

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

ELENÚSIA GOMES DA PAIXÃO

**GOVERNANÇA DA REDE CEGONHA: ESTUDO DE CASO  
NA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

ARCOVERDE

2018

ELENÚSIA GOMES DA PAIXÃO

**GOVERNANÇA DA REDE CEGONHA: ESTUDO DE CASO  
NA VI 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 Gurgel Dantas Júnior

Coorientador: Esp. Anderson Danilo Dário Lima.

ARCOVERDE

2018

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

P 149g Paixão, Elenússia Gomes da.

Governança da rede cegonha: estudo de caso na VI região de saúde de Pernambuco. Arco Verde, 2018.

57f.; il.

Orientador (a): Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

Coorientador: Esp. 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. Rede Cegonha. 2. Rede de Atenção à Saúde. 3. Saúde Pública 4. Promoção à Saúde. I. Título.

ESPPE / BNC

CDU – 614 (813.4)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

**ELENÚSIA GOMES DA PAIXÃO**

**GOVERNANÇA DA REDE CEGONHA: ESTUDO DE CASO NA VI REGIÃO DE  
SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco- ESPPE, como parte das exigências para a obtenção do título de sanitarista.

**Aprovada em 08/03/2018**

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior**

---

Orientador

**Roseli Justino Lira**

---

1ª Avaliadora

**Wellington Santana Lima**

---

2º Avaliador

A Nando, esposo amado e a Heitor, filho  
querido, prova incontestável do amor de Deus.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por não me deixar só.

Ao Prof. Fernando de Souza, minha dívida de gratidão por ter me guiado como “pai acadêmico” e sempre acreditou que seria possível produzir esse desafiante TCR. Sem você, eu não ousaria desenvolvê-lo.

À minha família, pelo carinho e apoio e por cuidar do que me é mais precioso, quando precisei estar ausente para “galgar montanhas”.

Ao meu orientador, Prof. Garibaldi Gurgel, e meu coorientador, Prof. Danilo Dário, pelas discussões que tanto contribuíram para o desenvolvimento do trabalho.

À equipe do Centro de Reabilitação Mens Sana, em especial, à minha preceptora Liége Nogueira, por ter me proporcionado a oportunidade de aprender uma abordagem dinâmica e humana na arte de liderar pessoas e o desafio de acolhê-las.

Aos meus colegas Residentes, por tudo que construímos juntos nesses últimos dois anos.

À equipe da VI GERES, pelo acolhimento, carinho e ensinamentos durante nossa trajetória.

*“O melhor governo é aquele em que há o menor número de homens inúteis”*

*(Voltaire)*

*“A verdadeira medida de um homem não se vê na forma como se comporta em momentos de conforto e conveniência, mas em como se mantém em tempos de controvérsia e desafio”*

*(Martin Luther King)*

## RESUMO

A “Rede Cegonha” (RC) é uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), resultante de mobilizações sociais e de instituições e organizações, em diferentes esferas, que convergem seus esforços para o atendimento das necessidades de saúde maternas e infantis. A pesquisa objetivou analisar o processo de governança local da RC, no período de 2011 a 2017. Foi realizado estudo de caso, do tipo descritivo, através do método quanti-qualitativo. Os procedimentos metodológicos foram realizados através de levantamento e análise documental, observando as discussões e pactuações realizadas pela CIR da VI Regional de Pernambuco, pela sua caracterização (organização e funcionamento) e pela percepção dos atores sociais que dela participam. Os resultados alcançados demonstram que, embora a CIR local funcione como agente da governança da RC na VI Região de Pernambuco, há fragilidades que podem comprometer este papel.

Palavras-chave: “Rede Cegonha”; “Rede de Atenção à Saúde”; “saúde pública”; “governança”; “estudo de caso”; “Comissão Intergestora Regional”.



## LISTA DE FIGURAS

<b>MAPA 1 – VI Região de Saúde de Pernambuco e seus respectivos municípios constituintes.....</b>	<b>19</b>
<b>GRÁFICO 1 - Resultado da coleta de atas e pautas da CIR .....</b>	<b>27</b>
<b>GRÁFICO 2 - Ocorrência da Rede Cegonha em documentos encontrados .....</b>	<b>28</b>
<b>GRÁFICO 3 - Tipos de referência encontrados sobre a Rede Cegonha... ..</b>	<b>29</b>
<b>GRÁFICO 4 - Pactuações registradas em documentos encontrados.....</b>	<b>30</b>
<b>GRÁFICO 5 - Ações/Metas dos PMS 2014-2017 por componente da RC .....</b>	<b>31</b>

## **LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1 - Dados socioeconômicos da VI Regional de Saúde de Pernambuco... ..</b>	<b>19</b>
<b>TABELA 2 - Excerto da Planilha CIR com as referências à RC .....</b>	<b>29</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1 - Resumo de documentos coletados sobre a RC .....</b>	<b>24</b>
<b>QUADRO 2 - Resumo dos dados qualitativos da categoria 1 .....</b>	<b>33</b>
<b>QUADRO 3 - Resumo dos dados qualitativos da categoria 2 .....</b>	<b>34</b>
<b>QUADRO 4 - Resumo dos dados qualitativos da categoria 3 .....</b>	<b>34</b>
<b>QUADRO 5 - Resumo dos dados qualitativos da categoria 4 .....</b>	<b>35</b>
<b>QUADRO 6 - Resumo dos dados qualitativos da categoria 5 .....</b>	<b>36</b>
<b>QUADRO 7 - Resumo dos dados qualitativos da categoria 6 .....</b>	<b>36</b>
<b>QUADRO 8 - Resumo dos dados qualitativos da categoria 7 .....</b>	<b>37</b>
<b>QUADRO 9 - Resumo dos dados qualitativos da categoria 8 .....</b>	<b>38</b>

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CIR	Comissões Intergestora Regional
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
GEASM	Gerência de Expansão de Atuação da Saúde da Mulher
GCRC	Grupo Condutor da Rede Cegonha
GERES	Gerência Regional de Saúde
GM	Gabinete do Ministério
IBVASF	Instituto Beneficente Vale do São Francisco
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
QUALI CONSELHOS	Curso de Qualificação de Conselhos de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RCPCD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RUE	Rede de Atenção à Urgência e Emergência
SARGSUS	Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão
SGEP	Secretaria de Gestão, Estratégia e Participativa
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SISPRENATAL WEB	Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal, Parto, Puerpério e Criança
SISPART	Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
UPAE	Unidade Pernambucana de Atenção Especializada
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
3.1 GERAL.....	14
3.2 ESPECÍFICOS .....	14
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>15</b>
4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	15
4.2 GOVERNANÇA NA SAÚDE PÚBLICA .....	16
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>18</b>
5.1 CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO .....	18
5.2 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DO ESTUDO .....	18
5.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	20
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>24</b>
6.1 HISTÓRICO DOCUMENTAL DA RC NA VI REGIÃO DE SAÚDE .....	24
6.2 CIR: ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO E ATRIBUIÇÕES .....	27
6.3 DOCUMENTOS DE REUNIÕES DA CIR E PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	27
6.4 QUESTIONÁRIO AOS ATORES SOCIAIS DA CIR .....	32
6.4.1 Caracterização da CIR.....	33
6.4.2 Relacionamento dos membros da CIR.....	34
6.4.3 Processo decisório/pactuações.....	34
6.4.4 Organização e quórum das reuniões.....	35
6.4.5 Efetividade e frequência das pactuações da RC.....	35
6.4.6 Articulação, regulação e monitoramento/avaliação.....	36
6.4.7 Pontos fortes e fracos da CIR.....	37
6.4.8 Sugestões .....	38
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>40</b>
<b>ANEXO A – DESENHO DA REDE CEGONHA NA VI REGIÃO DE SAÚDE - ARCOVERDE</b> .....	<b>46</b>
<b>APÊNDICE A - PLANILHA CIR</b> .....	<b>48</b>
<b>APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA</b> .....	<b>49</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>50</b>

<b>APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOBRE A COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL DA VI GERES – ARCOVERDE...</b>	<b>51</b>
--	-----------

## 1 INTRODUÇÃO

A “Rede Cegonha” (RC) é uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), fruto de mobilizações sociais, que visa ao atendimento das necessidades de saúde maternas e infantis. Representa também uma “marca” do governo vigente no período no qual o programa foi iniciado. Instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) pela portaria n. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, a RC se é uma estratégia que objetiva um conjunto de cuidados direcionados tanto à mulher - referentes à reprodução, gravidez, parto e puerpério - quanto à criança - relacionados ao seu nascimento, crescimento e desenvolvimento (BRASIL, MS, 2011a).

A RC é conduzida através de princípios, objetivos e diretrizes, assim como por critérios epidemiológicos - taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade demográfica - estabelecidos para orientar sua gradual implementação no país. É composta por quatro componentes que a organizam: a) pré-natal; b) parto e nascimento; c) puerpério e atenção integral à saúde da criança; e d) sistema logístico – transporte sanitário e regulação. Suas fases de operacionalização são: a) adesão e diagnóstico; b) desenho regional; c) contratualização dos pontos de atenção; d) qualificação dos componentes; e) certificação (BRASIL, MS, 2011a).

Os documentos norteadores do seu processo de implementação nos estados são os Planos de Ação Regionais e os Planos de Ação Municipais (BRASIL, MS 2011a). Estes planos são delineados a partir da elaboração do Desenho Regional da RC, a fim de que esta possa atingir todas as regiões estaduais de saúde. Os Planos Regionais necessitam de pactuação nas Comissões Intergestoras Regionais - CIR (BRASIL, MS, 2011b, art. 2, parágrafo único). Assim, deduz-se que a CIR representa um relevante agente local de governança para que a RC seja efetivamente concretizada no âmbito da região de saúde.

O objetivo do presente estudo de caso é analisar o processo de governança local da RC, no período de 2011 a 2017, através da verificação das discussões e pactuações realizadas pela CIR da VI Regional de Pernambuco, da caracterização (organização e funcionamento) desta Comissão (análise documental), e da percepção dos atores sociais que dela participam.

A pesquisa buscou responder à seguinte questão norteadora: “Como a Comissão Intergestores Regional da VI Região de Pernambuco tem conduzido a governança da Rede Cegonha?”

