regiões em separado, de maneira a considerar suas particularidades.

Assim, o teste-t foi utilizado para verificar a diferença de médias com relação a Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN) médio antes e depois da política pública, levando em consideração as cinco regiões do Brasil, compostas por 27 UF's, e o período de três anos anteriores (N= 81) e posteriores (N= 81) a política pública de saúde, apontando que:

TABELA 5. TESTE T – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – TMN, TODAS AS REGIÕES

		Estatísticas de grupo			
Programa_Rede_Cegonha		3N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Ind_Mort_Neo	Antes da Rede Cegonha	81	10,4999	1,90077	,21120
	Depois da Rede Cegonha	81	9,6411	1,63859	,18207

								de diferença	diferença	
									Inferior	Superior
Razão_Mort_Mat	Variações iguais assumidas	3,528	,062	,491	160	,624	1,52160	3,09976	-4,60011	7,64332
	Variações iguais não assumidas			,491	153,009	,624	1,52160	3,09976	-4,60224	7,64545

Fonte: Elaborado pelo autor.

A análise realizada para a variável Razão de Mortalidade Materna (RMM) demonstra que o número de UF (N) analisados no período anterior à Rede Cegonha foi igual ao número analisado no período posterior à política (N=81). Assim, é possível dizer que a RMM média no período anterior ao funcionamento da estratégia Rede Cegonha foi de 62,28, enquanto a média no período posterior à adoção da referida política foi de 60,76. Sendo assim, o teste-t independente utilizado para verificar a diferença de médias entre os dois grupos reforça que, de maneira geral, a RMM média nas UFs sofreu uma diminuição de -1,52% após a implementação da Rede Cegonha, entretanto, não é possível considerar o teste estatisticamente significativo.

Se igualmente ao que foi realizado no TMN, realizarmos uma análise estratificada por região do Brasil, será possível ver que:

TABELA 8. TESTE T – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – RMM, POR REGIÃO

Região	Período	Rede Cegonha	Razão de Mortalidade Materna			Significância do teste
			N	Média	Desvio Padrão	
Norte	2008 a 2010	Não	21	59,23	25,91	0,600
	2012 a 2014	Sim	21	62,74	16,13	
Nordeste	2008 a 2010	Não	27	68,19	22,33	0,697
	2012 a 2014	Sim	27	70,23	15,31	
Sudeste	2008 a 2010	Não	12	60,23	18,82	0,654
	2012 a 2014	Sim	12	56,71	19,14	
Sul	2008 a 2010	Não	9	50,43	16,67	0,111
	2012 a 2014	Sim	9	38,95	11,76	

Centro-Oeste	2008 a 2010	Não	12	65,26	15,68	0,100
	2012 a 2014	Sim	12	56,37	8,65	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com exceção das regiões Norte e Nordeste, que em aconteceu um aumento na RMM de, respectivamente, 3,51 e 2,04, houve uma diminuição na média referente a RMM em todas as demais regiões do Brasil: Sudeste (-3,52), Sul (-11,48) e Centro-Oeste (-8,89). A menor influência se deu na região Norte e Nordeste e o maior, na região Sul e Centro-Oeste, ainda que o *teste-t* não tenha apresentado significância estatística ($p > 0,05$) para nenhuma das regiões, seja individualmente ou consideradas como um todo.

Avaliando por Unidade da Federação (UF)

Taxa de Mortalidade Neonatal

Considerando todas as Unidades da Federação (UF) que formam o Brasil, o *teste-t* foi utilizado para verificar a diferença de médias com relação a Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN) médio antes e depois da política pública, apontando que:

TABELA 9. TESTE T – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – TMN, TODAS AS UF'S

Estatísticas de grupo										
Programa Rede Cegonha		N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média					
Ind_Mort_Neo	Antes da Rede Cegonha	81	10,4999	1,90077	,21120					
	Depois da Rede Cegonha	81	9,6411	1,63859	,18207					

Teste de amostras independentes										
		Teste de Levene para igualdade de variações		teste t para Igualdade de Médias						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de confiança da diferença	
									Inferior	Superior
Ind_Mort_Neo	Variações iguais assumidas	,549	,460	3,080	160	,002	,85877	,27884	,30808	1,40945

Variações iguais não assumidas			3,080	156,600	,002	,85877	,27884	,30799	1,40954
--------------------------------	--	--	-------	---------	------	--------	--------	--------	---------

Fonte: Elaborado pelo autor.

Considerando todas as UF's, o teste-t para a variável Taxa de Mortalidade Materna (TMN) demonstra que, o número de UF's (N) analisados no período anterior à Rede Cegonha foi igual ao número analisado no período posterior à política (N=81). Assim, é possível dizer que o TMN médio no período anterior ao funcionamento da estratégia Rede Cegonha foi de 10,49, enquanto a média no período posterior à adoção da referida política foi de 9,64.

