

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM  
GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**GABRIELA CRISTINA DA SILVA FIRMINO**

**Análise Documental da Implantação e acompanhamento da Rede Cegonha na IV Região  
de Saúde de Pernambuco.**

**CARUARU -PE**

**2018**

GABRIELA CRISTINA DA SILVA FIRMINO

**Análise Documental da Implantação e acompanhamento da Rede Cegonha na IV Região de Saúde de Pernambuco.**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência 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.

Orientadora:

Prof<sup>a</sup>. Ma. Renata Alves Gomes Villani

CARUARU

2018

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

F525a      Firmino, Gabriela Cristina da Silva.

Análise Documental da Implantação e acompanhamento da Rede Cegonha na IV Região. Recife-PE, 2018.  
28f. il.

Orientador (a): Renata Alves Gomes.  
Artigo (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. Gestão Descentralizada do SUS 2. Planejamento Regional  
3. Saúde Pública 4. Rede Cegonha I. Título.

ESPPE / BNC

CDU- 001.8:002:614(813.4)

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

# ANÁLISE DOCUMENTAL DA IMPLANTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA REDE CEGONHA NA IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO.

## DOCUMENTARY ANALYSIS OF THE IMPLEMENTATION AND MONITORING OF THE MATERNAL-CHILD HEALTH SERVICES IN THE IV HEALTH REGION OF PERNAMBUCO.

<sup>1</sup>Gabriela Cristina da Silva Firmino

<sup>2</sup>Renata Alves Gomes Villani

### Resumo:

O objetivo deste estudo foi fazer uma análise, por meio da pesquisa documental, de como ocorre o processo de implantação da Rede Cegonha (RC) na IV Região de Saúde de Pernambuco, realizadas através das pactuações gestoras em âmbito regional, buscando descrever os processos de pactuação nos espaços de governança regional, implantação, adequação ao que preconiza a política bem como o acompanhamento da RC nos espaços colegiados. Foram levantadas Normas Técnicas, Portarias Ministeriais e Estaduais, Resoluções, Resumos Executivos da Comissão Intergestora Regional (CIR) e Planos de Ação relacionadas aos processos de pactuação da RC, totalizando um quantitativo de documentos significativo para iniciar a análise. O material coletado faz referência aos anos de 2011 à 2017. A partir do estudo e da análise dos documentos, foi possível a definição de três categorias temáticas, sendo elas: *Operacionalização da Rede Cegonha; Territorialização da Assistência; Governança e acompanhamento da Rede Cegonha*. Este estudo demonstrou que a RC na IV Região de Saúde enfrenta uma diversidade de nós críticos que interferem na continuidade da sua construção. Mesmo diante de paradigmas, é preciso desenvolver estratégias para qualificação da gestão, fortalecimento da regionalização, da cooperação, ampliação dos recursos, cumprimento da gestão ascendente, corresponsabilização das instâncias e desenvolvimento e consolidação das Redes de Atenção à Saúde.

**Palavras – chave:** Gestão Descentralizada do Sistema Único de Saúde. Planejamento Regional. Saúde Pública. Rede Cegonha.

---

<sup>1</sup> Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE. Caruaru, PE, Brasil. E-mail: gabii.firmino.to@gmail.com

<sup>2</sup> Doutoranda em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ, Recife, PE, Brasil. Email: rgomes.villani@gmail.com

## **Abstract:**

The objective of this study was to analyze, through documentary research, how the process of implantation of the Maternal-Child Health Services (MCHS) in the IV Region of Health of Pernambuco takes place, through the management agreements in the regional scope, trying to relation the processes in agreement in the regional governance spaces, implementation, adaptation to what the policy advocates as well as the follow-up of MCHS in collegiate spaces. Technical Standards, Ministerial and State Ordinances, Resolutions, Executive Briefs of the Regional Interactive Commission (RIC) and Action Plans related to MCHS pacing processes, totaling a significant amount of documents to initiate the analysis, the documents were collected the years from 2011 to 2017. From the study and analysis of the documents, it was possible to define three thematic categories, namely: *Operationalization of the Maternal-Child Health Services; Territorialization of Assistance; Governance and monitoring of the Maternal-Child Health Services*. This study demonstrated that the MCHS in the Health Region IV faces a diversity of critical nodes that interfere in the continuity of the MCHS construction. Even in the face of paradigms, it is necessary to develop strategies to qualify management, strengthening regionalization, cooperation, expansion of resources, compliance with upward management, co-responsibility of the instances, and development and consolidation of Health Care Networks.

**Keywords:** Decentralization; Maternal-Child Health Services; Public Health; Regional Health Planning.

## **Introdução**

As formas de organização dos serviços de saúde no Brasil vêm sendo discutidas ao longo das últimas décadas. Nesse trajeto, o debate tem sido marcado pela crítica e redefinição de ideias oriundas de movimentos internacionais de reforma dos sistemas de saúde, às quais se articulam, dinamicamente, propostas surgidas da experimentação prática e elaboração de alternativas que refletem a especificidade das condições nas quais se desenvolve o processo de reforma em nosso país (TEIXEIRA E SOLLA, 2006).

O modelo institucional proposto para o Sistema Único de Saúde pressupõe uma articulação estreita entre atuação de gestores federais, estaduais e municipais como instâncias de negociação e pactuação federativa e controle social. Dentre os princípios e diretrizes do SUS, destacamos a descentralização a partir da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012). A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988, além de estabelecer a universalização do acesso, promoveu a descentralização/ regionalização e integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais (SILVA, 2011).

Tal modelo carece de coordenação estratégica para a consolidação de um sistema público e universal, fortemente orientado pela diretriz de descentralização, em um país federativo, imenso e heterogêneo como o Brasil (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

A regionalização tem sido uma estratégia adotada para a organização e integração de serviços em sistemas nacionais de saúde, públicos e universais, como um dos principais caminhos para garantia da integralidade em saúde e da universalidade do acesso (GOYA et al, 2016). No âmbito da Saúde, a terminologia e a conceituação de “regionalização” adotadas pelo ministério da saúde acompanham a definição da Constituição de 1988 – CF/881 e da Lei Nº 8080/90, atribuindo-lhe o papel de elemento central na estruturação dos serviços de saúde no país em conjugação com outro conceito, a Descentralização (FERNANDES, 2017).

A hierarquização e organização dos serviços também se fez necessário após o advento da regionalização. Segundo Quindere (2014), é um tema relevante, estando sempre presente na agenda dos gestores e formuladores das políticas de saúde, buscando a melhor maneira de sistematizar a organização.

O Ministério da Saúde (MS), tem papel regulamentador do processo de descentralização de responsabilidades e funções para estados e municípios, estabelece, através de portarias ministeriais, arcabouço institucional para implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como a Portaria 4.279/10 (BRASIL, 2010) que estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do Sistema SUS.

As RAS, são necessárias para organizar o planejamento e distribuição das ações e serviços por níveis de atenção (hierarquização), segundo necessidades diferenciadas de saúde e dinâmicas territoriais específicas (regionalização) (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

Segundo Mendes (2010), as redes permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, rede formada por um conjunto de serviços de saúde vinculados entre si com uma missão única, objetivos comuns, ação cooperativa e interdependente. Coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Dentre as RAS preconizadas pelo MS, está a Rede Cegonha (RC), instituída pela Portaria 1.459/11 (BRASIL, 2011) que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e

ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Pernambuco foi o primeiro estado brasileiro a aderir à Portaria ministerial da RC. A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) homologou, por meio da Resolução CIB/PE nº. 1.723 de 19 de setembro de 2011, a RC nas Regiões de Saúde (RS) prioritárias: RS-I (Metropolitana), RS-IV (Caruaru) e RS-VIII (Petrolina), aprovando as diretrizes para remodelagem da Rede Materno e Infantil e instituindo os componentes do Grupo Condutor para a implantação da RC (PERNAMBUCO, 2011b).

