

Mecanismos de governança e regulação pública no SUS

Programa Rede Cegonha:
experiências e desafios
institucionais

Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Hélder Freire Pacheco
Sydia Rosana de Araujo Oliveira
Francisco de Assis da Silva Santos
(Org.)

Mecanismos de governança e regulação pública no SUS

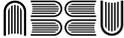
Programa Rede Cegonha:
experiências e desafios
institucionais

Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Hélder Freire Pacheco
Sydia Rosana de Araujo Oliveira
Francisco de Assis da Silva Santos
(Org.)



Recife
2021

Universidade Federal de Pernambuco
Reitor: Alfredo Macedo Gomes
Vice-Reitor: Moacyr Cunha de Araújo Filho

EDITORA ASSOCIADA À

Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Editora UFPE

Diretor: Diogo Cesar Fernandes
Vice-Diretor: Junot Cornélio Matos
Editor: Artur Almeida de Ataíde

Editoração

Revisão ortográfico-gramatical: Araceli Pimentel Godinho
Projeto gráfico: Adele Pereira

Catálogo na fonte:

Bibliotecária Kalina Lígia França da Silva, CRB4-1408

M486 Mecanismos de governança e regulação pública no SUS - Programa Rede Cegonha [recurso eletrônico] : experiências e desafios institucionais / organizadores : Garibaldi Dantas Gurgel Junior... [et al.]. – Recife : Ed. UFPE, 2021.

Vários autores

Inclui referências.

ISBN 978-65-5962-004-3 (online)

1. Sistema Único de saúde (Brasil). Unidade de Atenção Primária em Saúde. 2. Rede Cegonha – Avaliação – Pernambuco. 3. Saúde Pública – Pernambuco. 4. Saúde Pública – Brasil. 5. Política de saúde – Brasil. I. Gurgel Junior, Garibaldi Dantas (Org.).

362.10981

CDD (23.ed.)

UFPE (BC2021-003)

Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.



Prefácio

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), ancorado no reconhecimento do direito universal à saúde, tem sido, ao longo dos últimos 31 anos, marcado por avanços na formulação e implementação de políticas e programas voltados à expansão da oferta e acessibilidade aos serviços, especialmente no âmbito da atenção básica, com resultados significativos em termos da melhoria das condições de saúde da população, como atestam inúmeros trabalhos publicados nesse período.

Simultaneamente, esse processo tem enfrentado grandes problemas, a exemplo do subfinanciamento crônico, que impacta seriamente as possibilidades de expansão da infraestrutura e, conseqüentemente, da oferta dos serviços, que também sofrem os efeitos das enormes dificuldades enfrentadas no âmbito da gestão e da gerência dos serviços. Neste particular, observa-se o tensionamento entre os esforços de mudança e modernização da administração pública brasileira com a permanência de práticas tradicionais e, muitas vezes, deficiências de qualificação dos quadros dirigentes e técnicos.

Como se sabe, o processo de Reforma do Estado desencadeado na década de 1990 tem conduzido a mudanças nas formas de gestão de unidades de saúde complexas, a exemplo dos hospitais, e também induzido os governos estaduais e municipais a experimentarem novas modalidades de gestão que redimensionam as relações entre o estatal, o público e o privado. Com a introdução desses modelos, ampliaram-se os desenhos institucionais propostos como alternativas para a rede de

serviços públicos de saúde. Além dos modelos adotados inicialmente, a exemplo das organizações sociais, outros foram introduzidos, como as Fundações Estatais de Direito Privado, consórcios públicos, parcerias público-privadas e, mais recentemente, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Além disso, a implementação de um “SUS federativo” tem implicado a criação de novas instâncias de decisão nas diversas esferas de governo e estimulado a organização e a participação dos gestores em órgãos colegiados, ao lado do grande esforço feito em torno da consolidação dos Conselhos de Saúde, instâncias de gestão participativa que contemplam a representação dos vários segmentos sociais – gestores, prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e usuários – interessados na consolidação do SUS e na defesa da democracia na saúde.

No momento atual, em que os princípios e diretrizes constitucionais do SUS encontram-se ameaçados pelas recentes medidas de contenção dos gastos sociais (Emenda Constitucional 95/2016) e mudanças significativas na condução das políticas de saúde, tornam-se essenciais o desenvolvimento de pesquisas sobre os resultados alcançados e o debate em torno dos problemas a serem enfrentados, no sentido de garantir a continuidade do SUS constitucional.

Especificamente no que diz respeito à gestão, diante da complexidade e da multiplicidade de aspectos políticos, técnicos, administrativos, econômicos e éticos que permeiam o cotidiano das relações entre o público e o privado, torna-se imprescindível o investimento em estudos e pesquisas capazes de produzir informações sobre as políticas e práticas gerenciais em curso, identificando constrangimentos e fragilidades a serem superados.

Nesse sentido, ressalto que este breve preâmbulo serve para enaltecer o livro que tenho a honra de apresentar. Reflete em todo o seu conteúdo o esforço de pesquisadores que se desafiaram a refletir sobre temas complexos que permeiam o enlace gestão e regulação. Os capítulos que compõem a obra integram argumentos e reflexões sobre a administração pública no Brasil tomando o cotidiano da saúde como foco de análise.

Os estudos produzidos pelos autores oferecem aos leitores um conjunto de abordagens conceituais, teóricas, metodológicas e analíticas de questões vinculadas aos determinantes e efeitos produzidos pelos novos modelos de gestão pública, com destaque para os mecanismos de governança, planejamento, regionalização, regulação e papel dos órgãos de controle e fiscalização do Estado.

Parabenizamos os organizadores pela iniciativa desta publicação e pela qualidade da contribuição científica disponibilizada para o conjunto de docentes, pesquisadores, estudantes, gestores e trabalhadores do SUS que certamente se beneficiarão da leitura e reflexão sobre os temas abordados nos capítulos que compõem o livro, o qual vem preencher uma lacuna na literatura científica brasileira. Esperamos que esta obra fomente o debate e estimule novas questões de estudo capazes de subsidiar a formulação e o aperfeiçoamento da gestão pública no Brasil.

Isabela Cardoso de M. Pinto

Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

Apresentação

Em quase uma década, o Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde do Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE tem investigado temas cada vez mais incluídos na agenda de prioridades da administração pública da saúde no Brasil. A organização do SUS e a reforma setorial têm sido contempladas nos estudos desenvolvidos pelo grupo, de forma mais específica, no que diz respeito às redes de atenção, à governança e regulação em saúde – temáticas imprescindíveis para a discussão das políticas públicas de saúde em qualquer espaço interfederativo.

Em 2016, a pesquisa intitulada “Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)”, financiada pelo edital IAM-PROEP-FACEPE, perpassou pelos tópicos mencionados, possibilitando a consolidação de várias experiências teórico-empíricas.

A produção de resultados do projeto de pesquisa converteu-se no livro *Mecanismos de governança e regulação pública no SUS – Programa Rede Cegonha: experiências e desafios institucionais*, que busca reunir, em dez capítulos, um conjunto relevante de casos, análises, novos conhecimentos e práticas nos diferentes componentes da rede, evidenciando necessidades, peculiaridades e a sua inserção na discussão de Rede de Atenção em Saúde e na gestão pública do SUS.

O primeiro capítulo tem o objetivo de analisar o processo de governança regional da Rede Cegonha (RC) na I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco, sendo realizado sob a forma de um estudo de

caso com base em pesquisa documental e observação não participante, utilizando como fonte principal as atas da Comissão Intergestora Regional (CIR) para análise de conteúdo das pautas, elementos discutidos, pactuações e atuação dos sujeitos. Os resultados alcançados evidenciam fragilização do processo de governança desde a dinâmica de funcionamento da CIR com baixa participação da gestão municipal até as lacunas no planejamento regional, que repercutem na incipiente prática para operar na lógica da governança de rede de serviços de saúde. Ademais, há um subaproveitamento da CIR como lócus de governança regional: a tomada de decisão é substituída por processos meramente formais e a articulação do trabalho na rede real é incipiente.

O segundo capítulo avalia o grau de implantação das ações da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE. Inicialmente, foi construída a Matriz de Análise e Julgamento da Rede Cegonha, para as dimensões de estrutura e processo; posteriormente, coletados os dados através de formulário, a partir da matriz de análise, para profissionais que planejam e operacionalizam a rede no município, com objetivo de colher, sob suas perspectivas, as pontuações referentes à execução das ações da Rede Cegonha em seus serviços de saúde no período de outubro a dezembro de 2018; por fim, feita uma análise do grau de implantação. Um dos principais achados do estudo revela que as ações da rede no município foram consideradas parcialmente implantadas, tanto na dimensão estrutura como na dimensão processo. Isso reflete a mesma situação na maioria dos municípios brasileiros, identificada em outros estudos similares.

O terceiro capítulo analisa os fatores associados à peregrinação no anteparto na cidade do Recife. Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo estudo de caso, no qual foram realizadas entrevistas com puérperas, profissionais de saúde e gestores nas Maternidades Arnaldo Marques, Barros Lima, Bandeira Filho e no Hospital da Mulher do Recife. Um dos principais apontamentos do estudo é a descrição dos fatores que levam à peregrinação das gestantes no anteparto, como a falta de informação das usuárias sobre a maternidade à qual devem se dirigir no momento do parto, pela falta de vinculação das gestantes ao

local de parto durante o pré-natal, escolha da maternidade de acordo com o risco gestacional, superlotação dos estabelecimentos de saúde e concentração dos atendimentos obstétricos na capital pernambucana. Essa peregrinação da gestante no anteparto dificulta seu acolhimento nos serviços de saúde, o que contribui para expor mães e bebês a situações de vulnerabilidade e sofrimento, além de contribuir para a morbimortalidade materno-infantil.

O quarto capítulo busca evidenciar o perfil dos partos normais sem complicações clínicas realizados nas maternidades regionais de referência da II Macrorregião de Saúde de Pernambuco. Os dados foram obtidos nos prontuários das parturientes, além de em documentos oficiais da Secretaria Estadual de Pernambuco sobre a Rede Cegonha nas duas Regiões de Saúde. A análise das justificativas de transferência de parturientes expõe que a situação clínica da parturiente e/ou conceito não é o fator determinante para a realização dos encaminhamentos, o que pode descaracterizar o desenho de regionalização da assistência, bem como as indicações do tipo de parto estabelecidas na atenção materno-infantil. Um exemplo disso são os casos de menor complexidade, como os partos normais sem complicações clínicas, que acabam ocupando leitos dos hospitais de maior complexidade de assistência, com superlotação dos hospitais de referência da II Macrorregião e desarticulação do fluxo assistencial preconizado na Rede Cegonha.

O quinto capítulo foi elaborado a partir de um estudo de caso, aplicando-se o Método Delphi Ajustado, com treze especialistas, em três momentos, com construção de Modelo Lógico e avaliação do Grau de Implantação do Programa Rede Cegonha (RC). Conclui-se que a aplicação do Método Delphi Ajustado é coerente com a complexidade do objeto de estudo não estruturado, corroborando a opinião dos julgadores, diante da carência de modelos específicos para essa finalidade, baseada em novas relações institucionais na regionalização do SUS. Quanto à governança regional sobre a RC, apresentam-se relações conflitivas com características semelhantes nas três Geres. O desenho da rede está desatualizado. As CIRs demonstram baixa capacidade de governança deliberativa, caracterizada pela presença de atores

institucionais sem poder decisório, provocando um vácuo no processo de tomada de decisão colegiada nas estruturas de governança. Persiste a necessidade de definir novas estratégias e mecanismos para maior cooperação entre os entes federados quanto à utilização dos recursos, para evitar um ciclo de não operacionalidade da RC. É imperativo tornar o Programa mais efetivo, diante de uma população desfavorecida, no semiárido, em um cenário político-econômico adverso.

O sexto capítulo se propõe a analisar o sistema de governança da X Região de Saúde de Pernambuco na condução da Rede Cegonha, em seu componente Parto e Nascimento, partindo do diagnóstico de que tanto a mortalidade materna como a infantil são importantes indicadores de saúde e que refletem a qualidade da atenção e das condições de vida da população. Foram realizados um estudo de caso, com recorte temporal de 2012 a 2016, e análise documental das fontes: Plano de Ação Regional e atas das reuniões da CIR. Uma das principais deficiências encontradas foi a baixa frequência de discussões sobre o tema da Rede Cegonha nas reuniões da CIR. Essa ausência na agenda política decisória revela a lenta operacionalização da rede nessa região.

O sétimo capítulo analisou a institucionalidade da Comissão Intergestora Regional (CIR) em duas regiões de saúde de Pernambuco e o posicionamento da Rede Cegonha nesse espaço de governança. Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, utilizando como fontes de dados tanto documentos institucionais como entrevistas. Evidenciaram-se avanços na institucionalidade da CIR, por meio da consolidação da sua estrutura e dinâmica de funcionamento. Todavia, a agenda regional tende a ser preterida em relação às agendas estadual e federal das políticas de saúde, inclusive quanto à Rede Cegonha, o que infere uma necessidade de reestruturação das relações interfederativas a partir da perspectiva do planejamento regional ascendente em saúde.

O oitavo capítulo consiste em descrever as características dos partos e nascimentos em Pernambuco entre 2011 a 2014, através de um estudo epidemiológico transversal, utilizando dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Foram descritas variáveis relacionadas

à mãe, ao recém-nascido e à territorialidade, sendo analisados 574.284 nascimentos. Os principais resultados apontam a predominância dos partos hospitalares (> 99%); a 1ª Regional de Saúde apresentou o maior número de nascidos vivos (> 50%); prevaleceu a faixa etária materna 20-29 anos (51,7%); 20,4% são mães adolescentes; a faixa de instrução mais prevalente foi a de 8-11 anos de estudos (51,8%); o tipo de parto predominante foi o cesáreo (52,8%) – além de o estudo demonstrar menor prematuridade e baixo peso dos recém-nascidos.

O nono capítulo consiste em avaliar o acesso de parturientes às unidades de saúde de referência para parto na Rede Cegonha de Pernambuco, através de levantamento documental na Secretaria Estadual de Saúde e consultas em banco de dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), seguido pela verificação do alcance das Redes Regionais no atendimento à demanda pactuada. O principal resultado é a apresentação de que, embora Pernambuco tenha leitos obstétricos teoricamente suficientes pactuados e um mecanismo potencial de regulação do acesso, grande parte das Regiões de Saúde reproduz um desordenamento no fluxo pactuado para o itinerário geográfico de suas parturientes, desencadeado principalmente pelos níveis decrescentes de cobertura assistencial nessas regiões.

O último capítulo consiste no desenvolvimento de um modelo decisório de priorização de investimento e execução de ações para segurança do paciente materno-infantil, baseado nas dimensões da governança clínica para o processo de cuidado de enfermagem. Os resultados da interação entre os diversos critérios e métodos utilizados neste estudo possibilitaram a elaboração de um modelo de decisão, que sinalizou as atribuições de enfermagem de maior importância relativa para segurança do paciente, podendo ser usado para melhorar a transparência, consistência, responsabilidade, credibilidade e aceitabilidade da tomada de decisão. E, não obstante as suas limitações, fornece contribuições inovadoras no tocante à priorização de ações e investimentos para proporcionar maior segurança ao paciente materno-infantil.

Esperamos, sobretudo, que este livro seja útil e, de alguma forma, traga discussões e experiências significativas no sentido de buscar continuamente evidências empíricas sobre o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde e, mais especificamente, da Rede Cegonha. Isso é imprescindível para produzir melhores resultados, seja no planejamento e distribuição das ações e serviços, seja quanto ao estabelecimento de mecanismos de articulação e de fluxos assistenciais. O bom conhecimento é aquele que, além de ser compartilhado, é passível de análise crítica; e isso é valioso para o aperfeiçoamento da gestão do SUS e do nosso trabalho de pesquisa.

Os organizadores

Autores

Alexssandro da Silva

Administrador. Doutor em Saúde Pública. Doutor em Informação e Comunicação em Saúde. Oficial Administrador do Hospital Militar de Área de Recife, Exército Brasileiro

Amanda Correia Paes Zacarias

Médica Veterinária. Sanitarista. Mestranda em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Anderson Danilo Dario Lima

Fisioterapeuta Sanitarista. Mestre em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Antônio Augusto Vieira de Aragão

Médico Veterinário. Doutorando em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz/PE. Servidor da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa)

Bruna Rafaela Vicente da Silva

Psicóloga Sanitarista. Membro do grupo de pesquisa em governança de sistemas e serviço de saúde do Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz/PE

Carolina Piedade Morais de Freitas Soares Silva

Enfermeira Sanitarista. Mestre em Saúde Pública. Servidora do município do Jaboatão dos Guararapes/PE. Docente da Faculdade Tiradentes do Jaboatão dos Guararapes

Cláudia de Espíndola Mamedes

Nutricionista sanitaria. Residente em Nutrição Clínica do Hospital dos Servidores de Pernambuco

Domício Aurélio de Sá

Médico Veterinário. Mestre em Saúde Pública. Pesquisador do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Edjaneide Maria da Silva

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Enfermeira Estatutária da Prefeitura do Recife

Eliane Maria Medeiros Leal

Enfermeira sanitaria. Doutoranda em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz/PE. Enfermeira Estatutária do Instituto Municipal de Estratégia da Saúde da Família, Porto Alegre/RS

Filipe Santana da Silva

Biólogo. Doutor em Ciência da Computação – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professor do Departamento de Ciências Exatas e Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Médico. PhD em Políticas Públicas pela Universidade de Manchester. Pesquisador do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Hélder Freire Pacheco

Enfermeiro Sanitarista. Doutorando em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Isabel Helena de Souza Leal Costa

Enfermeira Sanitarista. Mestranda em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

James Anthony Falk

PhD em Administração Pública. Professor Titular da UniFBV-Wyden

João Pedro Sobral Neto

Biomédico Sanitarista. Especialista em Saúde Coletiva. Mestrando em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Kátia Rejane de Medeiros

Assistente Social. Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Késia Valentim do Nascimento Duarte

Enfermeira Sanitarista. Mestre em Saúde Pública. Apoiadora da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde/PE

Laisa Fernanda de Vasconcelos

Sanitarista pela Universidade Federal de Pernambuco

Mariana de Araújo Barros Tavares

Graduanda de Medicina da Universidade de Pernambuco, *campus* de Garanhuns

Nathália de Brito Figueiredo

Graduanda de Medicina da Universidade de Pernambuco, *campus* de Garanhuns

Renata Alves Gomes Villani

Enfermeira. Doutoranda em Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz/PE. Professora Assistente UPE, *campus* de Garanhuns

Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Cirurgiã-Dentista. Doutora em Saúde Pública. Docente do Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz/PE

Sumário

1 Governança regional da Rede Cegonha: um estudo de caso da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco	18
Bruna Rafaela Vicente da Silva, João Pedro Sobral Neto e Eliane Maria Medeiros Leal	
2 Parto na I Região de Saúde de Pernambuco: um estudo sobre o processo de regionalização do SUS	46
Carolina Piedade Morais de Freitas Soares Silva e Domício Aurélio de Sá	
3 Peregrinação no anteparto: a procura pelo local para realizar o parto no município do Recife	68
Edjaneide Maria da Silva, Garibaldi Dantas Gurgel Junior e Hélder Freire Pacheco	
4 Análise do fluxo assistencial da Rede Cegonha: o caso dos partos normais realizados nos hospitais regionais da II Macrorregião de Saúde de Pernambuco	85
Renata Alves Gomes Villani, Mariana de Araújo Barros Tavares e Nathália de Brito Figueiredo	
5 O Panorama da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco: análise da governança em colegiados regionais do programa Rede Cegonha	107
Antônio Augusto Vieira de Aragão, Sydía Rosana de Araújo Oliveira, Kátia Rejane de Medeiros e Garibaldi Dantas Gurgel Junior	

6 Análise do sistema de governança do componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha na X Região de Saúde de Pernambuco	144
Cláudia de Espíndola Mamedes e Garibaldi Dantas Gurgel Junior	
7 Institucionalidade da Comissão Intergestores Regional em duas regiões de saúde do estado de Pernambuco e sua forma de atuação na condução do Programa Rede Cegonha	168
Anderson Danilo Dario Lima, Garibaldi Dantas Gurgel Junior, Sydia Rosana de Araújo Oliveira e Hélder Freire Pacheco	
8 Partos e nascimentos no estado de Pernambuco	197
Eliane Maria Medeiros Leal, Laisa Fernanda de Vasconcelos, Hélder Freire Pacheco e Filipe Santana da Silva	
9 Rede Cegonha Pernambuco: uma avaliação do acesso regionalizado das parturientes	214
Isabel Helena de Souza Leal Costa, Renata Alves Gomes Villani, Kesia Valentim do Nascimento Duarte, Amanda Correia Paes Zacarias e Garibaldi Dantas Gurgel Junior	
10 Governança clínica e cuidado de enfermagem: um modelo decisório para segurança do paciente maternoinfantil	239
Alexssandro da Silva, Garibaldi Dantas Gurgel Junior e James Anthony Falk	



1

Governança regional da Rede Cegonha

Um estudo de caso
da I Gerência Regional
de Saúde de Pernambuco

Bruna Rafaela Vicente da Silva

João Pedro Sobral Neto

Eliane Maria Medeiros Leal

Introdução

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em Regiões de Saúde (RS) é instituída pela Portaria n. 399/2006, que estabelece diretrizes para a gestão, com destaque para descentralização e regionalização. O Decreto 7.508/11 regulamenta a Lei Orgânica n. 8080/90, que já apontava para a organização das ações e dos serviços de saúde de forma regionalizada, sendo essas regiões constituídas pelos municípios, em conexão com autoridade sanitária do estado federado. Como delinham Santos e Giovanella (2014), as Regiões de Saúde são espaços privilegiados para gestão compartilhada da rede e integração de ações e serviços de saúde, adequados à dinâmica regional.

A regionalização como diretriz do SUS surge favorecendo a ação solidária e cooperativa entre as autoridades sanitárias dos entes federados, sobretudo em âmbito subnacional, com o objetivo de reduzir as desigualdades locais e ampliar o acesso, por meio da conjugação interfederativa de recursos para promoção da equidade social (BRASIL, 2011b). Essa é uma das agendas institucionais da segunda geração de reformas no SUS, que vem sendo pactuada em oposição ao processo de municipalização isolada, autárquica, resultante das reformas de primeira geração que marcaram toda a década de 1990 no País. Através da regionalização, foi colocado na agenda das autoridades sanitárias do País um pacto intergovernamental: os gestores das três esferas do SUS passaram a pactuar responsabilidades nos campos da gestão e da atenção à saúde, para superar as dificuldades enfrentadas em relação à descentralização das ações e serviços (BRASIL, 2006b).

Com o objetivo estratégico de concretizar Regiões de Saúde (RS) articuladas para superação da fragmentação histórica do cuidado, instituiu-se a Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da Portaria n. 4.279/10, que estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, através de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas e naturezas jurídicas,

que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, atrelados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem oferecer uma atenção contínua e integral a determinada população, de forma humanizada, segura e com equidade (MENDES, 2011).

Com intuito de integrar o sistema de saúde, foi definido que a organização do cuidado seria operacionalizada através das redes regionais articuladas à Atenção Primária em Saúde (APS). Essas redes articuladas passariam a ser a expressão de uma nova lógica de governança e organização dos serviços de saúde compartilhados. Esse processo continua em construção com a busca de articulação sistêmica e funcional dos níveis de atenção; diferentemente dos modelos fechados, baseados no comando único por esfera de governo. Esse novo modelo requer ações pactuadas e compartilhadas entre diferentes serviços e profissionais com interações de diversas organizações com formatos jurídicos e propósitos econômicos (VIANA, 2018). Esse movimento institucional se coloca formalmente em nome das necessidades complexas da saúde, na busca de respostas, em tempo oportuno e coordenadas no cuidado contínuo da rede assistencial.

A governança de redes de atenção à saúde é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que possibilita a gestão de todos os componentes dessas redes, com a negociação e tomada de decisão coletiva, de forma a gerar excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população (MENDES, 2011).

O Decreto 7.508/11 demarca a Comissão Intergestores Regional (CIR) como instância de governança regional que visa à tomada de decisão compartilhada, baseada na interdependência e cooperação, com protagonismo de todos gestores regionais, que, em colegiado, devem pactuar aspectos informacionais, financeiros, administrativos e políticos na coordenação do cuidado (BRASIL, 2011). A CIR possibilita a articulação dos níveis locorregionais para promoção do cuidado integral,

sendo uma instância ascendente de governança institucional no SUS e nas Regiões de Saúde, que atua como espaço para operacionalização das RAS e gestão das linhas de cuidado. A criação da CIR veio proporcionar, através do processo de governança, a possibilidade de formalizar a cooperação intergovernamental na condução das redes de serviços de saúde em âmbito regional.

Como apontam Santos e Giovanella (2014), a CIR é a principal estratégia da governança regional, um dos pilares de uma rede regionalizada, reunindo múltiplos atores responsáveis pela tomada de decisão nos territórios sanitários e pela negociação da alocação de recursos e distribuição dos estabelecimentos de uso comum na região.

Entretanto, fatores como a fragmentação da estrutura de assistência à saúde e a incipiente capacidade de operar na lógica do cuidado integral vão de encontro às possibilidades de coordenação da rede regional. Esse é um dos principais entraves históricos da atenção da saúde materno-infantil nesse nível do sistema, que resulta em barreiras de acesso e na peregrinação de gestantes para encontrar um estabelecimento de saúde no momento do parto. As fragilidades da rede assistencial no que tange ao segmento materno-infantil no período pré e pós-parto, assim como as lacunas no acompanhamento do desenvolvimento da criança para que ela alcance todo seu potencial intelectual, cognitivo e motor, são um desafio para o SUS (BRASIL, 2011b).

Apesar de o acesso ao pré-natal atualmente ser praticamente universal, a qualidade do cuidado ainda não é a ideal, nem suficiente. As ações de educação em saúde, muitas vezes, não consideram as necessidades reprodutivas e sexuais de mulheres e homens, em especial o público adolescente e jovem, quanto ao aprendizado e exercício de uma vida sexual e reprodutiva saudável e responsável. As morbimortalidades materna e infantil continuam elevadas, com prevalência da medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas que não consideram a gestante como protagonista na gestação e no momento do parto (BRASIL, 2011c; CAVALCANTI, 2013).

O indicador de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda é elevado, evidenciando insuficiências do sistema de saúde, sendo este um

sensível indicador de iniquidade social, demonstrando incongruência das condições de saúde com o nível de desenvolvimento econômico e social do País. No ano 2000, o Brasil assinou a Declaração do Milênio, durante a Conferência do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), na qual foram estabelecidos Oito Objetivos de Desenvolvimento (ODM), estando em destaque o 5º objetivo: reduzir a mortalidade materna e universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva (FERNANDES *et al.*, 2015; BRASIL, 2009).

Como uma estratégia de enfrentamento à realidade do cuidado materno-infantil, no Brasil, o Ministério da Saúde, em 2011, instituiu a Rede Cegonha, através da publicação da Portaria n. 1.459. Os objetivos eram estimular a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável da criança de zero a 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que possibilite acesso, acolhimento e resolutividade; reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal, através de ações como a captação precoce da gestante pela atenção primária para realização do pré-natal e a vinculação prévia à unidade de saúde onde acontecerá o parto (BRASIL, 2011b).

A RC é considerada, na sua implantação pelo Ministério da Saúde, uma das Redes Temáticas de Atenção à Saúde prioritárias, o que, politicamente, apresenta-se como uma forte estratégia de enfrentamento da mortalidade materna e infantil. Sua condução como rede expressa a qualidade da governança regional, que tem como principal espaço de deliberação a CIR. Dessa forma, a pergunta norteadora do presente estudo é: como a Comissão Intergestores (CIR) da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco tem conduzido o processo de governança da Rede Cegonha?

Método

O estudo tem como objeto a análise da governança regional da Rede Cegonha (RC) na I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco. O

estado é composto por 184 municípios e a ilha de Fernando de Noronha, dividido em 4 macrorregiões de saúde e 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres). Cada uma dessas unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde é responsável por uma parte dos municípios, atuando de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, possibilitando que cada região receba atenção na hora de decidir sobre as ações (PERNAMBUCO, 2019).

