

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

RAIZA MARIA DA SILVA

**Análise documental da implantação e acompanhamento da Rede
Cegonha na V Gerência de Saúde de Pernambuco.**

GARANHUNS

2018

RAIZA MARIA DA SILVA

**Análise documental da implantação e acompanhamento da Rede
Cegonha na V Gerência de Saúde de Pernambuco.**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Saúde da Família 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^ª. Ma. Renata Alves Gomes Villani

GARANHUNS

2018

DEDICATÓRIA

Dedicado às minhas mais velhas e às que sucederão.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos as avós e avôs, sem os quais não existiria.

Agradecemos a Vânia Maria da Silva e Elias Gomes da Silva, país que sem os quais não estaria aqui.

Agradecemos a Maria de José Moura e Raimundo Barreto, madrinha e padrinho sem os quais não saberia onde estou.

Agradecemos a Vinícius Gomes da Silva, irmão e mais novos, pelos quais lutamos.

“as políticas de saúde integram as políticas sociais, do mesmo modo que o sistema de saúde é um componente dos sistemas de proteção social” (Paim, 2013).

RESUMO

O presente trabalho versa de um recorte da pesquisa intitulada recorte do Macroprojeto intitulado REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS). Na intenção de analisar o processo de implantação da Rede Cegonha na V regional de saúde partindo dos registros de Pauta das Reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR). Através da metodologia a análise documental e observação participativa, tendo sido analisadas Pauta das Reuniões da CIR, a fim de obter dados qualitativos que possibilitando a analisar o processo de implantação da Rede Cegonha na V Região de Saúde de Pernambuco, a partir das pactuações gestoras na esfera regional. Com captação de dados ocorrendo através da leitura fluente dos documentos dentro das categorias de “Implantação” e “Acompanhamento”. Considerando o “Tipo de documento” como unidades de análise. Ao fim desse estudo foi possível identificar: forte carácter administrativo das reuniões da CIR, funcionando muitas vezes como espaço para repasse de informações e postulação de providências para os Municípios; e inconsistência dos processos de secretariado desses espaços.

LISTA DE IMAGENS

QUADRO 1- Quantidade de documentos analisados.....	22
QUADRO 2: Quantidade de documentos analisados, categoria processo de operacionalização.....	22
QUADRO 3: Quantidade de documentos analisados, categoria desenho regional.....	25
QUADRO 4: Quantidade de documentos analisados, categoria implantação da rede cegonha.....	29

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 1: Mapa da rede cegonha v região resolução CIR/V número 74/2013.....	26
ILUSTRAÇÃO 2: Desenho proposto pelo grupo condutor da v região.....	27
ILUSTRAÇÃO 3: Desenho proposto pela CIR da v região.....	28
ILUSTRAÇÃO 4: Fluxo de pactuação da rede cegonha na V região de saúde de Pernambuco.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIB- Comissão Intergestora Bipartite

CIR- Comissão Intergestore Regional

MS- Ministério da saúde

RAS- Redes de Atenção a Saúde

RC- Rede Cegonha

RS- Regiões de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

e-CAR - Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados

SISPRENATAL WEB- Sistema Pré-Natal *online*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 GERAL.....	14
3.2. ESPECÍFICOS	14
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
4.1 Regionalização da Saúde.....	15
4.2. Redes de Atenção à Saúde como estratégia de regionalização.....	15
4.3 RedeCegonha.....	17
4.4 Operacionalização da Rede Cegonha.....	18
5 METODOLOGIA	21
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

A regionalização objetiva promover o acesso dos usuários aos serviços e ações de saúde através de uma rede de serviços ordenada e hierarquizada, orientada pelas especificidades e pela dinâmica do território (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2014). Essa estratégia de descentralização permite que ações e serviços de saúde sejam aproximados do usuário, melhorando a compreensão dos problemas de saúde em nível local por parte do gestor de saúde e da própria comunidade. Organizando e integrado serviços no sistema nacional de saúde, público e universal (SOLLA E CHIORO, 2014).

A regionalização seria um dos caminhos prioritários para abonação da integralidade em saúde e da universalidade do acesso (GOYA et al, 2016). Promovendo, no campo da gestão, a transferência de autoridade, responsabilidade, e de poder decisório. Caracterizando-se como uma ferramenta que descentraliza o poder do nível nacional para as esferas estadual e municipal (GUIMARÃES e GIONANELLA, 2004).

Para a população, a regionalização permite a popularização da saúde. O que se traduz em melhor esclarecimento a cerca das necessidades da região, permitindo que o sistema adéque as políticas nacionais tendo como referência as argumentações que transitam do nível regional para o nacional (FLEURY, 2014). Promovendo ainda a integração das ações e serviços de saúde municipais com a rede assistencial de saúde, cominando na integralidade do sistema de atendimento ao usuário dentro do território da própria região (SANTOS, 2015).

Durante o processo de descentralização, funções e responsabilidades são reguladas pelo Ministério da Saúde (MS), estabelecendo diretrizes organizativas para as Redes de Atenção a Saúde (RAS) dentro do domínio do Sistema Único de Saúde (SUS) como disposto na portaria 4.279/10 (BRASIL, 2010). De forma a orientar o planejamento e distribuição de ações e serviços por níveis de atenção, segundo necessidades diferenciadas de saúde e dinâmicas territoriais específicas (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2014).

Através das redes tornasse possível a oferta de atenção contínua e integral a população definida, vinculando um conjunto de serviços de saúde com uma só missão, objetivos compartilhados, atuação cooperativa e interdependente. Coordenada pela atenção primária à saúde; em tempo, local e com custo oportuno; qualificada, humanizada, e com responsabilidade sanitária e econômica (Mendes, 2010).

No Brasil, o MS organizou as redes em forma de Redes Temática: Saúde Toda Hora: Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial, objetivando o enfrentamento do álcool, crack, e outras drogas; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: inicialmente direcionada a prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero e a Rede Viver Sem Limites: Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (GIOVANNI, 2013).

Dentre as quais está a Rede Cegonha, voltada à atenção para gestante e criança até 24 meses. Definida pela Portaria 1.459/11 como a rede de cuidados que garante o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério para a mulher, e o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável para a criança (BRASIL, 2011a).

