

ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM  
GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO

CLÁUDIA DE ESPÍNDOLA MAMEDES

**ANÁLISE DO SISTEMA DE GOVERNANÇA REGIONAL DA REDE CEGONHA  
QUANTO AS AÇÕES E SERVIÇOS DO COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO  
NA X REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

AFOGADOS DA INGAZEIRA

2018

CLÁUDIA DE ESPÍNDOLA MAMEDES

**ANÁLISE DO SISTEMA DE GOVERNANÇA REGIONAL DA REDE CEGONHA  
QUANTO AS AÇÕES E SERVIÇOS DO COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO  
NA X REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Co-orientador: Esp. Anderson Danilo Dario Lima

AFOGADOS DA INGAZEIRA

2018

CLÁUDIA DE ESPÍNDOLA MAMEDES

**ANÁLISE DO SISTEMA DE GOVERNANÇA REGIONAL DA REDE CEGONHA  
QUANTO AS AÇÕES E SERVIÇOS DO COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO  
NA X REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

APROVADO EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Orientador

---

Ms. Emanuella Margareth Lima Rolim Martins

Membro da Banca Examinadora

---

Ms. Patrícia Ivanca de Espíndola Gonçalves

Membro da Banca Examinadora

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

M264a	Mamedes, Cláudia de Espíndola.  Análise do Sistema de Governança Regional da Rede Cegonha Quanto as Ações e Serviços do Componente Parto e Nascimento na X Região de Saúde de Pernambuco. Afogados da Ingazeira -PE, 2018. 54f.il.  Orientador (a): Garibaldi Dantas Gurgel Junior. Coorientador: Anderson Danilo Dário Lima. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde) – Escola de Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE.  1. Governança 2. Rede Cegonha 3. Assistência a Saúde Materno Infantil 4. Regionalização. 5. Atenção à Saúde I. Título.  ESPPE / BNC  CDU – 362.15:618(813.4)
-------	---

Agradeço, a meus pais João Bosco e Iraídes que, sendo cocriadores junto a Deus, me oportunizaram renascer e vivenciar momentos importantes como a conclusão deste curso. A minha irmã Gabrielle, que nos ensina todos os dias, que é possível superar limites. Ao Pedro, pelo companheirismo, apoio e torcida de todos os dias. Ao Co-orientador Anderson Danilo Dario, que acreditou nessa proposta de pesquisa. Ao meu orientador Prof. Dr. Garibaldi Gurgel pelos ensinamentos, confiança e solicitude ao longo das atividades de conclusão deste trabalho. À toda equipe da X GERES, em especial às pessoas do setor de Vigilância em Saúde e Planejamento e Regulação em Saúde que bem me receberam e auxiliaram na obtenção dos dados e desenvolvimento desse estudo. À gestora Mary Delanea que autorizou e apoiou a realização dessa pesquisa, assim como todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram para essa especialização.

*“A leitura do mundo precede a leitura da palavra”*

*Paulo Freire*

## RESUMO

**Introdução** Em 2011, o Ministério da Saúde lança a Rede Cegonha (RC), visando o enfrentamento da Mortalidade materna e infantil, e considerando o panorama de baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento; propõe uma rede de assistência que garanta à mulher o direito à gravidez, parto e puerpério seguros e humanizados e às crianças o direito ao nascimento humanizado e seguro com crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para isso, a efetividade, eficiência, eficácia e sustentabilidade das ações da RC dependem de uma estruturação de um modelo organizacional na qual possa garantir melhores condições para o acesso, atendimento e acompanhamento da saúde da população, com assistência contínua de ações de atenção à saúde materna e infantil. **Objetivos** O estudo pretende analisar a estrutura e os processos de Governança na condução da Rede Cegonha, em seu componente Parto e Nascimento, na X Região de Saúde do Estado de Pernambuco. **Metodologia** Estudo de caso, com recorte temporal de 2012 a 2016, realizado na X Região de Saúde de Pernambuco, a partir da análise documental (Plano de Ação/Desenho Regional da Rede Cegonha e Atas das Reuniões da Comissão Intergestores Regional), e situação locorregional dos indicadores de Morbimortalidade Materna e Infantil. **Conclusão** O tema Rede Cegonha foi pouco frequente e/ou pouco discutido nas reuniões da CIR. A ausência do tema na agenda política decisória, revela uma lenta operacionalização da RC na X Região de Saúde de Pernambuco. Por outro lado, a assiduidade e o compromisso, dos membros participantes, com a realização das reuniões da CIR nos permitem inferir a importância desse espaço de negociação e pactuação para os gestores da região. As limitações deste estudo (inexistência de maioria das atas do ano de 2012) também indicam aberturas para novas investigações.

**Descritores:** Rede Cegonha, Assistência à Saúde Materno-Infantil, Regionalização, Governança.

## ABSTRACT

**Introduction:** In 2011, the Ministry of Health launches the Stork Network (SN), aiming to address maternal and infant mortality and, and considering the low quality panorama of the care network at birth and birth; proposes a network of assistance to women the guarantee of the right to safe and humane pregnancy, childbirth and the puerperium to children the right to a safe and humane birth with healthy growth and development. For this, the effectiveness, efficiency, effectiveness and sustainability of the actions of the SN depend on a structuring of an organic model in which it can guarantee better conditions for access, care and monitoring of the population's health, with continuous assistance of health care actions maternal and child health. **Objectives:** The study intends to analyze the Structure and the processes of Governance in the conduction of the Stork Network, in its birthing and birth component, in the X Region of Health of the state of Pernambuco. **Methodology:** Case study, with a temporal cut from 2012 to 2016, carried out in the X Region of Health of Pernambuco, based on documentary analysis (Action Plan/Regional Design of the Stork Network and Minutes of the Meetings of the Regional Interagency Committee - RIC), and series of the locoregional indicators of Maternal and Child Morbimortality. **Conclusion:** The theme "Stork Network" was infrequent and/or little discussed at RIC meetings. The absence of the topic in the political decision-making agenda reveals a slow operationalization of SN in the X Health Region of Pernambuco. On the other hand, the attendance and the commitment of the participating members to the meetings of the RIC allow us to infer the importance of this area of negotiation and agreement for the managers of the region. The limitations of this study (the absence of most of the minutes of the year 2012) also indicate openings for further investigations.

**Descriptors:** Health Care, Maternal and Child Health Services, Regionalization, Governance.

## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 - Localização Geográfica da X Região de Saúde no Estado de PE.....	22
FIGURA 2 - Municípios Abrangentes da X Região de Saúde.....	23
FIGURA 3 - Desenho da Rede Cegonha na X Região de Saúde.....	27

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 – Pactuação da Rede na X Região de Saúde de PE.....	27
QUADRO 2 - Número de Leitos Hospitalares, por estabelecimento de saúde, por município, na X Região de Saúde de PE.....	30
QUADRO 3 - Principais achados empíricos sobre a saúde materna e infantil como objeto de discussão da CIR na X Região de Saúde, referentes ao ator social disparador das discussões e temáticas no qual essa discussão se inicia, a partir das atas das reuniões. .....	31

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 - Área Territorial e População, por município, na X Região de Saúde.....	28
TABELA 2 - Rotatividade de Gestores por município na X Região de Saúde nos anos de 2012, 2014 e 2016.....	34
TABELA 3 - Causa do Óbito Infantil (CID-10), por ano na X Região de Saúde.....	42

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Número de Nascidos Vivos, por ano, por município, na X Região de Saúde.....	36
GRÁFICO 2 - Número de Nascidos Vivos segundo idade da mãe, por ano na X Região de Saúde.....	37
GRÁFICO 3 - Número de Nascidos Vivos com idade gestacional menor que 37 semanas, por ano, por município, na X Região de Saúde.....	38
GRÁFICO 4 - Número absoluto de Partos Cesáreos e Vaginais; e Percentual de Partos Cesáreos, por ano na X Região de Saúde.....	38
GRÁFICO 5 - Taxa de Mortalidade Infantil, por município, por ano na X Região de Saúde.....	40
GRÁFICO 6 - Taxa de Mortalidade Neonatal, Pós-neonatal e Infantil na X Região de Saúde.....	41

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFO	Afogados da Ingazeira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância em Saúde
BRE	Brejinho
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAR	Carnaíba
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIRETRAN	Circunscrição Regional de Trânsito
CISAM	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DOU	Diário Oficial da União
GERES	Gerência Regional de Saúde
GRE	Gerência Regional de Educação
HOSPAM	Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães
HREC	Hospital Regional Emília Câmara
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFPE	Instituto Federal de Pernambuco
IG	Idade Gestacional
IGU	Iguaraci
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
ING	Ingazeira
IPA	Instituto Agrônomo de Pernambuco
ITA	Itapetim
MIF	Mulher em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde

OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMAQ-AB	Programa Nac. de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenç. Básica
PQA-VS	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
QUI	Quixaba
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SASSEPE	Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de PE
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SJE	São José do Egito
SOL	Solidão
STE	Santa Terezinha
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB	Tabira
TUP	Tuparetama
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	144
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
<b>2.1 Assistência à Saúde da Mulher e da Criança</b> .....	177
<b>2.2 Redes de Atenção à Saúde (RAS)</b> .....	18
<b>2.3 Governança</b> .....	20
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	222
<b>3.1 Estratégias Metodológicas</b> .....	22
<b>3.2 Recorte Temporal</b> .....	22
<b>3.3 Recorte Espacial</b> .....	22
<b>3.4 Técnica de Coleta de Dados</b> .....	23
<b>3.5 Análise dos Dados</b> .....	24
<b>3.6 Considerações Éticas</b> .....	25
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	26
<b>4.1 O Processo de implantação da Rede Cegonha</b> .....	26
<b>4.2 Estrutura e Processos de Governança</b> .....	31
<b>4.3 Situação de Morbimortalidade Materna e Infantil</b> .....	36
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	43
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	45
<b>ANEXOS</b> .....	522

## 1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde e reflete a qualidade da atenção e os cuidados prestados à população feminina, ademais, expressa as desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (VIANA et al., 2011; SILVA JÚNIOR et al., 2015; CARLO e TRAVERS, 2016).

Após 1980 várias políticas e programas de saúde para as mulheres passaram a fazer parte da agenda de saúde do país e a mortalidade materna alçou maior destaque, porém, devido a sua magnitude, no ano 2000, a ONU aprovou os “Objetivos do Desenvolvimento do Milênio”, sendo um de seus componentes a redução da mortalidade materna em três quartos até 2015 (VICTORA et al., 2011; SILVA JÚNIOR et al., 2015).

No Brasil a mortalidade materna encontra-se no patamar de 58/100.000 NV no ano de 2008, e segundo relatório da OMS, está abaixo da meta do milênio (MORSE et al., 2011). Os altos índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento, como o Brasil, têm demonstrado, deficiências do sistema de saúde, visto que praticamente todas essas mortes podem ser evitadas com prestação de atenção à saúde precoce e de qualidade (VICTORA et al., 2011).