O local de estudo desta pesquisa se concentra na RS – IV – Caruaru, que é formada por 32 municípios da Região do Agreste Pernambucano, no desenho da região os municípios estão organizados em quatro microrregiões de saúde: VI, VII, VIII, IX. (IV GERES, 2012c; PERNAMBUCO, 2011a)

Mesmo com as pactuações ocorridas nos últimos anos e do arcabouço institucional trazido pelas políticas do SUS para a qualificação da assistência materno-infantil e assistência ao parto de forma regionalizada, a IV Regional de saúde pode não estar acompanhando e efetivando as diretrizes propostas nas instâncias de governança e gestão da RC.

Essas relações merecem ser estudadas para favorecer a compreensão de como os espaços de gestão e governança são utilizados para efetivar a RC na IV Regional de Saúde e como vem refletindo na regionalização da saúde e assistência ao parto e nascimento no âmbito dos serviços de saúde pública. Faz-se necessário, portanto, buscar compreender, como os processos de pactuação para implantação da RC vem ocorrendo nos espaços de governança regionalizada do SUS.

O objetivo deste estudo foi fazer uma análise, por meio da pesquisa documental, de como ocorre o processo de implantação da RC na IV Região de Saúde de Pernambuco, realizadas através das pactuações gestoras em âmbito regional, buscando descrever os processos de pactuação nos espaços de governança regional, implantação, adequação ao que preconiza a política bem como o acompanhamento da RC nos espaços colegiados.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de cunho exploratório e descritivo, com uso da pesquisa documental e levantamento bibliográfico para descrever o processo de implantação e operacionalização da RC na IV Região de Saúde de Pernambuco, buscando correlacionar os achados com o modelo de governança regional do SUS e com as diretrizes de implantação contidas na portaria que institui a referida rede. A pesquisa teve início no ano de 2017, com levantamento bibliográfico e construção do referencial teórico, seguindo da coleta e análise dos dados que perdurou por 6 meses. A finalização da pesquisa ocorreu em fevereiro de 2018.

Com a análise documental busca-se identificar nas fontes utilizadas informações relevantes que possam subsidiar a compreensão da análise da política e suas interfaces:

“O uso de documentos em pesquisa é que ele permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros.” (CELLARD, 2008).

Para análise dos dados do estudo utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Empregando técnicas usuais da análise de conteúdo para decifrar, em cada texto, o núcleo emergente que servisse ao propósito da pesquisa, essa etapa consiste num processo de codificação, interpretação e de inferências sobre as informações contidas nas publicações, desvelando seu conteúdo manifesto e latente (PIMENTEL, 2001).

A análise dos dados foi realizada com discussão dos resultados à luz de referencial teórico e documental sobre a organização, desempenho do processo de decisão e modelagem de rede, com foco na pactuação da Rede de Atenção à Saúde – Rede Cegonha - e implantação dos serviços assistenciais.

O presente trabalho é um recorte do Macro-projeto intitulado REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS), aprovado Comitê de Ética em Pesquisa, sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram acionados serviços da gestão estadual, para ter acesso aos documentos referentes a Rede Cegonha na IV Região de Saúde, a saber:

- IV Gerência Regional de Saúde (IV GERES): Câmara Técnica e Coordenação da Comissão Intergestora Regional (CIR) da IV GERES.

Foram levantadas Normas Técnicas, Portarias Ministeriais e Estaduais, Resoluções, Resumos Executivos da CIR e Planos de Ação relacionadas aos processos de pactuação da Rede Cegonha, totalizando um quantitativo de documentos significativo para iniciar a análise, o material coletado faz referência aos anos de 2011 à 2017. Detalhados no quadro abaixo:

<b>Tipo de material</b>	<b>Descrição do material</b>	<b>Quantidade de material</b>
Comunicação institucional	Documentos relacionados a implantação da Rede Cegonha na IV Região de Saúde, em âmbito regional e municipal, bem como processo de adequação e monitoramentos.	38
Planos de ação da Rede Cegonha	Plano de ação da Rede Cegonha, produzido pela IV Região de Saúde de Pernambuco.	1
Portarias e Leis	Portarias e Leis que dispõem sobre a Rede Cegonha, em âmbito nacional e estadual.	17
Rede Cegonha instrutivos	Material orientador para implantação e explicativo sobre a Rede Cegonha.	4
Resumos executivos da Comissão Intergestora Regional – CIR	Resumos Executivos das reuniões da Comissão Intergestora Regional da IV Região de Saúde, entre os anos 2011 e 2017, onde foram debatidos assuntos relacionados a Rede Cegonha na regional.	16
Resoluções da Comissão Intergestora Regional – CIR	Resoluções da Comissão Intergestora Regional da IV Região de Saúde, entre os anos 2011 e 2017 que dispõem sobre a Rede Cegonha na regional.	12
<b>Total de documentos analisados</b>		<b>87</b>

**Quadro 1:** Documentos coletados para análise, organizados pela fonte e tipos de informação, IV GERES, 2011 a 2017. Fonte: Autor próprio.

A partir do estudo e da análise dos documentos, foi possível a definição de três categorias temáticas, sendo elas: *Operacionalização da Rede Cegonha; Territorialização da Assistência; Governança e acompanhamento da Rede Cegonha*, que serão apresentadas a seguir:

### **Operacionalização da Rede Cegonha**

Esta categoria foi definida a partir da percepção de elementos que traduzem os processos de pactuação da RC na Região, bem como a possibilidade de associar esse processo às fases de implantação preconizadas pelo Ministério da Saúde, no Art. 8, Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

As Fases operacionais da RC, estão divididas em 5 etapas, são elas: **Adesão e diagnóstico** (tendo como produto final a ata de homologação na CIB); **Qualificação dos Componentes, Desenho da Regional** (tendo como produto o Desenho Regional da Rede Cegonha; o Plano de Ação Regional; e o Fórum Regional Rede Cegonha); **Contratualização dos Pontos de Atenção** (tendo como produto o Desenho da Rede Cegonha no âmbito

Municipal elaborado; processo de contratualização iniciado em implementação); **Qualificação dos Componentes** (tendo como produto a verificação periódica do cumprimento das ações e metas pactuadas nos Planos de Ação Regional e Municipais por componentes; e repasse de incentivo para os Municípios que qualificarem o componente pré-natal da Rede Cegonha.); por fim a etapa **Certificação** - tendo como produto certificação da Rede Cegonha nas Regiões de Saúde (UNA-SUS/UFMA, 2015).

Os processos de discussão da RC na IV Região tiveram seu início datados no final do ano de 2011, em paralelo, o processo de regionalização estava em sua fase final de pactuações, este processo consistiu em delimitar quais municípios pertencem e constroem as estratégias organizacionais e de cuidado desta região, a regionalização hoje, é uma importante metodologia para o planejamento na gestão do SUS (PERNAMBUCO, 2011a).