A I Região de Saúde do estado de Pernambuco é composta por 19 municípios e pelo distrito estadual de Fernando de Noronha. Sua população estava estimada em 4.116.153 habitantes para o ano de 2010. Essa região se destaca por sua capacidade de assistência médica que possibilita resolver casos graves em equipamentos de saúde de média e de alta complexidade. A I Geres atende demanda de outras Geres, sendo a maior delas em número de atividades, encarregada por uma região de grande desenvolvimento econômico, que abriga toda a Região Metropolitana do Recife; está instalado nessa região o segundo maior polo médico do Brasil (PERNAMBUCO, 2019).

Figura 1 – Distribuição dos municípios integrantes da I Região de Saúde de Pernambuco, segundo microrregião de saúde

II Microrregião

- Camaragibe (RM)
- Chã de Alegria (MN)
- Chã Grande (MS)
- Glória de Goitá (MN)
- Pombos (MS)
- São Lourenço da Mata (RM)
- Vitória de Santo Antão (MS)



I Microrregião

- Abreu e Lima (RM)
- Araçoiaba (RM)
- Fernando de Noronha (RM)
- Igarassu (RM)
- Ilha de Itamaracá (RM)
- Itapissuma (RM)
- Olinda (RM)
- Paulista (RM)
- Recife (RM)

III Microrregião

- Cabo de Santo Agostinho (RM)
- Ipojuca (RM)
- Jaboatão dos Guararapes (RM)
- Moreno (RM)

Fonte: Pernambuco (2011)

Trata-se de um estudo de caso que investiga fenômenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real, utilizado especialmente quando os limites entre fenômeno e contexto são pouco evidentes, com objetivo de explorar, descrever e explicar o evento ou fornecer uma compreensão profunda do fenômeno (YIN, 2010). A partir de uma abordagem qualitativa, trabalha-se com a interpretação dos processos e acontecimentos, aprofundam-se os significados das relações humanas (MINAYO, 1994). Nesse estudo especificamente, nas relações observadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) da I Região de Saúde do estado de Pernambuco (I Geres).

As fontes de informação foram os documentos institucionais, atas das reuniões da CIR, relatórios, apresentações e resoluções relacionados à Rede Cegonha (RC) na I Geres, com o recorte temporal de 2015 até o ano de 2018 – devido à indisponibilidade de arquivo, não foi possível recuperar atas dos anos antecedentes; o recorte espacial corresponde à jurisdição da I Gerência Regional de Saúde (I Geres) de Pernambuco. O uso de documentos como fonte de informação é essencial em qualquer reconstituição, pois possibilita a compreensão de acontecimentos sociais, permitindo a observação do processo de maturação ou de evolução de grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos e práticas (CELLARD, 2008).

Foram utilizados na compreensão e análise do estudo os recursos da observação não participante. Através dos seus vínculos acadêmicos no SUS, a equipe de pesquisa transitou nas reuniões de CIR e os conhecimentos adquiridos nessas vivências possibilitaram melhor capacidade de interpretação dos dados. Na observação não participante, o investigador não interage com o objeto do estudo no momento em que realiza a observação, logo, não poderá ser considerado participante e tem um papel de espectador do objeto observado que permite sua compreensão (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica, através da identificação e organização das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos (SOUZA; KANTORSKI;

LUIS, 2011). O processo de análise teve início com a leitura de todos os documentos; as atas foram selecionadas a partir do critério conter informação sobre o tema Rede Cegonha. De um total de 42 atas, 26 foram selecionadas, sendo as informações categorizadas em tabela e elencadas as seguintes categorias de análise, que emergiram no processo metodológico de organização dos dados: a dinâmica da Comissão Intergestores Regionais (CIR) e o processo de governança regional; governança regional na condução da Rede Cegonha; a participação da CIR como ferramenta de governança no processo de implantação da Rede Cegonha.

Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla, intitulada “Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)”, sob número de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP, desenvolvida de forma cooperativa pelo Grupo de Estudos em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE. Os dados foram armazenadas em banco de dados sob a responsabilidade da equipe de pesquisa; receberam o tratamento metodológico da análise documental, visando unicamente garantir maior robustez ao corpo analítico-reflexivo deste trabalho, tendo como norteadores os objetivos propostos, garantindo sigilo e confidencialidade das informações.

Resultados e Discussão

A dinâmica da Comissão Intergestores Regionais (CIR) e o processo de governança regional

A CIR da IGeres é constituída por secretários de saúde dos 19 municípios, além do distrito estadual de Fernando de Noronha, representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e convidados. As reuniões do colegiado acontecem na terceira quinta-feira de cada mês, com exceção de janeiro, mês em que não acontece reunião. A presidência da CIR é exercida pelo gerente da regional, e a vice-presidência, por representante dos secretários municipais de saúde. O colegiado conta com atores institucionais locais participantes de processos políticos, sociais e econômicos importantes do estado, demonstrando o nível de

intervenção e capacidade potencial de governança na condução das políticas de saúde regional.

O Decreto Federal n. 7.508-11 propõe maior participação da gestão municipal nas decisões e condução das políticas, ações e serviços de saúde através da CIR (BRASIL, 2011a). A dinâmica de funcionamento da CIR, como a assiduidade dos secretários municipais e/ou representantes nas reuniões, afeta diretamente seu funcionamento e capacidade de atuação. Foi observado que esse fator, na I Geres de Pernambuco, de 2015 a 2018, tem impacto sobre sua funcionalidade. Tendo em vista que o estudo é qualitativo e os números são pequenos para compreender o fenômeno de forma quantificada, o objetivo foi interpretar os números e seu significado no contexto.

No ano de 2015, houve 10 reuniões CIR, mas uma das atas não registrou os municípios presentes, sendo então consideradas 9 para análise da assiduidade. A maioria dos municípios participou de entre 60% e 90% das reuniões desse ano (tabela 1). Durante o ano de 2016, aconteceram 9 reuniões e apenas 1 município esteve presente em mais de 90% dos colegiados (tabela 2); no ano de 2017, aconteceram 13 reuniões, e o maior número de município participou de entre 60% e 90% das reuniões (tabela 3); já em 2018, 6 municípios participaram de até 30% das reuniões (tabela 4).

Tabela 1: Assiduidade dos municípios nas reuniões da CIR no ano de 2015

2015	
Assiduidade	Município
0%-30%	0
30%-60%	05
60%-90%	13
90%-100%	02

Fonte: elaboração dos autores a partir das atas das plenárias CIR da I Geres de Pernambuco

Tabela 2: Assiduidade dos municípios nas reuniões da CIR no ano de 2016

2016	
Assiduidade	Município
0%-30%	02
30%-60%	07
60%-90%	10
90%-100%	01

Fonte: elaboração dos autores a partir das atas das plenárias CIR da I Geres de Pernambuco

Tabela 3: Assiduidade dos municípios nas reuniões da CIR no ano de 2017

2017	
Assiduidade	Município
0%-30%	01
30%-60%	04
60%-90%	10
90%-100%	05

Fonte: elaboração dos autores a partir das atas das plenárias CIR da I Geres de Pernambuco

Tabela 4: Assiduidade dos municípios nas reuniões da CIR no ano de 2018

2018	
Assiduidade	Município
0%-30%	06
30%-60%	07
60%-90%	07
90%-100%	0

Fonte: elaboração dos autores a partir das atas das plenárias CIR da I Geres de Pernambuco

A assiduidade é um fator crucial na dinâmica da CIR como espaço de governança regional; a presença dos gestores e/ou representantes é o alicerce para consolidação desse processo de discussão e potencial de pactuação política e institucional. Foi possível observar a fragilidade da participação dos atores municipais nas plenárias das reuniões e a presença como aspecto formal e normativo, com baixa participação e ausências importantes das autoridades sanitárias municipais, fatos que resultam em entraves que perduram como prática recorrente.

O secretário de saúde é o principal ator com o conhecimento integrado e sistêmico do território sanitário, que é necessário para realizar pactuações e assumir compromissos nos processos decisórios na condução da RAS. No presente estudo, foi possível observar que, apesar de a presença de representantes dos municípios ter sido consideravelmente positiva, a presença dos secretários municipais foi baixa, delegando representação formal em detrimento da sua presença com representatividade política institucional.

A falta do secretário de saúde na CIR impacta negativamente a governança regional de maneira contundente, pois compromete o processo decisório e o compartilhamento de poderes no provimento das necessidades regionais em saúde. Lima (2018) aponta ausências

e atrasos dos gestores municipais às reuniões, assim como a própria participação escassa em demandas de aspecto regional, o que limita as discussões e possíveis encaminhamentos da plenária.

Nas atas da CIR, só foi descrito se havia a presença do secretário e/ou do representante a partir de 2017, antes disso o município presente era registrado sem indicação de quem era seu representante formal; dessa maneira, só foi possível analisar esse fator nos dois últimos anos. Em 2017, apenas dois secretários de saúde participaram de mais de 60% das CIR, e secretários de onze municípios participaram de até 30% das reuniões nesse mesmo ano (tabela 5); em 2018, secretários de saúde de nove municípios participaram de até 30% das reuniões (tabela 6) – são números significativamente baixos referentes à participação desses atores, sendo fator limitante para o processo deliberativo diante das necessidades locorregionais e do processo da governança regional.

Tabela 5: Assiduidade dos secretários de saúde nas reuniões da CIR no ano de 2017

2015	
Assiduidade	Município
0%-30%	11
30%-60%	07
60%-90%	02
90%-100%	0

Fonte: elaboração dos autores a partir das atas das plenárias CIR da I Gerês de Pernambuco

Tabela 6: Assiduidade dos secretários de saúde nas reuniões da CIR no ano de 2018

2016	
Assiduidade	Município
0%-30%	09
30%-60%	09
60%-90%	02
90%-100%	0

Fonte: elaboração dos autores a partir das atas das plenárias CIR da I Gerês de Pernambuco

As pautas da reunião seguinte são definidas ao final de cada reunião pelos membros presentes, por demanda da SES ou por agentes e instituições externas à CIR, como o Ministério Público de Pernambuco (MPPE). Restou evidente nas atas em que a Rede Cegonha ou temas relacionados foram pautados a escassa participação do ente municipal

na demanda para definição dessas pautas; de um total de 26 atas do período de 2015 a 2018, o município foi ator preponente em três momentos apenas (tabela 7).

Todos os atores da CIR podem apresentar pautas de forma simultânea, sendo observado na análise do conteúdo o registro de diversas solicitações por parte da presidência para que os municípios demandassem pautas, mas sem obtenção de resultado, fator que aponta a fragilidade da governança no aspecto localregional. Assim como demonstram Ianni *et al.* (2012), a baixa participação dos gestores municipais na definição de pautas está relacionada, ainda, à lógica normativa e centralizada do sistema de saúde, que impõe às reuniões regionais o debate de questões previamente definidas em outros espaços da gestão ou de necessidades outras que não as regionais.

O gestor estadual foi o principal ator proponente e também o principal ator a definir prioridades e pactuações com caráter verticalizado, indo contra toda a lógica da governança e compartilhamento de prerrogativas das autoridades sanitárias locais. Isso provoca um desequilíbrio de poder entre os entes na governança regional, mas esse comportamento pode ser explicado pelas ausências dos secretários. De todo modo, a autoridade sanitária estadual é o ente com o papel de liderança na coordenação do processo de regionalização e governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS – mas esse processo deveria ser ascendente (BRASIL, 2009). O processo de tomada de decisão de forma coletivamente compartilhada é comprometido quando a direcionalidade de um ente se impõe sobre os demais, e as demandas das necessidades localregionais ficam em segundo plano, comprometendo todo o processo de condução da rede de forma colegiada (tabela 7). Trata-se de fenômeno proeminente que provoca uma lacuna na regionalização, marcando seu processo de governança por um forte componente centralizador, tendo como protagonistas o Estado e o Ministério da Saúde (MS). Essa centralização compromete as discussões e demandas localregionais das organizações responsáveis pelo cuidado e processo de governança regional. Em Pernambuco, o número expressivo de organizações de saúde sob gestão estadual deve

ter algum impacto sobre essas relações de “governança hierarquizadas” e potencialmente conflitivas.

Tabela 7 – Relação quantitativa de ator proponente de pautas na CIR da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco

Pautas	
Ator	Número
Município	03
I Geres	21
SES	12
COSEMS	04

Fonte: elaboração dos autores a partir das atas das plenárias CIR da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco

A potencialidade da CIR como ferramenta de governança varia em função de fatores institucionais, como assiduidade, participação dos gestores, e também do quórum do colegiado. No presente estudo, foi verificado que, nas reuniões CIR da I Geres PE, quando não alcançado o quórum para sua realização, o colegiado acontece, mas legalmente as pactuações não são realizadas. Por questões metodológicas, esse fator foi analisado em todas as atas de 2015 a 2018, não somente nas atas em que se tratava de Rede Cegonha. A principal constatação foi visualizada no ano de 2018: observa-se que, das nove reuniões, seis não obtiveram quórum. A esse fator, deve ser somado como desafiador o acordo firmado entre membros do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) afirmando que as reuniões CIR seriam realizadas apenas com a presença dos gestores municipais, não sendo acatadas representações, devido à baixa assiduidade e presença dos secretários.

A dinâmica de funcionamento da CIR demonstra a fragilidade no processo de governança, elemento fundamental no enfrentamento dos desafios para a efetividade da rede integrada nas regiões de saúde do SUS. Como afirmam Bretas Junior e Shimizu (2017), o exercício das

ações de uma rede implica a existência de estrutura que possibilite a atuação política institucional dos diferentes atores envolvidos no compartilhamento de poderes e responsabilidades sanitárias. A rede regional depende da CIR e da qualidade do processo de governança nesse nível e articulação com os atores institucionais envolvidos diretamente com a prestação de serviços. A CIR é o principal palco de negociação para viabilizar o planejamento ascendente e, associado a isso, o compartilhamento de informações e recursos é fundamental para sua institucionalização de fato. Isso aponta para a importância desse espaço deliberativo para a cooperação e coordenação da condução da política de saúde no contexto regional para fundamentar o processo de compartilhamento, sobretudo dos recursos financeiros e organizacionais envolvidos.

O decreto 7508/11 instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) da Saúde, acordo de colaboração firmado entre entes federativos com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011). Para Lima (2018), esse instrumento norteador do pacto federativo é estratégico no planejamento em saúde locorregional, pois tende a dirimir as fronteiras da competitividade interfederativa ao fortalecer a cooperação e a solidariedade entre entes federados, mediante a corresponsabilização das ações e serviços de saúde na região. Apesar da existência desse instrumento, Pernambuco não instituiu nem protagonizou sua discussão nesse contexto regional. Essa é uma lacuna importante que marca o processo histórico do estado no âmbito da Segunda Geração de Reformas e as limitações da nova administração pública no SUS.

Governança regional na condução da Rede Cegonha

A CIR da I Geres, apesar do seu potencial, produz baixo impacto no processo de governança regional da Rede Cegonha, que ainda encontra entraves importantes para a implantação e coordenação dessa pretensa rede integrada. Foi possível observar um número de pautas, apresentações e informes contemplando a RC, o que contabiliza mais de

uma oportunidade por reunião com entrada nessa agenda intergovernamental de caráter regional ao longo dos anos analisados. Entretanto, do total de 35 pautas relacionadas à RC, percebem-se pactuações registradas formalmente em apenas cinco momentos, como se observa na tabela 8. As reuniões de CIR são marcadas por demandas burocráticas e pautas administrativas concentradas em informes que demonstram um caráter mais consultivo que deliberativo dessa comissão regional. Como no estudo de Santos e Giovanella (2014), as pautas analisadas demonstram que as reuniões são induzidas por política nacional/estadual, com escassez de espaço para diálogo sobre as causas e entraves dos problemas específicos da região.

Tabela 8 – Relação quantitativa de pautas com caráter informativo e consultivo da CIR da I Região de Saúde de Pernambuco

Ano	Caráter	
	Deliberativo	Consultivo
2015	01	09
2016	02	8
2017	02	11
2018	0	09

Fonte: elaboração dos autores a partir das atas das plenárias CIR da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco

Foi possível analisar nos registros a dificuldade de realizar pactuações da RC à luz de planejamento e de necessidades regionais, por motivos como deliberações prévias do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde sobre questões consideradas prioritárias da rede, restando à CIR consolidar o processo de forma normativa e pontual. Como apontam em seu estudo Casanova *et al.* (2018), os entes governamentais estadual e nacional têm papel preponderante na indução de pactuações e na coordenação hierárquica ao definirem prioridades, prazos e condições, desconsiderando a capacidade, a infraestrutura existente e a disponibilidade para a execução, com pouca margem para readequação pelos municípios e articulação regional.

A plenária foi usada, muitas vezes, para apresentações ou informes apenas, sem induzir debates sobre os problemas relacionados à realidade local/regional, seguindo um rito burocrático, fato que desperdiça parte do potencial desse espaço em negociar, compartilhar, cooperar e consolidar estratégias para condução da rede. Há uma deficiência no monitoramento e avaliação dos serviços de saúde da RC, e o planejamento ainda é incipiente nessa escala regional de pactuação intergovernamental.

As discussões com protagonismo dos gestores municipais quanto à RC foram escassas, e as que aconteceram foram em torno do tema alocação ou distribuição de recursos na rede de serviços prestados. A participação quase sistemática dos mesmos atores predominantes no cenário político estabeleceu uma discussão voltada para as necessidades e demandas de municípios específicos, em detrimento da cooperação em rede (tabela 9). Fleury *et al.* (2010) apontam que as comissões intergestores devem negociar prioridades e recursos com estratégia de descentralização e fortalecimento da rede em âmbito regional. Tais debates também foram relacionados ao fluxo de deliberações descendente determinado em outras instâncias de governança, o que fragiliza a tomada de decisão nesse nível com baixa capacidade de intervenção regional.

Tabela 9 – Rede Cegonha como pauta/apresentação/informe na CIR da I Região de Saúde, e o ator social que propôs a temática, Pernambuco, 2019

Data	Pauta/ informe/ apresentação	Ator	Encaminhamento/ pactuação
23/02/2015	PAUTA: Apresentação do GT de óbito infantil e fetal da I Regional	GERES	
16/03/2015	PAUTA: Aprovação da composição do Grupo Condutor Rede Cegonha Regional	GERES	Pactuação
15/06/2015	PAUTA: Apresentação Sífilis Congênita no Estado e Geres	SES	Encaminhamento
17/08/2015	PAUTA: Apresentação Sífilis Congênita	SES	Encaminhamento
21/09/2015	INFORME: Apresentação do andamento dos GTs de Sífilis e Tuberculose	GERES	

Data	Pauta/ informe/ apresentação	Ator	Encaminhamento/ pactuação
16/11/2015	INFORME: Implantação da Regulação no Hospital Agamenon Magalhães especialidades: cardiopediatria, e pré-natal de alto risco INFORME: CIR de fevereiro de 2016 será realizada reunião com a presença do MP para tratar fluxo da rede materno-infantil	GERES	
22/02/2016	INFORME: Planilhas de acompanhamento de bebês com microcefalia e gestantes com Exantema enviadas aos municípios	GERES	
21/03/2016	PAUTA: Apresentação da estrutura montada pelos municípios do Recife e Ipojuca para o enfrentamento e tratamento da microcefalia PAUTA: apresentação do fluxo microcefalia no estado; planilhas de microcefalia enviadas aos municípios INFORME: Vigilância do óbito materno-infantil; proposta de fortalecimento da atenção primária com ênfase no pré-natal e puericultura	Município SES/ GERES	Encaminhamento: (segundo informe)
18/04/2016	PAUTA: Apresentação dos dados do novo cenário na planilha de acompanhamento das crianças com microcefalia INFORME: Repasse da reunião Macrorregional – discussão de Rede Materno-Infantil	GERES	
16/05/2016	PAUTA: apresentação Vigilância do Óbito Materno: situação da mortalidade materna na I Região PAUTA: apresentação e pactuação (Portaria Interministerial nº 405/2016 e RE CIB nº 2.866/16)	SES/ GERES	Encaminhamento (segunda pauta)
25/07/2016	INFORME: investigações de casos suspeitos de microcefalia, referente à Portaria Interministerial Nº 405/2016	GERES	
14/09/2016	PAUTA: aprovação da minuta referente remanejamento de recursos de obstetrícia para a Rede Cegonha na I Micro	GERES/ SES	Encaminhamento (primeira pauta)

Data	Pauta/ informe/ apresentação	Ator	Encaminhamento/ pactuação
14/09/2016	PAUTA: apresentação do cenário epidemiológico da Sífilis em Pernambuco, mostrando os coeficientes de incidência e mortalidade por sífilis congênitas	GERES/ SES	Encaminhamento (primeira pauta)
29/11/2016	PAUTA: Remanejamento de leitos de retaguarda de Unidades Hospitalares da I Macrorregião de Saúde/PE PAUTA: Pactuação dos Indicadores de Transição do Pacto/COAP	SES/ GERES	Pactuado
21/02/2017	PAUTA: Rede de Urgência e Emergência materno-infantil	Município SES	Pactuado
21/03/2017	PAUTA: Rede Materno - Infantil (COSEMS) PAUTA: Composição da Câmara Técnica/ CIR e GTs Rede Materno-Infantil e Rede Urgência e Emergência	COSEMS/ GERES	Encaminhamento
18/04/2017	PAUTA: Rede Materno-Infantil INFORME: Situação das Planilhas dos Casos Confirmados/Descartados para Síndrome Congênita o Zika Vírus	COSEMS/ GERES	Pactuação
16/05/2017	INFORME: Planilhas com a situação de regularidade no envio dos dados do SIM	GERES	
20/06/2017	PAUTA: Vigilância do Óbito Infantil, Fetal e Materno INFORME: Sífilis Congênita	GERES/ SES	Encaminhamento (pauta)
18/07/2017	PAUTA: Situação da Sífilis na I GERES	SES	
19/09/2017	PAUTA: O município de Jaboatão dos Guararapes apresentou solicitação de habilitação de 02 Centros de Partos Normais	Município	Encaminhamento
17/10/2017	INFORME: Retomada nas discussões do Desenho da Rede Cegonha da I GERES	GERES	
21/11/2017	PAUTA: Repactuação RC (alinhamento para reunião no MPPE)	SES/ GERES/ COSEMS	Encaminhamento

Data	Pauta/ informe/ apresentação	Ator	Encaminhamento/ pactuação
24/11/2017	PAUTA: Rede Cegonha da I Região de Saúde	SES/ GERES/ COSEMS	Encaminhamento
04/12/2017	PAUTA: R C finalização documento (MPPE)	SES/ GERES	
15/05/2018	INFORME: sobre a realização de reunião do GCRMII dia 17/05 às 14 horas na (SES)	GERES	
30/08/2018	INFORME: Cobertura Vacinal – Campanha Nacional de seguimento Poliomielite e Sarampo.	GERES	Encaminhamento

Fonte: elaboração dos autores a partir das atas das plenárias CIR da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco

O compartilhamento de informações é indispensável para superar a fragmentação, proporcionar maior integração e cooperação entre os entes na CIR, e fundamental para a governança. Foi notório o volume de informações discutidas durante os colegiados, mas de forma unilateral: por parte do estado para os municípios. As informações partem da Geres/SES de forma verticalizada, sem o necessário compartilhamento no fluxo horizontal de diálogo deliberativo.

Muitas informações, demandas por atualizações de caráter normativo sobre a Rede Cegonha acontecem na plenária, segundo os registros nas atas. Em consonância com os achados de Lima (2018), a CIR é também um espaço no qual existe um grande direcionamento e orientações aos secretários e técnicos acerca das leis e portarias ministeriais ou estaduais que demandam dos atores locais o cumprimento de determinadas ações, principalmente quando o não cumprimento implica algum impacto na transferência de recursos. A análise do material de estudo evidenciou a constante cobrança nesses aspectos pelo gestor estadual, com ênfase no monitoramento dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil por parte dos gestores municipais.

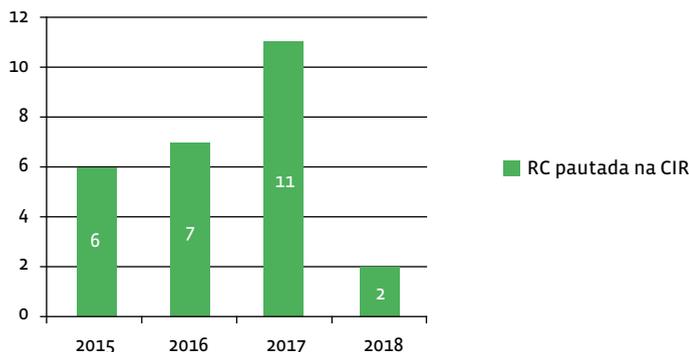
A maior parte dos gestores dos municípios da I Geres tem conhecimento limitado sobre a saúde no seu território, existindo uma necessidade de planejamento ascendente da RC de forma integrada entre os municípios e o estado para o desenvolvimento de intervenções informadas por evidências e não apenas reativas. Como aponta o estudo de Lima (2018), os gestores municipais e técnicos se colocam nas discussões e dispõem de informações de forma pontual, principalmente quando solicitados a explicar algum dado da rede materno-infantil ou investigação de óbito infantil. Essas discussões são realizadas de forma isolada do restante das questões que envolvem a rede, demonstrando a desintegração do processo de articulação e integração (tabela 9).

Entre os anos de 2016 e 2017, foi possível evidenciar um aumento da frequência com que a RC foi pautada nos colegiados da CIR (gráfico 1). Esse fato ocorreu em função da entrada na agenda da epidemia da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ). Como referido por Capella (2006), uma questão prioritária passa a fazer parte da agenda governamental quando desperta a atenção e o interesse dos formuladores de políticas e do governo pelo seu caráter emergencial e necessidade de resposta imediata, por exemplo.

Em outubro de 2016, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco notificou e solicitou apoio à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde para realizar as investigações iniciais de 26 casos de crianças com microcefalia. Desde então, desencadeou no Sistema Único de Saúde (SUS) ações para elucidação desse evento envolvendo os diversos níveis de gestão (BRASIL, 2015).

As evidências documentais demonstram que, durante a maior parte do ano de 2015, a RC estava fora da agenda política; a partir de 2016, aconteceram processos de inserção na agenda governamental de forma reativa, apontando para a falta de planejamento e fragilidade na condução dessa rede de forma sistêmica – isso se confirma pela descontinuidade do processo em 2018, com apenas três pautas relacionadas à Rede Cegonha (gráfico 1) ao longo desse ano, com o arrefecimento da epidemia.

Gráfico 1 – Relação quantitativa de pautas relacionadas à RC na I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco dos anos 2015 a 2018



Fonte: elaboração dos autores a partir das atas das plenárias CIR I Geres

A participação da CIR como ferramenta de governança no processo de implantação da Rede Cegonha

Os critérios para a boa governança estão relacionados ao processo de registro formal das deliberações que resultam em práticas administrativas, como arquivamento, localização e registro dos processos de condução das discussões e negociações vigentes. É necessário organizar a disponibilidade de dados para registro formal, monitoramento e avaliação das RAS, e esse foi o principal entrave no presente estudo para analisar a governança da RC no processo de implantação na I Geres. A fragilidade nos registros variou desde a qualidade das informações nos anos anteriores a 2015 até o formato e modelo de documentação em 2018, muito restrito e resumido, colocando-se apenas encaminhamentos e decisões. Isso compromete questões fundamentais como transparência e prestação de contas à sociedade sobre as decisões regionais, que consistem em valor democrático, evidenciando certa fragilidade no processo de governança regional com relação a esse critério de boa governança institucional (BRASIL, 2014).

