

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

Paulynne Chrystynne da Silva Cavalcanti

O MODELO LÓGICO DA REDE CEGONHA

RECIFE

2010

Paulynne Chrystynne da Silva Cavalcanti

O MODELO LÓGICO DA REDE CEGONHA

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de especialista em saúde coletiva.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Junior

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

C376m Cavalcanti, Paulynne Chrystynne da Silva
O modelo lógico da Rede Cegonha / Paulynne C. da S. Cavalcanti— Recife: P. C. da S. Cavalcanti, 2010.
25 f.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) –
Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Junior

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Promoção da Saúde. 3. Planos e
Programas de Saúde. 4. Estratégias. 5. Mortalidade materna. 6.
Mortalidade infantil. I. Gurgel Junior, Garibaldi Dantas. II. Título.

CDU 613.99

Paulynne Chrystynne da Silva Cavalcanti

O MODELO LÓGICO DA REDE CEGONHA

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de especialista em saúde coletiva.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Muitas políticas foram feitas

Pra reduzir a mortalidade

Mas como continua alta

Ainda é uma prioridade

Cuidar de mulheres e crianças

Tem que ser com qualidade

(Paulyne Cavalcanti)

O MODELO LÓGICO DA REDE CEGONHA

THE LOGIC MODEL OF THE STORK NETWORK

Paulyne Cavalcanti¹, Garibaldi Gurgel², André Guerrero³.

¹Avenida Professor Moraes Rego, s/n, campus da Universidade Federal de Pernambuco – Cidade Universitária, Recife/PE – Brasil, CEP: 50.670-420.

²QRSW 8, Bloco A4, apto 106, Setor Sudoeste, Brasília/DF – Brasil, CEP:70.675-804.

³Avenida L3 NortE. Campus Universitário Darcy Ribeiro, GlebA A, SC4, Brasília/DF – Brasil, CEP: 70910-900.

Fundação Oswaldo Cruz – Centro DE Pesquisas Aggeu Magalhães/PE e Fundação Oswaldo Cruz de Brasília/DF.

Artigo a ser encaminhado para a Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.

RESUMO

Em 2011, foi lançada a Rede Cegonha, uma estratégia que visa à ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança até 24 meses de vida. O objetivo geral deste trabalho foi construir o Modelo Lógico da Rede Cegonha para a compreensão da sua teoria. Para isto, foram elencados como objetivos específicos: - Configurar um desenho do funcionamento da estratégia; e - Realizar levantamento bibliográfico sobre a organização da estratégia Rede Cegonha. Foi realizado um estudo de caso da construção do ML da Rede Cegonha utilizando como metodologia a pesquisa documental. Foram selecionados sete documentos sobre a Rede Cegonha produzidos pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro em jornais, revistas e sites, no período entre fevereiro a outubro de 2011. A Rede Cegonha resulta de um processo dinâmico desde a formulação até a implantação da estratégia, se configurando como uma importante estratégia do governo federal que agrega ações para a redução da morbimortalidade materna e infantil, promovendo a integração em rede dos serviços de saúde. Acredita-se que o ML construído neste trabalho possibilite que diversos atores no Ministério da saúde, Estados e Municípios possam entrar em contato com informações essenciais sobre a teoria da Rede Cegonha de forma organizada e prática de modo a facilitar a compreensão sobre a estratégia.

Palavras chaves: Rede Cegonha, Modelo Lógico, estratégia, mortalidade materna, mortalidade infantil.

ABSTRACT

In 2011, the Stork Network was launched, a that strategy aimed on expanding the access and improving the quality of prenatal care, childbirth and the puerperium and the care of children up to 24 months. The aim of this work is to build the Logic Model for the Stork Network in order to understand its theory. To do so the specific objectives were listed: - To set up a drawing of how the strategy operates; and a - Bibliographic research about the organization of the Stork Network. A study case was conducted to construct the Stork Network Logic Model that used the methodology of bibliographic research. We selected seven documents produced by the Ministry of Health, National Council of Health Secretaries and the Council of Municipal Secretaries of Health of Rio de Janeiro about the Stork Network on newspapers, magazines and websites during the period from February to October 2011. Stork Network is a branch of the health policies made especially to women and it is not characterized as a program, but rather as a set of actions that aimed on improving the attention directed towards both women and children. It was observed that some essential information about the theory of the Stork Network are not explicit and clear in The Stork Network constitutes an important strategy of the federal government as it aims to address the problem of high number of deaths of women and children through initiatives that provoke changes in the Brazilian pre-natal and natal health care scenario.

Keywords: Stork Network, Logic Model, Strategy, maternal mortality, infant mortality.