O planejamento no SUS deve ter como base territorial as regiões de saúde, uma vez que essas são os espaços geográficos fundamentais de garantia da integralidade das ações e serviços de saúde para a população no SUS. A Região de Saúde representa a unidade de referência para a análise da dinâmica socioeconômica e da situação de saúde da população, o dimensionamento da capacidade instalada de produção de serviços, o levantamento dos recursos fiscais, dos profissionais e equipamentos disponíveis e para a projeção de uma imagem-objetivo da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2016).

Como as discussões acerca da RC foram inseridas nos espaços de governança, no período em que a regionalização vinha sendo concretizada (PERNAMBUCO, 2011b), isto facilitou as possibilidades de efetivação das propostas para tal, ocasionando uma grande movimentação dos gestores municipais para findar a I Etapa - Adesão e diagnóstico - visando organizar o Sistema Único Saúde - SUS de suas localidades, dentro do contexto de RAS, conforme vemos nos fragmentos a seguir:

**Fragmento 1:** *“Representante da Câmara Técnica (CT) divulgou o site e as diretrizes da Rede Cegonha estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS” (CGR/IV<sup>3</sup> reunião 34).*

**Fragmento 2:** *“Gestores devem manifestar o interesse fazendo a pré-adesão à Rede Cegonha” (CGR/IV reunião 34).*

**Fragmento 3:** *“Processo final da adesão acontecerá no Colegiado de Gestão Regional e na Comissão Intergestora Bipartite” (CGR/IV reunião 34).*

A dinamicidade e aspectos operacionais de regionalização estiveram presentes e facilitaram construção da II Etapa de implantação da Rede - Qualificação dos Componentes,

---

<sup>3</sup> Colegiado Gestor Regional da IV Regional de Saúde de Pernambuco.

Desenho da Regional - na regional, os espaços de governança se deram além das reuniões da Comissão Intergestora Regional - CIR e foram organizadas, estrategicamente, em cada microrregional que compõem a IV Regional de Saúde de Pernambuco, sendo elas: VII, VIII, IX e X, visto nos fragmentos a seguir:

**Fragmento 4:** *“Foram apresentados slides com proposta de serviços de referência para as Micro VII; Micro VIII; Micro IX e Micro X” (CGR/IV reunião 37).*

**Fragmento 5:** *“Após as discussões foi deliberado que a continuidade dos trabalhos será realizada pelo Gestor Regional, que propôs uma agenda dinâmica por microrregião (convites serão enviados via email por microrregião)” (CGR/IV reunião 37).*

Essa estrutura permite aproximar os gestores e profissionais do que se idealiza para gestão do SUS, possibilitando a construção de uma gestão conjunta e principalmente o exercício do planejamento em saúde (BRASIL, 2016).

Existiram alguns episódios, nesta trajetória, onde a organização da rede apresentada foi discutida. A maior parte das intervenções foram direcionadas a localização territorial dos serviços, e a quantidade de serviços que precisavam ser implementados a rede, para que a cobertura e a assistência fossem ideais para o que é preconizado. A exemplo disto, o Desenho da Rede Cegonha foi modificado três vezes, pelas resoluções pactuadas em CIR: 1) Resolução CIR/PE nº 68/2011: discorre sobre aprovação da Rede Cegonha (IV GERES, 2011); 2) Resolução CIR/PE nº 105/2012: discorre sobre Alteração do Desenho da Rede Cegonha da IV Regional de saúde (IV GERES, 2012a); 3) Resolução CIR/PE nº 272/2015: discorre sobre alteração do desenho da RC da IV Regional, incluído recurso financeiro e investimento (IV GERES, 2015a).

Entretanto, diante do material analisado, a Rede Cegonha, mesmo com a sua considerável normalização estruturante, não passou da etapa operacional II - Qualificação dos Componentes, Desenho da Regional - que consiste na construção do plano que irá direcionar e organizar os dispositivos na região, de modo a oferecer assistência, nos diversos níveis de atenção, a toda população adscrita (IV GERES, 2015b)

O motivo para a atual situação não fica claro nos documentos analisados, mas alguns fragmentos dos resumos executivos das reuniões da CIR, demonstram que as últimas discussões sobre implantação da Rede, giram em torno da distribuição dos deveres e as formas de financiamento dos serviços e procedimentos da rede, conforme apresentam os fragmentos a seguir:

**Fragmento 6:** “Os cursos que já aprovados pela CIR e encaminhados para a CIES estadual e até agora não foram descentralizados os recursos” (CIR/IV REUNIÃO 41).

**Fragmento 7:** “Foi informada a publicação da Medida provisória 557 26/12/11 e Portaria N° 68, de 11 de janeiro de 2012, que Institui e regulamenta o benefício financeiro para apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto” (CIR/IV REUNIÃO 44).

**Fragmento 8:** “Serão feitos esforços junto ao ministério da saúde para custear estes procedimentos” (CIR/IV REUNIÃO 46).

**Fragmento 9:** “Nota Técnica enviada à SES-PE que trata do cofinanciamento e a secretaria estadual disse que custeará neste momento a alta complexidade” (CIR/IV REUNIÃO 46).

**Fragmento 10:** “Custeio de Leito UCI existente / Custeio de Procedimentos apoio ao diagnóstico é contrapartida estadual para cofinanciamento dos serviços da Rede Cegonha” (CIR/IV REUNIÃO 46).

**Fragmento 11:** “manifestou as dificuldades do seu município, e que pelos avanços já conquistados e uma nova casa de parto ajudaria na manutenção financeira. Assume o compromisso de requalificar seu hospital, apesar da falta de financiamento” (CIR/IV REUNIÃO 46).

**Fragmento 12:** “membro do Cosems solicitou que conste na resolução da CIR: necessidade de garantir financiamento estadual e federal para os CPN novos e os requalificados” (CIR/IV REUNIÃO 46).

Quanto às etapas subsequentes (III, IV e V) não foram encontrados documentos que registrem discussão. Entretanto, ficam evidentes nas leituras dos documentos as dificuldades que permeiam a execução e implantação das Redes de Atenção à Saúde. O fortalecimento das instâncias responsáveis pela organização e integração das ações e serviços de saúde é um desafio constante e dificulta a finalidade de facilitar as articulações políticas para consolidação das Redes.

De Vries (2000) enfatiza que é importante promover estratégias de empoderamento nas instâncias regionais, como forma de reduzir os impactos negativos de natureza econômica, gerencial, política e de organização clínica advindos da descentralização. Se levada a níveis extremos, essa pode produzir a expansão de gastos, reduzir a eficiência alocativa, produzir níveis predatórios de competição, dispersar a capacidade de planejamento, contratação e avaliação, produzir bloqueios decisórios, minar a possibilidade de reformas importantes e criar barreiras à continuidade do cuidado. O financiamento, por exemplo, sempre foi um ponto que está presente em qualquer discussão do SUS, em especial sobre as responsabilidades orçamentárias e financeiras três esferas de governo, e representa umas das maiores barreiras e impedimentos para finalização de estratégias de cuidado a população.

Para Silva (2011) a disseminação das Redes de Atenção à Saúde se deram com a maior contribuição dos municípios, incentivados pelo governo federal que realizou a

distribuição de recursos e incentivos para implantar serviços e programas. Entretanto, é visível um esgotamento por parte dos municípios na forma como as redes vem sendo construídas, pois, os incentivos correspondem apenas a custos relacionados a implantação, cabendo ao município responsabilizar-se pela manutenção dos serviços, o que não condiz com a capacidade financeira desta esfera de gestão, havendo um contraponto entre a necessidade da população e a insuficiência de recursos.

