

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

RITA DE KÁSSIA RODRIGUES DE MELO MAGALHÃES E SILVA

**Governança Regional da Rede Cegonha na XI Região de**  
**Saúde de Pernambuco**

SERRA TALHADA

2018

RITA DE KÁSSIA RODRIGUES DE MELO MAGALHÃES E SILVA

## **Governança Regional da Rede Cegonha na XI Região de Saúde de Pernambuco**

Trabalho de Conclusão do Programa de Residência em Saúde coletiva com Ênfase em Gestão de Redes apresentado para a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior.

Co-orientador: Esp. Anderson Danilo Dario Lima.

SERRA TALHADA

2018

**Resumo:** Esta pesquisa teve como por objetivo fazer uma análise de como a Rede Cegonha é abordada e inserida nas pautas da Comissão Intergestores Regional na XI região de Saúde de Pernambuco através da investigação dos processos de governança entre os entes gestores envolvidos no período de 2011 a 2017. Foi realizada análise das atas e observação das reuniões nos anos de 2016 e 2017 e também realizadas duas entrevistas com atores estratégicos neste processo. Os resultados indicam que a Rede Cegonha teve um pico de discussões concentradas nos anos de 2011 e 2012, ano em que houve sua implantação na regional, poucos avanços das ações planejadas em nas discussões presentes em 2013 e 2014 com detecção de problemáticas a respeito da assistência, aumento de número de mortalidade neonatal prejudicados pela baixa cobertura de pré-natal e falta da cobertura de alto risco, em 2015 e 2016 houve a estagnação do tema em processos de rotina de gestão, apenas com renovação da composição do grupo condutor e em 2017 há o resgate do tema por parte da Secretaria Estadual de Saúde com a necessidade de repactuação do desenho assistencial da regional e grande mobilização dos diferentes entes envolvidos no processo de governança para readequação da rede na busca de superação dos desafios da descentralização. Palavras chaves: Materna-infantil, Política, Regionalização.

**Abstract:** The purpose of this research was to analyze how the Stork Network is approached and inserted in the guidelines of the Regional Interagency Committee in the XI Region of Health of Pernambuco through the investigation of the governance processes between the management entities involved in the period from 2012 to 2017. We analyzed the minutes and observed the meetings in the years 2016 and 2017 and also carried out two interviews with strategic actors in this process. The results indicate that the Stork Network had a peak of discussions concentrated in the years 2011 and 2012, the year in which it was implemented in the regional, few advances of the actions planned in the discussions present in 2013 and 2014 with detection of problems regarding the assistance, an increase in the number of neonatal deaths due to low prenatal coverage and a lack of high-risk coverage, in 2015 and 2016, there was a stagnation of the issue in routine management processes, only with the renewal of the composition of the driver group and in 2017 there is the rescue of the theme by the State Department of Health with the need to renegotiate the assistance design of the regional and great mobilization of the different entities involved in the governance process to readjust the network in search of overcoming the challenges of decentralization. Maternal and child, Politics, Regionalization.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a abordagem sobre estabelecer as Redes de Atenção à Saúde (RAS) é determinada pela Constituição Federal de 1988, além de estabelecer também a universalização do acesso, a descentralização e regionalização como diretrizes fundamentais no Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, a determinação da organização do SUS em redes esteve presente de forma explícita e implícita desde o início da reforma sanitária (SILVA, 2008; MENDES, 2009).

Em contrapartida, somente em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) vem enaltecer a necessidade de formação de redes integradas e apenas cinco anos mais tarde, em 2006, aprovado e regulamentado pelas portarias ministeriais nº 399 e 699, o Pacto pela Saúde surge com nova proposta mais flexível para a elaboração de arranjos que possibilitem a regionalização e o aprimoramento de redes.

Em 2010, resultante de um grande acordo tripartite entre o Ministério da Saúde, foi publicada a Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as conceituam como: “Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010).

No Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta artigos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, consta no art. 7º que “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores regionais – CIR”; no art. 30 “As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de Atenção à Saúde”.

Segundo Santos e Giovanella (2014), a CIR é órgão colegiado análogo aos Colegiados de Gestão Regional, exercendo governança que fortalece o vínculo regional e comunicação com as instâncias de nível estadual e federal, onde os atores sociais interdependentes validam no processo decisório das deliberações.

As redes de atenção à saúde (RAS) surgem como estratégia que possui o objetivo comum de promover a integralidade dos serviços assistenciais nos diferentes níveis de complexidade, a garantia do acesso, qualidade no atendimento e humanização. Sendo assim, tem por missão a organização dos serviços de saúde, centradas no cuidado integrado destinado a espaços territoriais detidos de especificidades de suas demandas (KUSCHNIR, 2010; MENDES, 2010; SILVA, 2011).

Como exemplo de cuidado integrado, temos na atenção à saúde da mulher a Rede Cegonha (RC) implantada pelo Ministério da Saúde (MS) em 24 de junho de 2011 através da portaria nº 1459/11, que tem por finalidade a linha do cuidado materno infantil, fundamentada nos princípios da humanização através da melhoria no acolhimento, qualidade assistencial, acesso aos serviços, assim como também a sua ampliação, garantia de transporte e o fortalecimento de vínculos entre a gestante à unidade de referência de assistência ao parto.

Na mesma data, em 24 de junho de 2011, a portaria nº 1.473, determina que os Comitês Gestores, Grupos executivos, Grupos transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo, organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde atribuíssem as responsabilidades de gestão participativa e democrática, aliada a aproximação dos objetivos políticos, institucionais e teóricos conceituais da Rede Cegonha.