Pioneiro na adesão a referida portaria, o Estado de Pernambuco homologou em setembro de 2011 a Resolução Comissão Intergestora Bipartite (CIB)/PE nº. 1.723. Que define diretrizes para remodelagem da Rede Materno e Infantil e apresenta o Grupo Condutor para a implantação a Rede Cegonha (RC) nas Regiões de Saúde (RS) (PERNAMBUCO, 2011).

A RC incide de 04 componentes: Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e atenção integral à saúde da criança; Sistema logístico: transporte sanitário e regulação. Sendo as unidades básicas de saúde e as maternidades pontos de ligação da produção do cuidado e assistência qualificada (BRASIL, 2011a).

O presente trabalho versa de um recorte da pesquisa intitulada 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), já apreciado e aprovado Comitê de Ética em Pesquisa, sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP. Na intenção de analisar o processo de implantação da Rede Cegonha na V Região de Saúde de Pernambuco partindo dos registros de Pauta das Reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR).

2 JUSTIFICATIVA

A rede cegonha foi apresentada pelo MS como estratégia inovadora para assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade (BRASIL,1459). Para o estado de Pernambuco trata-se de uma dos principais estratégias de enfrentamento e redução da mortalidade materna e infantil. Permanecendo na agenda governamental com ampla como prioridade pela persistência dos números de mortalidade materna no estado (PERNAMBUCO, 2011^a).

Estudos recentes em maternidade da região de saúde mostra que importantes aspectos das pactuações dessa Rede não tem logrado êxito em seus objetivos, especialmente em relação à assistência ao parto, no componente parto e nascimento.

O escrito evidenciou problemas relacionados diretamente a assistência ao parto, que pode manter relação com a fragmentação do sistema, isolando de pontos de atenção. Quando não interligados reduzem a resolutividade das ações oferecidas, refletindo a gestão das políticas públicas de atenção ao parto. A desarticulação dos serviços de saúde comprometem o direito à saúde da parturiente de parir com segurança, e de nascer da criança.

Assistência ao parto na região não refletiria as diretrizes propostas nas instâncias de gestão e governança de redes apesar das pactuações ocorridas do arcabouço institucional presente nas políticas do SUS para a qualificação da assistência materno-infantil (PERREIRA, 2015).

Diante disto, esse estudo foi realizado na intenção de compreender como vem acontecendo a efetivação da RC na V região de saúde e qual o papel dos espaços de governança e gestão nesse sentido.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar o processo de implantação da Rede Cegonha na V regional de saúde, a partir das pactuações gestoras na esfera regional.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever o processo de pactuação da rede nos espaços de governança, demonstrando o fluxo utilizado;
- Descrever o processo de implantação e as conformações regionais adotadas considerando a modelagem oficial;
- Caracterizar o acompanhamento da conformação da Rede cegonha nos espaços de governança regional.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Regionalização da Saúde

A regionalização vem sendo utilizada com estratégia de descentralização permitindo que ações e serviços de saúde sejam aproximados do usuário, melhorando a compreensão dos problemas de saúde em nível local para o gestor da saúde e a para própria comunidade (SOLLA e CHIORO, 2014). Organizando e integrado serviços no sistema nacional de saúde, público e universal, um dos caminhos prioritários para abonação da integralidade em saúde e da universalidade do acesso (GOYA et al, 2016).

Promovendo, no campo da gestão, transferência de autoridade, responsabilidade, e poder decisório. Descentralizando o poder do nível nacional para as esperas esferas estadual e municipal (GUIMARÃES e GIONANELLA, 2004).

Para a população, a regionalização permitindo a popularização da saúde. Que se traduz em melhor esclarecimento a cerca das necessidades da região, admitindo que o sistema adéque as políticas nacionais, tendo como referência as argumentações que transitam do nível regional para o nacional. (FLEURY, 2014). Agregando assim, ações e serviços de saúde municipais com a rede assistencial de saúde, no caminhando para integralidade do sistema de atendimento ao usuário dentro do território da própria região (SANTOS, 2015).

A descentralização das políticas públicas, promovida pela regionalização, suscita a primordialidade no o fortalecimento das instâncias responsáveis pela organização e integração das ações e serviços de saúde. O Decreto 7508/2011, apresenta a Comissão Intergestora Regional como instância de cogestão no espaço regional, fazendo brotar a governança regional. E propõe as regiões de saúde o desenvolvimento de relações compartilhadas, favorecendo o protagonismo e a governança do gestor local (BRASIL, 2015).

4.2 Redes de Atenção à Saúde como estratégia de regionalização

As Redes de Atenção à Saúde surgem como alternativa para a reformulação dos serviços e processos de saúde, com destino ao reencontro da consistência entre os princípios e as diretrizes do SUS e as necessidades da população (BRASIL, 2012).

Como resultado da discussão a despeito das alterações requeridas pelo sistema de proteção social do Reino Unido, apresentado pelo relatório Dawsom, surgiu à proposta primária de um sistema regionalizado de saúde. Acontecendo a prestação de serviços de forma organizada, amplia e antecede as necessidades da população com eficácia. Composta por serviços acessíveis, oferecendo cuidado preventivo e curativo, na esfera domiciliar e nos centros secundários de saúde, vinculados a unidades hospitalares (OPS, 1964).

Durante os anos 90 aconteceu a retomada desse debate como espaço para transpor os limites impostos pela fragmentação dos Sistemas de Saúde. Com objetivos, para o momento, de ofertar serviços com continuidade à população definida, vinculada territorialmente e foco na Atenção Primária à Saúde (APS). De forma interdisciplinar e com integração dos serviços de saúde e sistemas de informação (OPS, 2011a).

No Brasil, a organização das Redes de Atenção Integradas, como estratégia de garantia de integralidade e universalidade, ganhou força no fim da mesma década, resultando na Portaria nº 4279/2010. Que apresenta as diretrizes organizacionais da RAS (BRASIL, 2010).