Sendo assim, o teste-t independente utilizado para verificar a diferença de médias entre os dois grupos reforça que, de maneira geral, o TMN médio nas UF's sofreu uma diminuição de -0,85 após a implementação da Rede Cegonha, sendo o teste estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

Em uma análise mais específica, por UF, vemos que:

TABELA 10. TESTE T – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – TMN, POR UF

UF	Período	Rede Cegonha	Taxa de Mortalidade Neonatal			Significância do teste
			N	Média	Desvio Padrão	
AC	2008 a 2010	Não	3	10,71	0,37	0,087
	2012 a 2014	Sim	3	9,76	0,62	
AL	2008 a 2010	Não	3	11,85	0,38	0,008
	2012 a 2014	Sim	3	10,24	0,41	
AM	2008 a 2010	Não	3	10,18	0,59	0,857
	2012 a 2014	Sim	3	10,10	0,28	
AP	2008 a 2010	Não	3	15,93	2,20	0,242
	2012 a 2014	Sim	3	13,73	1,67	
BA	2008 a 2010	Não	3	13,18	0,03	0,019
	2012 a 2014	Sim	3	12,37	0,37	
CE	2008 a 2010	Não	3	10,25	0,78	0,151
	2012 a 2014	Sim	3	9,18	0,70	
DF	2008 a 2010	Não	3	8,59	0,66	0,757
	2012 a 2014	Sim	3	8,75	0,45	
ES	2008 a 2010	Não	3	8,95	1,01	0,164
	2012 a 2014	Sim	3	7,88	0,38	
GO	2008 a 2010	Não	3	9,25	0,21	0,254
	2012 a 2014	Sim	3	9,74	0,35	
MA	2008 a 2010	Não	3	11,06	0,30	0,832
	2012 a 2014	Sim	3	10,95	0,75	

MG	2008 a 2010	Não	3	9,89	0,59	0,032
	2012 a 2014	Sim	3	8,57	0,38	
MS	2008 a 2010	Não	3	11,18	0,74	0,004
	2012 a 2014	Sim	3	8,43	0,34	
MT	2008 a 2010	Não	3	10,25	0,38	0,057
	2012 a 2014	Sim	3	9,58	0,21	
PA	2008 a 2010	Não	3	12,69	0,20	0,007
	2012 a 2014	Sim	3	11,35	0,40	
PB	2008 a 2010	Não	3	10,81	0,41	0,132
	2012 a 2014	Sim	3	10,12	0,47	
PE	2008 a 2010	Não	3	11,1	0,49	0,016
	2012 a 2014	Sim	3	9,62	0,39	
PI	2008 a 2010	Não	3	12,92	0,62	0,074
	2012 a 2014	Sim	3	11,85	0,45	
PR	2008 a 2010	Não	3	8,92	0,24	0,011
	2012 a 2014	Sim	3	7,92	0,29	
RJ	2008 a 2010	Não	3	9,50	0,15	0,016
	2012 a 2014	Sim	3	8,83	0,24	
RN	2008 a 2010	Não	3	9,89	0,45	0,643
	2012 a 2014	Sim	3	9,67	0,59	
RO	2008 a 2010	Não	3	11,81	1,07	0,011
	2012 a 2014	Sim	3	8,92	0,27	
RR	2008 a 2010	Não	3	9,10	1,39	0,189
	2012 a 2014	Sim	3	10,98	1,51	
RS	2008 a 2010	Não	3	8,00	0,65	0,126
	2012 a 2014	Sim	3	7,24	0,17	
SC	2008 a 2010	Não	3	7,64	0,42	0,240
	2012 a 2014	Sim	3	7,21	0,31	
SE	2008 a 2010	Não	3	11,53	1,11	0,440
	2012 a 2014	Sim	3	10,93	0,44	
SP	2008 a 2010	Não	3	8,47	0,28	0,027
	2012 a 2014	Sim	3	7,90	0,025	
TO	2008 a 2010	Não	3	9,76	0,04	0,001
	2012 a 2014	Sim	3	8,4	0,23	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Sendo assim, a partir da análise detalhada por UF na tabela acima, notamos de modo geral que, após o funcionamento da estratégia Rede Cegonha ocorreu uma diminuição das médias do TMN em todos os estados, com exceção do Distrito Federal, Goiás e Roraima, onde as médias subiram, totalizando 03 (três) unidades da federação. Com relação a significância estatística dos testes realizados, apenas em São Paulo, Tocantins, Rondônia, Rio

de Janeiro, Paraná, Pernambuco, Pará, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Bahia e Alagoas o $p < 0,05$, totalizando 11 (onze) UF's.

Razão de Mortalidade Materna

Em relação à Razão de Mortalidade Materna (RMM) média, no período anterior e posterior às ações da política pública, o *teste-t* para todas as UF's revela que:

Tabela 11. *Teste T* – Diferença de médias antes e depois da Rede Cegonha – RMM, todas as UF's

Estatísticas de grupo									
Programa_Rede_Cegonha		N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média				
Razão_Mort_Mat	Antes da Rede Cegonha	81	62,2827	21,73307	2,41479				
	Depois da Rede Cegonha	81	60,7611	17,49174	1,94353				

Teste de amostras independentes										
		Teste de Levene para igualdade de variações		teste t para Igualdade de Médias						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de confiança da diferença	
									Inferior	Superior
Razão_Mort_Mat	Variações iguais assumidas	3,528	,062	,491	160	,624	1,52160	3,09976	-4,60011	7,64332
	Variações iguais não assumidas			,491	153,009	,624	1,52160	3,09976	-4,60224	7,64545

Fonte: Elaborado pelo autor.

