



UM POSSÍVEL MODELO LÓGICO-AVALIATIVO PARA A REDE CEGONHA

A POSSIBLE LOGICAL MODEL EVALUATION OF THE MATERNAL-CHILD HEALTH CARE NETWORK

UN POSIBLE MODELO LÓGICO EVALUATIVO DE LA REDE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO-INFANTIL

Fábio Solon Tajra ¹

Ricardo José Soares Pontes ²

Francisco Herlânio Costa Carvalho ³

RESUMO

.....

Este artigo objetiva apresentar um modelo lógico-avaliativo aplicado à Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha). Inicialmente, realizamos um estudo de revisão narrativa, resgatando as bases conceituais, históricas e normativas acerca da saúde materna e infantil, aliada à proposta de organização e funcionamento dos serviços em redes. Em seguida, partimos para uma pesquisa documental para subsidiar a elaboração do modelo lógico-avaliativo a ser aplicado ao contexto do Ceará. Fizeram parte do rol de documentos as bases normativas (legislação específica), além de notas técnicas, manuais de orientação e demais instrumentos para a Rede Cegonha no âmbito nacional e estadual. A elaboração desse modelo explicativo esteve fundamentada nos referenciais teóricos de Brousselle, Champagne, Contandriopoulos e Hartz. O exercício de elaboração de tal modelo lógico-avaliativo possibilitou a identificação dos recursos, obstáculos, produtos e impactos dessa política de forma clara e objetiva. Acreditamos que a utilização dessa ferramenta possa ser reconhecida como instrumento de gestão e subsidiar o processo de tomada de decisões em saúde.

.....

Palavras-chave: Saúde Materna; Saúde da Criança; Revisão; Avaliação em Saúde; Regionalização.

1. Cirurgião-dentista. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professor no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí (CCS/UFPI). Teresina (PI), Brasil.

2. Médico. Doutor em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Professor na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (Famed/UFC). Fortaleza (CE), Brasil.

3. Médico. Doutor em Medicina (Obstetrícia) pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professor na Famed/UFC. Fortaleza (CE), Brasil.

ABSTRACT

This article aims to introduce a logical-evaluative model applied to the Brazilian Maternal and Child Health Care Network (Rede Cegonha). Initially, a narrative review study was conducted, resuming the conceptual, historical, and normative bases on maternal and child health, along with the proposal of organization and operation of services in the networks. Then, we started a documentary research to provide means for designing the logical-evaluative model to be applied to the Ceará state context. The list of documents consisted in normative bases (specific legislation), in addition to technical notes, guidance manuals, and other instruments for the Network at the national and state levels. The preparation of this explanatory model has been based on the theoretical framework offered by Brousselle, Champagne, Contandriopoulos, and Hartz. The exercise of designing such a logical-evaluative model made it possible to identify the resources, obstacles, products, and impacts of this policy in a clear and objective way. It is believed that using this tool may be recognized as a management instrument and provide means for the decision-making process in health.

Keywords: *Maternal Health; Child Health; Review; Health Evaluation; Regionalization.*

.....

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo presentar un modelo lógico-evaluativo aplicado a la Red Brasileña de Atención a la Salud Materno-Infantil (Rede Cegonha). Inicialmente, se realizó un estudio de revisión narrativa, rescatando las bases conceptuales, históricas y normativas sobre la salud materno-infantil, junto con la propuesta de organización y operación de servicios en redes. Luego, iniciamos una investigación documental para proporcionar medios para diseñar el modelo lógico-evaluativo que se aplicará al contexto del estado de Ceará, Brasil. La lista de documentos consistió en las bases normativas (legislación específica), además de notas técnicas, manuales de orientación y los otros instrumentos para la Red a nivel nacional y del estado. La preparación de este modelo explicativo se ha basado en los marcos teóricos ofrecidos por Brousselle, Champagne, Contandriopoulos y Hartz. El ejercicio de diseño de tal modelo lógico-evaluativo permitió identificar los recursos, obstáculos, productos e impactos de esta política de manera clara y objetiva. Se cree que el uso de esta herramienta puede ser reconocido como un instrumento de gestión y proporcionar medios al proceso de toma de decisiones en salud.