## 2 JUSTIFICATIVA

A RC representa uma integração de esforços nos três níveis da administração pública, constituindo-se uma estratégia governamental (CAVALCANTI et al., 2013) na luta contra a mortalidade materna e infantil, mediante a otimização de condições para a assistência ao parto e ao nascimento. Apesar de sua recente implementação e, principalmente, de fatores insatisfatórios ainda não remediados pelas ações governamentais (LIMA e PEREIRA, 2016), dados estatísticos indicam que, entre os anos de 2011 - ano de implementação da RC no Estado de Pernambuco – e 2016, houve uma redução tanto do índice de mortalidade materna - número de óbitos maternos declarados: de 585 (2011) para 495 (2016) - como o de mortalidade infantil e fetal – número de óbitos notificados: de 12.994 (2011) para 11.217 (2016) - (BRASIL, DATASUS, 2017).

Obviamente, o comportamento destes números representa uma hipótese carecedora de investigação, uma vez que diferentes variáveis precisam ser consideradas. Ainda assim, parecem indicar que os esforços da RC tenham contribuído com a redução dos óbitos, pois a atenção e a extensão dos cuidados maternos e infantis supõem, teórica e empiricamente, melhores condições de saúde tanto para a mulher como para a criança.

Neste sentido, é relevante verificar se a CIR – indicada pelas portarias ministeriais como espaço ótimo para a condução das políticas regionais e municipais de saúde - apresentaria, na prática, condições para funcionar como agente local de governança da RC. Daí a necessidade de se analisar sua organização e funcionamento, a fim de detectar suas forças e fragilidades e, assim, prover recursos ou repensar práticas e posturas, reduzir riscos negativos e otimizar seus esforços. Posteriormente, esta pesquisa pretende divulgar seus resultados às partes interessadas, em nome de princípios da boa governança, como compromisso, ética e transparência (BRASIL, TCU, 2014, p. 17).

Uma vez que o presente estudo de caso pretendeu contribuir com a compreensão da melhoria da atenção à saúde materno-infantil – alinhada aos compromissos assumidos nos âmbitos nacional (BRASIL, MS, 2006a, 2006b, 2009 e 2010) e internacional (ONU, 2017), ao analisar a governança da RC, no contexto da VI Região de Saúde, o processo de pesquisa possibilitou a reflexão sobre suas práticas e o eventual fomento ao desempenho profissional e ao conhecimento acadêmico dos atores envolvidos nas RAS.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Analisar a governança da Rede Cegonha (RC) na VI Região de Saúde de Pernambuco, através da Comissão Intergestora Regional (CIR).

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

3.2.1 Caracterizar a CIR enquanto agente local de governança da RC, sua composição, atuação e processo decisório.

3.2.2 Verificar as pactuações da CIR referentes às fases e aos componentes da RC.

3.2.3 Analisar o alinhamento entre as pactuações e as metas/ações previstas nos planos de ação municipais.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

De acordo com a portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde (MS), de 30 de dezembro de 2010, que trata das diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), estas são um conjunto de ações e serviços integrados por sistemas de gestão, operacional e logístico que tencionam a integralidade da saúde (BRASIL, MS, 2010b).

O MS descreve as RAS como estratégia de reestruturação, a fim de superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aprimorar o funcionamento político-institucional do SUS. A implementação das RAS tenciona provocar a construção de sistemas integrados de saúde que se articulem em todos os níveis de atenção, nacional, estadual e municipal. São também consideradas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. (MENDES, 2009).

As RAS objetivam estimular a integração de ações e serviços de saúde a fim de favorecer uma atenção de forma contínua, integral, com qualidade, de forma humanizada e responsável visando a alicerçar os princípios e diretrizes do SUS. (BRASIL, MS, 2010b).

As diretrizes propostas pelas RAS, conforme a portaria que a instituiu são: a) a formação horizontal entre os diferentes pontos de atenção; b) Atenção Primária à Saúde (APS), como centro de comunicação; c) foco nas necessidades de saúde de uma população específica; d) oferta da atenção contínua e integral; e) cuidado multiprofissional; e f) compartilhamento dos objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos (BRASIL, MS, 2010b).

Há evidências de que as RAS melhoram os resultados sanitários das condições crônicas de saúde, podem melhorar as condições clínicas destas, e aumentam a eficiência dos sistemas de atenção à saúde, assim como a satisfação dos usuários e profissionais. (MENDES, 2009).

No processo de planejamento e implementação, as RAS necessitam de estruturação conforme determinados fundamentos e atributos, tais como economia de escala, suficiência e qualidade, acesso, disponibilidade de recursos, região de saúde e abrangência (MENDES, 2009). Os atributos das RAS são: a) população e territórios definidos; b) extensa gama de

estabelecimentos de saúde que prestam diferentes serviços; c) APS como primeiro nível de atenção; d) serviços especializados; e) mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada; f) atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando em consideração as particularidades de cada um; g) integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito comum; h) ampla participação social; i) gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; j) recursos suficientes; k) sistema de informação integrado; l) ação intersetorial; m) financiamento tripartite; e n) gestão baseada em resultados (BRASIL, MS, 2010b).

Para implantar uma RAS, é necessária a operacionalização de três elementos constitutivos: a) população e região de saúde – As RAS devem identificar a população e a área geográfica sob sua responsabilidade a fim de preservar, recuperar e melhorar a saúde; b) estrutura operacional - constituída pelos pontos de atenção à saúde e pelas ligações materiais e imateriais que integram os diferentes serviços; c) modelos de atenção à saúde - para atender as necessidades de saúde da população de modo seguro, eficiente e efetivo, é importante o rompimento com a hegemonia do modelo biomédico (com as RAS é exigida uma intervenção conjunta no caso das doenças agudas e crônicas) (MENDES, 2011).

No Brasil, quatro redes temáticas já foram implantadas até o momento: a) Rede Cegonha (RC); b) Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE); c) Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); e d) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) (MENDES, 2007). O trabalho em tela é dedicado a estudo de caso vinculado à primeira RAS acima mencionada.

#### 4.2 GOVERNANÇA NA SAÚDE PÚBLICA

Embora os conceitos de governança apresentem várias considerações passíveis de discussão, dada a complexidade do tema e os usos específicos de acordo com a natureza das organizações, pode-se enunciar, de modo geral, que “o significado fundamental da governança é dirigir a economia e a sociedade, visando a objetivos coletivos. O processo de governança envolve descobrir meios de identificar metas e depois identificar os meios para alcançar essas metas” (PETERS, 2013, p. 29). Este autor reconhece quatro “funções fundamentais” que permitem “compreender onde poderão surgir falhas na governança e então

considerar também os mecanismos para aperfeiçoar a qualidade do desempenho do setor público, assim como de seus parceiros no processo de governança” (PETERS, 2013, p. 29). Estas funções são: a) estabelecimento de metas coletivas; b) coordenação e coerência das metas; c) implementação; e d) responsabilização e avaliação.

No âmbito da organização pública, o monitoramento, a fiscalização e o controle dos investimentos e custos de projetos e programas previstos em lei são realizados pela governança institucional, que deve garantir a efetividade e a transparência destas iniciativas para os cidadãos (BRASIL, TCU, 2014, p. 26). A RC, nos níveis que a abarcam, necessita de governança tanto para que este controle seja efetivado e que os serviços por ela prestados sejam demonstrados, assim como disponibilizados para todas as partes interessadas. Num sentido mais específico, sistemas de governança são “arranjos institucionais” que compreendem atores, estratégias e processos diversos, com foco nas relações entre “estruturas operacionais”, objetivando a maximização de resultados (MENDES, 2011).

Ao se tratar de governança em rede – como no caso específico das RAS – verifica-se que esta funciona através da interação entre gestores interdependentes em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das ações planejadas (MENDES, 2011). Logo, uma boa governança está a serviço de uma melhoria dos processos de gestão e, conseqüentemente, do desempenho organizacional, com base na eficiência, eficácia, ética e compromisso. E, neste sentido, busca a confiança da sociedade, através de processos de controle entre o planejamento e a execução de ações (BRASIL, TCU, 2014, p. 17).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO

O presente estudo tem como objeto a análise das práticas de governança da RC na VI Regional de Pernambuco. Pretende responder à seguinte questão norteadora: “Como a Comissão Intergestora Regional da VI Região de Pernambuco tem conduzido a governança da Rede Cegonha?”

Para alcançar uma resposta a esta questão – e, conseqüentemente, os objetivos propostos – o tipo de estudo é descritivo e sua abordagem é quanti-qualitativa. Tal escolha se justifica pela natureza do objeto pesquisado, uma vez que, por um lado, o tipo descritivo contribui para uma compreensão mais ampla do objeto e, em consequência, para o delineamento do problema e a construção das hipóteses (GIL, 2002, p.41). Por outro lado, a análise da atuação da CIR demanda um esforço para além de um estudo descritivo, e tanto a expressão numérica - típica da abordagem quantitativa - quanto a compreensão subjetiva e valorativa do processo – comum à qualitativa - são necessários para o alcance do objetivo geral da pesquisa (BARROS, 1991; CHIZZOTTI, 2006; BRÜGGEMANN e PARPINELLI, 2008; DI GIOVANNI, 2013, p. 15; SOUZA e KERBAUY, 2017). A partir da “triangulação metodológica” (FREITAS e JABBOUR, 2011), foi possível uma descrição mais delineada do objeto e do problema de estudo ora apresentados.

### 5.2 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DO ESTUDO

MAPA 1 – VI Região de Saúde de Pernambuco e seus respectivos municípios constituintes



Fonte: Projeto de implantação do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha (PERNAMBUCO, 2012).

Segundo o *Mapa analítico de saúde da VI Região de Saúde de Pernambuco* (PERNAMBUCO, 2013), a VI Região totaliza uma área territorial de 13.706,1 km<sup>2</sup>, integra a Macrorregião de Saúde 3 – Sertão (sede em Serra Talhada) e compreende duas Microrregiões de Saúde: a X (sede em Arcoverde, incluindo os municípios de Buíque, Custódia, Ibimirim, Pedra, Sertânia, Tupanatinga e Venturosa); e a XI (sede em Petrolândia, incluindo os municípios de Inajá, Jatobá, Manari e Tacaratu). Os principais dados socioeconômicos destes municípios se encontram na tabela abaixo:

TABELA 1: Dados socioeconômicos da VI Regional de Saúde de Pernambuco

<b>Município</b>	<b>População (2013)</b>	<b>IDHM (2010)</b>	<b>PIB per capita - R\$ (2011)</b>
Arcoverde	72.102	0,667	7.046
Buíque	55.268	0,527	5.556
Custódia	35.574	0,594	6.572
Ibimirim	28.197	0,552	5.298
Inajá	21.003	0,523	5.188
Jatobá	14.464	0,645	4.959
Manari	19.788	0,487	4.276
Pedra	21.558	0,567	6.813
Petrolândia	34.523	0,623	19.212
Sertânia	35.042	0,613	6.038

<b>Município</b>	<b>População (2013)</b>	<b>IDHM (2010)</b>	<b>PIB per capita - R\$ (2011)</b>
Tacaratu	23.833	0,573	4.419
Tupanatinga	25.882	0,519	4.858
Venturosa	17.455	0,592	6.285
TOTAL	404.689	-	-

Fonte: *Adaptado do Mapa analítico de saúde da VI Região de Saúde de Pernambuco* (PERNAMBUCO, 2013) e *do Anuário estatístico Pernambuco* (PERNAMBUCO, 2017).