O processo de implantação da Rede Cegonha na I Geres foi iniciado com a Resolução CIB/PE n. 1.723/2011, que homologa a Rede Cegonha

nas regiões prioritárias do estado de Pernambuco, entre elas a I região, aprova as diretrizes para a remodelagem da Rede Materno-Infantil e institui o Grupo Condutor da Rede Cegonha no estado; e pela Resolução CIR n. 19/2012, que dispõe sobre Plano Regional da Rede Cegonha – I Geres. Foi observado o incentivo ao fortalecimento do grupo condutor regional no processo de implantação da RC, demonstrando nesse âmbito características de boa governança. Mas sua ação no decorrer do processo passou a ser pontual, com articulação fragilizada na interlocução para a tomada de decisão da rede, como no resto do País (BRASIL, 2012).

A realidade da condução da RC se distanciou do desenho regional, ações planejadas não foram executadas, provocando uma distorção no delineamento inicial e nos resultados (tabela 10). Foi evidenciado nos achados que a RC, na prática, é divergente do desenho de rede, ou que a rede só existe nesse desenho, congruente com o que já afirma Arretche (2001): os programas governamentais inicialmente estabelecem objetivos e metodologia de execução, mas isso não garante que sua implementação acontecerá conforme o preconizado. Há mudanças em função de fatores, como adequação à realidade social da execução, articulação de vários atores que tomam decisões sobre as formas de executá-lo, variando de acordo com o posicionamento do ator na estrutura política e governamental. Nesse contexto, a Rede Cegonha sofreu o impacto da mudança de governo por processo de *impeachment* em âmbito federal e o conjunto de mudanças institucionais bruscas resultantes, com troca de governo e gestores federais.

Tabela 10 – Descrição das ações planejadas no plano de ação da RC I Geres – PE e sua execução, Recife, Pernambuco

Desenho da rede	Como acontece
O município de Chã Grande é referendado para a APAMI no risco habitual e o Hospital João Murilo para alto risco.	As gestantes de risco habitual e alto risco estão sendo encaminhadas para o Hospital João Murilo.
No município Moreno, a referência é a Clínica Santa Terezinha (Filantrópica).	A clínica fechou; não há mais referência, sendo tudo regulado pelo estado.

Desenho da rede	Como acontece
O município de Jaboatão dos Guararapes tem a referência para as gestantes de risco habitual: o Hospital Memorial Guararapes, com 41 leitos, e o Hospital e Policlínica Jaboatão Prazeres (SES), com 28 leitos.	Funcionamento comprometido e não suficiente; as gestantes terminam indo para outros municípios. Para o alto risco, a referência é o IMIP, mas na realidade não há vinculação.
Na Microrregional 3, existe a disponibilidade da maternidade Rita Barradas em Jaboatão dos Guararapes.	Ela ainda está sendo construída e não pode ser referência.
Vitória de Santo Antão possui duas maternidades: uma estadual e outra filantrópica – a APAMI, referência para risco habitual; e o Hospital João Murilo é referência para alto risco.	O Hospital João Murilo é referência para alto risco, porém só possui UTI neonatal.
No desenho da Rede, Ipojuca não era referência para os outros municípios. Para o alto risco, a referência é o HC.	Atualmente possui 20 leitos de internação e funciona de forma adequada. Para o alto risco, é regulado pela SES.

Fonte: elaboração do autor a partir de documentos da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco

Devido às lacunas existentes na RC, que fragmentam o processo e impactam diretamente nos resultados da implementação, em 2016, iniciou-se um movimento para estruturar a Rede por Macrorregional em Pernambuco. Foram criados grupos técnicos (Rede Urgência e Emergência, Materno-Infantil) para que fossem discutidas e repactuadas as metas.

Na CIR, foi apresentado resultado de estudo realizado pelo Conselho de Secretários de Saúde Municipais de Pernambuco (COSEMS-PE), juntamente com municípios da I Regional de Saúde da Rede Materno, analisando o Plano da RC (componentes pactuados, metas, rede, financiamento e competências), identificando as dificuldades e sugerindo proposta de resolução. No final de 2017, foi realizada a repactuação à Rede Cegonha da I Região de Saúde, apresentada na audiência pública com o MPPE, e foi entregue documento com proposta de Redesenho da Rede Materno-Infantil da I Região de Saúde.

A participação da CIR foi identificada em ambos os processos: tanto de implantação quanto de reorganização da rede; aconteceu um

exercício de gestão compartilhada envolvendo diversos atores em âmbito regional. De forma conjunta, foram estabelecidas estratégias e metas. Porém, a execução e a continuidade desse processo não ocorreram como inicialmente pensado nacionalmente. Na prática, o trabalho de integração da rede não existiu e o exercício do plano de ação teve como principal entrave o descompasso entre o idealizado e a real estrutura institucional da RC.

Considerações finais

A CIR demonstra elevado potencial de governança na RC, existem avanços na governança regional na I Geres de Pernambuco evidenciados pela existência formal da CIR e seu regimento, pelo funcionamento regular das reuniões e a pluralidade dos atores participantes, assim como o poder de voto colegiado dos representantes natos. Mas o cerne do processo enfrenta entraves na dinâmica de funcionamento, com dificuldades no estabelecimento de objetivos comuns compartilhados. Há um subaproveitamento da comissão no exercício da governança pública, que se inicia na dinâmica da comissão e resulta na forma de condução da RC, com repercussão nos espaços de cuidado e funcionamento das organizações nessa rede ainda desarticulada.

A prática de trabalho de integração da rede ainda é incipiente, os gestores exercem ações políticas voltadas para o seu município, o que impacta no exercício da coordenação das ações pouco articuladas na região de saúde. Tão importante quanto proporcionar condições estruturais para RAS é buscar que o trabalho integrado em rede regional seja apreendido e internalizado pelos que fazem o SUS. Ao que parece, há uma lacuna na formação desses gestores para cooperação, que acaba sendo reproduzida na sua atitude ao conduzir a rede. A gerência em rede, com tomada de decisão e coordenação em nível colegiado, é uma importante estratégia de governança local, que precisa ser aperfeiçoada.

A construção de bases sólidas de governança regional requer o real exercício de coordenação de uma rede regionalizada, e ainda persiste

uma forte perspectiva de centralização nas práticas de gestão hierárquica da saúde no SUS, assim como atuações dos atores institucionais e agentes econômicos permeadas por interesses outros não explícitos, que entrava todo o processo de compartilhamento de poder, responsabilidades e recursos para atender as necessidades de saúde da região.

Existe, no atual cenário, um relativo esforço para melhorar o padrão de governança regional para operar na lógica de rede de cuidados com planejamento ascendente, mas essa participação tem sido incipiente, sem protagonismos desses atores até o momento.

Referências

ARRETCHE, M. T. S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N. et al. (Orgs.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. Cap. 2, p. 43-56.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto, 1994.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Disponível em: <<http://mds.gov.br/aceso-a-informacao/legislacao/decreto/decreto-no-7-508-de-28-de-junho-de-2011>>. Acesso em: 17 fev. 2019.

BRASIL. *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília, 2011c.

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*, Brasília, DF, 27 jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretriz para a Rede de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_n_4279_de_30_12_10_organizacao_Redes_Saude.pdf>. Acesso em: 28 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/Microcefalia-Protocolo-vigilancia-resposta-versao2.1.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. I Gerência Regional de Saúde. *Plano de Ação Regional da Rede Cegonha*. Recife, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. *Regionalização Solidária e Cooperativa*. Brasília, DF, 2006b. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3, p. 40.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Referencial para avaliação de governança em políticas públicas*. Brasília, DF, 2014. 91 p. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A15232A37901529D144765541F>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRETAS JUNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1085-1095, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401085&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2019.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, v. 62, p. 25-52, 2006.

CASANOVA, A. O. et al. Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas regiões de saúde da Amazônia Legal. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3163-3177, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003163&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2019.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2019.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, Jean et al. (Orgs.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008. Cap. 3, p. 254-295.

FERNANDES, B. B. et al. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. *Rev. Gaúcha Enferm.*, São Paulo, v. 36, p.192-199, 2015.

FLEURY, S. et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*, Rio de Janeiro, v. 28, p. 446-455, 2010.

IANNI, A. M. Z. et al. Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 925-934, 2012.

LIMA, A. D. D. *Condução da Rede Cegonha no nível regional em Pernambuco: um olhar sob a perspectiva da governança regional*. Dissertação (Mestrado) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2011. 2. ed. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=-1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&category_slug=servicos-saude-095&Itemid=965>. Acesso em: 16 jun. 2019.

MINAYO, M. C. S. et al. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual da Saúde. *Plano Diretor de Regionalização*. Recife, 2011.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas na gestão da região de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102014000400622&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha Guia da Rede Mãe Paranaense*. Curitiba, 2016.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Revista Baiana Enfermagem*, Salvador, v. 25, n. 2, p. 228, 2011.

VIANA, A. L. A. et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601791&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2019.

YIN, R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2010.

2

Parto na I Região de Saúde de Pernambuco

Um estudo sobre
o processo de
regionalização do SUS

Carolina Piedade Morais de Freitas Soares Silva
Domício Aurélio de Sá

Introdução

No Brasil, historicamente, os serviços de saúde estão concentrados nas capitais, nas áreas urbanas e nas zonas centrais, em detrimento das zonas rurais, das áreas de menor renda e mais periféricas, fazendo com que haja uma extrema desigualdade na distribuição e oferta dos serviços de saúde, dificultando, muitas vezes, o acesso a estes serviços por parte da população (BUSS, 1993; CAMPOS; CARVALHO, 2000). Segundo Victora *et al.* (1994), a organização dos serviços de saúde não considera as desigualdades sociais e médico-sanitárias existentes nos territórios. Essa é uma das características herdadas do modelo previdenciário de prestação de serviços, anterior ao SUS, que se perpetua na realidade atual.

Apesar dos avanços e conquistas com o SUS, a disposição da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em especial da Mulher, perpassa por intensa fragmentação dos serviços e descontinuidade do cuidado, sobretudo quanto ao acesso aos níveis de atenção mais especializados. Os fluxos assistenciais se encontram formalmente pactuados, mas os mecanismos de integração e articulação real da rede não estão implantados, resultando numa rede com lacunas estruturais importantes na oferta de serviços resolutivos (ARAÚJO, 2012). Essas características têm como desfecho a desorganização do acesso e a inexistência de vínculos territoriais para a assistência à saúde.

O sistema de saúde brasileiro, através de documentos formais, apesar de ressaltar a necessidade de integração dessa rede nos três períodos de assistência à gestação (pré-natal, parto e puerpério), até o presente momento, não conseguiu viabilizar efetivamente tal integração na rede de serviços. Esse fato faz com que a assistência no período pré-natal seja feita sem nenhuma retaguarda hospitalar para assistência ao parto (CAMPOS; CARVALHO, 2000).

A regulação assistencial tem papel fundamental nesse contexto, através da garantia do acesso, respeitando a integralidade e equidade, levando em consideração a área de residência do usuário do SUS e garantindo atendimento no serviço de saúde mais próximo de sua moradia.

Nesse contexto, em 2011, surgiu o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/90 e retoma o conceito de “região de saúde”, sendo definida como “espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Assim estabelece as Regiões de Saúde para provisão dos serviços que devem conter, pelo menos, ações de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e de vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

Os entes federados deverão definir alguns elementos das RAS acordados entre União, estados e municípios, compreendendo os limites geográficos, o rol de ações e serviços que serão ofertados e a população usuária, além das respectivas responsabilidades. Para a concretização dos pactos firmados entre os entes, o decreto prevê a criação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS), a fim de organizar e integrar, nas Regiões de Saúde, as responsabilidades dos entes federativos na garantia da integralidade da assistência aos seus usuários (BRASIL, 2011a).

Na lógica de que os serviços de saúde estão integrados numa rede, nenhum gestor ou profissional de saúde consegue resolver sozinho todas as demandas que lhe surgem e, para isto, pode contar com outros serviços de diferentes níveis de complexidade articulados (ASENSI, 2016).

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços, sob gestão pública do Sistema Único de Saúde (SUS), 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).

A organização das RAS exige a definição da região de saúde, fato que implica a demarcação dos seus limites geográficos, sua população

e o estabelecimento da lista de ações e serviços que serão ofertados pela região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços (BRASIL, 2011a).

As suas principais características são a regionalização e a hierarquização. A regionalização valoriza os aspectos regionais e locais na prestação dos serviços de saúde, inclusive no que diz respeito a carências, costumes, valores, crenças, hábitos e características específicas de cada lugar. A hierarquização traz a necessidade de que o conjunto de unidades, serviços e ações de saúde trabalhe de maneira articulada, responsabilizando-se pela atenção integral de uma determinada região a partir de diversos recortes territoriais e capacidade de incorporação tecnológica (ASENSI, 2016).

A implementação da RAS, a partir da regionalização e da hierarquização, pode contribuir potencialmente para o avanço do processo de efetivação do sistema de saúde público brasileiro. A transição entre o ideal de um sistema de saúde integrado/conformado em redes e a sua efetivação passa pela construção permanente nos territórios que permita conhecer o real valor dessa proposta de inovação na organização e na gestão do sistema (BRASIL, 2016).

Não há dúvida de que a regionalização do sistema de saúde pública é recomendada como uma alternativa a fim de melhorar a eficiência administrativa e, também, a prestação de serviços, de acordo com dois pontos de vista: o político, devido ao aumento da participação e à autonomia local e, ao mesmo tempo, a redistribuição do poder na equalização das tensões locais em uma região; e financeiro, por ser possível aumentar a eficiência em função dos custos e ganho de escala (SILVA, 2014).

Há outras razões pelas quais o objetivo da regionalização do SUS deve ser alcançado, especialmente no sentido de substituir a atitude de competição por cooperação intermunicipal. Assim, permite alterar a visão individualista restrita ao território municipal, passando a enxergá-la como região, que compartilhará seus serviços, otimizando-os (SILVA, 2014).

Nesse sentido, propõe-se que o centro de comunicação das redes de atenção à saúde seja o elo pelo qual se coordenam e se conectam os fluxos e contrafluxos do sistema de saúde e é constituído pela atenção primária à saúde (MENDES, 2010).

A atenção primária tem a função ordenadora do processo regulatório; por exemplo: a vinculação da gestante se inicia na unidade básica que faz a cobertura de seu território, devendo esta unidade garantir a inserção ao pré-natal de alto risco e também ser responsável por informar à gestante o local de referência em que será realizado o seu parto. Essa vinculação depende de uma base territorial – levando em consideração o local de moradia e a unidade de saúde na qual a gestante realiza o pré-natal – e um processo regulatório de fluxos assistenciais existentes que promova essa vinculação.

No entanto, de acordo com Mendes (2010), os sistemas de saúde fragmentados, que são encontrados até hoje, organizam-se através de pontos de atenção à saúde sem ligação e comunicação uns com os outros e que, conseqüentemente, não são capazes de prestar uma atenção contínua à população.

Uma pesquisa de avaliação, fora do Brasil, feita com 72 sistemas distintos que utilizaram alguma forma de integração, mostrou que os programas que integravam a atenção primária à saúde com os outros níveis e que tinham uma população adscrita foram mais efetivos e seus usuários estavam mais satisfeitos (WAGNER *et al.*, 1999).

Pensando na importância de uma rede de cuidados integrada e efetiva na assistência à saúde materno-infantil, foi publicada uma Portaria em 2011 que instituiu a Rede Cegonha no SUS. Esta tem por objetivo assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério; à criança, assegurar o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede se organiza a partir de quatro componentes, que compreendem uma série de ações de atenção à saúde:

- I. Componente PRÉ-NATAL, que visa, dentre outros, à realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação

precoce da gestante e qualificação da atenção; acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; qualificação do sistema e da gestão da informação; apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto;

- II. Componente *parto e nascimento*, que traz a necessidade da suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru), de acordo com as realidades regionais; e realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- III. Componente *puerpério e atenção integral à saúde da criança*, que se refere, dentre outros, à necessidade da contrarreferência da puérpera e da criança na atenção básica, com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- IV. Componente *sistema logístico: transporte sanitário e regulação*, que objetiva, dentre outras ações, a promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Cegonha), cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas; implantação do modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames) (BRASIL, 2011b).

A Rede Cegonha busca a operacionalização das políticas já existentes, mas, agora, com um diferencial, que é a concretização da articulação dos pontos de atenção numa rede de cuidados integrais. Ela está inserida na discussão de RAS e, para isso, propõe construções e reformas nos diversos serviços de saúde, como na atenção básica, nos centros de parto normal e maternidades (CAVALCANTI, 2013).

A política tem como bases organizacionais a regionalização e a integralidade – princípios do SUS. O marco conceitual, o discurso técnico-político e as formas de operacionalização da Rede Cegonha resultam de empenhos e iniciativas importantes no campo materno-infantil no SUS e de consistentes experiências municipais e estaduais. No seu processo de acompanhamento, são tarefas importantes para os gestores fomentar a participação social e promover alinhamento político-institucional e teórico-conceitual das diretrizes para formulação, implementação e monitoramento (BRASIL, 2011c; CAVALCANTI, 2013).

É de extrema importância os executores locais conhecerem e se apropriarem regionalmente dos fatores de contexto político, epidemiológico, profissionais de saúde capacitados, movimentos sociais ativos no processo, dentre outros, visto que podem influenciar positiva ou negativamente na implantação da estratégia. Outra questão fundamental sobre o tema é na perspectiva de que os “pontos de atenção” participantes no cuidado materno-infantil devem permanecer conectados e funcionando em rede, diminuindo a fragmentação, o desperdício de recursos e a ineficiência, buscando garantir a integralidade da assistência (CAVALCANTI, 2013).

Entretanto, Araújo (2012) diz que o que tem sido visto na prática da atenção obstétrica e neonatal é resultado de ações pulverizadas, desarticuladas, sobrepostas e pouco resolutivas, as quais revelam a inexistência dessa rede integrada de atenção ao parto e ao nascimento. Cunha (2010) enfatiza que, não havendo organização da rede de assistência, ocorrerá um fluxo desordenado de gestantes em busca de atendimento, configurando a situação de peregrinação de mulheres à procura de serviços de saúde.

Em função das barreiras de acesso aos hospitais para realização do parto, em 2011, o estado de Pernambuco apresentou cerca de 70 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos e o número de óbitos neonatais precoces chegou a 62% do total de óbitos infantis em menores de um ano de idade. No Brasil, também em 2011, foram 64,8 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos e 52,8% óbitos neonatais precoces do total de óbitos infantis (PERNAMBUCO, 2013).

Em Pernambuco, foi iniciado o movimento de pactuação da regionalização da saúde no início de 2009, a partir da necessidade da redefinição territorial do estado para reorganizar as regiões de saúde a partir da elaboração de um Plano de Desenvolvimento Regional (PDR), subsidiando a organização da saúde de forma regionalizada, solidária, hierarquizada e resolutiva. As equipes técnicas e gestoras do estado e dos municípios se juntaram em oficinas, nas quais foram discutidas as fragilidades e potencialidades de cada local e a necessidade de ratificar ou modificar a conformação territorial regional mediante as necessidades da rede assistencial. Foram priorizadas oito linhas de cuidado a serem trabalhadas, estando a materno-infantil incluída, objetivando reduzir a mortalidade materna e infantil precoce (PERNAMBUCO, 2011).

Pernambuco foi o primeiro estado brasileiro a aderir formalmente ao programa Rede Cegonha quando lançado pelo Ministério da Saúde. Poucos meses após a publicação da portaria da Rede, o Estado assinou um termo de compromisso para implantação da iniciativa, incluindo a expansão de leitos para atendimento de gestantes e recém-nascidos, construção de maternidades e qualificação da assistência nas unidades existentes. A meta do ano inicial era que pelo menos 30% das gestantes estivessem recebendo pré-natal no padrão Rede Cegonha. Segundo documento publicado pela CIB em 2012, as 12 Regiões de Saúde de Pernambuco aderiram a todos os componentes da Rede Cegonha naquele ano (BRASIL, 2014; PERNAMBUCO, 2012a).

A regulação, peça fundamental para a organização do acesso aos serviços de saúde, foi instituída a partir de 2008 através da Política Nacional de Regulação do SUS, pela Portaria GM/MS nº 1.559, que tem como finalidade orientar as unidades federativas a organizarem redes e fluxos assistenciais buscando o acesso equânime, integral e qualificado dos serviços, através de uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2008).

Em Pernambuco, a regulação assistencial iniciou em 2002, com a abertura da Central de Partos, cujo objetivo é garantir o acesso de gestantes às maternidades públicas. Em 2008 foi homologado, em reunião tripartite, o Termo de Compromisso de Gestão de Pernambuco,

efetivando a adesão ao Pacto pela Saúde. Com a homologação do Pacto, Pernambuco passou a integrar o elenco dos estados prioritários pelo Ministério da Saúde (PERNAMBUCO, 2012b).

A Central de Regulação do estado de Pernambuco possui equipe formada por cerca de 100 pessoas e atua com o apoio de uma central de atendimento, pois recebe ligações de todas as unidades de saúde do estado, incluindo os casos de obstetrícia, estaduais, municipais, federais ou particulares que prestam serviço ao SUS. De acordo com as informações recebidas, a equipe de médicos e enfermeiros avalia os casos e, a partir disso, encaminha-os ao serviço de saúde do SUS que esteja disponível e seja mais adequado ao perfil de cada paciente. Pernambuco conta com 04 Centrais de Regulação Macrorregionais e 12 Centrais Regionais, além das Centrais de Regulação Municipais (PERNAMBUCO, 2016a).

Segundo Pinheiro (2014), a central de leitos é o local que recebe as solicitações de vagas para atendimento; avalia, processa e agenda com o objetivo de garantir o atendimento integral, ágil e qualificado aos usuários. Dispõe de um sistema *on-line* interligado através de uma central telefônica que permite o intercâmbio com as maternidades públicas e conveniadas, tendo o conhecimento do número de leitos disponíveis, capacidade instalada, equipe médica disponível, e controlando o fluxo de internação, transferência e altas hospitalares.

No entanto, em relação à quantidade de leitos gerais do SUS, incluindo os obstétricos, foram observadas diferenças entre o número de leitos existentes comparativamente ao recomendado pela Portaria nº 1.101 de 2002 (que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS), no estado e por Regiões de Saúde. Em 2011, eram 2.830 os leitos obstétricos estaduais, porém em déficit na Região de Saúde de Recife (-68 leitos), Caruaru (-22 leitos) e Petrolina (-2 leitos), e apresentando superávit em quase todas as outras regiões de saúde. É importante dizer que, em 2008, o percentual da população coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde em Pernambuco era de 13%, caracterizando o alto percentual da população que utilizava a Rede SUS (PERNAMBUCO, 2012b).

Nesse sentido, este trabalho objetiva caracterizar as internações para realização de partos na Rede de Atenção Hospitalar do SUS na I Região de Saúde de Pernambuco, a fim de identificar o processo de regionalização existente.

Metodologia

Estudo descritivo, de natureza quantitativa e de corte transversal. Classifica-se como descritivo, pois, segundo Gil (2010), visa descrever as peculiaridades de determinada população. A escolha do estudo descritivo foi pautada nos objetivos propostos, exploração de dados secundários disponíveis, sem a pretensão de testar hipóteses. É quantitativo e de corte transversal pois envolve a quantificação de fenômenos dentro de um determinado período de tempo.

O estudo é composto por todas as internações por parto na I Região de Saúde de Pernambuco, no ano de 2015, na Rede SUS, registradas no Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

Aproximadamente, 45% da população do estado de Pernambuco vive na I Região de Saúde. As mulheres em idade reprodutiva (entre 10 e 49 anos) totalizam cerca de 32% da população residente desse território e 64,4% de toda a população feminina.

A I Região de Saúde de Pernambuco é a maior no estado e atende à demanda maior. Ela se divide em três microrregiões: Microrregião I, composta pelos municípios de Abreu e Lima, Araçoiaba, Fernando de Noronha, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Olinda, Paulista e Recife; Microrregião II, por Camaragibe, Chã de Alegria, Chã Grande, Glória do Goitá, Pombos, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão; e Microrregião III, pelo Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes e Moreno.

As microrregiões são a base territorial de planejamento da atenção básica que tenha capacidade de ofertar serviços, tanto ambulatoriais quanto hospitalares de média complexidade (PERNAMBUCO, 2011).

Os dados foram extraídos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e as informações, obtidas através da coleta, foram

armazenadas em um banco de dados e utilizadas para as análises, tabulação e figuras, com base na literatura revisada.

Resultados

No âmbito hospitalar, de acordo com o total de internamentos registrados no SIH/SUS, no ano de 2015, a I Região de Saúde recebeu 65% do total de internamentos gerais realizados no estado de Pernambuco. O município de Recife recebeu 49% desse mesmo total.

O alto número de internamentos na I Região de Saúde e, mais especificamente, no município de Recife se justifica pela quantidade de estabelecimentos de saúde concentrados na região – incluindo os obstétricos –, especialmente os estaduais.

Tendo conhecimento da estrutura encontrada na referida área e com os dados da tabela 1, podemos afirmar que a I Região de Saúde de Pernambuco é responsável pela maior parcela de partos realizados em todo o estado no ano de 2015.

Percebemos que 48% do total de partos são realizados na I Região de Saúde e 52% estão distribuídos pelas outras 11 Regiões, compostas pelos 165 municípios restantes. A I Região recebe 42% dos partos de risco habitual do estado e 71% das gestações de alto risco.

Recife, sendo a capital e o município de maior porte estrutural, concentra a maior parte dos hospitais estaduais de referência em seu território, recebe 19% dos partos de risco habitual do estado e 71% das gestações de alto risco.

Tabela 1 – Distribuição dos partos hospitalares por região de internação, por risco gestacional, realizados em Pernambuco no ano de 2015

Região de internação	Parto risco habitual	Parto de alto risco	Total
I Região	34.335 (42%)	17.895 (71%)	52.230 (48%)
Outras Regiões	48.317 (58%)	7.304 (29%)	55.621 (52%)
Total	82.652 (100%)	25.199 (100%)	107.851 (100%)

Fonte: elaboração dos autores a partir de SIH/SUS (2016)

Na distribuição dos partos realizados na I Região de Saúde, quando observados a partir do local de residência da mãe, é visto que os partos encaminhados das demais regiões totalizam 22,9% dos partos realizados dentro da I Região. A Região de Saúde de Ouricuri, por exemplo, é composta por 11 municípios e seu município mais próximo fica a 566 km da capital pernambucana; porém houve 32 partos da Região de Saúde de Ouricuri realizados na Região de Saúde de Recife. Outro ponto importante é o número relevante de partos realizados de gestantes vindas de outros estados, totalizando 341 atendimentos.

Dentre todos esses internamentos, o que chama mais atenção é o alto número de partos de risco habitual realizados fora de suas regiões; em algumas delas, é ainda maior do que o número de partos de partos de alto risco encaminhados.

Em contrapartida, mesmo a I Região de Saúde sendo a maior do estado em número de maternidades e leitos obstétricos, que recebe 23% de partos de residentes de outras regiões, apresenta 264 partos de risco habitual fora da sua região, sendo 200 na Região de Saúde de Limoeiro, que fica a quase 80 km da capital. Também há 18 partos de gestantes de alto risco na Região de Saúde de Caruaru, que fica a quase 140 km de Recife. Tanto a Região de Saúde de Limoeiro quanto a de Caruaru deveriam ter atendimento rápido e prioritário, em razão do risco gestacional existente.

No interior da I Região – nas microrregiões –, podemos observar que, mesmo dentro dela própria, há uma concentração de atendimentos, especialmente para partos de alto risco, na I microrregião composta por Recife, sede dos hospitais de referência para esse tipo de atendimento.

A I microrregião recebeu 99,8% das gestantes de alto risco de toda a I Região de Saúde no ano de 2015. Podemos dizer que esse é um dado esperado, visto que a distribuição dos hospitais de referência com estrutura para receber o parto de alto risco se concentra nesse território.