Mesmo com o latente desenvolvimento da regionalização, o comprometimento das etapas operacionais da RC perdura, visto que poucos avanços existiram desde suas primeiras pactuações, ao passo que o desenho da regional – Fase operacional II – discutida inicialmente em 2012, torna a ser pauta em CIR ainda em 2015. Não houve discussões relacionadas ao segmento das demais etapas do processo.

### **Territorialização da Assistência**

Categoria definida com o intuito de identificar como os municípios planejaram a organização dos serviços (construção do mapa da Rede), dentro do contexto de regionalização da assistência em saúde, como também quais processos foram utilizados pela regional para alcançar este objetivo.

Villasboas e Paim (2008) afirmam que, a partir do final dos anos de 1990, as características do processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde colocaram os municípios como protagonistas na execução das políticas definidas nos foros intergestores de negociação. Mas, apesar do aumento da capacidade gerencial dos municípios, a complexidade institucional do SUS trouxe restrições que podem explicar a limitada incorporação do planejamento neste âmbito (*apud* LUZ et al. 2013, p. 46)

Em consonância com os autores, o protagonismo dos municípios se dá de forma discreta. Os documentos demonstram que o modelo ascendente e integrado, do nível local até o federal, estabelecido pela Lei 8080/90 (BRASIL, 1990) e regulamentação pelo Decreto 7508/2011 (BRASIL, 2011) foi contrariado.

A proposta de desenho da Rede Cegonha para a IV Região inicialmente foi organizada e estruturada pela Gestão Estadual, por meio do Grupo Condutor Estadual instituído pelo Resolução CIB/PE nº. 1.723 de 19 de setembro de 2011 (PERNAMBUCO, 2011b), que organizou territorialmente os dispositivos da RC. Esta proposta foi apresentada aos municípios da regional em reunião da CIR pela IV GERES, com a finalidade de ser discutida e pactuada. É perceptível um protagonismo e coordenação das representações estaduais no processo de construção da RC, de acordo com os fragmentos abaixo:

**Fragmento 13:** *“Foram apresentados slides com proposta de serviços de referência para as Micro VII; Micro VIII; Micro IX e Micro X que fazem parte da II Macrorregião de Saúde no PDR-PE”(CGR/IV reunião 37).*

**Fragmento 14:** *“informou que durante a primeira semana de setembro/2011 representantes da IV GERES se reuniram com os gestores municipais das microrregiões que fazem parte da IV região de saúde, com a finalidade de consolidar o PDR e pactuar o fluxo entre as microrregiões para implantação da Rede Cegonha” (CGR/IV reunião 39).*

A proposta de desenho da rede apresentada, foi discutida em diversas reuniões, com um debate profundo a respeito da localização dos serviços dentro das microrregionais, em especial sobre os Centros de Partos Normais (CPN), serviços de referência para pré-natal, exames e demais procedimentos, Essa discussão se deu em favor dos termos estabelecidos no art. 6º da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), que organiza a Rede Cegonha a partir de quatro componentes: Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e atenção integral à saúde da criança e Sistema logístico, estando a regional organizando-se de modo a adequar-se inicialmente aos dois primeiros componentes, como observa-se nos fragmento a seguir:

**Fragmento 15:** *“Demonstrada a proposta do desenho para as quatro microrregiões. Sem definição da distância dos CPN em relação ao hospital de referência para Parto de risco habitual. Diversos gestores se posicionaram contrários ao desenho proposto e após muita discussão e não havendo consenso na localização dos Centros de Parto Normal, serviços de referência para o pré natal, exames e demais procedimentos o desenho da rede regional da estratégia Federal Rede Cegonha não foi pactuado” (CGR/IV REUNIÃO 44).*

**Fragmento 16:** *“representante municipal, diante das divergências, propôs reavaliar a proposta ora apresentada e marcar nova reunião com gestores e na Câmara Técnica da CIR fechar o modelo de rede de atenção parto e nascimento” (CGR/IV REUNIÃO 44).*

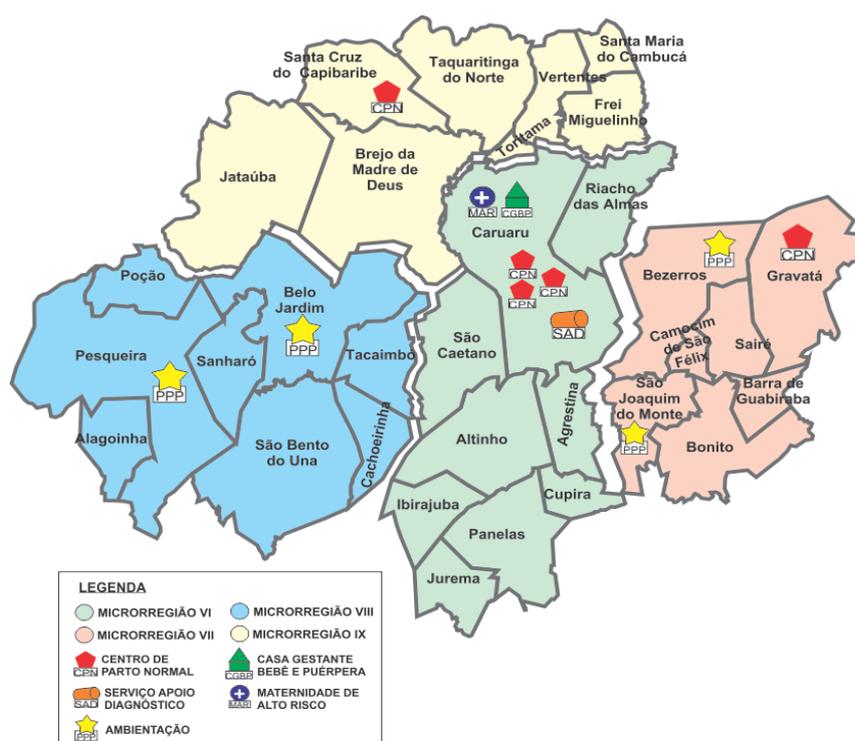
Para especificar e elaborar o fluxo das quatro Microrregiões de Saúde, a IV GERES elaborou um fluxo de reuniões por microrregião de saúde. Representantes da IV GERES deslocaram-se até municípios das microrregiões para discutir com os mesmos a organização, fluxo e localização dos serviços. Não foram encontrados registros de quais foram os participantes destas discussões. Além destes espaços, a Câmara Técnica foi acionada para discutir os modelos construídos e dar suas sugestões para cada microrregião. Tentava-se nesse momento a formação do Grupo Condutor Regional da RC.

Ao reelaborar o desenho da Rede para a IV Região, os municípios estruturaram uma conformação de modo a pactuar de acordo com a real conformação do território e a realidade vivida pelas localidades que vão além de indicadores numéricos, analisando todo o contexto, subjetividades da população, vulnerabilidades, demandas e serviços. Este processo traz à tona

o motivo pelo qual o planejamento em saúde deve ocorrer de forma ascendente. Silva (2011, p. 2755) aborda os benefícios deste processo quando diz “identificam-se a ampliação do acesso aos serviços, a inovação na gestão e o aumento da participação da população como os principais resultados favoráveis da municipalização”.