Os municípios descritos na tabela acima pertencem à Região de Desenvolvimento do Moxotó, constituindo a agropecuária sua principal fonte econômica. Destacam-se as culturas de cana-de-açúcar, algodão e frutícola (atividade agrícola); e a bovino e caprinocultura (atividade pecuária). Além destas, o comércio, o turismo, o artesanato e a indústria têxtil compõem o cenário econômico regional. No aspecto geográfico, a Caatinga é o bioma local de toda a região e o clima predominante é o semiárido, que se caracteriza por temperaturas altas, baixa umidade do ar, escassez e má distribuição de chuvas ao longo do ano (PERNAMBUCO, 2012).

Do ponto de vista da organização das RAS, as peculiaridades regionais e o fato de mais de 75% dos municípios conter população abaixo de 20.000 habitantes demandam que as redes sejam autossuficientes em média complexidade, nas microrregiões, e minimamente suficientes em alta complexidade, para garantir à população um atendimento “eficiente e de qualidade” (PERNAMBUCO, 2012).

### 5.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos para o desenvolvimento da pesquisa atenderam às demandas dos objetivos específicos do presente projeto, partindo de sua natureza de estudo de caso (FREITAS e JABBOUR, 2011), e foram assim operacionalizados:

Para o alcance do objetivo específico 3.2.1 (caracterização da CIR em relação à governança local da RC), foi efetuada, no setor de Planejamento e Regulação da VI GERES - a coleta documental (regimento da CIR, ofícios circulares, notas técnicas, relatórios, informes, apresentações, e resoluções relacionados à estruturação da RC na VI Região de Saúde).

As informações destes documentos foram lidas e, à exceção do regimento, classificadas numa tabela, de forma cronológica e conforme tipo, número e assunto, a fim de permitir tanto uma compreensão inicial da organização e do funcionamento da CIR e suas reuniões como o delineamento de um breve histórico da RC na Regional.

Para o alcance do objetivo 3.2.2 (pactuações da CIR referentes à RC), foi realizado o levantamento de dados quantitativos (informes, apresentações e pactuações), cujas fontes foram as atas e pautas de reunião da CIR, no período compreendido entre 2011 e 2017, identificadas segundo as fases de operacionalização - a) adesão e diagnóstico; b) desenho regional; c) contratualização dos pontos de atenção; d) qualificação dos componentes; e) certificação - e os componentes da RC: I) pré-natal; II) parto e nascimento; III) puerpério e atenção integral à saúde da criança; e IV) sistema logístico (BRASIL, MS 2011a).

Os dados documentais coletados, após fotocopiados, foram registrados numa planilha (APÊNDICE A), em ordem cronológica (conforme número e data da reunião) e nas categorias ata e pauta. À medida que eram lidos, os assuntos relacionados à RC foram referenciados e classificados em: a) informe; b) apresentação; e c) pactuação. Uma vez tabulados os dados, e utilizando-se do modelo proposto por BARROS (1991), foi realizada a análise e discussão de resultados.

Para o alcance do objetivo 3.2.3 (alinhamento entre as pactuações CIR e as metas/ações dos planos municipais de saúde), foram levantadas as metas/ações referentes à RC dos planos de saúde (2014-2017) dos treze (13) municípios que compõem a VI Região de Saúde de Pernambuco (descritos conf. Mapa 1 e Tabela 1), previstos pela portaria n. 650/MS, de 5 out.2011 (BRASIL, 2011b). A fonte da coleta foi o sistema SARGSUS (BRASIL, SGEP, 2017). As ações/metasp foram registradas em planilha e também classificadas conforme os componentes da RC. Uma vez tabulados os dados, estes foram analisados e discutidos.

Para a confirmação dos objetivos específicos e para uma melhor compreensão dos resultados da pesquisa, a partir dos atores sociais que compõem a Comissão, foi realizada a coleta de dados qualitativos sobre as características da CIR local, através de questionários estruturados, com quinze (15) questões abertas (APÊNDICE B), distribuídos aos seus membros mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C), no período de dezembro/2017. A decisão por este instrumento se deve ao fato de que o questionário “constitui o meio mais rápido e mais barato de obtenção de informações” (GIL, 2002, p. 57), dando assim condições para o alcance do maior número possível de membros da



CIR – num total de dezessete (17) - distribuídos em distintos pontos geográficos e em condições limitadas de tempo, representando assim uma oportunidade de atender aos prazos do cronograma da pesquisa (GIL, 2002, p. 58).

Quanto à utilização de questões abertas, estas possibilitam maior liberdade de expressão escrita dos sujeitos - inclusive pelo grau de escolaridade dos mesmos - todos(as) os(as) respondentes possuem grau de escolaridade Superior e apenas um(a), com Ensino Médio concluído - e dada a ausência de um(a) entrevistador(a), que poderia tolher ou mesmo direcionar seus depoimentos (GIL, 2002, p. 59). Além disso, as características deste instrumento permitiram uma compreensão mais ampla das convergências e divergências de percepções destes atores sociais e dos aspectos favoráveis e desfavoráveis para suas atuações na CIR.

Considerando que a análise de conteúdo “visa decompor qual o conteúdo de um conjunto complexo em elementos simples para classificar esses elementos e, eventualmente, mensurar a frequência desses elementos” (CHIZZOTTI, 2006, p. 78), foi utilizada esta técnica, proposta por este autor e BARROS (1991) para a codificação dos depoimentos registrados e para a verificação da frequência dos dois critérios empregados.

O primeiro foi o “semântico” (BARROS, 1991, p.100), representado por temas, que são “proposições sobre um assunto ou um conjunto significativo de palavras que corresponde a uma ideia” (CHIZZOTTI, 2006, p. 83). Os temas do questionário foram codificados e classificados, a partir da sequência das questões (Q) pelas seguintes unidades de significado: Q1) estrutura; Q2) relacionamento; Q3) coordenação; Q4) decisão; Q5) pactuação; Q6) organização; Q7) quórum; Q8) articulação; Q9) regulação/atores; Q10) efetividade; Q11) frequência RC; Q12) monitoramento/avaliação; Q13) pontos fortes; Q14) pontos fracos; Q15) sugestões.

O segundo critério utilizado foi o “sintático” (BARROS, 1991, p.100), representado por “unidades de registro com base gramatical” (BARROS, 1991, p. 99), ou seja, palavras básicas do texto (unidades lexicais como verbos, substantivos, adjetivos e advérbios) ou orações completas, de acordo com o contexto das questões propostas.

Após a classificação dos depoimentos, a partir dos temas propostos, foram estabelecidas categorias, consideradas como “conceitos ou atributos, com um grau de generalidade, que confere unidade a um agrupamento de palavras ou a um campo do

conhecimento, em função da qual o conteúdo é classificado, quantificado, ordenado ou qualificado” (CHIZZOTTI, 2006, p.82).

Posteriormente, foram realizadas a análise e discussão de resultados, e apresentadas conforme as seguintes categorias analíticas: a) caracterização da CIR (Q1, Q3); b) relacionamento dos membros da CIR (Q2); c) processo decisório/pactuações (Q4, Q5); d) organização e quórum das reuniões (Q6, Q7); e) efetividade e frequência das pactuações da RC (Q10, Q11); f) articulação, regulação e monitoramento/avaliação (Q8, Q9, Q12); g) pontos fortes e fracos da CIR (Q13, Q14); e h) sugestões (Q15).

## 6 RESULTADOS

### 6.1 HISTÓRICO DOCUMENTAL DA RC NA VI REGIÃO DE SAÚDE

O Quadro 1 (abaixo) apresenta, em sequência cronológica, fatos registrados em documentos coletados durante a pesquisa de campo efetuada no período de agosto a setembro de 2017, no setor de Planejamento e Regulação da VI GERES, mediante declaração de anuência (APÊNDICE B). As informações registradas permitem observar algumas discussões e deliberações dos temas relacionados à RC, entre 2012 e 2017 na Regional, especialmente em setores envolvidos com esta temática, além de alguns registros da própria CIR.

QUADRO 1 – Resumo de documentos coletados sobre a RC

DATA	DOCUMENTO/EVENTO	INFORMAÇÃO SOBRE A RC
17.jul.2012	Of. circ. n. 36/2012 – GEASM	Assunto: importância da implantação do SISPRENATAL WEB como sistema de monitoramento e avaliação do pré-natal, parto, puerpério e criança. Objetivo: captação das mulheres diagnosticadas gestantes a partir de 2.jan.2012.
20.jul.2012	Of. circ. n. 37/2012 – GEASM	Assunto: formação do Grupo Condutor Regional da RC (GCRC). Objetivo: apoiar os municípios junto às unidades de saúde de referência para atenção ao pré-natal, parto e atenção à saúde da criança, apoiando o processo de implantação das propostas pactuadas pelos municípios. Sugere a seguinte composição: representantes da AP; da Saúde da Mulher; da Saúde de Criança; da Regulação, do COSEMS; e do Controle Social. A CIR pactuou e aprovou a composição e enviou resolução para a GERES.
24.jul.2012	(Of. circ. n. 40/2012 – GEASM)	Lançamento da RC em Pernambuco.
31.jul.2012	Nota técnica DAPES/SAS/MS	Assunto: Esclarecimento às SMS sobre o apoio ao deslocamento de gestantes inseridas na RC. Objetivo: viabilizar ações com a concessão de benefício financeiro para gestantes cadastradas no SISPRENATAL O benefício foi extinto porque a MP não foi aprovada pelo Congresso Nacional dentro do prazo legal. Sugere divulgação às gestantes.
20.ago.2012	Of. circ. n. 40/2012 – GEASM	Assunto: Recursos da Atenção Primária recebidos pela RC e os planos de ação municipais. Objetivo: informar os gestores municipais que, após o recebimento do recurso financeiro da AP-RC, recomendem ao representante municipal da RC e ao coordenador da AP o acesso ao SISPART para a revisão das metas pactuadas e a utilização dos recursos conforme do programado no sistema.