Entretanto, na microrregião I, vemos que 8% dos partos de risco habitual de suas residentes não são realizados dentro do seu território; em contrapartida, ela recebe 40% de partos de risco habitual das

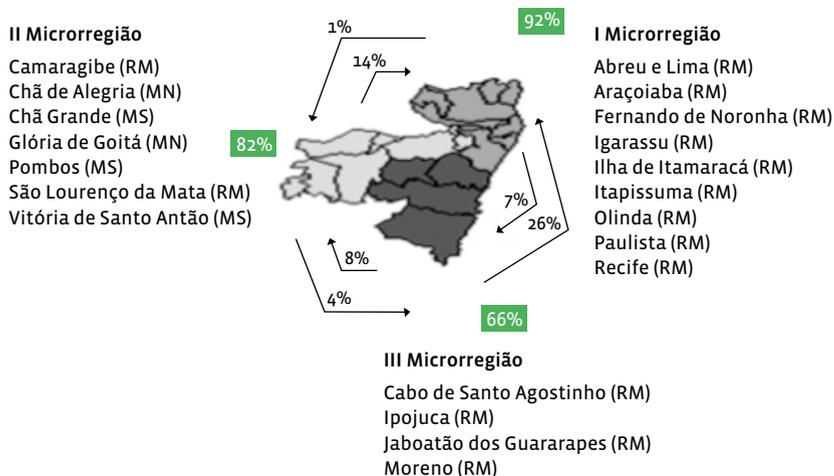
microrregiões II e III; na microrregião II, 18% não são realizados na sua área de abrangência, mas ela recebe 9% das demais; e na microrregião III, 34% não são realizados no seu próprio território, porém ela recebe 11% das outras duas. Podemos ver o esquema de “invasão” e “evasão” dentro das microrregiões da I Região na figura 1.

Tabela 2 – Distribuição de partos de risco habitual realizados dentro da I Região de Saúde por seus municípios, por microrregião, no ano de 2015

Microrregião de internação	Microrregião de residência						Total
	Micro	%	Micro II	%	Micro III	%	
Microrregião I	14.056	92%	572	14%	2.157	26%	16.785
Microrregião II	190	1%	3.464	82%	637	8%	4.291
Microrregião III	1.093	7%	166	4%	5.365	66%	6.624
Total	15.339	100%	4.202	100%	8.159	100%	27.700

Fonte: elaboração dos autores a partir de SIH/SUS (2016)

Figura 1 – Evasão e invasão de internamentos por partos de risco habitual, entre as microrregiões que compõem a I Região de Saúde, no ano de 2015



Fonte: elaboração dos autores a partir de SIH/SUS (2016)

Discussão e considerações finais

Os resultados do estudo mostram que a população de Pernambuco tem dificuldades quanto à vinculação à maternidade de realização do parto, desde o momento do pré-natal, pois fica evidenciada a dificuldade do acesso, especialmente àquelas gestantes de alto risco, provenientes das mais diversas localidades, que têm de viajar a Recife para realização do parto. As poucas referências para alto risco no estado se encontram, em sua maioria, concentradas territorialmente na capital, mostrando uma concentração geográfica na distribuição da rede.

Entretanto, o que mais surpreende, diante de toda a discussão sobre a Rede Cegonha, é a situação de partos de risco habitual. As referências hospitalares, que deveriam ser municipais ou intrarregionais, passam a não existir segundo o modelo de regionalização. Vimos que, até no âmbito interno da I Região, a realização do parto não segue a lógica da regionalização dentro de suas subdivisões. A desorganização da rede de atenção e de seus fluxos, teoricamente traçados, passa a ir de encontro à integralidade e garantia do acesso resolutivo.

Ainda são vistas gestantes peregrinando de município em município, em busca de uma vaga para o parto, mesmo aqueles de risco habitual. A situação é ainda mais crítica quando se trata de garantir acesso a outros níveis de complexidade, ou seja, assistência ao parto de alto risco.

A rede materna hospitalar do estado de Pernambuco funciona, na prática, por demanda espontânea, com tentativa de regulação de leito: a gestante procura a maternidade de sua escolha, durante o trabalho de parto, independentemente do local do pré-natal. Apesar da existência de um protocolo estadual de regulação obstétrica, ainda que incipiente e marcado por lacunas, e uma Central de Partos, eles só funcionam efetivamente quando não há vagas nos hospitais demandados. Entretanto, mesmo nesses casos, a regulação encaminha ao estabelecimento que tem vaga e não necessariamente ao que esteja localizado mais próximo da gestante e que possua a tecnologia compatível com o risco gestacional.

Como não há vinculação das gestantes durante o pré-natal com a maternidade que irá realizar seu parto, as maternidades funcionam de portas abertas para quem consegue chegar. Muitas vezes, os

profissionais aceitam e mantêm a gestante no estabelecimento, sem sequer conhecer a sua história, a complexidade de sua gestação e, em algumas situações, não são habilitados para realização de tal procedimento. Tal fato pode ser explicado devido à identificação, neste estudo, de registros de partos de alto risco em hospitais não habilitados no sistema de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde (CNES), visto que há a necessidade de uma estrutura mínima para isso.

Sendo assim, e de acordo com Santos e Campos (2015), a organização da região de saúde é fundamental para reduzir a fragmentação das ações e serviços, trazendo a visão de planejamento regional pactuado. Será através da região que ocorrerá a integração dos serviços em rede, até então desarticulados, revelando uma baixa capacidade de continuidade intermunicipal no sistema de saúde regional, que se encontra sem condições de garantir a integralidade da assistência à saúde e o fortalecimento do processo de descentralização como princípios básicos do SUS.

Concordamos com Araújo (2012) que, na atenção materno-infantil, o que tem sido observado na prática é resultado de ações desarticuladas e sobrepostas que revelam a inexistência de uma rede integrada de atenção ao parto e ao nascimento. Permanece a necessidade de entender as razões para que o acesso às maternidades não ocorra de forma equânime para todas as gestantes, com definição prévia do local mais apropriado para o parto, de acordo com o pré-natal, para que o processo de nascimento aconteça em segurança.

É observado que a atenção primária não tem sido ordenadora a fim de garantir o ingresso do usuário ao sistema, como também não tem conseguido a articulação necessária com os outros níveis de atenção, apesar de isso ser preconizado pela Rede Cegonha.

Araújo (2012) realizou um estudo na macrorregional de Caruaru, também no estado de Pernambuco, e refere que esse aspecto da organização da rede obstétrica do estado já colocaria, por si só, as gestantes que fossem parir no SUS e que morassem distantes das sedes macrorregionais em uma situação mais delicada em relação às outras que morassem em locais mais próximos aos serviços de obstetrícia, visto que a distância entre uma maternidade de referência (Petrolina) e a outra (Caruaru) é

de mais de 580 km, e o tempo de percurso está estimado em mais de sete horas. Também temos as maternidades de Recife, que ficam a aproximadamente nove horas de Petrolina e duas horas de Caruaru, caso ambas não tenham vaga. Pode-se dizer que o processo de integralidade do cuidado é fragilizado nesse contexto. A discussão acerca da regionalização e acessibilidade está muito aquém da realidade ainda encontrada.

A gestão do cuidado na rede regionalizada de serviços de saúde, na opinião de Santos (2013), modela a seguinte imagem-objetivo: criadores de políticas, gestores, trabalhadores da saúde e usuários devem se articular em diferentes espaços para resolver os problemas da saúde, utilizando a tecnologia mais apropriada, no tempo certo e no lugar adequado, para produção do cuidado.

Pernambuco foi o primeiro estado a aderir à implantação da Rede Cegonha, entendendo-a como instrumento de reorganização da assistência. Para a Secretaria Estadual de Saúde, trata-se da construção organizada de uma rede segundo linhas de cuidado, em conformidade com o desenho da regionalização.

Apesar dos esforços realizados, sabemos que a integração em rede que se regionaliza é marcada por lacunas estruturais no Brasil e em Pernambuco. Esperava-se que, como estado precursor da Rede Cegonha no Brasil, a rede materno-infantil estivesse mais articulada, com experiência de integração posta em prática e/ou com a rede estruturada para receber as gestantes, levando em consideração a diretriz do SUS de regionalização e o processo de territorialização. Como as referências são predominantemente de responsabilidade da gestão estadual, deveria haver processos de articulação em rede com vinculação das vagas no pré-natal, no intuito de se evitar viagem desnecessária de mulheres em trabalho de parto e com risco de morte materna e infantil, visto que essa é uma demanda prioritária, programável e factível de ser submetida em planejamento prévio por 40 semanas.

Pressupõe-se, também, que, com o adequado funcionamento da Central de Partos, homologado em Pernambuco desde dezembro de 2008, e a organização dos fluxos de acesso, seguindo o ideal, de acordo com a proximidade da residência da paciente, os protocolos clínicos e

de urgência bem definidos, não deveriam ocorrer partos em municípios tão distantes.

No estudo de Araújo (2012), observou-se a organização da demanda, em consonância com os princípios de regionalização e hierarquização da rede obstétrica e neonatal no estado. A partir da análise, o critério não faz mais sentido, à medida que o percurso realizado pelas gestantes em busca do parto se dá nas mais diversas direções dentro da rede existente, o que também pudemos observar nos resultados deste estudo. O critério em uso não é o da territorialização e regionalização, mas sim da existência de vagas/disponibilidade de leito.

Em uma área geográfica com grande porte populacional, sugere-se a criação de estratégias que garantam uma melhor e mais efetiva organização da rede, com serviços e fluxos de acesso bem definidos e pactuados nos espaços formais de governança pública do SUS, dentro de uma mesma região, articuladas com atenção primária nas microrregiões de todo o estado.

Na prática, ainda há grande número do que se convencionou chamar inapropriadamente de “invasões” e “evasões” intermunicipais, dos casos que não respeitam as referências pactuadas através dos instrumentos existentes, resultando em superlotação por falta de leito efetivo nas unidades de maior resolutividade. Essa situação ainda é marcada após vários anos da formalização do Programa Rede Cegonha por desorganização de fluxo de parturientes, desde hospitais que deveriam fazer atendimentos aos casos mais complicados e são ocupados com riscos habituais até unidades de risco habitual que recebem alto risco sem estrutura e habilitação para tal. A autorregulação dos serviços e as demandas espontâneas aleatórias existentes, ou seja, as mulheres que não têm vínculos efetivos com as maternidades desde a atenção básica, também dificultam o planejamento e a execução do processo de regionalização por falha no processo de governança provavelmente.

A desorganização do acesso é tão impactante que visualizamos a inversão e desordem da rede obstétrica no momento do parto em Pernambuco: as mulheres da I Região irão parir em outras regiões, enquanto a I Região recebe mulheres oriundas das mais diversas localidades.

Formalmente, não deveriam ocorrer partos em município muito distante da residência das usuárias, nem a peregrinação das gestantes até uma maternidade com vaga para fazer o acolhimento. No entanto, sabe-se das dificuldades estruturais e da organização da rede com leitos resolutivos ainda existentes para o acesso ao parto. Disso resultam a desorganização e baixa disponibilidade na oferta dos serviços, incluindo a existência de plantões fechados por falta de profissionais, tendo como consequência a fragmentação da assistência prestada desde o pré-natal até o momento do parto. Todo esse quadro tem como desfecho indefinição da referência e contrarreferência; atendimento não humanizado; e consequente permanência das altas taxas de mortalidade materna e neonatal.

Acredita-se que, diante do que foi visto, a reorganização da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil seja um dos maiores desafios, na lógica da regionalização do SUS, no estado de Pernambuco, levando em conta que a rede existente é heterogênea em serviços, com fluxos desorganizados. O processo de pactuação regional deveria ter a finalidade de garantir acesso, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, através de uma rede de atenção à saúde com serviços descentralizados, com oferta suficiente em todas as regiões, além de fortalecer e implementar os fluxos para a contínua assistência às pacientes de maneira humanizada.

Diante desse quadro, Pernambuco precisa reavaliar como está construído o seu plano de regionalização na saúde nos espaços de governança regional, para, a partir daí, reorientar a Rede de maneira organizada, garantindo acesso, conforme prescreve o Programa Rede Cegonha, com sua estrutura baseada em serviços articulados por nível de complexidade.

Referências

ARAÚJO, F. R. F. *A bioética da proteção e as implicações morais no acesso desigual ao parto: o caso de uma maternidade de referência no Agreste de Pernambuco*. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde

Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ASENSI, F. Responsabilidade Solidária dos Entes da Federação e “Efeitos Colaterais” no Direito à Saúde. *Revista Direito Sanitário*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 145-156, nov. 2015/fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria de Atenção Básica. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 9 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pernambuco é o primeiro estado a aderir à Rede Cegonha*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/05/pernambuco-e-o-primeiro-estado-a-aderir-a-rede-cegonha>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

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. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 5 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008*. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 5 jan. 2016.

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). Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 15 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília, DF, 2011c.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o

planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfeederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 17 abr. 2016.

BUSS, P. M. Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no Sistema de Informação Hospitalar do SUS. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. II, n. 2, p. 5-17, mar./abr. 1993.

CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S. Assistência ao parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 411-420, jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2016.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2016.

CUNHA, S. F. et al. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 441-447, jul./set. 2010.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução CIB/PE nº 1872, de 26 de março de 2012*. Homologa os Planos Regionais da Rede Cegonha no Estado de Pernambuco. Recife, 26 mar. 2012a. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_cib-pe_1872_homologa_planos_regionais_da_rede_cegonha_no_estado_de_pe.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. *Plano Diretor de Regionalização*. Recife, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Gerências Regionais de Saúde*. Rede Estadual de Saúde. Recife, 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. *Política Estadual de Regulação Assistencial*. Recife, 2012b. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/politica_estadual_de_reg._assist.2012.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. *Complexo Regulador*. Recife, 2016a. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-regulacao-em-saude/complexo-regulador>>. Acesso em: 4 jun. 2016.

PINHEIRO, H. D. M. *Do domicílio ao parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife - PE*. 2014. Dissertação (Mestrado Integrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

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

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

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401383&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 set. 2016.

VICTORA, C. G. et al. Situação de saúde da criança em área da região sul do Brasil, 1980-1992: tendências temporais e distribuição espacial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 423-432, dez. 1994. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 set. 2016.

WAGNER E. H. et al. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, Betherda, v. 7, p. 56-66, 1999.

3

Peregrinação no anteparto

A procura pelo local
para realizar o parto
no município do Recife

Edjaneide Maria da Silva
Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Hélder Freire Pacheco

Introdução

A garantia de referência ao local de ocorrência do parto está descrita na Lei nº 1.163/ 2007, que traz em seu texto o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade em que receberá assistência, ou seja, à maternidade na qual será realizado seu parto (BRASIL, 2007). Tal direito foi corroborado nos preceitos da estratégia do Programa Rede Cegonha, lançado em 2011, tendo como meta a melhoria do acesso e da qualidade do atendimento na atenção à saúde materno-infantil. A Portaria nº 1.459/2011, que instituiu a Rede Cegonha, aborda também a garantia de vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto como uma de suas diretrizes (BRASIL 2011).

A existência de leis e normas reguladoras para assegurar a assistência ao parto, por si só, não garante o atendimento à parturiente. Os gestores, em tese, necessitariam de uma definição prévia do local de parto, encaminhamento formal e vinculação da gestante à maternidade em que receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde, levando em consideração os critérios de risco gestacional (ESCALANTE *et al.*, 2010).

Ao mesmo tempo que formalmente as políticas públicas e programas governamentais redirecionam o modelo de atenção à saúde rumo a um atendimento de qualidade e humanizado, a realidade não valida a efetivação de tais preceitos, em decorrência de ofertas insuficientes de leitos, de profissionais ou materiais, intensificando situações como a peregrinação das parturientes. Isso é agravado pela falta de estrutura para acolher o acompanhante, principalmente o de sexo masculino; e por internamentos de gestantes em macas, cadeiras ou nos corredores, e até mesmo no chão das unidades de saúde.

Esses exemplos fazem parte da rotina das maternidades públicas brasileiras, expressando a violação dos direitos da parturiente (ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014).

A saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal depende principalmente do acesso e da qualidade de assistência prestada, refletindo nos indicadores de morbimortalidade materna. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera elevada a Razão de Mortalidade Materna (RMM) superior a 25 por 100.000 nascidos vivos (MORSE *et al.*, 2011). Em Recife, a RMM variou de 78,8 em 2006 para 75,3 por 100.000 nascidos vivos em 2012 (RECIFE, 2014), e historicamente tem apresentado médias acima do recomendado.

O termo “peregrinação no anteparto” é utilizado de maneira informal para denominar a busca da gestante no momento do parto por um serviço de saúde. A peregrinação está associada a diversos fatores diretamente relacionados à possibilidade de impacto sobre a morbimortalidade materno-fetal, como falta de vaga na unidade de saúde, localização inadequada dos estabelecimentos de saúde e falta de pré-natal em conformidade com os protocolos de governança clínica dos programas de saúde pública. A falta de um estabelecimento adequado para a realização do parto pode trazer complicações, tanto para as puérperas como para os recém-nascidos (FERREIRA, 2015).

Eliminar a peregrinação em busca de atendimento no momento do parto é meta prioritária para adequação do atendimento à saúde materno-infantil. O poder público, no seu papel de agente regulador, tem a responsabilidade de estruturar a rede de forma a garantir um nascimento saudável, eliminando barreiras e promovendo a gestão do acesso ao parto de maneira organizada.

Diante da importância do tema, este capítulo tem como objetivo analisar os fatores associados à peregrinação no anteparto na cidade do Recife. O Recife se apresenta como uma cidade heterogênea: ao lado de áreas bem valorizadas, com elevados indicadores socioeconômicos, encontram-se áreas com grandes problemas estruturais, como os assentamentos informais reconhecidos como favelas e comunidades de baixa renda. Portanto, é um município totalmente urbano e

heterogêneo, que reflete nos grandes contrastes a complexidade dos determinantes sociais da saúde que devem ser considerados no planejamento de políticas e programas governamentais (RECIFE, 2014).

Método

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. Esse estudo se desenvolveu na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco. O município está dividido em 94 bairros, distribuídos em 8 regiões político-administrativas (distritos sanitários).

Os dados primários foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas com os informantes-chave: profissionais de saúde das maternidades municipais (Maternidade Arnaldo Marques, Maternidade Bandeira Filho e Maternidade Barros Lima) e do Hospital da Mulher do Recife Doutora Mercês Pontes Cunha, através da técnica de bola de neve – os participantes iniciais indicam novos e assim sucessivamente, até o alcance do ponto de saturação, ou seja, os conteúdos das entrevistas passam a se repetir sem acrescentar novas informações relevantes. As entrevistas semiestruturadas com as puérperas que moram no Recife ocorreram no alojamento conjunto dos serviços de assistência ao parto do município do Recife, já mencionados, até a saturação das informações relevantes à pesquisa.

A amostra do estudo é não probabilística, pois se busca investigar em profundidade o que acontece em alguns casos, podendo assim melhorar a compreensão da situação.

As entrevistas semiestruturadas ocorreram entre maio e junho de 2017, foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de condensação de significados de Kvale (1996), tendo sido selecionadas as unidades naturais de análise, e apresentados os temas centrais emergentes, a partir da compreensão dos pesquisadores. Os pesquisadores utilizaram a técnica de registro de campo para observações relevantes do projeto de pesquisa.

A pesquisa foi realizada respeitando-se os aspectos éticos e legais, conforme a Resolução nº 466/2012. É um subprojeto do estudo

intitulado “Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)”, do Grupo de Estudos em Gestão e Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GGS) do Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016.

Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após todos os esclarecimentos necessários sobre os objetivos, finalidades do estudo, sua liberdade para participação e desistência quando desejarem e garantia de confidencialidade das informações coletadas pela pesquisa.

Resultados e Discussão

Formalmente a rede assistencial materna infantil deve garantir o acesso oportuno das gestantes aos serviços de atenção ao parto qualificado, com recursos tecnológicos e pessoal habilitado ao manejo do parto humanizado, considerando todas as necessidades básicas e avançadas, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2013).

A Rede Cegonha, no município do Recife, apresenta na sua estruturação unidades de atenção à saúde de diferentes densidades tecnológicas. Seus pontos de atendimento estão distribuídos pelo território, visando atender aos princípios de integralidade, universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde, oferecendo acesso aos cuidados de saúde à população. Dessa forma, abrange atendimentos com diferentes complexidades, incluindo as atenções primária, secundária e terciária.

As três maternidades municipais – Arnaldo Marques, Bandeira Filho e Barros Lima – são de gestão e administração municipal. O Hospital da Mulher do Recife Doutora Mercês Pontes Cunha, localizado no bairro do Curado, foi entregue à população recifense em 9 de maio de 2016, trabalha com a filosofia de parto humanizado e é administrado pela Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer, com um contrato de gestão de cinco anos, compreendendo o período de 30 de abril de 2016 a 30 de abril de 2021.

O Hospital da Mulher do Recife Doutora Mercês Pontes Cunha realiza partos de risco habitual, representando um reforço à rede, com leitos de retaguarda para as demais maternidades municipais, e apresenta “porta aberta” com acolhimento e classificação de risco.

As gestantes têm acesso ao local de ocorrência de parto de duas formas: atendimento por demanda espontânea ou referenciada através da Central de Regulação de Leitos do estado de Pernambuco.

As gestantes nos procuram por... livre demanda, onde as pacientes chegam com algum tipo de sintoma e vêm para cá... (Gestor 1).

Os leitos da gente, das três maternidades, Barros Lima, Bandeira e Arnaldo Marques, são regulados pela Central de Leitos do Estado... elas recebem pacientes encaminhadas pelo Estado. (Gestor 4).

As maternidades municipais de risco habitual (Arnaldo, Barros Lima e Bandeira) são porta aberta; as mulheres vão por demanda espontânea. Para o Hospital da Mulher, essas três maternidades fazem uma regulação direta com o Hospital da Mulher. Ele só está fazendo por enquanto risco habitual. Foi feito um protocolo com a assistência de quais mulheres poderiam ser encaminhadas para o Hospital da Mulher. (Gestor 6).

Dificuldades na escolha da maternidade de acordo com risco gestacional

Quando se questiona a forma de escolha da maternidade para a realização do parto, são observadas várias questões permeando tal escolha, que não levam em consideração os aspectos de risco obstétrico ou referências estabelecidas em pactuações e processos de governança interfederativa entre as autoridades sanitárias municipal e estadual.

Os discursos a seguir mostram que a peregrinação também ocorre pela falta de organização, durante o pré-natal, dos fluxos estabelecidos e ausência de orientação adequada para a gestante sobre a maternidade que ela deve procurar para realizar o parto:

Não foi minha escolha, me encaminharam para cá, minha escolha eu queria ter ela no CISAM, que é a maternidade da Encruzilhada... Só estava ficando gravidez de alto risco. (Puerpera 10).

Eu cheguei a ir para o IMIP, antes de vir pra cá. Lá ele fez o toque, eu estava com 2 pra 3 centímetros, e pediu que eu procurasse outra maternidade pelo fato de não ser de alto risco minha gestação. (Puérpera 24).

No CISAM me encaminharam pra cá de ambulância com um papel, porque eu era de baixo risco..., eles perguntaram uma maternidade mais próxima e eu preferi esta aqui. (Puérpera 51).

Eu fui pra o CISAM, que é a mais próxima de casa, quando chegou lá, disseram que lá é alto risco e eu só estava com dois centímetros de dilatação. O médico disse que era pra eu procurar esta maternidade que era de baixo risco, então eu vim pra cá - Barros Lima. (Puérpera 56).

Eu fui primeiro para o CISAM, lá não me aceitaram, aí mandaram vir pra cá. Disseram que não era alto risco e lá não podiam me aceitar, ele (o médico) só escutou o coração dela e mandou eu vir pra cá. (Puérpera 57).

Eu fui transferida do Agamenon pra cá. Eu saí de casa, fui pra o Agamenon, cheguei lá só atende alto risco, aí me passaram pra cá, aí tive ele aqui. (Puérpera 59).

Muitas gestantes não são informadas, durante o pré-natal, sobre para onde devem se dirigir no momento do parto e acabam se deslocando para uma maternidade de alto risco quando a gestação é de risco habitual.

Os profissionais também trazem este relato:

Algumas, eu sei, reclamam porque muitas vezes elas não vão para a unidade certa, a unidade que elas deveriam, a unidade referência delas. Elas ficam achando ruim, porque ficam sendo transferidas de uma unidade para outra. Essa é a dificuldade que algumas relatam. (Profissional 6).

Saber o local de ocorrência do parto é uma forma de deixar a gestante mais tranquila nesse momento de grande ansiedade, além de ser um direito assegurado por lei. Seria necessário, portanto, pelas normas vigentes, que os municípios se organizassem e se responsabilizassem para assegurar o acolhimento da gestante ao serviço de atenção

ao parto durante o pré-natal, de acordo com o risco gestacional, a fim de evitar a peregrinação dela e as consequências dos deslocamentos.

Superlotação dos estabelecimentos de saúde com leitos obstétricos

A Rede de Atenção à Saúde deveria oferecer atenção ao parto com a garantia de leito no Sistema Vaga Sempre – vinculação da gestante ao local de parto (BRASIL, 2011); porém esta garantia fica comprometida pela superlotação.

Podemos verificar, nos trechos a seguir, o quanto a superlotação é referida pelas mulheres:

Esta foi a única maternidade que teve vaga, as outras estavam superlotadas. (Puérpera 6).

Fui encaminhada para cá do IMIP, que não tinha vaga lá, aí me encaminharam pra cá (Arnaldo Marques). (Puérpera 18).

Fazia pré-natal no IMIP, só que não tinha vaga, eles me transferiram pra cá. (Puérpera 49).

Eu fui para o CISAM, o CISAM estava lotado, fui pra o Hospital da Mulher, lá também tava lotado, aí eu vim pra cá (Arnaldo Marques). Demorou o dia todo. (Puérpera 6).

Eu procurei a Barros Lima, ... a atendente disse logo que não tinha vaga. (Puérpera 23).

Assunção, Soares e Serrano (2014) trazem a problemática da superlotação e a dificuldade enfrentada pelas parturientes nas maternidades públicas, principalmente no que se refere a leitos disponíveis, à precariedade das instalações físicas e de profissionais capacitados para o atendimento. O número de leitos obstétricos por habitante está aquém da necessidade da população, além de ainda não terem sido estruturados leitos obstétricos cirúrgicos nos municípios com mais de 50.000 habitantes, como estabelecido nas normativas da Rede Ce-gonha. Assim, a superlotação é um problema estrutural do SUS nos municípios de Recife, Jaboatão e Petrolina e tem relação com a ausência de serviços nas cidades circunvizinhas. No ano de 2011, vários

hospitais se encontravam com uma taxa de ocupação de leitos de pré-parto nas unidades de alto risco acima da capacidade instalada e padrões aceitáveis. Nesse cenário, o Hospital Barão de Lucena, por exemplo, tem alguns picos de taxa de ocupação elevados, com percentuais registrados em torno de 383%, o Hospital Agamenon Magalhães possui 192% e o IMIP apresenta 171%. A superlotação, ou seja, a falta de leitos, intensifica outros problemas, como sobrecarga de trabalho da equipe de saúde e a falta de materiais (insumos, medicamentos), que representam prejuízo na qualidade da assistência prestada.

A superlotação estrutural também foi tratada pelos profissionais entrevistados:

O que precisa melhorar realmente é a quantidade de leitos... então ela fica na triagem, ela fica no corredor. Eu acho que isso é o que deveria melhorar: aumentar a quantidade de leitos. (Profissional 5).

O problema da superlotação em leitos obstétricos também foi observado *in loco* pelos pesquisadores, neste estudo, nas maternidades Arnaldo Marques, Bandeira Filho e, principalmente, na Barros Lima. No Hospital da Mulher do Recife (HMR), não foi visualizada superlotação. Essa situação diverge daquilo que está preconizado nos programas de saúde pública voltados para essa população-alvo, e a superlotação tem repercussão direta na assistência ao parto.