O indicador de mortalidade infantil tem seu uso historicamente relacionado às condições de vida. Contudo, mesmo apresentando declínio dos índices de mortalidade infantil, no Brasil em 2008, as mortes neonatais representaram 68% da mortalidade infantil. Da mesma forma, a prevalência de nascimentos pré-termo aumentou de 4% em 1980 para 10% após o ano 2000 (VICTORA et al., 2011).

A efetivação do cuidado integral em saúde enfrenta diversos desafios, dentre eles a fragmentação dos serviços, com precária organização na lógica da rede de cuidados, práticas de atenção e gestão da saúde conservadora e pouco participativas, com intensa medicalização e intervenções iatrogênicas, além de subfinanciamento e baixo monitoramento (GIOVANNI, 2014).

A partir dos anos 2000, organismos internacionais e nacionais iniciaram a normatização e sistematização de um modelo de atenção ao parto e nascimento que proporciona às gestantes, puérperas e recém-nascidos uma assistência à saúde humanizada e de qualidade (BRASIL, 2011a; DINIZ, 2005).

Em 2011, o Ministério da saúde através da Portaria nº 1.459 regulamenta a Rede Cegonha, uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) voltada ao enfrentamento da mortalidade materna e infantil, violência obstétrica e baixa qualidade da rede de atenção ao parto e

nascimento, propondo um arcabouço de cuidados que garanta às mulheres, o direito à gravidez, parto e puerpério seguros e humanizados e às crianças o direito ao nascimento humanizado e seguro com crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b).

As ações da Rede Cegonha estão inseridas em quatro componentes: Pré-natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e; Sistema Logístico, Transporte e Regulação, com o intuito de proporcionar melhoria do acesso e da qualidade da assistência à saúde da criança e da mulher. Consoante ao objetivo das RAS ao promover a integração e eficiência das ações e serviços de saúde em todos os seus pontos de atenção e melhoria dos indicadores de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

O componente Parto e Nascimento compreendem ações que objetivam a garantia das boas práticas e a segurança da atenção ao parto e nascimento para a gestante e seu bebê, como: suficiência de leitos obstétricos e neonatais (Unidade de Terapia Intensiva - UTI, Unidade de Cuidados Intermediários - UCI e Canguru) de acordo com a região; ambiência das maternidades orientadas pela RDC nº 36/2008 da ANVISA; práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas; garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco; implementação de equipes horizontais do cuidado; e implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008).

O financiamento destinado à RC se propõe à construção, ampliação, reforma e compra de equipamentos e materiais para os Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera; e reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que já realizam partos; além de ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto. Por conseguinte, sua operacionalização deve partir de um diagnóstico situacional da saúde da mulher e da criança; determinando o desenho regional da rede através da mobilização e integração dos dirigentes políticos do SUS, de forma ascendente, partindo do nível regional (BRASIL, 2011b).

De tal forma que a Rede Cegonha, através de seu componente Parto e Nascimento, têm priorizado ações de boas práticas de atenção ao parto, associadas ao aumento e qualificação da capacidade instalada e na melhoria da eficiência gestora do sistema de saúde (BRASIL, 2011a).

O Sistema de Governança está previsto na Portaria nº 4.279 entre os componentes que estruturam a Rede de Atenção à Saúde, e segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), é definida como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para

gerir os negócios do Estado; constituída de complexos mecanismos, processos, relações e instituições (RONDINELLI, 2006; BRASIL, 2010).

A Governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS), portanto, é a capacidade de intervenção de uma gestão regional compartilhada entre diferentes atores, mecanismos e procedimentos. Logo, o exercício da governança implica o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização (BRASIL, 2010; COSTA, 2014).

Nesse contexto, a governança na RAS, como ferramenta analítica, se propõe a descrever e compreender a dinâmica dos processos e as ‘regras do jogo’ relativas às decisões e condutas de uma sociedade (HUFTY et al., 2006). E deve ser usada para investigação e transformação de processos de formulação de políticas e de gestão de sistemas, com inserção dos interesses sociais na agenda de Governo (FLEURY, 2010; DOS SANTOS e GIOVANELLA, 2014).

Por conseguinte, os espaços de cogestão e pactuação solidária e cooperativa, como as Comissões Intergestores Regional (CIR), tem desempenhado importante papel na consolidação da Governança, ao viabilizarem aos gestores a oportunidade de interpretarem a realidade regional, e buscarem as melhores condutas para a resolução dos problemas da região (BRASIL, 2010).

Este estudo, portanto, tem por objetivo geral analisar a estrutura e os processos de Governança na condução da Rede Cegonha, com foco em seu componente Parto e Nascimento, na X Região de Saúde do estado de Pernambuco, partindo de sua implantação em 2012.

Para tornar possível, no entanto, fez-se necessário, caracterizar os serviços e conhecer o Plano de Ação/Desenho da Rede Cegonha pactuado; compreender a estrutura e participação da Comissão Intergestores Regional na implantação e condução da Rede Cegonha; e descrever o comportamento dos indicadores locorregionais de Morbimortalidade Materna e Infantil a partir de Série Histórica (2012-2016).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Assistência à Saúde da Mulher e da Criança

A Morte Materna é definida, pela Classificação Internacional de Doenças na sua 10ª revisão (CID-10), como a morte de uma mulher durante a gestação, parto e puerpério, dentro de 42 dias após o término da gestação, incluindo, portanto, eventos ou complicações diretamente relacionadas com a gravidez e puerpério, como também eventos que não são próprios do ciclo gravídico-puerperal, mas que se agravam ou complicam neste período, indiretamente relacionadas, como o diabetes e as doenças do coração (OMS, 2008).

Os indicadores de Mortalidade Materna são considerados pela OMS/UNICEF o “status da mulher; seu acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades” (LAURENTI et al., 2000).

As primeiras políticas nacionais de saúde que abordam a saúde da mulher foram elaboradas devido às demandas relativas à gravidez e ao parto, no entanto, a principal característica desses programas materno-infantis era sua verticalidade e sua falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal (BRASIL, 2004).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incorporando como princípios e diretrizes a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, e a integralidade e a equidade da atenção, mesmo período em que no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia a estrutura conceitual de formulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

Outro indicador importantíssimo para o Pacto firmado pela redução da mortalidade infantil é a Taxa de Mortalidade Infantil, que estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida. Compreende a soma dos óbitos ocorridos no período neonatal e pós neonatal, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico e tempo. E reflete condições de desenvolvimento socioeconômico, infraestrutura ambiental e acesso e qualidade da assistência à saúde materna e infantil (REDE, 2008).

Os indicadores voltados ao monitoramento de pactos firmados e metas assumidas, devem ser processados permanentemente por cada ente com relação ao seu próprio âmbito. O Pacto pela redução da mortalidade materna e infantil é um compromisso assumido pelo Brasil em nível federal através do “Pacto pela Vida”, necessário de corresponsabilização pelos seus Estados e municípios (BRASIL, 2006).

Dessa forma, com o intuito de induzir boas práticas de atenção ao parto e nascimento a Rede Cegonha propõe ações relacionadas às boas práticas de atenção associadas a investimentos para o aumento e qualificação da capacidade instalada e para a melhoria da eficiência gestora do sistema de saúde com instituição e investimento de novos dispositivos de atenção à saúde materna e infantil: as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera e Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares (BRASIL, 2011a).

Portanto, a efetividade, eficiência, eficácia e a sustentabilidade das ações da RC só podem ter sucesso a partir da estruturação de um modelo organizacional que garanta melhores condições de acesso, atendimento e acompanhamento da saúde da população, com assistência contínua de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população adstrita de um determinado território com qualidade e responsabilização diante dos resultados sanitários (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Dessa forma, as RAS têm sido sugeridas na administração de políticas e projetos em cenários de recursos escassos e problemas complexos; com crescente demanda e interação de diversos agentes públicos e privados (FLEURY, 2010; MENDES, 2011).

## **2.2 Redes de Atenção à Saúde**

A discussão sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) mesmo que recente, já possui seu conceito determinado há muito pela Constituição Federal, em seu artigo 198, onde afirma que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (...)” (BRASIL, 1988, Pág. 103). De certo, é por meio das RAS que o princípio constitucional da integralidade deveria atingir concretude; todavia, a fragmentação dos processos em saúde tem afetado a qualidade dos serviços e dificultado o seu acesso (COSTA e SANTOS, 2014, Pág. 04).

Segundo a Portaria nº 4.279/2010 as RAS no âmbito do SUS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que possuem diferentes densidades tecnológicas, e quando integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, e dessa forma romper com a situação de fragmentação (BRASIL, 2010; MAGALHÃES JUNIOR, 2014, Pág. 17).

As RAS possuem uma estrutura de enfrentamento para uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento (PORTER e TEISBERG, 2007), o que implica em uma continuidade da atenção à saúde (primária, secundária e terciária) e

integralidade das ações de promoção, prevenção e gestão das condições de saúde promovidas por meio de intervenções de cura, cuidado e reabilitação (MENDES, 2011, Pág. 84).

Seus fins objetivam melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas; os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde; a eficiência na utilização dos recursos e a equidade (MENDES, 2011, Pág. 82). Deste modo, podemos definir três elementos essenciais para constituição das RAS: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011).

No entanto, a incompreensão da estrutura operacional das RAS é um dos problemas mais recorrentes para a sua implantação, principalmente quando tratamos da organização dos sistemas de apoio, logístico e de governança, seguido da necessidade imediata de mudança do modelo de atenção à saúde que é praticado (MENDES, 2014, Pág. 39-40).

Ao delimitar a região como base territorial e a Atenção Básica como seu centro de comunicação e ordenação, as RAS podem ser organizadas a partir de temas diversos, pois cada região de saúde apresentará maior facilidade de implantação de acordo com suas necessidades. Assim, a ideia das Redes Temáticas é induzir determinados temas para a sua organização, podendo-se dividir ainda, em sub-redes ou linhas de cuidado (MAGALHÃES JUNIOR, 2014, Pág. 21).

A Rede Cegonha é uma Rede de Atenção à Saúde Temática, normatizada pela Portaria nº 1459/2011, que objetiva ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e puerpério, e a assistência à saúde da criança com até 24 meses de vida (BRASIL, 2011b).

Sua atuação é prioritária a partir do diagnóstico das altas taxas de mortalidade maternas e infantis, e prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança, inseridas em quatro componentes: Pré-natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011a).