INTRODUÇÃO

Desde o início dos anos 90, discute-se o modelo de atenção ao parto que se deseja para o Brasil. Este modelo vem sendo construído com base na experiência dos profissionais que trabalham neste campo e nas iniciativas da humanização de atenção ao parto e nascimento em algumas instituições de saúde como o Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte- Minas Gerais) e São Pio X (Ceres- Goiás).¹⁻²

Na década de 1990, e com mais evidência a partir do ano 2000, esse modelo começou a ser sistematizado em marcos normativos e manuais técnicos do Ministério da Saúde- MS.¹ Mesmo esse processo se tendo dado de forma fragmentada, pode-se observar avanços das políticas de saúde da mulher e da criança.³

Atualmente, organismos internacionais e nacionais de saúde preconizam um modelo de atenção ao parto e nascimento que proporcione às gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos uma assistência humanizada e de qualidade.¹⁻⁴⁻⁵ Neste modelo são centrais a garantia do acesso às práticas de saúde baseada em evidências científicas e o reconhecimento da gestante e seus familiares como “atores” principais nesta cena, e não “expectadores”.⁵

No Brasil, principalmente a partir de 2004, diversas ações direcionadas às mulheres e crianças proporcionaram alcançar importantes resultados na saúde desses segmentos populacionais. Vale destacar, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - 2004 e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal - 2004.⁶

Em 1990, a Taxa de Mortalidade Materna foi de 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos, já em 2007, verificou-se 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Embora o indicador tenha sofrido redução de 52% no período entre 1990 a 2007, o número de mortes maternas no Brasil permanece elevado.⁷

O MS alerta que, principalmente a partir de 2001, houve diminuição da velocidade de queda no indicador de mortalidade materna. Assim, são necessários maiores esforços para atingir valor igual ou inferior a 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos até 2015, meta determinada no quinto Objetivo de Milênio (ODM).⁷

Em relação à mortalidade infantil, observou-se um decréscimo de cerca de 60% desses óbitos nas últimas duas décadas. Em 1990, verificou-se 57,1 óbitos por 1.000 nascidos vivos, e para o ano de 2008, foram 19,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Entretanto, a redução das mortes ocorreu principalmente no componente pós-neonatal, fazendo com que a mortalidade

neonatal constitua-se como o principal componente da mortalidade infantil.⁷ Os resultados apontam que o Brasil conseguirá cumprir o quarto ODM que visa a redução em dois terços na taxa de mortalidade na infância até 2015.⁷

Vale ressaltar, que mesmo com os avanços observados em todo o país, as regiões Nordeste e Norte, ainda, concentram as Taxas de Mortalidade Infantil mais elevadas, contribuindo de maneira importante para a menor velocidade de redução do indicador.⁷

A partir do entendimento de que a morbimortalidade materna e infantil são eventos complexos e, portanto, multifatoriais, essas questões permanecem como um desafio para o Brasil. Fatores como: a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; o financiamento insuficiente; a deficiente regulação do sistema de saúde; as práticas de cuidado hegemônicas; e a forma como têm se organizado a gestão dos serviços de saúde, o que inclui a gestão do trabalho das equipes de saúde, têm contribuído para a não melhoria dos indicadores.¹

Dentre estes fatores, destaca-se a cultura hegemônica do cuidado médico, centrada na realização de procedimentos sem evidências científicas e em práticas que desconsideram o protagonismo da mulher e sua família no cuidado, tendendo a “medicalizar” o processo de gestação, parto e nascimento. Tesser⁸ define a medicalização como “um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos”.

Considerando o exposto, a saúde materno-infantil despontou como uma prioridade do atual governo. Em 2011, o MS lançou a Rede Cegonha que foi normatizada pela Portaria Nº 1.594, de 24 de junho de 2011. Esta estratégia visa à ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança até 24 meses de vida.⁹

Na mesma data, foi lançada a Portaria Nº 1.473, que instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo, organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde, sendo a Rede Cegonha um desses compromissos.¹⁰

Esses grupos têm tarefas importantes e desafiadoras, tais como: fomentar a gestão participativa e democrática, promover alinhamento político-institucional e teórico-conceitual das diretrizes para formulação, implementação, monitoramento da rede e a construção do Modelo Lógico para avaliação dos resultados alcançados com a implementação da Rede Cegonha.¹⁰

O marco conceitual, o discurso técnico-político e as formas de operacionalização da Rede Cegonha resultam dos avanços alcançados a partir de importantes iniciativas de âmbito nacional no campo materno-infantil, tais como: as diretrizes do Pacto pela Saúde, o Pacto Pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil (e o Programa de Qualificação das Maternidades), e de consistentes experiências municipais e estaduais.¹

Para delimitar seu campo de atuação prioritário, a Rede Cegonha parte do diagnóstico de que as mortalidades materna e infantil permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto).¹¹

Este fenômeno de intensa medicalização do processo do nascimento somada ao acúmulo de conhecimento e desenvolvimento tecnológico, com persistência de elevadas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e infantil, é definido por Diniz¹² como “paradoxo perinatal brasileiro”. Isto nos aponta para uma necessária reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto e nascimento e puerpério, no qual a incorporação tecnológica seja balizada pelas necessidades das mulheres e crianças em evidências científicas.