Considerando todas as UF, a análise realizada por meio do *teste-t* para a variável Razão de Mortalidade Materna (RMM) demonstra que, o número de UF's (N) analisadas no período anterior à Rede Cegonha foi igual ao número analisado no período posterior à política (N=81), podendo revelar uma diminuição da média em -1,52 após as ações da Rede Cegonha. No entanto, o teste não apresentou significância estatística, motivo pelo qual não é possível garantir a ocorrência de uma influência significativa das ações da RC na diferença de médias.

Ao partirmos para uma análise mais específica sobre a diferença de médias nos dois períodos, por UF, vemos que:

TABELA 12. TESTE T – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – RMM, POR UF

UF	Período	Rede Cegonha	Razão de Mortalidade Materna			Significância do teste
			N	Média	Desvio Padrão	
AC	2008 a 2010	Não	3	37,05	4,09	0,019
	2012 a 2014	Sim	3	53,05	5,99	
AL	2008 a 2010	Não	3	46,60	12,41	0,294
	2012 a 2014	Sim	3	69,63	30,61	
AM	2008 a 2010	Não	3	79,16	21,43	0,797
	2012 a 2014	Sim	3	74,66	18,61	
AP	2008 a 2010	Não	3	33,64	17,19	0,224
	2012 a 2014	Sim	3	59,52	26,01	
BA	2008 a 2010	Não	3	80,24	6,14	0,258
	2012 a 2014	Sim	3	74,24	4,95	
CE	2008 a 2010	Não	3	62,29	10,84	0,337
	2012 a 2014	Sim	3	69,7	4,60	
DF	2008 a 2010	Não	3	52,89	6,99	0,351
	2012 a 2014	Sim	3	47,43	5,62	
ES	2008 a 2010	Não	3	68,36	15,94	0,929
	2012 a 2014	Sim	3	66,95	20,29	
GO	2008 a 2010	Não	3	49,92	3,49	0,287
	2012 a 2014	Sim	3	53,56	3,76	
MA	2008 a 2010	Não	3	93,77	9,39	0,289
	2012 a 2014	Sim	3	82,78	12,41	
MG	2008 a 2010	Não	3	43,21	3,39	0,965
	2012 a 2014	Sim	3	43,46	8,41	
MS	2008 a 2010	Não	3	82,20	7,31	0,025
	2012 a 2014	Sim	3	59,88	8,34	
MT	2008 a 2010	Não	3	76,03	7,21	0,114
	2012 a 2014	Sim	3	64,63	6,60	
PA	2008 a 2010	Não	3	57,41	2,03	0,018
	2012 a 2014	Sim	3	78,6	9,29	
PB	2008 a 2010	Não	3	48,78	6,53	0,336
	2012 a 2014	Sim	3	57,27	11,76	
PE	2008 a 2010	Não	3	61,5	5,6	0,76
	2012 a 2014	Sim	3	59,79	7,08	
PI	2008 a 2010	Não	3	99,70	16,22	0,43
	2012 a 2014	Sim	3	87,90	16,72	
PR	2008 a 2010	Não	3	63,04	7,51	0,007
	2012 a 2014	Sim	3	40,44	1,84	
RJ	2008 a 2010	Não	3	81,82	11,9	0,564
	2012 a 2014	Sim	3	77,1	5,22	
RN	2008 a 2010	Não	3	42,27	8,76	0,103
	2012 a 2014	Sim	3	62,60	14,21	
RO	2008 a 2010	Não	3	57,3	10,95	0,184

	2012 a 2014	Sim	3	70,14	8,47	
RR	2008 a 2010	Não	3	67,57	50,14	0,505
	2012 a 2014	Sim	3	46,08	8,94	
RS	2008 a 2010	Não	3	58,69	2,33	0,3
	2012 a 2014	Sim	3	46,17	18,07	
SC	2008 a 2010	Não	3	29,55	7,45	0,903
	2012 a 2014	Sim	3	30,24	5,27	
SE	2008 a 2010	Não	3	78,55	20,79	0,437
	2012 a 2014	Sim	3	68,16	1,91	
SP	2008 a 2010	Não	3	47,53	8,16	0,174
	2012 a 2014	Sim	3	39,32	2,69	
TO	2008 a 2010	Não	3	82,48	7,84	0,007
	2012 a 2014	Sim	3	57,17	3,51	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Sendo assim, a partir da análise detalhada da tabela acima, especificada por UF, notamos que, de modo geral, após o funcionamento da estratégia Rede Cegonha ocorreu uma diminuição das médias do RMM nos estados, com exceção do Acre, Alagoas, Amapá, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina, totalizando 12 (doze) estados. Com relação a significância estatística dos testes realizados, apenas em Tocantins, Paraná, Pará, Mato Grosso do Sul e Acre houve um $p < 0,05$, totalizando 05 (cinco) UF's.

Avaliando por Capitais das UF's

Taxa de Mortalidade Neonatal

Por fim, considerando apenas as capitais das UF que formam o Brasil, o teste-*t* foi utilizado para verificar a diferença de médias com relação a Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN) médio antes e depois da política pública, apontando que:

TABELA 13. TESTE T – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – TMN, TODAS AS CAPITALS

Estatísticas de grupo				
Programa_Rede_Cegonha	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Ind_Mort_Neo Antes da Rede Cegonha	81	10,0196	2,55054	,28339

Depois da Rede Cegonha	81	8,7188	2,71147	,30127
------------------------	----	--------	---------	--------

Teste de amostras independentes

	Teste de Levene para igualdade de variações	teste t para Igualdade de Médias								
		F	Sig.	T	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença a média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de confiança da diferença	
									Inferior	Superior
Ind_Mort_Ne	Variáveis iguais assumidas	,006	,940	3,145	160	,002	1,30086	,41362	,48401	2,11772
	Variáveis não assumidas			3,145	159,405	,002	1,30086	,41362	,48399	2,11774

Fonte: Elaborado pelo autor.

