

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

Amanda Correia Paes Zacarias

AVALIABILIDADE DA REDE CEGONHA EM PERNAMBUCO

RECIFE

2018

AMANDA CORREIA PAES ZACARIAS

AVALIABILIDADE DA REDE CEGONHA EM PERNAMBUCO

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em saúde em coletiva.

Orientadora: Dr^a Sydia Rosana de Araújo
Oliveira

RECIFE

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

Z13a Zacarias, Amanda Correia Paes.
Avaliabilidade da Rede Cegonha em Pernambuco/ Amanda
Correia Paes Zacarias. — Recife: [s. n.], 2018.
27 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) -
Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

1. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 2. Avaliação de Programas
e Projetos de Saúde. 3. Saúde Materno Infantil. 4. Avaliação em
Saúde. I. Oliveira, Sydia Rosana de Araújo. II. Título.

CDU 614.2

AMANDA CORREIA PAES ZACARIAS

AVALIABILIDADE DA REDE CEGONHA EM PERNAMBUCO

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em saúde em coletiva.

Recife, 15 de junho de 2018

BANCA EXAMINADORA

Dra. Sydia Rosana de Araujo Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz PE

Msc. Mariana Farias Gomes
Instituto Aggeu Magalhães/ Fiocruz PE

Msc. Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos
Instituto Aggeu Magalhães/ Fiocruz PE

À memória sempre presente do meu pai e a todos aqueles que estão olhando ao redor
e pensando.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo existir e por todas as bênçãos que me concede;

A minha mãe por ter me ensinado tudo que sei sobre ser amável e ser forte;

Ao meu irmão, amigos e meu Thor por trazerem afeto e alegria aos meus dias;

A todos que compartilharam esta jornada comigo;

Aos professores Sydia e Garibaldi e aos colegas Danilo, Mariana e Rebecca por me ajudarem a tornar este trabalho possível.

“Palavra que circula é saber que circula, poder que opera e se movimenta.” Rogério R. Silva

AVALIABILIDADE DA REDE CEGONHA EM PERNAMBUCO

Evaluability of the Rede Cegonha in Pernambuco

Autora:

Amanda Correia Paes Zacarias¹,

Instituição que pertence:

⁽¹⁾ Instituto Aggeu Magalhães - IAM / Fundação Oswaldo Cruz

Endereço para correspondência do autor responsável:

Amanda Correia: Laboratório de Governança de Sistemas e Serviços de Saúde, Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Av. Moraes Rego, s/n, Recife - Pernambuco - Brasil, 50670-420.

Artigo encaminhado para a Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.

RESUMO

Objetivos: Verificar a Avaliabilidade da Rede Cegonha (RC) em Pernambuco.

Métodos: Baseados no sistema de sete elementos proposto por Thurston e Ramaliu (2005):

(a) descrição do programa; (b) identificação e revisão dos documentos disponíveis no programa; (c) modelagem (modelo lógico do programa); (d) supervisão do programa, ou obtenção de um entendimento preliminar de como o programa opera; (e) desenvolvimento de um modelo teórico da avaliação; (f) identificação de usuários da avaliação e outros envolvidos; e (g) obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma avaliação. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores, submetidas à análise de conteúdo de Bardin, e também análise de documentos oficiais da RC. Essas etapas permitiram a produção dos modelos lógico e teórico da intervenção, submetidos à apreciação de especialistas e validação por atores chave da estratégia. Por fim, realizou-se a formulação de perguntas avaliativas junto aos participantes do estudo.

Resultados: Revelou-se a necessidade de repactuação dos desenhos regionais da rede, constatando-se falta de clareza nos documentos normativos da RC, não operacionalização dos planos de ação regionais vigentes e fragilidades político-institucionais. Entretanto, foi constatada viabilidade e interesse dos gestores para ser realizada uma avaliação da estratégia.

Palavras chaves: Avaliação em Saúde; Serviços de Saúde Materno Infantil; Rede Cegonha.

ABSTRACT

Objectives: To verify the Evaluability of the Stork Network (RC) in Pernambuco.

Methods: Based on the seven-element system proposed by Thurston and Ramalmaliu (2005): (a) description of the program; (b) identification and review of the documents available in the program; (c) modeling (logical model of the program); (d) supervising the program, or obtaining a preliminary understanding of how the program operates; (e) development of a theoretical model of evaluation; (f) identification of evaluation users and others involved; and (g) agreement on the evaluation procedure. We conducted semi-structured interviews with managers, submitted to Bardin content analysis, and also analyzed official CR documents. These stages allowed the production of the logical and theoretical models of the intervention, submitted to expert appreciation and validation by key actors of the strategy. Finally, the questionnaire was formulated with the participants of the study.

Results: There was a need to renegotiate the regional designs of the network, noting clarity in the normative documents of the RC, non-operationalization of the current regional action plans and political-institutional weaknesses. However, it was found that managers were able to carry out an evaluation of the strategy.

Keywords: Health Assessment; Maternal and Child Health Services; Stork Network.

INTRODUÇÃO

Ao considerar o contexto das políticas públicas de saúde brasileira, a assistência materna e infantil tem exercido grande destaque nas últimas décadas, apresentando melhorias significativas nos condicionantes que interferem diretamente na saúde desta população¹. De acordo com o relatório Níveis e Tendências da Mortalidade Infantil 2015, desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), entre 1990 e 2015, o Brasil reduziu em 73% a mortalidade infantil. Há 25 anos eram registradas 61 mortes para cada mil crianças menores de cinco anos, e o número caiu para 16 mortes (a cada cem mil) após esse período². No entanto, as estatísticas oficiais mostram que os índices de mortalidade materna permaneceram estáveis nos últimos 10 anos, dado que demonstra que a promoção de uma assistência a saúde qualificada a este grupo populacional continua sendo um desafio vigente para o Sistema Único de Saúde (SUS)³.