Nessa perspectiva, a regionalização tornou-se a diretriz capaz de agregar os atributos necessários à constituição de redes de atenção e superar a fragmentação na provisão de serviços de saúde (DUARTE et al., 2015; SILVEIRA et al., 2016). Compreendida como uma ferramenta de gestão voltada à organização do sistema de saúde com a finalidade de assegurar uma alocação eficiente da assistência dos cuidados em saúde (MENDES et al., 2014).

Nesse contexto, estabeleceram-se normativas e diretrizes para a definição de recortes territoriais (regiões de saúde) e instituíram-se as Comissões Intergestores Regionais, responsáveis pela condução da política de saúde no nível regional (ALBUQUERQUE e

VIANA, 2015; CASANOVA et al., 2017). Um dos dispositivos da estratégia de RAS é a governança, entendida como arranjo institucional organizativo, que favorece a gestão dos componentes da rede e fortalece as relações de cooperação e solidariedade entre os corresponsáveis, com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios para toda a região (BRASIL, 2010; MENDES, 2008; CASANOVA et al., 2017).

### **2.3 Governança**

Percebe-se governança como o exercício de poder e a condução da política pública em um processo de relações múltiplas, envolvendo diferentes atores em contextos institucionais específicos. De certo, ela marca a descentralização do processo de decisão e da ação pública para além dos limites das instituições formais do Estado (LIMA et al., 2017).

A governança deve ser complementada pelo conceito de governança de redes e constituir o processo de governo da sociedade. É produto de uma atividade coletiva em que participam múltiplos atores e que demanda uma instância coordenadora, realizada por meio da interação entre gestores interdependentes em processos de negociação e tomada de decisão coletiva, o que torna os meios para realização da obediência nas redes mais complexos, pois dependem fortemente de adesão voluntária às normas sociais com base em confiança e reciprocidade (AGUILLAR, 2008; MENDES, 2014; BRASIL, 2016).

Ainda que não exista um modelo “operacional” único para fortalecer o desempenho do setor público, a criação de um ambiente de governança e sistemas de apoio é capaz de elevar o desempenho do SUS, com produção de ações efetivas de alta qualidade e serviços prestados a custos razoáveis (BRASIL, 2007).

Entretanto, a maior dificuldade de implantação da governança de RAS é o modelo de gestão que é praticado no Brasil, o modelo de gestão da oferta, incompatível com a geração de valor para as pessoas, pois focaliza apenas na oferta de serviços e não nas necessidades da população (BRASIL, 2016).

Uma das características especiais da governança das RAS no Sistema Único de Saúde é sua inserção em um quadro institucional mais amplo de um sistema de federalismo. Por essa razão seu modelo institucional foi estabelecido para ser operado cooperativamente pela trina federativa: União, Estados e Municípios, onde os três entes correspondem pelas ações e serviços de saúde (BRASIL, 2016, Pág. 77).

Por seu componente cooperativo entre os atores públicos distintos, o federalismo cooperativo, manifesta-se por meio das instâncias permanentes de governança, a Comissão

Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Que funcionam como mecanismos de freios e contrapesos à concentração de autoridade, em especial, do Ministério da Saúde, ente concentrador de grande parte dos recursos financeiros e poder normativo (BRASIL, 2016, Pág. 78).

As Comissões Intergestores Regionais (CIR) são instâncias deliberativas formadas por representantes do estado e todos os secretários municipais de saúde de uma determinada Região de Saúde, capaz de prover serviços de saúde em diferentes níveis de atenção. São instituídas, portanto, num contexto de manutenção do protagonismo municipal e fortalecimento das relações de interdependência e corresponsabilidade sanitária entre os entes estadual e municipal (BRASIL, 2011c; SILVEIRA et al., 2016, Pág. 855).

É através do planejamento regional integrado, que a CIR tenta viabilizar, a integralidade das ações e serviços da Região de Saúde (SILVEIRA et al., 2016). A CIR é, portanto, uma instância da sociedade que interage política, cultural e economicamente, e age dialeticamente, com os elementos do espaço (homens, instituições, infraestrutura e meio ambiente), nessa conjuntura, é necessário levar em consideração que esses homens são estruturados pelos papéis que desempenham, por suas relações e pelas condições em que isso acontece (SANTOS et al., 2012).

Miranda (2010) caracteriza a CIR como uma criação que tem por finalidade atender “demandas institucionais, nas negociações intergovernamentais, produção de acordos e arranjos mediados pelo discurso tecnoburocrático” (MEDEIROS et al., 2017, Pág. 133).

Contudo, a governança na saúde expressa relações de dependência, interação e acordos estabelecidos entre diversos atores, cujos interesses, na sua maioria divergentes, podem ser negociados segundo objetivos comuns, de modo a assegurar o direito ao acesso universal à saúde (LIMA et al., 2017).

Por conseguinte, para a efetivação do processo de regionalização é imprescindível que as CIR estejam em pleno funcionamento, como espaço privilegiado de articulação interfederativa e discussão das necessidades da Política de Saúde, atrelado ao empenho dos gestores de saúde no fortalecimento da cogestão regional, através da elaboração do regimento interno da CIR, criação de câmaras técnicas e do incentivo à participação popular (BRASIL, 2013, Pág. 10).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Estratégias Metodológicas

Trata-se de um estudo de caso, selecionado por se tratar de uma investigação empírica que inquire sobre um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, e tenta definir os limites entre os fenômenos e o contexto, quando estes não estão bem claros (YIN, 2001).

#### 3.2 Recorte Temporal

A definição do recorte temporal desse estudo leva em consideração, como ponto de partida, o ano de implantação da Rede Cegonha na X Região de Saúde ocorrida em 2012, e segue até o ano de 2016, período em que a pesquisadora esteve presente na X GERES como residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase na Gestão de Redes de Atenção à Saúde, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE).

#### 3.3 Recorte Espacial

A X Região de Saúde, intitulada X GERES, está inserida na Macrorregião 3 – Sertão, localizada no Alto Sertão do Pajeú. É constituída por doze municípios: Afogados da Ingazeira (sede), Brejinho, Carnaíba, Igaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira e Tuparetama. Totaliza uma população de 180.780 habitantes, segundo censo de 2010, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010). E uma área territorial de 4.308,55 km<sup>2</sup>.

**Figura 1.** Localização Geográfica da X Região de Saúde no Estado de Pernambuco.



Fonte: SES/PE, 2013.

O município sede destaca-se por ser o segundo principal centro comercial do Vale do Pajeú e por ser acolher diversos órgãos públicos como: A Gerência Regional de Educação (GRE), o 23º Batalhão da Polícia Militar, o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Pernambuco (SASSEPE), o Hospital Regional Emília Câmara (HREC), a 24ª Circunscrição Regional de Trânsito (CIRETRAN), o Instituto Agrônomo de Pernambuco (IPA). Possui instituições de nível superior como a Faculdade de Formação de Professores, o Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) e abriga a única diocese de sua microrregião.

**Figura 2.** Municípios Abrangentes da X Região de Saúde de Pernambuco.



**Fonte:** SES/PE, 2013.

A região é expressivamente movimentada pelo comércio e agropecuária, com preponderância da agricultura de subsistência, seguido dos rendimentos oriundos dos empregos públicos, aposentados e pensionistas. Estão sediadas empresas de porte médio como: fábricas de móveis, ração animal, cimento, pipoqueiras e abatedouro de aves, que contribuem para a melhoria de vida da população e o desenvolvimento econômico local (IBGE, 2010).

### 3.4 Técnica de Coleta de Dados

A fonte de informação principal deste estudo foram os documentos institucionais: Plano de Ação Regional da Rede Cegonha e as Atas das Reuniões da CIR; complementados pela observação não-participante, e Série Histórica dos indicadores locorregionais de Morbimortalidade Materna e Infantil.

A pesquisa documental levou em consideração as atas referentes ao período de 2012 a 2016, obtidas no setor de Planejamento e Regulação em Saúde da X GERES. A observação da CIR ocorreu no período de um ano (2016), na modalidade ‘observador não participante’ (MINAYO, 2008).

A situação de saúde foi observada, numa Série Histórica de cinco anos (2012-2016), através dos indicadores locorregionais de Morbimortalidade Materna e Infantil, obtidos a partir dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade e Nascimentos (respectivamente SIM e SINASC), no setor de Vigilância em Saúde da X GERES.

### **3.5 Análise dos Dados**

O processo de análise dos dados teve início com a organização e a seleção do material empírico coletado de forma cronológica. A análise das atas das reuniões da CIR foi guiada pelo objetivo principal de identificar os processos de negociação, pactuação e planejamento de ações e serviços relacionados ao componente parto e nascimento da Rede Cegonha na X Região de Saúde.

Para isso, foi utilizada a modalidade de análise temática, tendo o tema ‘Rede Cegonha’ e suas referências (materno, obstétrico e infantil) como núcleo de sentido; cuja frequência ou presença serviu de critério de classificação do material (MINAYO, 2008).

Em seguida, foi realizada leitura exaustiva de todo o material, com identificação dos aspectos mais relevantes, frequentes, e semelhantes entre os documentos. Nesta etapa foi possível a classificação dos achados em três dimensões de análise: O processo de implantação da Rede Cegonha (pactuação, desenho e capacidade da rede); Estrutura e processos de Governança; e a Situação locorregional de Morbimortalidade Materna e Infantil.

A observação e análise da estrutura e das características institucionais da Comissão Intergestores Regional, foi realizada segundo critérios de funcionamento e regularidade das reuniões assim como pela presença e participação dos membros representantes do Estado e dos municípios.

Os indicadores de Morbimortalidade Materna e Infantil foram calculados com o auxílio de programa de livre acesso, e visualmente organizados em gráficos. As variáveis analisadas dentro da Série Histórica foram: Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10-29 anos), com causa do óbito, por município; Taxa de óbitos infantis, neonatais (0-27 dias) e pós-neonatais (28-365 dias) com principal causa dos óbitos infantis, por município;

Nº de Nascidos vivos segundo idade da mãe; segundo Idade Gestacional (< 37 semanas), por município; Tipo de Parto, e Percentual de Partos Cesáreos e Partos Vaginais, por município.

As variáveis relacionadas ao Plano de Ação/Desenho Regional da Rede Cegonha trataram do: Número de leitos obstétricos totais e por estabelecimento de saúde, por município; Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco; Identificação dos leitos UTI neonatal e UTI adulto existentes em hospitais que realizam partos, por município.

### **3.6 Considerações Éticas**

Esse estudo está inserido em 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) ”, sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP, desenvolvido de forma cooperativa pelo Grupo de Estudos em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE. E segue os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

As cópias dos documentos institucionais e os dados quantitativos sob a responsabilidade da pesquisadora receberam o tratamento metodológico da análise documental com o intuito único de garantir maior robustez ao corpo analítico-reflexivo dessa pesquisa, tendo como norteador, os objetivos propostos, sendo garantido o sigilo e confidencialidade das informações.