A ideia de que o consumo de procedimentos não impacta, necessariamente, nos níveis de saúde é reforçada pelo fato de que o acesso ao pré-natal é praticamente universal no país, sem, no entanto, apresentar qualidade satisfatória.¹ Segundo o MS,⁷ em 2007, o pré-natal alcançou 89% de cobertura e a captação precoce das gestantes foi de 83,6% (primeira consulta do pré-natal no primeiro trimestre). No entanto, a incidência de sífilis congênita, as síndromes hipertensivas como primeira causa de morte materna e a existência de mortalidade por causas perinatais são evidências concretas da necessidade de qualificar a assistência pré-natal.

Essa questão nos permite refletir que o pré-natal tem se transformado, em grande medida, num ato burocrático, no qual o seguimento de um rito determinado por protocolo é colocado no centro, em detrimento da gestante.

A Rede Cegonha prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e da criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto.¹⁻⁷ Estas ações estão inseridas em quatro componentes estruturantes da estratégia: 1-Pré-Natal; 2- Parto e Nascimento; 3- Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e 4- Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação.¹⁻⁷

Modelo Lógico

De acordo com Hartz,¹³ o Modelo Lógico (ML) busca explicitar a teoria de um programa. Este instrumento descreve, de forma resumida, o desenho do funcionamento do programa e seus principais componentes, permitindo verificar se está estruturado para alcançar o desempenho esperado.¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶ Em síntese, este modelo é uma representação visual e sistemática do programa, que apresenta em forma de figura (tabela, fluxograma) a sequência de passos e relações que conduzem aos efeitos esperados.

Podemos identificar diversas vantagens na utilização do ML: 1- Possibilita a comunicação do propósito fundamental do programa, evidenciando seus produtos e efeitos esperados, de forma simples e fácil;¹⁷ 2- Contribui para o monitoramento do programa ao fornecer um plano claro de acompanhamento;¹⁷⁻¹⁸ 3- Direciona as atividades de avaliação do programa ao identificar as questões avaliativas;¹⁴⁻¹⁸⁻¹⁵⁻¹³⁻¹⁹ 4- Envolve atores e promove o diálogo sobre o programa entre os envolvidos.¹⁴

Autores¹⁹⁻¹⁵ apontam a existência de vários formatos de ML, não havendo, uma forma certa, errada ou única para sua construção. Segundo Fundação Kellogg¹⁶ a escolha deve ser realizada de acordo com a forma que melhor se encaixa para o programa em razão da informação que precisa passar. Dessa forma, o ML desenvolvido neste trabalho foi adaptado às características da Rede Cegonha.

As Figuras 1 e 2, a seguir, apresentam exemplos de ML como forma de ilustrar formatos de ML. A Figura 1 apresenta o Diagrama do Modelo Lógico proposto por Jordan e McLaughlin.²⁰

A Figura 2 mostra o Modelo Lógico para avaliação de vigilância sanitária municipal, descrito por Ferraro, Costa e Vieira-da-Silva.²¹

Segundo Ferreira, Cassiolato e Gonzalez,²² o Brasil vem utilizando essa metodologia em diversos órgãos federais com o objetivo de acompanhar os programas governamentais.

Entendendo, então, a necessidade de conhecer melhor a estratégia, este estudo objetiva construir o Modelo Lógico da Rede Cegonha para a compreensão da sua teoria. Para isso, foram elencados os seguintes objetivos específicos: configurar um desenho do funcionamento da estratégia e realizar levantamento bibliográfico sobre a organização da estratégia Rede Cegonha.

METODOLOGIA

Este trabalho é um estudo de caso da construção do ML da Rede Cegonha que utilizou a pesquisa documental foi o procedimento metodológico.

Foi realizada consulta de documentos produzidos pelo MS, por outras instituições e pelos meios de comunicação, no período entre fevereiro a outubro de 2011. Esse período foi selecionado em razão do momento inicial de formulação e lançamento da Rede Cegonha até a data determinada no cronograma para conclusão deste trabalho.

Como fonte de pesquisa utilizou-se o *site* oficial do MS, o Diário Oficial da União e o *site* de pesquisa Google®. Utilizou-se o termo “Rede Cegonha” na ferramenta de busca dos sites do MS, do Diário Oficial e de pesquisa Google®.

Os critérios de seleção dos documentos foram: publicações oficiais do MS e de entidades representantes de Secretarias de Saúde estaduais (Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS) e municipais (Conselho de Secretários Municipais de Saúde- COSEMS) sobre a Rede Cegonha em jornais, revistas e sites. Em seguida, foram selecionados sete documentos para análise, destes, cinco são publicações do MS, um do CONASS e um do COSEMS.