Estudos nacionais demonstram que, embora a assistência pré-natal no Brasil seja praticamente universal em termos de cobertura, a adequação dessa assistência tem se mostrado ainda baixa. Dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, tem sido algumas das dificuldades encontradas. Inclui-se ainda como importantes entraves a serem superados: a elevada proporção de cesarianas, a supermedicalização do parto, óbitos maternos causados por abortos ilegais e alta frequência de partos prematuros^{4,5}.

Para enfrentamento destes desafios, o governo do estado de Pernambuco criou em 2007 o Programa Mãe Coruja, instituindo uma rede de ações intersetoriais que inclui o trabalho de 11 secretarias de Estado, atuando nos eixos prioritários de saúde, educação, desenvolvimento social e assistência. O programa Mãe Coruja busca reduzir a morbimortalidade materna e infantil através da melhoria das condições de vida das gestantes, bem como de seu núcleo familiar⁶.

Em âmbito nacional, a principal estratégia de enfrentamento à morbimortalidade materna e infantil adotada pelo MS foi instituída em 2011 através da Rede Cegonha (RC), com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade do atendimento ao nascimento na rede pública de saúde, tendo dentre outros objetivos reduzir os altos índices de mortalidade materna no Brasil, sobretudo na área amazônica e no nordeste do país⁷. Para alcançar seus propósitos a RC se propôs a apoiar pactos interfederativos cujo ciclo gravídico puerperal e de acompanhamento das crianças fossem viabilizados/desenvolvidos através de seus quatro

componentes: qualificação do pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, sistema logístico (transporte sanitário e regulação)⁵.

Em Pernambuco, a RC se encontra em processo de implementação na lógica da regionalização⁸. Por se tratar de um processo de implantação em curso, requer planejamento e monitoramento contínuos, assim como ferramentas de gestão capazes de subsidiar a tomada de decisões gerenciais em tempo oportuno, apontando evidências de consistência e inconsistência no seu próprio desenho, para redirecionamento e melhoria na organização da rede⁹.

Este artigo se propôs a analisar a avaliabilidade da RC em Pernambuco, apresentando o modelo lógico e teórico construídos, a percepção dos agentes envolvidos sobre objetivos e sua implantação, questões chave e acordo entre partes interessadas para avaliação, verificando-se ainda áreas críticas a serem aprimoradas na intervenção.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de avaliabilidade da RC, realizada entre agosto de 2017 e maio de 2018 em Pernambuco. O estudo de avaliabilidade (EA) é compreendido como um exame sistemático e preliminar, que antecede a avaliação de um programa, cuja finalidade, dentre outras, é identificar se o seu estágio de desenvolvimento permite sua avaliação e quais aspectos do programa devem ser priorizados na avaliação¹⁰. É um estudo precípua quando se busca o aprimoramento das intervenções, por prever o esclarecimento dos propósitos da avaliação, além da participação dos gestores e demais interessados em diferentes etapas do processo¹¹. O produto de um EA é uma descrição completa do programa, apresentando questões chaves a serem abordadas pela avaliação, um plano de avaliação, e um acordo entre as partes interessadas na intervenção¹⁰.

Utilizou-se abordagem qualitativa, baseada no sistema dos sete elementos proposto por Thurston e Ramaliu (2005), a saber: (a) descrição do programa identificando as metas, os objetivos e as atividades que o constituem; (b) identificar e rever os documentos disponíveis no programa; (c) modelagem (modelo lógico do programa – MLP) dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas; (d) supervisão do programa, ou obtenção de um entendimento preliminar de como o programa opera; (e) desenvolvimento de um modelo teórico da avaliação (MTA); (f) identificação de usuários da avaliação e outros principais envolvidos; e (g) obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma avaliação.

Para coleta e análise de dados utilizou-se entrevistas semiestruturadas com informantes-chaves e análise documental. As entrevistas foram realizadas previamente por pesquisador colaborador em pesquisa paralela com gestores das Gerências Regionais de Saúde (GERES) do estado, e das maternidades que compõem a RC na Região Metropolitana do Recife (RMR), técnicos que compõem o Grupo Condutor da RC da Secretaria Estadual de Saúde (GCRC/SES/PE) e técnicos da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de áreas afins a assistência materna e infantil, totalizando 33 informantes-chaves, identificados conforme sua posição de informante (informante 1 a 33), cujas falas foram gravadas e transcritas na íntegra.

A análise das transcrições baseou-se na análise de conteúdo de Bardin¹². Utilizou-se o software Nvivo11 para organizar o material e otimizar a seleção das unidades de análise (frases, sentenças e parágrafos); e categorização e sub-categorização destas. A partir de então, seguiu-se com a descrição, interpretação e inferência dos dados coletados.

Nas etapas finais do estudo, realizou-se apreciação dos modelos lógicos e teóricos construídos, por duas especialistas em avaliação em saúde, em duas rodadas presenciais. Após os ajustes indicados, estes modelos foram validados por gestores da RC, através de participação na reunião de colegiado de gestores das gerências regionais de saúde. Por fim, deu-se a pactuação de perguntas avaliativas a serem respondidas em avaliações posteriores.

Esse projeto faz parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IAM/Fiocruz sob o parecer nº 1.589.404, desenvolvido de forma cooperativa pelo Grupo de Estudos em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ-PE. O estudo segue os termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu anuência para ser realizado junto a Diretoria Geral de Gestão Regional – Secretaria Estadual de Saúde/PE.