Palabras clave: *Salud Materna; Salud del Niño; Revisión; Evaluación de Salud; Regionalización.*

.....

INTRODUÇÃO

O movimento em prol da saúde materna e infantil no Brasil tem sido norteado por um processo de organização e funcionamento dos serviços em redes^{1,2}. Esse tem sido um desafio a superar em cada um dos agrupamentos territoriais brasileiros.

Ao longo dos anos foram elaboradas diversas políticas e vários programas acerca dessa temática no país, para responder a uma demanda já reconhecida. De fato, os elevados indicadores de mortalidade materna e infantil apontavam a necessidade de elaboração de estratégias para superar esse problema³⁻⁵. A partir de 2000, várias iniciativas foram desenvolvidas, dentre elas: o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM); a agenda de compromissos para a saúde integral de crianças e redução da mortalidade infantil; o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal; o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes

Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal (PQMRP); o plano de ação para acelerar a redução da mortalidade e morbidade materna grave; e a atual política de Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil – denominada Rede Cegonha⁶. Outros dispositivos locais foram desenhados para complementar essa perspectiva nacional por meio de iniciativa própria⁷.

Vale mencionar que esse movimento em prol da saúde materna e infantil esteve coordenado com a proposta macroestratégica de descentralização e regionalização da saúde^{8,9}. Além de possibilitar maior autonomia e independência entre os municípios e estados diante do processo de gestão, estratégias foram criadas para estabelecer novos agrupamentos territoriais com vistas à ampliação e ao fortalecimento da atenção à saúde em redes. Nesse sentido, não há como dissociar essas temáticas e, quando se propõe uma análise desse tema, deve-se considerar tal fato.

A Rede Cegonha tem sido apontada como produto desse movimento em prol da saúde materna e infantil que relaciona aspectos macroestratégicos (descentralização e regionalização) e micro-operacionais, que giram em torno da organização e do funcionamento dos serviços e do

cuidado propriamente dito^{10,11}. Vale ressaltar que o processo de implantação da Rede Cegonha no país se deu de forma bastante heterogênea, em meio a cenários diversos e maior ou menor envolvimento, mobilização e participação de gestores, profissionais da saúde, usuários e sociedade civil organizada¹². As singularidades experienciadas até aqui precisam ser compreendidas em cada agrupamento territorial.

A elaboração deste artigo relaciona-se à necessidade de apropriação da proposta de Rede Cegonha como política pública atual, voltada à garantia de acesso e direito à saúde materna e infantil. Também foi nosso interesse propor um modelo lógico-avaliativo para essa rede temática.

MÉTODOS

Partimos de uma revisão narrativa¹³, com apropriação de instrumentos normativos e da literatura disponível nas bases de dados das ciências da saúde, com acesso livre e gratuito, acerca do movimento em prol da saúde materna e infantil no Brasil, com ênfase na atual política de organização e funcionamento da Rede Cegonha. A partir disso, resgatam-se as bases conceituais, históricas e normativas da temática, além de reconhecer as expectativas quanto à constituição dessa rede temática.

Em seguida, partimos para uma pesquisa documental¹⁴ que subsidia a elaboração do modelo lógico-avaliativo a ser aplicado no estado do Ceará. Além de consultas a diferentes bases de dados e análise dos documentos produzidos tanto pelo Ministério da Saúde como por outras instituições de âmbito nacional – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) –, consultamos os instrumentos de gestão experienciados pelo estado do Ceará, como o Plano de Ação Regional para a Rede Cegonha e o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). Fizeram parte do rol de documentos dessa construção as bases normativas (legislação específica), além de notas técnicas, manuais de orientação e demais instrumentos para a Rede Cegonha no âmbito nacional e estadual.

Seguimos os preceitos de Brousselle, Champagne, Contandriopoulos e Hartz¹⁵, que consideram o modelo lógico um pré-requisito para o processo avaliativo. De acordo com os autores, o modelo lógico tem como ponto forte a possibilidade de explicitar os vínculos entre uma intervenção e seus efeitos. Faz referência a uma representação gráfica das diversas relações possíveis entre as atividades previstas e os resultados esperados.