Levando em consideração a morbimortalidade materna e infantil como eventos resistentes, salvo avanços, que sofrem influências multifatoriais, esses aspectos representam um desafio prevalente e contemporâneo na história da saúde pública no Brasil.

(CAVALCANTI, 2010; FERRAZ, BORDIGNON, 2012; SIQUEIRA et. al. 1984; VICTORA et al. 2011).

Países em desenvolvimento, como o Brasil, obtiveram atraso na incorporação das políticas de saúde para a redução da mortalidade infantil, e mesmo com melhores condições de saúde e maior cobertura no pré-natal nas últimas décadas, a atenção a este ponto é considerada como inepta, apresentando também diferenças assistenciais entre mulheres que residem em zona urbana e as que residem em zona rural, com menor renda, menor escolaridade e negras (COIMBRA et al, 2003; MORSE et al, 2011; ALMEIDA, SZWARCWALD, 2012).

Além disso, a assistência ao parto e ao nascimento apresenta grandes impasses particulares ao país devido à prevalência de um modelo hegemônico tecnocrático que resultam em altos índices de mortalidade materno-infantil, além de um grande número de partos cesarianos, com taxa de mais de 80% em serviços privados de saúde, acompanhado de baixa qualidade de assistência obstétrica (LANSKY, et al., 2014; MAIA, 2010).

Através de mudanças geradas a partir do processo de globalização, transformações que fazem parte da relação Estado-sociedade-economia requerem uma organização e reestruturação política e econômica nos países. No setor saúde, que como reflexo sobre o papel do Estado, também necessita de adequações (CHERCHIQLIA, DALLAR, 1999; COSTA, 1997).

Retomando a história, foi a partir dos anos 90 que no Brasil agravou-se a crise do Estado, caracterizada como uma crise fiscal crescente, onde a intervenção econômica se apresenta protecionista e inerte e a administração pública fazendo uso de excessos administrativos burocráticos que são ineficientes. A necessidade de reforma do aparelho de Estado Brasileiro pressupõe que os recentes governos, instituídos por caráter democrático, apesar de possuírem governabilidade, precisam de governança (CHERCHIQLIA, DALLAR, 1999).

Surge então a inquietação de dotar programas voltados para a classe pobre com foco as políticas sociais e também as condições para que se efetive a mudança no que diz respeito às características sistemáticas do processo, isto é, a política de descentralização e regionalização na saúde brasileira que confirmam no acesso equitativo uma grande força motriz o que se remete ao problema da governabilidade e a feitura da governança como acréscimo no que se resumem os pré-requisitos institucionais da primeira. (GERSCHMAN, VIANNA, 1997; MELLO et al., 2017).

Segundo Andrade (2012) o conceito de governabilidade foi incorporado ao campo das ciências sociais e do jornalismo político a partir da década de 70 que retrata as relações entre governantes e governados. O funcionamento adequado dos sistemas políticos depende do equilíbrio entre as instituições de input agregadoras de interesses e as instituições governamentais de output que coordenam as políticas públicas. A governança, além de abranger as instituições governamentais, abrange também os mecanismos informais que não possuem caráter governamental, ou seja, organizações que fazem parte pessoas dentro de sua área de atuação que possuem conduta determinada aos objetivos, satisfazendo as suas necessidades.

Para Azevedo, Anastasia (2002) e Kissler e Heidemann (2006), a governança não possui um conceito único, mas sim uma série de diversos pontos de partida que se direcionam para uma nova estruturação das relações entre o Estado e suas instituições nos níveis federal, estadual e municipal, englobando de forma adjunta também as instituições privadas com fins lucrativos, bem como a representação pública da sociedade civil.

Este trabalho busca analisar sobre a perspectiva da governança, o desempenho das estratégias políticas no histórico da Rede Cegonha no espaço da XI Regional de Saúde, assim

como caracterizar a dinâmica de deliberações referentes ao tema entre os anos de 2011 a 2017 através das atas das reuniões das CIR.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso (Yin, 2015) que possui análise qualitativa (Flick, 2009; Lüdke e André, 2013) de uma situação particular, descrevendo sua circunstância gerencial. Realizado na XI região de Saúde no Estado de Pernambuco que compreende 10 municípios (PERNAMBUCO, 2012).

Foi realizado na XI Gerência de Saúde do Estado de Pernambuco que compreende dez municípios: Serra Talhada, Carnaubeira da Penha, Itacuruba, Floresta, Flores, Triunfo, Santa Cruz da Baixa Verde, Betânia, Calumbi e São José do Belmonte (PERNAMBUCO, 2012).

A pesquisa faz parte de um projeto maior, denominado “REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS), realizado pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, aprovado pelo comitê de ética 5190 – FIOCRUZ/CPqAM – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, seguindo desta forma, critérios e padronizações dentro da abrangência do estudo das RAS, esta tendo como foco na RC.

As fontes de informação do estudo foram documentos oficiais usados como atas de registro das apresentações, informes e pactuações presentes nas Comissões Intergestores Regional - CIR no período de 2011 (mês de agosto) a 2017 (mês de setembro), e também documentos elaborados pelo grupo condutor formado pelos representantes que são referência da Rede Cegonha nos municípios da XI regional, como a Resolução n.º 115 de 22 de março de 2012 que dispõe sobre o Plano de Ação da Rede Cegonha da XI GERES e o Plano de ação da Rede Cegonha da XI GERES; e duas entrevistas semiestruturadas realizadas com atores estratégicos na condução da rede analisada.