DATA	DOCUMENTO/EVENTO	INFORMAÇÃO SOBRE A RC
31.ago.2012	(Relatório do I Fórum Perinatal)	Assunto: Oficina para construção da RC no Estado de PE – Serra Talhada. Objetivo: Estruturar e qualificar a rede materno-infantil.
Set.2012	Informe da CIR	Assunto: Proposta de representação do GCRC. Objetivo: Recomendação dos representantes.
16.out.2012	Of. circ. CIR n. 16/2012	Assunto: Reunião sobre o preenchimento do componente II (parto e nascimento) Objetivo: Solicitar a presença do técnico responsável pelo SISPART para a reunião no dia 24.out.2012, no local e horário informados.
13.mai.2013	Res. CIR n. 10/2013	Assunto: Alteração do GCRC para o processo de implantação da RC, nos municípios da VI GERES. Objetivo: Ratificar a representação do GCRC (coordenadoras da Atenção Primária; Saúde de Mulher e da Criança; Mãe Coruja; Regulação; Vigilância em Saúde; Coordenadoria Municipal Saúde da Mulher (Arcoverde e Petrolândia); Planejamento;
23.out.2013	Relatório do I Forum Perinatal da RC	Assunto: relato das atividades do evento. Objetivo: apresentar as principais experiências e resultados da RC nos municípios da regional (caracterização da rede; pontos fortes; problemas identificados; sugestões).
25.fev.2014	Reunião do GCRC (Apresentação da Oficina 2015)	Assunto: Rede Materno-Infantil Regional com a apresentação da estrutura municipal; Planejamento 2015. Objetivos: Discutir os processos: reestruturação da Maternidade do Regional; implantação de leitos Canguru no Regional; implantação de referência para pré-natal de alto risco; realização de cursos de qualificação na área de obstetrícia; fortalecimento do vínculo entre as equipes da AP e o Regional; maior fiscalização da utilização dos recursos da RC na AP (nenhum desdobramento). Elaborar o planejamento de ações para 2015
3.jul.2014	Reunião do GCRC - documento sem numeração	Assunto: Abertura do SISPART para proposta na RC. Objetivo: Explanação do sistema e pendências relativas das propostas apresentadas
26.fev.2015	Of. circ. n. 4/2015 – GEASM	Assunto: Oficina dos Grupos Condutores Regionais da RC (5.mar.2015 / Recife) Objetivo: fortalecer os grupos para conduzir o processo de implementação da RC nas regiões de saúde e planejar as ações para 2015.
5.mar.2015	Apresentação da Oficina de Monitoramento e Avaliação da Rede Materno-Infantil: Grupos Condutores Regionais	Assunto: atividades do GCRC.
10.mar.2015	Res. CIR n. 3/2015	Assunto: Alteração do GCRC
10.mar.2015	Ata CIR n.76/2015	Assunto: Informe da RC Comentário: <b>“durante o período de 2011 a 2013 nossa regional não foi contemplada com nada em relação a Rede Cegonha</b> , as ações que foram apresentadas referente ao ano 2014 através de reuniões, Fórum Perinatal Regional realizado em fevereiro de 2014. Alteração do projeto da Rede Cegonha, situação pré-natal de todos os municípios, Planejamento para 2015, todas estas informações serão apresentadas no Fórum Estadual da Rede

DATA	DOCUMENTO/EVENTO	INFORMAÇÃO SOBRE A RC
		Cegonha a ser realizado na SES – Recife”.
21.jul.2015	Ata CIR n. 79/2015	Assunto: Fortalecimento da Rede de Obstetrícia e Neonatologia. Comentário: necessidade de fortalecer esta Rede, “pois ainda é uma das grandes dificuldades nas transferências devido o hospital não dispor de condições, a parturiente acaba indo para outros locais mais distantes e muitas vezes sem uma regulação, fora que em muitas situações o Hospital Regional solicita ambulâncias para transferências ou detém as ambulâncias dos municípios (...) O hospital não era nem para realizar partos, pois não temos Neo e apenas 1 ginecologista de plantão, apesar do médico não poder, a criança vai nascer de qualquer jeito, é mais sobrecarga do sistema, ele acaba abraçando a causa, não temos UTI Neonatal e <b>não recebemos nada da SES na Rede Cegonha que estava para ser implantada</b> (...) não depende da gerência regional, <b>não temos recursos e menos estímulos, os problemas são muito mais complexos, os projetos são bonitos no governo federal, mas a execução é outra conversa</b> ”.
15.out.2015	Ata CIR n. 81/2015	Assunto: Monitoramento de Exames de Imagens 09/2015 e UPAE. Comentário: “O Promotor sabe que a Rede Cegonha depende do Ministério da Saúde para implantar e do apoio das GERES. Na cabeça do judiciário, eles querem a solução, vocês todos tem que se unirem, a referência tem que ser compartilhada, na cabeça deles, é jurídica e na nossa, técnica (...).
21.fev.2017	Res. CIR n. 5/2017	Assunto: Aprova a nova composição dos membros da CIR.

Conforme as informações acima, é possível detectar que a Gerência de Atenção à Saúde da Mulher - GEASM, após a CIR, é uma das estruturas funcionais que mais se pronunciaram sobre assuntos relativos à RC.

Percebe-se também que houve, ao final, um lapso de registros de 14 meses entre a data do penúltimo e do último documento supracitado. Seria válido verificar a razão desta lacuna diante das discussões sobre a RC neste período.

Ao verificar o conteúdo das informações sobre a RC contidas nos documentos observados, pode-se ressaltar esforços no sentido de viabilizar o Grupo Condutor da Rede Cegonha – GCRC - e sistemas como o SISPRENATAL e o SISPART. Também é verificada a mobilização para eventos relacionados aos cuidados perinatais.

Algumas críticas contidas nos documentos levantados se referem ao não atendimento de recursos financeiros, o que pode comprometer, por exemplo, o componente IV da RC - especificamente a questão logística do transporte sanitário. Outras críticas remetem à dificuldade de implementar a RC por conta da dificuldade em obter os provimentos financeiros e a atenção das esferas superiores às necessidades locais.

## 6.2 CIR: ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO E ATRIBUIÇÕES

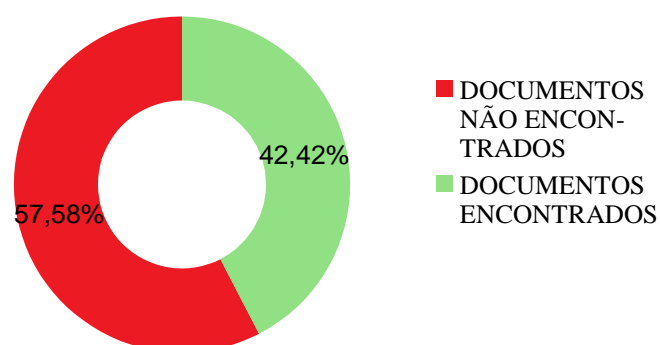
Conforme seu Regimento Interno, a CIR é composta pelos secretários municipais de saúde da Regional de saúde e membros estaduais, que são, além do(a) gerente regional, os(as) coordenadores(as) da Atenção Básica, do Planejamento e Regulação, da Vigilância em Saúde, do Programa *Mãe Coruja* e dos Recursos Humanos.

Do ponto de vista administrativo e operacional, a CIR é mobilizada da seguinte forma: as reuniões são mensais - terceira terça-feira, a partir de 9h, no auditório da VI GERES – e, para, sua ocorrência, faz-se necessário o quórum de sete secretários municipais (num total de treze). A presidência da CIR é assumida pela Gerência Regional e a secretaria, pela Coordenadoria de Planejamento e Regulação, que recolhe os assuntos dos membros até a sexta-feira anterior à reunião para a composição da pauta. Uma vez não alcançado o quórum estipulado, as reuniões acontecem, entretanto não são realizadas pactuações – o que, por muitas vezes, atrasa o processo decisório da Comissão e, por conseguinte, a efetuação das deliberações.

Diante dos documentos coletados e observados, as atas não seguem necessariamente um padrão, variando conforme o estilo do(a) redator(a), isto é, do(a) secretário(a) ou seu(sua) substituto(a) formal. Deduz-se que não há um modelo estruturado para o registro das atas, o que causou dificuldades para a coleta dos dados quantitativos referentes ao levantamento de pactuações apresentadas e aprovadas. Embora não haja padronização da ata, via de regra, as reuniões registradas em ata apresentam a seguinte estrutura: a) abertura; b) informes; c) apresentação; d) pactuação; e) encerramento.

## 6.3 DOCUMENTOS DAS REUNIÕES DA CIR E PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

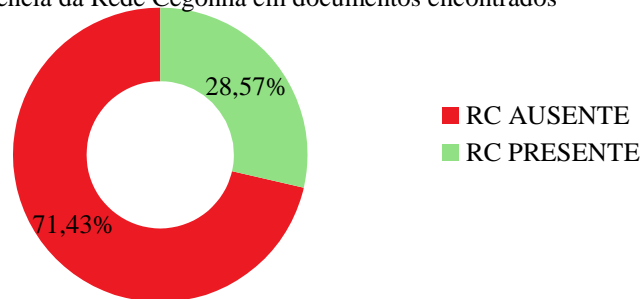
Gráfico 1: Resultado da coleta de atas e pautas da CIR



Conforme o Gráfico 1 (acima), foram encontrados 28 documentos (42,42%) de um total esperado de 66 (100%), sendo 24 atas e 4 pautas de reunião da CIR da VI Regional – no período de 14.set.2011 a 18.ago.2017. A inclusão das pautas ocorreu justamente porque o total de atas encontradas ficou aquém da quantidade total esperada, ao se considerar a numeração do primeiro documento encontrado (ata n. 36/2011) à do último (ata n. 101/2017) e a expectativa da frequência (mensal) de reuniões da CIR. Assim, a inclusão dos assuntos das pautas, mesmo restrita à descrição de seus tópicos, acrescentou dados sobre a presença ou ausência de referências à RC no universo documental pesquisado.

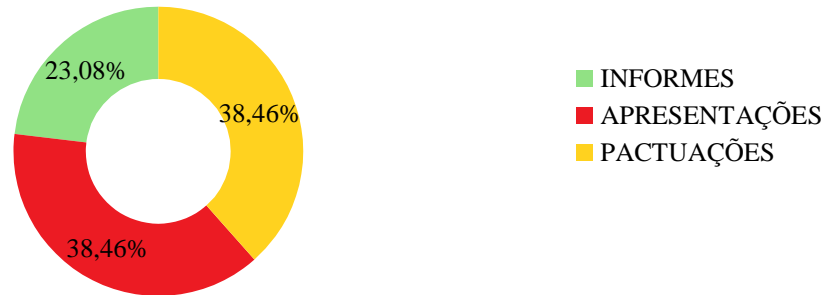
O não arquivamento e a conseqüente não localização dos documentos impacta diretamente numa das boas práticas de governança, a transparência, uma vez que o acesso a informações públicas deve ser garantido a qualquer cidadão (BRASIL, TCU, 2014, p. 26). Como recomendação, sugere-se o arquivamento tanto físico como eletrônico (digitalização das atas após assinadas), o que asseguraria a disponibilidade das informações ao público interessado.

