

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
FACULDADE DE ECONOMIA**

KEZIA DE ARAUJO CANTANHEDE

**EFEITOS DO BOLSA FAMÍLIA NA MORTALIDADE DE GESTANTES E
PUÉRPERAS**

Governador Valadares

2024

Kezia de Araujo Cantanhede

**EFEITOS DO BOLSA FAMÍLIA NA MORTALIDADE DE GESTANTES E
PUÉRPERAS**

Monografia apresentada ao curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Ciências Econômicas

Orientador: Prof. Dra. Sahra Ferreira Pinheiro

Governador Valadares

2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Cantanhede, Kezia de Araujo.

Efeitos do Bolsa Família na mortalidade de gestantes e puérperas / Kezia de Araujo Cantanhede. -- 2024.
47 f.

Orientadora: Sahra Ferreira Pinheiro

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas - ICSA, 2024.

1. Gravidez. 2. Mortalidade feminina. 3. Bolsa Família. I. Pinheiro, Sahra Ferreira, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ECO013GV MONOGRAFIA II
ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Às 14 horas do dia 30 de Setembro de 2024, (X) na sala B211 () por webconferência, foi instalada a banca do exame de Trabalho de Conclusão de Curso para julgamento do trabalho desenvolvido pelo(a) discente Kézia de Araújo Cantanhede, matriculado(a) no curso de bacharelado em Ciências Econômicas. O(a) Prof.(a) Sahra Ferreira Pinheiro, orientador(a) e presidente da banca julgadora, abriu a sessão apresentando os demais examinadores, os professores: Juliana Gonçalves Taveira.

Após a arguição e avaliação do material apresentado, relativo ao trabalho intitulado: Efeitos do Bolsa Família na Mortalidade de Gestantes e Puérperas, a banca examinadora se reuniu em sessão fechada considerando o(a) discente:

- () Aprovado (a)
- (X) Aprovado (a) com correções
- () Reprovado (a)

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada pelos presentes.

Governador Valadares, 01 de Outubro de 2024.

Sahra Ferreira Pinheiro
Orientador(a)

Juliana Gonçalves Taveira
Membro da Banca I

Kézia de Araújo Cantanhede
Aluno (a)



Documento assinado eletronicamente por **Sahra Ferreira Pinheiro, Professor(a)**, em 01/10/2024, às 19:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kezia de Araujo Cantanhede, Usuário Externo**, em 01/10/2024, às 20:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Gonçalves Taveira, Professor(a)**, em 02/10/2024, às 11:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj (www2.uffj.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2015627** e o código CRC **3C6D3752**.

Dedico este trabalho aos meus pais, Irenice e Joaquim. Vocês foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todo o cuidado e por me dar condições de concluir esta etapa.

À minha avó Ermita (*in memoriam*), por ser um exemplo de honestidade, força e cujo apoio foi fundamental nessa trajetória. Aos meus pais, Irenice e Joaquim, por todo apoio, paciência, incentivo e cuidado. Ao meu irmão, Isaac, por todo carinho, cuidado e amor ao longo desta jornada. Muito obrigada!

Aos colegas e amigos que fiz durante esse período de aprendizado, em especial o Arthur Toman, Hugo Leres, Jacqueline Pereira e Patrícia Gomes, muito obrigada pelos momentos, pelo companheirismo e pela ajuda quando necessária.

Agradeço a Universidade Federal de Juiz de Fora – campus Governador Valadares e a todos os professores do departamento de Economia, em especial a Sahra Ferreira Pinheiro, que me acompanhou em todo processo com muita paciência e dedicação.

A todos vocês, muito obrigada!

RESUMO

A mortalidade materna é um importante indicador da saúde da mulher e da qualidade de vida da população, influenciado por fatores biológicos e pelo acesso a serviços de saúde. O Programa Bolsa Família, criado pelo Governo Federal para combater a pobreza e a desigualdade, também atua na promoção da saúde materna. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo geral analisar os impactos do Programa Bolsa Família na redução do índice de mortalidade materna, considerando as condicionalidades impostas pela Bolsa Família e sua relação com a redução no índice de mortalidade materna. E como objetivos específicos espera-se contextualizar as melhorias nos serviços de saúde e as políticas públicas voltadas para a saúde materna e; demonstrar como o programa tem incluído as famílias pobres no acesso a serviços básicos. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa, em que foi feita uma busca abrangente sobre a relação entre o Programa Bolsa Família e a saúde materna, com ênfase na mortalidade materna. Foram analisadas publicações dos últimos 40 anos, captadas nas bases de dados Google Acadêmico e SciELO. Evidenciou-se que o Programa Bolsa Família tem eficácia na redução da pobreza e na melhoria do acesso a serviços pré-natais, incentivando as gestantes beneficiárias a participarem ativamente do acompanhamento médico, o que contribui para a diminuição da mortalidade materna. O cumprimento das condicionalidades do programa, portanto, é essencial para garantir o direito à saúde e identificar famílias em situação de vulnerabilidade, facilitando o acesso a serviços essenciais.

Palavras-chave: Gravidez. Mortalidade Feminina. Programa Bolsa Família.

ABSTRACT

Maternal mortality is an important indicator of women's health and the quality of life in a population, influenced by biological factors and access to healthcare services. The Bolsa Família Program, created by the Federal Government to combat poverty and inequality, also plays a role in promoting maternal health. In this context, the main objective of this study is to analyze the impacts of the Bolsa Família Program in reducing the maternal mortality rate, considering the program's conditions and their relationship with the decrease in maternal mortality. The specific objectives are to contextualize the improvements in healthcare services and public policies aimed at maternal health, and to demonstrate how the program has included poor families in accessing basic services. This is a bibliographic study with a qualitative approach, involving a comprehensive search on the relationship between the Bolsa Família Program and maternal health, with a focus on maternal mortality. Publications from the last 40 years, retrieved from the databases Google Scholar and SciELO, were analyzed. The results showed that the Bolsa Família Program is effective in reducing poverty and improving access to prenatal services, encouraging pregnant beneficiaries to actively participate in medical follow-ups, which contributes to the reduction of maternal mortality. Compliance with the program's conditions is therefore essential to ensure the right to health and to identify families in vulnerable situations, facilitating access to essential services.

Keywords: Pregnancy. Female Mortality. Bolsa Família Program.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF)	11
2.1	Contexto Brasileiro	11
2.2	Programa Bolsa Família (PBF)	13
2.3	Políticas do Programa Bolsa Família para grávidas e puérperas	16
2.3.1	Benefício Variável à Gestante (BVG)	16
2.3.2	Programa Criança Feliz (PCF)	18
2.3.2	Rede Cegonha	19
3	MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL.....	21
4	CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA	26
5	CONCLUSÃO	38
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a mortalidade materna como um problema de saúde pública a nível mundial. No entendimento de Siqueira *et al.* (1980), são diferentes os fatores que influenciam a mortalidade materna, desde aspectos biológicos recorrentes na reprodução humana, como as enfermidades próprias e associadas à gravidez, até aspectos econômicos da população, acesso aos serviços de saúde, como o pré-natal, partos hospitalares, qualidade da assistência ao parto, dentre outros.

O estabelecimento de medidas para a redução da mortalidade materna no Brasil foi tardio, iniciando-se apenas em 1977, quando se começou a divulgar esses casos, enviados à OMS, cujos dados apresentavam altos índices de mortalidade, refletindo o enorme contraste regional. Somente em 1988, com a promulgação da atual Constituição Federal, a saúde foi inserida como um direito do cidadão e, por conseguinte, um dever do Estado. Até essa data, o alcance do sistema de proteção social brasileiro era bastante discrepante, se comparado aos países europeus com estrutura econômica semelhante (Ventura, 2008).

Todos esses fatores indicam que, no Brasil, a redução de mortalidade materna é considerada um desafio para o sistema de saúde, tendo em vista que este dado atinge as regiões brasileiras de forma desigual, com maior prevalência entre mulheres com pouco ou nenhum acesso aos serviços essenciais de saúde (Brasil, 2009). Pícoli *et al* (2017) e Cá *et al* (2022) sugerem valores mais elevados entre mulheres de menor renda e escolaridade, da raça negra e com pouco ou nenhum acesso à assistência social e à saúde, sendo este um indicador das condições de vida e desigualdade.

A melhoria na qualidade dos dados e da notificação de óbitos maternos, iniciada com a alteração nos formulários de declaração de óbito pelo Ministério da Saúde, trouxe à tona a real extensão do problema no Brasil. Inicialmente, essa mudança fez com que o índice de mortalidade materna subisse, evidenciando a subnotificação dos casos, mas com o tempo houve uma queda nos números, atribuída à melhoria nos serviços obstétricos e no planejamento familiar (Ministério da Saúde, 2007). Portanto, entende-se que com medidas adequadas e investimentos em saúde, é possível enfrentar o problema e reduzir a mortalidade materna de forma mais eficaz.

Nesse cenário, o Programa Bolsa Família tem um papel importante no combate à pobreza e na promoção do acesso a serviços de saúde e educação. Ao criar um sistema de transferência direta e condicionada de renda, o governo federal conseguiu ampliar o alcance dos direitos sociais para as famílias em situação de vulnerabilidade. O programa, ao exigir

contrapartidas como a frequência escolar das crianças e o acompanhamento de saúde, inclusive o pré-natal e o controle nutricional, estabelece uma rede de apoio que vai além da simples transferência financeira. Esse modelo tem sido eficaz em reduzir a pobreza e melhorar os indicadores de saúde (IPEA, 2013).

A relação entre a mortalidade materna e as condições de vida fica ainda mais clara quando analisamos a preocupação histórica com o tema. Segundo Ventura (2008), as mortes maternas poderiam ser evitadas com a devida assistência dos serviços de saúde. A investigação das causas e das falhas no sistema de saúde evidenciou a necessidade de melhorias que vão além da assistência imediata, englobando também fatores como as condições socioeconômicas das mulheres. Ventura (2008) aponta ainda, que a redução da mortalidade materna está intrinsecamente ligada à melhoria das condições de vida, que inclui o acesso a serviços básicos de saúde, o que é um dos focos do Bolsa Família.

Assim, programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, não só enfrentam a pobreza de maneira direta, mas também promovem o acesso aos direitos sociais e visam romper com o ciclo de exclusão. Ao exigir que as famílias atendam a condicionais relacionadas à saúde, como o acompanhamento médico de gestantes e a vacinação infantil, o programa garante que essas populações vulneráveis tenham acesso aos cuidados necessários para evitar mortes maternas. O Estado, por sua vez, se compromete a oferecer serviços de qualidade, criando uma relação de responsabilidade mútua entre os beneficiários e o poder público.

A interligação entre esses fatores evidencia que a mortalidade materna, embora seja uma questão de saúde pública, está profundamente enraizada em questões sociais e econômicas. Frente a isso, este trabalho é importante por buscar desvendar os possíveis resultados do Programa Bolsa Família e sua contribuição para tirar milhares de famílias brasileiras da miséria, proporcionando mudanças não apenas no aumento da renda dessas famílias, mas também no acesso às áreas de saúde e educação através das condicionais.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo geral analisar os impactos do Programa Bolsa Família na redução do índice de mortalidade materna, considerando as condicionais impostas pela Bolsa Família e sua relação com a redução no índice de mortalidade materna. E como objetivos específicos espera-se contextualizar as melhorias nos serviços de saúde e as políticas públicas voltadas para a saúde materna e; demonstrar como o programa tem incluído as famílias pobres no acesso a serviços básicos.

Para atingir os objetivos propostos, este trabalho utilizou como fontes as bases de dados Google Acadêmico e SciELO, selecionando artigos, teses, dissertações e relatórios relevantes publicados nos últimos 40 (quarenta) anos que tratam da relação entre o Programa Bolsa

Família e a saúde materna, com ênfase na mortalidade materna. Além disso, foram analisados dados secundários do *World Development Indicators* sobre as taxas de mortalidade materna, fornecendo dados necessários para a discussão.