A averiguação sistemática das atas da CIR teve como propósito alcançar um levantamento histórico do desempenho estratégico e político a cerca da implantação e funcionamento da RC na XI Regional de Saúde, contemplando uma releitura dos acontecimentos, informes, debates e pactuações nas sessões das reuniões a partir do ano de 2011 quando foi aprovada a Portaria Nº 1.459 que institui no âmbito do SUS a RC, até o presente ano que a pesquisa foi realizada.

O segundo momento constituiu a “categorização do material” coletado, etapa em que as atas e entrevistas foram lidas com esmero para produção de um texto síntese com as estruturas pertinentes ao tema foram selecionadas, agrupadas e classificadas. Foi executada a verificação das estruturas relevantes e, em seguida, partiu-se para o cotejamento entre os diferentes dados das dissemelhantes fontes de informação.

A análise das atas das reuniões da CIR foi guiada pelo objetivo principal de identificar os temas mais recorrentes, indicando as frequência com que aconteceram, as prioridades apontadas pelos gestores, os processos de negociação, pactuação e planejamento para o alcance da integração assistencial, com específico foco sobre o papel da governança em contexto regional.

As entrevistas foram realizadas por dois atores estratégicos que atuaram no processo de estruturação da RC na regional analisada. Os trechos retirados da transcrição complementam os achados e buscam esclarecer os pontos nodais para enfrentamento dos desafios á integração assistencial, bem como progressos na conformação da rede regionalizada materna infantil na XI região de saúde.

Por fim, os resultados e discussão foram agrupados em três categorias empíricas: Planejamento da Rede Cegonha em Contexto Regional, Revelando o Funcionamento da Rede Cegonha Regional e a CIR e o Processo de Governança Regional para Estruturação da RC.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### PLANEJAMENTO DA REDE CEGONHA EM CONTEXTO REGIONAL

A Região de Saúde analisada tem sua sede no município de Serra Talhada – PE, sendo a XI Região de saúde do estado, constituída na III Macrorregional de saúde. É composta por 10 municípios distintos entre si no que se refere ao número de habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Produto Interno Bruto e índice de Gini.

Metade dos municípios apresentam IDH baixo (IDH entre 0,500 e 0,599) e o restante, estão classificados em IDH médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). Estando todos os municípios com IDH abaixo da média do Brasil, que para o ano de 2010 era de 0,69. No ano de 2010, todos os municípios da XI Região de Saúde apresentaram índice de Gini abaixo do valor nacional e do estado de Pernambuco que alcançaram, respectivamente, 0,60 e 0,63. Tabela 01

Tabela 1 - Características demográficas e econômicas dos municípios da XI Região de Saúde do estado de Pernambuco. 2010.

<i>Município</i>	<i>População Residente</i> <i>(2015)</i>	<i>IDHM</i> <i>(2010)</i>	<i>Produto Interno Bruto</i> <i>(2013)</i>	<i>Índice de Gini</i> <i>(2010)</i>
<i>Serra Talhada</i>	84.352	0,661	1.075.341,6	0,5714
<i>Betânia</i>	12.539	0,559	59.250,0	0,5530
<i>São José do Belmonte</i>	33.677	0,610	202.834,5	0,5502
<i>Triunfo</i>	15.250	0,670	100.824,4	0,5645
<i>Floresta</i>	31.809	0,626	354.164,9	0,5244
<i>Carnaubeira da Penha</i>	12.603	0,573	59.634,6	0,5660
<i>Flores</i>	22.588	0,556	108.455,6	0,5172
<i>Calumbi</i>	5.745	0,571	34.764,7	0,5433
<i>Itacuruba</i>	4.754	0,595	43.016,4	0,4693
<i>Santa Cruz da Baixa Verde</i>	12.375	0,612	57.885,7	0,5080

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2010; Elaboração do autor.

Com a instituição da RC pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a XI GERES se empenhou na elaboração do Plano de Ação da Rede realizando um levantamento situacional dos fluxos já existentes direcionados a assistência materna-infantil.

Em 22 de março de 2012, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco através da Resolução de n.º 115 aprova a elaboração do Plano de Ação da RC da XI GERES.

Aponta o Plano de Ação, concluído em Setembro de 2012, que a XI Região de Saúde com grande extensão territorial e baixa densidade demográfica e tecnológica está localizada

em um grande vazio assistencial. A ausência de estruturação de uma rede hierarquizada, regionalizada qualificada e humanizada para a assistência a mulher durante a gravidez, parto e puerpério, bem como ao conceito, tem levado a complicações para o binômio materno-infantil, o que impacta negativamente nos índices de mortalidade materna e neonatal.

A proposta do Plano de Ação reconhece ações voltadas para implantação da Rede Cegonha da XI Regional de Saúde, baseada nas necessidades da população e na disponibilidade dos equipamentos de saúde, respeitando os princípios e fundamentos do SUS.