Gráfico 2: Ocorrência da Rede Cegonha em documentos encontrados



Além do escasso quantitativo de documentos encontrados, o registro de referências à RC se encontra em 8 (28,5%) dos 28 (100%) documentos coletados – ou seja, em menos de um terço destes, conforme o gráfico 2 (acima). Em tese, este resultado indica baixa frequência de discussões sobre a RC durante as sessões plenárias. Esta realidade observada contradiz o papel previsto para a CIR da VI Região de Saúde, preconizada pelas portarias ministeriais como “o espaço ótimo para a condução das políticas regionais e municipais de saúde relativas à RC” (BRASIL, MS, 2011b).

Gráfico 3: Tipos de referência encontrados sobre a Rede Cegonha



De acordo com o gráfico 3 (acima), as referências à RC encontradas se classificam em 5 apresentações (38,46%), 5 pactuações (38,46%) e 3 informes (23,08%). Verificou-se, concomitantemente com os dados da tabela 2 (abaixo), que 50% destas referências advêm de pautas e outros 50%, das atas, num total de 13 (100%) referências encontradas.

TABELA 2: Excerto da Planilha CIR com as referências à RC

DATA	ATA	PAUTA	REFERÊNCIA À RC	FASE	COMPONENTE	INFORMES	APRESENTAÇÕES	PACTUAÇÕES
14.09.2011	X		Pactuação: Projeto de estruturação da RC na VI GERES	A	-	-	1	1
14.05.2012		X	Apresentação: Programa Mãe Coruja – 1º Quadrimestre	-	-	-	0	0
13.08.2012		X	Informe: Rede Cegonha: Chamamento: doação de detectores fetais.	-	-	1	0	0
19.08.2013		X	Informe: Projeto de cirurgias eletivas e mutirão de cirurgias eletivas e Rede Cegonha, SAMU (bases descentralizadas, nome do coordenador, planilha semanal.	-	-	1	0	0
10.03.2015	X		Apresentação: Alteração do GCRC. Reestruturação do projeto. Pactuação: Agenda anual de atividades / Implantação da Central de Parto Normal	A	-	-	2	2
21.07.2015	X		Apresentação: Fortalecimento da rede de Obstetrícia e Neonatologia.	-	II	-	0	0
12.04.2016		X	Informe: Solicitação de referência de gestação de alto risco, cuidados neonatais e implantação de um centro de parto normal – Instituto Beneficente Vale do São Francisco (IBVASF), Petrolândia. Apresentação/Pactuação: Nova composição do GCRC	-	-	1	1	1
14.06.2016	X		Apresentação/Pactuação: Solicitação de integração da Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e à Infância do Buíque ao GCRC	A	II	-	1	1
<b>TOTAIS</b>				-	-	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

Fonte: elaboração da autora.

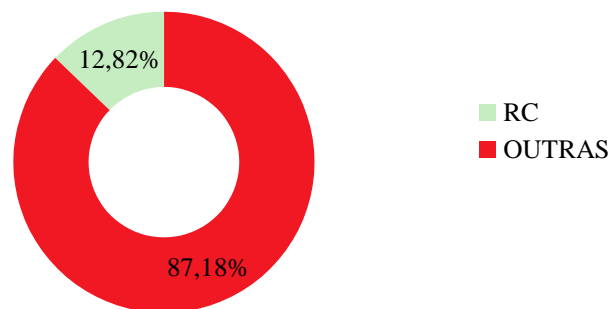
A partir da observação da Tabela 2 (acima), destaca-se o alinhamento entre apresentações e pactuações da RC, isto é, as propostas de pactuação apresentadas foram efetivamente aprovadas pelo colegiado, embora o quantitativo das referências encontradas seja bastante reduzido em relação ao universo documental esperado, para deduzir que este processo de efetividade seja uma constante do processo decisório da CIR.



As pactuações referentes à RC foram classificadas conforme suas fases de operacionalização: a) adesão e diagnóstico; b) desenho regional; c) contratualização dos pontos de atenção; d) qualificação dos componentes; e) certificação; e de acordo com os componentes: I) pré-natal; II) parto e nascimento; III) puerpério e atenção integral à saúde da criança; e IV) sistema logístico – transporte sanitário e regulação (BRASIL, MS, 2011a). Entretanto, os dados coletados foram insuficientes para uma classificação e uma análise representativa da distribuição destas pactuações entre as fases e os componentes, o que poderia indicar o real estágio de implementação da RC e a priorização dos esforços para o atendimento aos cuidados maternos e infantis na VI Região.

Quanto à classificação dos 2 registros às fases da RC, a Tabela 2 demonstra que se referem à fase de adesão e diagnóstico (A). Este dado poderia indicar erroneamente que a RC ainda se encontra no início da implementação. Entretanto, o documento *Desenho da Rede Cegonha na VI Região de Saúde - Arcoverde* (ANEXO A) evidencia que a RC já ultrapassou, no mínimo, a fase B. Em relação aos 2 registros dos componentes da RC, verifica-se a referência ao II - parto e nascimento, podendo indicar uma priorização específica às condições de assistência neonatal e obstétrica.

Gráfico 4 - Pactuações registradas em documentos encontrados

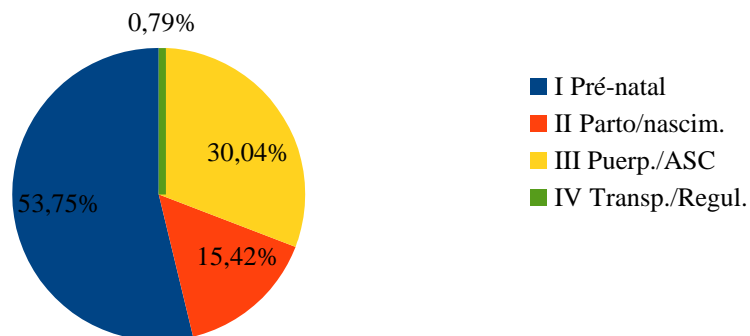


O Gráfico 4 (acima) demonstra 5 (12,82%) pactuações referentes à RC nos documentos encontrados, em relação a 34 (87,18%) pactuações de outra natureza, o que reforça a análise de dados do Gráfico 2: uma baixa frequência de decisões colegiadas para esta RAS. Esta constatação sugere que os gestores municipais, uma vez aprovados os planos de saúde, não utilizam o espaço e o papel esperado da CIR para a implementação, execução, monitoramento e avaliação das ações/metaplanejadas.

Assim, é relevante questionar se não haveria um processo de esvaziamento da CIR para, por exemplo, pactuar a pertinência dos recursos necessários à realização das ações/metasp constantes dos planos municipais de saúde. Hipoteticamente, os municípios utilizariam outro fórum, que não a CIR, a fim de garantir a execução do que foi planejado para o período plurianual de 2014-2017. Esta hipótese explicaria a quase ausência de pactuações relacionadas à RC, durante as reuniões colegiadas.

Neste sentido, foram verificados o *Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014-2017* e o *Relatório Anual de Gestão (RAG) 2016* de cada um dos 13 municípios, através do sistema SARGSUS (BRASIL, SGEP, 2017), com a intenção de observar a existência de referências às ações/metasp relativas à RC. Nos relatórios, as metasp/ações constantes dos planos não são discriminadas com rubricas, apenas com as razões e percentuais de suas execuções, isto é, de forma geral, as ações/metasp previstas não foram visibilizadas nos relatórios.

Gráfico 5 - Ações/Metasp dos PMS 2014-2017 por componente da RC



Ao se analisar as 203 ações/metasp previstas em todos os PMS - considere-se o fato de que algumas destas atendem a mais de um componente - observou-se que 136 (53,75%) estão relacionadas ao componente I – pré-natal, seguidas de 76 (30,04%) relacionadas ao componente III – puerpério e atenção à saúde da criança, seguidas de 39 (15,42%) do componente II – parto e nascimento e apenas 2 (0,79%) do componente IV – transporte e regulação.

Esta priorização do componente I no conjunto dos planos municipais de saúde suscita a premissa de que os esforços direcionados ao pré-natal possam minimizar condições desfavoráveis aos outros componentes, num sentido de atenção preventiva, por exemplo, a ênfase dada aos exames para averiguação das condições de saúde da mulher gestante, a sua

inclusão nos sistemas de monitoramento e a preocupação com os indicadores de morbimortalidade materna e infantil.

Outra hipótese que atenda a este dado seria a evidência de que a atenção dada desde o início da gravidez acarrete custos relativamente mais baixos, em sua execução, que aqueles destinados a outros componentes. Entretanto, estas inferências são carecedoras do cruzamento de dados mais robustos. Além disso, estas considerações hipotéticas não participam dos objetivos do presente estudo, funcionando apenas como possibilidades para a compreensão do resultado evidenciado.

Ao se comparar o quantitativo absoluto de ações/metras constantes dos planos municipais de saúde pesquisados (203) com o quantitativo de pactuações efetivadas nas reuniões da CIR local (5), observa-se uma taxa de 0,02 entre o planejado e o pactuado, o que demonstra a quase inexistência de alinhamento entre ações/metras planejadas e pactuações da CIR, no período pesquisado. Esta evidência, conduziria à premissa de que o total de pactuações registradas nas atas e pautas das reuniões da CIR, assim como a taxa de correspondência entre estas e as metas/ações previstas nos PMS demonstrariam que a CIR local não se configuraria como agente da governança da RC na VI Região de Pernambuco.

Entretanto, é necessário considerar que os resultados iniciais apontaram para a insuficiência de dados – ou seja, a escassa localização de registros em atas das reuniões da CIR, o que torna esta possível premissa inconclusiva. Diante disto, foi necessário detectar informações perante os próprios membros da CIR, o que levou à análise de suas opiniões, conforme o que segue.

#### 6.4 QUESTIONÁRIO AOS ATORES SOCIAIS DA CIR

Houve um retorno de 7 (38,8%) questionários de um total de 18 (100%) distribuídos aos membros atuais da CIR no período de dezembro/2017, antes do início da última reunião colegiada desse ano. Algumas respostas repetidas nos questionários não foram inseridas nos quadros apresentados neste tópico. De acordo com o procedimento apresentado em 5.3, os registros, uma vez codificados e classificados, compuseram as seguintes categorias de análise.