No tocante a todas as capitais brasileiras, a realização do *teste-t* para a variável Taxa de Mortalidade Materna (TMN) demonstra que, o número de capitais analisadas no período anterior à Rede Cegonha foi igual do que o número analisado no período posterior à política (N=81). Por essa razão, é possível destacar que o TMN médio no período anterior ao funcionamento da estratégia Rede Cegonha foi de 10,01, enquanto a média no período posterior à adoção da referida política foi de 8,71, sendo constatada a significância estatística do teste ($p < 0,05$). Portanto, o *teste-t* independente utilizado para verificar a diferença de médias entre os dois grupos reforça que, de modo geral, o TMN médio nas capitais sofreu uma diminuição de -1,3 após a implementação da Rede Cegonha.

Quando verificamos a diferença de médias entre as capitais do Brasil:

TABELA 14. TESTE T – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – TMN, POR CAPITAL

Capital	Período	Rede Cegonha	Taxa de Mortalidade Neonatal			Significância do teste
			N	Média	Desvio Padrão	
Rio Branco	2008 a 2010	Não	3	11,33	0,56	0,026
	2012 a 2014	Sim	3	9,07	0,98	
Maceió	2008 a 2010	Não	3	12,21	1,78	0,186

	2012 a 2014	Sim	3	10,50	0,52	
Manaus	2008 a 2010	Não	3	9,90	1,13	0,202
	2012 a 2014	Sim	3	8,86	0,34	
Macapá	2008 a 2010	Não	3	15,92	3,58	0,017
	2012 a 2014	Sim	3	5,53	2,87	
Salvador	2008 a 2010	Não	3	12,29	1,07	0,857
	2012 a 2014	Sim	3	12,14	0,86	
Fortaleza	2008 a 2010	Não	3	9,7	1,48	0,100
	2012 a 2014	Sim	3	7,86	0,19	
Brasília	2008 a 2010	Não	3	8,59	0,66	0,757
	2012 a 2014	Sim	3	8,75	0,45	
Vitória	2008 a 2010	Não	3	7,15	0,17	0,059
	2012 a 2014	Sim	3	6,38	0,47	
Goiânia	2008 a 2010	Não	3	9,76	0,49	0,013
	2012 a 2014	Sim	3	15,45	2,25	
São Luís	2008 a 2010	Não	3	11,05	0,86	0,173
	2012 a 2014	Sim	3	12,08	0,63	
Belo Horizonte	2008 a 2010	Não	3	11,52	4,86	0,085
	2012 a 2014	Sim	3	4,77	1,59	
Campo Grande	2008 a 2010	Não	3	8,22	0,48	0,004
	2012 a 2014	Sim	3	5,77	0,53	
Cuiabá	2008 a 2010	Não	3	9,78	1,06	0,779
	2012 a 2014	Sim	3	9,56	0,68	
Belém	2008 a 2010	Não	3	11,91	0,30	0,737
	2012 a 2014	Sim	3	12,08	0,76	
João Pessoa	2008 a 2010	Não	3	9,60	1,14	0,983
	2012 a 2014	Sim	3	9,58	0,54	
Recife	2008 a 2010	Não	3	9,08	0,48	0,356
	2012 a 2014	Sim	3	8,74	0,27	
Teresina	2008 a 2010	Não	3	12,56	1,05	0,083
	2012 a 2014	Sim	3	11,02	0,49	
Curitiba	2008 a 2010	Não	3	6,81	0,40	0,408
	2012 a 2014	Sim	3	6,37	0,71	
Rio de Janeiro	2008 a 2010	Não	3	8,67	0,13	0,100
	2012 a 2014	Sim	3	8,06	0,48	
Natal	2008 a 2010	Não	3	9,51	2,00	0,367
	2012 a 2014	Sim	3	8,29	0,55	
Porto Velho	2008 a 2010	Não	3	12,87	1,92	0,016
	2012 a 2014	Sim	3	8,34	0,31	
Boa Vista	2008 a 2010	Não	3	8,72	0,92	0,898
	2012 a 2014	Sim	3	8,62	0,92	
Porto Alegre	2008 a 2010	Não	3	6,79	0,80	0,230
	2012 a 2014	Sim	3	6,03	0,46	
Florianópolis	2008 a 2010	Não	3	7,24	0,63	0,436
	2012 a 2014	Sim	3	5,76	2,9	

Aracajú	2008 a 2010	Não	3	13,16	0,47	0,213
	2012 a 2014	Sim	3	12,24	0,97	
São Paulo	2008 a 2010	Não	3	7,98	0,21	0,034
	2012 a 2014	Sim	3	7,53	0,12	
Palmas	2008 a 2010	Não	3	8,11	0,91	0,035
	2012 a 2014	Sim	3	5,96	0,75	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em uma análise da tabela acima, especificada por Capitais do Brasil, é perceptível que a tendência geral foi de diminuição do TMN, com exceção das 04 (quatro) seguintes capitais: Brasília, Goiânia, São Luís e Belém. No entanto, foram significantes ($p < 0,05$) apenas os testes realizados em 08 (oito) capitais, sendo elas: Palmas, São Paulo, Porto Velho, Campo Grande, Goiânia, Macapá e Rio Branco. Dentre estas, houve redução de médias em todas.