Concentração de atendimentos na capital

O município do Recife é sede de regional e recebe muitas usuárias de outros municípios através da Central de Regulação de Leitos do estado de Pernambuco. Em estudo realizado em 2012, observou-se que Recife fez 46% a mais do que o esperado de partos de nascidos vivos para a sede da Macrorregional I, além de ter recebido 43% do total de mulheres de risco habitual que deveriam ter sido atendidas em seus municípios de residência. Do total de partos realizados pelas maternidades da rede municipal de Recife, 40% foram de mulheres não residentes (ROHR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2016). A centralização da maioria das unidades de saúde de atendimento de alta complexidade na capital

do estado acarreta várias consequências, como a disputa pela vaga, a peregrinação pelas maternidades e o grande volume de atendimentos nos serviços da capital (ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014).

Essa situação é reconhecida pelas puérperas, que trazem isso em suas falas:

Bem, na verdade não foi escolha minha né, na verdade eu fui pra uma maternidade, não tinha vaga, me encaminharam pra cá, em termo do interior não tem maternidade, vem tudo pra cá e a gente daqui de Recife fica desassistido. (Puérpera 5).

Fui para o Agamenon...não tinha vaga, que tinha muita pessoa do interior vindo pra cá, quando cheguei lá não tinha vaga porque tava todo mundo nos corredores, macas nos corredores, aí eu tive que vir pra cá (Arnaldo Marques). Não conhecia a maternidade, aí eu vim, mas entreguei a Deus e foi tudo bem. (Puérpera 3).

Alves (2011) afirma que Recife é caracterizado como um município que concentra atendimentos, principalmente em dois grandes hospitais estaduais e dois complementares de referência. O seu estudo faz uma crítica à desconexão do pré-natal com a assistência ao parto, o que demanda uma reorientação dos serviços e ações de assistência materna. Essa falta de contato entre unidades de saúde da família e maternidades faz a parturiente, muitas vezes, recorrer a mais de uma unidade.

A inadequação da organização das referências de parto, com a vinda de mulheres do interior para a capital (Recife), não só daquelas que apresentam risco maior ao parto mas também daquelas com risco habitual que não são atendidas nos seus municípios, aumenta a superlotação dos estabelecimentos de saúde da cidade do Recife. Cunha (2017) justifica que esse deslocamento acontece por fechamento de leitos e/ou maternidades nos municípios do interior e por fechamento de plantões em determinados dias em decorrência da falta de profissionais.

Rohr, Valongueiro e Araújo (2016) informam que em Recife, em 2016, foi atendido um número três vezes maior do que seria esperado para o alto risco da cidade, como referência para a Geres I. As transferências de gestantes do interior para a capital só seriam aceitáveis

para os municípios que compõem a I Região de Saúde, onde não há serviços de assistência obstétrica em funcionamento (municípios que possuem menos de 300 nascidos vivos de mães residentes). É possível que o volume de partos de risco habitual realizado em unidade com complexidade inadequada seja resultado da precarização da rede do SUS (ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014).

É clara a relação inversa entre porte populacional do município e deslocamento para assistência ao parto: quanto menor o tamanho populacional, maior o deslocamento da parturiente. Isso se deve à concentração de serviços obstétricos nas grandes cidades. Mesmo o SUS sendo universal, ainda não há mecanismos que garantam acessibilidade à população, de forma equânime, em municípios de menor porte e de pior nível socioeconômico (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012).

Falta de vinculação da gestante ao local de parto durante o pré-natal

Difícilmente as instituições públicas se organizam para estabelecer o vínculo entre a gestante e o sistema de saúde, levando ao desconhecimento da história da gestação e à falta de planejamento da internação para o parto. Isso gera sobrecarga de atendimento em algumas instituições, sendo comum a parturiente não conseguir vaga no primeiro estabelecimento que procura para realizar o parto (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012).

Muitas gestantes não são informadas durante o pré-natal sobre para onde devem se dirigir no momento do parto. Ao realizarmos a pergunta sobre se receberam informações durante o pré-natal quanto ao local para onde deveriam se dirigir no momento do parto, tivemos respostas como estas:

Não. Ficou a meu critério, para onde eu achasse melhor para mim, eu fosse. (Puérpera 13).

Não. Procurasse a maternidade que eu quisesse, a mais próxima. (Puérpera 22).

Não falaram nada, eu que decidi vir para cá (Hospital da Mulher). (Puérpera 29).

Outras gestantes tiveram as informações dos profissionais que realizaram o pré-natal, porém sem levar em consideração o risco gestacional.

Sim. Deram o nome de três maternidades: Barão de Lucena, Bandeira Filho e IMIP. Tinha que escolher uma delas. (Puérpera 39).

Sim, para o IMIP. (Puérpera 42).

Os profissionais e gestores também trazem a referência sobre a necessidade de uma vinculação ao local de parto durante o pré-natal:

Eu acho que a maior dificuldade ... é a má informação dentro do próprio PSF, porque elas fazem todo o pré-natal, mas não são orientadas. Assim, pessoas de alto risco não são orientadas a ir para uma maternidade de alto risco. Tanto é que a gente aqui recebe muita gente com pressão alta, diabetes que vem pra cá e aqui é necessário ser transferido. (Profissional 1).

Hoje a gente não consegue vincular a gestante... Então, hoje a gente não consegue vincular uma gestante de nossa área, distritos 6 e 8, para nossa maternidade. Isso é impossível fazer hoje, porque a gente tem uma demanda espontânea e referenciada muito grande, principalmente com município colado, Jaboatão, então a gente não pode referenciar ... porque elas queriam essa vinculação, elas queriam que as gestantes daqui realmente parissem aqui e muitas vezes a gente não consegue fazer isso por superlotação. (Gestor 1).

Vários estudos mostram que a peregrinação da gestante em busca de um local para o parto está presente em vários municípios do País.

Em estudo realizado em duas maternidades na cidade de São Luís, no Maranhão, foi constatado que, das 122 mulheres entrevistadas na Maternidade A, 41,8% tiveram que ir a mais de uma maternidade para serem internadas e terem assistência ao parto; enquanto que na Maternidade B esse fato ocorreu entre 38,2% das 94 entrevistadas. Os autores concluem que quase metade das gestantes do estudo teve que peregrinar à procura de leito obstétrico (CUNHA *et al.*, 2010).

Em Alagoas, também foi verificada peregrinação no anteparto. De 262 mulheres entrevistadas, 48% percorreram mais de um hospital para conseguirem internamento, ou seja, um leito obstétrico disponível. Essa peregrinação pode trazer consequências graves, como parto

prematureo ou óbito do recém-nascido, além do sofrimento a que essas mulheres estão sujeitas. Algumas tiveram que se deslocar para três ou mais maternidades até conseguirem parir (SOUZA *et al.*, 2011).

Num estudo nacional de base hospitalar da Pesquisa Nascer no Brasil, realizado entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, foi encontrado que 16,2% das mulheres buscaram assistência em mais de uma maternidade. A maioria dessas mulheres procurou apenas um serviço, mas outras relataram ter procurado de dois a seis serviços de saúde até conseguirem um leito de obstetrícia para internação. Essa pesquisa traz algumas razões para a peregrinação: ausência de condições de atendimento (falta de médicos, insumos e equipamentos), não ter vaga para a gestante e/ou para o bebê e situação de risco clínico e/ou obstétrico. Verificou-se que a peregrinação das mulheres no momento do parto foi mais frequente na região Nordeste do País (VIELLAS, 2014).

Outra pesquisa realizada no ano de 2010, “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano de idade nas regiões Amazônia Legal e Nordeste”, encontrou que, das 8.164 mulheres estudadas, 56,1% relataram não terem sido orientadas durante o pré-natal sobre para qual hospital/ maternidade/casa de parto deveriam se dirigir no momento do parto; e 19,2% buscaram mais de um serviço para serem atendidas (BARRETO, 2013).

Pinheiro (2014) avaliou o acesso ao parto nas maternidades de alto risco do município do Recife, com uma amostra de 618 puérperas; encontrou que a maioria não teve o parto realizado na maternidade de referência (80,2%) e 62% tiveram que procurar mais de um serviço de saúde durante o trabalho de parto.

Albuquerque *et al.* (2011) levantam a questão da peregrinação no anteparto nas maternidades e concluem que tal fenômeno pode estar ocorrendo devido ao reduzido número de leitos existentes para a realização de partos de baixo risco, podendo estar relacionado também à lacuna existente no sistema de referência e contrarreferência entre as unidades básicas e as maternidades, além de apontar a necessidade de expansão da atenção primária para que possa atender um número cada vez maior de gestantes.

Conclusão

A organização dos leitos obstétricos no âmbito da I Região de Saúde, com pactuação de abertura de leitos obstétricos em municípios do interior, e a existência da vinculação prévia da gestante ao local de ocorrência do parto surgem como possíveis soluções mais adequadas para combater problemas de superlotação e peregrinação de gestantes evidenciados nesta pesquisa.

A ausência do papel do Estado como agente protetor do binômio mãe-bebê pode deixar à parturiente a árdua tarefa de escolher o local para o parto, sem levar em consideração o risco gestacional, quando ela entra em trabalho de parto, deixando-a entregue à própria sorte na busca de um serviço adequado as suas necessidades. Essa falta de organização do fluxo de pacientes na rede gera iniquidades no acesso ao local de parto e maior vulnerabilidade às mulheres.

Além dos problemas de organização dos fluxos da rede, a ausência da vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto é um dos fatores que aumentam a insegurança e o risco para um desfecho desfavorável no atendimento dessa parturiente.

Referências

ALBUQUERQUE, V. N. et al. Um olhar sobre a peregrinação no anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1935-1946, 2011. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/659/pdf_397>. Acesso em: 4 fev. 2018.

ALMEIDA, W. S.; SZWARCOWALD, C. L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 68-76, fev. de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003489102012000100009&lng=es&tlng=pt>. Acesso em: 4 fev. 2018.

ALVES, P. C. *Desafios à integração no SUS: uma análise da Rede de Atenção à Saúde da Mulher em Recife*. 2011. 153 f. Dissertação (Mestrado

Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ASSUNÇÃO, M. F.; SOARES, R. C.; SERRANO, I. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 16, n. 2, p. 5-35, jan./jun. 2014. Disponível em: <www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/14401/15183>. Acesso em: 11 nov. 2017.

BARRETO, M. O. *O parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado na região nordeste*. 2013. 62 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11634 de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em: 9 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1459. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 9 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal*. Brasília, 2013.

CUNHA, M. A. O. *Análise da política Rede Cegonha: a atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife, 2011 a 2015*. 306 f. Tese (Curso de Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2017.

CUNHA, S. F. et al. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 3, n. 15, p. 441-447, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/18885/12194>>. Acesso em: 4 fev. 2018.

ESCALANTE, J. J. C. et al. Mortalidade Materna no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília, DF, 2010. Cap. 7, p. 201-222. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2016.

FERREIRA, R. V. F. *Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste no Nascer do Brasil*. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

KVALE, S. *Interviews: na introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage, 1996.

MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X2011000400002&tln-g=pt>. Acesso em: 19 jun. 2018.

PINHEIRO, H. D. M. *Do domicílio ao parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife/PE*. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Gerência Geral de Planejamento. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Recife, 2014. 84 p.

ROHR, L. K.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T. V. B. Assistência ao parto e inadequação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 16, n. 4, p. 457-465, out./dez. 2016. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n4/pt_1519-3829-rbsmi-16-04-0447.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2017.

SOUZA, D. et al. Parturient's trajectory looking for a institution to delivery in Maceió city, Brazil. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 5,

n. 3, p. 561-568, 1 maio 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6760/6007>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 85-100, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 fev. 2018.

4

Análise do fluxo assistencial da Rede Cegonha

O caso dos partos
normais realizados
nos hospitais regionais
da II Macrorregião
de Saúde de Pernambuco

Renata Alves Gomes Villani
Mariana de Araújo Barros Tavares
Nathália de Brito Figueiredo

Introdução

Novas formas de organização dos serviços de saúde no Brasil vêm sendo discutidas ao longo das últimas três décadas. Nessa trajetória de reformas institucionais, o debate político tem sido marcado pela crítica, redefinição e incorporação de ideias oriundas de movimentos internacionais. A estes se articulam, dinamicamente, propostas surgidas da experimentação prática e elaboração de alternativas desenvolvidas em outros países que, de alguma forma, refletem a especificidade das condições nas quais se desenvolve o processo de reforma setorial em nosso país (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

O modelo institucional proposto para o SUS pressupõe uma articulação estreita entre atuação de gestores federais, estaduais e municipais como instâncias de negociação e pactuação federativa e controle social. Nesse contexto de reforma, dentre os princípios e diretrizes do SUS, merece destaque a descentralização, a partir da regionalização, e tentativa da integração da rede de serviços de saúde na agenda política da segunda geração de reformas institucionais, com ênfase para a coordenação de serviços intergovernamentais. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) conceitualmente são estruturas de serviços submetidas ao processo de governança regional e planejamento ascendente para o compartilhamento das ações e serviços por níveis de atenção por critério de incorporação tecnológica, segundo necessidades diferenciadas de saúde e dinâmicas territoriais específicas em regiões de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

O Ministério da Saúde, que tem papel regulamentador do processo de descentralização de responsabilidades e funções para estados e municípios, estabelece, através de portarias ministeriais, arcabouço institucional para implantação das RAS, como a Portaria 4.279/10 (BRASIL, 2010), que propõe as diretrizes para sua organização no âmbito do SUS. Tal arranjo necessita de coordenação estratégica para a

consolidação de um sistema público e universal, fortemente orientado pela diretriz da descentralização, em um país federativo, imenso e heterogêneo como o Brasil (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). Essa coordenação é realizada por estruturas de governança deliberativa, mais notadamente as Comissões Intergestoras instituídas no SUS.

Considerou-se, para este estudo, um exemplo de RAS na perspectiva do modelo de atenção atualmente adotado pelo SUS: a Rede Cegonha (RC). A Portaria 1.459/11 (BRASIL, 2011) instituiu a RC, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Pernambuco foi o primeiro estado brasileiro a aderir à portaria ministerial da RC. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) homologou, por meio da Resolução CIB/PE n. 1.723 de 19 de setembro de 2011, a Rede Cegonha nas Regiões de Saúde (RS) prioritárias: RS-I (Metropolitana), RS-IV (Caruaru) e RS-VIII (Petrolina), aprovando as diretrizes para remodelagem da Rede Materno-Infantil e instituindo os componentes do Grupo Condutor para a implantação da RC (PERNAMBUCO, 2011a).

O Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco (PDR) tem como objetivo reorganizar as redes de saúde – nelas incluída a rede materno-infantil – e apresenta a divisão territorial do estado, que conta com quatro macrorregiões de saúde, estando nessas contidas 12 Regiões de Saúde: Macrorregião I – Metropolitana (RS-I, II, III e XII); Macrorregião II – Agreste (RS-IV e V); Macrorregião III – Sertão (RS-VI, X e XI); Macrorregião IV – Vale do São Francisco (RS-VII, VIII e IX). A Macrorregião II apresenta uma população de cerca de 1.514.800 habitantes e corresponde às Regiões IV e V, com sede nos municípios de Caruaru e Garanhuns respectivamente, com um contingente de 53 municípios, sendo 32 pertencentes à IV Região e 21 à V Região (PERNAMBUCO, 2011b).

A exemplo das demais macrorregiões de saúde, na Macrorregião Agreste, foram aprovados pelas respectivas Comissões Intergestores Regionais os Planos de Ação Regional e Municipais da RC, documentos orientadores para a execução da Rede Cegonha.

A Rede Cegonha é formalmente uma das principais estratégias adotadas em Pernambuco para enfrentamento e redução da morbimortalidade materna e infantil. O PDR e o Desenho da Rede Cegonha vigentes estabelecem, portanto, para suas 12 regiões de saúde, as atribuições para as unidades de saúde de assistência ao parto nos níveis municipal, regional e estadual. As unidades municipais, em linhas gerais, devem prestar assistência ao parto normal, devendo encaminhar as parturientes às unidades regionais em situações clínicas que requeiram equipe especializada e capacidade para partos cirúrgicos (cesarianas).

Portanto, considerando a regionalização, os mecanismos de articulação de rede e o fluxo estabelecido pelo PDR e Rede Cegonha na II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, foram analisados os partos normais realizados nos hospitais regionais, representados pelo Hospital Jesus de Nazareno (HJN) e Hospital Regional Dom Moura (HRDM), localizados em Caruaru e Garanhuns respectivamente. Também, foram identificadas as entradas nesses hospitais de gestantes procedentes de municípios que garantem assistência ao parto normal nos referidos documentos oficiais.

Método

Considerando a natureza do problema de pesquisa do estudo, foi utilizada a abordagem quantitativa com análise de dados contidos nos prontuários, além de pesquisa documental, com análise de documentos oficiais da Secretaria Estadual de Pernambuco e do Desenho da Rede Cegonha para a II Macrorregião de Saúde.

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre agosto de 2017 e julho de 2018, nas maternidades de referência da II Macrorregião de Saúde de Pernambuco: Hospital Jesus de Nazareno, localizado em Caruaru, e Hospital Regional Dom Moura, situado no município de Garanhuns, que representam, respectivamente, os municípios-sede da IV e V Regiões de Saúde.

A amostra foi constituída por prontuários das puérperas que tiveram parto normal sem complicações clínicas. Todos os prontuários

arquivados referentes ao período trimestral de setembro, outubro e novembro de 2017 foram analisados em ambos os hospitais.

A coleta de dados foi realizada no Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME) no HJN e Setor de Contas Médicas no HRDM, locais onde se encontravam os prontuários referentes ao período temporal de análise da pesquisa. A coleta ocorreu por meio de preenchimento de instrumento de pesquisa eletrônico desenvolvido através do Google Forms, que faz parte do pacote Google Drive, um serviço de armazenamento e sincronização de arquivos. A análise dos dados ocorreu de forma quantitativa, através de técnicas de estatística descritiva, com dados sistematizados em planilha do Microsoft Excel, e apresentados em gráficos, tabelas e quadros explicativos.

O presente trabalho é um recorte do macroprojeto intitulado “Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães, sob n. de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 - CONEP. A pesquisa foi desenvolvida obedecendo aos preceitos éticos definidos na Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

Dentre as estratégias adotadas para a garantia do acesso com qualidade à assistência materna e infantil, destaca-se a Rede Cegonha, rede de cuidados proposta no âmbito do Sistema Único de Saúde como uma das principais estratégias para enfrentamento e redução da morbimortalidade materna e infantil (CAVALCANTI *et al.*, 2013). Essa estratégia, adotada em Pernambuco e analisada neste estudo, foi instituída no contexto do trabalho regionalizado, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida (BRASIL, 2011).

A portaria que institui a RC (BRASIL, 2011) preconiza que a operacionalização da rede ocorra pela execução de cinco fases: I - Adesão e diagnóstico; II - Desenho Regional da Rede Cegonha; III - Contratualização

dos pontos de Atenção; IV - Qualificação dos componentes; V - Certificação. Em Pernambuco, primeiro estado a aderir à portaria da RC, o processo ocorreu de forma integral: todos os municípios da região, segundo o Relatório de Adesão à Rede Cegonha do MS, realizaram a adesão entre dezembro de 2011 e fevereiro de 2012 (GIOVANNI, 2013).

Entretanto, a análise documental da Resolução nº 97/2012 da Comissão Intergestores Regional da IV Gerência Regional de Saúde - Geres (PERNAMBUCO, 2012) e Resolução CIR V Geres nº 74/2013 (PERNAMBUCO, 2013) infere que entraves operacionais do funcionamento da RC nas IV e V Regiões de Saúde ainda perduram. Mesmo com as pactuações ocorridas nos últimos anos, a II Macrorregião pode não estar acompanhando e efetivando as diretrizes propostas nas instâncias de governança e gestão da RC. Para ambas as regiões que compõem a II Macrorregião, o processo de operacionalização não chegou à terceira fase. Mesmo com o desenvolvimento da regionalização, as etapas operacionais continuam sem pleno seguimento no processo de implementação (PERNAMBUCO, 2012, 2013).

Considerando essa conjuntura, os itens subsequentes analisam o fluxo assistencial da Rede Cegonha através da assistência aos partos normais realizados nos hospitais regionais da II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, observando a concordância da rede de assistência com o preconizado formalmente pelos documentos oficiais.

Caracterização da rede de serviços de atenção ao parto na II Macrorregião de Saúde de Pernambuco

Neste estudo, foram analisados todos os prontuários arquivados das puérperas, do total de 974 prontuários; 262 pertencem ao HRDM, e os demais 712 atendimentos foram realizados no HJN. A diferença no número de atendimentos é explicada pelas distintas capacidades instaladas, complexidade funcional e tecnológica entre os dois hospitais.

A V Região de Saúde, com sede no município de Garanhuns, tem o HRDM como serviço de referência para atendimento obstétrico de risco habitual dos 21 municípios que compreendem a região: Águas

Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Calçado, Caetés, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina, Paranatama, Saloá, São João e Terezinha. Esses municípios apresentam um total populacional de 513.660 habitantes (PERNAMBUCO, 2011b).

O Hospital Regional Dom Moura é o único hospital que atende a média complexidade em obstetrícia na V Região, não existindo serviço de qualquer natureza em alta complexidade obstétrica. A maternidade do HRDM tem capacidade para realização de partos normais e cesarianos, curetagens, cirurgias ginecológicas e obstétricas de urgência (PEREIRA, 2015).

Já a IV Região de Saúde compreende 32 municípios: Agrestina, Altinho, Caruaru, Cupira, Ibirajuba, Jurema, Panelas, Riacho das Almas, São Caitano, Barra de Guabiraba, Bezerros, Bonito, Camocim de São Félix, Gravatá, Sairé, São Joaquim do Monte, Alagoinha, Belo Jardim, Cachoeirinha, Pesqueira, Poção, Sanharó, São Bento do Uma, Tacaimbó, Brejo da Madre de Deus, Frei Miguelinho, Jataúba, Santa Maria do Cambucá, Santa Cruz do Capibaribe, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes. Essa região, em conjunto com a V, compõe a II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, que tem como sede o município de Caruaru, onde está localizado o Hospital Jesus de Nazareno (PERNAMBUCO, 2011b).

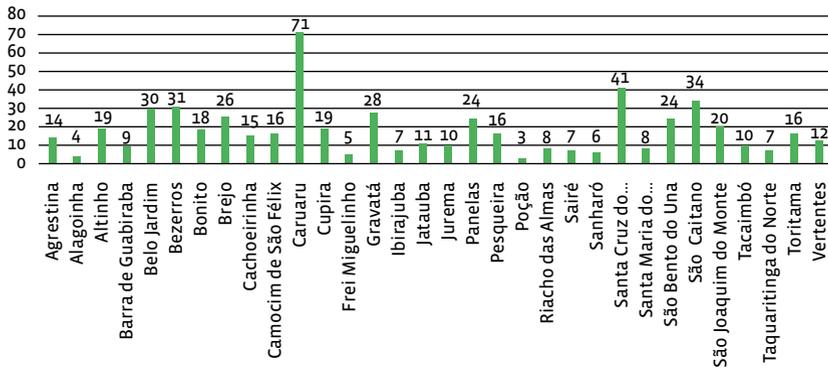
O HJN, maternidade de alta complexidade, representa o serviço de referência secundária para gestação de alto risco da II Macrorregião. É responsável, portanto, pela assistência de casos da IV e V Regiões. Essa maternidade de referência macrorregional é uma unidade de saúde sob gestão pública estadual; dispõe de equipamentos que garantem o suporte avançado à vida de adultos e recém-nascidos (ARAÚJO, 2012).

Fluxo assistencial na IV Região de Saúde: atendimentos realizados no Hospital Jesus de Nazareno

O Hospital Jesus de Nazareno representa a maternidade de referência macrorregional e constitui o principal nível para atenção de alta complexidade para as IV e V Regiões de Saúde. Foram analisados no HJN um

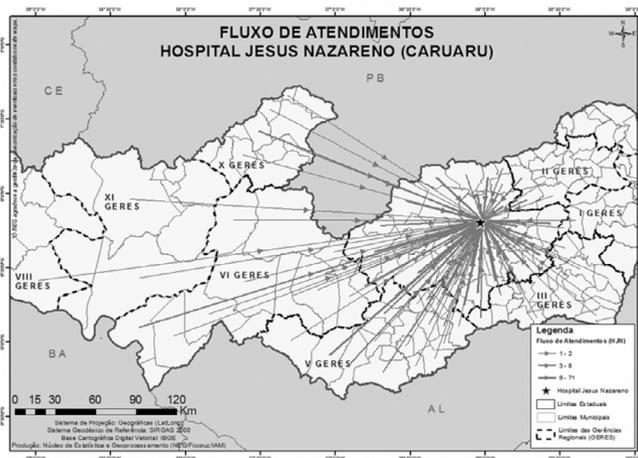
total de 712 partos normais sem complicações clínicas, que aconteceram no período de setembro a novembro de 2017. Desses, 80,5% correspondem a atendimentos realizados a pacientes procedentes de municípios da IV Região de Saúde; estão destacados no gráfico 1 e na figura 1.

Gráfico 1 – Frequência de partos normais realizados pelo HJN às gestantes procedentes da IV Região de Saúde



Fonte: elaboração das autoras

Figura 1 – Fluxo de partos normais realizados pelo HJN às gestantes procedentes da IV Região de Saúde



Fonte: Pernambuco, 2012

Dentre o total de partos ocorridos no HJN no período analisado, enfatizaremos os municípios com mais de 27 casos de encaminhamentos realizados. Entre eles, destacam-se Caruaru, com frequência de 9,9% (71 partos); a cidade de Santa Cruz do Capibaribe, com 5,7% dos atendimentos (41 partos); São Caetano, representando 4,7% (34 partos); Bezerras, com 4,35% (31 partos); Belo Jardim, com 4,2% (30 partos); e o município de Gravatá, com 28 casos, correspondendo a 3,9%.

Desses seis municípios com maior frequência de atendimentos referidos, destacamos na tabela 1 o motivo do encaminhamento justificado pelo profissional do serviço de saúde do município de procedência das gestantes.

Tabela 1 – Justificativas de encaminhamento mais frequentes das gestantes atendidas no serviço obstétrico do HJN que evoluíram para parto normal sem complicações clínicas

Motivo do encaminhamento	N	%
Ausência de dinâmica fetal	1	0,43%
Canal vaginal estreito	1	0,43%
Doenças hipertensivas específicas da gravidez	22	9,36%
Gestante HIV positivo com carga viral indetectável	1	0,43%
Gestação pós-termo	1	0,43%
Gestante muito jovem	1	0,43%
Infecções vaginais recorrentes	1	0,43%
Oligodrâmnio	3	1,3%
Prematuridade	6	2,55%
Presença de mecônio espesso	1	0,43%
Sangramento vivo	1	0,43%
Sem papel de encaminhamento anexado ao prontuário	56	23,8%
Solicitação de avaliação obstétrica devido à ausência de especialista no hospital	54	22,9%
Trabalho de parto	86	36,6%

Fonte: Datasus (2017)

O principal motivo de encaminhamento observado é o estado de trabalho de parto da paciente, sem outras observações clínicas significativas que justificassem a necessidade de transferência da gestante para um hospital de alta complexidade.

O acesso ao HJN, referência de alto risco, não ocorre por demanda espontânea. O processo se dá através da regulação da assistência, operacionalizada e instrumentalizada pela Central de Regulação de Leitos (ARAÚJO, 2012). Entretanto, isso nem sempre ocorre, muitas pacientes chegam ao serviço sem um encaminhamento formal e a senha de regulação. A alta porcentagem de gestantes que não apresentavam documento de encaminhamento formal anexado ao prontuário, evidenciada na tabela 1, demonstra essa condição.

Outro ponto com destaque significativo das razões para o encaminhamento é a solicitação de avaliação obstétrica justificada pela ausência de profissional especialista no município de origem da gestante. Esse fato evidencia o exposto por Araújo (2012), que retrata, em seu estudo, o fato de, apesar de não existir déficit de leitos obstétricos na II Macrorregião de Saúde, haver desigualdade no acesso ao parto, pois a ausência de profissionais especialistas nos serviços inviabiliza a utilização do leito físico e sobrecarrega os serviços de referência com casos que teriam resolubilidade nos serviços municipais.