Ao longo do tempo a organização do sistema de saúde, através do modelo de rede integrada, vem se consolidando como principal estratégia para efetivação da atenção integral e eficaz (WHO, 2008; POS, 2005). Inclusive no SUS, onde a RAS possibilitou a construção de cooperação e solidariedade entre as equipes e os diferentes níveis de gestão, consolidando seus princípios (MENDES, 2011; OPAS, 2011a).

Na seara da saúde a rede compartilha aspectos dos seus muitos conceitos: autonomia, interdependência, confiança, cooperação, relações relativamente estáveis. O que a colocou como proposta para lidar com projetos e processos complexos da gestão e atenção saúde (MENDES, 2011).

Oficialmente definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integrados por meio de sistemas de apoio, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2011b).

Com o objetivo de propiciar atenção à saúde contínua e humanizada, a RAS pode ser caracterizada pela construção de relações horizontalizadas entre os diferentes pontos de atenção. Com a atenção primária como centro da comunicação, coordenando o cuidado ao indivíduo, orientada pelas necessidades de saúde, da população específica como

orientadora do planejamento e organização das ações. Ofertando atenção continuada, cuidado multiprofissionais partindo do princípio da complexação multicausalidade dos problemas de saúde; compartilhando de compromissos sanitários e econômicos e objetivos comuns (BRASIL, 2011b).

Para garantir a integralidade da assistência e efetivação a RAS, faz-se necessária uma articulação interpretativa. Munida de instrumentos jurídicos e administrativos que permitam o planejamento e execução de serviços de forma compartilhada. Transferindo recursos em interdependência política, administrativa e financeira, sem hierarquia e com autonomia (SANTOS E ANDRADE, 2011).

A gestão compartilhada oriunda dos fundamentos da RAS forneceram novos ânimos ao processo de descentralização pela regionalização apresentado no Decreto 7508/2011 e na Lei nº141/2012 (BRASIL, 2015; BRASIL, 2012).

4.3 Rede Cegonha

Instituída pelo MS na portaria nº 1459/2011 a RC foi apresentada como estratégia inovadora para garantir acesso, acolhimento e resolutividade, fundamentada em um modelo de atenção com foco sob o pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistemas logísticos (BRASIL, 2011a).

Essa rede temática consolida as discussões que ocorreram na década de 90 baseadas na experiência e conhecimento de gestantes, parteiras, enfermeiras, doulas, ativistas e instituições de saúde, gestores, sociólogos, antropólogos, médicos, acadêmicos e muitos outros (BRASIL, 2011a). E como prioridades para o acesso ao pré-natal de qualidade; garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco; vínculo da gestante com a unidade de referência e transporte seguro; parto e nascimento com segurança; atenção para a saúde da criança até o 24º mês, com qualidade e resolutividade; e acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011a). Partindo dos altos níveis de mortalidade materna e infantil, sobre tudo neonatal, que continuam altos, abusando de intensa medicalização do nascimento, utilização de tecnologias sem comprovada eficácia (prática de cesárea sem indicação clínica e de intervenções ao parto desnecessárias), o desrespeito da humanização do cuidado e dos direitos das mulheres e crianças (GIOVANNI, 2013).

A RC está organizada em quatro componentes: Pré-natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da criança e o Sistema Logístico de transporte

sanitário e regulação. Tendo como população de referência as mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos) e crianças de até dois anos (BRASIL, 2011a). Inicialmente destinava-se as regiões da Amazônia Legal e Nordeste, mas após revisão, foi universalizada. Um avanço para o acesso as suas ações, que tornou mais complexo os processos de planejamento, implantação, financiamento, monitoramento e avaliação (GIOVANNI, 2013).

4.4 Operacionalização da Rede Cegonha

A ampliação da área de cobertura da RC elevou firmemente o número de questões políticas, técnicas e estruturais do processo de regionalização. Relações entre os entes federativos, regulação da atenção, capacidade de gestão e desempenho das unidades e outros (BRASIL, 2010).

Compondo o sistema de governança estão: a institucionalidade, o sistema de gerenciamento, o sistema de financiamento e o controle social. O aspecto sistema de gerenciamento é uma oportunidade para mudanças na governança da RAS. O ente de responsabilidade da rede deve orientar-se por sistemas gerenciais eficazes dos quais pode ser elencado: territorialização, planejamento estratégico, sistema de monitoramento e avaliação, e o sistema de acreditação. Conceitos presentes no processo de operacionalização da RC, assim como no SUS (GIOVANNI, 2013).

A territorialização fundamenta o gerenciamento da governança na RC, assim como na RAS. Um processo que envolve a dinâmica espacial de lugares e populações, os fluxos que dão vida ao território e paisagens do cotidiano. Versa também da delimitação das unidades de saúde de referência, da organização e gestão do sistema, alocação de recursos e articulação. Apresentando-se como delineamento dos Arranjos Especiais, a interação de atores, organização e recurso (FLEURY E OUVÉRY, 2007).

São os territórios, os espaços organizativos e sob responsabilidade sanitária sobre uma população definida, influente na determinação social da saúde e parte de uma lógica de organização racional do sistema, baseada na economia de escala e escopo e na qualidade da atenção prestada (OPAS, 2011b).

Articulado fortemente com a territorialização segue o planejamento estratégico envolvendo a construção de estratégias, percepções e valores. Colaborando para

convergências dos atores a objetivos conjuntos. Na RC o planejamento estratégico engloba a adesão e diagnóstico e a desenho de rede regional (GIOVANNI, 2013).

A adesão, ao longo da existência dessa Rede passou por modificações para adequar-se a realidade nacional promovendo acesso dos municípios que não fizeram parte das regiões de saúde priorizadas em nos espaços de cogestão. A adesão facilitada permitiu adesão ao componente de pré-natal via SISPART, tornou-se possível também pela Adesão Integrada PMAQ-AB/Rede Cegonha, pelo componente Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Promovendo acesso a financiamento das ações de Atenção Básica da RC, com recomendação ministerial para a ampliação da finalidade. Das ações dos municípios nos Planos Regionais de Ação para assegurar atenção nos pontos de referência regional de nível secundário e terciário.