Os dados de indicadores somente foram coletados após a assinatura da Carta de Anuência (ANEXO A).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 O Processo de implantação da Rede Cegonha

A construção da proposta de implantação da Rede Cegonha na X Região de Saúde de Pernambuco, data do ano de 2012, consequência de discussões ocorridas no dia 31 de agosto de 2011 na cidade de Serra Talhada, durante a ‘Oficina para construção da Rede Cegonha no Estado de Pernambuco’; tendo como principal objetivo estruturar e qualificar a Rede Materna Infantil na região.

Em 26 de março de 2012, a Resolução CIB/PE nº 1882, homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da X Região de Saúde do Estado de Pernambuco; considerando, dentre outras atribuições legais, a Resolução CIR nº 147/2012 – X Região de Saúde, de 29 de fevereiro de 2012, que aprova o Plano Regional da Rede Cegonha – X GERES.

Segue-se, portanto, em parte, o recomendado pela Portaria nº 1.459/2011, Art. 8º, II – FASE 2, retificado pelo Diário Oficial da União (DOU) nº125 de 01.07.2011, Seção 1, pág.61: “c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional e homologado pela CIB, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil...” (BRASIL, 2011b).

Contudo, no documento em questão, não foi incluído as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado e pelos Municípios envolvidos, também previstos pela referida portaria.

O Estado de Pernambuco através da Resolução CIB/PE nº 1.723, de 19 de setembro de 2011, homologou a Rede Cegonha nas regiões prioritárias I, IV e VIII Regionais. Esse fato, atrelado à justificativa encontrada no Plano de Ação, não deixa claro o que motivou a implantação da RC na X Região de Saúde.

A pactuação descrita no Plano de Ação Regional da RC da X Região de Saúde (**QUADRO 1**) apresenta o Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães (HOSPAM) no município de Serra Talhada (sede da macrorregião), como referência para os encaminhamentos de Alto Risco e UTI/UCI Neonatal, entretanto, passados cinco anos dessa pactuação, o serviço ainda não está implantado.

Por conseguinte, nenhum município da X Regional de Saúde possui leitos para atendimento à Gestante de Alto Risco, Leitos Canguru, UTI Neonatal e UCI Neonatal, UTI Adulto. Os encaminhamentos de Alto Risco, no plano, concentram-se no município de Recife através de cinco serviços: o Hospital Agamenon Magalhães, o Hospital Barão de Lucena, o

Hospital das Clínicas, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM).

**QUADRO 1.** Pactuação da Rede na X Região de Saúde.

MUNICÍPIO	Risco Habitual	Alto Risco	UTI e UCI Neonatal
<b>Afogados da Ingazeira</b>	Hospital Regional Emília Câmara (Afogados da Ingazeira)	Hospital Professor Agamenon Magalhães - HOSPAM (Serra Talhada)	Hospital Professor Agamenon Magalhães - HOSPAM (Serra Talhada)
<b>Brejinho</b>			
<b>Carnaíba</b>			
<b>Iguaraci</b>			
<b>Ingazeira</b>			
<b>Itapetim</b>	Unidade Mista Maria Silva (Itapetim)	OBS.: Após implantação do serviço na Macro Serra Talhada.	OBS.: Após implantação do serviço na Macro Serra Talhada.
<b>Quixaba</b>	Hospital Regional Emília Câmara (Afogados da Ingazeira)		
<b>Santa Terezinha</b>			
<b>São José do Egito</b>	Unidade Mista Maria Rafael de Siqueira (São José do Egito)		
<b>Solidão</b>	Hospital Regional Emília Câmara (Afogados da Ingazeira)		
<b>Tabira</b>	Hospital Maria Gaião Pessoa Guerra (Tabira)		
<b>Tuparetama</b>	Unidade Mista Severino Souto de Siqueira (Tuparetama)		

Fonte: SES/PE - Plano de Ação Regional da Rede Cegonha – X GERES, 2012.

A **FIGURA 3** é apresentada no Plano de Ação como sendo o Desenho da Rede pactuada, e tal como apresentado no plano, não há nenhuma descrição sobre seu processo de construção ou o porquê das escolhas realizadas para cada município. Porém, é certo que ainda é uma proposta, pois o Centro de Parto Normal (CPN) descrito ainda não foi construído e as ambiências nas maternidades relatadas não estão concluídas.

**FIGURA 3.** Desenho da Rede Cegonha na X Região de Saúde de PE.



Fonte: SES/PE - Plano de Ação Regional da Rede Cegonha – X GERES, 2012.

O município de Afogados da Ingazeira, sede da X Região de Saúde, é também o mais populoso, com 35.088 hab., seguido de São José do Egito (31.829 hab.) e Tabira (26.427 hab.), de acordo com o último Censo do IBGE (2010) apresentado na **TABELA 1**.

A necessidade de se estruturar toda essa rede de cuidados materno e infantil, revela sua importância no sentido de que muitos dos serviços de apoio diagnóstico para a realização dos exames recomendados durante a gravidez e o próprio parto nem sempre são contemplados pelos municípios, o que resulta em peregrinação das gestantes para encontrar um estabelecimento de saúde durante a gestação e no momento do parto (BRASIL, 2011c).

**TABELA 1.** Área Territorial, População Residente, por município, na X Região de Saúde.

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>Área Territorial (Km<sup>2</sup>- IBGE 2016)</b>	<b>População Residente (Censo IBGE 2010)</b>
Afogados da Ingazeira	377.696	35.088
Brejinho	106.276	7.307
Carnaíba	427.802	18.574
Iguaraci	838.132	11.779
Ingazeira	243.669	4.496
Itapetim	404.850	13.881
Quixaba	210.705	6.739
Santa Terezinha	200.320	10.991
São José do Egito	794.143	31.829
Solidão	138.399	5.744
Tabira	388.005	26.427
Tuparetama	178.570	7.925
<b>TOTAL</b>	<b>4.308.567</b>	<b>180.780</b>

**Fonte:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE Cidades (2010; 2016).

Os dados constantes no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponível no site, datam de fevereiro de 2012 (registro mais antigo), e constam de quantitativo de 60 leitos obstétricos operacionais, que atendem ao SUS, distribuídos entre os municípios da X Região de Saúde, com aumento para 71 leitos obstétricos operacionais em dezembro de 2016, como apresentado no **QUADRO 2**.

O município de Afogados da Ingazeira, sede da X Regional de Saúde, concentra 47% e 55% (28 e 39) do total de leitos, respectivamente, nos anos pesquisados (2012 e 2016); sendo referência para oito dos doze municípios que compõem a região. O município de Quixaba é o único que não possui estabelecimento de saúde com leitos obstétricos operacionais, seja de natureza pública ou privada.

No decorrer dos cinco anos (2012 a 2016) o número de leitos operacionais de obstetrícia do SUS, no Hospital Regional Emília Câmara (HREC), passou de 8 para 19, um

aumento de 137,5%; porém, a oferta ainda é menor que o número de leitos disponibilizados pelo Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura, empresa de natureza privada, conveniada ao SUS que oferta desde 2012, o número de 20 leitos.

A Portaria nº 1.459/2011 institui a necessidade, no componente Parto e Nascimento, de suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) em equivalência com a necessidade regional. Pode-se inferir, neste caso, que a operacionalização da Rede Cegonha (composta por 5 fases), em sua fase 3, referente à contratualização dos pontos de atenção, não apresenta a suficiência de leitos necessária ao melhor atendimento das gestantes (BRASIL, 2011b).

**QUADRO 2.** Número de Leitos Hospitalares, por estabelecimento de saúde, por município, na X Região de Saúde de PE.

MUNICÍPIO	Estabelecimento de Saúde				Leitos Hospitalares					
	CNES	Nome do Estabelecimento	Natureza	Esfera Administrativa	Leitos Operacionais de Obstetria existentes		Leitos Operacionais de Obstetria do SUS		UTI Neonatal	UTI Adulto
					02/2012	12/2016	02/2012	12/2016		
Afogados da Ingazeira	2428385	Hosp. Regional Emília Câmara	Adm. Direta da Saúde (SES)	Estadual	8	19	8	19	0	0
	2429438	Centro Hosp. Dr. José Evóide de Moura	Empresa Privada conveniada ao SUS	Privada	22	22	20	20	0	0
Brejinho	2711907	Hospital Clotildes de Fonte Rangel	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	1	1	1	1	0	0
Carnaíba	2428881	Unidade Mista José Dantas Filho	Adm. Direta da Saúde (SMS)	Municipal	2	2	2	2	0	0
Iguaraci	2639297	Unidade Mista de Iguaraci	Adm. Direta da Saúde (SMS)	Municipal	3	3	3	3	0	0
Ingazeira	2639327	Unidade Mista Benvinda de Brito Galvão	Adm. Direta da Saúde (SMS)	Municipal	1	1	1	1	0	0
Itapetim	2703505	Unidade Mista Maria da Silva	Adm. Direta da Saúde (SMS)	Municipal	4	4	4	4	0	0
Quixaba	-----	-----	-----	-----	0	0	0	0	0	0
Santa Terezinha	2500000	Unidade Mista Santa Terezinha	Adm. Direta da Saúde (SMS)	Municipal	2	2	2	2	0	0
São José do Egito	2715317	Hosp. Geral Maria Rafael de Siqueira	Adm. Direta da Saúde (SMS)	Municipal	8	8	8	8	0	0
	2635798	Clínica Santa Maria	Adm. Direta da Saúde (SMS)	Municipal	4	4	2	2	0	0
Solidão	2639300	Unidade Mista Maria Jesuíno da Silva	Adm. Direta da Saúde (SMS)	Municipal	1	2	1	1	0	0
Tabira	2348497	Hosp. Maria Gaião Pessoa Guerra	Adm. Direta da Saúde (SMS)	Municipal	5	5	5	5	0	0
Tuparetama	2639319	Unidade Mista Severino Souto de Siqueira	Adm. Direta da Saúde (SMS)	Municipal	3	3	3	3	0	0
<b>TOTAL</b>					64	76	60	71	0	0

Fonte: Leitos Operacionais e Estabelecimentos – CNES (02/2012; 12/2016)

## 4.2 Estrutura e Processos de Governança

A pesquisa das atas das Reuniões da CIR revelou o total de 42 arquivos. Após triagem, com leitura exaustiva, na busca pelo tema Rede Cegonha e suas relações (materno, obstetrícia, infantil, parto, nascimento), chegou-se a um total de 11 atas de interesse para os objetivos dessa pesquisa (**QUADRO 3**). Ademais, a pré-análise das atas da CIR nos indicou que a Rede Cegonha foi um tema pouco frequente e/ou pouco discutido nas reuniões ao longo dos cinco anos analisados (2012-2016).

De acordo com os achados, só há dois registros de atas do ano 2012 (ano de implantação da RC na região), os quais não abordam nenhum dos intentos desse estudo.