O trabalho está dividido em seis capítulos, sendo o primeiro a introdução, em que constam os aspectos históricos e metodológicos que embasam a pesquisa. O segundo capítulo apresenta o contexto histórico do programa bolsa família, suas contrapartidas, suas condicionalidades em relação à saúde, fundamentos, objetivos e resultados. O terceiro capítulo apresenta uma breve discussão sobre a mortalidade materna no Brasil. O quarto capítulo apresenta a metodologia utilizada na análise.

No quinto capítulo, é realizada uma discussão teórica sobre as contrapartidas e o impacto positivo do Programa Bolsa Família na redução da mortalidade materna. Esse capítulo detalha as condicionalidades de saúde do programa, seus fundamentos, objetivos e resultados alcançados. Por fim, o sexto capítulo apresenta as conclusões da análise, destacando a importância da vigilância alimentar e nutricional como a principal estratégia de acompanhamento do estado de saúde e nutrição materna. Também é ressaltado o potencial dessa ação dentro das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) para a redução dos índices de mortalidade materna.

2 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF)

2.1 Contexto Brasileiro

Analisar a pobreza como um fenômeno estrutural resultante da dinâmica histórica do desenvolvimento do capitalismo e enquanto fenômeno complexo, multidimensional e relativo, permite rejeitar a ideia de que seja decorrente apenas da insuficiência de renda e que os pobres sejam apenas um grupo homogêneo com fronteiras bem delimitadas. Além da insuficiência de renda, trata-se também da desigualdade na distribuição de recursos, da falta de acesso a serviços sociais básicos, informação, trabalho com remuneração digna, entre outros fatores (Silva, 2003).

Conforme Silva (2012), as políticas públicas de transferência de renda no Brasil tiveram seu marco inicial em 1930, momento em que o país passava por uma transição do modelo econômico de desenvolvimento agroexportador para um modelo urbano-industrial, atendendo às demandas e necessidades da classe operária emergente. Foi então desenvolvido o Sistema de Seguridade Social, similar ao modelo de "estado de bem-estar social" dos países desenvolvidos, para atender as camadas de renda mais baixa da população e proporcionar garantia de aposentadoria e benefícios securitários.

Segundo Draibe *et al.* (1991), foi a partir da década de 1930 que se iniciou no Brasil um sistema de políticas sociais, com três fatores no período que permitem a confirmação desse momento. O primeiro é a ampliação da atuação do Estado através da implementação de bens e serviços sociais, como a ampliação dos benefícios previdenciários, assistenciais e trabalhistas, atenção à saúde e a expansão do acesso aos ensinos fundamental e médio. O segundo engloba uma maior provisão de bens e serviços, além da criação de órgãos responsáveis pela gestão das políticas sociais e a garantia de direitos trabalhistas. E, por último, o Estado se tornou responsável por regulamentar e articular ações voltadas para a promoção da equidade (Draibe *et al.*, 1991)

Inicialmente, segundo Draibe *et al.* (1991), o sistema permaneceu seletivo e, embora a grande maioria das categorias profissionais tenha sido incorporada ao sistema, uma grande parte ainda permaneceu excluída, como os trabalhadores autônomos, domésticos e rurais. Durante as décadas de 1960 e 1970, com a instauração do regime militar, as mudanças drásticas ocorridas no Estado e na economia brasileira tinham como objetivo expandir o sistema, buscando abrangência nacional através de um aparelho estatal centralizado, ampliando os critérios do sistema previdenciário existente, buscando novas fontes de

financiamento e redefinindo princípios operacionais.

Durante o regime militar, o sistema de proteção social tinha como princípio fundamental ser autossustentável, com prestações financiadas por recursos provenientes da esfera do trabalho, e os valores dos benefícios deveriam manter estreita proporcionalidade com o tempo de serviço. Essas regras foram estabelecidas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), instituição que substituiu os antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), unificando e uniformizando os direitos das diversas categorias profissionais, antes heterogêneos (Draibe *et al.*, 1991).

Conforme Soares *et al.* (2009), o primeiro passo em direção a um cenário mais inclusivo ocorreu em 1971 com a criação da previdência rural. Ao reconhecer o trabalho em atividades agrícolas, majoritariamente informais, além de fornecer o benefício a milhões de trabalhadores rurais, permitiu que o sistema de proteção social considerasse a dimensão das necessidades, ao invés de se basear exclusivamente nas contribuições, assim, definindo um novo paradigma no desenvolvimento e construção da proteção social.

Mesmo com a expansão da cobertura da proteção social no Brasil, durante os anos 1980 os indicadores sociais permaneciam em níveis injustificáveis. Em 1980, a expectativa de vida ao nascer era de apenas 60 anos; a taxa de mortalidade infantil era de 88 por mil nascidos vivos; o analfabetismo na população de 15 anos ou mais era de 25%; o INAMPS apresentava uma média de apenas 1,5 consultas médicas anuais por habitante; a cobertura vacinal de menores de 1 ano era de 56% para a vacina Sabin, 37,4% para difteria, coqueluche e tétano (DPT) e 69% para a anti-sarampo; e 42,6% dos domicílios urbanos não tinham acesso a esgoto (Draibe *et al.*, 1991; Castro; Ribeiro, 2006).

No início do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às pautas das políticas nacionais. De modo geral, os projetos de proteção da saúde materna e infantil, elaborados nas décadas de 1930 a 1970, por terem uma visão restrita da mulher como mãe e cuidadora do lar, não se integravam com outros programas, resultando em uma assistência fragmentada. Alguns exemplos dessas propostas foram o Programa de Saúde Materno Infantil (1975) e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (1978) (Brasil, 2007).

Se a criação de medidas de proteção social iniciou-se nos anos 1930, a implementação de medidas para a redução da mortalidade materna no Brasil ocorreu tardiamente, a partir de 1977, quando o Sistema de Saúde Brasileiro passou a registrar e publicar os dados dessas mortes, que refletiam índices alarmantes de mortalidade e desigualdades regionais (Draibe, 1998, p. 04).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, a saúde passou a ser um direito do cidadão e um dever do Estado, o que gerou mudanças estruturais no sistema de saúde brasileiro, conforme a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 - denominada Lei Orgânica da Saúde - que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Farias, 1997).

Mas foi a partir de 1991 que o debate a respeito dos Programas de Transferência de Renda começou na agenda pública brasileira. Neste ano, o senador Eduardo Suplicy apresentou e teve aprovado no Senado Federal o Projeto de Lei n. 80/1991, que propunha o Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM). Esse programa destinava-se a beneficiar todos os brasileiros residentes no país, maiores de 25 anos de idade, com uma renda correspondente a 2,25 salários mínimos, ajustados para os valores de 2005 (Silva, 2004).

Em 2001, penúltimo ano do governo de Fernando Henrique Cardoso, foi emitida a Portaria nº 710 do Ministério da Saúde, de 10 de junho de 1999, que aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a adoção da Medida Provisória nº 2.206, de 10 de agosto de 2001, criando o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde (Bolsa Alimentação) (Vasconcelos, 2005). Antecedendo a criação do Programa Bolsa Família, foram criados programas que o precederam - o Bolsa Escola, o Auxílio Gás, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação -, implementados de forma descentralizada e posteriormente alcançando a maioria dos municípios brasileiros de forma significativa considerado pelo então presidente da república como uma grande rede nacional de proteção social (Silva, 2007; Silveira, 2013).

Dessa maneira, as medidas de proteção social no Brasil e a saúde da mulher foram incorporadas progressivamente às pautas das políticas nacionais e, posteriormente, através da criação de medidas para a redução da mortalidade materna como quando o Sistema de Saúde Brasileiro passou a registrar e publicar os dados dessas mortes, e recentemente com a criação e implementação do Programa Bolsa Família (PBF).

2.2 Programa Bolsa Família (PBF)

Em outubro de 2003, o Governo Federal lançou o Programa Bolsa Família (PBF) com o objetivo de unificar os diversos programas federais, estaduais e municipais específicos para o combate à pobreza no Brasil. Essa iniciativa visava ampliar a proteção das famílias em situação de vulnerabilidade, integrando esforços de diferentes esferas do governo em um único instrumento coordenado. O objetivo principal era aumentar a escala de atendimento e garantir a inclusão das famílias mais pobres nos serviços sociais básicos, como saúde,

educação e alimentação (Soares *et al.*, 2009; Campello, 2020).

O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda destinado a famílias em situação de pobreza (renda mensal per capita entre R\$ 60,00 e R\$ 120,00) e extrema pobreza (renda mensal per capita de até R\$ 60, 00), instituída pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentada pelo Decreto nº 5.209/2004. Mais do que apenas provar um auxílio financeiro, o programa visa garantir o acesso dessas famílias aos direitos fundamentais, promovendo a redução da miséria e a inclusão social, com foco na emancipação das famílias mais pobres (Weissheimer, 2018).

O PBF foi criado com o objetivo de redução imediata da pobreza (Brasil, 2004a) para que, a longo prazo, houvesse a melhora no desenvolvimento do capital humano através do maior acesso à educação, saúde e promoção da segurança alimentar (Silva *et al.*, 2021a). Ao longo dos anos, o programa cresceu significativamente, tornando-se o maior programa de transferência condicionada de renda do mundo. Em 2019, o PBF beneficiou mais de 14 milhões de famílias, com um investimento superior a R\$ 31 bilhões (Controladoria Geral da União, 2019). No entanto, após 18 anos de existência, o programa foi substituído pelo Auxílio Brasil, por meio da Medida Provisória nº 1.061, de 9 de agosto de 2021, sendo substituído pelo Programa Auxílio Brasil (Brasil, 2021b), cuja medida de criação apresenta critérios de inclusão mais restritos, limitando o número de famílias beneficiadas por esse auxílio.

Ao se tornar beneficiária do programa, a família assume compromissos nas áreas de saúde e de educação, tais como: acompanhamento pré-natal, acompanhamento nutricional e frequência escolar em estabelecimento público de ensino (Craveiro *et al.*, 2013). O programa também introduziu inovações no âmbito dos programas de transferência de renda, como proteger toda a família ao invés do indivíduo, aumentar o valor dos benefícios, unificar a gestão dos benefícios, exigir um maior compromisso das famílias e, consequentemente, potencializar as ações do governo (Cavalcante, 2009).

O Programa Bolsa Família, com suas condicionalidades de saúde, tem impactos essenciais na vida dos seus beneficiários: primeiramente, na saúde das famílias - em especial as socialmente mais vulneráveis - e, em segundo lugar, na organização e nos arranjos operacionais que o Estado fará para cumprir essas medidas, reforçando a inclusão das famílias em ações e serviços básicos de saúde, a universalização do SUS e o cuidado continuado à população mais vulnerável (Cotta, 2013; Campello, 2013).

O aumento da renda familiar, em parte associado ao Programa Bolsa Família (PBF), possui impactos que extrapolam a complementação da renda familiar. As exigências do programa trazem a vinculação dos beneficiários a políticas sociais básicas, como saúde e

educação. Dentre os impactos já observados, incluem-se o aumento da frequência escolar e a redução da mortalidade materna (Brasil, 2007a; Jaime, Patricia Constante *et al.*, 2014).

No campo da saúde, o programa tem sido essencial na promoção de medidas preventivas que incluem a realização do acompanhamento pré-natal de gestantes, o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e do calendário vacinal das crianças, contribuíram para os programas governamentais brasileiros de combate às doenças erradicadas pela vacinação. Faz parte das ações do PBF o acompanhamento do cartão de vacina das crianças das famílias beneficiadas pelo programa, além do acompanhamento das gestantes durante o pré e o pós-natal.