### Revelando o Funcionamento da Rede Cegonha Regional

Através da investigação documental das atas da CIR entre os anos de 2011 a 2017, foi realizada uma sistematização temporal das reuniões e categorização dos achados empíricos sobre a temática RC encontrados ao longo dos anos estudados. Tabela 2 e 3

Tabela 2 – Categorização das atas da CIR entre os anos de 2011 a 2017 sobre os achados da temática RC:

Ano	Reunião	Principais achados empíricos
2011	66°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aprovação do PDR</li> <li>▪ Apresentação de proposta da RC</li> <li>▪ Leitura dos fluxos assistenciais na rede materna-infantil já existentes</li> </ul>
	67°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plano de ação – RC deve considerar o diagnóstico situacional da XI regional de saúde.</li> <li>▪ Estado propõe entrar com incentivos financeiros para estruturação da RC</li> <li>▪ Municípios responsáveis pelos partos de risco habitual e HOSPAM responsável pelos partos de alto risco.</li> <li>▪ Necessidade de levantamento dos leitos existentes por município e a quantidade de leitos que são realmente necessários para suprir as necessidades da XI Regional.</li> </ul>
	68°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plano de Ação – RC possui eixo principal o transporte sanitário e a garantia de acesso na referência.</li> <li>▪ Aumento dos HPP para contratação de enfermeiro obstetra junto à suposição de que haja linha de financiamento para construção e/ou reforma das maternidades municipais e/ou casas de parto (após reconhecimento).</li> <li>▪ Construção de uma maternidade em ST para dar suporte aos demais municípios da XI Regional.</li> </ul>
	69°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apresentação do Plano de Ação Regional – RC</li> <li>▪ Municípios da XI Regional ficarão com Casa de Parto Normal, com exceção de Serra talhada que ficará com casa da Gestante, Bebê e Puérpera; Maternidade de Risco Habitual – RH, Maternidade de Alto Risco – AR e Centro de Parto Normal – CPN.</li> <li>▪ Alto risco ainda se referencia para o HOSPAM</li> <li>▪ Pactuação de UTI E UCI Neonatal no HOSPAM.</li> </ul>
	70°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publicada a portaria que consolida e institui a Rede Cegonha.</li> <li>▪ Comissão deve preparar resolução solicitando prioridade na implantação da RC na 3° Macrorregional para que seja apresentada na reunião BIPARTITE.</li> </ul>
	72°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Possível presença de técnicos da SES na XI Regional para</li> </ul>

		capacitação dos municípios para formulação dos seus respectivos Planos de Ação.
2012	75°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Extensão do prazo para conclusão do Plano de ação Regional devido à insuficiência de elementos necessários para seu encerramento.</li> </ul>
	76°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dentro do Plano de Ação Regional concluído foi feita a apresentação de propostas para referências dos partos e qualificação dos serviços. Pactuações que definiram referências para os partos.</li> </ul>
	77°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisão do Plano de ação regional com novas pactuações referentes às referências dos partos.</li> </ul>
	78°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consolidação dos Planos Municipais e envio do Plano de ação Regional RC enviado a Gerência de Saúde da Mulher.</li> <li>▪ Informe a respeito da aprovação do Plano de Ação Regional RC em CIB/PE.</li> </ul>
	85°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Determinação do Grupo Condutor Regional.</li> </ul>
2013	90°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informe sobre reunião do Comitê de Mortalidade materno-infantil para formação dos Grupos Técnicos.</li> <li>▪ Informe que municípios se encontram com pendências em investigações de mortalidade.</li> </ul>
	92°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aprovação de nova composição para o Grupo Condutor.</li> </ul>
	94°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apresentação de dados do monitoramento do Pacto pela saúde com números que alertam para baixa cobertura em consultas de pré-natal, proporção de óbitos no período perinatal prejudicado pela falta de UTI Neonatal.</li> <li>▪ Proposta de implantação de partograma nos municípios.</li> </ul>
2014	102°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pactuação de rede complementar as referenciadas da rede.</li> </ul>
	103°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussão sobre a necessidade de aumento da rede complementar.</li> </ul>
	106°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussão sobre a necessidade das gestantes serem reguladas para a central de leitos em caso de designação para a rede complementar, pois há falta de profissionais que garantam o acesso assistencial.</li> </ul>
	109°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informe que o Planejamento Familiar volta a atender no ambulatório do HOSPAM, assim como o pré-natal de alto risco.</li> </ul>
2015	118°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atualização da formação do grupo condutor.</li> </ul>
2016	128°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atualização da formação do Grupo Condutor.</li> </ul>
2017	139°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informe sobre a 2 Conferência de Saúde da Mulher</li> <li>▪ Atualização do Grupo Condutor</li> </ul>
	144°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SES por videoconferência retoma com intuito de resgatar as discussões sobre a Rede Obstétrica, contatando também o GC com informações e dados de alerta sobre mortalidade materna e infantil para subsidiar as discussões.</li> <li>▪ Pactuação de novo representante do COSEMS incluído no GC.</li> </ul>
	145°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Levantamento do antigo desenho pactuado em 2012 e a forma como</li> </ul>

		<p>hoje estão acontecendo os partos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apresentação de dados do Pacto pela Vida.</li> <li>▪ Apresentação de nova proposta do desenho da Rede Cegonha.</li> <li>▪</li> </ul>
	147°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apresentação de nova proposta do desenho da Rede Cegonha através de videoconferência para Equipe de Saúde da Mulher da SES.</li> <li>▪ Necessidade de presença física dos representantes da SES para discussão em próxima reunião sobre a nova pactuação.</li> </ul>
	149°	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Representantes da Saúde da Mulher da SES comparecem a reunião e após análise da nova proposta do desenho da RC, é decidido que precisa de adequações.</li> <li>▪ Nova proposta de repactuação da RC é apontada para ser discutida pela câmara técnica com o GC do RC.</li> </ul>

Fonte: Atas das reuniões da CIR da XI GERES; Elaboração do autor.

Tabela 3 - Classificação das reuniões que debateram a Rede Cegonha quanto a ordinária (O) e extraordinária (EO), nenhuma discussão presente (ND) e meses de reuniões não avaliadas (NA). O total representa o quantitativo por mês entre os anos de 2011 a 2017.