**QUADRO 3.** Principais achados empíricos sobre a saúde materna e infantil como objeto de discussão da CIR na X Região de Saúde, referentes ao ator social disparador das discussões e temáticas no qual essa discussão se inicia, a partir das atas das reuniões.

Reunião (Data)	Pautas informativas/apresentações	
	Temática	Ator Proponente
136 RO (19/02/13)	Grupo Técnico de óbitos materno e infantil	Gerência
142 RO (20/08/13)	Monitoramento dos óbitos infantis, fetais e MIF investigados	Coord. de Vigilância em Saúde da X GERES
143 RO (19/09/13)	Rede Cegonha: cadastramento no SISMOB para ambiência e FMS para equipamentos	Coord. de Atenção à Saúde da X GERES
146 RO (16/12/13)	Cofinanciamento do Hospital do município de São José do Egito	Município de São José do Egito
148 RO (25/03/14)	Monitoramento da Investigação de óbitos infantis, fetais e MIF	Coord. de Vigilância em Saúde da X GERES
159 RO (17/03/15)	Rede Cegonha: Necessário rever as pactuações e tentar agilizar o CPN; e formação de grupo condutor	Coord. de Atenção à Saúde da X GERES
161 RO (19/05/2015)	Formação e aprovação do grupo condutor da Rede Cegonha	Gerência
163 RO (21/07/15)	Pré-natal de Alto Risco: garantir o acesso às gestantes	Gerência e Coord. de Planejamento e Regulação da X GERES
169 RO (17/12/2015)	Rede Materna Infantil e Situação	SES
170 RO (15/03/2016)	GT Rede Materno Infantil	Gerência
171 RO (19/04/2016)	Pactuação de Curso de Puericultura; e Fórum Materno Infantil	Gerência

**Fonte:** atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da X Região de Saúde de Pernambuco, de nov. de 2012 a dez de 2016. **Legenda:** RO: Reunião Ordinária. Elaboração da autora.

As características e estrutura da CIR encontradas, após análise das atas, nos indicam a periodicidade das reuniões do colegiado gestor, através da numeração sequencial, que acompanha a data da reunião, presente em cada ata. O resultado constatado foi de reuniões mensais, com exceção do mês de janeiro. A participação dos gestores municipais na definição

das pautas esteve atrelada a proposições de pactuação, principalmente de serviços para o próprio município. A Gerência foi a principal proponente de pauta nas atas da CIR.

Barrios (2009) em seu estudo relacionam a pouca participação dos gestores municipais na definição das pautas, ao aspecto definidor e a lógica normativa e centralizada do sistema de saúde, que impõe às reuniões regionais o debate de questões previamente definidas em outros espaços da gestão.

No entanto, essa pouca participação dos gestores não implica ausência de participação no debate geral, já que eles se organizam previamente às reuniões da CIR, através das Câmaras Técnicas, e produzem o que Merhy (2002) definiu em seu estudo, como linhas de fuga ao instituído.

Ainda foi possível inferir a assiduidade dos membros representantes do Estado às reuniões e a frequência dos secretários municipais ( $n \pm 7$ ), garantindo-se número maior ou igual ao quórum ( $n=7$ ) para a realização das reuniões da CIR; mesmo que ainda com certo caráter normativo, visto que em reuniões onde eram discutidos os pactos (Pacto pela Saúde, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS) houve 100% da presença dos gestores ( $n=12$ ).

Os convidados, todavia, esteve presente em números expressivos (técnicos das secretarias municipais e da regional, estudantes e representantes de serviços de saúde da região), com uma frequência de 71% no total de atas analisadas, o que pode demonstrar uma expansão do diálogo com novos atores numa perspectiva de ampliação da Governança regional.

Dos Santos e Giovanella (2014) em estudo, afirmam que a dinâmica de participação na CIR é importante componente da aprendizagem institucional, que fortalece a gestão intergestores e a construção da rede regionalizada.

A análise das atas dos anos de 2013 e 2014 ( $n=5$ ) nos revela um olhar mais atento da regional aos óbitos maternos e infantis ocorridos e investigados na região, deixando por encaminhamentos a pactuação de Grupo Técnico de óbitos materno e infantil. Além de divulgação e discussão do monitoramento dos óbitos maternos, infantis, fetais e de mulheres em idade fértil investigados. O que demonstra uma preocupação com os indicadores de mortalidade e suas causas, que quando identificadas podem melhor direcionar as ações necessárias.

Além disso, há em pauta a apresentação do município de São José do Egito, e discussão de cofinanciamento do seu Hospital, com apresentação de seus leitos obstétricos.

Importante notar que o Hospital deste município em questão é uma potencial referência aos municípios distantes do município sede, para a realização de partos de risco habitual.

Em ata do ano de 2015 foi discutida a necessidade de revisão das pactuações da Rede Cegonha e de encaminhamentos para construção do Centro de Parto Normal na região. Assim como é posto a necessidade de formação do Grupo Condutor da Rede Cegonha, que em reunião seguinte foi formado por livre escolha e aprovado por todos os presentes.

Por conseguinte, no ano de 2016, proposto pelo nível central (SES) foi discutida em reunião a Rede Materna Infantil da X Região de Saúde, e os recursos financeiros para sua implantação, houveram questionamentos principalmente no quesito financiamento, o que resultou como encaminhamento, a formação de Grupo Técnico que discuta a Rede Materna Infantil da região, acordado por todos os presentes. No entanto, até o fim do ano de 2016 não está relatada a formação deste grupo.

Percebe-se, neste ponto, que a formação do Grupo Condutor da Rede Cegonha já está instituída e mesmo assim é colocado como necessidade a formação de um grupo técnico que discuta a Rede Materna Infantil da região. Além do mais, não estão relatadas nas atas nenhuma deliberação ou encaminhamento do Grupo Condutor da RC após sua formação.

Ainda no ano de 2016 foi pactuado o Fórum Materno Infantil na X Região de Saúde, assim como o recomendado pela Portaria nº 1.459/2011, Art. 8, Fase 2 da operacionalização da RC (BRASIL, 2011b). Em mesma ata ainda foi aprovada a oferta de Curso de Pré-natal de Baixo Risco, Puerpério e Puericultura, ambos tendo como ator proponente a X Gerência Regional de Saúde.

A possível indução estadual no processo decisório da CIR é um dos problemas encontrados em vários estudos (VASCONCELOS, 2005; BARRIOS, 2009; IANNI, 2012; SOUZA e SOUZA, 2017), e que podem interferir na autonomia municipal e regional; neste estudo, pode-se inferir esta indução, pela adesão não voluntária a muitos programas e estratégias federais como a própria Rede Cegonha, (ou outras como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE, etc.), de grande importância para a saúde, mas que não maioria das vezes não encontra operacionalização na realidade local/regional encontrada.

Não obstante, estes programas contam com auxílio financeiro para construção e custeio do Ministério da Saúde, na região estudada não somente a Rede Cegonha, mas outras propostas encontram-se no mesmo processo de negociação e ainda, não operacionalizadas, como é o caso do SAMU.

Mostra-se imprescindível, portanto, para o avanço da Rede, que o tema Rede Cegonha esteja presente na agenda política decisória da região. E para que isso ocorra os gestores precisam ampliar suas capacidades de intervenção ao extrapolar resultados preconizados e saídas padronizadas, a fim de singularizar respostas frente a condições singulares (BARRIOS, 2009).

Conforme Nascimento (2007), a dificuldade de implantar ações regionais que congreguem o conjunto de municípios deriva das relações perpassadas pelo conflito, e agravadas pelas diferenças partidárias. E, embora a regionalização tenha facilitado a implantação de Redes Assistenciais, a pactuação em instâncias de gestão compartilhada ainda tem se mostrado um desafio para os gestores (BRASIL, 2011c).

A leitura sobre os participantes das reuniões de CIR permitiu a pesquisadora analisar quais eram os secretários de saúde de cada município, e a partir desse dado trabalhar a rotatividade desses secretários em três anos 2012, 2014 e 2016 por terem sido anos eleitorais.

Esta análise identificou uma rotatividade igual a 2 em quatro municípios; outros quatro municípios apresentaram grande rotatividade com número maior ou igual a 3, enquanto em outros quatro municípios não houve mudança de secretário (n=0), como mostrado na **TABELA 2**.

**TABELA 2.** Rotatividade dos Secretários municipais da X Região de Saúde, por município, (2012, 2014, 2016).

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>ROTATIVIDADE</b>
Afogados da Ingazeira	3
Brejinho	0
Carnaíba	2
Iguaraci	0
Ingazeira	2
Itapetim	2
Quixaba	2
Santa Terezinha	0
São José do Egito	3
Solidão	0
Tabira	3
Tuparetama	4

**Fonte:** Atas da CIR (2012, 2014 e 2016) da X GERES. Legenda: 0 – não houve mudança de secretário; 1 – mudou uma vez de secretário; e assim sucessivamente.

Ressalta-se, portanto, a dificuldade em formar quadro de gestores e técnicos qualificados devido à grande rotatividade de profissionais das secretarias (SILVEIRA et al., 2016). No período analisado, foi perceptível a mudança de gestores e técnicos municipais, muitas das vezes em função de eleições ou questões político partidárias, o que precariza os

vínculos de trabalho e a condução do processo de regionalização, levando a descontinuidade de ações e serviços de saúde (KEHRIG et al., 2015).

Medeiros et al. (2017, Pág. 133) em estudo de caso sobre a governança em região de pequenos municípios apontaram como potencialidades da CIR a possibilidade de articulação entre os municípios e o favorecimento da participação dos gestores municipais. Em contrapartida, afirma que estas potencialidades não estão plenamente desenvolvidas, devido à capacidade limitada de articulação dos gestores envolvidos.

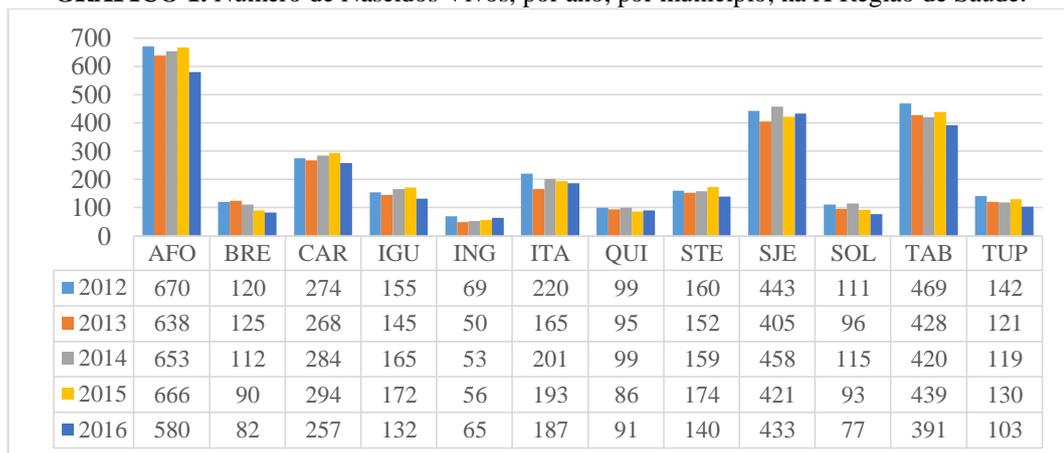
Neste estudo, muitas das discussões sobre a Rede Cegonha relativas à garantia de ações e serviços de saúde, e consórcios municipais ou microrregionais estão sendo novamente discutidas devido à mudança no quadro de gestores. Portanto, é inegável que a CIR representa um fórum potencial de debates e construção de estratégias de governança regional, capaz de expandir o diálogo com diferentes atores numa perspectiva de ampliação da governança, e permitir o desenvolvimento e aprimoramento das relações intergovernamentais (BARRIOS, 2009; KISHIMA et al., 2012; SILVEIRA et al., 2016).