O acompanhamento das gestantes e puérperas, atendendo às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF), tem como objetivo primordial promover e fortalecer o acesso a cuidados e a um pré-natal de qualidade. Essa estratégia visa não apenas aprimorar as condições de vida e nutrição da gestante, preferencialmente com a identificação de possíveis problemas gestacionais nas primeiras semanas da gravidez, mas também promover o bem-estar da gestante e do bebê.

Nesse contexto, cuidado reforçado às gestantes e puérperas visa garantir não apenas um pré-natal de qualidade, mas também uma nutrição adequada e a detecção precoce de complicações gestacionais. Através do acesso facilitado aos serviços de saúde, as gestantes podem identificar e tratar problemas desde as primeiras semanas de gravidez, promovendo, assim, o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê. A estratégia de cuidados proposta pelo PBF, portanto, está intrinsecamente ligada à melhoria dos indicadores de saúde materna e com potencial de redução a longo prazo (Brasil, 2012).

O Quadro 1 demonstra a estrutura dos benefícios do PBF, regras para a exigibilidade e os devidos valores atualizados conforme o ano de 2023.

Quadro 1 - Benefícios Do Programa Bolsa Família

ESTRUTURA DE BENEFÍCIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA		
Benefício	Regra de funcionamento	Valor
Benefício de Renda de Cidadania (BRC)	Pago às famílias com renda familiar por pessoa mensal menor ou igual a R\$218,00. Pago por integrante da família.	R\$ 142,00
Benefício Complementar (BCO)	Pago às famílias que na soma dos valores recebidos do BRC não alcançaram o valor mínimo de R\$600,00.	Calculado pela diferença entre R\$600,00 e a soma do valor do BCR

	Pago para a família.	recebido pela família.
Benefício Primeira Infância (BPI)	Pago às famílias que possuam em sua composição crianças com idade entre 0 (zero) e 7 (sete) anos incompletos. (A criança recebe até os 6 anos e 11 meses). Pago por integrante da família que esteja nessa faixa etária.	R\$ 150,00
Benefício Variável Familiar (BVF)	Pago às famílias que possuam em sua composição: - Gestantes; - Nutrizes; ou - Pessoas com idade entre 7 (sete) e 18 (dezoito) anos incompletos. (O adolescente recebe até dezembro do ano em que completar 18 anos). Pago por integrante da família que esteja nessa faixa etária ou condição.	R\$ 50,00
Benefício Extraordinário de Transição (BET)	Pago às famílias que tiveram perda financeira com a implantação da estrutura de benefícios do Bolsa Família completa, a partir de junho. Ou seja, financeiramente a estrutura de benefícios do Auxílio Brasil seria financeiramente mais vantajosa, caso o BET não fosse pago. O BET será pago até maio de 2025.	Calculado pela diferença entre o valor do benefício da família no mês de maio/2023 e o valor recebido no mês de junho/2023.

Fonte: Brasil (2023)

2.3 Políticas do Programa Bolsa Família para grávidas e puérperas

2.3.1 Benefício Variável à Gestante (BVG)

Além da transferência de renda, o Programa Bolsa Família (PBF) exige o cumprimento de um conjunto de condicionalidades nas áreas de saúde e de educação que visam fortalecer a proteção à mãe e à criança, contribuindo simultaneamente com o aumento da renda familiar e com o desenvolvimento durante esse período essencial. O Programa ainda propõe que as famílias beneficiárias, que possuem gestantes identificadas nos estabelecimentos de atenção à saúde, recebam nove parcelas mensais do Benefício Variável Gestante (BVG) (Brasil, 2018).

O Benefício Variável à Gestante (BVG), uma vertente do Programa Bolsa Família (PBF), foi criado em 5 de outubro de 2016, por meio do Decreto N° 8.869, sob o governo do presidente Michel Temer (Brasil, 2016), e alterado pelo Decreto N° 9.579, de 22 de novembro de 2018 (Brasil, 2018).

É um benefício concebido com o propósito central de reforçar a proteção à mãe e ao bebê durante o período gestacional, alinhando-se ao objetivo mais amplo do programa. Sua finalidade primordial é ampliar a renda familiar e conferir uma atenção mais direcionada a uma fase essencial para o desenvolvimento infantil. Instituído em dezembro de 2011 como uma estratégia de complementação de renda para famílias em situação de maior vulnerabilidade social, os Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, de maneira colaborativa, decidiram operacionalizar a concessão desse benefício, integrando-o à rotina já estabelecida de acompanhamento de condicionalidades de saúde. Este procedimento inclui a identificação e o acompanhamento sistemático das gestantes, posicionando o BVG como uma intervenção adicional e complementar nesse cenário. O acompanhamento constante das famílias, com ações educativas e conscientização sobre a saúde, permite um olhar cuidadoso para os beneficiários e o acompanhamento contínuo de cada usuário (MDS, 2013; Campello, 2013).

Através da portaria nº 897, de 7 de julho de 2023, que estabelece normas e procedimentos para a gestão de benefícios do Programa Bolsa Família (PBF), previstos na Lei nº 14.601, de 19 de junho de 2023, foram feitas atualizações e adequações operacionais no Programa Bolsa Família. O atual Benefício Variável Familiar BVF foi caracterizado de acordo com o perfil dos beneficiários (Brasil, 2023).

O Quadro 2 apresenta as tipologias operacionais do Benefício Variável Familiar (BVF) e suas respectivas regras de funcionamento

Quadro 2 - Tipologias Operacionais Do Benefício Variável Familiar

Benefício	Regra de funcionamento
Benefício Variável Familiar Gestante (BVG)	Pago às famílias com gestantes, identificadas no acompanhamento familiar pelo Ministério da Saúde. São pagas 9 parcelas deste benefício.
Benefício Variável Familiar Nutriz (BVN)	Pago às famílias com crianças de até 6 meses de idade, identificadas no Cadastro Único. São pagas 6 parcelas deste benefício.
Benefício Variável Familiar Criança (BV)	Pago às famílias com crianças ou adolescentes com idade entre 7 e 16 anos incompletos.
Benefício Variável Familiar Adolescente (BVA)	Pago às famílias com adolescentes com idade entre 16 e 18 anos incompletos.

Fonte: Brasil (2023)

Dessa forma, o Programa Bolsa Família (PBF) se consolidou como uma ferramenta que, por meio de articulação com outras políticas, atua constantemente para superação da pobreza e

transformação social das famílias beneficiárias.

2.3.2 Programa Criança Feliz (PCF)

Além do Benefício Variável à Gestante (BVG), o Programa Criança Feliz (PCF) foi implementado pelo Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016, através da Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, conhecida como Marco Legal da Primeira Infância, que estabelece a oferta de programas e ações de visita domiciliar de estimulação ao desenvolvimento integral na primeira infância, considerando todo seu contexto familiar (Brasil, 2017a).

O Programa Criança Feliz (PCF) foi instituído pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Agrário, tem como objetivo orientar e apoiar as famílias e gestantes, promovendo o cuidado, proteção e educação, monitorar o desenvolvimento infantil, e intermediar o acesso da família a serviços públicos essenciais que possam impactar positivamente o desenvolvimento das crianças e a saúde materna (Brasil, 2017a).

O programa possui caráter intersetorial, envolvendo diversas políticas públicas com o objetivo de promover o desenvolvimento das crianças, considerando também toda a família e o contexto em que vivem. Tem como público-alvo crianças e famílias em situação de vulnerabilidade social, incluindo gestantes, crianças de até 36 meses e suas respectivas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família; crianças de até 72 meses e suas respectivas famílias beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada; e crianças de até 72 meses afastadas do convívio familiar em razão da aplicação de medida de proteção prevista no Art. 101, caput, incisos VII e VIII, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e suas famílias (Brasil, 2017a; Brasil, 2017b).

O Programa Criança Feliz promove o desenvolvimento integral das crianças por meio de visitas domiciliares realizadas por profissionais capacitados, que orientam os cuidadores sobre práticas que estimulam o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social. Para isso, é necessário o reconhecimento e a aproximação com a realidade familiar, de forma que as estratégias elaboradas atendam às necessidades de forma eficiente, com visitas trimestrais. As visitas permanecem após o nascimento da criança, objetivando o estímulo intelectual e social até a criança atingir 36 meses de idade, quando as visitas devem ser interrompidas (Brasil, 2017a).

Durante essas visitas, o programa incentiva atividades lúdicas que ajudam no desenvolvimento cognitivo e motor, além de fortalecer os vínculos familiares ao enfatizar a importância do afeto e da comunicação. Além disso, o programa promove hábitos saudáveis,

orientando sobre alimentação adequada, higiene e vacinação, e assegura o acesso das famílias aos serviços públicos de saúde, educação e assistência social. Por meio do acompanhamento contínuo, o Programa Criança Feliz (PCF) garante que as crianças recebam os estímulos necessários para um desenvolvimento pleno e saudável, contribuindo para que alcancem seu potencial máximo desde os primeiros anos de vida (Brasil, 2017a).

As condicionalidades de saúde do Bolsa Família incluem a obrigatoriedade de manter o calendário de vacinação das crianças em dia, realizar o acompanhamento nutricional, e além do pré-natal, a gestante deve comparecer às consultas e exames complementares necessários, assegurando o monitoramento da saúde tanto dela quanto do bebê. O Programa Criança Feliz (PCF) complementa essas ações por meio de visitas domiciliares, onde os profissionais orientam as famílias sobre a importância dessas práticas, ajudam a monitorar o cumprimento das condicionalidades e oferecem suporte para superar eventuais dificuldades no acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2017a).

Se tratando de saúde materna, o Programa Criança Feliz (PCF) desempenha um papel crucial durante a gestação, na qualidade do pré-natal e do cuidado infantil. Além disso, facilita o acesso das gestantes aos serviços de saúde, auxiliando no agendamento de consultas e assegurando que elas cumpram as condicionalidades exigidas pelo Bolsa Família, garantindo, assim, o acompanhamento médico necessário para uma gestação saudável (Brasil, 2017a).

Lazaretti e Becker (2022) avaliam que os municípios que receberam o PCF conseguiram reduzir a taxa de mortalidade materna e uma melhora significativa no estado nutricional das crianças, ou seja, com a melhora nos indicadores de saúde infantil, o programa pode contribuir positivamente na saúde adulta, educação e renda dos beneficiários.

O programa tem alcançado resultados positivos ao longo dos anos na saúde, desenvolvimento infantil e materno, mas enfrenta desafios relacionados à prestação de serviços nessa área. A falta de recursos humanos e financeiros pode limitar o alcance do programa e a oferta de um suporte de qualidade. Além disso, a participação das famílias nas orientações e práticas recomendadas pode variar, com algumas famílias enfrentando barreiras sociais e econômicas que dificultam a implementação das recomendações. A integração do PCF com outros serviços públicos e programas sociais também é um desafio, exigindo coordenação eficaz entre diferentes entidades para maximizar os benefícios (Soares, 2023).

2.3.2 Rede Cegonha

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde do Brasil, lançada em 2011,

e instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011, com o objetivo de garantir assistência humanizada e de qualidade à saúde materna e infantil através de ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério. Através desse programa a mulher é assegurada, através de uma rede de cuidados, em relação ao direito ao planejamento e atenção humanizada durante a gestação, durante o parto e no puerpério (Brasil, 2011a).

O programa tem como objetivo a garantia de um pré natal de qualidade, classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade social, atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde da criança da gestação até 24 meses de idade e um planejamento familiar adequado, além da redução do número de óbitos evitáveis de mulheres e de crianças no país. A Rede Cegonha é organizada a partir de quatro eixos principais: pré natal, assegurando que gestantes tenham acesso a consultas e exames essenciais; parto e nascimento, garantindo o nascimento seguro e humanizado respeitando as preferências das mulheres; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, com o acompanhamento contínuo da saúde da mãe e do bebê no pós-parto; e a criação de um sistema logístico eficiente para o transporte seguro de gestantes e recém-nascidos para unidades de saúde (Brasil, 2011b).