O Desenho Regional caracteriza-se, na RC pela análise da situação de saúde de população de referência, dimensionamento da demanda e oferta assistenciais e análise das condições da regulação, avaliação, controle, vigilância epidemiologia, apoio diagnóstico, transporte e outro. Como descrito no artigo 8, atividade a ser desenvolvida pela CIR, ou CGSES/DF, no caso do Distrito Federal (BRASIL, 2011a).

No Desenho Regional a portaria 1459/2011 recomenda ainda a institucionalização do Fórum Rede Cegonha, para constituir espaço coletivo plural, heterogêneo e múltiplo para participação social na formulação do novo modelo de atenção ao parto e nascimento para implementação da Rede Regional (BRASIL, 2011a).

O sistema de Planejamento Estratégico requer ainda a elaboração de contratos entre gestores e prestadores de serviços. Sendo o Sistema de Contratualização um conjunto de contratos públicos que contem as atividades de cada parte, garantindo a produção de excedente cooperativo, a distribuição dos resultados da cooperação assegurando cumprimento dos compromissos firmados (MENDES, 2011).

Na RC a contratualização objetiva: pactuação de metas e indicadores que possibilitem a mudanças do modelo de atenção obstétrica e neonatal no Brasil; possibilitando a corresponsabilidade do cuidado para a gestante e a criança assegurando acesso, acolhimento nas maternidades e cuidado em rede; propiciando as boas praticas no parto e nascimento seguro e humanizado com postura ativa em defesa da vida; Formalização contratual da relação do gestor local de saúde com o restabelecimento hospitalar; e a alocação e repasse de recurso medicante cumprimento de metas (GIOVANNI, 2013).

No momento do Desenho Regional a CIR ou CGSES/DF deve elaborar proposta para o Plano de Ação Regional, contendo a programação de atenção integral da saúde materno-infantil com as atribuições, responsabilidades e recursos demandados de cada ente da federação. Seguindo da elaboração dos Planos de Ação Municipais dos integrantes da CIR em concordância com o PAR, conforme requerido pela portaria nº 650 de 2011 no artigo 3º, com interlocução do MS por meio dos Apoiadores e Referencias Técnicas nos estados.

O sistema de Contratualização forma um ciclo, seguindo do plano estratégico que leva ao Plano de Contrato, a ser monitorado e avaliado. Sendo esses últimos sendo utensílios da gestão que subsidiam a tomada de decisão, principiando da identificação dos problemas e da reorientação das ações e serviços, pela utilização dos sistemas de informação ou demais instrumentos desenvolvidos para o fim avaliativo (MENDES, 2011).

Cabendo as três esferas de gestão cada um com responsabilidade sobre o território de governabilidade. Podendo utilizar recursos como o Sistema de Plano de Ação das Redes Temáticas e o SISPRENATAL WEB. A união conta ainda com o Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-CAR). Estando disponível ainda a ouvidoria do SUS/Rede Cegonha que realiza inquérito telefônico com mulheres que tiveram filhos nos hospitais públicos, na intenção de qualificar o pré-natal e o parto. Com resultados dispostos no relatório de Ouvidoria Geral do SUS, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa disponíveis em domínio público na página virtual do MS (GIOVANNI, 2013).

Por fim a Certificação permite avaliação e Credita a qualidade do serviço de saúde. Pois verificado a conformidade dos indicadores e requisitos com as normativas e pactuações realizadas. Concretizada com entrega de “Selo” de qualidade.

Na RC o “selo” é concedido pelo MS partindo do compromisso das metas de ações atenção á saúde para cada componente nos Planos de Ação Regional e Municipais. Sendo os gestores estaduais, municipais e de serviços de saúde os responsáveis pelo acompanhamento dos Grupos Condutores Estaduais e Municipais da RC, e monitoramento do MS (GIOVANNI, 2013).

5 METODOLOGIA

O presente estudo se propõe a analisar o processo de implantação da Rede Cegonha na V Região de Saúde de Pernambuco, a partir das pactuações gestoras na esfera regional. Através da metodologia a análise documental e observação participativa.

Análise de Conteúdo foi adotada na intenção de atingir os dois primeiros objetivos. Conceituada como conjunto de técnicas de análise das comunicações, que possibilita a dedução de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) de mensagens, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do seu conteúdo (BARDIN, 1979).

Realizada a partir da análise documental, um levantamento de informações em documentos que ainda não passaram por processamento científico, na intenção de identificar informações que possam permitir a compreensão da análise da política e suas interfaces (Oliveira, 2007). Foram levantados documentos relacionados aos processos de pactuação da Rede Cegonha na V Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (V Geres). Considerando o documento como sendo um meio que contenha informações registradas, passível de ser utilizado para consulta, estudo ou comprovação. Podendo ser impressos, manuscrito, registros audiovisuais e sonoros ou outro (Applinário, 2009).

Foram utilizados: Pauta das Reuniões da CIR de 2011 a 2017, a fim de obter dados qualitativos que propiciassem a analisar o processo de implantação da Rede Cegonha, a partir das pactuações gestoras na esfera regional. Com captação de dados ocorrendo através da leitura fluente dos documentos dentro das categorias de “Implantação” e “Acompanhamento”. Considerando o “Tipo de documento” como unidades de análise.

Vislumbrando abranger a concretização do terceiro objetivo, a observação participante foi elencada na intenção de caracterizar o acompanhamento realizado a despeito da conformação da Rede Cegonha na V Região de Saúde.

Discussão dos resultados foi realizada sob a luz de referencial teórico e documental a cerca da 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 para parto e nascimento.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os documentos analisados admitiram a definição de três categorias temáticas: Processo de Operacionalização da Rede; Modelagem da Rede Cegonha e; e Implantação da Rede Cegonha. Dispostos conforme o quadro 01:

Quadro 1: Documentos relacionados à Rede Cegonha arquivados na V Geres, por tipo e quantidade. V Geres, 2018.