Mês	Ano						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Jan</i>	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
<i>Fev</i>	ND	ND	O	O	ND	ND	ND
<i>Mar</i>	ND	EO/EO/EO/O	ND	O	ND	ND	O
<i>Abr</i>	ND	ND	O	ND	ND	O	ND
<i>Mai</i>	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
<i>Jun</i>	ND	ND	O	O	O	ND	O
<i>Jul</i>	ND	ND	ND	ND	ND	ND	EO
<i>Ago</i>	EO	O	ND	ND	ND	ND	O
<i>Set</i>	EO/EO	ND	ND	O	ND	ND	O
<i>Out</i>	EO/O	ND	ND	ND	ND	ND	NA
<i>Nov</i>	ND	ND	ND	ND	ND	ND	NA
<i>Dez</i>	O	ND	ND	ND	ND	ND	NA
<b>TOTAL</b>	6	5	3	4	1	1	5

Fonte: Atas das reuniões da CIR da XI GERES; Elaboração do autor.

De acordo com os dados retirados das atas revisadas, no ano de 2011 após a publicação da Portaria Nº 1.459 em 24 de Junho que institui a RC, a XI GERES recebe aprovação da elaboração do Plano Diretor Regional dando início ao planejamento das ações para a implantação desta rede na regional. No ano de 2011 teve seis reuniões que abordaram o tema, sendo destas quatro reuniões extraordinárias e duas reuniões ordinárias que se iniciaram no mês de Agosto. A abordagem inicial em reunião plenária buscou apresentar a proposta da RC aos gestores e representantes municipais presentes, a fim de esclarecimento dos seus princípios e objetivos. O surgimento do tema provocou a necessidade de levantamento de dados situacionais da saúde materna-infantil para elaboração do Plano de ação Regional RC com a leitura dos fluxos assistenciais existentes, chamando atenção para um grande vazio

assistencial e a necessidade de investimento e estruturação dos serviços direcionados a mulher em período gestacional, parto e puerpério, como também ao concepto.

Em 2012, houve cinco reuniões que debateram a estruturação da RC, sendo destas três reuniões extraordinárias e duas ordinárias. Em formato de informe, o Plano de ação Regional teve seu prazo para conclusão adiado devido insuficiência de elementos prioritários que o deviam compor. Em seguida com o Plano de ação concluído no mesmo mês (em reunião extraordinária) iniciam os debates sobre as propostas de referências para os partos e mais uma vez é ressaltada a importância e necessidade de qualificação dos serviços. Neste ano foi possível conceber a rede referencial de assistência para os partos, como também houve a necessidade de repactuação desta rede mais para frente a partir de revisão do Plano de Ação. Pactuações definiram os novos direcionamentos. Alicerce dos Planos Municipais e envio do Plano de Ação Regional RC à Gerência de Saúde da mulher com seguinte aprovação em CIB/PE e formação da primeira composição do Grupo Condutor Regional também compuseram em formato de informe, debate e pactuação a temática da RC em CIR neste ano.

No ano de 2013 houve três reuniões que tratassem do tema RC, sendo as três ordinárias. Neste ano as discussões que se subsidiaram já levavam em conta ações antes planejadas em anos anteriores. A RC foi inserida em pautas das discussões de forma indireta, porém ligadas a ações que remetem diretamente nos objetivos da rede, como informe sobre reunião que pretendeu formação de Grupos Técnicos para compor o Comitê de Mortalidade materno-infantil, assim como dados do monitoramento do Pacto pela Saúde, alertando sobre falha na cobertura do pré-natal e gravidade nos números de óbitos perinatal, prejudicados por ausência de suporte de alta complexidade, a UTI Neonatal. Também houve renovação dos representantes do GC e surge proposta de inserção de partograma nos municípios com objetivo de melhor conhecimento e controle sobre os acontecimentos em trabalho de parto.

*Então a nível regional a gente tem o Grupo Condutor da RC que é formado com representantes do território, do estado e dos municípios (...). Nós temos feito avaliação de onde ocorrem os partos através dos nascidos vivos, temos feito algumas ações de monitoramento de mortalidade materna e infantil e levado estas discussões para os municípios para que melhore a assistência (...) quanto ao pré natal é informado o que é garantido a gestante, quais exames e temos trabalhado isso com os coordenadores da atenção primária e os Secretários Municipais de Saúde. (Entrevistado 2)*

Segundo Solla e Chioro, 2014, Pain *et al.*, 2011, é histórico no Brasil a adoção de políticas de saúde que se baseiam na lógica da oferta instalada, ou seja, particularidades epidemiológicas e as necessidades sanitárias de cada população não justificam por necessário no planejamento em saúde.

No ano seguinte, em 2014, houve quatro reuniões ordinárias que tiveram grande impacto de importantes deliberações e conseqüentemente decisões que direcionaram a RC. Foi pactuada a rede complementar as referenciadas da rede. Em sequencia foi notória a necessidade de aumento da rede complementar presente em discussão o mesmo ponto na reunião seguinte. Dois meses após este reconhecimento, a discussão anterior retoma, agora com a proposta e reconhecimentos que as gestantes só se garantiriam na assistência ao parto se fossem designadas a central de leitos em caso de necessidade de suporte assistencial complementar, pois a regional se encontrava com falta de profissionais que garantissem o acesso. Houve por fim a reunião que expos o informe do retorno de funcionamento do Planejamento Familiar em hospital regional.