Guerra *et al.* (2016) aponta que a Rede Cegonha é altamente relevante para a melhoria da saúde materna no Brasil, além de desempenhar um papel crucial na redução das taxas de mortalidade materna e infantil. Giovanni (2014) através de sua análise aponta que o programa possibilitou avanços para a população, ampliando e disponibilizando exames de rotina e complementares para a saúde do bebê e a facilitação na aquisição de medicamentos, contraceptivos e outros insumos. Além disso, apresenta ameaças que dificultam o acesso aos serviços da Rede Cegonha, como a precariedade e dificuldade no acesso aos serviços em alguns municípios, desrespeito ao fisiologismo do processo parturitivo e a própria escolha da mulher e outros fatores que independem do Ministério da Saúde.

Desse modo, ainda que apresente dificuldades na gestão, a Rede Cegonha vem alcançando os objetivos na medida em que reorganiza e capacita os serviços existentes, promove a adequação dos sistemas logísticos e oferece qualificação para os profissionais da saúde (Giovanni, 2014).

3 MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

A mortalidade materna é um indicador importante da saúde da mulher e da qualidade de vida da população em geral. Diversos fatores interferem nessa mortalidade, desde aspectos biológicos da reprodução humana — como doenças recorrentes e associadas à gravidez — até características populacionais e a utilização de serviços de saúde, como acesso ao pré-natal, número de partos hospitalares, qualidade da assistência durante o parto e o pós-parto, ocorrência e frequência de abortos, entre outros. Sua significância se estende à capacidade de estimar desigualdades, revelando disparidades significativas quando aplicada na análise comparativa entre áreas ou regiões com diferentes níveis de desenvolvimento (Ventura, 2008).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração, devida a qualquer causa relacionada ou agravada por medidas tomadas em relação à gestação, desconsiderando causas acidentais ou incidentais. Além disso, a OMS aponta que as complicações que representam a grande maioria das mortes maternas são hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), hemorragias graves (principalmente no pós-parto), infecções (mais comuns após o parto), complicações durante o parto e abortos inseguros (Dias *et al.*, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, além de um problema de saúde pública, os altos índices de mortalidade materna configuram uma violação dos direitos humanos das mulheres e crianças, indicando desigualdade entre as classes sociais com menos acesso aos bens sociais, nas diversas regiões do país (Brasil, 2004).

Na década de 1990, ano de referência das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, houve uma maior compreensão sobre os determinantes sociais da mortalidade materna, como a importância da educação, da renda, do local do parto e do grau de bem-estar na sociedade (Souza, 2015). A criação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com medidas voltadas para a redução da mortalidade materna e melhoria na saúde reprodutiva, decorre não apenas pelo alto número de mortes decorrentes de complicações da gravidez, parto e puerpério, mas principalmente porque essas mortes decorrem, em sua maioria, do contexto social, econômico e cultural de cada país. Assim, na medida em que os governantes desenvolvem políticas públicas eficazes para atenuar os determinantes da mortalidade materna, eles não apenas influenciam essa mortalidade, mas também promovem o crescimento econômico e social (Souza, 2013).

Analisar os indicadores de mortalidade materna é essencial para o conhecimento das desigualdades, pois oferece uma visão abrangente da saúde das mulheres e, por conseguinte, da população em geral. Esses indicadores auxiliam na identificação de desigualdades quando comparados entre diferentes populações e regiões geográficas, considerando diversos estágios de desenvolvimento. A investigação das variações geográficas e temporais da mortalidade materna não apenas revela padrões críticos, mas também destaca situações de desigualdade, apontando áreas específicas que podem demandar estudos especializados, visando abordar essas disparidades de maneira mais precisa e informada (BVMS; Laurenti, 2000).

Siqueira *et al.* (1980) refletem sobre a influência de problemas sociais e socioeconômicos em determinados indicadores, como a mortalidade por aborto e a decorrente da utilização inadequada dos serviços de saúde (ou da falta de serviços), apontando também uma semelhança com o indicador de mortalidade infantil, onde ambos representam indicadores das condições de vida mais do que da saúde.

Em um estudo realizado por Andrade *et al.* (2006), a mortalidade materna é negativamente relacionada com o sistema de saúde, quando alta, pode-se concluir que há algo de errado e que o sistema de saúde não funciona de forma eficiente, além de atribuir o aumento do índice à falta de planejamento familiar e as condições socioeconômicas precárias.

Na Tabela 1, foram analisados 114 prontuários de pacientes que vieram a óbito de um total de 164.161 internações obstétricas ocorridas entre 1927 e 2001. Calculou-se a proporção de mortes maternas de acordo com a faixa etária, paridade, tempo de gestação e causas obstétricas. Além disso, a mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos foi calculada por períodos de 15 anos e analisada por meio da técnica de amortecimento exponencial ($\alpha=0,05$) (Andrade *et al.*, 2006).

Tabela 1 - Índice de mortalidade materna (IMM) de 1927 a 2001 por 100 mil nascidos vivos

Período	Mortes Maternas (n)	Nascidos vivos	IMM
1927-1941	33	2137	1544,2
1942-1956	34	10841	313,6*
1957-1971	19	24861	76,4*
1972-1986	41	56228	72,9
1987-2001	17	36981	46,0

* $p < 0,001$ em relação ao período precedente

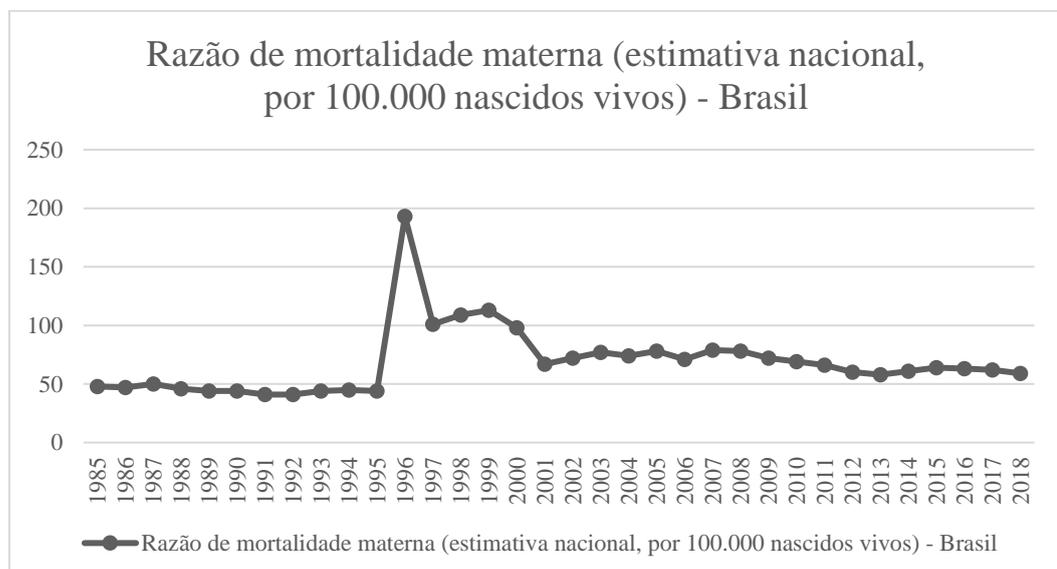
Fonte: Andrade *et al.* (2006)

Ao analisar a redução progressiva da mortalidade materna, Andrade *et al.* (2006) aponta que a adoção de esquemas de prevenção e cuidados durante o pré-natal são fundamentais para a gestante, minimizando riscos como infecção puerperal e pré-eclâmpsia através de monitoramento e assistência básica à saúde do pré ao pós-parto.

Um dos fatores que dificultam o monitoramento da mortalidade materna é a subnotificação nas declarações de óbito, que ocorre devido ao preenchimento incorreto da declaração de óbito, omitindo a verdadeira causa da morte e se estava relacionada à gestação. Morse (2011) analisou a tendência da mortalidade materna no Brasil e as possíveis causas, o preenchimento incorreto das declarações de óbito e aponta níveis elevados de subnotificação, em torno de 40 a 50%, assim como informação ausente nas declarações para variáveis importantes como cor da pele e escolaridade. Ou seja, embora o indicador de mortalidade materna esteja em declínio, mantém-se em níveis elevados.

O gráfico 2 representa o Índice de Mortalidade Materna (IMM) no Brasil entre 1986 e 2018. Dessa forma, considerando apenas os óbitos declarados, o Índice de Mortalidade Materna (IMM) brasileiro apresentou um declínio durante a década de 1980 e uma modesta elevação até 1995. Em 1996, com a modificação do formulário de declaração de óbito feita pelo Ministério da Saúde, que incluiu perguntas específicas sobre a hora da morte e se a mulher estava grávida, o índice apresentou um valor significativamente alto. Em seguida, o índice apresentou uma queda, que pode ser justificada pela melhoria na qualidade dos serviços obstétricos e no planejamento familiar (Ministério da Saúde, 2007).

Gráfico 1 - Razão de mortalidade materna



Fonte: World Bank Group - Dados

Em seu estudo, Silva *et al.* (2016) discutem a mortalidade materna e suas principais causas. Inicialmente, foram analisados 115 países, contabilizando 60.799 mortes entre 2002 e 2009, com diferenças marcantes entre as regiões do mundo. Na América Latina, constatou-se que a maior parte das mortes maternas ocorrem por causas hemorrágicas, seguidas de hipertensão. O estudo também mostrou a trajetória da mortalidade materna entre 1990 e 2013, detalhando os dados por países dentro de cada região. Essa análise demonstrou que as altas taxas ainda persistem em países de renda média e baixa, embora o número absoluto de mortes no mundo tenha diminuído.

Em relação às causas de morte, é importante distinguir entre causas de morte obstétrica direta - resultantes de complicações da gestação, parto e puerpério devido a intervenções, falta de tratamento adequado, ou a uma cadeia de eventos decorrentes desses fatores - e causas de morte obstétrica indireta - resultantes de doenças previamente existentes ou desenvolvidas durante a gestação, que não são causas obstétricas diretas, mas que são agravadas pela gestação (Silva *et al.*, 2016).

Historicamente, as notificações de óbitos maternos no Brasil têm sido suscetíveis a imprecisões e subnotificações. A deficiência na qualidade das informações está intrinsecamente vinculada a uma série de problemas, tais como equívocos na declaração da causa da morte por parte dos profissionais médicos, inadequações no preenchimento da Declaração de Óbito e complicações na seleção da causa básica, - na qual a opção “causa da morte” teve o preenchimento feito com a opção “outros” - resultando em subdeclaração. Adicionalmente, observa-se a ocorrência de ausência de declaração de óbito, ou sub-registro, por parte dos codificadores (Laurenti, 1988; Ribeiro, 2012; Martins, 2006).

Conforme observado por Sousa *et al.* (2007), o preenchimento da declaração de óbito é suscetível a diversos fatores. Estes incluem a natureza da assistência médica fornecida no momento do óbito, o tipo de serviço onde a mulher estava localizada no momento do falecimento (como emergência, UTI, obstetrícia, clínica médica) e, crucialmente, quando o profissional que prestou a assistência não coincide com aquele responsável pelo preenchimento da declaração de óbito. Esses elementos evidenciam a complexidade e a sensibilidade envolvidas no processo de documentação de óbitos maternos.

Moraes (2022) descreve que, em 2021, a mortalidade materna no Brasil alcançou uma média de 107 mortes a cada 100 mil nascimentos, de acordo com o Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna do Ministério da Saúde. Entre as principais causas da mortalidade materna estão a hipertensão, infecções e hemorragias, principalmente no pós-parto.