Tipo de documento	Quantidade de documentos
Atas de reunião extraordinária	01
Atas de reuniões ordinárias	27
Pautas de reuniões	11
Total de documentos	40

Fonte: elaboração do autor. (2018)

6.1 Processo de Operacionalização da Rede

Essa categoria compreende os elementos do processo de Operacionalização descritos a Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011. Partindo da execução das cinco fases apresentadas no documento: Adesão e diagnóstico; Desenho Regional; Contratualização dos pontos de atenção; Qualificação dos componentes e Certificação. Contendo discussões sobre esses elementos encontraram-se 04 atas e 07 pautas de reuniões ordinárias, como disposto no quadro a seguir (quadro 02).

Quadro 02: Documentos categorizados como relacionados ao Processo de Operacionalização da Rede Cegonha. V Geres, 2018.

Tipo de documento	Quantidade de documentos
Atas de reuniões ordinárias	04
Pautas de reuniões	07

Total de documentos	11
----------------------------	-----------

Fonte: elaboração do autor. (2018)

Sendo a Adesão e Diagnostico compreendida pela apresentação da Rede Cegonha em níveis de Estado, Distrito Federal e Municipal, seguido de apresentação e análise da matriz diagnóstica; homologação da região inicial de implantação da Rede na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) e Comissão Intergestora Regional (CIR); e formação do Grupo Condutor.

O último sendo composto por representantes da Secretaria de Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Apoio institucional do MS. A fim de mobilizar dirigentes políticos do SUS em cada momento; apoiar os processos de trabalho voltados para implantação e implementação da rede; identificando e apoiando soluções de possíveis pontos críticos de todas as fases e momento. Além da avaliação dos processos.

Dessa forma se deu o início do processo de operacionalização da Rede Cegonha na V região de saúde do Estado de Pernambuco. A pactuação da formação do grupo condutor foi o primeiro passo para discussão em direção à construção da rede. Seguindo da apresentação da proposta de plano estadual, por parte de técnicos da SES-PE, sem uma resposta positiva quanto à adesão dos municípios componentes da região, conforme demonstram os fragmentos a seguir:

Fragmento 1: *“Regional não aderiu a proposta do Estado. Plano para Rede Cegonha até o dia 30/10”* (CIR/V Reunião 02).

Fragmento 2: *“Os secretários não concordaram como parâmetros apresentados para definição de leitos e fica acordado que será o da programação da portaria 1101/2012, onde foi apreciado e aprovado por todos”* (CIR/V Reunião 03).

Assim, o número de leitos hospitalares no SUS definido a partir do número anual de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS, em relação à população residente na mesma área geográfica, desconsiderando leitos privados sem vínculo com o SUS.

Quanto às fases de operacionalização da rede, a primeira fase findou com a homologação das resoluções de adesão facilitada em CIB. A segunda fase, com a definição do

Desenho Regional da RC pela CIR, com assistência do Grupo Condutor Estadual, conforme recomendado pela portaria de nº 1459/2011 (BRASIL, 2011a).

Durante o momento de adesão e diagnóstico a formação do grupo condutor regional foi citada em cinco momentos, porém não foram encontrados registros de resumos de reunião desse grupo, apesar da existência de um livro de atas.

A elaboração do desenho e redesenho da Rede regional foi assunto da análise da categoria Modelagem de Rede, considerando que a coleta de dados encerrou durante processo de repactuação ainda compondo a fase de desenho regional.

Quanto à análise da situação de saúde da mulher e da criança, essa deve ser produzida através da descrição do cenário demográfico e epidemiológico em cada faixa etária, o dimensionamento da demanda e da oferta assistencial e a situação da regulação, avaliação, controle, vigilância epidemiológica, apoio diagnóstico e logístico são algumas das considerações a ser feitas durante essa fase. De forma a orientar a construção do mapa e dos fluxos de atenção à saúde materno-infantil, tendo como alvo uma situação desejada.

Nos documentos analisados na categoria de Desenho Regional, chegou a ser registrada a produção de um novo desenho regional da RC (Ilustração 01), seguindo do plano de Ação Regional e da criação do Fórum Regional Materno-infantil, concretizando os objetivos da fase de Desenho Regional.

As etapas posteriores da operacionalização da RC não chegaram a ser referidas nos registros durante o período avaliado. A contratualização dos Pontos de Atenção, observando as responsabilidades de cada esfera de gestão, de maneira que permitisse a elaboração do desenho da Rede Cegonha no Município e instituição dos Grupos Condutores Municipais; a qualificação dos componentes, que se dispõe a programar as ações colocadas para os componentes dessa rede de atenção na intenção de monitorar a efetivação das ações e metas presentes no Plano Regional e Municipal, com repasse de incentivo aos Municípios que qualificassem o componente pré-natal;

Também não houve registro de discussão da fase de Certificação, que visa certificar a RC na região. Considerando anualmente a realização das ações previstas na portaria nº 1459/2011, no artigo 7º e avaliada na fase organizacional anterior (BRASIL, 2011 a).

6.2 Desenho Regional

A categoria Desenho Regional foi definida na intenção de descrever a construção do desenho da Rede Cegonha na regional e quais os procedimentos utilizados durante esse processo. Contendo 04 atas, como pode se ver no quadro a seguir (quadro 3):

Quadro 3: Documentos categorizados como relacionados ao desenho regional da rede cegonha. V geres, 2018.

Tipo de documento	Quantidade de documentos
Atas de reuniões ordinárias	04
Total de documentos	04