De acordo com a W. K. Kellogg Foundation¹⁶, o modelo lógico é uma forma sistemática e visual de apresentar e compartilhar a compreensão das relações entre os recursos de que se dispõe para operar o programa, as atividades que

...o modelo lógico tem como ponto forte a possibilidade de explicitar os vínculos entre uma intervenção e seus efeitos.

se planeja realizar e as mudanças e resultados que se deseja obter. Os recursos e as ações/atividades fazem parte do trabalho de planejamento; já os produtos, os resultados e o impacto fazem referência àquilo que se almeja conquistar.

Em se tratando dos elementos da representação gráfica para a Rede Cegonha no estado do Ceará, identificamos: propósito; contexto; recursos; obstáculos; ações; produtos; e impacto. Nossa proposta não é rígida e está relacionada a elementos gerais dessa rede temática. Assim, cada agrupamento territorial deverá adequá-la à sua realidade, validando os aspectos já elencados e incrementando com outros a partir de seu contexto e da realidade vivenciada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Construímos os resultados e a discussão em torno de duas dimensões, a saber: a) Rede Cegonha como política pública voltada à garantia de acesso e direito à saúde materna e infantil; e b) Modelo Lógico-Avaliativo da Atenção à Saúde Materna e Infantil em Redes: uma representação gráfica. As duas dimensões são confluentes e atuam de modo sinérgico – uma retroalimenta a outra. Nesse aspecto, na medida em que novos elementos forem sendo inseridos, há necessidade de reformulação desse modelo.

A) Rede Cegonha como política pública voltada à garantia de acesso e direito à saúde materna e infantil

No Brasil, diversas estratégias foram elaboradas, ao longo dos anos, com o intuito de reduzir expressões da questão social, como mortalidade materna e infantil, e garantir acesso e direito à saúde da mulher e da criança⁶. Isso se deu em conjugação com o processo de descentralização e regionalização que o país vivenciou nos últimos anos e que foi alicerçado por diferentes bases normativas e técnicas como, por exemplo, a Constituição Federal de 1988, as Leis n. 8.080/1990 e 8.142/1990, a Norma Operacional Básica (NOB) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), a Portaria n. 4.279/2010 e o Decreto n. 7.508/2011.

Foi preciso investir na descentralização para que os

estados e municípios tivessem maior independência e autonomia quanto à adoção e condução de estratégias singulares em cada contexto¹⁷. No que tange à regionalização, o movimento girou em torno da percepção sobre o potencial local e exercício de conjugação de recursos, além da negociação, pactuação e cogestão solidária e cooperativa que pudessem viabilizar o acesso às ações e aos serviços de saúde em diferentes agrupamentos territoriais, tendo como referência a integralidade do cuidado^{18,19}. Tudo isso contribuiu para a mudança do cenário assistencial brasileiro, que antes era extremamente fragmentado, mas já despertava para uma perspectiva diferente, articulada e integrada²⁰.

No âmbito da saúde da mulher e da criança, nos últimos anos, reconhecemos a adoção de várias políticas e diversos programas em resposta a problemas relativos a essa temática. Pode-se mencionar o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM), implementado em 2009. Essa estratégia concentrou esforços nas maternidades, entendendo que esse seria um equipamento disparador das ações em rede. O PQM foi organizado e coordenado pela Política Nacional de Humanização (PNH), bem como pela Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM) e pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM). O objetivo desse plano era: apoiar o processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal de 26 maternidades inseridas em uma rede perinatal na Amazônia Legal e no Nordeste brasileiro^{21,22}.

O PQM se configurou a partir de uma tríade relacionada aos modos de gerir, de assistir e de cuidar. Isso se justifica pela necessidade de promover mudanças na gestão e no modelo de atenção ao parto e nascimento nas maternidades, bem como articular e integrar as potencialidades de cuidado em redes. Além disso, reconhecia a necessidade de adoção da estratégia metodológica do apoio institucional, entendendo ser um processo que exigia uma construção coletiva que envolvesse gestores, profissionais/trabalhadores e usuários dos serviços²².