As possibilidades de construção da rede incluíam a construção de novos dispositivos, como Centro de Parto Normal (CPN), Serviço de Apoio e Diagnóstico (SAD), Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), Maternidade de Alto Risco (MAR), e requalificação de serviços já existentes nos municípios para compor a Rede, ajustando-os ao que é preconizado para a RC. Todos os municípios da região, segundo o Relatório de Adesão à Rede Cegonha do MS, realizaram a adesão a Rede entre dezembro de 2011 a fevereiro de 2012 (IV GERES, 2012b). O primeiro desenho da rede foi aprovado em 2012, Resolução CIR/PE nº 97/2012, e logo mais atualizado por causa de alterações de financiamento na VII Microrregião, expresso pela Resolução Nº 105/2012 (IV GERES, 2012a).

Alguns municípios pactuaram a mudança do perfil dos seus leitos obstétricos, encaminhando suas gestantes para realizar os partos nos municípios de referência com melhor estrutura física e de recursos humanos (IV GERES, 2012e), resultando na proposta de Desenho da RC a seguir:



**Imagem 1:** Desenho da Rede Cegonha da IV Regional, ano de 2012. Fonte: IV Gerência Regional de Saúde – IV GERES. Pernambuco, 2015.

Para estruturação e conformação do desenho foi levado em consideração que muitos serviços de saúde dos municípios possuem poucos leitos obstétricos e, como consequência, a

diminuição na quantidade de partos, apresentando pouca capacidade instalada para a demanda. Além disso, por serem municípios de pequeno porte, existe uma dificuldade de manter os serviços ativos devido déficit financeiro e de recursos humanos capacitados. O desenho foi elaborado visando suprir as barreiras de acesso e assistência identificadas (IV GERES, 2012e).

Depois de elaborado o Desenho Regional deverá ser criado um Plano de Ação Regional com a definição das ações de atenção à saúde para cada componente da Rede. Da mesma forma deverá ser elaborado o Desenho da Rede Cegonha no âmbito municipal (BRASIL, 2011a).

Esta etapa consiste em construir um produto que apresente a caracterização da região, contendo dados demográficos, climáticos, atividade econômica, área territorial com seus limites geográficos e municípios integrantes da Região conforme novo PDR, populações específicas se houver, Matriz Diagnóstica, contendo Indicadores de Morbidade e Mortalidade, Indicadores de Atenção, Situação da Capacidade Hospitalar Instalada e Indicadores de Gestão do município, Desenho da regional proposta, contendo descrição e apresentação em tabelas da proposta do desenho da rede com as referências pactuadas para Risco Habitual e Alto Risco Seguindo a modelagem de desenho da rede aprovada na CIB, de acordo com os componentes, detalhando as atividades garantidas no município e suas respectivas referências – Modelagem da Rede, Plano de financiamento (custeio e investimento) contendo uma planilha de Financiamento (IV GERES, 2012d).

Segundo a IV GERES (2015b), o Plano de Ação Regional foi elaborado fazendo jus a Portaria Nº 650, de 5 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b), entretanto, mesmo com a aprovação do Plano de Ação e Desenho da Rede em CIR através da resolução Nº 105/2012 (IV GERES, 2012a) os mesmos não foram aprovados pelo MS, como também outros projetos relacionados a construção de CPN, ambiência e aquisição de equipamentos não foram aprovadas, exceto de equipamentos.

Os Planos de ações municipais não estavam disponíveis para consulta na IV Geres, o que pode representar uma não participação efetiva dos municípios na construção do planejamento ascendente, que considere suas realidades locais e subsidiem as pactuações em nível regional. Silva (2012, pág. 2755) destaca que a dificuldade de regionalização, muitas vezes se dá pela “proposição de regras rígidas, excessivamente parametrizadas, na reorganização dos serviços regionais, que se mostra incoerente com as condições existentes”.

Ainda segundo a IV GERES (2015b) no ano de 2013, com a mudança de gestão nos municípios, diversos gestores solicitaram rediscutir o desenho da Rede Cegonha, a fim de redefinir as referências, resultando, em 2014, em uma nova pactuação do Desenho durante a reunião ordinária da CIR Nº 71 de 15/07/2014, homologado na Resolução CIR nº 272/2015 (BRASIL, 2015a). Esta última incluiu o incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes e incentivo financeiro de custeio mensal para o Centro de Parto Normal.

Logo, os municípios em suas organizações regionalizadas, por diversas vezes, encontram-se em dilemas onde tentam se organizar de modo a oferecer o que é preconizado para assistência a população e ajustar-se aos parâmetros estabelecidos quando, por sua vez, estes dois aspectos não são uníssonos, caminham em direções diferentes.

### **Governança e Acompanhamento da Rede Cegonha**

Categoria definida a partir da análise dos processos de governança regionalizada na IV Região de Saúde de Pernambuco e o protagonismo dos municípios na construção da RC.

A governança das redes de atenção à saúde é o arranjo organizativo único, de composição pluri-institucional, que opera os processos de formulação e decisão estratégica que organizam e coordenam a interação entre seus atores, as regras do jogo e os valores e princípios, de forma a gerar um excedente cooperativo, a aumentar a interdependência e a obter resultados sanitários e econômicos para a população adstrita (MENDES, 2011).

Mendes (2011) afirma que os sistemas de governança é um dos componentes das Redes de Atenção à Saúde. A Governança regional pode ser, dessa forma, entendida como aquela exercida por diversos atores em um contexto regionalizado, obedecendo as características e observando as peculiaridades locais (FONSECA, 2012).

Segundo Fonseca (2012) a gestão estadual tem um papel importante na descentralização do SUS, principalmente por oferecer suporte aos municípios e coordenar o processo de planejamento regional, estabelecendo configurações e ferramentas de gestão solidária e cooperativa, que até então era um processo desconhecido pelos municípios, impulsionando a regionalização como estratégia para a descentralização das ações e serviços de saúde.

Na IV Região de Saúde, desde o início das discussões da RC, há uma presença significativa da gestão estadual, por meio da IV GERES, na coordenação e sistematização da Rede. A comunicação foi uma característica base de todos os documentos analisados e muitos

destes são fruto dos processos de comunicação, como por exemplo o Desenho da Rede e o Plano de Ação Regional e Municipal, coordenados pela IV GERES.

A todo o momento a IV GERES auxiliou seus municípios com o envio de Normas, Portarias, Comunicados Estaduais, alteração de Portarias, instrutivos para elaboração dos planos, preenchimento de tabelas de financiamento, acesso a sistemas ministeriais, feedback sobre os processos de organização da rede no estado, monitoramento dos prazos e etapas executados pelos municípios, revisão de documentos elaborados pela regional, entre outros.

Entretanto, segundo Fonseca (2012), iniciativas como a coordenação das pactuações das Redes pelo estado, não são suficientes para promover mudanças qualitativas no processo de conformação das regiões de saúde, pois “não contemplaram a dimensão da complexidade da gestão regional num contexto de diversidade e heterogeneidade dos territórios e situação econômica” (FONSECA, 2012, p. 6).

As discussões envolvendo a Rede Cegonha se mostram bastante desafiadoras na regional, principalmente pela necessidade de adequação e construção dos serviços, pois muitos municípios não dispõem de dispositivos de saúde que se enquadram no modelo proposto para a Rede, havendo a necessidade de organizar um desenho em que 50% dos serviços pensados para tal precisam ser construídos (IV GERES, 2012e).