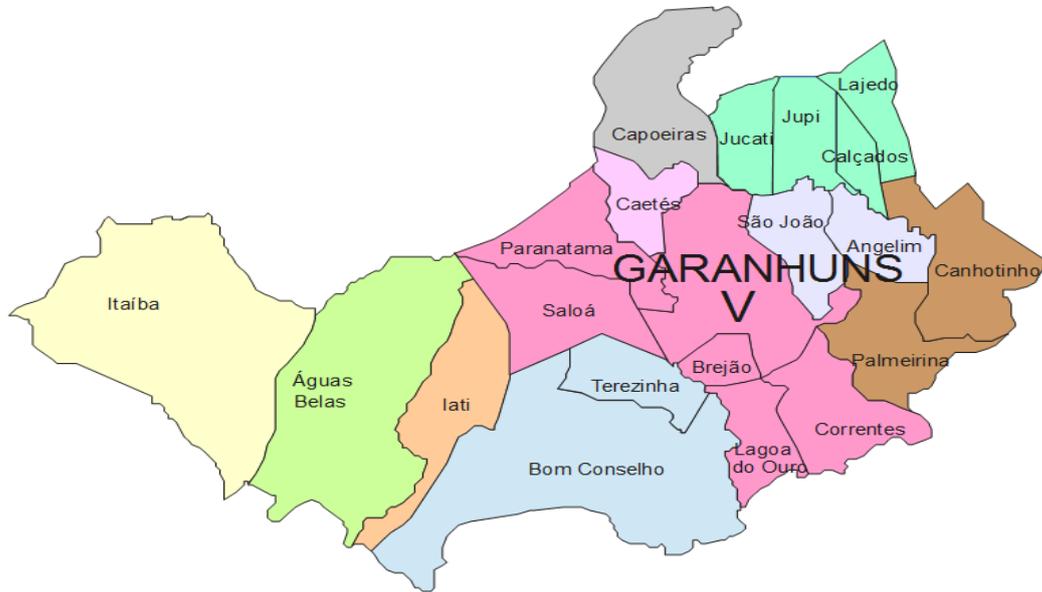
Fonte: elaboração do autor. (2018)

Após definição por parte do Colegiado Intergestores Regional (CIR) da utilização dos parâmetros apresentados na portaria nº 1101/2002 em detrimento dos trazidos pela portaria nº1450/2011. A CIR decidiu por adesão do desenho conforme resoluções nº 36/2012, sem registros do Plano de Ação Regional e do Desenho, como mostra o fragmento 3 abaixo:

Fragmento 3: *“em seguida foi pactuado o novo plano da Rede Cegonha que contemplados municípios pertencentes a nossa regional”* (CIR/V Reunião 08).

Em 2013, aconteceu a pactuação do novo Plano da Rede Cegonha (Resolução CIR/V número 74/2013) com Desenho Regional contando 10 pontos de referências para partos de risco habitual e o Município de Garanhuns, através do Hospital Regional Dom Moura, como referência para alto risco, conforme a lustração 01 abaixo:

ILUSTRAÇÃO 1: Mapa da Rede Cegonha V Região resolução CIR/V 74/2013.



	Municípios Componentes do Polo	Município de Referência Risco Habitual	Referência de Alto Risco
	Itaíba.	Itaíba	Garanhuns (HRDM)
	Águas Belas.	Águas Belas	Garanhuns (HRDM)
	Iatí.	Iatí	Garanhuns (HRDM)
	Bom Conselho, Terezinha.	Bom Conselho	Garanhuns (HRDM)
	Paranatama, saloá, Brajão, Lagoa do Ouro, Correntes, Garanhuns.	Garanhuns (Hospital Infantil Palmeira Salés)	Garanhuns (HRDM)
	Caetés.	Caetés	Garanhuns (HRDM)
	Capoeiras.	Capoeiras	Garanhuns (HRDM)
	Jucati, Jupí, Lajedo, Calçado.	Lajedo	Garanhuns (HRDM)

	São João, Angelim.	São João	Garanhuns (HRDM)
	Canhotinho, Palmeirina	Canhotinho	Garanhuns (HRDM)

Fonte: resolução CIR/V número 74/2013.

Na época existiriam 147 leitos obstétricos SUS cadastrados no CNES, 21 leito de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) tipo II, todos no Município sede e vinculados ao SUS. A região contaria ainda com vários serviços de saúde com pequeno número de leitos obstétricos produzindo poucos partos anualmente sem a capacidade instalada de ofertar adequadamente aos seus respectivos municípios e com dificuldade de manter os plantões funcionando por *deficit* de recursos humanos (médicos obstetras e neonatologistas) (V GERES, 2013).

No ano de 2015 retoma-se a discussão em CIR do desenho e dos fluxos adotados para atenção materno e infantil na V região, através de processos de monitoramento, discutido na próxima posteriormente, conforme aponta os fragmentos abaixo:

Fragmento 4: *“é necessário o ajuste na rede pactuada em 2012, verificar que será preferencialmente na rede.”* (CIR/V Reunião 23).

Fragmento 5: *“esse desenho foi discutido na CIR e os polos seriam Águas Belas, Bom Conselho e Garanhuns, e os demais municípios seriam avaliados para o parâmetro de 300 partos/ano”* (CIR/V Reunião 23).

Fragmento 6: *“baseado na informação dos partos de 500/ano, foram eliminados varias maternidades por esse critério. Também foi visto o fluxo de necessidade para saber onde estão nascendo os residentes”* (CIR/V Reunião 23).

Fragmento 7: *“Foi esclarecendo que o cálculo foi iniciado com 300 partos/ano, mas o Ministério da Saúde utilizou para core foi 500 parto/ano”* (CIR/V Reunião 23).

Considerando o parâmetro populacional apresentado pela portaria que institui a RC a região estaria contemplada com Centro de Partos Normais peri ou intra-hospitalar, podendo essaS referências várias de acordo a necessidade local de leitos obstétricos considerando o cálculo da capacidade instalada de leitos de assistência ao parto, e os vazios assistenciais, auxiliando na definição de investimentos e na elaboração do Desenho Regional. Diante do

referencial apresentado pelo MS, um novo desenho foi proposto pelo grupo condutor regional, conforme a ilustração 2 e o fragmento 8 a seguir:

ILUSTRAÇÃO 2: Desenho proposto pelo grupo condutor da V região.



FONTE: CIR/V, 2017.

Fragmento 8: “Cada Polo deverá ter, no mínimo, 100.000 habitantes. Foi levada em consideração a localização geográfica e a distância.” (CIR/V Reunião 27).

A sugestão de desenho apresentada aos gestores em CIR foi por eles modificada, mas sem o consenso a respeito de um dos polos o desenho não foi aprovado, como observa-se no fragmento 9 e na ilustração 3:

Fragmento 9: “Houve contraproposta de que o polo seja Caetés em substituição de Garanhuns, e que o HRDM seja referência para alto risco, para gestante e RN” (CIR/V Reunião 27).

ILUSTRAÇÃO 3: Desenho proposto pela CIR da v região.



FONTE: CIR/V, 2017.