O PQM, junto com as outras estratégias anteriores de âmbito nacional e local, fundamentou a elaboração de uma proposta de articulação e integração entre os diversos equipamentos existentes que também proporcionasse acesso e direito à saúde para mulheres e crianças. Essa proposta fundamentou-se na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde (RAS) – nesse caso denominada Rede Cegonha.

De acordo com Di Giovanni^{1:26}, a proposição da Rede Cegonha partiu de alguns princípios que não tinham sido superados:

[...] as mortalidades materna e infantil, sobretudo a neonatal, permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e

intervenções desnecessárias no parto) e desrespeito aos princípios de humanização do cuidado e os direitos das mulheres e das crianças.

Em relação a esse e outros aspectos que expressam a questão social, havia necessidade de investimento contínuo.

A Rede Cegonha, como estratégia que visa a assegurar à mulher direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garante à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, foi instituída por meio da Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011²³. Também esteve encabeçada pela Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM) do Ministério da Saúde, mas fazia referência a uma infinidade de temas transversais às outras áreas e coordenações, passando da atenção básica à média e alta complexidade. Mais tarde, esse seria um ponto controverso da política e poderia interferir em sua condução.

Alguns autores mencionam que a Rede Cegonha:

[...] partiu das ações efetuadas no PQM, mantendo a aposta no apoio institucional mediante entendimento de que, para mudar modelo de atenção e de gestão, é preciso intervir nas práticas cotidianas dos serviços, incluindo o cenário da Atenção Básica e investindo na constituição e/ou fortalecimento de fóruns perinatais como estratégia de mobilização social e produção de rede. Pode-se dizer que a RC amplia o PQM sob o ponto de vista extensão territorial, como também reforça a trajetória já iniciada com o PQM de, além do apoio realizado nas maternidades junto a equipes, se trabalhar numa perspectiva de produção de redes de cuidado materno e infantil^{22:1006}.

Foram objetivos apontados na proposta da Rede Cegonha: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses; organizar a Rede Cegonha para

**...assegurar à
mulher direito
ao planejamento
reprodutivo
e à atenção
humanizada...**

que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal^{24,25}.

Para sua operacionalização, foram apresentados alguns princípios que partiram do exercício da cidadania e do direito à saúde (Figura 1). Nesse sentido, estiveram relacionados às mulheres, mas também foram extensivos aos homens, jovens e adolescentes – independente de cultura, etnia, raça ou gênero.



Figura 1. Princípios da Rede Cegonha definidos na Portaria n. 1.459/ 2011.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Outros princípios apontaram visivelmente a necessidade de debruçar-se sobre as questões individuais sob a perspectiva da família e da comunidade. Diante dessa demanda, incentivou-se o envolvimento, a participação e a atuação de diferentes atores e instâncias sociais e técnico-administrativas que pudessem alicerçar a proposta. O contexto e o cenário vivenciado também estariam relacionados, para proporcionar a compatibilização de atividades das redes em desenvolvimento.

No que tange às suas diretrizes, podemos resgatar cinco pontos (Figura 2).