## 6.4.1. Caracterização da CIR

QUADRO 2 – Resumo dos dados qualitativos da categoria 1

DESCRIÇÃO DA QUESTÃO	RESPOSTAS POR UNIDADE DE ANÁLISE
Q1 – Como você percebe a <b>estrutura</b> da CIR (organização, divisão das atribuições, funcionamento das reuniões)?	“qualificada, resolutiva”; “satisfatória”; “muito competente”; “organizada”; “boa”; “regular”; “organiza-se em plenário, câmara técnica, coordenação e comissão permanente de integração ensino-serviço”; “bem estruturada”; “com funções definidas”; “conforme critérios estabelecidos”
Q3. 1/2 - Quem são os responsáveis pela <b>coordenação</b> da <i>Rede Cegonha</i> na Região de Saúde?	“coordenadores e gestores da regional e representação municipal”; “Regional”; “Atenção Básica”; “Vigilância em Saúde”; “Atenção à Saúde”; “Planejamento e Regulação”; “Mãe Coruja”; “representantes dos hospitais com parto”
Q3. 2/2 - Como tem ocorrido esse processo?	“reuniões e monitoramento”; “da redução de óbitos”; “melhorar a assistência e disseminar o cuidado continuado”; “o plano regional da RC aconteceu em 2011 e não foi dada efetividade a grande parte do desenho”

Conforme o Quadro 2 (acima), segundo os atores sociais respondentes ao questionário, a estrutura da CIR, quanto à sua organização, divisão das atribuições e funcionamento previsto para as reuniões, foi considerada, de forma geral, favorável. Foi lembrado por um(a) do(a)s respondentes que a CIR “organiza-se em plenário, câmara técnica, coordenação e comissão permanente de integração ensino-serviço”. Além disso, foi sugerido que “deveria haver uma secretária exclusiva com atribuições”, o que remeteria a uma inconstância do papel do ator incumbido a esta tarefa. E que seria a “atuação municipal insatisfatória”, que remeteria a uma maior participação das secretarias municipais às reuniões. É percebido pelos(as) respondentes que a responsabilidade pela coordenação dos trabalhos da CIR é atribuída, majoritariamente, às coordenações da VIGERES. Considerando que a maioria dos(as) respondentes compõem esta Gerência, é possível afirmar a consciência destes quanto ao papel de liderança na condução dos processos.

Diante dos registros, é possível inferir que a CIR funciona, prevalentemente, de forma satisfatória para os(as) próprios(as) integrantes respondentes, a partir da disposição de seu Regimento Interno, ressaltando a importância da existência e do seguimento deste instrumento. Ainda assim, houve um comentário crítico (“o plano regional da RC aconteceu em 2011 e não foi dada efetividade a grande parte do desenho”) que levanta questionamento à “efetividade” da RC, já que há registro documental do desenho local da RC” (ANEXO A).

#### 6.4.2. Relacionamento dos membros da CIR

QUADRO 3 –Resumo dos dados qualitativos da categoria 2

DESCRIÇÃO DA QUESTÃO	RESPOSTA POR UNIDADE DE ANÁLISE
Q2 - Como você percebe o <b>relacionamento</b> entre os membros das reuniões (comunicação, entrosamento, respeito, solidariedade)?	“harmonioso”, “muito bom”, satisfatório”, “falta de entrosamento e solidariedade”; “muito positivo para tirar dúvidas e solucionar problemas”, “câmara técnica tem mais entrosamento e solidariedade”; “bom”; “boa comunicação e respeito”, “dinâmico e mútuo”

Nesta categoria, conforme o Quadro 3 (acima) houve unanimidade de percepção satisfatória. Apesar desta convergência de opiniões, ainda foi observado certo grau de insatisfação quanto ao “entrosamento e solidariedade”; e a distinção de relacionamento entre os diferentes setores que (“a câmara técnica tem mais entrosamento e solidariedade”).

#### 6.4.3. Processo decisório/pactuações

QUADRO 4 –Resumo dos dados qualitativos da categoria 3

DESCRIÇÃO DA QUESTÃO	RESPOSTA POR UNIDADE DE ANÁLISE
Q4 - Como você percebe o processo de <b>tomada de decisão</b> da CIR (rápido, lento, fácil, difícil, consensual, conflituoso?)	“consensual, fácil”; “imprescindível, necessária”; “depende da demanda”; “regional: consensual e rápida; estadual: lentas ou sem retorno”
Q5 - Para você, o que é <b>pactuação</b> e como é o seu processo?	“acordo de responsabilidades”; “tomada de decisão coletiva por consenso”; “acordo entre partes”; “tomada de decisão que beneficie todos ou a maioria”; “processo no qual os gestores do SUS assumem compromissos para melhoria da saúde da população, através de indicadores de processo e de resultados”; “processo onde são definidas e quantificadas ações em saúde para garantia de acesso a serviços para a população e que deve considerar o planejamento realizado”; “estabelecimento de um contrato, um acordo, de forma transparente e participativa dos colegiados”

A questão sobre o processo de tomada de decisão da CIR direcionou intencionalmente as respostas com binaridades qualificativas como “rápido/lento”, “fácil/difícil”, “consensual/conflituoso”. Os depoimentos demonstram a percepção favorável do papel da governança da CIR, referente à RC na Regional quanto ao seu processo decisório. De modo geral, foi respondido que o processo é positivo, embora alguns depoimentos diferenciem a esfera local da estadual - “estadual, de forma lenta ou sem retorno” - e que estas

características “dependem da demanda”. Quanto ao conceito de “pactuação”, as opiniões convergem para o que é preconizado nas normas e legislações.

#### 6.4.4. Organização e quórum das reuniões

QUADRO 5 – Resumo dos dados qualitativos da categoria 4

DESCRIÇÃO DA QUESTÃO	RESPOSTA POR UNIDADE DE ANÁLISE
Q6 - A atual organização das reuniões da CIR (datas, horários, pautas, coordenação da reunião) influencia positiva ou negativamente no processo de pactuação entre os gestores?	“positiva”; “positiva e atuante”; “positivamente”
Q7. 1/2 - Com que frequência há falta de <b>quórum</b> nas reuniões?	“frequente”; “bastante frequente”; “não existe tanta ausência”; “pouca frequência”; “em 2017, não ocorreu falta de quorum”; “não sei”; “até 2015, 80% das reuniões sem quorum, depois de reestruturação, 90% com quorum”
Q7. 2/2 - Há impacto deste fator no processo de pactuação?	“fundamental”; “impacta diretamente”; “sendo negativo, impede a celeridade”; “muitas faltas atrapalham as pactuações”; “quando acontece, o impacto é negativo, prorroga decisões”

Quando questionados(as) se a organização das reuniões da CIR influencia positiva ou negativamente no processo de pactuação entre os gestores (Q6), houve unanimidade expressa em respostas favoráveis.

Sobre o quórum às reuniões (Q7), as opiniões tenderam a afirmar dificuldade no alcance deste. Entretanto, pelo conjunto dos depoimentos, a ausência de quórum está se reduzindo ao longo do tempo. Ao mesmo tempo, há uma percepção geral de que a ausência de quórum prejudica o processo de pactuação. Estas informações apontam para uma conscientização da importância da participação contínua dos membros, dada a importância do quórum.

#### 6.4.5. Efetividade e frequência das pactuações da RC

QUADRO 6 –Resumo dos dados qualitativos da categoria 5

DESCRIÇÃO DA QUESTÃO	RESPOSTA POR UNIDADE DE ANÁLISE
Q10 1/2 - Na sua opinião, os pontos que são pactuados são <b>efetivados</b> em ações?	“não”; “nem todos”; “não há novas pactuações”; e “depende de demandas ministeriais”; “sim”; “na medida do possível, sim”
Q10 2/2 - Por quê?	“questões financeiras”; “falta de estrutura de equipamentos e RH”; “falta de infraestrutura adequada”; “precisam ser colocadas em prática para recebimento de recursos”; “há entraves que não dependem da regional e dos municípios”
Q11 - Com que <b>frequência</b> você estima que são apresentadas e pactuadas as propostas sobre a <i>Rede Cegonha</i> ?	“última em 2012”; “duas vezes por ano”; “pouquíssima”; e “só quando o ministério lança convênio ou programa aporte financeiro: frequência baixa, em 2017 não houve”

Sobre a efetividade das pactuações (Q10 1/2), houve tendência a respostas desfavoráveis. Quanto às razões (Q10 2/2) para esta situação, a maioria das respostas se referem a questões de recursos financeiros para a viabilização da infraestrutura.

Quanto à frequência das pactuações específicas sobre a RC (Q11), há uma opinião geral de que estas são esporádicas, dependendo de fatores alheios. Foi citada a atuação do Grupo Condutor da RC (GCRC) neste processo, apontando a possibilidade deste funcionar como fórum de deliberações da RC, além das reuniões da CIR.

#### 6.4.6. Articulação, regulação e monitoramento/avaliação

QUADRO 7 –Resumo dos dados qualitativos da categoria 6

DESCRIÇÃO DA QUESTÃO	RESPOSTA POR UNIDADE DE ANÁLISE
Q8 1/2 - Quais são os <b>mecanismos de articulação</b> entre os pontos de atenção à saúde na <i>Rede Cegonha</i> ?	“de forma hierárquica e conforme as necessidades de atuação”; “pouca articulação com o serviço de referência para partos de risco habitual”; “realizada pelo GCRC”.
Q8 2/2 - Como se dá essa articulação na Regional?	“e-mails e reuniões”; “monitoramento dos pontos de atenção, com necessidade de qualificação destes”; “a organização das RAS exige a definição da Região de Saúde, a integralidade”
Q9. 1/2 Como é desenvolvida a <b>regulação do acesso e a continuidade no cuidado</b> pela <i>Rede Cegonha</i> na Regional?	“a entrada e o encaminhamento por senha”; “através das três esferas, na regional, pelos sistemas e dados disponíveis”; “não há regulação de acesso para parto pela GERES”; “regula o Pré-natal de Alto Risco”; “falta de interação e matriciamento”; “existe um sistema que regula os pacientes para níveis de atenção mais complexos”.
Q9. 2/2 - Que atores estão diretamente envolvidos?	“profissional da maternidade”; “profissional da central de leitos”; “coordenações regionais e municipais”; “continuidade pela AB municipal; “o GCRC não participa direta ou

DESCRIÇÃO DA QUESTÃO	RESPOSTA POR UNIDADE DE ANÁLISE
	ativamente destas ações”; “todos os profissionais da rede contribuem para o encaminhamento e a regulação”
Q12 - Como têm ocorrido o <b>processo de monitoramento e avaliação</b> dos recursos financeiros destinados às pactuações da <i>Rede Cegonha</i> ?	“não tem ocorrido”; “de forma constante nos encontros, através de portarias de repasses e monitoramento municipal”; “na prestação de contas quadrimestral”; “não há clareza de recursos financeiros destinados, diferente dos repasses ministeriais que, quando ocorrem, são divulgados”; “ainda não foi realizada pela regional/GCRC a utilização de recursos.”