RESULTADOS

Os resultados serão descritos a seguir conforme os sete elementos de Thurston e Rammaliu (2005):

Elemento 1 – delimitação do programa e identificação de suas metas, objetivos e atividades

Pernambuco foi um dos primeiros estados do Brasil a aderir a RC. Inicialmente, foram realizadas oficinas nas microrregiões de saúde a fim de planejar o desenho da rede nas 12 regionais de saúde do Estado.

O processo de implantação foi iniciado na primeira regional de saúde, onde concentra-se o maior número de maternidades e praticamente toda a alta complexidade do Estado. O provimento de recurso financeiro iniciou em 2011, com o custeio de alto risco. Na época, priorizou-se a implantação da RC nos hospitais escola da Região Metropolitana do Recife.

A partir de então, foram formados os grupos condutores regionais e dado início as pactuações para construção dos planos de ação regionais no sentido de potencializar recursos, concentrando-os na lógica de economia de escala.

A respeito das diretrizes da RC, estas descrevem como objetivo geral do programa “fomentar a implementação de um 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 zero aos vinte e quatro meses”. Propõe “organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) Materna e Infantil de forma a garantir acesso, acolhimento e resolutividade e; reduzir a morbimortalidade materna e infantil”. No entanto, os documentos normativos da estratégia não definem claramente as metas para o alcance de seus objetivos. Trazem apenas indicadores e parâmetros assistenciais a serem monitorados para averiguar sua qualificação¹³.

Para o alcance de seu objetivo principal, a estratégia RC se propõe a promover garantia do acolhimento as gestantes com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; com garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo, organizando-se em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação¹³.

Averiguou-se ainda que a percepção dos objetivos da intervenção pelos gestores está de acordo com as diretrizes da estratégia, contudo há divergências quanto à proposta de operacionalização e organização, principalmente nos aspectos que se referem ao seu planejamento e financiamento.

Ao executar o primeiro elemento deste estudo, constatou-se haver delimitação clara de objetivos e atividades nos documentos normativos da estratégia, embora não tenham sido verificadas as metas da estratégia RC.

Fatores que podem influenciar positiva e negativamente a estratégia										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dentre os aspectos descritos voltados a reorientação das práticas assistenciais, destaca-se a relevância da RC no contexto das RAS, os sentidos da humanização e as boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Estão ainda detalhados os componentes da rede, as fases e requisitos necessários para operacionalização, financiamento, objetivos, ações, parâmetros assistenciais e o desenho da rede por regional de saúde.

Contudo, os documentos normativos da RC não apresentam com clareza metas, produtos esperados após a implantação da rede, assim como os resultados pretendidos e fatores que podem influenciar positiva ou negativamente esta estratégia. Alguns destes aspectos foram captados a partir das entrevistas com informantes-chaves.

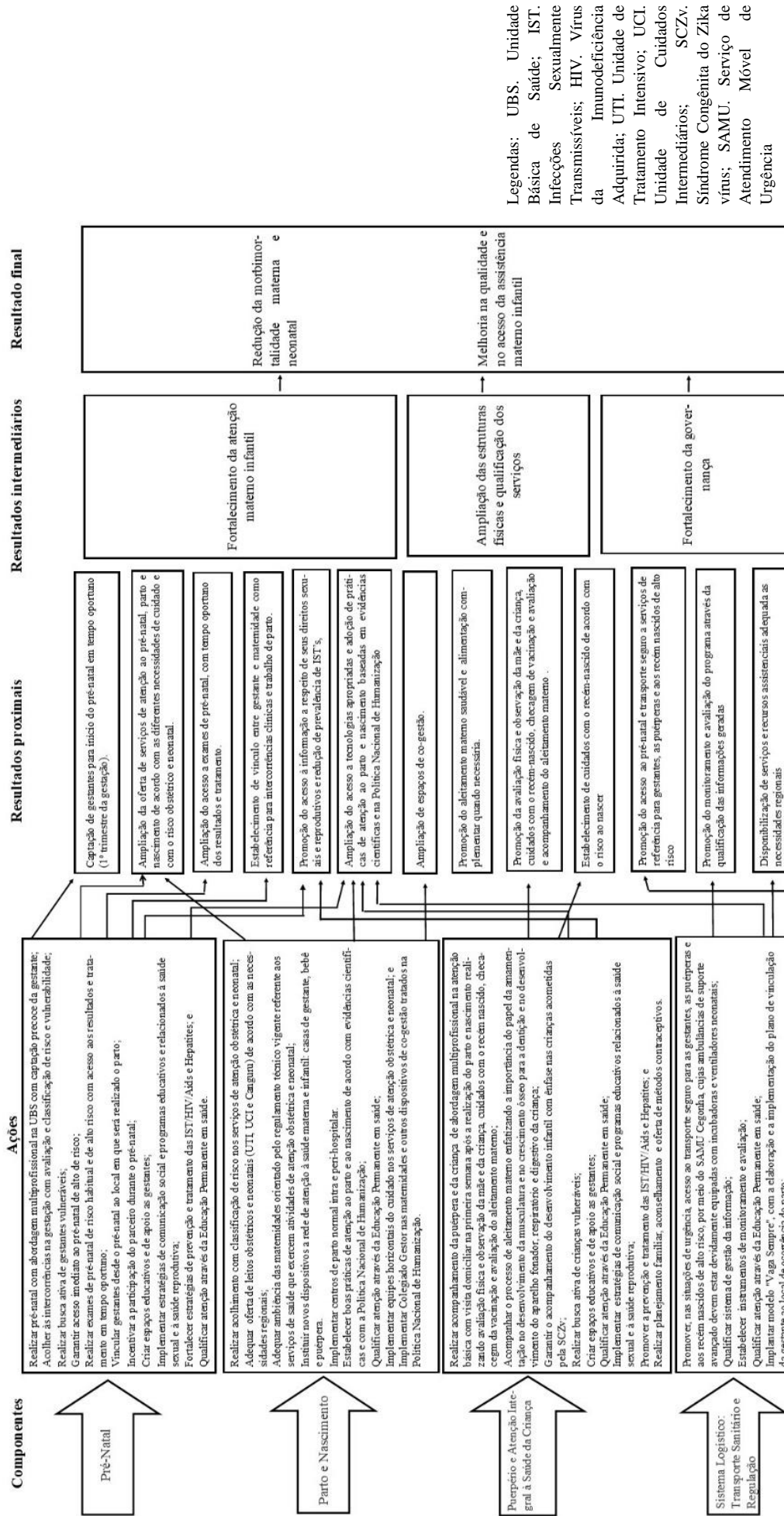
Elemento 3 – construção do modelo lógico do Programa Rede Cegonha