Em suma, conclui-se que a X Região de Saúde, segundo tipologia proposta por Lima et al. (2012), apresenta uma governança do tipo *conflitante* onde a relação entre os atores é conflituosa e o contexto técnico-político tem baixa coordenação; com institucionalidade *intermediária*, evidenciando um processo cuja maturidade regional e integração entre os atores ainda não se consolidaram ou são incipientes, mas que há indicativos nessa direção. (ALBUQUERQUE e MELLO, 2011; SANTOS, 2013).

### 4.3 Situação de Morbimortalidade Materna e Infantil

De acordo com os dados do SINASC coletados na X GERES, os nascimentos ocorridos em todos os municípios da X Região de Saúde mantiveram-se em números próximos ao longo dos cinco anos, apresentando redução ao se considerar o primeiro e último ano, como apresentado no **GRÁFICO 1**. O município onde ocorrem mais nascimentos é também o município mais populoso e sede da X Região de Saúde.

**GRÁFICO 1.** Número de Nascidos Vivos, por ano, por município, na X Região de Saúde.

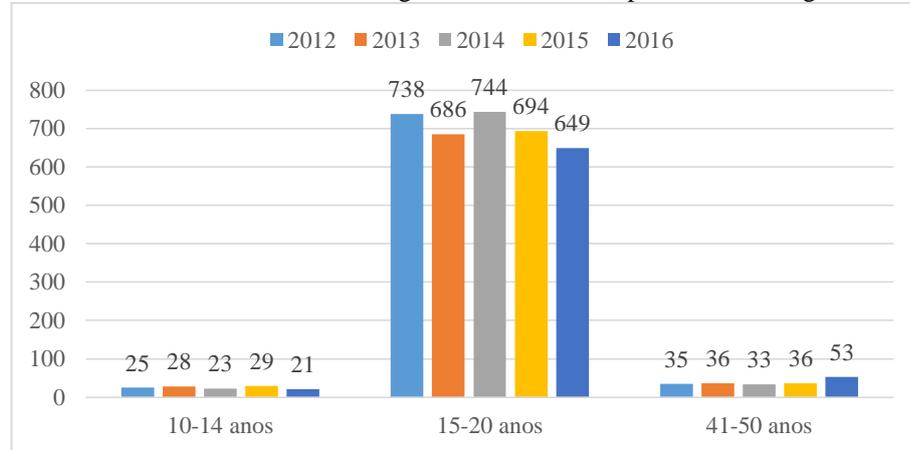


**Fonte:** SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – X GERES

A tendência de redução do número de nascimentos no Brasil é uma realidade já confirmada em estudo (BRASIL, 2012b), assim como a tendência de redução das taxas de fecundidade. Logo, acompanhar essa tendência e as características da natalidade é fator importante para o dimensionamento das demandas do setor saúde.

Importante lembrar que o Estado Pernambucano foi um dos epicentros da emergência da Zika a partir de novembro de 2015, e que posteriormente, esse fator inibiu muitas mulheres de engravidarem. Por outro lado, pesquisas do IBGE tem identificado relação entre crise, desemprego e nascimentos, dessa forma, tanto a crise política quanto a crise econômica aparecem como fatores significativos para o aumento ou diminuição dos nascimentos (FRANCO, 2017).

Com relação aos nascimentos ocorridos na faixa etária de risco materno (10-14; 15-20; 41-50 anos), a X Região de Saúde apresentou um percentual de 28% de nascidos vivos de mães nessa faixa etária. A predominância ocorreu na faixa etária de 15-20 anos, com significativa redução dos nascimentos ao longo dos anos. Paralelo a um expressivo aumento de nascimentos na faixa etária madura no ano de 2016 (**GRÁFICO 2**).

**GRÁFICO 2.** Nº de Nascidos Vivos segundo idade da mãe, por ano na X Região de Saúde.

**Fonte:** SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – X GERES.

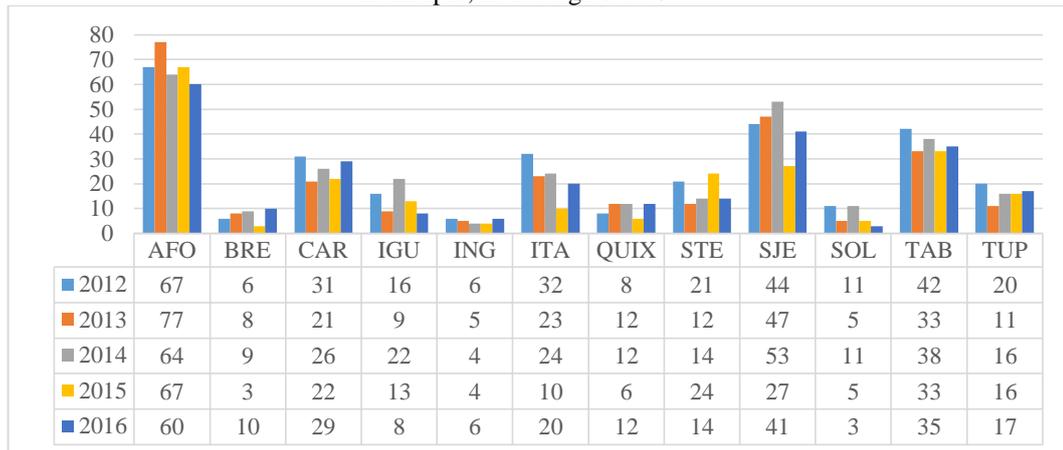
As chamadas ‘gravidez precoce’ e ‘tardia’ merecem destaque no estudo das chamadas ‘gestação de alto risco’, e são representadas por idade materna menor que 17 e maior que 35 anos, representando um fator de risco importante na gravidez (BRASIL, 2012a).

Estudos recentes demonstram um interesse crescente pelos efeitos da idade sobre a fertilidade e a saúde do recém-nascido e da mãe, paralelamente ao crescente número de adolescentes que engravidam e/ou mulheres grávidas pela primeira vez aos 30 anos (NEWCOMBE, 1999).

Os problemas mais frequentes encontrados no recém-nascido de jovens mães, podem ser o baixo peso ao nascer, prematuridade e anóxia. Relativo àqueles de mães mais maduras há maiores chances de anomalias de crescimento fetal e cromossômicas (DE BRITTO GUIMARÃES, 2001; XIMENES e DE OLIVEIRA, 2012). Corroborando com os achados de prematuridade e causa do óbito em menores de 1 ano, apresentados mais adiante.

O número de prematuros (nascidos vivos com idade gestacional menor que 37 semanas) assim como o dado anterior, apresentou uma proximidade de valores ao longo dos cinco anos analisados com tendência de redução até o ano de 2015, com aumento expressivo em 2016 (**GRÁFICO 3**).

**GRÁFICO 3.** Número de Nascidos Vivos com idade gestacional menor que 37 semanas, por ano, por município, na X Região de Saúde.

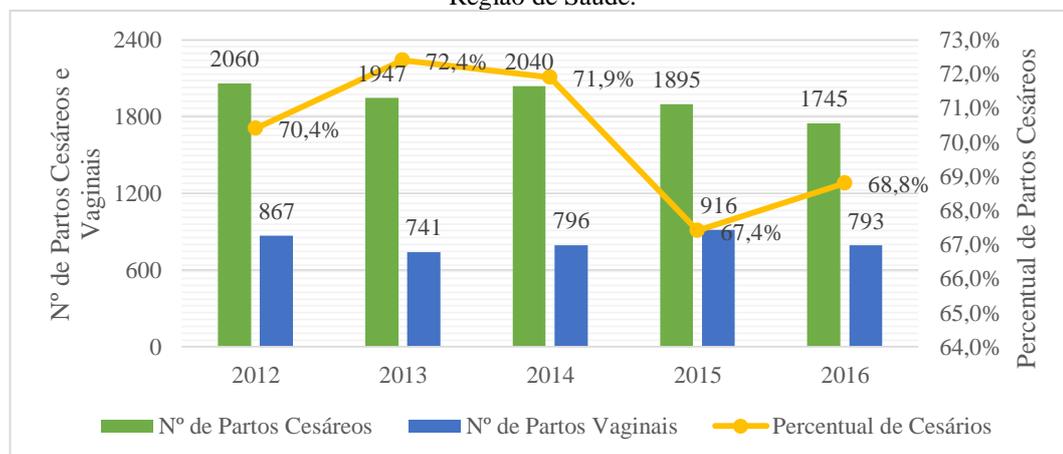


**Fonte:** SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – X GERES.

Entretanto, a prematuridade é um dado preocupante na medida em que a mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros. Ademais, o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, o que aumenta consideravelmente a carga econômica associada a esses nascimentos (KENNER, 2001; RAMOS e CUMAN, 2009). Maior torna-se a complexidade por se tratar de uma região na qual nenhum de seus municípios possui leitos para o atendimento à gestante de alto risco, Leito Canguru, UTI ou UCI neonatal e UTI adulto.

Não obstante, os achados sobre o percentual de Partos Cesáreos realizados na região (**GRÁFICO 4**) demonstram um alto número de cesáreas (> 60%) realizadas em comparação ao total de partos hospitalares.

**GRÁFICO 4.** Número absoluto de Partos Cesáreos e Vaginais; e Percentual de Partos Cesáreos, por ano na X Região de Saúde.



**Fonte:** SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – X GERES.

Segundo Padilha et al. (2013) números elevados de partos cesáreos, têm influência do modelo de assistência obstétrica adotado, fatores culturais, condições socioeconômicas e de saúde da gestante, disponibilidade de recursos especializados (tecnologias e serviços), e, alusão ao afastamento da dor e do sofrimento.