Apesar de apresentar uma redução progressiva, a mortalidade materna ainda é elevada,

uma vez que o país não atingiu o objetivo do milênio, que era um Índice de Mortalidade Materna (IMM) igual ou inferior a 35 mortes por 100 mil nascidos vivos em 2015 (Souza, 2013).

Silva *et al.* (2016) descrevem a importância dessa temática no contexto brasileiro, onde, além de apresentar medidas para correção, possibilitam a obtenção de estimativas mais precisas sobre a evolução da mortalidade materna ao longo dos anos. Adicionalmente, essa abordagem permite uma análise mais refinada das disparidades regionais e das causas preponderantes, conferindo relevância extrema para o direcionamento de políticas públicas de saúde e o planejamento estratégico dos serviços de saúde no país.

4 CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

Para este estudo, optou-se por realizar uma pesquisa bibliográfica. Este tipo de pesquisa foi selecionado devido à necessidade de avaliar em que estado se encontra atualmente o problema de pesquisa, quais trabalhos já foram realizados a respeito e quais são as opiniões reinantes sobre o assunto.

De acordo com Marconi e Lakatos (2013), a pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. A sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações, verificando sua veracidade, as possíveis incoerências ou contradições que as obras possam apresentar.

A pesquisa foi conduzida através do Google Acadêmico e Scielo. A coleta de dados foi realizada utilizando descritores, são eles: “bolsa família”, “mortalidade materna”, “impacto positivo do Bolsa Família” e “redução de morte materna”. Alguns dos critérios de seleção adotados incluíram: ano de publicação, relevância e características geográficas (artigos referentes ao país de estudo - Brasil). O país foi escolhido devido ao fato de que o programa a ser analisado foi criado pelo governo federal e seu modelo de funcionamento é exclusivo do país, sem possibilidades de análises comparativas.

As informações coletadas foram analisadas qualitativamente, com foco na interpretação dos resultados e na identificação de padrões, especialmente no que se refere à relação entre as condicionalidades do programa e a redução da mortalidade materna ao longo dos anos. O período analisado, de 1980 a 2018, foi escolhido devido à necessidade de compreender o desenvolvimento dos sistemas de proteção social no Brasil e como as condicionalidades do programa influenciaram a melhoria dos indicadores de saúde materna.

Nesta seção, serão apresentados os resultados da pesquisa relacionada a mortalidade materna. Foram selecionados os vinte estudos mais relevantes para a discussão, com base em critérios de seleção que visavam garantir a inclusão dos artigos mais apropriados e significativos para descrever a relevância do Programa Bolsa Família na redução da mortalidade materna.

Os artigos selecionados estão dispostos no quadro a seguir:

Quadro 1 - Relação de estudos selecionados para a análise

Autor e Ano	Resultado
Brasil (2018)	- Trabalho elaborado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), reconhecida como uma inovação gerencial na política pública de saúde.
De Frias <i>et al.</i> (2013)	- Discussão sobre a importância, a composição e a organização dos comitês de mortalidade materna e de prevenção do óbito infantil e fetal.
Almeida & Silva (2016)	- Programa Bolsa Família têm apresentado resultados positivos sob o aspecto da quebra do ciclo intergeracional da miséria junto às famílias pobres e extremamente pobres, inclusive, dando a elas as oportunidades de crescimento e desenvolvimento material e de inclusão social.
Leal <i>et al.</i> (2018)	- Houve grande queda nas taxas de fecundidade, universalização da atenção pré-natal e hospitalar ao parto, aumento do acesso à contracepção e aleitamento materno, e diminuição das hospitalizações por aborto e da subnutrição; - a razão de mortalidade materna decresceu e, embora alguns poucos indicadores tenham demonstrado piora ou mantido a estabilidade, a grande maioria apresentou acentuadas melhoras.
Soares <i>et al.</i> (2006)	- A transferência de renda tem um forte efeito sobre a intensidade da pobreza; - BPC e a previdência no piso são capazes de retirar as famílias da pobreza; - e todos contribuíram de modo relevante para a queda na desigualdade entre 1995 e 2004.
Soares <i>et al.</i> (2009)	- Mostra que o Bolsa Família é uma política revolucionária em termos de política social no Brasil; - os impactos do PBF foram relevantes no combate à desigualdade e a algumas medidas de pobreza, e dele não decorrem impactos negativos.
Soares <i>et al.</i> (2020)	- A investigação realizada é relativa à associação de insegurança alimentar e os indicadores socioeconômicos juntamente com o perfil antropométrico de mulheres contempladas pelo programa social estudado; - a população beneficiada apresenta elevado índice de insegurança alimentar, que está associada à baixa qualidade de vida; - um conjunto de ações, programas e políticas precisam ser reformulados para garantir de forma integral aos brasileiros, principalmente, aqueles beneficiados por programas sociais, assistência e o acesso as necessidades básicas
Lisboa (2022)	- O Programa Bolsa Família, enquanto estratégia integrada de inclusão social e de desenvolvimento econômico, parece exercer efeito protetor na saúde nutricional das gestantes do município estudado
Faria e Pena (2016)	- Foi realizada uma pesquisa descritiva com amostra de 563 crianças, sendo 254 da 1ª vigilância de 2007 e 309 da 1ª vigilância

	<p>de 2008;</p> <ul style="list-style-type: none"> - embora a maioria das crianças atendidas pelo PBF tenha peso adequado, os déficits nutricionais e o sobrepeso ainda são preocupantes; - para melhorar a situação nutricional dessas crianças, é essencial que o PBF priorize ações de promoção da saúde
Oliveira <i>et al</i> (2017)	<ul style="list-style-type: none"> - A pesquisa revelou uma elevada prevalência de insegurança alimentar entre gestantes atendidas pela rede pública de saúde em uma capital do Nordeste brasileiro; - essa condição demonstrada está intimamente ligada à ocorrência de hiperglicemia materna e à pressão arterial elevada, reforçando os impactos negativos da insegurança alimentar na saúde
Viana <i>et al</i> (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - O óbito materno reflete as condições de vida da população, com grandes disparidades entre regiões socioeconômicas; - embora seja um indicador importante para a saúde feminina, os números são muitas vezes imprecisos devido à dificuldade de registro dos casos; - prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado são fundamentais para reduzir essas mortes.
Rasella (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - O autor conclui que todas as medidas de desigualdade de renda foram negativamente associadas com a expectativa de vida, mesmo após o ajuste do modelo; - o Programa de Saúde da Família foi positivamente associado com a expectativa de vida; - o Bolsa Família foi negativamente associado com a taxa de pobreza e com a desigualdade de renda.
De Almeida e Da Silva (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Os autores apontam que o cumprimento das condicionalidades, mesmo quando obrigatório, tem ajudado nos programas de combate às doenças erradicadas no Brasil; - as gestantes são acompanhadas durante o pré e pós-natal, o que ajuda a reduzir a mortalidade infantil e a morte materna por complicações na gravidez; - os programas de transferência de renda são uma medida paliativa eficaz para lidar com a pobreza e miséria de forma imediata; - e essas iniciativas oferecem às famílias financeiramente desamparadas oportunidades mínimas de sobrevivência.
Melo (2014)	<p>A autora destaca a importância das condicionalidades e estratégias para ampliar o acesso à saúde, além do fortalecimento dos vínculos entre usuários e equipes de saúde, como fatores essenciais para reduzir a mortalidade infantil e materna.</p>
Campoli (2018)	<ul style="list-style-type: none"> - A autora concluiu que o aumento das consultas pré-natal melhorou a eficiência do programa, e os recursos destinados às famílias reforçaram a importância do programa para a saúde materna.
Braga (2019)	<ul style="list-style-type: none"> - a autora aponta que o Programa Bolsa Família trouxe melhorias nos indicadores em todos os estados, sobretudo da Esperança de Vida, e, apesar das disparidades regionais, houveram avanços socioeconômicos em todo o país.

Garcia (2019)	- A autora argumenta que, embora o Bolsa Família tenha como objetivo promover o desenvolvimento social e econômico, além de reduzir a vulnerabilidade social, o acompanhamento das condicionalidades na saúde não atingiu o efeito esperado. O monitoramento de vacinas, crescimento infantil, pré-natal e atividades educativas apresentou um percentual de acompanhamento abaixo do previsto, mas com tendência de melhora nos anos seguintes.
Victora <i>et al.</i> (2011)	- Os autores destacam melhorias nas desigualdades regionais e socioeconômicas, no estado nutricional e em indicadores de saúde, além de avanços nos determinantes sociais e intervenções fora do setor de saúde, como o Bolsa Família, saneamento e água; - mencionam a criação de um sistema de saúde unificado para ampliar o acesso, mas apontam desafios como a alta frequência de cesarianas, nascimentos prematuros e abortos ilegais, enfatizando a necessidade de reduzir desigualdades em saúde.
Silva (2014)	- A autora destaca a importância da atuação conjunta entre vigilância em saúde e transferência de renda; - embora o Bolsa Família tenha correlação negativa com a mortalidade materna, ela sugere que o programa pode contribuir para melhorar não só a mortalidade infantil e materna, mas também outros indicadores de saúde.
Souza (2015)	- Segundo o autor, apesar do progresso obtido, a mortalidade materna continua sendo inaceitavelmente alta. A redução das desigualdades a que estão sujeitas as mulheres e o aumento da qualidade da atenção obstétrica são fundamentais para reduções adicionais da mortalidade materna.
Ferraz e Bordignon, (2012)	- O estudo revela um aumento nas mortes maternas no Brasil entre 2000 e 2009 e destaca desigualdades regionais nos coeficientes de mortalidade materna, indicando a necessidade de intervenções na saúde para que se tenham indicadores satisfatórios no setor materno-infantil.
Oliveira (2015)	- O estudo reconhece a relevância do Programa Bolsa Família na melhoria dos indicadores de saúde e no incentivo às gestantes beneficiárias do programa no acompanhamento pré-natal, o que consequentemente contribui com a redução de mortes maternas; - constata a efetiva ampliação do acesso à saúde para os beneficiários do programa.
Junior <i>et al.</i> (2013)	- O estudo aponta que a assistência adequada ao pré-natal tem potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.
Melo (2014)	- O estudo aponta a relevância dos programas de transferência de renda na saúde das famílias através do cumprimento de condicionalidades, porém aponta dificuldades na promoção de saúde, diagnóstico e prevenção de agravos.
Alves <i>et al.</i> (2023)	- O estudo identificou uma associação entre o recebimento do Bolsa Família e a mortalidade materna, sugerindo que programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, têm potencial para melhorar a sobrevivência materna, além de reduzir a pobreza.

AIBF II, 2012	- O estudo aponta melhorias na utilização de serviços de cuidados pré-natais, essencial para manutenção da saúde da gestante.
---------------	---

Fonte: a autora (2024)

Os trabalhos selecionados, em sua maioria, discutem sobre a mortalidade materna e os fatores determinantes para a redução do indicador. Outra parte discute a criação do Programa Bolsa Família e como suas condicionalidades são fundamentais para mudanças cruciais na vida das pessoas em situação de extrema pobreza além do debate sobre como as condicionalidades do programa podem impactar positivamente na redução da mortalidade materna.

Viana *et al.* (2011) apontam a Europa, durante o século XX, como a comunidade pioneira não somente em índices de mortalidade, mas também na implementação de medidas voltadas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher. Durante o século XX, também foram implementadas ações preventivas com foco na redução da mortalidade materna. No entanto, os esforços, até mesmo os realizados no século XXI, não apresentaram um impacto relevante nos índices. Outro fator relevante é a prevalência desses óbitos, que, em sua maioria, ocorre em países em desenvolvimento que enfrentam problemas na gestão da saúde pública.

Durante a década de 1980, indicadores apontavam que, anualmente, 500 mil mulheres vinham a óbito por causas evitáveis durante o período gestacional. Em seguida, houve inúmeros esforços para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e detecção precoce de complicações, além de um maior foco no enfrentamento das complicações obstétricas. No ano 2000, após analisar o período de intervenção, pode-se afirmar que avanços foram obtidos, ainda que não houvesse uma queda significativa em todo o mundo (Souza, 2015).