Ao se analisar os depoimentos sobre os processos de articulação, regulação, monitoramento e avaliação de ações voltadas à RC, percebe-se considerável nível de conhecimento destes por parte dos(as) entrevistados(as). Alguns aspectos desfavoráveis quanto ao monitoramento e avaliação dos recursos financeiros remetem a uma necessidade de atenção e a um maior esclarecimento, uma vez que este processo determina, em parte, o nível de sucesso de uma boa governança, no sentido do controle dos recursos e da transparência.

#### 6.4.7. Pontos fortes e fracos da CIR

QUADRO 8 –Resumo dos dados qualitativos da categoria 7

DESCRIÇÃO DA QUESTÃO	RESPOSTA POR UNIDADE DE ANÁLISE
Q13 - Que <b>pontos FORTES</b> você identifica na condução dos assuntos da <i>Rede Cegonha</i> durante as reuniões da CIR?	“questionamentos sobre ausência de referência para alto risco e financiamento”; “financiamento”; “técnicos qualificados”; e “elevado nível das discussões, com dados de diagnósticos e boa bibliografia consultada”; “em 2017, só foi pautado um assunto sobre a RC na CIR, não houve encaminhamento nem prosseguimento ao ponto de pauta, principalmente porque os gestores eram novos e foi falado de recursos financeiros destinados que eles não identificaram ter esse recebimento”
Q14 - Que <b>pontos FRACOS</b> você identifica na condução dos assuntos da <i>Rede Cegonha</i> durante as reuniões da CIR?	“oferta de integralidade na assistência à paciente”; “falta de recursos necessários”; “não haver discussão sobre a RC”; “atualmente o desenho da rede não foi efetivado na III Macrorregional de Saúde”; “pactuações muito atreladas a questões financeiras”; e “o fortalecimento da rede no município (ABS)”.

As respostas quanto à percepção de fatores positivos (“pontos fortes”) à presença dos temas referentes à RC, no âmbito das reuniões da CIR, convergem para a qualificação dos



atores participantes e da maneira como os temas são debatidos. Entretanto, mesmo considerando que esta questão pretendia evidenciar aspectos favoráveis, o espaço foi utilizado por um(a) dos(as) depoentes para explicar a razão de um baixo número de pactuações sobre a RC (relação com gestores que assumiram seus cargos recentemente).

Quanto aos fatores negativos (“pontos fracos”), as respostas demonstram preocupação com a pouca pactuação – já detectada em questões anteriores – e com a necessidade de recursos para a RC. Além disso, é possível verificar pelas unidades de análise utilizadas que a RC ainda precisa ter sua presença e atuação “fortalecidas” entre os gestores municipais.

#### 6.4.8. Sugestões

QUADRO 9 –Resumo dos dados qualitativos da categoria 8

DESCRIÇÃO DA QUESTÃO	RESPOSTA POR UNIDADE DE ANÁLISE
Q15 - Que <b>sugestões</b> você apresentaria para melhorar a organização e o funcionamento da CIR, assim como de suas reuniões?	“presença total dos secretários”; “demanda de pauta pelos secretários”; “melhor estruturação da Rede”; “melhor financiamento”; “permanência da mesma organização”; “houve pouquíssimos encontros do GCRM”; “Que os gestores também pautem e as demandas não ocorram apenas da GERES (gestores só pautam questões quando são pactuações do seu município)”; “elevação do nível teórico das discussões, com embasamento do planejamento”; “mudança no perfil dos gestores”; “educação permanente em saúde para os gestores”. “pactuar reuniões bimestrais com a situação atual da Rede”

As sugestões convergem para duas categorias: a primeira se refere a uma maior participação, qualificação e atuação dos gestores municipais; e a segunda, quanto à melhoria da estrutura e da organização da RC.

Diante dos resultados apresentados, de maneira geral, é possível afirmar que há evidências das discussões e pactuações sobre a RC no âmbito da CIR, embora haja poucas referências documentais que permitam constatar a realidade da presença e do funcionamento para, assim, avaliar o estágio da governança exercida por esta Comissão. Os atores participantes da pesquisa qualitativa, através de seus depoimentos, demonstram algumas fragilidades especialmente relacionadas a uma presença ainda incipiente da RC nas discussões, o que corrobora as análises demonstradas pelos dados quantitativos. Entretanto, há

indicações de preocupação com esta problemática, principalmente por parte dos participantes da VI GERES.

Assim, seria necessário um aprofundamento da pesquisa no sentido de identificar as necessidades da CIR para seu fortalecimento enquanto *locus* privilegiado para a transformação das ações previstas pelos planos municipais de saúde em pactuações mais numerosas, a fim de que a RC alcance de forma mais efetiva à sua razão de ser: o levantamento e o atendimento das necessidades maternas e infantis.

## REFERÊNCIAS

ARNSTEIN, Sherry R. Uma escada da participação cidadã. **Revista da Associação Brasileira para o Fortalecimento da Participação – PARTICIPE**, Porto Alegre/Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, p. 4-13, jan.2002.

BARROS, Aildil de Jesus P. de. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1991.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 31.mar.2017.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 11.108**, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em 31.mar.2017.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 11.634**, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm)>. Acesso em 31.mar.2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Republicada por ter saído com incorreções. Portaria n. 569/GM/MS, de 1 de junho de 2000. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>. Acesso em 31.mar.2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Portaria n. 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006a. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em 31.mar.2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Portaria n. 699/GM/MS, de 30 de março de 2006b. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html)>. Acesso em 31.mar.2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. Portaria n. 2.669/GM/MS, de 3 de novembro de 2009. Disponível em

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669\\_03\\_11\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html)>. Acesso em 31.mar.2017.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010b (Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde). Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em 31.mar.2017.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Portaria n. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011a. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em 31.mar.2017.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 650/GM/MS, de 5 de outubro de 2011b. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650\\_05\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html)>. Acesso em 31.mar.2017.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pernambuco é o primeiro estado a aderir à Rede Cegonha. **Portal Brasil**. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/05/pernambuco-e-o-primeiro-estado-a-aderir-a-rede-cegonha>>. Acesso em 18.ago.2017. 2011c.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Aprova Etapa IV do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de Pernambuco e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implementação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Portaria n. 1.741/GM/MS, de 19 de agosto de 2013. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1741\\_19\\_08\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1741_19_08_2013.html)>. Acesso em 31.mar.2017.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde (TABNET). **Tabelas de óbitos infantis e óbitos maternos**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em 25.set.2017.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS). **Planos Municipais de Saúde 2014-2017 da VI Região de Pernambuco**. Disponível em <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=26&codTpRel=01>>. Acesso em 22.dez.2017.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <<http://www.portalodm.com.br/publicacao/463/pacto-de-reducao-da-mortalidade-infantil-no-nordeste-e-amazonia-legal-2009-2010>>. Acesso em 30.set.2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf)>. Acesso em 30.set.2017.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública** / Tribunal de Contas da União. Versão 2 - Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014. Disponível em <<http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A24F0A728E014F0B34D331418D>>. Acesso em 30.set.2017.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Ângela. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 42, 2008, p. 563-568. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a20>>. Acesso em 31.ago.2017.

CARDANO, Mario. **Manual de pesquisa qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva, et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 23, vol 4, pp 1297-1316, 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312013000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312013000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 31.mar.2017.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração nos novos tempos**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2006.

DARIO LIMA, A. D.; GURGEL JUNIOR G. D.; BARROS, J. P. Governança na Comissão Intergestores Regional da XI Região de Saúde de Pernambuco: atores sociais e recursos de poder. In: **7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, 2016, Curitiba - MT. Anais online do 7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2016.

DI GIOVANNI, Miriam. **Rede Cegonha: da concepção à implantação**, 98 f. Trabalho de conclusão de curso (Monografia). Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, Brasília, 2013. Disponível em <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/410/1/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf>>. Acesso em 30.set.2017.

FERNANDES, Bruna de Castro. **Cuidado pré-natal e puerperal na Rede de Atenção Básica à Saúde do Estado de Goiás**, 118f. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Goiânia, 2016. Disponível em

<<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/6047/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Bruna%20de%20Castro%20Fernandes%20-%20202016.pdf>>. Acesso em 30.set.2017.

FREITAS, Wesley R S; JABBOUR, Charbel J C. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. **Revista Estudo & Debate**, [S.l.], v. 18, n. 2, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/view/560/550>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002, 2ª ed.

LIMA, ÉLENA RAMOS DE; PEREIRA Cândida Correia de Barros. **O nascer de residentes na VI Região de Saúde antes e após o modelo proposto da Rede Cegonha**, 24f. (Monografia). Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco – ESPPE, Arcoverde, 2016.

LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.V.; SCATENA, J.H.G. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. **Novos Caminhos**, n.8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: <[www.regiaoeredes.com.br](http://www.regiaoeredes.com.br)>. Acesso em 26.jan.2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

MARQUES, Consuelo Penha Castro (Org.). **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2015. Disponível em <<http://www.multiresidencia.com.br/site/assets/uploads/kcfinder/files/REDE%20CEGONHA.pdf>>. Acesso 30.set.2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 2ª edição. Disponível em <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)>. Acesso em 29.set.2017.

\_\_\_\_\_. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. 2002.

\_\_\_\_\_. **A modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2007.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Objetivos do milênio**. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/tema/odm/>>. Acesso em 30.ago.2017.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão. Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas. **Anuário estatístico Pernambuco**. Disponível em <<http://www.anuario.pe.gov.br/atividades-socioeconomicas/idhm>>. Acesso em 28.set.2017.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. **Mapa analítico de saúde da VI Região de Saúde de Pernambuco**. Arcoverde, 2013. Disponível em <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa\\_analitico\\_de\\_saude\\_vigeres\\_-\\_2013\\_.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa_analitico_de_saude_vigeres_-_2013_.pdf)>. Acesso em 28.set.2017.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. VI Gerência Regional de Saúde. **Projeto de implantação do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha**. Arcoverde, 2012.

PETERS, Brainard Guy. O que é Governança? **Revista do TCU**, ano 45, n. 127, maio-ago 2013, pp. 28-33. Brasília: TCU, 2013. Disponível em <<http://revista.tcu.gov.br/ojsp/index.php/RTCU/article/view/87>>. Acesso em 25.set.2017.