As referências utilizadas para a construção do ML foram: a proposta de Bezerra, Cazarin e Alves ¹⁴ e uma etapa da proposta de Cassiolato e Guerresi. ¹⁸

Etapas para elaboração do ML da Rede Cegonha:

Na primeira etapa de construção do ML da Rede Cegonha, procurou-se responder o conjunto de “perguntas chaves” norteadoras da construção dos programas e políticas de saúde definidas por Bezerra, Carazin e Alves ¹⁴ nos diversos documentos selecionados. Esta primeira etapa pode ser observada na Tabela 1. Abaixo estão listadas as “perguntas-chaves”:

1. Qual o problema visado pelo programa, pelos seus formuladores federais e executores ou agentes locais?
2. Qual o programa de saúde criado para resolver o problema?
3. Qual o objetivo geral do programa?
4. Quais os objetivos específicos do programa?
5. Quais as metas que o programa pretende alcançar?
6. Qual é a população alvo?

7. Quais são os componentes do programa?
8. Que atividades são realizadas no programa?
9. Quais as estruturas que o programa precisa para funcionar?
10. Quais os produtos que se espera obter com a realização das atividades?
11. Quais os resultados que o programa pretende alcançar?
12. Quais os fatores que podem influenciar no alcance destes resultados, que não apenas os relacionados ao programa?

Na segunda etapa, foi utilizada a proposta de Cassiolato e Guerresi.¹⁸ As autoras definem três componentes do ML do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA): Explicação do problema e referências básicas, Estruturação do programa para alcance de resultados e Definição de fatores de contexto. Na montagem do ML da Rede Cegonha, decidiu-se incluir ao primeiro componente - Explicação do problema e referências básicas, com isso, realizou-se a construção da árvore de problemas, em razão desse recurso permitir explicar o problema. Esta etapa está demonstrada a Figura 3.

Os dois últimos passos não foram foco deste trabalho por entender que outras referências foram escolhidas para configurar o desenho do ML da Rede Cegonha.

Na terceira etapa, foi realizada a Diagramação do Modelo Lógico, utilizando Bezerra, Cazarin e Alves.¹⁴ Esta etapa está apresentada na Figura 4.

Este trabalho utilizou o termo “elementos” do ML como sinônimo de “componentes” do ML visando evitar confundimento com os componentes da Rede Cegonha.

A etapa de validação do Modelo Lógico da Rede Cegonha não foi realizada neste trabalho, pois, de acordo com o cronograma estipulado não haveria tempo hábil, podendo ser objeto de estudo posterior.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de elaboração do ML da Rede Cegonha, foi criada a Tabela 1 e as Figuras 3 e 4, que são os produtos das etapas descritas na metodologia deste trabalho.

A primeira etapa está descrita na Tabela 1 que apresenta as “perguntas-chaves” propostas por Bezerra, Carazin e Alves¹⁴ para construção do ML e as respostas encontradas nos documentos selecionados sobre a Rede Cegonha.

As “perguntas-chaves” foram utilizadas como guia na tentativa de conhecer melhor a estratégia, buscando entrar em contato com questões fundamentais da Rede Cegonha, como afirma Bezerra, Carazin e Alves¹⁴ na descrição do passo a passo para a modelagem de programas: “para começar a delinear o programa é importante responder alguns questionamentos que explicitam seus aspectos essenciais”.

Observou-se, a partir da análise dos sete documentos selecionados, que foram respondidas as “perguntas-chaves” 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 e 9 referentes, respectivamente, ao problema, programa, objetivo geral, população alvo, componentes, atividades, estruturas para funcionamento do programa e metas. Entretanto, não foram encontradas respostas para as “perguntas-chaves” 4, 10, 11 e 12 que buscam informações sobre objetivos específicos, produtos, resultados e fatores que podem influenciar a implementação da Rede Cegonha (ver Tabela 1).

Em relação às metas, a Portaria Nº 650, de 5 de outubro de 2011 dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, que deverão ser orientadores para a execução das fases de implementação da rede, o repasse dos recursos e o monitoramento e a avaliação da implementação. Nos planos deverão conter informações do município ou região sobre as atividades, meta, prazo de execução e recursos financeiros para cada ação estabelecida previamente na Portaria de lançamento da estratégia.²⁴

O risco é que os municípios e regiões podem pactuar metas tímidas, muitas vezes com o receio de não atingí-las. Para minimizar esse problema, a pactuação das metas deve ser realizada a partir da situação inicial do local, no intuito de não fazer um ato burocrático que não traduza um esforço para a melhoria da situação de saúde.

As informações sobre objetivos específicos, resultados e fatores de contexto não estão descritas. Segundo Bezerra, Carazin e Alves,¹⁴ essas informações devem ser buscadas nos documentos para acumular informações básicas que auxiliam na diagramação do ML.