Diversos fatores contribuem para que a mortalidade materna apresente índices elevados. Ferraz e Bordignon (2012) apontam desigualdades sociais relacionadas à cor da pele e escolaridade, falhas na assistência pré-natal ao parto, nas causas evitáveis de morte materna, além do preenchimento incompleto da declaração de óbito. Assim, por se tratar de um problema de saúde pública e pelo contexto no qual está envolvido, no ano 2000, o Brasil, associado a outros 189 países, assumiu o compromisso com os oito Objetivos do Milênio, que incluíam a redução da mortalidade materna.

Dessa forma, a relação entre a mortalidade materna e as condições de vida da população, em especial aquelas em situação de extrema pobreza, é marcada por uma interação complexa de fatores socioeconômicos além da desigualdade no acesso aos serviços de saúde (Viana *et al.*, 2011; Souza, 2015).

Ou seja, o enfrentamento da mortalidade materna no Brasil requer uma abordagem integrada que inclua a erradicação da extrema pobreza, o enfrentamento da exclusão social e a ampliação do acesso a cuidados de saúde de qualidade para todas as mulheres.

A associação entre o Programa Bolsa Família (PBF) e a saúde da família foi amplamente estudada no Brasil em anos posteriores à criação do programa, por meio da avaliação do estado nutricional, qualidade de vida e saúde de crianças, gestantes, idosos e adultos, bem como pela avaliação da Insegurança Alimentar (IA) e de sua associação com o perfil socioeconômico (Oliveira *et al.*, 2017; Faria; Pena, 2016).

Um dos principais desafios enfrentados por países em desenvolvimento é a insegurança alimentar, que compromete a saúde e bem estar de milhões de famílias no país. Corrêa (2018) aponta que a prevalência desse fator pode estar associada ao elevado número de moradores por município, onde famílias que apresentaram 5 ou mais membros tinham mais chances de apresentar insegurança alimentar quando comparadas a famílias menores. Isso pode ser explicado pelo fato de que famílias com maior número de membros terem a necessidade de uma renda maior para alimentação, o que é incomum, além da predominância da insegurança alimentar nas famílias em que o chefe possui baixo nível de escolaridade. Soares *et al.* (2020) destaca a relação entre insegurança alimentar e indicadores socioeconômicos com o perfil antropométrico de mulheres contempladas com programa social, reforçando que o acesso à educação, saúde, alimentação, moradia e renda, são essenciais na redução da insegurança alimentar nas famílias brasileiras.

Soares (2006) destaca a importância dos programas de transferência de renda na redução da desigualdade de renda no Brasil entre 1995 e 2004, bem como seu impacto sobre a pobreza. Além disso, demonstra que os programas são bem direcionados, ajudam na redução da pobreza e foram fundamentais para a redução da desigualdade entre 1995 e 2004.

Para Oliveira (2015), o estudo dos indicadores sociais representa uma ferramenta de significativa relevância na análise dos resultados das políticas públicas, possibilitando a quantificação do progresso alcançado na concretização de determinados direitos sociais. Esta abordagem é essencial para aferir o impacto das ações governamentais e avaliar o cumprimento das metas estabelecidas no contexto de estudos científicos e análises acadêmicas. Dessa forma, considerando as condicionalidades do Programa Bolsa Família, é necessário analisar os indicadores do programa e, conseqüentemente, examinar os efeitos sobre a saúde e o bem-estar dos beneficiários. Isso se justifica em virtude das diretrizes estabelecidas no contexto do PBF, que incluem, entre suas condicionalidades, a obrigatoriedade de acesso regular dos beneficiários aos serviços básicos de saúde.

Para Soares (2006), os programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, são essenciais para a erradicação da pobreza e a redução dos níveis de desigualdade. Embora não seja uma solução imediata e permanente para os problemas sociais do país, suas condicionalidades promovem melhorias em diversos aspectos sociais e econômicos. Oliveira (2015) complementa a relevância do PBF sobre os indicadores de saúde, auxiliando na redução da pobreza, melhoria nas condições de vida e no acesso à saúde. O cumprimento das condicionalidades do programa proporciona às beneficiárias consultas de pré-natal, ajudando a identificar e tratar problemas de saúde que poderiam complicar a gravidez e o parto, como hipertensão e diabetes gestacional. Além das consultas, as beneficiárias recebem orientações a respeito da alimentação, planejamento familiar e todo processo de cuidado, desde o pré-natal até o primeiro ano de vida das crianças, passando pelos cuidados pós-parto.

Lisboa *et al.* (2022) em seu estudo sugerem que o PBF, sob uma perspectiva de inclusão social e desenvolvimento econômico, promove efeitos positivos em relação à saúde nutricional das gestantes. Sabe-se que esse resultado pode estar associado ao maior contato das gestantes com orientações advindas do acompanhamento de pré-natal, uma vez que essas mulheres adotaram o pré-natal no início da gestação e tiveram um maior número de consultas ao longo dessa fase. Portanto, de acordo com os autores, o PBF, enquanto estratégia de inclusão social e desenvolvimento econômico, também exerce efeitos positivos e tem um papel fundamental na saúde das gestantes, impactando positivamente nos indicadores de saúde.

Além disso, em seu estudo, Lisboa *et al.* (2022) relatam a necessidade de reavaliar a qualidade do cuidado nutricional, ou seja, a adequação da assistência pré-natal do ponto de vista qualitativo. É importante destacar que essas orientações devem ser ofertadas considerando condicionantes relevantes, como contextos econômicos, sociais e culturais.

Leal *et al.* (2018) avaliam a mortalidade materna como uma causa altamente evitável, tornando-a alvo de constantes esforços governamentais voltados para a sua redução. Após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), foram desenvolvidas inúmeras políticas públicas com o objetivo de promover não só a saúde das mães, mas de toda a família. Além disso, há uma relevante melhora no acesso à informação relacionada à saúde e na qualidade da assistência prestada, resultado de investimentos em qualificações e treinamentos realizados pelos profissionais da rede pública. Após realizar estimativas para o período 1990-2015, como a Razão da Mortalidade Materna (RMM) e os indicadores relacionados à atenção pré-natal (APN), os autores apontam um declínio significativo na mortalidade materna entre 1990 e 2000, além de um progresso lento nos anos posteriores (conforme Gráfico 1). Os valores foram considerados elevados se comparados aos países com menor mortalidade, podendo ser

justificada pela ilegalidade do aborto, problemas na qualidade da atenção ao parto, número elevado de cesarianas consideradas desnecessárias, entre outras.

Apesar do nível de cobertura do PBF ser consideravelmente alto, Victora *et al.* (2011) questiona os níveis de mortalidade materna e os possíveis motivos para se estabilizarem em valores considerados elevados, considerando que houve um aumento na cobertura da atenção pré-natal, ao parto e ao pós-parto. Ainda que os indicadores estejam estabilizados em valores elevados, o alto número de cesarianas consideradas desnecessárias e a qualidade das informações fornecidas talvez estejam interferindo ou até mesmo anulando os avanços alcançados por outras intervenções.

Ferraz e Bordignon (2012) destacam a mortalidade materna como um forte indicador da saúde da mulher e apontam que o problema da subnotificação e o preenchimento incorreto das declarações de óbito são persistentes no país. Além disso, eles apontam uma disparidade regional e a necessidade de intervenções para melhorar os indicadores relacionados à saúde materna.

A subnotificação afeta a mortalidade materna ao dificultar a compreensão real da magnitude do problema e ao comprometer a eficácia das políticas públicas voltadas para a saúde materna. Quando os óbitos maternos não são corretamente registrados ou identificados, a gravidade das condições que levam à morte durante a gestação, parto ou pós-parto pode ser subestimada. Victora *et al.* (2011) ao apontar o declínio no índice de mortalidade materna, também aponta que os dados são imprecisos e que as causas de morte relacionadas a abortos são, provavelmente, as mais subnotificadas mesmo que a prática, perante a legislação brasileira, seja considerada ilegal. Ou seja, Victora *et al.* (2011) e Ferraz e Bordignon (2012) reforçam a importância de um acompanhamento pré-natal de qualidade, capaz de identificar precocemente os fatores de risco à morbidade e a mortalidade, possibilitando a intervenção adequada e as devidas intervenções para redução da mortalidade materna.

Desse modo, Junior *et al.* (2013) e Almeida & Silva (2016) classificam a assistência durante o pré-natal como um indicador relevante de saúde, capaz de influenciar positiva e diretamente os índices de mortalidade materna e neonatal. Por isso, evidenciam também a importância do SUS e das condicionalidades do PBF para a redução das desigualdades sociais, destacando a importância da assistência necessária durante o pré-natal, com a detecção precoce de situações de risco e a promoção de melhores condições de vida para toda a família. Dessa forma, de acordo com as condicionalidades do programa, os resultados obtidos foram satisfatórios, podendo ser diretamente relacionados ao grande envolvimento dos gestores, ao contato com as famílias e à integralização do cuidado.

A mortalidade materna é descrita por De Frias *et al.* (2013) como um indicador que é capaz de expressar os níveis de saúde, condições de vida, desigualdades sociais, a fragilidade de políticas sociais e a efetividade dos direitos de cidadania. Dessa forma, a redução da mortalidade materna só é possível com a intervenção das políticas relacionadas à saúde além da união com outros setores na elaboração e implementação de políticas públicas.

O Programa Bolsa Família (PBF), através de suas condicionalidades promove o acesso a cuidados e a um pré-natal de qualidade, com consultas no posto mais próximo de sua residência, proporcionando uma aproximação com uma realidade das famílias inseridas, possibilita o acesso com qualidade aos direitos de educação, saúde e assistência. Melo (2014), em seu estudo, observou a prevalência de pré-natal entre beneficiárias e não beneficiárias do Bolsa Família, que quando comparadas, apresentaram índices semelhantes e acima do nível recomendado pelo Ministério da Saúde. Além disso, aponta que a participação das mulheres em ações de educação e cuidados à saúde foi significativamente maior entre as beneficiárias do programa. Alves *et al.* (2023) analisou um total de 6.677.273 mulheres com idades entre 10 e 49 anos, das quais 4.056 morreram de causas relacionadas à gestação. Dentre elas, o aumento significativo no número de consultas pré-natais e o risco de morte materna 18% menor em mulheres beneficiárias do Bolsa Família. Portanto, o estudo aponta uma redução na mortalidade materna, seja através da transferência da renda para as mulheres para compra de alimentos, uso de serviços de saúde e a autonomia fornecida às mulheres.

Ao analisar a eficácia das estratégias de atenção à saúde para a redução da mortalidade materna e infantil, Brasil (2018) demonstrou a importância do setor para os indicadores de saúde, observando-se que a presença das Estratégias de Saúde da Família contribuiu com o aumento de gestantes acompanhadas no pré-natal, através de programas como Rede Cegonha que garantem às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada durante a gestação, parto, abortamento e puerpério, e a garantia do direito às crianças ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável (Brasil, 2018).

Campoli (2018) elaborou um modelo econométrico para analisar a eficiência do Programa Bolsa Família (PBF) em relação à saúde materna. As variáveis dependentes consideradas são: taxa de mortalidade materna, taxa de mortalidade por câncer de mama, taxa de mortalidade por câncer de colo de útero, percentual de partos realizados em estabelecimentos de saúde, taxa de cobertura pré-natal e percentual de gestantes com a vacinação em dia. As variáveis independentes analisadas incluem transferências de recursos do Governo Federal destinadas ao Programa Bolsa Família, PIB per capita, investimentos do governo em saúde e investimentos do governo em educação (Campoli, 2018).