Mesmo havendo financiamento tripartite, o investimento municipal e regional, diante da situação econômica dos municípios, torna-se inviável, gestores da IV Regional de Saúde destacam a necessidade de um maior incentivo financeiro para que a rede possa manter a qualidade dos serviços que pretende oferecer (IV GERES, 2015). Santos (2014, p. 624) em seus estudos confirma que o financiamento é uma dificuldade existente para efetivação de uma saúde regionalizada quando diz, “Estudos têm apresentado as dificuldades na consolidação de um “governo regional” diante da insuficiência no financiamento”.

Outro ponto importante a salientar é que os gestores municipais, devido à pouca experiência em gestão regionalizada, iniciado em 2011 (PERNAMBUCO, 2011a) precisam do auxílio dos técnicos da IV GERES e CT para levantarem as discussões e problematizações acerca de uma estruturação regionalizada, conforme demonstram os fragmentos a seguir:

**Fragmento 17:** *“Membro da Câmara Técnica (CT) apresentou a proposta da CT de instituir um Grupo Condutor (GT) do Programa Rede Cegonha nos moldes do existente no nível central, o que facilitará o processo nesta regional” (CGR/IV REUNIÃO 42).*

**Fragmento 18:** *“representante municipal, diante das divergências, propôs reavaliar a proposta ora apresentada e marcar nova reunião com Câmara Técnica da CIR fechar o modelo da rede de atenção parto e nascimento. Para posterior pactuação nesta comissão”*(CGR/IV REUNIÃO 44).

**Fragmento 19:** *“Foram agendadas as reuniões da CT para discutir o assunto”* (CGR/IV REUNIÃO 44).

**Fragmento 20:** *“representante estadual falou sobre a necessidade de pactuar o desenho regional da Rede Cegonha nesta reunião para que o assunto possa entrar na pauta da próxima reunião CIB-PE”* (CGR/IV REUNIÃO 46).

Segundo Fonseca (2012) para o fortalecimento da governança no âmbito regional e avanço na implantação das redes de atenção é necessário investir na qualificação dos gestores e técnicos municipais de saúde. Oficinas e cursos podem ser usadas como mecanismos de aprendizagem técnica, necessárias para a constituição de uma gestão regional e integrada no SUS, momentos assim propõem o fortalecimento e envolvimento de toda equipe de saúde do município.

A CIR, foi um espaço da gestão bastante utilizado para debater a Rede Cegonha, entretanto percebe-se que, os momentos eram utilizados apenas para apresentações e pactuações, pois, não há relatos de momentos destinados a discussão e construção em colegiado, ficando essas responsabilidades para outros momentos, apontando a fragilidade que há em construir e elaborar propostas em colegiado, e que muitas vezes os espaços para discussão são curtos.

Além disto, nas discussões da Rede, os espaços de tempo entre uma discussão e outra tornaram-se maiores, propondo a interpretação de um enfraquecimento na mobilização e articulação dos governos.

O Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha, que contribui no acompanhamento, monitoramento e avaliação das metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção (UNA-SUS/UFMA, 2015), foi instituído na IV Regional apenas em 2013, por meio da Resolução CIR/PE nº157/2013 (IV GERES, 2013). O referido Grupo se desenvolveu com muita dificuldade devido a baixa adesão dos municípios. Houve uma recomposição do Grupo Condutor da Regional em 2017, como também um tensionamento, por parte da CT, para que os gestores municipais incentivassem e favorecessem a permanência dos profissionais na organização, como verificamos nos fragmentos a seguir:

**Fragmento 21:** *“Os gestores dos municípios X e Y oficializarão a indicação de seus coordenadores municipais para participarem do GT Regional da Rede Cegonha”* (CGR/IV REUNIÃO 100).

**Fragmento 22:** *“Integrante da CT, informou da necessidade de indicação dos municípios para o Grupo Condutor (CG) da rede cegonha”* (CGR/IV REUNIÃO 103).

***Fragmento 23:** “Em relação ao grupo condutor da rede cegonha, a secretária de saúde do município de Z fez uma indicação” (CGR/IV REUNIÃO 103).*

***Fragmento 24:** “Integrante da CT, ainda frisou a importância do CG e informou que no momento o GC está composto por cinco representações do estado e duas de município” (CGR/IV REUNIÃO 103).*

Investigando a participação dos gestores nas reuniões colegiadas, por meio das frequências anexadas nos Resumos Executivos das reuniões da CIR, a presença dos gestores nas reuniões onde houveram pactuações sobre a RC foi de cerca de 68%, e o pronunciamento destes nas pactuações são bem discretos, mostrando que poucos gestores se pronunciaram nas pactuações.

A formação profissional dos secretários de Saúde pode interferir na compreensão de temas relevantes debatidos em plenária, levando muitos gestores a omitir sua opinião, cedendo espaço aos secretários com alguma formação na área e/ou com longo tempo na função (mesmo sem formação específica) e que acumulavam o saber da experiência (SANTOS & GIOVANELLA, 2014).

### **Considerações Finais**

Este estudo demonstrou que a RC na IV Região de Saúde de Pernambuco, enfrenta uma diversidade de nós críticos que interferem na continuidade da construção do Desenho e Plano - que requerem processos dinâmicos e contínuos. Um dos maiores desafios a serem enfrentados são barreiras institucionais e intergovernamentais, relacionadas a questões econômicas e de financiamento, e estas barreiras dificultam a articulação entre os mesmos.

O processo de regionalização da saúde possibilitou a estruturação das redes de saúde nas regionais, sendo essa nova forma de pensar a saúde, visando a integralidade do cuidado, uma tentativa de minimizar as fragilidades na assistência, diminuir os gastos e otimizar os recursos na saúde.

Entretanto, há uma grande dificuldade de efetivar a RC, pois mesmo com os avanços da regionalização e municipalização, estas instâncias têm escassez de recursos humanos e educação permanente em saúde, dependem do financiamento público federal, necessitam de maior autonomia de gestão e regulação pública, e um maior desenvolvimento econômico e social para aumentar a capacidade operacional.

As discussões sobre a rede, ao passo que se sucederam de forma positiva pela vontade dos gestores em mudar a realidade vivida pelos municípios, pode ter sido iniciada num momento em que os mesmos tinham pouco conhecimento sobre o que seria uma rede de

saúde regionalizada, fragilizando, dessa forma, o protagonismo de alguns gestores municipais, a organização das redes de saúde, levando a um baixo tensionamento político às outras esferas de governo, federal e estadual.

Mesmo com todos esses paradigmas, é preciso desenvolver estratégias para qualificação da gestão, fortalecimento da regionalização e da cooperação, ampliação dos recursos, cumprimento da gestão ascendente, corresponsabilização das instâncias governamentais, desenvolvimento e consolidação das Redes de Atenção à Saúde.

## Referência

BRASIL. Lei 8080, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)> acesso em: 25/10/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010 seção 1, p.88. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)> acesso em: 25/10/2018

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**, Poder executivo, Brasília, DF, 29 de Junho de 2011, Seção 1, p. 01. 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: 30/10/2017

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**, Poder executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011 seção 1, p.109. 2011a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)> acesso em: 30/10/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 05 de outubro de 2011. Dispor sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 06 out. 2011 seção 1, p.69. 2011b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650\\_05\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html)> acesso em: 15/11/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde. 138 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 4), ISBN 978-85-334-2327-5, 2016.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008.