*O Estado de Pernambuco tem buscado organizar e fortalecer sua Rede Materno Infantil. Na XI Geres existe o projeto de transformar o Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães em Hospital Materno Infantil com a implantação de UTI e UCI Neonatal. Os municípios dessa região tem se organizado no sentido de contratar enfermeiros obstétricos para realização de partos de risco habitual no seu território. (Entrevistado 1)*

*Uma grande dificuldade ainda é recursos humanos, ter equipe completa, então no nosso território o estado já tentou contratualizar neonatologista e ter uma equipe completa como manda a Portaria da RC (...) a gente tem que unir forças, não tem como ser referência para o alto risco e nem temos estruturação para isto e nem equipe (...) Então necessita muito de investir no Hospital Regional para o alto risco para ele trabalhar como foi pactuado. (Entrevistado 2)*

Nos anos de 2015 e 2016 houve uma estagnação do tema RC mesmo tendo apontado em reuniões do ano de 2014 grandes impasses a serem resolvidos politicamente. Durante estes dois anos apenas duas reuniões ordinárias, uma em cada ano trataram da RC, porém apenas se elencaram de protocolo de renovação do GC, sem discussões e pactuações pertinentes a problemática levantada em ano anterior.

*Como após a aprovação do desenho da Rede Cegonha não houve progresso na sua implantação, não podemos afirmar que existe articulação entre os pontos de atenção. (Entrevistado 1)*

No ano de 2017, com finalização da investigação das atas no mês de setembro, ocorreram cinco reuniões pertinentes que foram analisadas, quatro ordinárias e uma extraordinária. Tocante ao tema RC, no mês de março ocorreu a primeira reunião que seguiu apenas o mesmo fluxo da atualização do GC, sendo as mesmas ações pragmáticas realizadas nos dois últimos anos. No mês de junho, á vista disso, há por parte da Secretaria Estadual de Saúde, com representação da coordenação de saúde da mulher, o resgate de discussões que instigam a resolução da problemática voltada a rede materna infantil. A SES por videoconferência estimula a alteração com a apresentação de dados alarmantes sobre a mortalidade materna e infantil na XI Regional. A próxima reunião, extraordinária, ocorreu no mês seguinte com a finalidade de tratar apenas das inquirições relacionadas ao RC, sendo feito um levantamento do desenho pactuado em 2012 e a forma como consecutivamente funcionam os direcionamentos assistenciais nesta rede atualmente. Esse levantamento proporcionou um comparativo crítico reflexivo que resulta na necessidade e elaboração de uma nova pactuação do desenho para a RC. Os dois meses seguintes contemplaram duas reuniões ordinárias, na primeira houve apresentação da nova proposta de desenho da RC para a Equipe de Saúde da Mulher da SES, porém esse feito ocorreu por videoconferência, sendo necessária a solicitação da presença da equipe em reunião posterior para decisões mais assertivas sobre o fato. Representantes da SES de Saúde da mulher em comparecimento afirmam que a nova proposta é inviável e necessita de adequações. Há por fim o surgimento de nova proposta desenho discutido e pactuado em CIR a ser discutido em câmara técnica na participação do GC nas suas destinadas ações de planejamento e decisão.

*A rediscussão nossa é exatamente para a gente diminuir a quantidade de referências e centralizar o atendimento de forma referenciada para que a mulher tenha garantia para qual maternidade ela vai parir já durante o pré natal, e essa é a discussão para fortalecer no território. (Entrevistado 2).*

## **A CIR e o Processo de Governança Regional para Estruturação da RC**

Nesta etapa do trabalho foram analisados os atores sociais envolvidos nas discussões a respeito da RC, a presença de forma quantitativa destes representantes em CIR ao longo dos anos analisados e a forma como as negociações aconteceram através das falas retiradas das entrevistas dos dois atores estratégicos que foram questionados.

*A reunião da CIR, que é coordenada pela Gerente da XI Geres, é pré-agendada na terceira quarta-feira de cada mês, no horário das 08:30h, sempre na sede da XI GERES. As pautas são construídas na reunião da Câmara Técnica na semana anterior à reunião. Por ser uma instância de pactuação consensual entre os gestores define as regras de gestão compartilhada do SUS. (Entrevistado 1)*

Ao revisar as atas da CIR entre os anos analisados, foi retirada das atas de frequência a presença dos atores sociais como Gestor Público Municipal (GPM), Gestor Adjunto (GA), Gestor Público Regional (GPR), Técnico Municipal (TM), Técnico Regional (TR), Técnico Estadual (TE), Técnico Federal (TF), Prestador Privado (PP), Técnico da Rede Própria (TRP), Sociedade Civil (SC), Instituição de Ensino Pública (IEPu) e Instituição de Ensino Privada (IEPri). Tabela 4

Tabela 4 – Distribuição dos atores sociais por reunião:

Distribuição dos atores sociais por reunião																										
Ano	2011							2012					2013			2014				2015	2016	2017				
N.ATA	66	67	68	69	70	72	75	76	77	78	85	90	92	94	102	103	106	109	118	128	139	144	145	147	149	
Ator social																										
GPM	6	9	7	9	6	6	8	7	4	1	6	6	5	6	6	6	7	5	3	5	8	7	6	7	8	
GA	3	1	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	3	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	3	
GPR	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
TM	13	6	3	2	2	3	12	7	8	5	4	5	3	10	7	5	7	3	4	5	12	12	5	11	17	
TR	10	3	2	5	3	7	8	3	6	5	5	9	6	5	10	7	6	5	10	6	9	8	5	8	9	
TE	13	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	4	0	2	1	0	1	1	0	2	0	0	3	
TF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	
PP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	7	2	
TRP	1	1	0	1	0	0	3	0	2	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	
SC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IEPu	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	5	6	1	2	6	3	
IEPri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Fonte: Atas das reuniões da CIR da XI GERES; Elaboração do autor.