Nesses casos, a transferência não se deu por busca de condições para um parto que apresentasse fatores de risco para a saúde da mãe ou do feto; a transferência ocorreu porque o médico generalista que realizou o atendimento se julgou incapaz de assistir um parto normal nas condições em que se encontrava. Porém, todas as pacientes que chegaram ao HJN com essa justificativa evoluíram com parto normal sem intercorrências. E, de acordo com o desenho da RC da IV Geres (PERNAMBUCO, 2012), esses partos deveriam, portanto, ser realizados nos serviços municipais de referência.

O aspecto clínico de maior destaque nas justificativas de encaminhamento são as doenças hipertensivas específicas da gravidez (DHEG), termo utilizado para fazer referência aos casos de elevação de níveis pressóricos que ocorrem durante a gravidez, entre eles a

Toxemia Gravídica – pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Atualmente, é considerada a entidade clínica mais importante da obstetrícia, sendo a maior causa de mortalidade materna e perinatal (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2016).

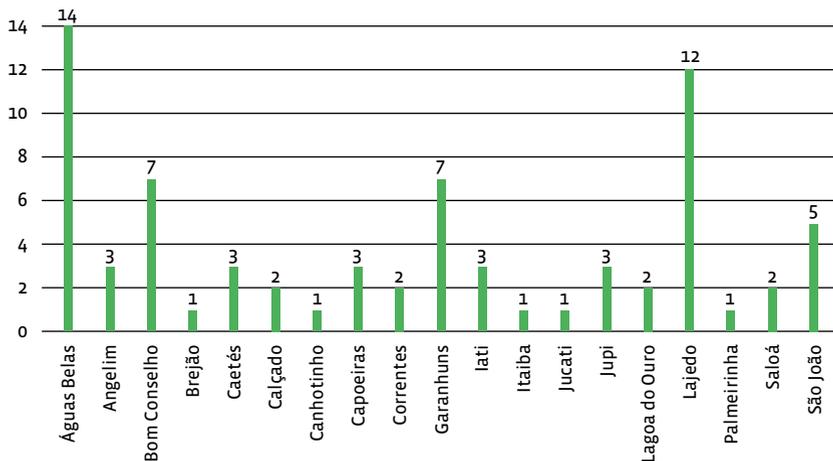
A única forma de efetivamente curar os distúrbios hipertensivos dessa condição clínica na gestação é com o término da gravidez. Os riscos de complicações, como convulsões, DPP, hemorragia cerebral, edema agudo de pulmão, hemorragia hepática e insuficiência renal, regridem após o parto, uma vez que a pré-eclâmpsia é um processo reversível (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2016). A necessidade de suporte medicamentoso, habilidades para manejo das alterações pressóricas e interrupção da gravidez podem ter relação com a decisão das equipes municipais para a transferência das parturientes aos referidos serviços regionais.

Os outros casos de justificativa de encaminhamento com menos de 3% de frequência representam casos esporádicos e de justificativas obstétricas válidas para a transferência em busca de melhores condições para o atendimento, com exceção dos casos de presença de mecônio espesso sem indicativos de sofrimento fetal e canal vaginal estreito, que não representam objeções para realização de parto normal sem complicações clínicas e, portanto, não demandariam necessariamente atendimento em hospital de alta complexidade (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2016).

Dentre os municípios com maior frequência de encaminhamento para atendimento no HJN, destaca-se o próprio município sede da II Macrorregião. Caruaru dispõe de uma maternidade municipal, a Casa de Saúde Bom Jesus. Os casos aqui apresentados de partos normais sem complicações clínicas das parturientes da cidade de Caruaru, assim como dos outros municípios encaminhadores, deveriam ocorrer na maternidade municipal, evitando a sobrecarga do HJN (PERNAMBUCO, 2012).

O gráfico 2 representa a frequência de atendimentos realizados pelo HJN a pacientes oriundas da V Região de Saúde, totalizando 10,2% dos casos analisados no período estudado.

Gráfico 2 – Frequência de atendimentos às gestantes procedentes da V Região de Saúde realizados pelo HJN



Fonte: elaboração das autoras

O HJN representa o hospital de alta complexidade de referência para essa região; casos com resolubilidade em nível intermediário devem ser atendidos no HRDM (PERNAMBUCO, 2013). Entretanto, na maioria dos casos, a condição clínica da paciente não é o que motiva a transferência para o HJN. Dos sete casos oriundos do HRDM, cinco apresentaram como justificativa as lacunas e problemas da equipe de recursos humanos: ausência de neonatologista, sobrecarga do obstetra de plantão e, até mesmo, plantão fechado. O problema de ausência de equipe no HRDM perdura e foi evidenciado no estudo de Pereira (2015, p. 43):

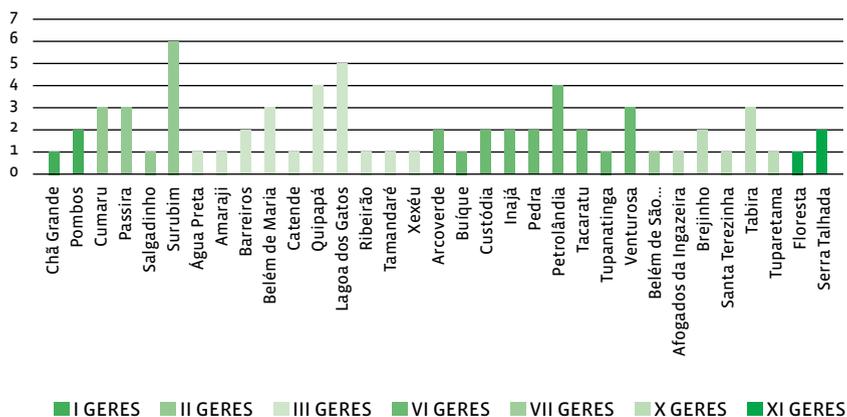
Durante a coleta de dados, nos sete dias de observação para amostra desta pesquisa verificou-se que a presença da equipe médica de plantonistas é irregular. Apenas dois plantões estavam abertos para a central de partos, os outros cinco foram fechados por falta de médicos obstetras ou ainda devido à falta de pediatra no plantão. Dos sete dias observados apenas foi possível considerar como equipe completa, somente um plantão. Os outros cinco funcionaram com equipe incompleta, onde havia apenas um obstetra, ou obstetras sem a presença do pediatra. Destaque para um plantão do final de semana

que não havia nenhum obstetra ou pediatra na unidade de referência para assistência ao parto na V Região de Saúde de Pernambuco.

Observamos, portanto, que outros municípios encaminhadores da V Região têm o HRDM como referência de risco habitual. Quando a assistência deste não ocorre de maneira plena, ocorrem encaminhamentos para o HJN, mesmo que, de acordo com os registros no prontuário, a condição clínica da paciente não necessite de cuidados de alta complexidade, o que vai de encontro ao estabelecido nas resoluções da RC em ambas as regiões.

Quanto à frequência de atendimento pelo HJN às demais regiões de saúde que não fazem parte da II Macrorregião, podemos analisar o gráfico 3, a seguir, que demonstra um fluxo de pacientes de municípios da I, II, III, VI, VII, X e XI Regiões de Saúde com encaminhamentos para atendimento no hospital de referência de alta complexidade da IV e V Geres, contrariando o PDR vigente (PERNAMBUCO, 2011b). Porém, esses atendimentos são numericamente pouco expressivos: somados, representam 9,3% dos atendimentos totais realizados pelo Hospital Jesus Nazareno no período estudado.

Gráfico 3 – Frequência de atendimentos às gestantes procedentes das demais Regiões de Saúde realizados pelo HJN



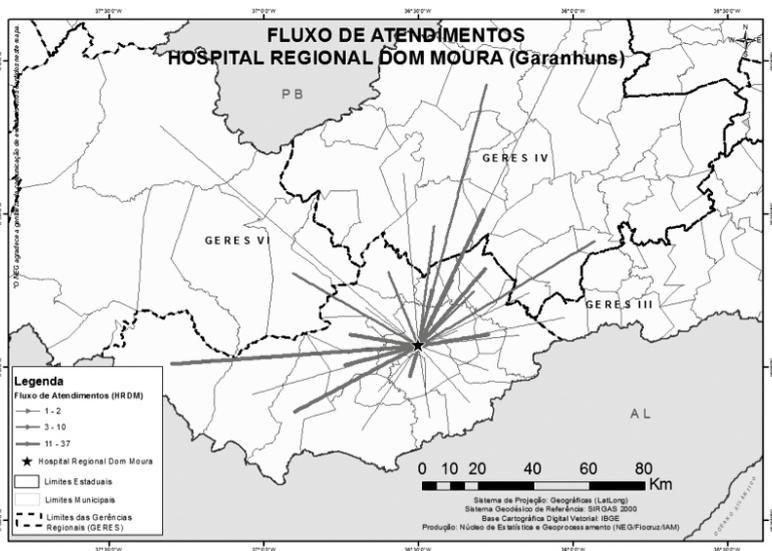
Fonte: elaboração das autoras

O perfil de justificativas de encaminhamentos nesses casos é semelhante ao já apresentado sobre os atendimentos realizados pelo HJN aos municípios da V Gerês. A principal motivação para transferência é a falta de leitos operacionais; há leitos físicos nos hospitais, mas não há equipe capacitada para atender aos partos.

Fluxo assistencial na V Região de Saúde: atendimentos realizados no Hospital Regional Dom Moura

Um total de 262 partos normais sem complicações clínicas foi realizado no Hospital Regional Dom Moura no período de setembro a novembro de 2017. Desses, 90,1% correspondem a atendimentos realizados a pacientes procedentes de municípios da V Região de Saúde. O fluxo de atendimentos realizados a pacientes de municípios da V Região de Saúde está destacado na figura 2.

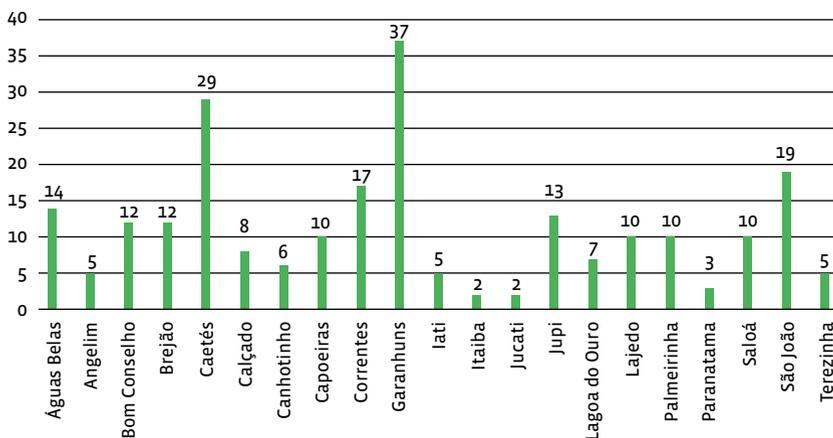
Figura 2 – Fluxo de partos normais realizados pelo HRDM às gestantes procedentes da V Região de Saúde



Fonte: Pernambuco (2012)

Dentre o percentual do total de partos ocorridos no HRDM no período temporal analisado, destacaremos os municípios com mais de 6,0% de frequência de atendimento: Garanhuns, com percentual de 14,1% (37 partos); Caetés, com 11% (29 partos); São João, com 7,25% (19 partos); e o município de Correntes, com percentual de 6,48% (17 partos).

Gráfico 4 – Frequência de partos normais realizados no HRDM às 21 cidades da V Região de Saúde



Fonte: elaboração das autoras

A tabela 2, a seguir, caracteriza a condição clínica das gestantes oriundas desses quatro municípios destacados e evidencia que os partos analisados ocorreram, na maioria dos casos, sem complicações clínicas que tornassem plausível a justificativa de encaminhamento para um hospital de maior complexidade.

Dos 102 atendimentos considerados, apenas três casos, representados pelos quadros de prematuridade extrema, justificavam imprescindibilidade de atendimento em estabelecimento com maior nível de complexidade.

Percebe-se que, assim como os casos de encaminhamento para o HJN, a elevação pressórica significativa, característica da Toxemia Grávida, representa a alteração clínica mais frequente. Considerando

que esses municípios têm o HRDM como referência de risco habitual, de acordo com o desenho da RC na V Geres (PERNAMBUCO, 2013), justificam-se os casos de encaminhamento a este serviço quando a equipe encaminhadora entende que a parturiente e seu concepto poderão precisar de suporte clínico inexistente na unidade de origem.

Tabela 2 – Características clínicas das mulheres atendidas na maternidade do HRDM procedentes dos quatro municípios com maior frequência de encaminhamento

Características clínicas	N	%
<i>Idade gestacional</i>		
Pré-termo (<37 semanas)	5	4,9
Termo (entre 37 e 41 semanas)	71	69,6
Pós-termo (>41 semanas)	2	1,9
Não informado	24	23,5
<i>Número de partos</i>		
Nulípara	35	34,3
Primípara	30	29,4
Múltipara	37	36,2
<i>Possui doença sistêmica</i>		
Sim	3	2,9
Não	99	97,1
<i>Apresentação fetal</i>		
Cefálica	102	100
Transversa	0	0
Pélvica	0	0
<i>Pressão arterial</i>		
Normotensa	89	87,2
Elevação pressórica significativa (>140x90 mmHg)	13	12,8
Total	102	100

Fonte: elaboração das autoras

Faz-se necessário destacar que a ausência de informações essenciais nos prontuários, devido a seu preenchimento inadequado pelos profissionais que realizaram o atendimento às gestantes, limitou a análise plena do perfil clínico das parturientes.

O gráfico 4 evidencia que a totalidade de atendimentos na clínica obstétrica no HRDM apresenta fluxo de pacientes com predominância do próprio município sede da regional. Apesar de não contar com um hospital de natureza pública mantido pela gestão municipal, Garanhuns dispõe dos serviços obstétricos do Hospital Infantil Palmira Sales (HIPS), de caráter filantrópico, para atendimento ao parto das gestantes do município de Risco Habitual (PEREIRA, 2015). Os casos aqui apresentados de partos normais sem complicações clínicas das parturientes do município de Garanhuns poderiam ocorrer no HIPS, evitando a sobrecarga da maternidade do HRDM, única que atende média complexidade na região. Esse fluxo de encaminhamentos contribui para a desorganização da assistência em rede.

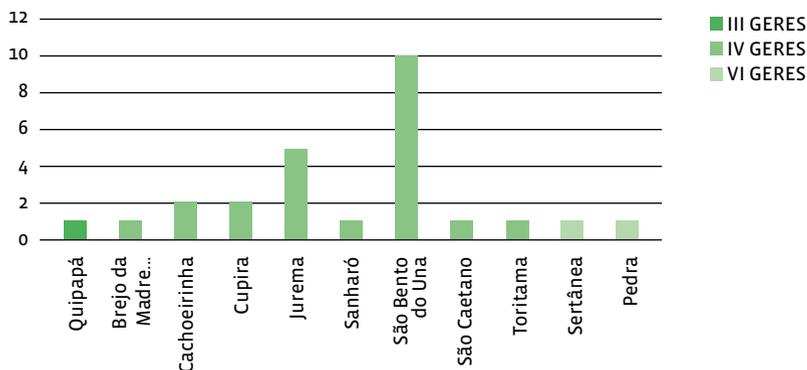
Quanto à frequência de atendimento às demais regiões de saúde pelo HRDM, podemos analisar o gráfico 5, a seguir, que demonstra um fluxo de parturientes de municípios da III, IV e VI Regiões de Saúde com encaminhamentos para atendimento no hospital de referência da V Geres. Porém, esses atendimentos são numericamente pouco expressivos: somados, representam apenas 9,9% dos atendimentos totais realizados pelo Hospital Regional Dom Moura no período estudado.

Entre os casos de partos normais realizados no HRDM de municípios que não fazem parte da V Região de Saúde, a maioria representa caso de encaminhamento esporádico, com ocorrência de apenas uma ou duas vezes durante o período trimestral avaliado. Fazem parte desse quadro os municípios de Quipapá (III Geres); Brejo da Madre de Deus, Canhotinho, Cupira, Sanharó, São Caetano, Toritama (IV Geres); Sertânia e Pedra (VI Geres).

Apesar do número pouco significativo comparado ao total de partos realizados pela regional, a frequência de atendimento às gestantes procedentes de São Bento do Una (IV Geres) destoa dos quadros

esporádicos apresentados. Esse município apresenta 38,4% dos atendimentos extrarregional.

Gráfico 5 – Frequência de partos normais realizados pelo HRDM às cidades não pertencentes à V Região de Saúde



Fonte: elaboração das autoras

Entretanto, como preconizado pelo desenho da RC na IV Geres (PER-NAMBUCO, 2012), se o encaminhamento fosse necessário, os casos deveriam seguir para o Hospital Regional Júlio Alves de Lira (HRJAL), localizado em Belo Jardim, designado para o atendimento de Risco Habitual da cidade de São Bento do Una. Porém, como já analisado em tópico anterior, Belo Jardim é o quinto município que mais realiza encaminhamentos para o HJN. Como o HRJAL não consegue atender sua demanda municipal, a referência de “risco habitual” não ocorre, e a organização da rede fica prejudicada, gerando encaminhamentos indevidos, como esses que ocorreram do município de São Bento para o HRDM.

Uma das grandes limitações da investigação da justificativa do encaminhamento das gestantes que realizaram parto normal sem complicações clínicas foi a ausência de documento de encaminhamento formal anexado ao prontuário da paciente; constata-se que a maioria das gestantes não foi encaminhada formalmente, com o histórico de sua situação clínico-obstétrica. Do total de 262 prontuários analisados no HRDM, apenas quatro apresentavam a ficha de encaminhamento

do serviço de saúde de origem; e, desses, todos apresentavam como motivação clínica para o encaminhamento apenas o estado de trabalho de parto da paciente.

Por se tratar de serviço de referência intermediária para a V Região de Saúde, deveriam existir para todas as gestantes atendidas encaminhamentos formais e senha do serviço à qual estariam vinculadas; no entanto, essa não é a realidade. Esse fato é corroborado por Pereira (2015), que, através de observações no estudo sobre a acessibilidade ao parto na V Região, constatou que apenas 3,8% das parturientes chegam ao serviço com um encaminhamento formal e a senha de regulação da Central de Leitos. Além disso, revelou que as parturientes acolhidas na emergência do hospital eram, muitas vezes, oriundas de serviços nos quais não havia médico no plantão, ou nem mesmo enfermeiro. Isso explica a ausência de capacidade de regulação e agrava a desorganização da rede materno-infantil da V Região de Saúde.

Além da ausência de documentos de encaminhamento, outro problema que se destacou na investigação foi a ausência de ficha de classificação de risco dos casos de urgência e emergência nos prontuários. O II componente da portaria que institui a Rede Cegonha (BRASIL, 2011a) preconiza a realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica, porém o processo de triagem do HRDM não se encontra de forma sistematizada como ocorre no HJN. E, por esse motivo, a análise da classificação de risco nos prontuários só foi possível no HJN. Pereira (2015) também valida esse fato ao relatar, em seu estudo, casos de parturientes de alto risco que procuraram a maternidade do HRDM e não foram avaliadas por afirmarem residir em Garanhuns, sendo direcionadas a procurar o hospital que atende as gestantes do município, mesmo os casos com necessidade de assistência de maior complexidade.

Conclusão

O fluxo de transferência de parturientes para os hospitais de referência, levantado a partir de seu registro de atendimento nos prontuários,

mostrou que a situação clínica da parturiente e/ou conceito não é o fator determinante para a realização dos encaminhamentos. A escassez de recursos nos serviços municipais parece ser o fator principal desses encaminhamentos, o que descaracteriza o preconizado no desenho de regionalização da assistência, pelo PDR, bem como as indicações do tipo de parto estabelecidas pela Rede Cegonha.

Casos de baixo risco ou risco habitual, como os partos normais sem complicações clínicas, acabam ocupando leitos dos hospitais de maior complexidade de assistência. Esse processo superlota os hospitais de referência da II Macrorregião e quebra a lógica de articulação e fluxo assistencial organizado no cuidado materno-infantil. Esse fenômeno está relacionado a problemas estruturais observados na rede dessa macrorregião e, notadamente, a circunstâncias operacionais, relacionadas às possíveis lacunas nos processos de governança clínica e regional, assim como na capacidade regulatória da rede analisada.

Referências

ARAÚJO, F. R. F. *A bioética da proteção e as implicações morais no acesso desigual ao parto: o caso de uma maternidade de referência no agreste de Pernambuco*. 2012. 127p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012*. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011, seção 1, p. 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010, seção 1, p. 88.

CAVALCANTI, P. C. S.; JUNIOR, G. D. G.; VASCONCELOS, A. L. R.; GUERRERO, A. V. P. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

GIOVANNI, M. D. *Rede Cegonha: da concepção à implantação*. Monografia (Curso de Especialização em Gestão Pública) – Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2013.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. *Obstetrícia*. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

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

PEREIRA, I. R. A. *A acessibilidade ao parto na V Região de Saúde de Pernambuco, um estudo de caso do hospital regional*. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução n. 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 implementação da Rede Cegonha no estado de Pernambuco. Página Eletrônica Oficial da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_1723_rede_cegonha_nas_regionais_i_iv_e_viii.pdf>. Acesso em: 4 set. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Regional da IV Geres. *Resolução CIR n. 97 de 23 de março de 2012*. IV Geres. Caruaru, 2012.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Regional da V Geres. *Resolução CIR n. 74 de 2013*. V Geres. Garanhuns, 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco*. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf>. Acesso em: 4 set. 2016.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas*. Salvador: EdUFBA, 2006. 237 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

5

O Panorama da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco

Análise da governança
em colegiados regionais
do programa Rede Cegonha

Antônio Augusto Vieira de Aragão
Sydia Rosana de Araújo Oliveira
Kátia Rejane de Medeiros
Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Introdução

A reforma do setor saúde no Brasil contribuiu para expandir o gasto público com a saúde da população, mas nunca conseguiu mudar o fato de que parcela significativa desse gasto permanece privado. Em todo o País, mudanças demográficas e epidemiológicas, doenças crônicas e comorbidades ainda afetam a população de forma muito desigual e colocam a questão da equidade na lista de prioridades governamentais, embora nessa frente o setor público da saúde e o de saúde suplementar atuem inadequadamente.

Segundo Gurgel *et al.* (2017), serão necessárias liderança política e capacidade de planejamento estratégico do poder público para induzir maior responsabilização na dimensão da equidade, como um princípio norteador para lidar com esse desafio na condução do sistema de saúde brasileiro. Por outro lado, considerando-se o processo de descentralização e o retardo na regionalização do setor público da saúde, identifica-se nos sistemas locais de saúde baixa capacidade institucional para viabilizar o princípio da integralidade (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

As Redes de Assistência à Saúde (RAS) fundamentadas em Regiões de Saúde (RS), centradas na Atenção Primária à Saúde (APS) ordenadora do sistema, surgiram como proposta para equacionar esses problemas em áreas prioritárias na agenda intergovernamental ao longo do processo de segunda geração de reformas setoriais. Porém, a persistência de índices de mortalidade materna (MM) e mortalidade infantil (MI) elevadas no País direcionaram esforços institucionais no sentido de melhorar o padrão assistencial voltado para populações-alvo (MENDES, 2011).

Nesta perspectiva, a Rede Cegonha (RC) foi lançada pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria (Port.) n° 1.459/2011. Essa iniciativa

fundamenta-se em relações institucionais não verticalizadas para execução de ações em rede de serviços públicos, com compartilhamento de informações, poderes, recursos e responsabilidades em escala regional, para além das fronteiras municipais (ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019; CUNHA, 2017). Esse programa em rede foi articulado diante da decisão política de incrementar os gastos públicos para assistência a esse segmento, com objetivo de reduzir aqueles índices diante do panorama sanitário desfavorável, relacionado especificamente aos elevados indicadores de morbimortalidade que atingiam ao binômio mãe-filho no processo gestacional (ARRUDA *et al.*, 2015; BISCARDE *et al.*, 2013; RASELLA *et al.*, 2018). O RC foi marca e estratégia de governo no ápice do primeiro mandato de Dilma Rousseff, entre os anos de 2011 e 2012 (CAVALCANTI *et al.*, 2013; MARTINELLI *et al.*, 2014).

A implantação de ações intergovernamentais dirigidas à saúde materno-infantil, em programas com essa configuração, impõe a necessidade de propor novas metodologias e técnicas avaliativas que priorizem a coordenação de processos e conexões dos programas de saúde pública à rede de serviços. Esse programa foi concebido para operar em redes regionais de serviços públicos de saúde, mediante as questões relacionadas à interdependência dos serviços, à necessidade de promover a articulação contínua das organizações responsáveis pelos cuidados à saúde, e ao imprescindível compartilhamento das prerrogativas sanitárias e institucionais no processo de governança regional, responsável pelas decisões relativas ao planejamento e execução das ações da RC (CAVALCANTI *et al.*, 2013).

A Avaliação em Saúde é um campo de investigação científica com relevante apelo institucional, porque auxilia desde a concepção de uma intervenção governamental, com objetivo de viabilizar o caráter programático e melhorar a sistematização das ações (FELISBERTO, 2010; HARTZ; SILVA, 2005), além de poder direcionar esforços institucionais para melhorar a qualidade das ações desenvolvidas (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Paralelamente à implantação da RC, uma nova estrutura de governança regional foi criada: a Comissão Intergestora Regional (CIR).

Instituída para viabilizar a participação, negociação e pactuação de atores político-institucionais nessa escala, é marcada por vários graus de autonomia para coordenar as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nesse cenário, pressupõe-se a existência de um quadro político-institucional de interesse a ser equilibrado com novas relações de cooperação entre governos, autoridades sanitárias e agentes econômicos para gerar elos que permitam a conexão, articulação e integração entre organizações de saúde nessas regiões (SANTOS, 2013).

Este estudo analisa o processo de governança regional em Comissões Intergestoras Regional (CIRs), através da avaliação do Programa RC na III Macrorregional de Saúde. Como objetivos específicos, estes: avaliar o Grau de Implantação (GI) do Programa RC na III Macrorregional de Saúde; identificar as ações da CIR no tocante ao fortalecimento do Programa RC; averiguar a dinâmica da governança regional direcionada ao Programa RC.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo de caso (Yin, 2005), e o seu delineamento procura analisar o processo da governança em CIRs na condução do Programa Rede Cegonha, numa Macrorregião de Saúde que aglutina as VI, X, XI Gerências Regionais de Saúde (Geres). A macrorregião é composta por 35 municípios; com população em torno de 830 mil habitantes; onde operam três hospitais regionais de referência para a RC: Arcoverde – 120 leitos e média [M] de 150 partos/mês; Afogados da Ingazeira – 62 leitos e M de 76 partos/mês; Serra Talhada, em ampliação – 60 leitos e M de 100 partos/mês (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Para tanto, empregou-se o método misto de triangulação de dados (*Mixed Methods*). Essa abordagem permite combinar distintas técnicas para captação do fenômeno estudado baseada em dados qualitativos e quantitativos.