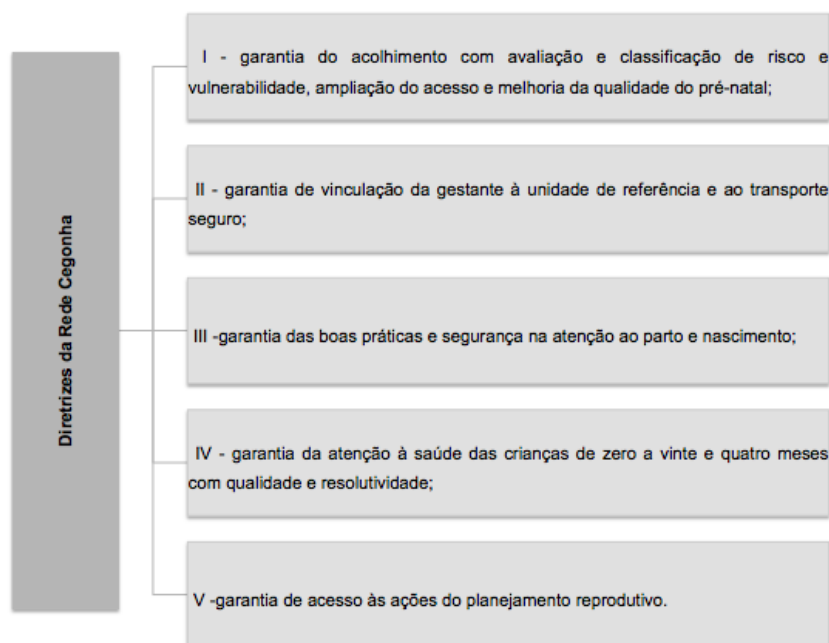


Figura 2. Diretrizes da Rede Cegonha definidas na Portaria n. 1.459/2011.

Fonte: Elaborada pelos autores.

O componente hospitalar pareceu constituir quesito de destaque diante dessa proposta e desempenhar papel central diante da necessidade de articulação em redes. Isso se justificava pelo contexto em que a Rede Cegonha havia sido construída e já levava em consideração as falhas para a utilização desses equipamentos e recursos.

Quanto à sua implantação em território nacional, a Rede Cegonha deveria atentar à Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), à Razão de Mortalidade Materna (RMM) e à densidade populacional. Dessa forma, o mapeamento e a análise da situação de saúde de cada uma das regiões de saúde delimitadas deveria subsidiar a identificação de novas possibilidades de arranjos em rede^{1,25}.

De fato, a Rede Cegonha esteve inserida em ampla discussão que se propunha a promover a integração de ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos, com foco na satisfação dos usuários e na melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil^{23,25,26}. O termo integrar constituiu, aqui, o alicerce dessa política que buscou fortalecer aquilo que já vinha sendo proposto, mas que ainda não havia sido suficiente para garantir o cuidado à saúde materna e infantil.

Quanto à implantação da Rede Cegonha nas regiões de saúde, algumas deficiências precisariam ser superadas, como o financiamento, a atuação dos profissionais da saúde e o processo regulador. Tratava-se de gargalos não atenuados. Com base nisso, pretendia-se investir, cada vez mais, na qualidade do cuidado à saúde materna e infantil, com base em uma lógica solidária, articulada, cooperativa e interdependente.

Em geral, observa-se carência de estudos relativos às estratégias para superação das expressões das questões sociais, que poderiam subsidiar a construção de políticas para a melhoria de acesso e integralidade da atenção à saúde da mulher e da criança. Nesse sentido, mostra-se oportuno desenvolver pesquisas avaliativas, tendo em vista a necessidade de manter discussão acerca da temática e refletir sobre as políticas, programas e serviços a ser desenhados diante dos diversos contextos de cuidado.

Compreende-se, assim, que é preciso reunir esforços e agregar recursos para atender às necessidades da saúde mulher e da criança, na perspectiva de garantir acesso e integralidade nos serviços e materializar o direito à saúde dessa população. As atuais políticas públicas têm um grande desafio pela frente e é necessário desenvolver novos estudos para analisar sua implementação e avaliar seu impacto em nível local e regional.

B) Modelo Lógico-Avaliativo da Atenção à Saúde Materna e Infantil em Redes: uma representação gráfica

A construção de um modelo lógico-avaliativo para a Rede Cegonha partiu do reconhecimento de seu propósito, que foi definido por meio de bases normativas específicas e do contexto abrangente que tem constituído alicerce para a definição de todos os outros elementos (Figura 3)^{1,23,25}. No que diz respeito ao contexto, identificamos a regionalização como fundamento importante para essa política^{8,19}.

O estado do Ceará tem sido proativo quanto à temática de regionalização desde o final da década de 1990, antes mesmo do movimento normativo nacional. Mais recentemente, essa temática foi fortalecida por meio da formalização do Plano de Ação Regional para a Rede Cegonha e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)²⁷. A construção de agrupamentos territoriais tem proporcionado aperfeiçoamento do processo de gestão e aglutinação de recursos importantes para o desenvolvimento dessa política.