Considerando que muitos desses casos sejam influenciados pela realização de partos sem indicação precisa, acredita-se que uma redução desses partos também reduza a taxa de prematuridade. Em contrapartida, percentuais elevados, ainda podem significar uma concentração de partos considerados de alto risco (ENSP/FIOCRUZ, 2016), porém, para se chegar a essa conclusão, os partos cesáreos teriam que apresentar indicação precisa; infelizmente não foi possível, a partir dos objetivos desse estudo, analisar os dados de indicação dos partos cesáreos.

A Mortalidade Materna, dentro da faixa etária analisada (10-14; 15-19; 20-24 anos), na X Região de Saúde, ao longo dos cinco anos analisados (2012 a 2016), apresentou o número absoluto de uma morte materna, na faixa etária de 20-29 anos, por complicações indiretas à gravidez, parto e puerpério, no ano de 2013 no município de Afogados da Ingazeira. Tendo sido a causa definida pela CID-10 como “Doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, o parto e o puerpério”.

No entanto, por se tratar de uma Região de Saúde composta por municípios de pequeno porte, os resultados desse indicador podem apresentar dificuldades de interpretação. Uma alternativa a esse problema, segundo Soares et al. (2001) é realizar a análise dos dados em série de anos ou grupo de municípios. Sendo assim, com um total de 13.810 nascidos vivos, numa série de 5 anos (2012-2016), a X Região de Saúde (composta por 12 municípios) apresentou um Coeficiente de Mortalidade Materna de 1,5 para 10.000 NV.

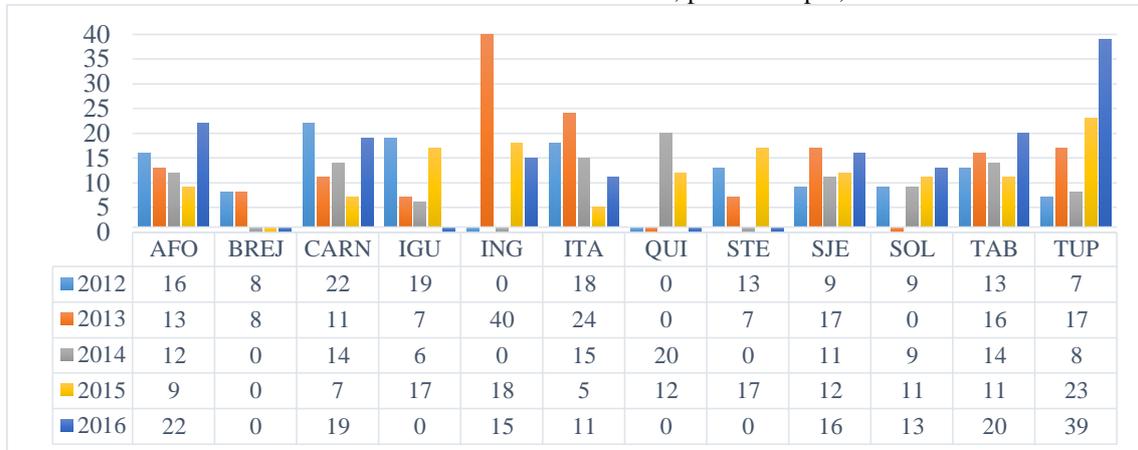
Ainda assim, existem limitações nos parâmetros desse indicador relativas a subnotificação das mortes maternas e declaração inexata da causa nos atestados de óbito. No Brasil, a cobertura tem se mostrado boa em capitais e cidades de médio e grande porte, porém em áreas menos populosas, como regiões norte e nordeste, os dados podem não corresponder à realidade (OPAS, 2002).

Com efeito, este indicador torna-se comprometido para maiores análises, em especial em regiões menos populosas e menos desenvolvidas, como é o caso da região analisada neste estudo (OPAS, 2002; LAURENTI et al., 2004).

O **GRÁFICO 5** representa graficamente a Taxa de Mortalidade Infantil, na X Região de Saúde, e apresenta na maioria dos municípios baixas taxas (menor de 20); excetuando-se três municípios, com taxas médias (20-49), dentre eles: o município sede da regional, que

apresentava redução até o ano de 2015, disparou com taxa de 22 em 2016; o terceiro município mais populoso com taxa de 20 e um município menos populoso com a maior taxa (39) no último ano.

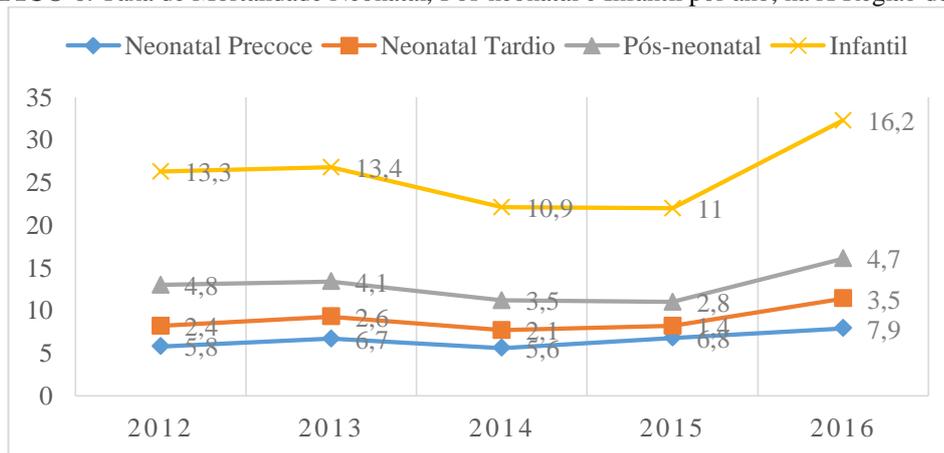
**GRÁFICO 5.** Taxa de Mortalidade Infantil, por município, de 2012 a 2016.



**Fonte:** SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade – X GERES.

Além do mais, quatro municípios da região apresentaram coeficiente de mortalidade infantil zerado no ano de 2016, porém não foi possível relacionar esse dado com uma melhora, ou não, da assistência à saúde materna e infantil dos municípios em questão. Além do mais, o cálculo direto da taxa de Mortalidade Infantil, a partir de dados derivados de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subnumeração de óbitos infantis e de nascidos vivos, principalmente no Norte e Nordeste (REDE, 2008).

Por conseguinte, a análise das Taxas de Mortalidade Neonatal (precoce [0-6 dias], tardia [7-27 dias]), e Pós-neonatal (28-364 dias) paralelamente à Infantil (menores de 1 ano) da X Região de Saúde apresentou redução até o ano de 2015, com aumento considerável no ano de 2016 (**GRÁFICO 6**).

**GRÁFICO 6.** Taxa de Mortalidade Neonatal, Pós-neonatal e Infantil por ano, na X Região de Saúde.

**Fonte:** SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade – X GERES.

Altas taxas de mortalidade infantil podem refletir baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida, assim como reduzidas taxas também podem encobrir más condições de vida em segmentos mais vulneráveis da sociedade (REDE, 2008).

Atualmente, o principal componente da mortalidade infantil é o neonatal precoce (0-6 dias), pois, grande parcela das mortes infantis acontece nas primeiras 24 horas, revelando uma estreita relação com a atenção ao parto e nascimento (FRANÇA e LANSKY, 2009; LANSKY, 2014). Neste estudo a Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce supera a Neonatal Tardia e Pós-neonatal em todos os cinco anos analisados; responsável por 51% das mortes infantis.

Ao analisar os grupos de causas de óbitos em menores de um ano entre 2012 e 2016 (TABELA 3), baseada nos capítulos da CID 10 é possível observar que as afecções perinatais se mantêm como a primeira causa e as anomalias congênitas aparecem em segundo lugar, cenário que se mantêm desde 1999 (OMS, 2008; BRASIL, 2009).

O que corrobora com os dados anteriormente apresentados sobre prematuridade e nascidos vivos de mães em idades de risco, nos lembrando que os efeitos ao recém-nascido podem ser perigosos e demandar uma maior atenção e gasto do sistema de saúde (DE BRITTO GUIMARÃES, 2001; KENNER, 2001; XIMENES e DE OLIVEIRA, 2004; RAMOS e CUMAN, 2009).

**TABELA 3.** Causa do Óbito Infantil (CID-10), por ano na X Região de Saúde.

<b>CAUSA (CID-10)</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>TOTAL</b>
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	1	0	3	1	<b>8</b>
II. Neoplasias (tumores)	1	0	0	0	1	<b>2</b>
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	0	0	1	1	<b>3</b>
VI. Doenças do sistema nervoso	1	1	0	0	0	<b>2</b>
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	2	0	0	0	<b>2</b>
X. Doenças do aparelho respiratório	2	1	1	0	3	<b>7</b>
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	0	0	0	0	<b>1</b>
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	0	0	0	0	<b>1</b>
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	19	21	15	22	19	<b>96</b>
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	10	9	12	3	14	<b>48</b>
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais em exame clínico e laboratoriais	0	0	1	1	1	<b>3</b>
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	1	2	1	1	<b>5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>36</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>41</b>	<b>178</b>

**Fonte:** SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – X GERES.

Dessa forma, segundo a Lista de Causas de mortes evitáveis por ação do Sistema Único de Saúde, de Malta et al. (2007), a exceção do capítulo XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte), considerada causa mal definida; todas as outras causas de óbito infantil ocorridos na X Região de Saúde poderiam ter sido evitados, seja por ações de imunoprevenção; atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido; adequado diagnóstico e tratamento, e promoção à saúde vinculadas a ações de atenção à saúde (BRASIL, 2009).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante salientar que este estudo não tem a pretensão de esgotar as inúmeras possibilidades de análise que suscitam o estudo da governança regional, da qual a pesquisadora realizou recortes de alguns aspectos para reflexão diante de um processo ainda recente de mudanças no modo de governar a política de saúde no nosso país.

Podemos destacar como fatores que influenciam a institucionalidade da governança regional da Rede Cegonha, a rotatividade dos gestores atrelado a questões políticas partidárias, como fator negativo na condução do processo; mas principalmente a ausência do tema na agenda política decisória da região.

A análise das atas nos indicou que o tema da Rede Cegonha foi pouco frequente e/ou pouco discutido nas reuniões ao longo dos cinco anos analisados. Por outro lado, a assiduidade e o compromisso, com a realização das reuniões da Comissão Intergestores Regionais nos permitem inferir a importância da CIR como espaço de negociação e pactuação entre os gestores da região. O pouco detalhamento na transcrição das atas, contudo, pode gerar uma impressão de normatividade das reuniões.

A participação dos municípios na confecção das pautas das reuniões ocorreu com frequência no item de ‘pactuações de serviços’, no entanto, a gerência regional foi a principal proponente das pautas. Os convidados (técnicos, estudantes, profissionais dos municípios, da regional e de serviços terceirizados) estiveram presentes em número expressivo, o que demonstra uma expansão do diálogo com novos atores numa perspectiva de ampliação da governança regional.