Os fatores de contexto são questões importantes a serem estudadas, pois podem influenciar positivamente ou negativamente sobre a implantação da Rede Cegonha nas localidades. Conforme Cassiolato e Guerresi,¹⁸ “esse é um dado importante da realidade do programa, o qual irá permitir conhecer a sustentabilidade das hipóteses assumidas na sua estruturação lógica para o alcance de resultados”.

A falta de elementos tão importantes dificulta a transmissão do que é e do que se pretende com a rede, podendo originar várias dúvidas e falta de consenso entre os envolvidos, e com isso, gerar entraves na implementação da Rede Cegonha nas localidades.

Em conformidade com as autoras e a partir da experiência de desenvolvimento desta 1ª etapa, podemos concluir que, elucidar essas questões é fundamental para conhecer melhor os pressupostos da estratégia e auxiliar a elaboração do ML.

A Figura 3, produto da segunda etapa, apresenta a explicação do problema e suas referências básicas. Para Cassiolato e Guerresi,¹⁸ a construção da árvore de problema se configura como um dos passos de Pré-montagem do Modelo Lógico.

A escolha de incluir essa etapa para a construção do ML da Rede Cegonha se deu pela utilidade da figura da árvore de problemas. A figura possibilita a visualização da explicação do problema, trazendo à tona suas causas e consequências e, ainda, a estratégia que foi formulada para enfrentar o problema, seus objetivos e o público-alvo. Segundo as autoras,¹⁸ a árvore de problemas é um método muito utilizado para formar a explicação do problema e passo inicial da proposta do IPEA, utilizada pelo governo federal para elaborar programas do Plano Plurianual.

A Figura 3, no entanto, constitui-se em uma adaptação da figura produzida pelo MS na qual expõe a explicação o problema. Durante a análise dos documentos e para a construção dessa etapa, mostrou-se interessante utilizar uma figura já produzida porque mostra a explicação para o problema no entendimento do grupo formulador da estratégia do MS. Então, a figura foi adaptada inserindo mais informações sobre a estratégia, seus objetivos, público-alvo e beneficiários.

A terceira etapa representou o passo final de aplicação da metodologia do ML. A Figura 4, que apresenta o desenho do ML da Rede Cegonha, fornece a representação visual da

estratégia e explicita os seus principais elementos: objetivos gerais, componentes, ações e indicadores.

A partir dos resultados encontrados, observou-se que a Rede Cegonha é um recorte materno infantil da política de saúde da mulher e não se caracteriza como programa, mas sim, como conjunto de ações que visam à melhoria da atenção dirigida às mulheres e às crianças.

Observou-se, também, que o elevado número de gravidezes indesejadas foi elencado como um problema que pode acarretar mortes de mulheres e crianças. No entanto, as ações que buscam enfrentar esse problema estão inseridas nos componentes do pré-natal e do puerpério e atenção integral à saúde da criança. Para dar ênfase a questão, poderia ter sido elencado mais um componente para a rede: Planejamento reprodutivo, que seria o primeiro componente da rede.

Outra questão é que nos indicadores para monitoramento da Rede Cegonha estão elencados: *Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados e Proporção de óbitos infantis e fetais investigados*. Contudo, não está prevista nenhuma ação direcionada para a questão da vigilância de óbitos maternos e infantis, principalmente no que diz respeito ao fortalecimento das ações de vigilância das equipes de atenção básica.

Os documentos analisados não evidenciam a importância na articulação da Rede Cegonha com os Comitês de Mortalidade Materna e os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil. Seria importante trazer essa questão à tona, pois enfatizaria que o conjunto de ações realizadas não devem estar isoladas, mas sim, agregam a capacidade de, juntas, produzirem a redução desses óbitos.

O ML apresentado neste trabalho foi realizado para a Rede Cegonha, constituindo-se como uma ferramenta para auxiliar o planejamento e implantação das ações nos estados e municípios do Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Rede Cegonha se configura com uma importante estratégia do governo federal na medida em que objetiva enfrentar o problema do elevado número de óbitos de mulheres e de crianças por meio de iniciativas que provoquem mudança desse cenário existente no Brasil. As ações da estratégia buscam a melhoria da atenção destinada ao seu público-alvo e vão além de repasse de recursos atrelado ao aumento de leitos ou da oferta de procedimentos.

A estratégia convoca os gestores, trabalhadores e sociedade a refletir e mudar o modelo de atenção ao parto e nascimento praticado no país, que é medicalizado e não coloca no centro da “cena” a gestante como protagonista do processo de gestação e parto.

Outra questão importante trazida pela Rede Cegonha para debate é a perspectiva de que os pontos de atenção necessários ao cuidado materno-infantil devem estar conectados e funcionar em rede. Assim, pretende minimizar a fragmentação, o desperdício de recurso e a ineficiência, ao mesmo tempo em que busca garantir a integralidade da assistência.