Razão de Mortalidade Materna

Considerando todas as capitais das UF que formam o Brasil, o teste-t foi utilizado para verificar a diferença de médias com relação à Razão de Mortalidade Materna (RMM) média antes e depois da política pública, apontando que:

TABELA 15. TESTE T – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – RMM, TODAS AS CAPITAIS

Estatísticas de grupo					
Programa_Rede_Cegonha	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média	
Razão_Mort_Mat	81	54,5015	27,87824	3,09758	
Antes da Rede Cegonha					
Depois da Rede Cegonha	81	54,6335	25,44624	2,82736	

Teste de amostras independentes										
Programa_Rede_Cegonha	Teste de Levene para igualdade de variações	teste t para Igualdade de Médias								
		F	Sig.	T	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença a média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de confiança da diferença	
									Inferior	Superior
Razão_Mort_Mat	Variáveis iguais assumidas	,253	,615	-,031	160	,975	-,13198	4,19392	-8,41456	8,15061

Variacões iguais não assumidas			-,031	158,685	,975	-,13198	4,19392	-8,41508	8,15113
--------------------------------	--	--	-------	---------	------	---------	---------	----------	---------

Fonte: Elaborado pelo autor.

Sobre as capitais brasileiras, o teste-*t* nos revela que, para a variável Razão de Mortalidade Materna (RMM) demonstra que, o número de capitais analisadas no período anterior à Rede Cegonha foi o mesmo do período posterior à política (N=81). Por isso, é possível observar que a RMM média no período anterior ao funcionamento da estratégia Rede Cegonha foi de 54,50, enquanto a média no período posterior à adoção da referida política foi de 54,63. Sendo assim, embora o teste-*t* independente utilizado para verificar a diferença de médias entre os dois grupos tenha mostrado que, de maneira geral, a RMM média nas UFs sofreu um aumento de 0,13 após a implementação da Rede Cegonha, o teste não foi significativo do ponto de vista estatístico ($p > 0,05$).

Ao dividir a análise das diferenças de médias por todas as capitais do Brasil:

TABELA 16. TESTE T – DIFERENÇA DE MÉDIAS ANTES E DEPOIS DA REDE CEGONHA – RMM, POR CAPITAL

Capital	Período	Rede Cegonha	Razão de Mortalidade Materna			Significância do teste
			N	Média	Desvio Padrão	
Rio Branco	2008 a 2010	Não	3	40,10	32,13	0,349
	2012 a 2014	Sim	3	68,72	33,97	
Maceió	2008 a 2010	Não	3	43,04	25,53	0,634
	2012 a 2014	Sim	3	55,60	33,73	
Manaus	2008 a 2010	Não	3	78,20	23,69	0,795
	2012 a 2014	Sim	3	72,93	22,87	
Macapá	2008 a 2010	Não	3	25,72	16,76	0,218
	2012 a 2014	Sim	3	52,68	27,25	
Salvador	2008 a 2010	Não	3	86,59	6,51	0,216
	2012 a 2014	Sim	3	72,56	15,20	
Fortaleza	2008 a 2010	Não	3	44,28	9,00	0,022
	2012 a 2014	Sim	3	63,94	2,37	
Brasília	2008 a 2010	Não	3	52,89	6,99	0,351
	2012 a 2014	Sim	3	47,43	5,62	
Vitória	2008 a 2010	Não	3	89,05	37,67	0,643
	2012 a 2014	Sim	3	71,92	45,84	
Goiânia	2008 a 2010	Não	3	50,65	18,26	0,874
	2012 a 2014	Sim	3	48,34	15,00	
São Luís	2008 a 2010	Não	3	107,58	42,04	0,211
	2012 a 2014	Sim	3	71,43	1,48	