Dentre os assuntos pertinentes ao componente Parto e Nascimento, teve destaque a pauta sobre a Rede Materna Infantil; a formação do Grupo Condutor da Rede Cegonha Regional, o Grupo Técnico da Rede Materno Infantil, e a Pactuação do Fórum Materno Infantil; porém, sem a presença de encaminhamentos e deliberações.

O Plano de Ação Regional da Rede Cegonha apresentou uma necessidade de revisão e atualização de seus dados, pactuações, visto que passados cinco anos, as propostas e o desenho de rede pactuado não se tornaram realidade, e, conseqüentemente, nenhuma das fases da Rede Cegonha alcançou 100% de operacionalização. Ademais, o aprofundamento do tema através dos Grupos Técnicos e do próprio Grupo Condutor da Rede Cegonha podem viabilizar melhores decisões e proporcionar uma ampliação da discussão do tema na região.

Os indicadores locorregionais de Morbimortalidade materna e infantil nos apresentam uma região com promissora redução das Taxas de Mortalidade Infantil, mesmo que alguns

municípios tenham contrariado essa perspectiva no último ano (2016). A Mortalidade Materna apresentou um dado satisfatório, com apenas um óbito em cinco anos, porém, devido as limitações dos parâmetros desse indicador relativas a subnotificação das mortes e declaração inexata da causa nos atestados de óbito, este estudo não pode afirmar com precisão o valor desse dado.

A região ainda apresentou redução no número de nascimentos, embora ainda seja necessário um maior aporte na assistência ao neonato. E partindo do pressuposto que a região e macrorregião não apresentam suficiência de leitos obstétricos, seja para realização de partos de risco habitual ou de alto risco; uma dificuldade operacional que se destaca no segmento da atenção secundária à saúde é a necessidade de maior aporte de serviços e recursos humanos especializados para prestação da assistência à saúde da gestante e do recém-nascido; numa realidade em que os partos cesáreos revelam-se em altos índices, agravados pelos nascimentos prematuros.

As limitações deste estudo também indicam aberturas para novas investigações, e estão relacionadas a não realização de entrevistas com sujeitos que tenham participado dos momentos de discussão e elaboração do Plano de Ação Regional e implantação da Rede Cegonha, com a finalidade de preencher possíveis lacunas e consolidar maiores informações devido a inexistência de maioria das atas do ano de 2012, ano em houve a homologação do Plano e implantação da RC na X Região de Saúde de Pernambuco.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; MELLO, Guilherme Arantes; IOZZI, Fabíola Lana. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: **Contra Capa**, p. 117-173, 2011.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 28-38, 2015.

BARRIOS, Sueli Terezinha Goi et al. Micropolítica e gestão regionalizada da saúde: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do Estado do Rio Grande do Sul. 2009.

BRASIL. CONASS Debate – **Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016. 118 p. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n-6.pdf> > Acesso em: 23 de set. de 2017.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Brasília/DF: Senado Federal: Centro Gráfico**, 1988. Disponível em: <[http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes\\_Brasileiras/constituicao1988.html/Constituioide1988.pdf](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html/Constituioide1988.pdf)> Acesso em: 20 de set. de 2017.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29 de junho de 2011c. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm) > Acesso em 20 de set. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, 27 de junho de 2011b, Seção I, Col. 1. Pág. 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 31 de dezembro de 2010, Seção I, Col. 2, Pág. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Nº. 36601-BR.** Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. 105 p. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução MS/ANVISA nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, 09 de julho de 2008, Seção I, Col. 1, Pág. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Cooperação Interfederativa. **A Regionalização na Saúde e os mecanismos de Governança Sistêmica do SUS: Os espaços de governança interestaduais.** 2013. 20 p. Disponível em: < <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/21/NT2107.pdf> >. Acesso em: 23 de set. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** 2011b.

CARLO, Waldemar A.; TRAVERS, Colm P. Mortalidade materna e neonatal: hora de agir. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 92, n. 6, p. 543-545, Dec. 2016.

CASANOVA, Angela Oliveira et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1209-1224, 2017.

COSTA, A. M.; SANTOS, F. P. dos. O processo da construção de Redes de Atenção à Saúde. **Revista Divulgação em Saúde para debate**. Rio de Janeiro, nº 52, p. 220, 2014. Disponível em: < <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf> >. Acesso em: 21 de set. de 2017.

DE BRITTO GUIMARÃES, Eleuse Machado. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, Sept. 2005.

DOS SANTOS, Adriano Maia; GIOVANELLA, Ligia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais et al. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1163-1174, June, 2015.

ENSP/FIOCRUZ. Taxa de bebês prematuros no país é quase o dobro do que em países da Europa. Data de Publicação: 07 de dezembro de 2016. Disponível em: < <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/prematuridade-provocada-por-intervencao-medica-chega-40-no-brasil> >. Acesso em: 12 de janeiro de 2018.

FLEURY, Sonia et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. 2010.

FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. **Anais**, p. 1-29, 2016.

FRANCO, Luiza. Zika e crise derrubam nascimentos no país. *Folha de São Paulo*. Caderno Cotidiano, 14 nov. 2017. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/11/1935245-com-zika-e-crise-nascimentos-recuam-no-pais-apos-6-anos-casamentos-caem.shtml> > Acesso em: 24 abr. 2018.

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

HUFTY, Marc; BÁSCOLO, Ernesto; BAZZANI, Roberto. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación Governance in health: a conceptual and analytical approach to research. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. S35-S45, 2006.

IANNI, Aurea Maria Zöllner et al. Metropolitan and regional health planning: dilemmas of the Pact for Health in the Baixada Santista Metropolitan Area, Sao Paulo State, Brazil. **Cadernos de saude publica**, v. 28, n. 5, p. 925-934, 2012.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População no último censo: **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/> Acesso em: 20 de ago. de 2017.

KENNER, Carole Ann. **Enfermagem neonatal**. Reichmann & Affonso, 2001.

KISHIMA, V.C.; ZANATTA, C.L.; JÚNIOR A.E. O Colegiado de Gestão Regional como estratégia para aprimorar as relações intergovernamentais e fortalecer o Sistema Único de Saúde. **XXXVI Encontro da ANPAD**, Rio de Janeiro, 2012.

LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido Birth in Brazil survey: neonatal mortality profile, and maternal and child care. **Cad. Saúde Pública [Internet]**, v. 30, p. 192-207, 2014.

LAURENTI, Ruy; DE MELLO-JORGE, M. Helena P.; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna Reflections on the measurement of maternal mortality. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 23-30, 2000.

LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev Bras Epidemiol**, v. 7, n. 4, p. 449-60, 2004.

LIMA, Luciana Dias de et al. Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 17, p.121-133 out., 2017.

LIMA, Luciana Dias de et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2012.

MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulg. saúde debate**, p. 15-37, 2014.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. 2007.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 129-140, 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p.549, 2011. Disponível em: < [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965) > Acesso em: 20 de set. de 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Rev. méd. minas gerais**, v. 18, n. 4, supl. 4, p. S3-S11, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. Comentários sobre as redes de atenção à saúde no SUS. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, 2014.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. In: **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo, 2008.

MIRANDA, A. S. Processo decisório em Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde: governabilidade resiliente, integração sistêmica (auto) regulada. **Rev Polit. Planej. Gestão Saúde/Abrasco**, v. 1, n. 1, p. 117-139, 2010.

MORSE, Marcia Lait et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, abr. 2011.

NASCIMENTO, Vânia Barbosa do. **SUS: pacto federativo e gestão pública**. São Paulo: Hucitec, 2007.

NEWCOMBE, Nora. **Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen**. Artes Médicas, 1999.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima Revisão. São Paulo: EdiUSP, 2008.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informações para a saúde - Ripsa - Brasília, **Publicação da OPAS**, 2002.

PADILHA, Juliana Falcão et al. Parto e idade: características maternas do estado do Rio Grande do Sul. **Saúde (Santa Maria)**, v. 39, n. 2, p. 99-108, 2013.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Bookman Editora, 2007.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2008. 349 p.

RONDINELLI, Dennis A. Government Decentralization and Economic Development: The Evolution of Concepts and Practices. In: OTENYO, E. E., LIND, N. S. (ed.) **Comparative Public Administration (Research in Public Policy Analysis and Management**, Volume 15) Emerald Group Publishing Limited, pp.433 – 445.

SANTOS, A. M. **Gestão do Cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SES/PE – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. X Gerência Regional de Saúde de PE. **Mapa Analítico de Saúde da X Região de Saúde de Pernambuco**. Afogados da Ingazeira, p. 160, 2013.

SES/PE – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. X Gerência Regional de Saúde de PE. **Plano de Ação Regional da Rede Cegonha**. Afogados da Ingazeira, p. 34, 2012.

SILVA JÚNIOR, A. G. da et al. Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate. **Almeida PF, Santos AM. Souza MKB. Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA, p. 65-88, 2015.**

SILVEIRA, R. M. et al. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 [ 3 ]: 853-878, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-00853.pdf> > Acesso em: 24 de set. de 2017.

SOARES, Darli Antônio; ANDRADE, Selma Maffei de; CAMPOS, João José Batista de. Epidemiologia e indicadores de saúde. **Bases da saúde coletiva. Londrina: Ed. UEL, p. 183-210, 2001.**

SOUZA, Maria; SOUZA, Mariluce. Regionalização em Saúde e Colegiados/Comissões de Gestão: dinâmica, contribuições, potencialidades e desafios. **CIAIQ 2017**, v. 2, 2017.

VASCONCELOS, C. M. Notas sobre a crise dos hospitais universitários do Brasil. **Caderno de Textos. Curitiba: Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), 2005.**

VIANA, Rosane da Costa; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi; MP CALDERON, Iracema. Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. **Comun. ciênc. saúde**; 22 (sup. esp. 1): 141-152, 2011.

VICTORA, Cesar G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet** [periódico na Internet] 2011: 32-46.

XIMENES, Fernanda Maria Aragão; DE OLIVEIRA, Mylza Carvalho Rosado. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 56-60, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi- 2. ed.- Porto Alegre: Bookman, 2001.

## ANEXOS

### ANEXO A – Carta de Anuência



#### X GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Afogados da Ingazeira, 17 de outubro de 2017.

#### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: “ANÁLISE DO SISTEMA DE GOVERNANÇA REGIONAL DA REDE CEGONHA QUANTO AS AÇÕES E SERVIÇOS DO COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO NA X REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO”, da pesquisadora: Cláudia de Espíndola Mamedes, especialista sanitária em formação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes da Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco, sob a orientação do Professor Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior, nas dependências da X Gerência regional de Saúde de Pernambuco, e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento desta pesquisa, condicionado à aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sendo assim, autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

  
Mary Delanca Sousa Pinheiro dos Santos