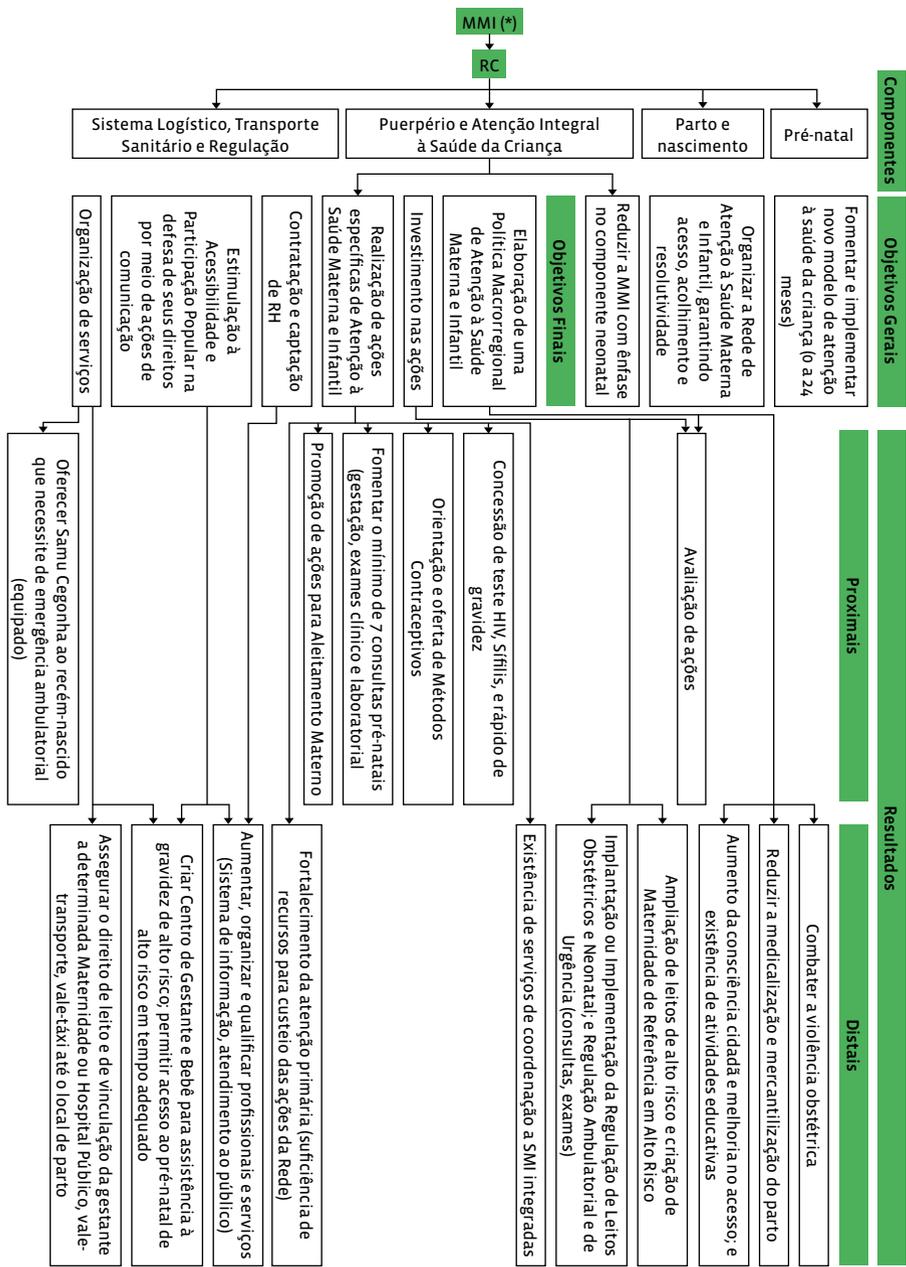
Inicialmente, foi elaborado um Modelo Lógico (ML). A elaboração do ML iniciou com a pesquisa e leitura de documentos relacionados

ao objeto, a partir de dispositivos formais – publicações do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco (SES-PE), tais como: Lei complementar, Decreto, Portarias; assim como Nota Técnica do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e Resolução do Conselho Estadual de Secretários de Saúde de Pernambuco (Cosems-PE). Foi elaborado com o propósito de mostrar o desenho das ações da RC e seus principais componentes. Trata-se de uma representação conceitual esquemática de algo ou situação real ou como deveria ser de acordo com o idealizado (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013). Corresponde à definição de uma “imagem-objetivo” da RC, visando funcionar como referência para apreciação do Grau de Implantação (GI) do programa, quer seja da operacionalização dos processos, quer seja do alcance dos objetivos pretendidos (FLICK, 2004; JANUZZI, 2011), conforme apresentado na figura 1.

Posteriormente, foi aplicado o Método Delphi com rodadas entre os respondentes, para concordância dos especialistas. O Método de Consenso Delphi é um processo estruturado em rodadas de consultas aos *experts*, objetivando alcançar uma opinião qualificada e coletiva em relação a certos pontos até conseguir um consenso sobre problemas não estruturados (GURGEL JÚNIOR, 2008; PESSOA; NORO, 2015). Dessa forma, essa técnica se aplica ao caso da Rede Cegonha e seu processo de implantação e governança regional.

Aplicou-se o Método Delphi Ajustado, através da seleção e participação de treze especialistas de forma interativa, alicerçada em *feedback* e rodadas de respostas, de acordo com critérios definidos (BLOOR, *et al.*, 2014; GURGEL JÚNIOR, 2008; PEREIRA; ALVIN, 2015). Os critérios metodológicos apresentam que a quantidade de integrantes para a realização do Consenso Delphi é relativa; contudo, recomendam-se sete especialistas, no mínimo, levando em consideração que o erro de consenso diminui consideravelmente a cada especialista adicionado (VADÉS; MARÍN, 2013). Em um Grupo Delphi, o mais importante é o equilíbrio das participações, mediante o tamanho do quadro de respondentes, representado pela miríade de pontos de vista no contexto analisado (BLOOR *et al.*, 2014). Estudos mostram que entre 10 e 18 especialistas

Figura 1 – Modelo Lógico da Rede Cegonha (RC)



Fonte: Modelo Lógico elaborado e alicerçado pela Portaria MS nº 1.459/11
 Causa: (*) Mortalidade Materna e Infantil

é o quantitativo mais adequado para desenvolver o método (PESSÔA; NORO, 2015; VADÉS; MARÍN, 2013). A experiência com esse método sugere cautela ao convidar mais membros em relação ao previsto no cenário de indivíduos, pois podem acontecer desistências e problemas operacionais (BOULKEDID *et al.*, 2011; VADÉS; MARÍN, 2013).

No primeiro momento do Delphi, o ML foi apresentado aos especialistas (juízes) selecionados, com a finalidade de mostrar o desenho das ações do programa e seus principais componentes, proporcionando verificar se estava organizado para alcançar o resultado desejado de acordo com o Grau de Implantação (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013). No segundo momento do Delphi, baseado no ML, por meio de um consenso com os especialistas, foi elaborada e validada a Matriz Delphi de Concordância com a Proposta da Imagem-objetivo da RC, demonstrada no quadro 1.

Quadro 1 – Matriz Delphi de Concordância com Proposta de Imagem-objetivo para avaliação do Programa Rede Cegonha em âmbito macrorregional

Proposta de Imagem-objetivo para avaliação da Rede Cegonha em nível macrorregional		
Nível de Gestão		Nível de Concordância
Dimensão (Objetivos Finais)	Fundamentos	Pontuação Proposta
(a) Política e Legislação Macrorregional	1. Existir instrumento legal para potencializar a realização das negociações em CIR, para efetivação da RC.	0 a 10
	2. Existir política alusiva à consciência cidadã p/ atividades educativas.	0 a 10
	3. Existir um plano de ações da Rede Cegonha.	0 a 10
	4. Ter efetivação de negociações ocorridas na CIR p/ condução da RC.	0 a 10
	5. Ter utilizado informações estratégicas, no processo de planejamento e estruturação da RC, para as pactuações em CIR.	0 a 10
	6. Ter acordo interfederativo entre os municípios para alcançar objetivos propostos em fortalecer a integralidade no contexto RC.	0 a 10
	7. Haver novas etapas para fortalecer a capacidade de efetivação da RC, no atual contexto do sistema de governança regional.	0 a 10

Proposta de Imagem-objetivo para avaliação da Rede Cegonha em nível macrorregional		
Nível de Gestão		Nível de Concordância
Dimensão (Objetivos Finais)	Fundamentos	Pontuação Proposta
(b) Investimento nas ações	1. Ter ampliação de leitos de alto risco e criação de maternidade de referência de alto risco.	0 a 10
	2. Ter implantação/implementação de regulação de leitos obstétricos e neonatal, regulação ambulatorial e de urgência, consultas e exames.	0 a 10
	3. Ter uma avaliação das ações da RC.	0 a 10
	4. Ter alternativas loco regionais para o aprimoramento dos investimentos visando a continuidade das ações da RC.	0 a 10
(c) Realização de ações específicas na Atenção à Saúde Materno infantil	1. Haver serviços de coordenação à saúde materno-infantil integradas.	0 a 10
	2. Conformidade da RC com o que propõe a Port. MS 1.459/11	0 a 10
	3. Existir fortalecimento da atenção primária (suficiência de recursos para custeio das ações da RC).	0 a 10
(d) Contratação e Captação de Recursos Humanos	1. Existir aumento, organização e qualificação profissional e de serviços (sistema de informação e atendimento ao público).	0 a 10
	2. Ter equipe técnica que atenda necessidades (médicos, entre outros).	0 a 10
(e) Estimulação da população na defesa dos direitos a ações de comunicação	1. Dispor de centros de gestantes e bebê, p/ assistência gravidez e permissão ao acesso ao pré-natal de alto risco em tempo adequado.	0 a 10
	2. Existir comunicação entre colegiados e população quanto à condução da Rede Cegonha.	0 a 10
(f) Organização de serviços	1. Haver garantia do direito de leito e de vinculação da gestante a maternidade/hosp. público, vale-transporte, vale-táxi a local de parto.	0 a 10
	2. Ter oferecimento Samu Cegonha ao recém-nascido que necessita de emergência ambulatorial (Equipado).	0 a 10

Fonte: elaboração dos autores

Essa matriz foi composta por dimensões (FERRARO; COSTA; VIEIRA-DA-SILVA, 2009), orientada pelos objetivos finais e fundamentos (LOPES; VILASBÔAS; CASTELLANOS, 2017) – proximais e distais –, para realizar um julgamento dos componentes da estratégia da RC, mediante aferição pelo consenso e uso do Método Delphi. Ainda, no segundo momento Delphi, os juízes receberam, em mensagem individual, por correio eletrônico ou presencial, um TCLE, com texto que mostra os objetivos do estudo e forma de construção do ML para o consenso pelo Método Delphi Ajustado (BOULKEDID *et al.*, 2011; PESSÔA; NORO, 2015; VADÉS; MARÍN, 2013), contendo o questionário com a Matriz de Concordância – instrumento de validação da categorização das ferramentas da avaliação –, baseada nos objetivos do programa RC, inseridos no ML, com dimensões e fundamentos para atribuir notas de 0 a 10. Zero corresponde à não importância, devendo este ser excluído, e dez representa a máxima importância. Foi destinado um espaço para inclusão de possíveis novos fundamentos.

Depois de recebidas as respostas, foram calculadas as Médias (M) e os Desvios-padrão (DP) da pontuação, para aferir a importância atribuída aos fundamentos, a fim de verificar o Grau de Consenso da Matriz entre as opiniões dos especialistas selecionados (PESSÔA; NORO, 2015; SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005). Os fundamentos foram analisados quanto à importância atribuída, sendo utilizada a seguinte classificação da média de pontos obtidos: (a) $M < 7$ = pouco importante; (b) $M \geq 7$ e < 9 = importante; (c) < 7 = muito importante. Quanto ao grau de consenso: (a) $DP \leq 1$ = fundamento em consenso; (b) $DP > 1$ e < 3 = dissenso; (c) $DP \geq 3$ = grande dissenso.

Foram estabelecidos os seguintes pontos de corte para os fundamentos (PESSÔA; NORO, 2015): (a) com média inferior a 7, não faria parte da Imagem-objetivo para avaliação da RC em âmbito macrorregional; (b) com DP inferior a 3, seria considerado consensual, caso fosse classificado importante, deveria ser incluído na Imagem-objetivo; (c) com média igual ou superior a 7, e DP igual ou superior a 3, apesar de importante, não deveria ser incluído na Imagem-objetivo, em virtude de não ser consensual.

No terceiro momento Delphi, essa matriz foi usada como instrumento de avaliação do Grau de Implantação (GI) do programa, entre os especialistas, no âmbito regional do SUS. Foi realizada avaliação final na sede da VI Geres, com um conjunto de profissionais da Geres. Estes receberam um texto explicativo com a forma de construção da Matriz Delphi de Concordância e da proposta de Imagem-objetivo; e instrumento final de avaliação do GI do programa RC. Os profissionais atribuíram notas de 0 a 10 sobre a Matriz de Avaliação. O Zero corresponderia à não implantação total, e 10 indicaria a máxima implantação do fundamento. Destinou-se espaço a comentários caso a nota fosse zero. Foram calculadas as médias (M), para avaliar o GI das dimensões e dos fundamentos apresentados.

A observação do GI da RC foi obtida por meio da média aritmética, a partir do somatório do valor atribuído individualmente pelos especialistas para cada dimensão e fundamento, respectivamente, e divisão pelo quantitativo de participantes nessa etapa. O modelo de julgamento ajustado e adotado para classificar o GI, por dimensão e fundamento, foi estratificado em quatro níveis por pontos positivos: entre 9,00 e 10,0 pontos – Excelente (Implantado); entre 7,00 e 8,99 pontos – Satisfatório; entre 5,00 e 6,99 pontos – Insatisfatório; abaixo de 5,00 pontos – considerado como Crítico.

Esse método respondeu à necessidade da avaliação do programa intergovernamental de saúde pública a ser executado em rede de serviços regionais, com base na opinião dos *experts*, e coerente com a complexidade de um problema de pesquisa não estruturado considerado uma boa fonte de dados.

Em seguida, com o panorama da RC avaliado, analisaram-se a estrutura e as ações dos Colegiados Regionais, na dinâmica da governança regional das Comissões Intergestoras Regionais (CIR), direcionadas ao Programa em três regionais de saúde. Foi realizado entre os meses de fevereiro de 2017 e novembro de 2018. O estudo foi desenvolvido na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco (PE), que tem sob jurisdição três gerencias regionais de saúde mencionadas anteriormente.

Para realização da pesquisa, foi entrevistado um grupo com quatorze respondentes: três Gestores Regionais de Geres (GR); três Coordenadores Regionais da RC; cinco Técnicos Representantes dos Grupos Condutores da RC (GCRCs) e das Câmaras Técnicas (CTs); três Gestores Municipais de Saúde (GMSs) – dentre estes, quatro especialistas atuam na academia. A amostra foi definida de forma intencional (MARCONI; LAKATOS, 2006).

A produção dos dados propiciou um processo de acúmulo, organização e sistematização do material empírico para análise. O levantamento documental possibilitou a triangulação das informações das entrevistas com maior robustez e confiabilidade das informações. Efetuaram-se leituras em documentos institucionais sobre a RC; retiradas do site oficial do MS; e foram selecionados registros em Diário Oficial da União (DOU). Também foram analisados os dados documentais da Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE), Comitê Gestor da RC, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado (Cosems-PE). Incluíram-se análises das pautas e atas de reuniões em dezesseis CIRs, duas CTs e quatro Grupos Condutores da RC (GCRCs), entre os meses de abril de 2017 e novembro de 2018, nas três Gerencias Regionais (Geres) da III Macrorregional.

A coleta de entrevistas semiestruturadas foi feita através de contatos presenciais, telefônicos ou por mensagem individual, via correio eletrônico com os especialistas. Ocorreu no período de março e abril de 2017, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O instrumento de coleta de dados qualitativos foi composto por um roteiro com perguntas separadas em cinco domínios.

As entrevistas foram analisadas por meio da técnica de “Análise de Conteúdo”, que se apresenta através de um conjunto de instrumentos metodológicos, em contínuo aperfeiçoamento, na utilização dos discursos diversificados, segundo afirma Bardin (2009). A multiplicidade das técnicas utilizadas nessa metodologia de análise se aplica para todos os cinco domínios usados nos roteiros das entrevistas semiestruturadas.

Foi aplicada a técnica de Condensação de Significados, proposta por Kvale e Brinkmann (2009) para organização dos dados. A abordagem

procura objetivar a abreviação dos significados achados nas entrevistas, procurando um formato sintético, contudo sem perda de sua essência. Optou-se pela vertente Análise de Conteúdo Convencional (HSIEH; SHANNON, 2005), pois, segundo Kondracki e Wellamn (2002), este formato é adequado quando a teoria ou literatura de pesquisa sobre um determinado fenômeno tem parâmetros limitados. Evitou-se o uso de categorias preconcebidas, proporcionando que novas categorias fluam a partir dos dados. Essa técnica permite aprofundar a análise dos dados para produzir novos conhecimentos, descritos como desenvolvimento de categorias indutivas (KONDRACKI; WELLMAN, 2002). O objetivo de uma abordagem direcionada à análise de conteúdo é validar ou ampliar conceitualmente uma teoria ou estrutura (HSIEH; SHANNON, 2005).

Dessa maneira, todas as entrevistas foram transcritas literalmente e lidas de maneira integral, juntamente com a escuta da gravação para identificação de erros ou problemas, com a finalidade de compreender o sentido geral do material coletado. Posteriormente, os dados foram organizados e categorizados. Cada questão da entrevista foi analisada, e sequenciada nas “Unidades Naturais” das falas, que são os estratos condensados de fala que explicitam as ideias centrais pronunciadas pelos entrevistados. Foram identificados os “Temas Centrais” contidos nas falas. No final, foi realizada uma descrição operacional dessas categorias em tabelas e quadros sintéticos.

Para a análise final dos dados, segundo aponta Minayo (2004), foi realizado o entrecruzamento das informações coletadas com várias técnicas (FLICK, 2004), complementado com as pautas e atas das CIRs, Grupo Condutor da Rede Cegonha (GCRs) e Câmaras Técnicas (CTs) de todas as Geres que abordavam o tema RC, para detectar as convergências e divergências, complementaridades e diferenças, articulando-as com o referencial teórico para um melhor entendimento crítico e analítico da pesquisa.

Quanto ao plano de análise, relacionada aos documentos, optou-se por categorizar as informações coletadas a partir de adaptação das dimensões estabelecidas por Santos (2013) na matriz para análise da governança em rede regionalizada de saúde. Assim, foi elaborada a matriz para análise da dimensão governança (quadro 2).

Quadro 2 – Matriz para análise da dimensão governança relacionada à Rede Cegonha

Componentes da Governança	Nível político-institucional	Nível Organizacional
Subdimensão	Crítérios	Crítérios / Indicadores
Dinâmica da Governança Regional Interfederativa a Nível Macrorregional de Saúde	Estratégias governamentais para fortalecer a Governança Regional e aperfeiçoar a Rede Cegonha (RC) na III Macrorregional de Saúde – Regiões VI, X e XI Geres, para tomada de decisão.	Organização, definição da agenda, e regularidade das Reuniões CIR.
		Presença e Influência de SMS em CIR, mecanismos de incorporação de ações planejamento, regulação, qualidade no processo pactuação.
		Forma de inter-relação das Geres nas CIRs para fortalecimento da RC.
		Definição da agenda CIR. Influência do ator que propôs a discussão.
		Potencial de efetivação das negociações em CIRs para condução da RC. Como Coap é abordado p/ formalizar acordos interfederativos.
		Utilização de informações estratégicas no Processo de Planejamento de Estruturação da RC. Participação da Comissão Integração Ensino-Serviço (Cies) e da Câmara Técnica (CT) entre gestores.
		Comunicação entre colegiado e população quanto à condução da RC. Aspectos limitantes entre o diálogo e a prestação de contas.
Relações Interfederativas no Contexto Macrorregional de Saúde	Estratégias governamentais/ Institucionais utilizadas pelos entes federados para fortalecer a Governança Regional na III Macrorregional de Saúde – VI, X e XI Geres.	Caracterização das relações interfederativas na CIR entre gestores. Temas que mais induzem conflitos ou cooperação.
		Ocorrência da condução fortes conflitos na CIR. O ator articulador entre gestores. Posicionamento dos GMSs no processo decisório do colegiado. Objetos de negociações em que as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) têm maior e menor domínio em CIR.

Componentes da Governança	Nível político-institucional	Nível Organizacional
Relações Interfederativas no Contexto Macrorregional de Saúde	Estratégias governamentais/ Institucionais utilizadas pelos entes federados para fortalecer a Governança Regional na III Macrorregional de Saúde – VI, X e XI Geres.	Desenho político-territorial como fator facilitador de negociação nas VI, X e XI Geres. Necessidade de mudança na reorganização territorial nos municípios da VI, X e XI Geres respectivamente.
		Implantação opções loco-regionais melhorar cooperação interfederativa entre municípios e fortalecer regionalização e resposta social das CIRs.
		Caracterização das relações de confiança entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) das VI, X e XI Geres.
Alocações de recursos no Contexto Macrorregional de Saúde	Estratégias utilizadas pelos entes federados (União, Estados e Municípios), financiamento, alocação de recursos e incentivo para RC.	Pela contínua diminuição de financiamento para Saúde pela União como CIRs. Opções loco-regionais para aprimorar investimentos visando continuidade RAS Materno-infantil (devido forte movimento responsabilização sanitária na III Macrorregional de Saúde).
		Como ocorre a realização de acompanhamento da implantação e implementação da RC na III Macrorregional de Saúde pela CIR. Quais componentes mais fortes ou fracos: Assistência pré-natal, parto e nascimento, Puerpério atenção à criança. Sistema Logístico.
		Monitoramento e avaliação através da CIR quanto ao processo de alocação e utilização de recursos financeiros pelos entes federados vinculados à RC nas VI, X e XI Geres.
Sistema de Logística Contexto Macrorregional de Saúde	Estratégias para Operacionalizar a Logística para fortalecimento da RC entre os níveis na III Macrorregional de Saúde	Otimização da acessibilidade e continuidade de ações específicas da RC (atenção primária, Sistema de informação).
		Regulação e marcação de consultas e exames; e controle e ampliação de leitos de alto risco na III Macrorregional de Saúde.
		Organização do Transporte Sanitário.
		Cadastramento de estabelecimentos, contratação e capacitação de profissionais da III Macrorregião para operacionalizar a estrutura RC

Fonte: elaboração dos autores, adaptado de Santos (2013) e Silveira Filho et al. (2016)

Aspectos éticos

A pesquisa fez parte de um Macroprojeto da Facepe/Proep nº 19/2015, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (IAM) sob Cae nº 50906915.0.0000.5190/2016 – Conep, conforme a Resolução nº 466/12, do CNS.

Resultados

O método utilizado para a Avaliação da Proposta de Imagem-objetivo para estabelecer o Grau de Implantação da RC proporcionou melhorar a percepção dos componentes do Programa e seus fundamentos, assim como os possíveis nexos entre esses e seu processo de governança na CIR. A partir da construção do Modelo Lógico, esses componentes foram operacionalizados pela matriz de análise. Isso norteou a composição da Matriz Delphi de Concordância com base na Proposta de Imagem-objetivo para avaliação da estruturação e institucionalização da rede de serviços em três regionais de saúde (quadro 1). Esse material foi encaminhado aos julgadores, que emitiram dois julgamentos de valor, o de concordância com as dimensões da Imagem-objetivo elaborada e o Grau de Implantação de seus fundamentos conforme essas dimensões operacionalizadas.

A avaliação do GI da RC foi configurada mediante pontuação conferida pelos 13 juízes, para cada fundamento da Matriz de Consenso e, depois da aferição de todos os 20 Fundamentos selecionados nas 6 Dimensões que foram validados para o Nível de Concordância como Muito Importantes. Quanto ao Fundamento (a6) que obteve o DP > 1, mas com média de 9,4, decidiu-se que seu nível de concordância seria classificado como Muito Importante, considerado consensual e incluído na Imagem-objetivo, conforme apresentado a seguir, na tabela 1.

Após análise do GI da RC em suas 6 dimensões (direcionadas pelos objetivos finais do ML), verificou-se que apresentaram a seguinte situação: uma (d) Nível Satisfatório; quatro (a, b, c, e) Nível Insatisfatório; uma (f) Nível Crítico. Quanto aos 20 Fundamentos elencados, quatro obtiveram Nível Satisfatório (a3, a5, d1, d2); quatorze tiveram Nível

Insatisfatório (a1, a2, a4, a6, a7, b1, b2, b3, c1, c2, c3, e1, e2, f1); dois apresentaram Nível Crítico (b4, f2).

A avaliação do GI da RC na III Macrorregional de Saúde de PE foi obtida pelo somatório das Médias dos Fundamentos das Dimensões, dividido por sua quantidade, através do cálculo que resultou em média igual a 6,09. Concluiu-se que a RC está classificada com Nível Insatisfatório quanto ao Grau de Implantação, corroborando o julgamento de consenso dos especialistas selecionados (tabela 1).

Tabela 1 – Avaliação da proposta de Imagem-objetivo e do Grau de Implantação da Rede Cegonha em âmbito macrorregional – Região do Semiárido, PE, Brasil, 2018

Dimensão (Objetivo Final) e Fundamento	Etapa Delphi Ajustada				
	M	DP	Nível de Concordância	M GI	Grau de Implantação
(a) Política e Legislação Macrorregional	-	-	Muito importante	6,77	Insatisfatório
a 1	10,0	0,0	Muito importante	6,85	Insatisfatório
a 2	9,62	0,8	Muito importante	5,69	Insatisfatório
a 3	9,85	0,4	Muito importante	8,46	Satisfatório
a 4	9,70	0,6	Muito importante	6,54	Insatisfatório
a 5	9,70	0,8	Muito importante	7,38	Satisfatório
a 6	9,46	1,1	Muito importante	6,92	Insatisfatório
a 7	9,38	0,8	Muito importante	5,54	Insatisfatório
(b) Investimento nas ações	9,93	-	Muito importante	5,48	Insatisfatório
b 1	9,92	0,3	Muito importante	5,23	Insatisfatório
b 2	9,85	0,4	Muito importante	6,31	Insatisfatório
b 3	9,62	0,7	Muito importante	5,46	Insatisfatório
b 4	9,62	0,9	Muito importante	4,92	Crítico

Avaliação da Proposta de Imagem-objetivo e do Grau de Implantação da Rede Cegonha em Nível Macrorregional. Região do Semiárido, PE, Brasil, 2018

Dimensão (Objetivo Final) e Fundamento	Etapa Delphi Ajustada				
	M	DP	Nível de Concordância	M GI	Grau de Implantação
(c) Realização de Ações específicas na Atenção à Saúde Materno infantil	-	-	Muito importante	6,15	Insatisfatório
c 1	9,54	0,7	Muito importante	6,85	Insatisfatório
c 2	9,77	0,6	Muito importante	6,15	Insatisfatório
c 3	9,62	0,9	Muito importante	5,46	Insatisfatório
(d) Contratação e Captação de Recursos RH	-	-	Muito importante	7,23	Satisfatório
d 1	9,70	0,6	Muito importante	7,08	Satisfatório
d 2	9,54	0,7	Muito importante	7,38	Satisfatório
(e) Acessibilidade e participação da pop. na defesa de direitos pelas ações de comunicação	-	-	Muito importante	5,65	Insatisfatório
e 1	9,92	0,3	Muito importante	5,15	Insatisfatório
e 2	9,46	0,7	Muito importante	6,15	Insatisfatório
(f) Organização de serviços	-	-	Muito importante	4,11	Crítico
f 1	9,54	0,9	Muito importante	5,46	Insatisfatório
f 2	9,77	0,4	Muito importante	2,77	Crítico
Grau de Implantação Total por Fundamento da RC à Nível III Macrorregional	6,09	Insatis- fatório			

Fonte: elaboração dos autores

Nos quadros 3, 4, 5, e 6, a seguir, os resultados demonstram as ações executadas na III Macrorregional em relação à governança, relações interfederativas, alocação de recursos e operacionalização do sistema logístico; quanto aos aspectos de maior relevância para fortalecer a RC, mostra-se a consolidação dos temas apresentados e pactuados nas reuniões de CIRs analisadas.

Quanto à dinâmica da governança interfederativa na III Macrorregional de Saúde e aos pontos de relevância do Programa RC, observa-se que há organização formal e regularidade das reuniões das CIRs, porém não existe o papel político do Gestor Macrorregional para realizar a coordenação das ações nessa escala administrativa. As CIRs são compostas por dois representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES): o Gerente Regional (GR), normalmente o segundo membro é o Coordenador Regional de Regulação (CRR); e todos os Gestores Municipais de Saúde GMSS sob a jurisdição das respectivas Gerencias Regionais (Geres). Portanto, na VI Geres, a CIR é composta por um GR, um CRR e treze GMSs; enquanto na X Geres sua composição é formada pelo GR, um CRR e doze GMSs; na XI Geres, respectivamente, a sua composição é formada por um GR, um CRR e dez GMSs. Diferentemente dos órgãos de governança participativa, como o Controle Social do SUS, as CIRs não são paritárias e não há participação dos trabalhadores da saúde, nem representantes de organizações de saúde com poder de deliberação.