Esta etapa objetivou reconstruir o modelo lógico da Rede Cegonha, partindo de modelo elaborado em estudo progressivo¹⁵. A partir da análise documental e entrevistas com informantes-chaves foi possível agregar elementos não descritos anteriormente (figura 1). A pesquisa documental levou em conta: (a) existência de objetivos; (b) a organização do programa; (c) público-alvo; (d) metas a serem alcançadas; (e) ações necessárias ao desenvolvimento das atividades; e (f) os resultados a serem alcançados¹⁴.

O modelo lógico é um esquema visual que expõe o núcleo componente do programa, com os aspectos operacionais e estruturais necessários ao seu funcionamento, estabelecendo relações causais entre seus elementos e os resultados esperados^{16,17,18}. Foram estabelecidos componentes, resultados proximais, intermediários e final conforme proposto por especialistas consultadas.

Na construção deste modelo foram considerados os quatro componentes e ações previstas pelos documentos normativos do MS. Os resultados proximais e intermediários foram estabelecidos com base nas evidências científicas e expectativas dos informantes-chaves, de curto a médio prazo, visando atingir a longo prazo os objetivos finais da RC.

Figura 1. Modelo lógico proposto para Rede Cegonha, Pernambuco, Brasil, 2018.



Recursos financeiros (custeio e investimento), recursos humanos (profissionais capacitados), recursos materiais (exames, medicamentos, materiais para ações específicas, etc.) e estrutura física (incluindo novos dispositivos como casas de gestante, bebê e puérpera).

Legendas: UBS. Unidade Básica de Saúde; IST. Infecções Sexualmente Transmissíveis; HIV. Vírus da Imunodeficiência Adquirida; UTI. Unidade de Tratamento Intensivo; UCI. Unidade de Cuidados Intermediários; SCZv. Síndrome Congênita do Zika vírus; SAMU. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Elemento 4 – entendimento preliminar de como o programa opera

Os planos de ação regionais da RC em Pernambuco foram pactuados em reuniões da Comissão de Intergestores Regional (CIR) em 2012. Conforme estes instrumentos, ficou estabelecido o desenho da RC para as 12 regionais de saúde do Estado, estabelecendo que cabe a cada município prestar assistência pré-natal de risco habitual e alto risco, exames de pré-natal e parto cesáreo de risco habitual as gestantes do seu território. Fora estabelecido como responsabilidade do Estado realizar parto de alto risco, exames de alta complexidade e rede de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de forma regionalizada. Por fim, à União coube o investimento na rede (construção e custeio de novos dispositivos), custeio de novos exames do pré-natal, custeio de deslocamento das gestantes e fortalecimento da rede interestadual.

No entanto, estes desenhos não foram efetivados na sua totalidade. Embora tenha sido relatado que os municípios estejam prestando assistência à saúde materna e infantil baseados nas diretrizes da RC, não houve pactuação de recursos financeiros entre os municípios para o seu custeio, persistindo a insuficiência de leitos obstétricos e de recursos humanos que possibilitem o funcionamento da estratégia conforme preconizada.

De acordo com informantes-chave, da construção de 08 Centros de Parto Normal (CPN) previstos nos planos de ação regionais, atualmente o Estado dispõe apenas de 01 CPN que recebe recurso referente a RC. Foi relatado que embora alguns municípios tenham recebido recurso do MS para construção de CPN, problemas na gestão destas obras impossibilitaram sua conclusão. Não há previsão de novos recursos para custeio ou investimento na RC.

O custeio dos novos exames inseridos no pré-natal pela RC, como o teste rápido de gravidez; o teste rápido de sífilis e o teste rápido de HIV, foi progressivamente suspenso a partir de 2015, sendo em partes incorporado ao Piso da Atenção Básica variável (PAB-variável).

Com relação aos leitos de alto risco, estes continuam concentrados nas Macrorregiões de Caruaru, Petrolina e Recife e em quantidade insuficiente. O apoio financeiro destinado ao deslocamento da gestante para as consultas de pré-natal e para o local do parto não se efetivou, assim como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências- Cegonha (SAMU Cegonha) que não se concretizou porque não houve destinação de recurso específico. Não há uniformidade na oferta do transporte sanitário devido à dificuldade dos municípios em arcar financeiramente com grandes deslocamentos.

A regulação ainda não funciona para o risco habitual, devido a irregularidades no seu funcionamento, como a insuficiência de recursos humanos e recorrência de plantões fechados.

A “vaga sempre”, que deveria garantir a vinculação entre gestante e o local do parto desde o pré-natal, funciona apenas para os leitos de alto risco.

O monitoramento das ações se dá de forma bastante frágil através de acompanhamento de planilhas enviadas pela SES para cada GERES, que por sua vez consolida os dados referentes aos municípios, sem sistema de informação vigente, uma vez que o SISPRENATAL-WEB apresentou uma série de falhas na sua operacionalização e deixou de ser utilizado. Não foi relatada nenhuma atividade voltada a avaliação das ações desenvolvidas.