Belo Horizonte	2008 a 2010	Não	3	49,37	15,7	0,357
	2012 a 2014	Sim	3	39,89	1,45	
Campo Grande	2008 a 2010	Não	3	42,18	9,55	0,688
	2012 a 2014	Sim	3	48,64	24,06	
Cuiabá	2008 a 2010	Não	3	45,60	33,11	0,619
	2012 a 2014	Sim	3	61,17	37,61	
Belém	2008 a 2010	Não	3	36,00	6,19	0,41
	2012 a 2014	Sim	3	89,28	30,28	
João Pessoa	2008 a 2010	Não	3	37,55	13,65	0,306
	2012 a 2014	Sim	3	60,52	31,06	
Recife	2008 a 2010	Não	3	55,51	14,23	0,570
	2012 a 2014	Sim	3	62,19	12,12	
Teresina	2008 a 2010	Não	3	55,98	11,34	0,840
	2012 a 2014	Sim	3	51,02	38,14	
Curitiba	2008 a 2010	Não	3	43,51	23,84	0,421
	2012 a 2014	Sim	3	30,76	6,28	
Rio de Janeiro	2008 a 2010	Não	3	73,93	7,33	0,699
	2012 a 2014	Sim	3	71,9	4,18	
Natal	2008 a 2010	Não	3	36,01	4,71	0,039
	2012 a 2014	Sim	3	47,31	4,46	
Porto Velho	2008 a 2010	Não	3	72,41	7,06	0,075
	2012 a 2014	Sim	3	85,17	5,92	
Boa Vista	2008 a 2010	Não	3	44,18	24,98	0,202
	2012 a 2014	Sim	3	20,67	9,38	
Porto Alegre	2008 a 2010	Não	3	35,96	8,02	0,997
	2012 a 2014	Sim	3	35,91	18,45	
Florianópolis	2008 a 2010	Não	3	6,29	10,90	0,262
	2012 a 2014	Sim	3	23,97	20,76	
Aracajú	2008 a 2010	Não	3	97,13	24,94	0,054
	2012 a 2014	Sim	3	45,75	21,65	
São Paulo	2008 a 2010	Não	3	59,92	11,66	0,082
	2012 a 2014	Sim	3	41,94	6,78	
Palmas	2008 a 2010	Não	3	61,81	13,89	0,126
	2012 a 2014	Sim	3	33,35	21,45	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao verificar esta tabela que trata sobre a diferença de médias da RMM nas capitais, é possível ver que a tendência ao equilíbrio. Em 13 (treze) capitais houve aumento da RMM, enquanto em 14 (quatorze), houve uma diminuição da RMM. No entanto, ao analisar a significância dos testes ($p < 0,05$), podemos ver que apenas em 02 (duas) capitais os resultados foram significativos: Fortaleza e Natal. Em ambas houve aumento na RMM.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

À guisa da conclusão, é importante recordar que a presente pesquisa de dissertação partiu do objetivo de avaliar as médias do programa Rede Cegonha no enfrentamento da mortalidade materna e neonatal no Brasil, estados e capitais, entre os anos de 2008 e 2014. Nesse sentido, o problema de pesquisa colocado no estudo foi justamente o de saber qual a influência do programa Rede Cegonha no enfrentamento da mortalidade materna e neonatal no Brasil? A hipótese (H1) levantada foi a de que a estratégia Rede Cegonha conseguiu reduzir a razão de mortalidade materna (RMM) e o taxa de mortalidade neonatal (TMN) nas regiões, estados e capitais do Brasil, impactando positivamente na saúde do público materno e infantil em idade neonatal.

Assim, é verdade que a saúde constitui um direito social de todos os brasileiros, sendo o Estado obrigado a garantir a saúde de todo cidadão, bem como da coletividade. É a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no art. 196 da Constituição Federal de 1988, que o governo exerce o papel de universalizar o acesso à saúde.

Cientes ainda de que a mortalidade materna e infantil neonatal (que ocorre até os primeiros 28 dias de vida) são desafios persistentes no Brasil, que põe em evidência os problemas nas instruções políticas da atenção à saúde da mulher, assim como nas equipes de saúde e na própria sociedade (BARRETO, 2021), conforme demonstramos na pesquisa a partir dos dados obtidos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade do DATASUS, estudar as ações governamentais que dizem respeito a decisões políticas (AGUM, RISCADO, MENEZES, 2015) é primordial em uma avaliação, para oferecer a oportunidade de aprendizado institucional e de *accountability* com relação às iniciativas do Poder Público. (RUA, 2009).

De modo geral, foi possível percebermos ainda que a área da saúde tem se engajado mais fortemente neste debate sobre as políticas públicas, especialmente com relação às políticas voltadas ao campo da saúde. No entanto, é também verdade que a Ciência Política possui contribuições valiosas a oferecer no campo das políticas públicas, em especial na etapa de avaliação, conforme foi proposto por nós no presente trabalho.

Sendo assim, a partir das análises que foram realizadas no que diz respeito à diferença de médias no período anterior (2008-2010) e posterior (2012-2014) ao funcionamento da estratégia Rede Cegonha, com finalidade de verificar se houve redução ou não na Razão de

Mortalidade Materna (RMM) e na Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN), principais eixos de explicação adotados na presente pesquisa, foi possível constatar que:

Nas regiões do Brasil: a) com relação ao TMN, os testes realizados indicam redução em todas as regiões, mas apenas no Nordeste, Sudeste e Sul foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$), sendo a maior redução entre médias ocorrida no Sudeste, seguida pelo Nordeste e Sul; b) com relação a RMM, o teste-*t* não tenha apresentado significância estatística ($p > 0,05$) para nenhuma das regiões, individual ou coletivamente.

Nas UF's: a) com relação ao TMN, o teste só foi significativo em 11 (onze) UF's: São Paulo, Tocantins, Rondônia, Rio de Janeiro, Paraná, Pernambuco, Pará, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Bahia e Alagoas. b) com relação a RMM, apenas em cinco estados houve um $p < 0,05$: Tocantins, Paraná, Pará, Mato Grosso do Sul e Acre. Foi verificado aumento nas médias no Acre e Pará.

Nas capitais do Brasil: a) com relação ao TMN, os testes indicaram que foram significantes ($p < 0,05$) apenas os testes realizados em 08 (oito) capitais, sendo elas: Palmas, São Paulo, Porto Velho, Campo Grande, Goiânia, Macapá e Rio Branco. Dentre estas, houve redução de médias em todas, exceto em Goiânia; b) com relação a RMM, apenas em 02 (duas) capitais os resultados dos testes foram significativos: Fortaleza e Natal. Em ambas houve aumento na RMM.