Através do modelo econométrico de eficiência, Campoli (2018) reuniu variáveis relacionadas à saúde materna com a finalidade de analisar o avanço do país no cumprimento do 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. A autora aponta que as consultas pré-natal, saneamento básico, valor médio repassado mensalmente pelo Bolsa Família, índice de Gini, PIB por estado, densidade populacional e a urbanização são os determinantes de eficiência para a melhoria da saúde materna. Desse modo, um aumento da atenção às gestantes em consultas pré-natal, o cumprimento das condicionalidades do programa e uma ampliação do valor médio repassado às famílias se mostraram relevantes na melhoria da saúde materna.

Dessa forma, a relação positiva gerada através das condicionalidades do PBF, redução das desigualdades sociais e aumento na assistência durante o pré-natal foram observadas tanto em abordagens teóricas, como Junior *et al.* (2013) e Almeida & Silva (2016) quanto em abordagens quantitativas como a Campoli (2018).

Para avaliar os impactos do programa após a sua implementação, a Avaliação do Impacto do Programa Bolsa Família (AIBF) foi criada com o objetivo específico de avaliar os impactos do PBF sobre seus beneficiários ao longo dos anos. Até o momento, foram realizadas duas rodadas de pesquisa, em 2005 e 2009, denominadas Pesquisa AIBF I (Avaliação de Impacto do Bolsa Família I) e Pesquisa AIBF II (Avaliação de Impacto do Bolsa Família II), respectivamente. As amostras foram divididas em três grupos: o primeiro grupo é composto por famílias beneficiárias do PBF; o segundo grupo inclui famílias listadas no Cadastro Único, mas que não são beneficiárias do PBF; e o terceiro grupo é formado por famílias não cadastradas ou não beneficiárias.

Após coletar dados sobre o bem-estar das mulheres, com foco nos cuidados pré-natais, verificou-se que as grávidas beneficiárias do programa estavam mais presentes no acompanhamento pré-natal. Além disso, o peso médio ao nascer dos filhos de mães beneficiárias do PBF (3,26 kg) foi relativamente superior ao das crianças de mães não beneficiárias (3,22 kg). Esse resultado pode ser atribuído ao fato de que, em 2009, as grávidas beneficiárias do programa realizaram 1,6 consultas de pré-natal a mais do que as não beneficiárias. Entre 2005 e 2009, o número de gestantes beneficiárias do PBF que não receberam cuidados pré-natais caiu de 19% para 5%, uma queda significativamente maior do que a observada entre as não beneficiárias, cujo percentual caiu de 23% para 12% durante o mesmo período.

Observa-se que o número de gestantes que realizaram o pré-natal em dia cresceu proporcionalmente mais do que o de gestantes em acompanhamento (Tabela 2). De todo modo, fica evidente que, no decorrer das vigências do Programa Bolsa Família, as gestantes e

beneficiárias estão tendo cada vez mais acesso aos serviços e cuidados básicos de saúde.

Tabela 2. Evolução de acompanhamento das gestantes beneficiárias do PBF na Saúde de 2005 a 2010.

Ano	Vigência	Gestantes Acompanhadas	Gestantes com Pré-Natal em dia	% Gestantes com Pré-Natal em Dia por Gestante Acompanhada
2005	1 ^a	39.923	11.895	29,8%
	2 ^a	154.200	48.691	31,6%
2006	1 ^a	80.293	68.545	85,4%
	2 ^a	66.973	55.994	83,6%
2007	1 ^a	72.213	70.439	97,5%
	2 ^a	72.293	70.915	98,0%
2008	1 ^a	86.517	85.070	98,3%
	2 ^a	92.924	91.630	98,6%
2009	1 ^a	97.273	96.020	98,7%
	2 ^a	101.602	100.421	98,8%
2010	1 ^a	101.669	100.319	98,7%
	2 ^a	120.761	114.580	94,9%

Fonte: Brasil (2011)

A pesquisa AIBF II indica que os impactos do PBF sobre indicadores de saúde relevantes são potencializados quando associados aos serviços assistenciais básicos de saúde, como os oferecidos pelo Programa Saúde da Família (PSF). Ou seja, as condicionalidades do PBF proporcionam uma abordagem completa no cuidado com os beneficiários durante o pré-natal, o pós-parto e o primeiro ano de vida das crianças (Oliveira, 2015).

O monitoramento das condicionalidades do Bolsa Família tem como objetivo auxiliar o Poder Público na identificação de situações de vulnerabilidade e risco social com base no descumprimento de condicionalidades, como a frequência escolar e o calendário de vacinação, além da falta de acompanhamento de peso e altura e a não realização do pré-natal pelas gestantes. Assim, é possível planejar ações intersetoriais, que tenham acesso a melhores condições de saúde, educação e desenvolvimento social, além do acompanhamento das famílias mais vulneráveis para a superação de dificuldades e acesso pleno aos seus direitos (Cidadania, 2020).

Em relação ao impacto do Programa Bolsa Família (PBF) nos indicadores de saúde, seja por meio de repasses financeiros à população ou o cumprimento de condicionalidades, o Quadro 4 apresenta uma relação de estudos que apontam impactos do PBF nas famílias beneficiárias, especificamente em relação às gestantes e nutrizes, na redução dos Índices de Mortalidade Materna (IMM) e melhorias no acesso à saúde.

Os artigos selecionados, em sua maioria, corroboram a ideia de que o Programa Bolsa

Família se mostrou eficaz não apenas na redução da pobreza, mas, através das condicionalidades, apresentou melhorias nos serviços pré-natais incentivando às gestantes beneficiárias do programa a estarem mais presentes no acompanhamento pré-natal, o que conseqüentemente contribui com a redução de mortes maternas. Ou seja, os resultados indicam que os cumprimentos das condicionalidades impostas pelo programa são fundamentais para manutenção da saúde materna.

Portanto, ao monitorar as condicionalidades do programa, como o acompanhamento do pré-natal das gestantes, o calendário vacinal e o desenvolvimento das crianças menores de sete anos, além de garantir o direito constitucional à saúde, possibilita a identificação das famílias em situações mais vulneráveis e com dificuldades de acesso aos serviços, auxiliando o Setor Público na garantia de direitos, conseqüentemente contribui para a redução de problemas como mortalidade materna e infantil, obesidade e desnutrição.

5 CONCLUSÃO

O objetivo geral deste trabalho foi analisar os impactos do Programa Bolsa Família na redução da mortalidade materna, abordando as condicionalidades impostas pelo programa e sua relação com a diminuição dos índices de mortalidade. Além disso, buscou-se contextualizar as melhorias nos serviços de saúde e as políticas públicas voltadas para a saúde materna, bem como demonstrar como o programa tem incluído as famílias em situação de pobreza no acesso a serviços básicos. Ao longo do estudo, foram apresentadas as principais causas da mortalidade materna, comparados os índices de mortalidade antes e depois da implementação do programa, e analisada a relação entre o cumprimento das condicionalidades do Bolsa Família e a redução da mortalidade materna, considerando a estrutura do programa e sua relevância para esse processo.

Para se alcançar tais objetivos, utilizou-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa, em que foram coletados secundários através de estudos e relatórios já publicados sobre o tema e outros relacionados. Essa metodologia permitiu compreender e discutir a relevância do Programa Bolsa Família e suas condicionalidades na redução da mortalidade materna, analisando dados ao longo dos anos e identificando padrões, como a correlação entre a diminuição da mortalidade materna, a criação do programa e seu impacto nesse indicador crucial para o setor público, havendo uma clara melhora nos indicadores, quando se analisa o período de 1980 a 2018.

Desse modo, é possível concluir que o Programa Bolsa Família se mostrou eficaz não apenas na redução da pobreza, mas, através das condicionalidades, apresentou melhorias nos serviços pré-natais incentivando às gestantes beneficiárias do programa a estarem mais presentes no acompanhamento pré-natal, o que conseqüentemente contribui com a redução da mortalidade materna. Desse modo, monitorar o cumprimento das condicionalidades do programa além de garantir o direito constitucional à saúde, possibilita a identificação das famílias em situações mais vulneráveis e com dificuldades de acesso aos serviços, auxiliando o setor público na garantia de direitos, conseqüentemente contribui para a redução de problemas como mortalidade materna.

Assim, é importante destacar o papel relevante das condicionalidades em saúde, de modo que possibilite às gestantes e beneficiárias a ampliação do acesso aos serviços de pré-natal, bem como o acompanhamento, controle e prevenção de doenças evitáveis durante a gestação, fatores essenciais para manutenção da saúde da mulher e o desenvolvimento gestacional adequado.

Também considerado uma dificuldade que interfere na melhor discussão do tema em questão, a subnotificação dos casos afeta o acesso aos índices reais da mortalidade materna no Brasil, dificultando a compreensão da real magnitude do problema e, conseqüentemente, compromete a eficácia das políticas públicas voltadas para a saúde materna. Quando os registros são feitos incorretamente, as condições que causam a morte materna são subestimadas e impedem que sejam feitas as devidas intervenções para a redução da mortalidade materna. Evidencia-se, portanto, a necessidade de melhora e padronização nos sistemas de notificação de óbitos maternos em um sistema integrado de saúde, para interligar dados entre hospitais, de modo que as informações sejam seguras, completas e precisas.

Com base os resultados alcançados, compreende-se que este estudo proporcionou uma análise sobre os impactos do Programa Bolsa Família na redução da mortalidade materna, contribuindo para o avanço do conhecimento das políticas sociais e da saúde pública. Releva-se a importância das transferências de renda na melhoria das condições de vida das famílias e no acesso a serviços de saúde, evidenciando como o Bolsa Família pode influenciar positivamente a saúde materna.

Desse modo, espera-se que estas conclusões possam instigar novas investigações e estimular o desenvolvimento de políticas públicas mais integradas e eficazes, a exemplo de estudos primários e regionais, que centralizem-se em dados locais acerca dos impactos PBF na redução da mortalidade infantil, considerando as disparidades socioeconômicas, culturais e de infraestrutura de saúde a nível regional. Assim, os resultados podem levar a melhorias na implementação e gestão de programas similares, promovendo um impacto mais significativo na redução de desigualdades e na promoção da saúde materna e infantil, bem como fomentar a discussão do tema em todo Brasil.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIQUOC, Kezauyn Miranda; DA SILVA, Pedro Henrique Alcântara; MONTEIRO, Bruna Rodrigues. O nascer negro: reflexões acerca da mortalidade materno-infantil na população negra. **Raça e Saúde**, p. 128.

ALMEIDA, M. L. de; SILVA, J. L. G. da. Os programas de transferência de renda no Brasil e sua relação com a melhoria da qualidade de vida da população pobre e extremamente pobre: um estudo sobre o Bolsa Família. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 12, n. 3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.54399/rbgdr.v12i3.2513>. Acesso em: 16 ago. 2024.

ALVES, F. J. O.; RAMOS, D.; PAIXÃO, E. S. et al. Associação de transferências condicionais de renda com mortalidade materna utilizando a coorte brasileira de 100 milhões. **JAMA Network Open**, v. 6, n. 2, e230070, 2023. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.0070.

ANDRADE, Amaury Teixeira Leite et al. Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma maternidade escola. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, p. 380-387, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000700002>. Acesso em: 16 ago. 2024.

BELARMINO, G. O. et al. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 169-175, 2009.

BRAGA, Lizandra Maria Mendonça. Análise Hierárquica de Eficiência do Programa Bolsa Família nos Estados Brasileiros. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016**. Institui o Programa Criança Feliz. Diário Oficial da União.