6.3 Implantação da Rede Cegonha

Categoria definida partindo do pressuposto da responsabilidade dos gestores estaduais, municipais e os dirigentes de serviços possuem na verificação a implantação dos Planos sobre sua tutela. E que esse processo deve ser acompanhado pelos Grupos Condutores Estaduais e Municipais da RC, com monitoramento do MS (BRASIL, 2011a). Tendo sido analisados 01 ata de reunião extraordinária, 20 atas e 04 pautas de reuniões ordinárias.

Quadro 4: Documentos categorizados como relacionados à Implantação da Rede Cegonha. V Geres, 2018.

Tipo de documento	Quantidade de documentos
Atas de reuniões extraordinárias	01
Atas de reuniões ordinárias	20
Pautas de reuniões	04
Total de documentos	25

Fonte: elaboração do autor. (2018)

Na V Região o acompanhamento da implantação da RC se deu basicamente frete a atuação do Grupo Condutor Regional e da Realização Fórum Rede Cegonha. Iniciando com o monitoramento dos processos de adesão facilitado dos Municípios, por parte dos componentes do Grupo Condutor com repasse de informações em reunião da CIR, como mostra o fragmento 10:

Fragmento 10: *“2 Municípios com pendências de adesão facilitada da Rede Cegonha” (CIR/V Reunião 6).*

O Grupo Condutor se fez presente ainda em reuniões CIR apresentação de parâmetro técnica para implantação e habilitação de instrumentos componentes da RC; fomento de discussões a cerca da repactuação da RC Regional e dos fluxos estabelecidos anteriormente no propósito de fortalecimento da linha de cuidado na Rede regional; a composição do próprio Grupo; e repasse de informações como sobre financiamento e qualificação de recursos humanos, como mostram os fragmentos a seguir:

Fragmento 11: *“portaria nº 11 de 07/01/2015 que redefine as diretrizes para implantação e habilitação dos Centros de Parto Normal” (CIR/V Reunião 11).*

Fragmento 12: *“os fluxos dos partos que ocorreram no ano 2014 da V GERES, este fluxo estabelecido não foi utilizado” (CIR/V Reunião 13).*

Fragmento 13: *“é possível repactuação, mas que era preciso uma analisar detalhadamente e aprofundadamente a situação” (CIR/V Reunião 13).*

Fragmento 14: *“lembrou a todos que a assistência não deverá ser só durante o parto, mas principalmente no pré-natal. A linha de cuidado tem que ser reorganizada desde o início” (CIR/V Reunião 13).*

Fragmento 15: *“falou sobre a necessidade de se rever o desenho da Rede Cegonha para adequar à realidade” (CIR/V Reunião 21).*

Fragmento 16: *“reforçou a necessidade da presença dos técnicos dos municípios” (CIR/V Reunião 20).*

Fragmento 17: *“sobre a Rede Cegonha, que será necessária a criação do Grupo Condutor das ações de Rede e solicitou as indicações dos municípios” (CIR/V Reunião 21).*

Fragmento 18: *“sobre as portarias de recurso da Rede Cegonha”* (CIR/V Reunião 28).

Fragmento 19: *“o repasse dos recursos da Rede Cegonha que foi publicado através da portaria 323 do dia 04/03 referente aos testes rápidos”* (CIR/V Reunião 17).

Fragmento 20: *“informa da Oficina de Sensibilização: humanização do Parto e Nascimento, promovida pelo Ministério Público (MPPE)”* (CIR/V Reunião 14).

Na V Região o acompanhamento da implantação da RC se deu basicamente frete a atuação do Grupo Condutor Regional e da Realização Fórum Rede Cegonha. Iniciando com o monitoramento dos processos de adesão facilitado dos Municípios, por parte dos componentes do Grupo Condutor com repasse de informações em reunião da CIR.

Dois anos após o início da discussão da implantação da Rede surgiu a previsão para o acontecimento do Fórum da Rede Cegonha, conforme os fragmentos abaixo:

Fragmento 21: *“o Fórum da Rede Cegonha que está previsto para o dia 27 de fevereiro de 2014”* (CIR/V Reunião 9).

Fragmento 22: *“posteriormente enviara o convite e a ficha de inscrição para os profissionais que iram participar do evento”* (CIR/V Reunião 10)

O MS orienta ainda a institucionalização do Fórum Rede Cegonha como espaço de participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, através do acompanhamento e contribuição para a implantação da RC (BRASIL, 2011a).

Na V Região de Saúde o I Fórum Regional materno-infantil teve a V Gerência de saúde do estado de Pernambuco como instituição organizadora. Acontecendo no dia 07 de maio de 2014 teve a intenção de promover a reflexão sobre como acontecia à efetivação da assistência à saúde da gestante, durante parto e puerpério, e a criança na região. Significou um espaço de acolhimento das queixas e de propostas de soluções dos profissionais de saúde que atuam direta ou indiretamente com a temática (PERNAMBUCO, 2014).

Dentro da programação do dia estavam apresentação de painel de experiências exitosas desenvolvidas pelo programa Mão Coruja nos municípios da região, apresentação cultural e mesas temáticas sobre o contexto histórico, nacional e internacional, dá à repercussão de Ser mulher e criança. Desigualdades entre homens e mulheres nos acessos as áreas: educacional, trabalho, saúde, sexualidade e reprodução humana, incitaram a discussões sobre alguns indicadores materno infantil, histórico da rede cegonha e seu financiamento (PERNAMBUCO, 2014).

Emergiram ainda temas como a violência doméstica e familiar contra a mulher, mostrando a disposição da região a tratar modos de intervir na saúde a partir da realidade local, revendo as práticas assistências em saúde materno-infantil (PERNAMBUCO, 2014).

6.4 Fluxo do processo de pactuação

Formação do grupo Condutor → Apresentação da proposta de Plano Estadual aos componentes da CIR, com recusa pelos componentes da Comissão → Aprovação pela utilização dos parâmetros da Portaria 1101/2012 para definição do número de leitos. → Adesão facilitada dos Municípios da região → Confecção do Plano de Ação Regional RC v Região → Estabelecimento de “novo” Desenho Regional (resolução n. 74/2013) → criação do Fórum Regional Materno-infantil → Início das discussões de Repactuação.