Diante de um contexto de regionalização da saúde, a Rede Cegonha proposta no país compreende recursos diversos relacionados aos sujeitos que incluem mobilização, qualificação e potencial assistencial apropriado. Além disso, trata dos equipamentos de saúde atualizados com capacidade assistencial que atendam às necessidades da população, aos instrumentos e às ferramentas de trabalho da gestão em saúde, aos sistemas de informação disponíveis e aos mecanismos de comunicação (comunidade-serviço-gestão) operantes.

*a Rede Cegonha
esteve inserida
em ampla
discussão que
se propunha
a promover a
integração de
ações e serviços
de saúde.*



Figura 3. Modelo lógico-avaliativo para a Rede Cegonha.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Diante desse potencial de recursos, reconhecemos alguns obstáculos inerentes ao cuidado, às relações que se estabelecem diante do desafio de implementação da rede, aos recursos e aos processos de trabalho e de gestão. Acreditamos, sobretudo, que essa proposta deve levar em consideração expectativas, desejos e anseios dos sujeitos e estabelecer o cuidado integral a partir desse resgate; caso contrário, sua atenção responderá a uma necessidade da gestão e dos serviços e não dos sujeitos que também devem ser abarcados.

Outro sinalizador de um processo avaliativo são as dificuldades de acesso e a peregrinação das mulheres em busca de cuidado. De fato, a limitação de recursos, as barreiras geográficas, funcionais e de acesso, a fragilidade do sistema logístico (transporte e regulação), a falta de informação, comunicação, articulação e integração entre os sujeitos, equipamentos e serviços, tudo isso constitui obstáculo ao propósito apontado pela Rede Cegonha.

No que diz respeito às ações, vale mencionar que a proposta da Rede Cegonha está ancorada em quatro componentes, a saber: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico: transporte sanitário e regulação. Cada um expressa as ações que deverão ser realizadas na perspectiva de obter os produtos e atingir o impacto esperado (Quadro 1).

Quadro 1. Registro das ações de atenção à saúde materna e infantil por componente na Portaria n 1.459/2011

<p>I - Componente PRÉ-NATAL:</p> <ul style="list-style-type: none">a) realização de pré-natal na unidade básica de saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;f) qualificação do sistema e da gestão da informação;g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;h) prevenção e tratamento das DST/HIV/aids e hepatites; ei) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico. <p>II - Componente PARTO E NASCIMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none">a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”;d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; eg) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização. <p>III - Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:</p> <ul style="list-style-type: none">a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;c) busca ativa de crianças vulneráveis;d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;e) prevenção e tratamento das DST/HIV/aids e hepatites; ef) orientação e oferta de métodos contraceptivos. <p>IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO - TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none">a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;b) implantação do modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; ec) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).
--

Fonte: Brasil (2011)²³.

Já os produtos são resultados diretos das atividades da política em questão. Indicam se aquilo previsto na fase de planejamento foi devidamente materializado, seja no aspecto quantitativo ou mesmo qualitativo^{15,28}. Nesse modelo lógico-

avaliativo desenhado para a Rede Cegonha, os produtos esperados giravam em torno de três grandes eixos: implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança que responda aos princípios e às diretrizes adotadas; a organização dos serviços em rede com garantia do acesso, acolhimento e resolutividade; e, por fim, a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Dito isso, destacamos os impactos dessa política. De acordo com a W. K. Kellogg Foundation¹⁶, os impactos estão relacionados às mudanças em nível organizacional, comunitário ou sistêmico que podem traduzir melhores condições, aumento de capacidade ou mudanças na estrutura normativa. Dessa forma, esperamos que o empenho destinado à implementação dessa rede temática possa ser traduzido em melhoria da saúde materna e infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo deu visibilidade à complexidade que permeia o processo de avaliação da Rede Cegonha. O exercício de elaboração de um modelo lógico-avaliativo para a Rede Cegonha possibilitou a identificação de propósito, contexto, recursos, obstáculos, produtos e impactos dessa política de forma clara e objetiva. Acreditamos que a utilização dessa ferramenta possa ser reconhecida como instrumento de gestão e, assim, subsidiar o processo de tomada de decisões em saúde.