Embora a Portaria nº 1.459 de 24/06/2011 preveja a elaboração dos planos de ação regionais baseados numa análise situacional prévia considerando as potencialidades de cada município e sujeitos a pactuação em CIR, observa-se um grande distanciamento entre o que fora pactuado nos planos de ação regionais em 2012 e o que está sendo executado atualmente pela RC. Algumas falas dos gestores das GERES apontam para falhas apresentadas na formulação destas propostas que devem ser consideradas frente a necessidade eminente de repactuação da rede.

“(...) já veio a rede pré-montada, a gente demorou um pouco com o gestor a assinar, porque a gente não aceitava muito o que foi imposto, porque na verdade veio de cima para cá, já montaram uma rede e a gente tinha que pactuar(...)” (informante 02).

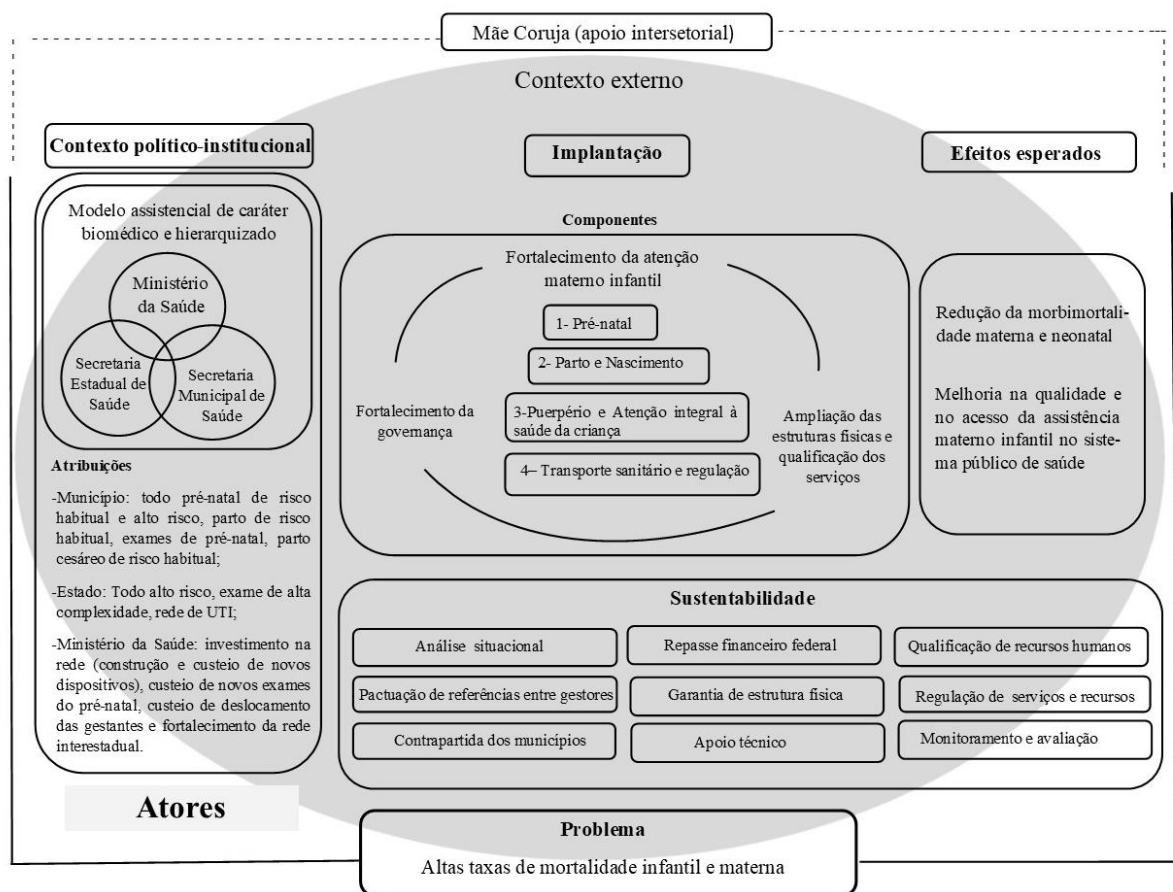
“(...) seria bom o ministério ouvir mais os municípios, a ponta, ver mais a realidade. Então, a minha sugestão é essa, de que quando seja construído as políticas, as redes, que sejam construídas in loco e não que seja feito um desenho a nível ministerial e depois imposto para o município se adaptar, porque não sabe da realidade, cada município tem sua realidade que pode ser adaptada (...)” (informante 03).

“(...)em relação ao planejamento de implementação das redes, a gente vê muito que quando você quer implementar uma rede sempre vem de cima para baixo. Até porque o detentor do recurso financeiro (...)” (informante 04).

Elemento 5 – desenvolvimento do modelo teórico de avaliação

O modelo teórico, disposto na figura 2, explica a teoria do programa, identificando relações entre os componentes do modelo lógico, considerando o contexto político-institucional e externo, bem como o cenário de implantação do programa baseando-se para isso nas ações a serem desenvolvidas e os efeitos esperados com a implantação da RC e os fatores de sustentabilidade da estratégia.

Figura 2. Modelo teórico proposto para Rede Cegonha, Pernambuco, Brasil, 2018.



Fonte: a autora.

Os componentes que compõem o modelo lógico foram agrupados no centro deste modelo teórico, estando circundados pelos efeitos intermediários esperados a partir da implantação da estratégia para dar a conotação de interdependência e dinamicidade entre ações desenvolvidas por cada componente e efeitos esperados a médio prazo. Os efeitos esperados a longo prazo foram representados separadamente tanto por requererem mais tempo para se concretizar como por estarem sujeitos a um maior número de elementos contextuais. Ao isolar estes fragmentos teremos o correspondente ao modelo lógico, descrito previamente na figura 1.