ILUSTRAÇÃO 4 : Fluxo de pactuação da rede cegonha na V região de saúde de Pernambuco.



Fonte: elaboração do autor. (2018)

Considerações Finais

Ao fim desse estudo foi possível responder os objetivos proposto inicialmente. Permitindo ainda, a partir dessa análise, a identificação do perfil administrativo das reuniões da CIR, caracterizadas como espaço de repasse de informações e postulação de providências para os Municípios.

Observou-se ainda a inconsistência dos processos de secretariado e registros desses espaços, bem como do Grupo Condutor: as atas de reuniões da CIR analisadas, continham aspectos relevantes para compreensão da efetivação da RC, e do papel desempenhados tanto pela comissão regional quanto pelo Grupo Condutor, apesar da ausência do detalhamentos das discussões realizadas; a concretizados os produtos das duas primeiras fases do processo de operacionalização da Rede aconteceu, registrada em ata CIR/V, independente da escassez de registros das reuniões realizadas pelo Grupo Condutor .

E a realização do Fórum Rede Cegonha como espaço de reflexão no tocante da efetivação da assistência à saúde da gestante e da criança na região, com acolhimento de queixas e propostas dos profissionais de saúde que atuam direta ou indiretamente com a temática, porém com um relatório disponível de três eventos realizados.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Original: L'Analyse de Contenu. Presses Universitaires de France. Lisboa, Portugal; Editora: Edições 70, 1979.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: Regulamentação da Lei nº 8.080/90**. 1ª Edição, 6ª Reimpressão. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Organização Panamericana da Saúde (OPAS) Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN) Universidade de Brasília (UnB). – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2921879/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%202-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf> Acessado em 13 de fevereiro de 2018.

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. 2011a.

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.

BRASIL. Presidência da República Lei nº 141/2012, de 16 de Janeiro de 2012. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acessado em 13 de fevereiro de 2018.

FLEURY, S. **Democracia e Inovação na Gestão Local da Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: CEBES, Editora FIOCRUZ CEBES, Ed. FIOCRUZ, 2014. P. 25 – 73.

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

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. **A Renovação das Elites Locais em Saúde: Perfil dos (as) Secretários (as) Municipais de Saúde**. In: FLEURY, S (org.), **Democracia e Inovação na Gestão Local da Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: CEBES, Editora FIOCRUZ, 2014. P. 201 – 286.

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: repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/410/1/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf.

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.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. **Entre a Cooperação e a Competição: e a competição: Percursos da Descentralização do Setor Saúde no Brasil**. Revista Panam Salud Pública, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n4/23082.pdf>.

http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf. Acessado em 13 de fevereiro de 2018.

HUFTY, M.; BÁSCOLO, E.; BAZZANI, R. **Governance in Health: a conceptual and Analytical Approach to Research**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, 2006. P. 535 – 545. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22s0/03.pdf>. Acessado em 13 de fevereiro de 2018.

MACHADO et al. **O Papel das Comissões Intergestores Bipartite na Regionalização em Saúde**, Contra Capa, Rio de Janeiro, RJ, p. 173 – 196. 2011.

MENDES, E V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Panamericana da Saúde, 2ª edição. Brasília: 2011. 549 p.

MENDES, E. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305.

more than ever. Geneve, 2008.

NORONHA, J. C; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: GIOVANELLA et. al (org.), Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: CEBES, Editora FIOCRUZ, 2014. P. 365 – 391.

OLIVEIRA, S. A. S. **A dinâmica de uma comissão intergestora regional (CIR) em Goiás**. 2016. 95f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás. 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Renovación de la Atención Primaria de Salud em las Américas**. 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Organização Panamericana de Saúde. Brasília, 2011a.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **As Redes de Atenção à saúde**. 2ª edição. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011b.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Organização Panamericana de Saúde. Brasília, 2011c. 113 p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Publicación Científica nº 93**. Washington 1964.

PEREIRA, I.R.A. A acessibilidade ao parto na V Região de Saúde de Pernambuco, um estudo de caso do hospital regional. Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública . Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife. 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº. 1.723 de 19 de Setembro de 2011. 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 implantação 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. Acessado em 13 de fevereiro de 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. V REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. **PLANO DE AÇÃO – REDE CEGONHA** Garanhuns. set. 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. V REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. Relatório do I Fórum Materno-Infantil Realizado pela V Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco/ Garanhuns. Garanhuns. maio. 2014.

SANTOS, A. M; GIOVANELLA, L. **Governança Regional: Estratégias e Disputas para Gestão em Saúde.** Revista Saúde Pública, 2014. P. 622 – 631

SANTOS, L.; ANDRADRE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SOLLA, J; CHIORO, A; **Atenção Ambulatorial Especializada.** In: GIOVANELLA et. al (org.), Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: CEBES, Editora FIOCRUZ, 2014. P. 547,550.

World Health Organization. The World Health Report 2008. **Primary Health Care, now. 2008.**

ANEXO I



V GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - GARANHUNS
GERENCIA REGIONAL DE SAÚDE – V GERES



Garanhuns, 01 de Dezembro de 2017.

CARTA DE ANUÊNCIA

V Gerencia Regional de Saúde do Estado de Pernambuco

A V Gerencia Regional de Saúde do Estado de Pernambuco da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: **Análise documental da implantação e acompanhamento da Rede Cegonha na V Gerencia de Saúde de Pernambuco**, sob responsabilidade da pesquisadora **Raiza Maria da Silva**, Profissional residente do perfil Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em gestão de redes de atenção à saúde da Escola de Saúde Pública de Pernambuco.

Esse estudo, de abordagem quantitativa, faz parte de um projeto maior que tem como título **“Análise do modelo de gestão adotado pela Rede Cegonha e suas repercussões na assistência ao parto nas maternidades regionais da II Macrorregião de Saúde de Pernambuco.”** Vinculado ao grupo de Pesquisa Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-PE).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor (es) e equipe de profissionais da unidade onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

CATARINA FÁBIA TENÓRIO FERRO
GERENTE V GERES