Confiamos, ainda, que a elaboração do modelo lógico-avaliativo deve seguir cada um dos contextos específicos de implantação e implementação da política de atenção à saúde materna e infantil de tal forma que isso possibilite a compreensão da estrutura disponível, da organização e do funcionamento dos serviços, bem como das relações e da dinâmica do trabalho em saúde naquele cenário. Não se trata de proposta engessada e deve-se considerar um exercício para reflexão sobre o processo avaliativo que devemos assumir diante das políticas, dos programas e dos serviços de saúde propostos.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Fábio Solon Tajra contribuiu com a concepção do estudo e a redação do manuscrito. **Ricardo José Soares Pontes** e **Francisco Herlânio Costa Carvalho** contribuíram com a redação e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Di Giovanni M. Rede Cegonha: da concepção à implantação. Brasília (DF): Escola Nacional de Administração Pública; 2013.

2. Carneiro MGD, Pinto JR, Pedrosa KA, Santos PF, Catanio PAG. Processo de construção de Redes de Atenção à Saúde na 16ª Região de Saúde do Ceará. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2014 [cited 2017 May 31];13(2):42-9. Available from: <file:///D:/572-1238-1-SM.pdf>

3. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet. 2014;2(6):323-33.

4. Wang H, Liddell CA, Coates MM, Mooney MD, Levitz CE, Schumacher AE, et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2014;384(9947):957-79.

5. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2011 [cited 2017 May 31];27(4):623-38. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>

6. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Saúde Soc [serial on the internet]. 2008 [cited 2017 May 31];17(2):107-19. Available from: <file:///D:/7581-10087-1-PB.pdf>

7. Sousa FJS, Sucupira AC SL, Aguiar ISM, Mesquita VAL, Sales ENBG. Programa Trevo de Quatro Folhas: uma ação efetiva para a redução da mortalidade infantil em Sobral – Ceará. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2012 [cited 2017 May 31];11(1):60-5. Available from: <file:///D:/268-513-1-SM.pdf>

8. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde Soc [serial on the internet]. 2011 [cited 2017 May 31]; 20(4):867-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>

9. Moreira MEL, Lopes JMA, Caralho M, organizadores. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2004. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

10. Brasil. Portaria n. 2.351/GM/MS, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria n. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

11. Brasil. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS/Ministério da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

12. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e Rede Cegonha. Rev Bras Ginecol Obstet [serial on the internet]. 2014 [cited 2017 May 31];36(2):56-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>

13. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta Paul Enferm [serial on the internet]. 2007 [cited 2017 May 31];20(2):v-vi. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>
14. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas. 1995;35(3):20-9.
15. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizers. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011.
16. WK Kellogg Foundation. Guia de desarrollo de modelos lógicos. Battle Creek (MI): Kellogg Foundation; 2001.
17. Spedo SM, Tanaka OY, Pinto NRS. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2009 [cited 2017 May 31];25(8):1781-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/14.pdf>
18. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2011 [cited 2017 May 31];45(1):204-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1944.pdf>
19. Lima LD, Viana ALA, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2012 [cited 2017 May 31];17(11):2881-92. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a04.pdf>
20. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2010 [cited 2017 May 31];15(5):2297-305. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>
21. Brasil. Relatório final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
22. Vasconcelos MFF, Martins CP, Machado DO. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. Interface Comun Saúde Educ [serial on the internet]. 2014 [cited 2017 May 31];18(Suppl 1):997-1011. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-1807-576220130335.pdf>
23. Brasil. Portaria n. 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
24. Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis [serial on the internet]. 2013 [cited 2017 May 31];23(4):1297-316. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/14.pdf>
25. Brasil. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
26. Brasil. Portaria n. 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
27. Goya N, Andrade LOM, Pontes RJS, Tajra FS. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. Saúde Soc [serial on the internet]. 2016 [cited 2017 May 31];25(4):902-19. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00902.pdf>
28. Hartz ZMA, Vieira-Da-Silva LM, organizers. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: Ed. UFBA/Ed. Fiocruz; 2005.

Recebido em 17/09/2016 Aprovado em 12/05/2017