Foi possível observar na Tabela 4 que houve manutenção da quantidade de GPM e GA presentes entre os anos analisados. Em relação a presença dos GPR apenas na reunião 66 houve a participação de mais de um gestor, justo quando houve a aprovação do Plano Diretor Regional. TM, TR também se mantiveram em quantidades proporcionais ao longo dos anos. Os TE tiveram maior presença em reuniões estratégicas de pactuação, TF houve apenas duas participações nas duas últimas reuniões analisadas, vindo que sua inserção em CIR é uma situação recente. PP e TRP apenas presentes em reuniões estratégicas de pactuação. A SC nunca esteve presente nos anos analisados, assim como a IEPri, já a IEPu teve forte participação após a inserção de Residentes em Saúde Coletiva e Estagiários de Medicina nas GERES.

*A forma como a reunião da CIR tem sido organizada tem contribuído positivamente para os processos de pactuação sim (...) porque a gente consegue discutir em pauta anterior com Câmara Técnica e ter uma presença significativa dos municípios pra discutir o que for necessário para o fortalecimento da RC no território. (Entrevistado 2)*

Quanto as discussões sobre a RC no âmbito da regional de saúde, quais atores dirigem as problemáticas, qual o fluxo da gestão e assistência e como acontecem os repasses financeiros, temos os relatos feitos pelos entrevistados que discutem a participação dos atores responsáveis pela coordenação da rede e seu processo de redesenho e estruturação no território ao longo dos anos investigados:

*Na XI Geres é acompanhado pelo Grupo Condutor da Rede Cegonha, que é composto por técnicos da Geres e dos municípios. As reuniões do grupo são quadrimestrais. (Entrevistado 1)*

*Tem o pessoal que ta na ponta que são os secretários municipais de saúde, e quem fica com a maior responsabilidade é os coordenadores da atenção primária municipais. A nível regional, todos os atores estão envolvidos. (Entrevistado 2)*

*A União repassou recursos financeiros para exames de pré-natal e na época, esse repasse foi apresentado na reunião da CIR e demonstrado o rol de exames que poderiam ser ofertados com esse recurso. (Entrevistado 1)*

*(...) No componente parto e nascimento não andamos muito em relação ao repasse financeiro. Então... o que foi feito na época, houve um plano de ação, foi desenhado o território que seria referencia para maternidade de alto risco, que teria centro de parto normal, que teríamos casa da gestante, bebê e puérpera e teria ambiência em um dos hospitais (...) todos os planejamentos foram feitos, todos os projetos, cada ente do município e do estado fez sua parte (...) porém tivemos o entrave de estruturação física dos recursos financeiros, certo? (Entrevistado 2)*

Segundo apresentação da equipe de saúde da mulher da SES enviada a coordenação da atenção básica da XI GERES em dezembro de 2017, o repasse dos recursos determinados por ano desde 2012 a 2017 foram: Em 2012 e 2013 todos os municípios receberam 100% do valor do custeio, em 2014 os municípios receberam apenas 50% do valor, em 2015 não houve liberação de recurso pelo Ministério da Saúde, em 2016 houve repasse em parcela única referente aos Testes Rápidos de gravidez. Já em 2017, surge a Portaria N° 3.801 de dezembro que habilita estados e municípios a receberem recursos destinados á realização de novos exames do pré-natal, incluindo valor referente a um segundo exame de ultrassonografia obstétrica, para realização de teste rápido de gravidez.

Por fim, em entrevista, algumas falas que explicam pormenorizadamente sobre a problemática da RC na regional e algumas estratégias realizadas pelos gestores:

*Sobre a contrapartida do estado, no hospital Regional aqui tem feito investimentos como a contratação através de concurso público e seleção de profissionais, incluindo enfermeiro obstetra para os sete dias da semana, sendo feita adequações no hospital, compras de equipamentos para garantir o parto humanizado e o estado vem absorvendo o risco habitual dos municípios (...) temos a UPAE e outras especialidades, cursos e treinamentos que vem do estado tanto para profissionais como para a atenção primária. (Entrevistado 2)*

*Sobre esta questão e discutir o fluxo de partos no território, tá sendo feito através do Grupo Condutor da RC, muitas vezes através da câmara técnica da CIR e levado as discussões para deliberar na CIR, certo? Então a gente tá estudando propostas de garantir essa referencia de parto desde o pré natal para que não seja pulverizado, para que garanta essa assistência de equipe completa da maneira mais adequada possível (...) até o momento a gente não conseguiu fechar o desenho, mas estamos também pensando em outras propostas para tentar nesse ano de 2018 fechar um desenho e começar a trabalhar junto com os secretários para que este desenho seja de fato efetuado. (Entrevistado 2)*

O êxito das ações planejadas e desenvolvidas a partir de discussões em CIR depende da eficiência das negociações e da cogestão, o que requer compromisso com o que é público, mesmo que necessite de um olhar solidário. (ALMEIDA et al., 2016; SANTOS, GIOVANELLA, 2014; LIMA et al., 2012).

Nessa concepção, o fortalecimento da governança em região de saúde “pode aglutinar o que a descentralização, por si, fragmenta” (SANTOS, CAMPOS, 2015, P. 441) e assim conquistar uma assistência integrada em rede regionalizada, superando os desafios.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da investigação sistemática concebida pela coleta de dados nos documentos oficiais e atas da CIR foi possível fazer uma releitura dos acontecimentos sobre o tema RC estudado na XI Região de Saúde sobre a perspectiva da governança. As falas retiradas das entrevistas feitas com os dois atores estratégicos desse processo puderam gerar uma conversa entre os dados das duas fontes escolhidas.