No contexto político-institucional estão descritas as atribuições pactuadas pelos três entes federativos na ocasião em que foram pactuados os planos de ação regionais vigentes. Para que estas atribuições sejam desempenhadas é necessária a atuação interfederativa pactuada a fim de fortalecer a rede regionalizada onde as ações serão executadas. Aqui destaca-se como entrave as mudanças propostas pela RC, o modelo assistencial hegemônico de caráter biomédico e hierarquizado.

Foram representados ainda neste modelo, os principais fatores identificados pelos informantes-chaves como determinantes na sustentabilidade da RC, sendo eles: análise situacional, pactuação de referências entre gestores, contrapartida dos municípios, repasse financeiro federal, garantia de estrutura física, apoio técnico, qualificação de recursos humanos, regulação de serviços e recursos, monitoramento e avaliação.

Todos estes elementos foram representados dentro de uma esfera maior onde atuam o contexto externo e todos os atores sociais que podem trazer implicações na implementação da RC, destacando-se aqui os profissionais da saúde, usuários e gestores. O organograma tem como linhas limítrofes o programa Mãe Coruja, que foi identificado neste estudo como um grande parceiro atuando como apoio intersetorial, e a situação-problema (altas taxas de mortalidade infantil e materna) que impulsionaram a criação da estratégia.

Elementos 6 e 7 – identificação dos usuários e definição dos procedimentos de avaliação

Esta etapa voltou-se inicialmente a validação dos instrumentos construídos neste estudo (modelo lógico e teórico da RC) pelos gestores das GERES, que deveriam revisá-los, apresentando sugestões e solicitando esclarecimentos quando necessário.

A proposta inicial era a realização de oficina de consenso com os gestores envolvidos, porém devido a problemas de ordem logística mostrou-se mais oportuno utilizar o espaço da reunião de colegiado mensal dos gestores das GERES, realizada na SES-PE.

Construiu-se um roteiro, que fora enviado previamente aos envolvidos via e-mail, contendo modelos lógico e teórico da RC, breve explanação acerca da modelagem utilizada neste estudo, sugestão de teste de consistência para o modelo lógico e os seguintes questionamentos:(a) Com base no ordenamento legal da Rede Cegonha bem como na sua experiência como gestor que participou do processo de implantação da mesma em Pernambuco, você julga que as ações que compõem o modelo lógico são suficientes para alcançar os objetivos da Rede Cegonha? Que outras ações seriam pertinentes? (b) Além dos fatores expostos no modelo teórico relacionados ao contexto de implantação da Rede

Cegonha, existem outros fatores que você julga que interferem no andamento da política na sua regional de saúde? Quais?

O roteiro abordou ainda a formulação de perguntas avaliativas e de interessados na avaliação a partir dos seguintes questionamentos: (c) Que perguntas ou preocupações a respeito do programa os senhores(as) gostariam que a avaliação respondesse? Que informações seriam úteis para administrar ou implementar melhor o programa? Que outras informações seriam importantes? (d) Quem seriam os principais usuários (interessados) e envolvidos na avaliação do programa?

No dia da reunião de colegiado foi realizado o momento presencial para explanação e discussão do material coletado. Na oportunidade, foi explanado sobre a importância deste tipo de estudo no momento de implementação em que a RC se encontra, evidenciando a relevância da colaboração dos gestores no seu processo de construção.

Quanto a validação dos modelos lógico e teórico, foram apenas acrescentadas ao primeiro algumas ações sugeridas pelos informantes-chaves a fim de atender demandas regionais e/ou otimizar o modelo, conforme já apresentado na figura 1.

Foram propostas diversas perguntas com potencial investigativo (fase divergente) e posteriormente foram consensuadas aquelas que seriam prioritárias e de maior relevância para o grupo (fase convergente). Os participantes apontaram que os principais envolvidos na avaliação da RC seriam os gestores da atenção primária à saúde, gestores municipais, os profissionais que atuam na atenção materno infantil em Pernambuco e os usuários.

Ao final desta etapa definiu-se que a avaliação do programa deveria ser realizada através de análise de produtividade, contemplando as seguintes perguntas: (a) Os recursos e atividades são suficientes: em quantidade? Em qualidade? Na maneira como estão organizados? (b) É possível produzir serviços de melhor qualidade com os mesmos recursos?

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu realizar uma descrição completa da RC em Pernambuco, identificando seus objetivos e metas. Através da sua realização foi possível propor o modelo lógico da estratégia baseando-se em modelo desenvolvido em pesquisa anterior¹⁴ e avançar na construção do modelo teórico, além de definir perguntas avaliativas a serem utilizadas numa avaliação formativa posterior.

Foi executado por pesquisadores externos, especialistas em avaliação em saúde e gestores do programa, seguindo recomendações da literatura especializada, permitindo que os interesses das partes envolvidas fossem considerados, a fim de maximizar a utilidade da

avaliação¹⁰. Constatou-se que, apesar dos objetivos estarem descritos com clareza em documentos normativos analisados, expressando as mudanças que se deseja alcançar em relação a situação problema, o mesmo não se pode afirmar sobre as metas das intervenções propostas, que não estão expressas numericamente apresentando prazo previsto para serem alcançadas.

A não observância de metas, que funcionam como objetivos específicos quantificados, compromete o encadeamento entre os demais elementos do modelo lógico da RC, uma vez que estas funcionam como diretrizes que norteiam o conjunto de ações. A cada objetivo específico alcançado contribui-se para o alcance do objetivo geral ^{10,16,19}.