Assim, com relação aos objetivos que foram propostos na presente pesquisa e sua relação com os resultados, conseguiu-se avaliar – de maneira geral – as médias do programa Rede Cegonha no enfrentamento da mortalidade materna e neonatal, contextualizar o estudo sobre políticas públicas voltadas ao controle da mortalidade materna e neonatal; descrever a estrutura da estratégia da Rede Cegonha e os programas que o antecederam e; verificar se a política pública analisada foi efetiva no tocante a diminuição da mortalidade materna e neonatal no período 2008-2014, considerando as médias das regiões, estados e capitais do Brasil, como expusemos anteriormente.

Diante do que foi exposto, é importante dizer que o presente estudo não esgota o processo de avaliação da política pública Rede Cegonha no Brasil, e sequer possui essa intenção. Sendo o Brasil um país de dimensões continentais, com mais de 8 milhões de km², e no qual existem inúmeras diferenças territoriais, econômicas e sociais que devem ser mais bem consideradas em futuras análises, tentamos realizar um primeiro esforço avaliativo dessa importante política pública desenvolvida no campo da saúde no Brasil, a partir das ferramentas, teorias e métodos da Ciência Política e da subárea das Políticas Públicas.

Espera-se, então, que esta pesquisa de dissertação possa representar um horizonte para o desenvolvimento de futuras pesquisas na área, destinadas a avaliar políticas públicas na área da saúde e especificamente a saúde materno-infantil, que constitui a área de atuação e *expertise* profissional do autor. Também se espera que o presente trabalho possa servir de base para informar cientificamente a comunidade acadêmica e não acadêmica que manifeste interesse no tema, sendo capaz também de somar a possíveis correções ou ajustes na política pública, por parte dos gestores públicos e formuladores de políticas de saúde, melhorando assim os seus resultados e a qualidade dos equipamentos de saúde e atendimento materno-infantil nos diversos níveis federativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. **Agenda Política**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 12–42, 2015.

ALA-HARJA, Marjukka; HELGASON, Sigurdur. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, [S. l.], v. 51, n. 4, p. p. 5-60, 2000. DOI: 10.21874/rsp.v51i4.334. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/334>. Acesso em: 23 jun. 2022.

ANUNCIACÃO, Luís. **Conceitos e análises estatísticas com R e JASP**. São Paulo: Nila Press, 2021. Disponível em: <https://anovabr.github.io/mqt/>. Acesso em: 30 dez. 2022.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17–26, abr. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/yrdb5VzhMD8wyrZDDS6WvvP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 fev. 2023.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2003, v. 8, n. 2, p. 331-345.

BARBOSA, Sheila Cristina Tolentino. Capacidade de gestão: coordenação interorganizacional na implementação de programas públicos federais no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), **Boletim de Análise Político-Institucional**, n. 9, p. 47-55, jan.-jun. 2016

BARRETO, Bianca Leão. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 127–133, 2021. Disponível em: <https://journals.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3709>. Acesso em: 20 out. 2022.

BERNARDINO, Fabiane Blanco Silva *et al.* **Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(2), p.567-578, 2022.

BITTENCOURT, Sonia. **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1988.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011a.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Assessoria de Comunicação Social, 1990a.

BRASIL Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude3fase.pdf . Acesso em: 2 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Estatísticas vitais. **Mortalidade Materna**. Disponível em <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>> Acesso em 16 março 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Painel de monitoramento de Nascidos Vivos**. Disponível em <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/> Acesso em 16 março 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun.2011. Seção 1, p.109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Documento aprovado na Comissão Intergestores Tripartite em 18 de março de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun.2011a. Seção 1, p.109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº4. 279 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, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CARVALHO, G. I; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à lei orgânica da saúde. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1995.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília 65 (2): 227-244 abr/jun 2014.

CAVALCANTI, Paulynne Chrystynne da Silva. **O modelo lógico da Rede Cegonha**. 2010. 25 f. TCC (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2010.

CHRISPINO, Alvaro. **Introdução ao estudo das políticas públicas**: uma visão interdisciplinar e contextualizada. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016.

FERRAZ, Lucimare; BORDIGNON, Maiara. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. In: **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n.2, abr./jun.2012, p. 527-538. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/474/pdf_150 Acesso em: 20 out. 2022.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21. 2000.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. Subsídios Para Organizar Avaliações da Ação Governamental. **Planejamento e Políticas Públicas**, [S. l.], n. 23, 2001. Disponível em: [//www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/72](http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/72). Acesso em: 22 jun. 2022.

GIOVANNI, Miriam di. **REDE CEGONHA**: da concepção à implantação. 2013. 99 f. Monografia (Especialização) - Curso de Gestão Pública, Escola Nacional de Administração Pública – Enap, Brasília, 2014. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/jspui/bitstream/1/410/1/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2022.

GOIÁS. Governo do Estado de Goiás. Secretaria de Estado de Saúde. **Pré-Natal**. 2019. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7637-pr%C3%A9-natal>. Acesso em: 29 dez. 2022.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política Pública**: seus ciclos e subsistemas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

JUSTINO, Dayane Caroliny Pereira *et al.* Avaliação histórica das políticas públicas de saúde infantil no brasil: revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, 5(1), p.71-88, 2019.