A utilização do ML mostrou-se muito útil para construir um olhar mais estruturado sobre a proposta da rede e, ainda, possibilitou fazer alguns apontamentos:

1. De acordo com a Portaria N° 1.473, uma das funções do Comitê Gestor da Rede Cegonha é utilizar o ML como uma ferramenta para avaliação dos resultados da estratégia. Contudo, a construção do ML é um processo dinâmico que deve acontecer no decorrer da formulação e implementação da estratégia, auxiliando na explicação do seu funcionamento, como também, para identificação das áreas prioritárias que deverão ser foco de futuras avaliações.²² No caso da Rede Cegonha, já estão ocorrendo aproximações locais para a sua implementação, porém a construção do ML prevista nesta portaria ainda não foi realizado.
2. Como a Rede Cegonha foi formulada em nível federal, o ML proposto neste trabalho configura-se como uma ferramenta de grande valia, tendo em vista sua característica de poder explicar a estratégia de forma prática e clara. O instrumento serviria, também, no auxílio do processo de comunicação e divulgação para outros entes federados, trabalhadores de saúde, população e principalmente, em oficinas da Rede Cegonha nos estados.
3. Nos documentos selecionados neste trabalho, não foi possível obter informações acerca de alguns elementos fundamentais (objetivos, resultados e fatores de contexto). Sendo

a Rede Cegonha um processo que se constrói em regiões com características distintas é importante que o Comitê Gestor consiga descrever esses elementos de forma mais clara no ML previsto em portaria.

4. Esse exercício de aplicação do ML para a Rede Cegonha permitiu conhecê-la mais profundamente e, ao mesmo tempo, encontrar “lacunas” na sua lógica. A identificação das “lacunas” evidencia a necessidade de reformulação de algumas questões. De acordo com o exposto, concluí-se que são necessários ajustes na teoria da estratégia para sua melhoria contínua, aumentando as chances de sucesso.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): 2011a.
2. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009 [acesso em: julho de 2011]. 13: 759-768. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília (DF): 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília (DF): 2001.
5. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10: 627-37.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo. Brasília (DF): 2010a.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília (DF): 2010b. [acesso em: junho 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/29_11_10_saude_brasil_web.pdf
8. Tesser CD. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinic. *Interface (Botucatu)* [online]. 2006. [acesso em: setembro de 2011]. 2:1-19. Disponível em: http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832006000200004&script=sci_abstract
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria Nº 1.459/GM, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília (DF): 2011b.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria Nº 1.473/GM, 24 de junho de 2011. Instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de

Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Brasília (DF): 2011c.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Balanço da Rede Cegonha. 1ª Reunião do Comitê de Mobilização Social da Rede Cegonha. Brasília (DF): 2011d.

12. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano [online]. 2009 [acesso: em julho de 2011]. 19: 313-326. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf>

13. Hartz ZM de A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciência e Saúde Coletiva. 1999; 4: 341-353.

14. Bezerra LC de A, Cazarin G, Alves CK de A. Modelagem de Programas: da Teoria à Operacionalização. In: SAMICO, Isabella; et al (Organizadoras). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro (RJ): MedBook; 2010. p. 65-78.

15. Hartz ZMA, Silva, LMV da. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador (RJ): EDUFBA; Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ, 2005.

16. W. K. Kellogg Foundation. Using logic models to bring together planning, evaluation, & action: Logic model development guide. Battle Creek (MI): 2001.

17. Ferreira H, Cassiolato M, Gonzalez R. Como elaborar Modelo Lógico de programa: um roteiro básico. Brasília (DF): 2007. [acesso: em setembro de 2011]. Disponível em: http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/TDs/td_1369.pdf

18. Cassiolato M, Guerresi S. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília (DF): 2010.

19. Rowan M. Logic Models in Primary Care Reform: Navigating the Evaluation. The Canadian Journal of Program Evaluation. 2000; 15: 81-92.

20. Mclaughlin J, Jordan G. Logic Models: a tool for telling your program's performance story. Avaluation and Program Planning. 1999; 22: 65-72.

21. Ferraro AHA, Costa EA; Vieira-da-Silva LM. ,k. Cadernos de Saúde Pública. 2009; 25: 2201-2217.

22. Ferreira H, Cassiolato M, Gonzalez R. Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o Modelo Lógico do Programa Segundo Tempo. Brasília (DF): 2009. Disponível em: <http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/TDs/td_1369.pdf>. Acesso em 10 set. 2010.

23. Guerrero André Vinicius Pires. Avaliabilidade do pacto pela redução da mortalidade infantil nas regiões Amazônia legal e nordeste do Brasil: descrição do programa e construção

do modelo lógico [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre o os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Brasília (DF): 2011.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica: Rede Cegonha. Brasília (DF): 2011e.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. 2009 [acesso: em agosto de 2011]. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1816

27. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. CONASS. Nota técnica N° 17/2011: Rede Cegonha. Brasília (DF): 2011.