DE VRIES, Michel S. The rise and fall of decentralization: A comparative analysis of arguments and practices in European countries. **European Journal of Political Research**, [S.l.], v. 38, p. 193-224, 2000. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6765.00532/epdf>. Acesso em: 31/01/2018

FERNANDES, F. M. B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1311-1320, 2017.

FLEURY, S. M. T.; OUVENEY, A. M. **Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FONSECA, C. R. L et al. **CONSTRUINDO CONSENSOS EM TORNO DE UMA GESTÃO REGIONAL E INTEGRADA NO SUS EM MINAS GERAIS: A EXPERIÊNCIA DA REALIZAÇÃO DO CURSO DE GESTÃO MICRORREGIONAL**. V Congresso CONSAD de Gestão Pública. Centro de Convenções Ulysses Guimarães Brasília/DF – 4, 5 e 6 de junho de 2012.

GIOVANNI, M. D. **REDE CEGONHA: DA CONCEPÇÃO À IMPLANTAÇÃO**. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública – ENAP. Brasília – DF. 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/410/1/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf>> acesso em: 10/12/2017

GOYA, N.; ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; TAJRA, F. S. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 902-919, 2016.

IV GERES. Comissão Intergestora Regional, Colegiado Gestor Regional. Resolução CIR/PE nº 68/2011, dispõe sobre aprovação da Rede Cegonha na IV Regional de Saúde – PE. 12 de setembro de 2012. **Página Eletrônica Oficial da IV Regional de Saúde de Pernambuco**. Disponível em: <<http://www.ivgeres.com.br/geres2013/index.php/mnu-cir/mnu-resolucoes-cir>> acesso em: 07/01/2018

IV GERES. Comissão Intergestora Regional, Colegiado Gestor Regional. Resolução CIR/PE nº 105/2012, dispõe sobre Alteração do Desenho da Rede Cegonha da IV Regional de saúde. 17 de maio de 2012a. **Página Eletrônica Oficial da IV Regional de Saúde de Pernambuco**. Disponível em: <<http://www.ivgeres.com.br/geres2013/index.php/mnu-cir/mnu-resolucoes-cir>> acesso em: 07/01/2018

IV GERES. **RELATÓRIO DE ADESÃO À REDE CEGONHA**. Ministério da Saúde. Secretaria Estadual de Saúde, IV Gerência Regional de Saúde (IV GERES). Caruaru, mar, 2012b.

IV GERES. **MAPA DE SAÚDE. IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**. Secretaria Estadual de Saúde, IV Gerência Regional de Saúde (IV GERES). Caruaru, nov, 2012c.

IV GERES. **PROPOSTA DE ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DOS PLANOS REGIONAIS – PRODUTO DA REUNIÃO DO GRUPO CONDUTOR ESTADUAL DA REDE CEGONHA** Secretaria Estadual de Saúde, IV Gerência Regional de Saúde (IV GERES). Caruaru, abr, 2012d.

IV GERES. **PLANO DE AÇÃO REGIONAL – REDE CEGONHA**. Secretaria Estadual de Saúde, IV Gerência Regional de Saúde (IV GERES). Caruaru, mar, 2012e.

IV GERES. Comissão Intergestora Regional, Colegiado Gestor Regional. Resolução CIR/PE nº 157/2013, Resolução CIR/PE nº 157/2013 institui o Grupo Condutor regional da Rede Cegonha da IV Regional de Saúde – PE. 2013. **Página Eletrônica Oficial da IV Regional de Saúde de Pernambuco**. Disponível em: <<http://www.ivgeres.com.br/geres2013/index.php/mnu-cir/mnu-resolucoes-cir>> acesso em: 07/01/2018

IV GERES. Comissão Intergestora Regional, Colegiado Gestor Regional. Resolução CIR/PE nº 272/2015, Dispõe sobre a aprovação da alteração do Desenho da Rede Cegonha da IV Região de Saúde, incluindo recursos financeiros para investimentos e custeio para o Centro de Parto Normal, em funcionamento, do município de Caruaru. 31 de março de 2015a. **Página Eletrônica Oficial da IV Regional de Saúde de Pernambuco**. Disponível em: <<http://www.ivgeres.com.br/geres2013/index.php/mnu-cir/mnu-resolucoes-cir>>

IV GERES. **NOTA EXPLICATIVA DAS ALTERAÇÕES NO DESENHO DA REDE CEGONHA DA IV REGIÃO DE SAÚDE – PE**. Secretaria Estadual de Saúde, IV Gerência Regional de Saúde (IV GERES). Caruaru, mar, 2015b.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. Rio de Janeiro, 2010, vol.15, n.5, pp.2297-2305. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000500005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt)> acesso em: 20/01/2018

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília – DF, 2011. 549 p.: il. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf)> acesso em: 27/08/2017

NORONHA, J.C; LIMA; L.D; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. GIOVANELLA, L. et al. 2ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. Cap. 12, p 365-393.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco, versão 2011a**. Disponível em: <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao\\_final1.doc\\_ao\\_conass\\_em\\_jan\\_2012.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf)> Acesso em: 04/08/2017

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº. 1.723 de 19 de Setembro de 2011b. Homologa a Rede Cegonha nas regiões prioritárias I, IV e VII Regionais, aprova as diretrizes para a remodelagem da rede materno infantil de PE e institui os componentes do grupo condutor para a implementação da Rede Cegonha no estado de Pernambuco. **Página Eletrônica Oficial da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco**. Disponível em: <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol\\_1723\\_rede\\_cegonha\\_nas\\_regionais\\_i\\_iv\\_e\\_viii.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_1723_rede_cegonha_nas_regionais_i_iv_e_viii.pdf)> Acesso em: 28/08/2017

PIMENTEL, A. The method of documental analysis: The use for a historiographical research. *Cadernos de Pesquisa* [Internet]; 114, 179-195, 2011. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/cp/n114/a08n114.pdf](http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a08n114.pdf) > acesso em: 06/06/2017

QUINDERÉ, P. H. D. ; JORGE, M.S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [ 1 ]: 253-271, 2014.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6):2753-2762, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n6/2753-2762/pt>> acesso em: 10/01/17

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. **Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde**. Rev Saúde Pública 2014; 48(4): 622-631. Disponível em: <[www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)> acesso em: 15/11/2018

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>> acesso em: 17/08/2017.

UNA-SUS/UFMA. Universidade Federal do Maranhão. **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**/Consuelo Penha Castro Marques (Org.). CDU 612.63.02: 614.2 - São Luís, 2015.

# Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional

## NORMAS PARA SUBMISSÕES ONLINE

### **Apresentação**

Os textos poderão ser escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol. Devem ser digitados em *Word for Windows*, *open office*, em papel tamanho A4 (21 cm X 29,7 cm), com margens superior e esquerda de 3 cm e direita e inferior de 2 cm e espaçamento 1,5 (um e meio). A fonte deverá ser *Times New Roman*, tamanho 12, excetuando-se as citações com mais de três linhas, as notas de rodapé, paginação e legendas de ilustrações e das tabelas que devem ser digitadas em tamanho menor e uniforme, conforme NBR 14724 da ABNT.

### **Extensão dos textos**

Os artigos deverão ter extensão mínima de 10 e máxima de 20 páginas (com as referências), e as resenhas, mínima de 3 e máxima de 5, em espaçamento 1,5 (um e meio).