PLATAFORMA DE BOAS PRÁTICAS PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL. Disponível em <<http://www.boaspraticas.org.br/index.php/pt/saiba-mais/avaliacao-da-boa-pratica>>. Acesso em 31.mar.2017.

PORTUGAL. Ministério do Trabalho e Segurança Social. Secretaria de Estado do Trabalho. Centro de Recursos em Conhecimento. **A inovação e as “boas práticas”**: dos conceitos às realidades e práticas organizacionais. Disponível em <[http://www.crcvirtual.org/vfs/old\\_crcv/biblioteca/inov\\_diss\\_conh/capa.html](http://www.crcvirtual.org/vfs/old_crcv/biblioteca/inov_diss_conh/capa.html)>. Acesso em 31.mar.2017.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Lígia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, ago.2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000400622&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400622&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29.set.2017.

SANTOS, Gilmara Lúcia dos. **Implantação da Rede Cegonha nos estados brasileiros: um olhar para o componente do parto**, 60f. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <<http://pesquisa.bvsalud.org/oncologiauy/resource/en/ens-33286>>. Acesso em 29.set.2017.

SILVEIRA FILHO, Roberto Moreira et al . Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, set.2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312016000300853&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000300853&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14.fev.2018.

SOUZA, Kellcia R.; KERBAUY, Maria Teresa M. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. **Revista Educação e Filosofia**, vol. 31, n. 61, 2017. Disponível em

<<http://www.seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/view/29099/20476>>. Acesso em 31.ago.2017.



**ANEXO A – DESENHO DA REDE CEGONHA NA VI REGIÃO DE SAÚDE -  
ARCOVERDE**

**PROPOSTA DE DESENHO REGIONAL DA REDE CEGONHA. REGIÃO DE  
SAÚDE “6”. PERNAMBUCO, 2012.**

Município	Estabelecimento de Saúde	Proposta Pactuada no CIR – Estabelecimento de Saúde de Referência	
		Risco Habitual (Marcar “X”)	Alto Risco (Marcar “X”)
Arcoverde	Hospital Regional Rui de Barros Correia	X	X
Buique			
Ibimirim			
Manari			
Pedra			
Tupanatinga			
Venturosa			
Custodia	Unidade Mista Elizabeth Barbosa	X	
Sertânia			
Petrolândia	Hospital Municipal de Petrolândia - HOMUPE	X	
Tacaratu			
Jatobá			
Inajá			

Fonte: Pactuação CIR, 2012.

O Hospital Regional Rui de Barros Correia para participar como referência em Alto Risco da Rede Cegonha da VI GERES – ARCOVERDE se faz necessário a estruturação para receber as Gestantes de Alto Risco, pois necessitamos de uma referência regional, salientamos que as outras referências, são mais distantes da sede e que este hospital hoje já faz parte da rotina dos municípios como primeira referência obstétrica. Diante disso informamos que para suprir a necessidade da rede e os va

zios assistenciais entre Petrolina e Caruaru, uma vez que Serra Talhada ainda não existe um hospital (maternidade de alto risco). E assim poderemos desafogar as maternidades da região metropolitana e outras referências encaminhadas pela Central de Leitos, evitando a peregrinação da Gestante, sendo essa uma das principais metas da rede cegonha.

## APÊNDICE A – PLANILHA CIR

43/2012	14.05.2012	X	Apresentação: Programa Mãe Coruja – 1º Quadrimestre	-	-	0	0	0	0	0	0
46/2012	13.08.2012	X	Informe: Rede Cegonha: Chamamento: doação de detectores fetais.	-	-	0	0	0	0	0	0
57/2013	19.08.2013	X	Informe: Projeto de cirurgias eletivas e mutirão de cirurgias eletivas e Rede Cegonha, SAMU (bases descentralizadas, nome do coordenador, planilha semanal.	-	-	0	0	0	0	0	0
76/2015	10.03.2015	X	Apresentação: Alteração do GCRC. Reestruturação do projeto. Pactuação: Agenda anual de atividades / Implantação da Central de Parto Normal	A	-	2	2	100	3	2	66,6
79/2015	21.07.2015	X	Apresentação: Fortalecimento da rede de Obstetrícia e Neonatologia	-	II	0	0	0	0	0	0
80/2015	11.08.2015	X	-	-	-	0	0	0	1	1	100
81/2015	15.10.2015	X	-	-	-	0	0	0	4	3	75
82/2015	10.11.2015	X	-	-	-	0	0	0	0	0	0
83/2015	10.12.2015	X	-	-	-	0	0	0	0	0	0
84/2016	2.02.2016	X	-	-	-	0	0	0	0	0	0
85/2016	8.03.2016	X	-	-	-	0	0	0	0	0	0
86/2016	12.04.2016	X	Informe: Solicitação de referência de gestação de alto risco, cuidados neonatais e implantação de um centro de parto normal – Instituto Beneficente Vale do São Francisco (IBVASF), Petrolândia. Apresentação/Pactuação: Nova composição do GCRC	-	-	1	1	100	8	8	100
87/2016	10.05.2016	X	-	-	-	0	0	0	0	0	0
88/2016	14.06.2016	X	Apresentação/Pactuação: Solicitação de integração da Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e à Infância do Buíque ao GCRC	A	II	1	1	100	5	5	100
89/2016	12.07.2016	X	-	-	-	0	0	0	2	2	100
90/2016	9.08.2016	X	-	-	-	0	0	0	2	2	100
91/2016	13.09.2016	X	-	-	-	0	0	0	0	0	0
92/2016	11.10.2016	X	-	-	-	0	0	0	0	0	0
93/2016	8.11.2016	X	-	-	-	0	0	0	0	0	0
94/2016	20.12.2016	X	-	-	-	0	0	0	0	0	0
95/2016	21.02.2017	X	-	-	-	0	0	0	0	0	0
96/2017	21.03.2017	X	-	-	-	0	0	0	3	3	100
97/2017	18.04.2017	X	-	-	-	0	0	0	0	0	0
98/2017	16.05.2017	X	-	-	-	0	0	0	2	2	100
99/2017	16.06.2017	X	-	-	-	0	0	0	2	2	100
100/2017	18.07.2017	X	-	-	-	0	0	0	5	5	100
101/2017	18.08.2017	X	-	-	-	0	0	0	2	2	100
TOTAL				0	0	5	5	-	43	39	-

**APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA****SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COM ÊNFASE EM  
GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Arcoverde, 31 de julho de 2017.

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaro estar ciente da realização da pesquisa **GOVERNANÇA DA REDE CEGONHA: ESTUDO DE CASO NA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**, da pesquisadora **Elenúsia Gomes da Paixão**, residente do Programa de Residência Multiprofissional com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, da Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco – ESPPE, sob a orientação do Professor Dr. Garibaldi Gurgel Dantas Júnior e coorientação do Especialista Anderson Danilo Dario Lima, nas dependências da VI Gerência Regional de Saúde de Pernambuco - VI GERES, e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto.

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

---

**SÍLVIA RENATA GOMES REMÍGIO**  
GERENTE REGIONAL DA VI GERES/ARCOVERDE

**APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**Governança da Rede Cegonha: estudo de caso na VI Região de Saúde de Pernambuco**”.

Você foi selecionado(a) de forma intencional, por ser considerado(a) como interlocutor(a)-chave sobre o espaço de governança da Comissão Intergestores Regional (CIR) para a condução da política de atenção a saúde materno-infantil em Pernambuco. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. O objetivo deste estudo é analisar a governança da *Rede Cegonha* (RC) na VI Região de Saúde de Pernambuco, através da Comissão Intergestora Regional (CIR).

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder de forma objetiva a uma entrevista semiestruturada. O único risco possível com a sua participação é o de constrangimento diante de algum questionamento, mas garantimos o total sigilo de suas informações pessoais, o que diminuirá este risco. Este estudo não trará gasto para os participantes.

A sua identidade será guardada. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas em meio acadêmico e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Este termo será assinado em duas vias, ficando uma de posse da pesquisadora responsável e a outra, entregue a você, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

**Nome e assinatura da pesquisadora responsável:**

**ELENÚSIA GOMES DA PAIXÃO**

---

**Endereço:** Rua da Hora, 465, ap. 402 – B, Espinheiro, Recife – PE - CEP 52020-015.

**E-mail:** [elenusia@uol.com.br](mailto:elenusia@uol.com.br) . **Telefone:** (81) 99911-5273.

---

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

**Nome:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA:** \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOBRE COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL DA VI GERES – ARCOVERDE**

Entrevistado(a): \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Setor: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**QUESTÕES**

1. Como você percebe a **estrutura** da CIR (organização, divisão das atribuições, funcionamento das reuniões)?

R.: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

2. Como você percebe o **relacionamento** entre os membros das reuniões (comunicação, entrosamento, respeito, solidariedade)?

R.: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

3. Quem são os responsáveis pela **coordenação** da *Rede Cegonha* na Região de Saúde?  
Como tem ocorrido esse processo?

R.: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

4. Como você percebe o processo de **tomada de decisão** da CIR (rápido, lento, fácil, difícil, consensual, conflituoso?)

R.: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

5. Para você, o que é **pactuação** e como é o seu processo?

R.: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

6. A atual organização das reuniões da CIR (datas, horários, pautas, coordenação da reunião) influencia positiva ou negativamente no processo de pactuação entre os gestores? Por quê?

R.: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

7. Com que frequência há falta de **quórum** nas reuniões? Há impacto deste fator no processo de pactuação?

R.: \_\_\_\_\_

---

---

---

---



---

---

8. Quais são os **mecanismos de articulação** entre os pontos de atenção à saúde na *Rede Cegonha*? Como se dá essa articulação na Regional?

R.: \_\_\_\_\_

9. Como é desenvolvida a **regulação do acesso e a continuidade no cuidado** pela *Rede Cegonha* na Regional? Que atores estão diretamente envolvidos?

R.: \_\_\_\_\_

10. Na sua opinião, os pontos que são pactuados são **efetivados** em ações? Por quê?

R.: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

11. Com que **frequência** você estima que são apresentadas e pactuadas as propostas sobre a *Rede Cegonha*?

R.: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

12. Como têm ocorrido o **processo de monitoramento e avaliação do** recursos financeiros destinados às pactuações da *Rede Cegonha*?

R.: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

13. Que **pontos FORTES** você identifica na condução dos assuntos da *Rede Cegonha* durante as reuniões da CIR?

R.: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

14. Que **pontos FRACOS** você identifica na condução dos assuntos da *Rede Cegonha* durante as reuniões da CIR?

R.: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

15. Que **sugestões** você apresentaria para melhorar a organização e o funcionamento da CIR, assim como de suas reuniões?

R.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBRIGADA POR SUA PARTICIPAÇÃO!**