Da mesma maneira, não foram encontrados neste estudo produtos, resultados esperados ou fatores que pudessem interferir no desenvolvimento da RC. A ausência destes elementos, também pode interferir negativamente no encadeamento esperado entre os elementos do modelo lógico que deveriam conduzir ao alcance do objetivo final da intervenção¹⁶.

Apesar dos elementos não encontrados nos documentos oficiais da RC, este aparato normativo associado as colaborações dos informantes-chaves, permitiu estabelecer o direcionamento aos resultados esperados (proximais e intermediários) que deveriam seguir em decorrência da implantação bem-sucedida da RC^{11,14}.

Averiguou-se, ainda, que apesar da percepção dos gestores quanto aos objetivos da RC estar em conformidade com as diretrizes da estratégia, existem divergências quanto a proposta de operacionalização e organização que pode relacionar-se ao fato da RC ter sido formulada a nível federal, mas ser desenvolvida a nível local. Este fator é descrito como dificultador na operacionalização de políticas por distanciamento das realidades locais onde estas se desenvolvem^{14,20}.

O modelo lógico apresenta o desenho do funcionamento do programa, contribuindo para a identificação dos seus componentes e das conexões entre eles e os resultados esperados que devem ser factíveis para resolver os problemas identificados. Na reconstrução do modelo lógico da RC preservou-se os componentes presentes nos documentos oficiais, assim como as ações relacionadas a estes, acrescentando-se algumas ações propostas por gestores da RC e/ou voltadas a atender demandas regionais^{16,17}.

Entre as ações acrescidas ao modelo lógico destaca-se o acompanhamento das gestantes, puérperas e recém-nascidos de acompanhamento multiprofissional baseando-se nos princípios da clínica ampliada e compartilhada, presentes na Política Nacional de Humanização²¹. A criação de grupos educativos e de apoio para gestantes fundamentou-se nas

evidências científicas que apontam que o principal motivo dos óbitos em menores de um ano no Brasil são as afecções perinatais, que estão associadas à qualidade da assistência no pré-natal, às condições do parto e aos cuidados estabelecidos com o recém-nascido²².

Também foi proposta a participação do parceiro durante o pré-natal, compreendida como uma estratégia para melhorar a adesão da gestante, além de proporcionar o apoio do parceiro antes, durante e após o parto e de reduzir a transmissão vertical de infecções ao recém-nascido, conforme sugerem outros estudos^{23,24}.

Por fim, foi implementado como nova ação no componente puerpério, o acompanhamento do desenvolvimento infantil das crianças acometidas pela Síndrome Congênita do Zika Vírus, que se apresenta como uma necessidade local em virtude da epidemia de Zika ocorrida em 2015 e que gerou uma nova demanda para a RAS materna e infantil no Estado²⁵.

Com relação ao entendimento preliminar de como o programa opera verificou-se que a RC não conseguiu se estruturar conforme os desenhos pactuados em 2012. No que se refere a lentidão na construção dos CPN previstos a época, outro estudo associa a este fato, entre outros aspectos dificultadores as mudanças propostas ao modelo de atenção, à insuficiência de enfermeiros obstetras e obstetras, o financiamento precário e à oposição de parte significativa de médicos obstetras, que atuam conforme modelo biomédico vigente, culminando numa cultura “cesarista”²⁶. Estas evidências apontam a necessidade de repactuação da rede, evidenciando a contribuição do estudo de avaliabilidade tendo em vista o aprimoramento e reorientação da intervenção em questão¹².

Entre as principais críticas a serem feitas ao desenho da RC destaca-se o planejamento familiar, abordado de forma superficial apenas no componente do puerpério, dando a conotação de que para esta estratégia a autonomia reprodutiva da mulher só é considerada para mulher enquanto mãe. Perspectiva que preocupa num país onde apenas 45% das gestantes planejam sua gestação^{15,22}.

A construção do modelo teórico exigiu o esforço de buscar nas informações trazidas pelos gestores e nos documentos institucionais de abrangência local os aspectos operacionais e os fatores de contexto e suas relações com o alcance dos efeitos esperados, dando uma ideia de completude ao modelo lógico. Destaca-se aqui, como determinante no contexto político-institucional, o processo de medicalização do corpo feminino e a violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, representados por um modelo assistencial de caráter biomédico e hierarquizado^{27,28}.

Como fator de sustentabilidade que interfere no andamento da RC a nível regional, destaca-se a insuficiência e instabilidade do financiamento público para o SUS, associado a problemas de gestão que incidem na dificuldade em concretizar a regionalização. Esta dificuldade se apresentou como uma das questões chaves neste estudo, manifestando-se nas desigualdades estruturais entre as regiões de saúde, acentuadas pela insuficiência tanto de recursos humanos quanto no número de leitos obstétricos disponíveis ao SUS. Este fator condiciona a capacidade da RC em prestar serviços para o SUS, evidenciando a necessidade de maiores investimentos tendo como foco os territórios de saúde^{29,30}.

Fora constatada ainda a predominância de documentos institucionais e legislação normativas entre as citações de publicações oficiais da RC, fato que reflete a prática dos formuladores de políticas em priorizar os serviços técnicos e regulamentos legislativos para orientar os gestores de saúde em relação à organização, funcionamento e reestruturação física da rede de cuidados em saúde. Este fato pode levar a dificuldades na operacionalização destas políticas pelo distanciamento das realidades locais onde estas se desenvolvem, como fora anteriormente referido²⁰.