### **Título**

O título do texto deve ser centralizado, em maiúsculas, com negrito, tamanho 14, no alto da primeira página. Deverá ter versão em inglês logo abaixo do título em português.

### **Resumo e palavras-chave**

O resumo (artigo, ensaio, comunicação científica), precedido desse subtítulo e de dois-pontos em negrito, deverá conter os objetivos, a metodologia, os resultados e a conclusão em um único parágrafo, justificado, sem adentramento, em espaçamento simples, com mínimo de 100 e máximo de 250 palavras, conforme NBR 6028 da ABNT, na mesma fonte do artigo, com a letra inicial em maiúscula, dois espaços simples abaixo do título.

As palavras-chave, de 3 (três) a 5 (cinco), precedidas desse subtítulo e de dois-pontos, deverão ter as iniciais maiúsculas e ser separadas por ponto e finalizadas por ponto, na mesma fonte do texto, em alinhamento justificado, espaçamento simples, sem adentramento, dois espaços simples abaixo do resumo.

### **Ø Abstract e keywords**

O abstract e as keywords deverão ser precedidos desses subtítulos e de dois pontos, na mesma formatação do resumo e das palavras-chave. Deverá ser colocado após o resumo e as palavras-chave.

### **Ø Estrutura do texto**

O texto deverá ser iniciado dois espaços simples abaixo das keywords, em espaçamento 1,5, com parágrafos justificados e com adentramento de 1,25 cm na primeira linha. Os subtítulos das seções devem ser alinhados à esquerda, em negrito, sem adentramento, com a letra inicial da primeira palavra em maiúscula, sem numeração, tamanho 12.

### **Citações**

As citações seguirão o sistema autor-data conforme NBR 10520 da ABNT. O autor será citado entre parênteses, exclusivamente pelo sobrenome, separado por vírgula da data de publicação: (SILVA, 1985). Quando houver coincidência de sobrenomes de autores, acrescentam-se as iniciais de seus prenomes: (SILVA, C., 1985) e (SILVA, O., 1995). Se mesmo assim a coincidência persistir, colocam-se os prenomes por extenso: (SILVA, Carlos, 1985) e (SILVA, Cláudio, 1965). Se o nome do autor estiver citado no texto, indica-se apenas a data entre parênteses: “Pereira (1990) afirma que...” . Quando for necessário especificar página(s), esta(s) deverá(ão) seguir a data, uma vírgula e a indicação p.: (BAKTHIN, 1992, p. 315). Em caso de um intervalo de páginas, separa-se a inicial da final com hífen: (MAINGUENEAU, 1995, p. 12-15).

As citações de obras de um mesmo autor, publicadas no mesmo ano, deverão ser discriminadas por letras minúsculas após a data, sem espaço: (SOUZA, 1972a, 1972b). Quando a obra tiver dois ou três autores, todos terão os sobrenomes indicados, separados por ponto-e-vírgula (SOUZA; SILVA; CORREA, 1945); quando houver mais de três autores, será indicado o primeiro sobrenome seguido de et al.: (GONÇALVES et al., 1980).

Caso seja uma citação direta, de até três linhas, deve estar inserida em um parágrafo comum do texto, entre aspas duplas. As aspas simples serão utilizadas para indicar citação no interior da citação. Por sua vez, a citação direta, com mais de três linhas, deve ser destacada com recuo de 4 cm da margem esquerda e sem aspas, na mesma fonte do texto, tamanho 11. Se houver intervenções nas citações diretas, estas devem ser indicadas da seguinte forma: a) supressão: [...]; b) interpolação, acréscimo ou comentário: [ ]; c) ênfase ou destaque: grifo ou negrito ou itálico com a expressão “grifo nosso”.

## **Grafia de termos científicos**

Para unidades de medida, deve-se utilizar o Sistema Internacional de Unidades. Palavras em outras línguas devem ser evitadas nos textos em português, utilizar preferencialmente a sua tradução. Na impossibilidade, os termos estrangeiros devem ser grafados em itálico. Toda abreviatura ou sigla deve ser escrita por extenso na primeira vez em que aparecer no texto.

## **Notas**

As notas devem ser colocadas no rodapé e deverão seguir a estrutura do word. Devem ser usadas para comentários, esclarecimentos, explanações, indicações, observações ou aditamentos ao texto feito pelo autor que não possam ser incluídas no texto. Não devem ser usadas para referências. As remissões deverão ser feitas por algarismos arábicos sobrescritos após qualquer sinal de pontuação, devendo ter numeração única e consecutiva.

## **Ilustrações**

As ilustrações (figuras, desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, gráficos, mapas, organogramas, plantas, quadros, retratos e outros) poderão ser aceitas, mas deverão estar assinaladas no texto, com identificação na parte superior, precedida da palavra designativa, seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, do respectivo título. Na parte inferior, deve ser indicada a fonte, legenda, notas e outras informações necessárias.

## **Tabelas**

As tabelas (informações tratadas estatisticamente) devem ser numeradas com números arábicos, com identificação na parte superior, precedida da palavra Tabela, à esquerda da página. Caso necessário, a fonte deve ser colocada abaixo da tabela.

## **Agradecimentos**

Os agradecimentos a auxílios recebidos, precedidos do subtítulo “Agradecimentos”, e de dois-pontos, em negrito, em parágrafo único, de no máximo três linhas, justificado, sem adentramento, em espaçamento simples, duas linhas após o término do texto.

## **Referências**

As referências, precedidas desse subtítulo, em negrito, devem ser alinhadas à esquerda, justificadas, sem adentramento, em ordem alfabética de sobrenomes e, no caso de um mesmo autor, na sequência cronológica de publicação dos trabalhos citados, dois espaços simples após o texto ou os agradecimentos, conforme a NBR 6023 da ABNT. Quando a obra tiver até seis autores, todos devem ser citados. Mais de seis autores, indicar os seis primeiros, seguido de et al.

### **Considerações éticas**

Caso os artigos apresentem relatos de pesquisas que envolvam seres humanos, os estudos devem estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e terem sido aprovados pela comissão de ética da instituição de origem.

### **Declaração de contribuição**

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

### **Taxas de submissão**

A revista não cobra dos autores taxas referentes à submissão de artigo (submission charges), nem taxas referentes ao processamento de artigo, em caso de aceite para publicação.

### **Condições para submissão**

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".

Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB)

Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.

O texto está em espaço 1,5; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas inseridas no texto, e não em seu final.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.

A identificação de autoria deste trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Asegurando a Avaliação por Pares Cega.

Em caso de pesquisa com seres humanos, o texto segue os preceitos éticos em pesquisa, conforme diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa.

Os autores do manuscrito intitulado submetido declaram a Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional a inexistência de conflito de interesses em relação ao presente artigo.

Toda ideia e conclusão apresentadas nos trabalhos publicados são de total responsabilidade do(s) autor(es), e não reflete necessariamente a opinião do Editor, dos Editores de Seção ou dos membros do Conselho Editorial.

Caso uma versão anterior tenha sido apresentada em evento científico, os dados do evento estão indicados em nota de rodapé na primeira página do artigo.

### **Declaração de Direito Autoral**

Os autores que tiverem seus trabalhos aceitos e publicados na Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional estarão sujeitos a política de direitos autorais CC BY <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

### **Política de Privacidade**

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.