BRASIL. **Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018**. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, [2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9579.htm. Acesso em: 16 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011**, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório de Gestão. Programa Bolsa Família na Saúde. 2005-2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/guia-de-vigilancia-do-obito-materno-normas-e-manuais-tecnicos/>. Acesso em: 16 ago. 2024.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social. **Criança Feliz: guia para visita domiciliar**. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano, 2017b. 112 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Informe nº 013, de 18 de julho de 2023**: Publicada a portaria que estabelece normas e procedimentos para a gestão de benefícios do Programa Bolsa Família. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDS). **A intersectorialidade na visita domiciliar**. Brasília: MDS, 2017a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Saúde. Instrução Operacional Conjunta SENARC/MDS/SAS/MS nº 20, de 12 de julho de 2013. Trata sobre os procedimentos para a identificação de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família elegíveis ao Benefício Variável à Gestante (BVG) e das regras relacionadas à concessão desse benefício. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://bit.ly/3Rd9Pvy>. Acesso em: 16 ago. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Manual do pesquisador**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, Programa Bolsa Família, 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Sumário Executivo – Relatório de Impacto do Programa Bolsa Família**. Brasília: MDS, 2007.

BRASIL. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria MDS nº 897, de 7 de julho de 2023**. Dispõe sobre a gestão de benefícios do Programa Bolsa Família (PBF). Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-mds-n-897-de-7-de-julho-de-2023-495200229>. Acesso em: 16 ago. 2024.

BVMS. **Dimensão “Atenção à Saúde”, 3ª fase**. Taxa de Mortalidade Materna. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude3fase.pdf. Acesso em: 16 ago. 2024.

CÁ, Abdel Boneensa et al. Lacunas da assistência pré-natal que influenciam na mortalidade materna: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 38, 2022.

CAMPOLI, Jessica Suárez. **A eficiência do Programa Bolsa Família para o avanço no cumprimento dos objetivos de desenvolvimento do milênio: uma Análise Envoltória de Dados (DEA) das unidades federativas brasileiras.** 2018. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

CASTRO, Jorge Abrahão de; RIBEIRO, José Aparecido Carlos. As políticas sociais e a Constituição de 1988: conquistas e desafios. In: **Políticas Sociais: acompanhamento e análise.** Brasília: IPEA, 2006.

CAVALCANTE, Pedro Luiz. Programa Bolsa Família: descentralização, centralização ou gestão em Redes? In: **CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 2.,** Brasília, 6 a 8 de maio de 2009.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MACHADO, Juliana Costa. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, n. 1, p. 54-60, 2013.

CRAVEIRO, Clélia Brandão Alvarenga; XIMENES, Daniel de Aquino. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania / organizadores: Tereza Campello, Marcelo Côrtes Neri.** Brasília: Ipea, 2013. Cap. 06, p. 109-125.

DE ALMEIDA, Márlon Luiz; DA SILVA, José Luís Gomes. Os programas de transferência de renda no Brasil e sua relação com a melhoria da qualidade de vida da população pobre e extremamente pobre: um estudo sobre o Bolsa Família. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 12, n. 3, 2016.

DE OLIVEIRA, Leandro M.; DE LORETO, Maria das Dores Saraiva; CALVELLI, Haudrey Germiniani. Avaliando os impactos do Programa Bolsa Família: uma pesquisa bibliográfica. **Serviço Social & Realidade**, v. 27, n. 1, 2018.

DIAS, Júlia Maria Gonçalves et al. Mortalidade materna. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 2, p. 173-179, 2015.

DRAIBE, S.; CASTRO, M. H.; AZEREDO, B. **O sistema de proteção social no Brasil.** Campinas: NEPP/UNICAMP, 1991. Mimeografado.

DRAIBE, Sônia Miriam. O Sistema Brasileiro de Proteção Social: o legado desenvolvimentista e a agenda recente de reformas. **Caderno de Pesquisa**, n. 32, NEPP/UNICAMP, 1998.

DRAIBE, Sônia. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social**. v. 15, n. 2, pp. 63-101, 2003.

FARIA LAN; PENA, APSAA. Análise do impacto do programa bolsa família em relação ao estado nutricional de crianças de zero a sete anos pertencentes às famílias beneficiárias do programa no município de Pará de Minas, Minas Gerais, no período de 2007/2008. SYNTHESIS | **Revista Digital FAPAM**, v. 1, n. 1, p. 344-354, 2016.

FERRAZ, Lucimare; BORDIGNON, Maiara. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 2, p. 527-527, 2012.

GARCIA, Érica Marvila et al. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível?

Ciência & Saúde Coletiva, v. 4633-4642, 2019.

GIOVANNI, Miriam Di. **Rede Cegonha**: da concepção à implantação. 2014.

GUERRA, Heloísa Silva et al. Análise das ações da Rede Cegonha no cenário brasileiro. **Iniciação Científica CESUMAR**, Maringá, v. 18, n. 1, p. 73-80, 2016.

JAIME, Patricia Constante et al. Desnutrição em crianças de até cinco anos beneficiárias do Programa Bolsa Família: análise transversal e painel longitudinal de 2008 a 2012. **Cadernos de Estudos**, 2014. p. 48.

JÚNIOR, Helvécio Miranda Magalhães; JAIME, Patricia Constante; DE LIMA, Ana Maria Cavalcante. **O papel do setor saúde no Programa Bolsa Família**: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde. Bolsa Família, 2013. p. 93.

LAURENTI, R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 507-512, 1988.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P. de; GOTLIEB, S. L. D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 23-30, jan. 2000. ISSN 0102-311X.

LAZARETTI, Lauana Rossetto; BECKER, Kalinca Léia. O programa Criança Feliz: uma avaliação do impacto sobre a mortalidade e a nutrição materna e infantil. **ANPEC Nacional**, 2022.

LEAL, Maria do Carmo et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 30 out. 2023], p. 1915-1928.

LISBOA, Cinthia Soares et al. Socioeconomic and nutritional aspects of pregnant women assisted by Programa Bolsa Família: cohort NISAMI. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2022, v. 27, n. 01, p. 315-324. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.37782020>. Acesso em: 17 jan. 2022. ISSN 1678-4561.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Juiz de Fora, v. 71 (Suppl 1), p. 677-683, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0677.pdf. Acesso em: [data de acesso].

MELO, Larissa Grace Nogueira Serafim de. Avaliação das condicionalidades em saúde do Programa Bolsa Família. 2014.

MORAES, F. R. M. et al. Qualidade de vida, coesão e adaptabilidade em famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 307-314, 2022.

MORSE, Marcia Lait et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 623-638, 2011.

OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes de; TAVARES, Myrian Cicyanne Machado; BEZERRA, Alexandra Rodrigues. Insegurança alimentar em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 519-526, 2017.

PEREIRA, R. M. et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3517-3524, 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182311.07832016.

PÍCOLI, Renata Palópoli; CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; LEMOS, Everton Ferreira. Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, p. 729-737, 2017.

PINTO, C. A. et al. Insegurança alimentar e estado nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, ISSN 2179-6750, v. 7, n. 1, p. 46-46, 2016.

RASELLA, DAVIDE. Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil. 2013.

RIBEIRO, C. M. et al. Estratégia para seleção e investigação de óbitos de mulheres em idade fértil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, p. 725-736, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400005>. Acesso em: 06 ago. 2024.

SILVA, André Eduardo da et al. Tendência do estado nutricional de gestantes adolescentes beneficiárias do programa de transferência condicionada de renda brasileiro Bolsa Família no período 2008-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 07, p. 2613-2624, 2021.

SILVA, Bruna Gonçalves Cordeiro da et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [online]. 2016, v. 19, n. 03, p. 484-493. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030002>. Acesso em: 16 dez. 2022. ISSN 1980-5497.

SILVA, Bruna Gonçalves Cordeiro da et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 484-493, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030002>. Acesso em: 06 ago. 2024.

SILVA, Irani Jesus Borges da. Vigilância em saúde e programa de transferência de renda condicionada: ampliando redes, construindo possibilidades. 2014.

SILVA, Janaína Ruviano da. Programas de transferência de renda: algumas reflexões sobre seus impactos na educação brasileira. **Conversas e Controvérsias**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 32-42, 2011/2. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/conversasecontroversias/article/view/7804/7251>. Acesso em: 06 ago. 2024.

SILVA, Maria Ozanira da Silva. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2007, v. 12, n. 6, p. 1429-1439.

SILVA, Maria Ozanira da Silva. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda. **Repositório GAEP Artigos Científicos**. Universidade Federal do Maranhão (UFMA), 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufma.br/jspui/bitstream/1/157/1/O%20BOLSA%20FAMILIA.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2024.

SILVEIRA, Fernando Gaiger; CAMPOLINA, Bernardo; VAN HORN, Ross. Impactos do

Programa Bolsa Família na alocação do tempo entre escola e trabalho de crianças e adolescentes de 10 a 18 anos. In: **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, p. 305-326, 2013.

SIMÃO, S. C. R. et al. Enfermagem Inovação, Tecnologia e Educação em Saúde. In: **Mortalidade materna no Brasil: fatores associados e ações para sua redução**. Editora Científica Digital, p. 361-374, 2020.

SIQUEIRA, Arnaldo Augusto Franco de et al. Mortalidade materna no Brasil, 1980. **Revista de Saúde Pública**, [online]. 1984, v. 18, n. 6, p. 448-465. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101984000600004>. Acesso em: 11 ago. 2022. Epub 23 set. 2005. ISSN 1518-8787.

SOARES, Fábio Veras et al. Programas de transferência de renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade. 2006.

SOARES, Juliana Mikaelly Dias et al. Antropométrico de Mulheres Contempladas por Programa Social. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 37-44, 2020.

SOARES, Lia Brioschi; MISHIMA, Fernanda Kimie Tavares; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. As vozes do Programa Criança Feliz: desafios e potencialidades. **Serviço Social & Sociedade**, 2023, v. 146, n. 2, e6628327. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.327>. Acesso em: 20 nov. 2023. ISSN 2317-6318.

SOARES, Sergei; SÁTYRO, Natália. **O Programa Bolsa Família: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras**. Texto para discussão, 2009.

SOUSA, M. H. de; CECATTI, J. G.; HARDY, E. E.; SERRUYA, S. J. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 181-189, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000200003>. Acesso em: 15 ago. 2022.

SOUZA, João Paulo. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. 2015, v. 37, n. 12, p. 549-551. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-720320150005526>. Acesso em: 5 nov. 2023. ISSN 1806-9339.

SOUZA, João Paulo. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. 2013, v. 35, n. 12, p. 533-535. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001200001>. Acesso em: 5 nov. 2023. Epub 03 fev. 2014. ISSN 1806-9339.

SOUZA, João Paulo. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 12, p. 533-535, 2013.

SOUZA, João Paulo. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. 2011, v. 33, n. 10, p. 273-279. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011001000001>. Acesso em: 15 ago. 2022. Epub 06 jan. 2012. ISSN 1806-9339.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição** [online]. 2005, v. 18, n. 4, p. 439-457.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000400001>. Acesso em: 31 jul. 2024. Epub 22 set. 2005. ISSN 1678-9865.

VENTURA, Miriam. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. **Revista Bioética** [online]. 2008, v. 16, n. 2, p. 217-228. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533247006>. Acesso em: 11 ago. 2022. ISSN 1983-8042.

VIANA, Rosane da Costa; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos. Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. **Comunicação em Ciências da Saúde**, p. 141-152, 2011.

VOLOCHKO, A. A mensuração da mortalidade materna no Brasil. In: BERQUÓ, E., organizadora. **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 229-256.

WEISSHEIMER, Marco Aurélio. **Bolsa Família**. 2018.

WORLD BANK GROUP. **Maternal Mortality: 1985-2018**. Disponível em: https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT.NE?end=2018&locations=BR&most_recent_year_desc=false&start=1985&view=chart&year=1985. Acesso em: 06 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Maternal mortality** [internet]. 2019. Disponível em: www.who.int. Acesso em: 06 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in maternal mortality: 1990-2015** [internet]. 2015. Disponível em: www.who.int. Acesso em: 06 ago. 2024.