KINGDON, W. John. **Agendas, alternatives and public policies**. Boston, Little Brown, 1984.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6, p. 1915-1928. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Acesso em: 13 jun. 2022.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Os percursos do parto nas políticas de saúde no Brasil por suas testemunhas: entrevista com Maria do Carmo Leal e Marcos Dias. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, p. 319-334, 2019

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 48, p. 101–110, dez. 2013.

MATA, Matheus de Sousa *et al.* Análise de Situação de Saúde: conceitos, interpretação e uso dos indicadores de saúde. Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA), 2018.

MEDEIROS, Lidiane Tavares; SOUSA, António Manuel; ARINANA, Leudson Oliveira; INÁCIO, Antônio Sávio; PRATA, Maria do Livramento Coelho; VASCONCELOS, Milaine Nunes Gomes. MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DO AMAZONAS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 32, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26623>. Acesso em: 20 out. 2022.

MELANDA, Viviane Serra; LAROCCA, Liliana Muller; ALMEIDA, Wilse Gorges de; OLIVEIRA, Cleide Aparecida; NASR, Acácia Maria Lourenço Francisco; SILVA, Joseana Cardoso de Sousa e. Sistematização da investigação do óbito materno: uma proposta de ferramenta para o monitoramento. In: **Revista Espaço para a Saúde** [Internet]. 2014;15(2):68-74. Disponível em: https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/531/pdf_32. Acesso em: 20 out. 2022.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à saúde**. 2ª edição. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MIGOTO, Michelle Thais; FREIRE, Márcia Helena de Souza. Análise das políticas públicas de saúde da mulher e da criança sob a ótica da qualidade em saúde. **REVISTA GESTÃO & SAÚDE**, 23(1), p.52-77, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico n. 20**. v.51, maio de 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/>. Acesso em: 25 out. 2022.

OLIVEIRA, Alisson Rodrigo de Araújo. **A violência letal contra mulheres na Paraíba: avaliando o Programa Mulher Protegida**. 2022. 170f. (Dissertação de Mestrado), Programa de Pós-graduação em Ciência Política, Centro de Humanidades, Universidade Federal de Campina Grande – Campina Grande - Paraíba - Brasil, 2022. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/28737>.

OLIVEIRA, Alisson Rodrigo de Araújo; MEDEIROS, Marayza Alves. Violência letal intencional contra a mulher e a política de segurança no estado da Paraíba: um estudo sobre o programa integrado Patrulha Maria da Penha. In: OLIVEIRA; Alisson Rodrigo de Araújo; NÓBREGA, Duília Dalyana Ribeiro Santos da; LIMA, Maria Sheylla Campos de (orgs.). **Democracia, instituições políticas e políticas públicas: estudos do I Congresso de Ciência Política do Nordeste**. Iguatu: Quipá Editora, 2021. Disponível em: <https://quipaeditora.com.br/ccpne>. Acesso em: 10 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. Nova York. 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. New York: ONU; 2015.

PAIM, J. S. **SUS - Sistema Único de Saúde**: tudo o que você precisa saber. São Paulo: Atheneu, 2019.

PEREIRA, Felipe Zibetti *et. al.* Mortalidade Infantil e sua relação com as políticas públicas em saúde sob o olhar dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Estado de Goiás. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.1. p. 3331-3348 jan./fev. 2021.

RAMOS, Olindina Ioná da Costa Lima. **Avaliação de impacto do Programa Mais Médicos do Brasil**: a chegada dos profissionais nos municípios e o seu reflexo na atenção básica à saúde. 151 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Programa de Pós-graduação em Ciência Política, Centro de Humanidades, Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2021. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/21952>.

RODRIGUES, Antonia Regynara Moreira; CAVALCANTE, Ana Egliny Sabino; VIANA, A. B. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. **Re TEP**, v. 11, n. 1, p. 3-9, 2019.

ROSA, Júlia Gabriele Lima da; LIMA, Luciana Leite; AGUIAR, Rafael Barbosa de. Políticas públicas: introdução [recurso eletrônico] / Júlia Gabriele Lima da Rosa, Luciana Leite Lima, Rafael Barbosa de Aguiar. — Dados eletrônicos. — Porto Alegre: Jacarta, 2021.

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas**. 3. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2014.

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

SOARES, Filipe Augusto de Freitas; SANTOS, Jéssica Pereira dos; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; SIQUEIRA, Liana Maria Ibiapina do Monte; COSTA, Filipe Anibal Carvalho. Óbito Materno, Causalidade E Estratégias De Vigilância: Uma Revisão Integrativa. In: **REAS**, Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2017. Vol. Sup. 9. P. 890 a 897. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24953>. Acesso em: 20 out. 2022.

SOARES, Márcia Miranda. **Formas de Estado**: federalismo. Manuscrito. Belo Horizonte: UFMG/ DCP, 2013.

SOARES, Márcia Miranda; MACHADO, José Angelo. **Federalismo e políticas públicas**. Brasília: Enap, 2018.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas**: uma revisão da literatura. Revista Sociologias. Porto Alegre, ano 8, n.16, p. 20-45, 2006.

STEPAN, A. Para uma análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que ampliam ou restringem o poder do *demos*. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 197-251 1999.

TEIXEIRA, L. A. **História da Saúde no Brasil**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2018.

TREVISAN, Andrei Pittol; VAN BELLEN, Hans Michael. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p. 529-550, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000300005>.