Sobre a Rede Cegonha na XI Região de Saúde houve um pico de discussões e pactuações que se concentraram nos anos de 2011 e 2012, período em que os gestores se debruçaram para que a implantação da rede se efetivasse, onde houve a construção do Plano de Ação Regional. Os demais anos seguintes foram caracterizados com pequeno progresso de discussões e ações voltadas aos planejamentos anteriores com detecção de problemáticas a respeito da assistência, aumento de número de mortalidade neonatal prejudicados pela baixa cobertura de pré-natal e falta cobertura de alto risco; o que mais criticamente houve a seguir uma estagnação do tema em procedimentos de gestão de rotina, como apenas a renovação da composição do Grupo Condutor nos anos de 2015 e 2016.

No entanto, no ano de 2017, através de uma demanda que partiu da SES, as discussões sobre a rede retomam. Então o tema veio as pautas novamente, agora com a necessidade de repactuação da RC, mostrando que o desenho pactuado em 2012 não se efetivara e a forma como os partos acontecem nas referências de hoje não são viáveis diante da portaria que rege.

Os dados coletados das atas da CIR corroboram com os trechos dos discursos retirados das entrevistas, muitas deles tratando da presente situação da RC regional ainda como os mesmos planos que não conseguiram se efetivar ao longo dos anos.

Não houve recursos financeiros destinados para estruturação do alto risco no hospital regional, havendo apenas investimentos que perpassam a atenção primária para exames complementares para gestantes e auxílio financeiro no transporte sanitário.

Hoje o estado se responsabiliza por grande parte dos partos de alto risco, além de contratar profissionais para compor a equipe do hospital regional para que consiga dar suporte aos municípios que fazem parte da XI Regional, na tentativa de garantir uma assistência no momento do parto. Além disso, alguns municípios realizam seus partos em outras unidades, mas não respeita o fluxo do desenho planejado e pactuado no ano de 2012, necessitando de uma adequação do desenho assistencial da regional, assunto este que já faz parte do alvo de discussões no ano de 2017 entre os entes federados.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Wanessa da Silva de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 68-76, 2012.

BRASIL. Decreto 7.508, 28 de junho de 2011. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011. < [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)>

BRASIL. Lei n. 8.080, 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990. < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.801 de 26 de dezembro de 2017. Habilita estados e municípios a receberem recursos destinados à realização de novos exames do pré-natal. *Diário Oficial da União* 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes. *Diário Oficial da União* 2006; 3 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 699/GM, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. *Diário Oficial da União* 2006; 3 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 95, de 26 de janeiro de 2001: aprova a NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União* 2001; 26 jan.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria N° 1.459/GM, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília (DF): 2011. < [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)>

BRASIL. Portaria n° 1.473, de 24 de junho de 2011. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011. < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1473\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1473_24_06_2011.html)>

BRASIL. Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2010 < [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)>

CAVALCANTI, P. C. S. O modelo lógico da Rede Cegonha. 2010. < <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010cavalcanti-pcs.pdf>>

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. **Revista de Administração Pública**, v. 33, n. 5, p. 65-84, 1999.

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 456-462, 2003. < <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/31615/33501>>

DA COSTA, S. L. (Des) governo,(in) governabilidade ou (des) governança?. **Revista de Administração Pública**, v. 31, n. 2, p. 42-74, 1997.

DA SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, 2011.

DE ANDRADE, L. O. M. Inteligência de Governança para apoio à Tomada de Decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, 2012

DE AZEVEDO, Sergio; ANASTASIA, Fátima. Governança, “accountability” e responsividade. **Revista de Economia Política**, v. 22, n. 1, p. 85, 2002.

DE SIQUEIRA, A. A. F. et al. Mortalidade materna no Brasil, 1980. *Revista de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 448-465, 1984.

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

FERRAZ, L; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 527-538, 2012.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

GERSCHMAN, Silvia; VIANNA, Maria Lucia Werneck. **A miragem da pós-modernidade: le: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1997.

KISSLER, L; HEIDEMANN, F. G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? *RAP Rio de Janeiro* 40(3):479-99, Maio/Jun. 2006

KUSCHNIR, R; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-16, 2010. <[http://webgiz.univertix.net/files/000275/redes\\_2011.pdf](http://webgiz.univertix.net/files/000275/redes_2011.pdf)>

LANSKY, S. et al. Mortalidade neonatal e avaliação da assistência materno-infantil. **Cad Saúde Pública**, v. 30, 2014.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

MAIA, M. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. 22ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. <<http://books.scielo.org/id/pr84k>>

MELLO, Guilherme Arantes et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1291-1310, 2017.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde no SUS*. BeloHorizonte: ESP-MG; 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-2305, 2010 <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05>>

MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. **Cad saúde pública**, p. 623-638, 2011. <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>>

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 21 maio 2011.

PERNAMBUCO. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Disponível em:

<http://www.saude.pe.gov.br/arquivos/Versao%20Preliminar%202012%20-%202015.pdf>.

Acesso em 18 fev. 2018.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SILVA, S. F. *Redes de Atenção à Saúde no SUS*. Campinas: Idisa/Conasems; 2008.

SOLLA, J; CHIORO, A. 17. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA. 2008.

VICTORA, Cesar G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. 2011.