28. Conselho de Secretários Municipais de Saúde. COSEMS. Rede Cegonha. Apresentação realizada pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (RJ): 2011. Disponível em: http://cosemsrj.org.br/images/rede_cegonha_jul11.pdf

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagramação do Modelo Lógico. (Jordan e Mclaughl, 1999).

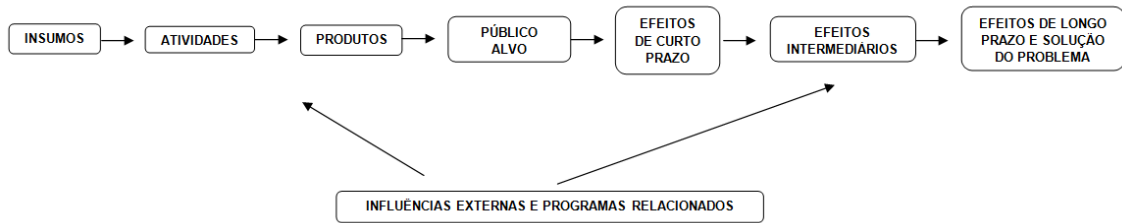


Figura 2 – Modelo Lógico para avaliação de vigilância sanitária municipal. (Ferraro, Costa e Vieira-da-Silva, 2009).

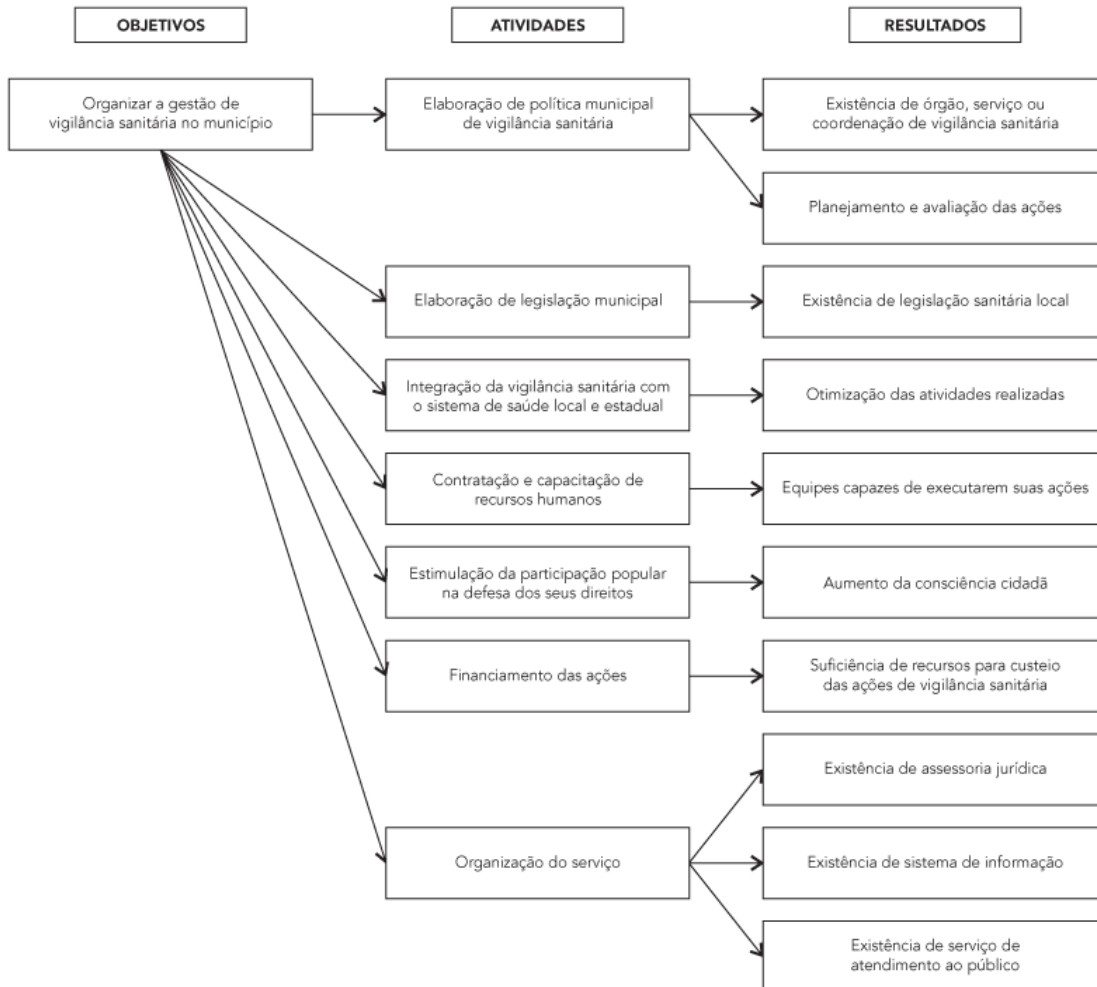


Tabela 1 – Apresenta as “perguntas-chaves” propostas por Bezerra, Cazarin e Alves (2010) para construção do Modelo Lógico e as respostas encontradas nos documentos selecionados sobre a Rede Cegonha. (Adaptado pela autora com base em Guerrero, 2010).²³