O envolvimento dos gestores nas etapas finais deste estudo, com validação dos instrumentos construídos e formulação de perguntas avaliativas, caracteriza o estudo de avaliabilidade como uma estratégia de avaliação de valor particular. Principalmente, aos gestores que desejam promover a organização da intervenção apoiada na aprendizagem e no conhecimento real do funcionamento do programa, considerando as necessidades de pesquisa apresentadas, que neste caso confluíram para a proposta de realização de uma análise de produtividade da RC¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a estratégia RC é passível de avaliação, na medida em que o estudo de avaliabilidade executado culminou na descrição completa da intervenção, apresentação de questões chaves a serem abordadas pela avaliação, um plano de avaliação, e um acordo entre as partes interessadas na intervenção, fatores que identificam que uma intervenção está pronta para ser avaliada.

Faz-se necessário o aprimoramento dos documentos oficiais da RC, para que apresentem maior clareza em seu conteúdo, com foco nas metas e nos produtos esperados com a implementação da estratégia.

Recomenda-se a previsão de adequação das ações previstas ao contexto regional, a ampliação da qualificação dos profissionais da RAS considerando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento e o fortalecimento da cogestão e da governança regional.

Enfatiza-se a necessidade de fortalecimento da regionalização da RAS materna e infantil e a necessidade de novos investimentos no Estado de Pernambuco.

Foram identificadas fragilidades no desenvolvimento desta pesquisa que apontam para necessidade de realizar novos estudos sobre a RC que contemplem tais aspectos. Neste sentido, destaca-se a não participação de profissionais da assistência em sua construção. Embora a impossibilidade de entrevistar todas as partes interessadas seja relatada em outros estudos deste tipo¹⁰, nesta experiência constatou-se que a ausência da perspectiva dos implementadores de nível local pode gerar algum viés negativo nos resultados encontrados.

Este artigo sugere que um estudo de avaliabilidade pode ser feito com limitações orçamentárias e de fontes de informação e ainda ser valioso no desenvolvimento do conhecimento real do programa, bem como para sua reorientação.

Como recomendação final reforça-se a importância da participação de todos os interessados na intervenção nos vários níveis existentes: tanto na formulação, quanto na implementação e na avaliação das intervenções.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes RZS, Vilela MFG. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014; 19(11): 4457-66.
2. Brasil. Ministério da Saúde. ONU: Brasil cumpre meta de redução da mortalidade infantil. 2015 [acesso em 14 dez 2017]
Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/onu-brasil-cumprir-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil>>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). 2018.
4. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl.): S85-100.
5. Vanderlei LCM, Frias PG. Advances and challenges in maternal and child health in Brazil *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2015; 15 (2): 157-60.
6. Pernambuco. Lei nº 13.959 de 15 de dezembro de 2009. Programa Mãe Coruja Pernambucana. *Diário Oficial do Estado de Pernambuco* 16 dez 2009; Seção 1
7. Carneiro, RG. Anthropological dilemmas of a public health agenda: Rede Cegonha program, individuality and plurality. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2013; 17(44): 49-59.

8. Rohr LK, Valongueiro S, Araújo TVB. Delivery care and the inadequacy of the obstetric care network in Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2016. 16(4): 447-55.
9. Cruz, MM. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: Mattos, RA; Baptista, TWF (Org.) *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: IMS; 2011. p. 285-315.
10. Thurston, W, Ramaliu, A. Evaluability Assessment of survivors of a torture program: Lessons learned. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, Renfrew. 2005; 20 (2): 1-25.
11. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, et al., organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 65-78.
12. Bardin, L. *Análise de conteúdo*; tradução Luís Antero Reto. São Paulo: Edições 70. 2011.
13. Brasil. Portaria 1459 de 24 de junho de 2011. *Diário Oficial do Brasil* nº 193 de 06 out 17; Seção 1
14. Silva RN, Guarda FRB, Hallad PC, Martelli PJJ. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017; 33(4): e00159415.
15. Cavalcanti PCS, Junior GDG, Vasconcelos ALR. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis*. 2013; 23(4):1297-316.
16. U.S. Department of Health and Human Services. Handbook for evaluation of physical activity programs in Latin America. [Acesso em 01 jul 2018] Disponível: <<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa>>.
17. Cassiolato, M, Guerese, S. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: IPEA; 2010.
18. Costa, LMQ. Rede de Atenção ao Doente Renal Crônico: Proposta de Organização na Lógica da Linha de Cuidado [dissertação]. Goiânia: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Profissional) da Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP); 2016.
19. Samico, I, Felisberto E, Figueiró NA, Frias PF. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
20. Angulo-Tuesta A, Santos LMP, Natalizi D. A. Impact of health research on advances in knowledge, research capacity-building and evidence-informed policies: a case study on maternal mortality and morbidity in Brazil. *São Paulo Med J*. 2016; 134(2):153-62.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: gestão participativa: co-gestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização*. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 20 p.
22. Holanda, CSM. Ciclo gravídico puerperal: avaliação da assistência no serviço público de saúde [tese]. Natal: Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2015.
23. Duarte G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. *Ver Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(4):171-4.
24. Tajra, FS; Pontes, RJS; Carvalho FHC. The possible meanings of care: self-care and care-for-the-other. *Invest Educ Enferm*. 2017; 35(2): 690-95.
25. Henriques, CMP, Duarte E, Garcia LP. Desafios para o enfrentamento da epidemia de microcefalia. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2016; 25(1): 7-10.

26. Vico, AFD. Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no Sistema Único de Saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Programa de pós graduação em Ciências do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2017
27. Hartz ZMA et al. Avaliação do programa materno infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA (org). Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997, p. 89-131.
28. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. The role of midwives and nurse-midwives in promoting safe motherhood in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013.18(4):1059-68.
29. Paim JS, Teixeira CF. Institutional configuration and administration of Brazil's National Health System (SUS): problems and challenges. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; 12(Sup); p.1819-29.
30. Menicucci TMG. A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional. Cepal- Série Políticas Sociais Nº 196. 57 p.