PERGUNTAS CHAVES	DOCUMENTOS PRODUZIDOS PELA REDE CEGONHA						
	Portaria Nº 1.459 de 21 de junho de 2011 ⁹	Portaria Nº 650 de 05 de outubro de 2011 ²⁴	Nota Técnica: Rede Cegonha ²⁵	Página oficial da internet do MS ²⁶	Nota Técnica Nº 17/2011: Rede Materno-infantil - Rede Cegonha ²⁷	Manual Prático da Rede Cegonha ¹	Rede Cegonha COSEMS do Rio de Janeiro ²⁸
1. Qual o problema visado pelo programa, pelos seus formuladores federais e executores ou agentes locais?	X	-	X	-	-	X	-
2. Qual o programa de saúde criado para resolver o problema?	X	-	X	X	-	X	X
3. Qual o objetivo geral do programa?	X	-	X	X	X	X	X
4. Quais os objetivos específicos do programa?	-	-	-	-	-	-	-
5. Quais as metas que o programa pretende alcançar?	-	X	-	-	-	X	-
6. Qual é a população alvo?	X	X	X	X	X	X	X
7. Quais são os componentes do programa?	X	X	X	X	X	X	X
8. Que atividades são realizadas no programa?	X	X	X	-	-	X	-
9. Quais as estruturas que o programa precisa para funcionar?	X	X	X	X	-	X	X
10. Quais os produtos que se espera obter com a realização das atividades?	-	-	-	-	-	-	-
11. Quais os resultados que o programa pretende alcançar?	-	-	-	-	-	-	-
12. Quais os fatores que podem influenciar no alcance destes resultados, que não apenas os relacionados ao programa?	-	-	-	-	-	-	-

Figura 3 – Explicação do problema e referências básicas. (Adaptado pela autora com base no Ministério da Saúde).

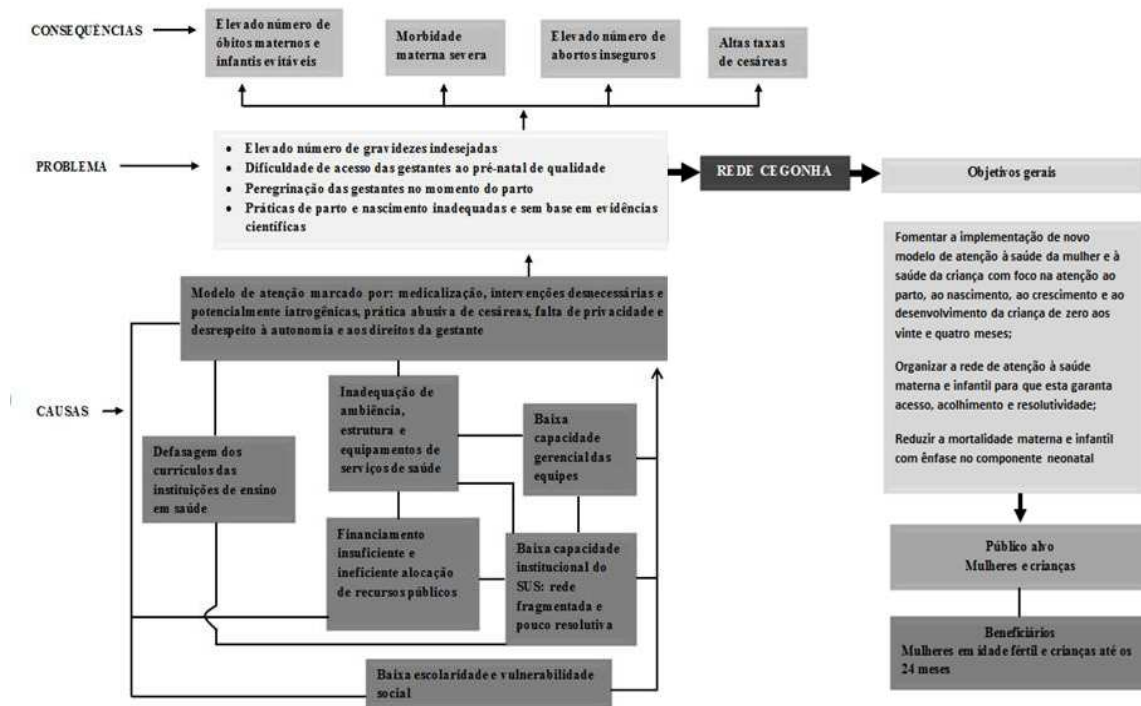


Figura 4 – Modelo Lógico da Rede Cegonha. (Elaboração da autora).