Quadro 3 – Atividades executadas quanto à governança e pontos de relevância à RC

Dimensões	Consolidado das Pautas e Atas CIR e Entrevistas Semiestruturadas
Dinâmica de Governança	Critérios
Organização e regularidade das Reuniões CIR. Definição da agenda.	CIRs são organizadas por CTs, as vezes são regulares. Assiduidade membros estaduais, mas, não os municipais Existe ata nas reuniões. Demanda depende da agenda do nível central
Presença/influência de SMS	Atinge quórum mínimo, porém não ocorreu 100% de presença dos GMSs. Maior influência de GMSs de municípios-sede de Geres.
Inter-relação da Geres nas CIRs para fortalecer a RC.	Tem inter-relação de parceria e cooperação entre os entes regional e municipal. GCRC com pouca articulação.
Definição da agenda na CIR. Influência do ator social.	Interesse dos maiores municípios ou de todos, é rapidamente pactuado. Nível Central da SES-PE propõe a discussão dos colegiados
Potencial de efetivação. Como o Coap é abordado.	Não há acordo interfederativo formalizado, Coap não existe em PE. Se limita ao monitoramento dos indicadores de saúde.

Dimensões	Consolidado das Pautas e Atas CIR e Entrevistas Semiestruturadas
O processo de planejamento para RC, e utilização das informações estratégicas para tomada de decisão na CIR.	Processo foi verticalizado, estratégias atualizadas por (perfil epidemiológico, capacidade instalada, dados demográficos), mas, o planejamento (que está no GC) através do perfil municipal. Tem regimento Cies, é menos participativa, CT é mais atuante.
Comunicação entre colegiado e população quanto a condução da RC. Prestação de contas.	Não ocorre inter-relação colegiado e população para fortalecer RC, falta <i>feedback</i> . Não ocorre prestação de contas em nível estadual, se limitando diretamente aos gestores municipais esse papel.
Estrutura RC (VI, X e XI Geres), como acordo interfederativo entre municípios. As Potencialidades e fragilidades. Etapas para fortalecer a RC.	A RC não está implantada. Fragilidade: só 3 Hospitais Regionais de referência, em municípios-sede de Geres, com Média (M) quantitativa de atendimentos obstétricos (VI – 8.000/mês; X - 1.500/mês; e, XI - em reforma – 7.000/mês). Estruturação é incipiente. Unidades municipais. Potencialidade: Atenção Básica. Fragilidade: Não tem pré-natal de qualidade e não são mostradas novas etapas para RC.

Fonte: elaboração dos autores

As três Geres funcionam de forma independente e não existe integração político-institucional entre elas, mas mostram características comuns do processo de governança conflitiva entre os seus membros. A agenda na CIR deveria emergir das necessidades dos GMSs, entretanto a construção da pauta é elaborada pelas Câmaras Técnicas (CTs) conforme o regimento. Observa-se que a pactuação é facilitada quando o tema interessa aos municípios, sobretudo os de maior porte e peso político na região de saúde. Porém, a definição da agenda deliberativa tem influência direta da Gerência Regional, com demandas que vêm do nível central da SES-PE para o nível regional. Há, portanto, dificuldades para pactuação de uma agenda estruturada que contemple os interesses de todos os municípios, com desvantagens em relação à capacidade de decisão compartilhada, sobretudo dos municípios de pequeno porte, com redes limitadas aos serviços básicos.

Nesse contexto de relações intergovernamentais, a RC é colocada na agenda das reuniões colegiadas, embora sem uma clara definição de prioridade em relação aos demais temas que são postos para discussão nas CIRs. Observa-se que os GCRCs, anteriormente, não tinham

espaço nas CIRs; embora de forma reativa, nos últimos anos, houve uma preocupação por parte das CTs para implementar e fortalecer essa rede por razões ligadas às definições de prioridade no processo de governança regional. As CIRs são espaços de governança formal, entretanto não têm apresentado autonomia necessária para conduzir as ações programáticas relacionadas à RC e, por conseguinte, não têm conseguido interferir na concretização dos objetivos para potencializar a organização da Rede. Deliberações sobre o programa são pouco abordadas nas reuniões do colegiado apesar da potencialidade para efetivar o processo de pactuação. Destaca-se, nesse processo, o monitoramento de indicadores de saúde. No entanto, isso não é discutido de maneira a viabilizar os acordos e pactos interfederativos, mas como um processo de cobrança de responsabilidades de forma verticalizada, com relações hierarquizadas no ambiente da governança regional.

Os gestores regionais e municipais dispõem de informações estratégicas, todavia elas são pouco utilizadas por parte do GCRC nas discussões deliberativas da CIRs para o fortalecimento da RC, de modo que fundamentem ações articuladas para sua efetivação. Essas informações são atualizadas de acordo com o perfil epidemiológico, aspectos demográficos e socioeconômicos, além da capacidade instalada de serviços de saúde. O planejamento é direcionado pelo GCRC, mas não tem poder deliberativo, e as CTs são mais participativas e abertas a discussões desses temas sem a necessária adesão dos municípios no processo de tomada de decisão. Embora a RC esteja desenhada com um padrão inovador para integrar serviços intergovernamentais em escala regional, os mecanismos de integração e articulação reais não têm alcançado os objetivos propostos para fortalecer a integralidade e a equidade no processo de regionalização, com problemas muito semelhantes nas três Geres nessa dimensão. A RC se encontra formalmente pactuada, mas não implantada, de acordo com a opinião dos especialistas. Razões para isso são contingenciais e dizem respeito à própria natureza dos programas governamentais no País, objeto de tensionamento e constante instabilidade institucional. O fato de ser implantado em rede restabelece essa potencial condição disfuncional.

No que diz respeito às potencialidades para melhoria da atenção materno-infantil com a RC nas regiões analisadas, identificaram-se ações limitadas à estratégia de saúde da família, através da tentativa de facilitar o acesso à rede básica e o estabelecimento de ações programáticas para o pré-natal de risco habitual. No restante da rede, apesar da abertura de Unidades de Pronto Atendimento e do planejamento para a expansão de novos serviços assistenciais propostos pelo Programa, essas iniciativas não se concretizaram de acordo com as expectativas. Observa-se que é necessária maior capacitação para os gestores, principalmente os GMSs dos municípios menores, porque uma parcela significativa desses se mantém numa visão muito limitada aos interesses do seu município, com restrições e ausências no processo de governança da regionalização. Foi observado que não se apresentam novas etapas de negociação e discussão contínua para o fortalecimento e a operacionalidade da RC, porque não houve protagonismo por parte das Câmaras Técnicas (CTs) e dos Grupos Condutores da Rede Cegonha (GCRCs), devido ao contexto político-institucional do SUS, com relação às mudanças constantes das propostas da Rede Cegonha. Também, observa-se que a alternância constante de gestão e suas relações com outros níveis do sistema, também submetidos a mudanças erráticas, dificulta inserir essas discussões nas respectivas agendas de prioridade regional de forma ascendente. Esse quadro se configura como um processo de governança complexo regionalmente, considerando as características da estrutura institucional das autoridades sanitárias do País.

Em relação às relações interfederativas no contexto institucional do SUS, com desdobramentos sobre a Rede Cegonha na III Macrorregional de Saúde, observa-se que nas decisões colegiadas nas três CIRs há um discurso de aparente compartilhamento de responsabilidades, sobretudo quando o tema a ser pactuado é do interesse comum e envolve recursos. Contudo, como o padrão de governança é conflitivo, os GMSs dos municípios menores ficam premidos nessa arena de conflitos e sem poder de decisão. Como o articulador é sempre o GR, existe uma tendência para maior influência política dos municípios-sede de

Geres, fato que impacta diretamente no princípio da equidade, principalmente quando se refere à possibilidade de receber os escassos recursos federais destinados a essas ações na rede regional.

Quadro 4 – Atividades quanto às Relações Interfederativas e pontos de relevância para a RC

Dimensão	Consolidado das Pautas e Atas CIR e Entrevistas Semiestruturadas
Relações Interfederativas	Critérios
Caracterização em CIR entre gestores. Temas conflitantes. Influência de ator social.	Mostra governança conflitante quando o tema é financiamento, ou alocação serviços. Pactuação não ocorre de forma passiva, e nem são cooperativas em se tratando Estado/município. Ator negociador é o Gerente da Geres (GR) via CT.
Ocorrência de condução fortemente conflitantes. O ator articulador. Posição dos GMSs nas decisões. Objetos de domínio nas negociações.	Não ocorrem, a não ser quando surgem novos financiamentos; mas, quando existem conflitos entre GMSs, o GR é interlocutor, negociador e articulador. GMSs de municípios menores atuam de forma passiva, há forte influência de GMSs dos municípios-sede, que são mais ativos, por terem sempre maior domínio nas deliberações do colegiado
Desenho político-territorial como facilitador de negociação nas VI, X e XI Geres.	Precisa reorganização territorial nas três Geres. Na VI Geres por possuir uma vasta área territorial. A X Geres mostra melhor desenho, tem municípios com características socioculturais e políticas semelhantes.
Implantação de alternativas loco regionais p/ fortalecer e melhorar as condições da cooperação entre municípios, regionalização e a resposta social do colegiado	Precisa maior qualificação e capacitação dos GMSs, não há critérios para escolha desses gestores. Mínima a cooperação em nível intermunicipal nas VI e XI Geres, há maior cooperação entre GMSs na X Geres, mas maioria não consegue superar lógica municipalista. Não há alternativa loco regional para otimizar cooperação entre municípios em prol da regionalização.
Caracterização de relações entre GMS (VI, X e XI Geres)	Se apresentam inalteradas, dependendo de interesses em comum dos GMSs, e, do tempo que esses gestores ocupam seus respectivos cargos.

Fonte: elaboração dos autores

Quanto ao atual desenho político-administrativo do território onde estão inseridas as regiões de saúde, percebe-se que estas não foram delimitadas com base nas suas identidades culturais, econômicas, sociais e da infraestrutura de serviços de saúde ofertados às populações

que compõem essas regiões. Esse desenho regional não se apresenta como um fator facilitador de negociação nas Geres, e há uma necessidade de reorganização territorial na saúde que retome esse critério na estruturação funcional de todas as três Geres, principalmente o desenho da VI Geres, em virtude de sua vasta área territorial.

O desenho político-administrativo da X Geres é o mais próximo de características comuns na macrorregião. Não se observa uma cultura de cooperação interfederativa entre municípios sob a jurisdição das suas respectivas Geres, provavelmente influenciada por essas diferenças. Esse fato dificulta o fortalecimento da regionalização e a resposta política do colegiado às demandas da saúde na Rede Cegonha. As alternativas que foram verificadas para aprimorar essa situação se resumem às propostas de treinamentos para os gestores municipais, pois participação dos GMSs com maior qualificação na área de saúde pressupõe melhorar essa participação e a capacidade de tomada de decisão. A qualificação dos gestores para conduzir programas governamentais em rede ficou prejudicada, pois não há um programa permanente de aperfeiçoamento da capacidade de governança regional desses atores institucionais. Nem houve mudança na forma de financiamento por parte da União para superar essa lógica municipalista com incentivos à regionalização de fato, com recursos compartilhados entre os entes federados subnacionais.

Não foi observado aumento na confiança entre os gestores municipais e estaduais nas relações intergovernamentais do SUS. Os GMSs e as Gerências das Geres, apesar de manterem relações de interdependência, atuam de forma isolada em função dos seus interesses locais.

Em relação à alocação de recursos para as atividades da III Macrorregional de Saúde relacionadas à RC, não ocorreram novos aportes de recursos para ampliar a oferta, apesar de o financiamento para investimentos ter ocorrido na implantação do programa.

Os colegiados das VI, X e XI Geres têm discutido de forma esparsa alternativas locais para aprimorar a utilização dos orçamentos existentes a fim de dar continuidade ao funcionamento dos serviços da assistência materno-infantil, como o pré-natal, que apresenta

uma boa cobertura regional. Quanto à alocação de recursos, os GMSs apontam que os atores institucionais estaduais não possuem governabilidade sobre essas questões, por ser um tema complexo; com isso, só ocorrem discussões superficiais nas CIRs com relação ao recurso que está alocado municipalmente. O ponto mais vulnerável do RC ainda são o sistema logístico e o transporte sanitário, porque apresentam baixa operacionalidade, como demonstram os dados.

Quadro 5 – Atividades quanto à alocação de recursos e pontos de relevância à RC

Dimensão	Consolidado das Pautas e Atas CIR e Entrevistas Semiestruturadas
Alocação de Recursos	Critérios
Alternativas loco regionais da CIR em melhorar investimentos na Atenção à Saúde Materno-infantil. Devido contínua diminuição de financiamento para saúde pela União.	Tendo em vista um forte movimento de responsabilização sanitária na III Macrorregional de Saúde, está ocorrendo uma maior pontualidade, e um maior controle econômico e financeiro para resolver problemas dos recursos relacionados a continuidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS) Materno-infantil, influenciado não só pela diminuição de recursos, mas, pelo forte movimento de responsabilização sanitária.
Acompanhamento pela CIR da implantação e implementação dos componentes RC na III Macrorregional de Saúde.	Nas CTs é discutida a implantação e implementação da RC de acordo com Port. 1.459/11. Nas CIRs em todas as Geres, só eventualmente aborda-se algum ponto condutor da RC. Quatro componentes RC foram pactuados: Assistência pré-natal, Parto e nascimento, Puerpério e atenção integral à criança, e Sistema Logístico. Mas tem fragilidades. Houve apresentação do plano e estruturação da RC; e, alterações na composição dos CGRC.
Monitoramento e avaliação em CIR. Processo de alocação e utilização de recursos vinculados à RC, pelos entes federados.	Não tem ocorrido monitoramento nem acompanhamento de recursos financeiros vinculados a RC, pelas VI, X e XI Geres. Não está ocorrendo <i>feedback</i> do MS em relação as Geres (ficam à parte), via SES-PE. Os recursos são repassados diretamente aos municípios.

Fonte: elaboração dos autores

Quanto aos resultados que apresentam a operacionalização dos Sistemas de Logística para fortalecer a RC na III Macrorregional de Saúde, são apontadas aquelas iniciativas que permitem a configuração dos

sistemas de apoio; e dos fluxos e contrafluxos do sistema de referência e contrarreferência ao longo dos pontos de atenção à saúde, para otimização dos serviços e uso de informação, regulação e transportes empreendido pelos gestores (visto no quadro 6).

Quadro 6 – Operacionalização dos Sistemas de Logística para fortalecer a RC: atuações de informação, regulação e transportes empreendidas por gestores para otimização dos serviços

Dimensão	Consolidado das Pautas e Atas CIR e Entrevistas Semiestruturadas
Sistema de Logística	Crítérios
Otimização da regulação da acessibilidade e continuidade de ações específicas da RC.	Cada município tem seu núcleo de regulação que é supervisionado pelo Estado (Atenção Primária, Sistema de Informação). A RC é pouco colocada em pauta; Verificou-se que, a partir de 2017, essa temática passou a ser mais abordada simultaneamente nas CIRs das três Geres.
Regulação e marcação de consultas e exames; e controle e ampliação de leitos de alto risco	Pouco é referenciada nas CIR pela falta de capacidade instalada nos Hospitais de referência das Geres. Há fomento ao acesso de no mínimo de sete consultas no pré-natal. Há orientação em ofertar métodos contraceptivos. Teste sífilis foi apresentado em CIRs.
Organização de serviços. Transporte sanitário	O Samu Cegonha; serviço foi apresentado, mas, não operacionalizado (oferecido) ao recém-nascido, precisa emergência ambulatorial (equipado) na III Macrorregional.
Cadastramento de estabelecimentos, contratação / capacitação de profissionais da III Macrorregional a fim de operacionalizar RC	Há cadastramento de estabelecimentos e profissionais pelo Cnes. Pautas abordaram, o Cnes, quanto à demanda de Regulação de Leitos Hospitalares e ações do GCRC. É importante a detecção da capacidade instalada e a oferta potencial dos leitos nas três regionais de saúde, em relação ao planejamento e utilização dos serviços em local mais adequado. Os GCRCs de cada regional têm informações atualizadas sobre o número de leitos obstétricos existentes em sua respectiva região de saúde e o quantitativo de profissionais disponíveis para melhor direcionamento dos investimentos nas unidades de referência.

Fonte: elaboração dos autores

No que diz respeito à área de regulação de acesso, mostra-se que houve uma otimização no setor nas reuniões das CTs e das CIRs, com maior atuação na organização para a marcação de consultas e exames.

Com isso, os exames de biologia molecular, os laboratórios das Geres encaminham para serem realizados no Laboratório Central (Lacen) e os exames e sorologias para casos de arboviroses são realizados nos laboratórios das Geres. Em relação à capacidade instalada nos hospitais de referência das três Geres, não há leitos de alto risco, nem UTI neonatal nas unidades. Demonstra-se, com isso, que a RC, quanto à organização nesse território sanitário, apresenta problemas de infraestrutura de serviços para garantia de atenção integral, principalmente no acesso aos serviços de alta densidade tecnológica.

Em relação ao transporte sanitário (Samu Cegonha), ainda não foi pactuado em reunião colegiada, por ser um investimento elevado em veículos, equipamentos e recursos humanos, dada a vasta área geográfica. Em virtude de os municípios ficarem distante entre si, os gestores municipais ficam num impasse, além da dificuldade financeira, em escolher onde será a sede operacional do serviço com melhor capacidade de logística, visto que o município que obtiver esta condição será automaticamente mais beneficiado com o acesso em relação aos outros. Como esse componente da RC não foi operacionalizado, esse tema não é debatido, nem pactuado apropriadamente em CIR, então fica comprometida a garantia de atenção integral em relação à situação de transporte sanitário, sobretudo dos casos mais graves.

Pelos documentos analisados, quanto ao cadastramento de estabelecimentos, houve a pactuação da Rede Obstétrica; foi solicitada ao GCRC, por colegiado, a integração de maternidades de referência para a RC em todas as três Geres, assim como as ações para aumentar e qualificar profissionais a fim de operacionalizar a Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil por meio da capacitação pré-natal de risco habitual para médicos e enfermeiros. Mas ocorre escassez de médicos especialistas em obstetrícia e pediatria em todas as regionais de saúde.

Discussão

O programa RC foi criado numa iniciativa política intergovenamental para enfrentar problemas de saúde do segmento materno-infantil no

Brasil, com padrão inovador, baseado em ações horizontalizadas para execução em rede de serviços públicos (ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL, 2019; CAVALCANTI *et al.*, 2013). Diante da sua natureza, tornou-se o primeiro programa denominado formalmente e configurado a partir do conceito de Rede Intergovernamental, com relações explicitamente horizontais entre as autoridades sanitárias. Porém, a RC ainda não está totalmente implantada na III Macrorregião de Saúde.

A mulher é o ponto central desse processo, inserida na experiência da gravidez, do parto e da maternidade com segurança (CAVALCANTI *et al.*, 2013), principalmente na Região Nordeste (NE), por apresentar as taxas mais elevadas de morbimortalidade materna e infantil em relação às demais regiões do Brasil, e, com isso, criar mais desigualdades.

Em Pernambuco, a situação não é diferente, e há necessidade de priorização de investimentos no intuito de reduzir essas desigualdades, por se tratar de Regionais de Saúde do interior no semiárido do Estado.

Quanto mais a capacidade de avaliação institucional for bem-sucedida, mais ela abre caminhos para novas questões a serem elucidadas e equacionadas, porque gera dúvidas, e deve ser observada como uma atividade dinâmica, em que a pluralidade de atores pode viabilizar correção de rumos, usando métodos e técnicas variadas (FELISBERTO, 2010; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

A CIR é fundamental para a coordenação da região de saúde. A sua importância se deve ao seu potencial de deliberar formalmente e à capacidade de tomar decisão para transpor impasses nas relações intergovernamentais, relacionadas ao comando único por esfera de governo, visando assegurar a integralidade e a equidade no processo de descentralização do SUS (SANTOS, 2013; VIANA; LIMA, 2011). Quanto à identificação das ações da CIR no que tange à RC, através da RAS materno-infantil na III Macrorregional (VI, X e XI Geres), os resultados mostraram que as atividades executadas referentes ao planejamento, implantação, implementação, alocação de recursos dos pontos de relevância e a operacionalização dos sistemas de logística para fortalecimento da RC se apresentam comprometidas.

É necessário enfatizar a importância da região de saúde para se afastar do impasse observado no processo de condução das ações e serviços de saúde da RC, sobretudo quanto ao retraimento programático federal e à falta de visão do planejamento regional (SANTOS; CAMPOS, 2015). É inquestionável a importância da regionalização para que as RASs se comportem de forma resolutiva, nessa macrorregião de saúde, sendo o centro direcionador das referências entre os serviços dos variados entes federados nos três níveis de gestão.

Mesmo as CIRs sendo um adequado espaço de decisão colegiada, baseada em fóruns de discussão e construção de estratégias viáveis, há claros limites para que o processo de governança regional se torne efetivo diante das dificuldades elencadas na implantação de programas intergovernamentais (SANTOS, 2013). Mostrou-se uma governança conflitiva e incipiente; embora as reuniões CIRs, nas três Geres, sejam registradas e formalizadas, são na sua maioria apenas informativas, sem o uso desse espaço deliberativo para pactuações relacionadas à RC, marcadas pela presença de atores institucionais sem poder decisório, principalmente os GMSs e técnicos dos municípios de menor porte.

A importância das CIRs e seu papel estratégico no processo de regionalização possibilitam identificar tipos e características da governança que ocorre no País (VIANA; LIMA, 2011). É necessário aprimorar a capacidade de governança dessas estruturas para proposição de novas soluções colegiadas adequadas aos seus territórios funcionais. Torna-se imprescindível reduzir a verticalidade do Programa ainda observada e direcionar a organização das RAS relacionada à RC, a partir do planejamento ascendente, para melhorar a assistência ao segmento materno-infantil direcionada às fragilidades, necessidades e vulnerabilidades de cada uma das três Geres que compõem a III Macrorregião de Saúde.

A boa governança viabiliza um processo de participação e negociação, que representa pluralidade de interesses em um quadro institucional mais equilibrado, capaz de equacionar as relações de cooperação entre governos, organizações e agentes econômicos da saúde, com o potencial de articular os elos das redes regionais (MENDES, 2010;

SANTOS, 2013; SANTOS, 2014). Quanto à dinâmica da governança interfederativa na III Macrorregional de Saúde, o fato de não existir o cargo de gestor macrorregional deixa nítido um vácuo no processo de integração e governança nessa escala para incrementar o processo de pactuação ascendente.

Embora haja instrumentos e mecanismos legais de pactuação, destacando-se o dispositivo de planejamento governamental vinculado ao Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap) (SANTOS; CAMPOS, 2015), esse dispositivo não foi discutido de forma concreta objetivando formalizar os acordos interfederativos.

O fato de não estar totalmente operacionalizado após tantos anos na região demonstra a necessidade de aumentar a capacidade de avaliação, e o Método Delphi para isso foi promissor, considerando que o conceito de implantação se refere à extensão da operacionalização adequada de uma intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). A partir deste estudo, verificou-se por meio de avaliação que esse Programa, quanto ao GI, está em nível insatisfatório pela abordagem adotada (ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL, 2019).

Para chegar a tal resultado, criou-se um ML, que é a representação conceitual esquemática da situação, e pode ser usado para compor trabalhos de avaliação (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013). Após configurado o ML para a RC, essa representação gráfica mostrou ser uma profícua ferramenta para nortear estudos dessa natureza em situações inovadoras como as redes regionais integradas de serviços de saúde.

A imagem-objetivo deve ser considerada uma situação futura para direcionar as estratégias que devem ser implantadas (FERRARO; COSTA; SILVA, 2009). A configuração dessa imagem-objetivo preconizada para a RC possibilitou uma melhor estruturação e percepção dos componentes para avaliação, dos fundamentos envolvidos e dos possíveis nexos entre esses, norteados a composição de proposta da Matriz de Consenso para a RC.

O Método de Consenso Delphi é um processo estruturado em rodadas de consultas aos *experts*, objetivando chegar a um julgamento qualificado e coletivo em relação aos pontos em destaque, até obter-se

um consenso (GURGEL JÚNIOR, 2008; BLOOR *et al.*, 2014). Nesse caso, mostrou-se congruente com a complexidade do objeto, baseado nas complexas relações interinstitucionais do SUS.

Um dos maiores desafios foi preencher a lacuna do conhecimento na perspectiva de julgamento dos pares, em âmbito macrorregional, para executar a Conferência de Consenso com especialistas (juízes), para aplicação do Método Delphi (GURGEL JÚNIOR, 2008), a partir de atores engajados na problemática RC com foco na Rede de Atenção à Saúde (RAS) Materno-infantil, e, ao mesmo tempo, inseridos na academia como especialistas. Dessa forma, optou-se pelo Método Delphi Ajustado, o qual transpôs os obstáculos da avaliação normativa baseados na utilização do ML tradicional, e a escolha dessa abordagem foi alicerçada em uma condição não estruturada do objeto de pesquisa, o que possibilitou formular e validar uma imagem-objetivo, bem como verificar nível do GI do Programa RC na III Macrorregional de Saúde de Pernambuco.

Em relação à implantação da RC, mesmo sendo a rede desenhada com um padrão inovador, numa iniciativa política intergovenamental no Brasil (ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019), após oito anos de sua implantação, na III Macrorregional, através das respectivas CIRs das três Geres, houve apenas pactuação efetiva para os seguintes componentes: assistência pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção à saúde da criança. O Sistema Logístico e Transporte Sanitário não estão operacionalizados.

A RC é um programa social, de caráter redistributivo, direcionado a beneficiar grande parcela da população (binômio mãe-filho). Esse tipo de programa implica a alocação de recursos financeiros de grande vulto e a redistribuição de orçamentos, por conseguinte, enseja conflitos de interesses (CUNHA, 2017; MARTINELLI *et al.*, 2014). Quanto ao desenho formal da RC em todas as suas regiões, além de desatualizados, vê-se que os novos pactos estão praticamente paralisados e o Programa está fora da agenda governamental, pois envolve fatores políticos, econômicos e sociais relacionados aos atores institucionais que atuam em outros níveis de governança do sistema público de saúde no País.

Isso causa um comprometimento na operacionalização da RC, levando, muitas vezes, a uma peregrinação da gestante durante o trabalho de parto como fenômeno recorrente.

Para que haja uma mudança no desenho proposto na RAS com objetivo de torná-la mais efetiva, é necessário o aumento de recursos para o financiamento e estruturação dos serviços (CUNHA, 2017). É possível surgir novas formas de cooperação entre gestores com o objetivo de melhorar o compartilhamento de responsabilidades assistenciais e mobilização de recursos entre os entes subnacionais, a partir da efetiva capacidade de tomada de decisões políticas engajadas com a organização das RAS regionalmente.

Quanto aos municípios desta Macrorregião, mostra-se que o aumento das despesas com serviços de saúde tem sido constante e, com isso, também aumentam as dificuldades para responsabilização dos gestores locais em virtude do esgotamento da capacidade de ampliação da oferta dos serviços. Como não existem novas etapas visando à operacionalidade da RC, por conseguinte, não está ocorrendo por parte das CTs e dos GCRCs maior poder de convencimento para mostrar o alcance desse programa no contexto regional.

A conjuntura política não fortalece essas iniciativas que apontam prejuízos nas relações interfederativas, com desdobramentos sobre o planejamento e a alocação dos recursos nas regiões (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017). Definir estratégias que promovam maior cooperação entre os entes federados em escala macrorregional é algo complexo, pois não existe uma instância decisória nesse nível que contribua com a organização da RC nesse espaço territorial, que apresenta lacunas importantes no processo de governança.

Considerações finais

Diante do nível insatisfatório de implantação da RC, avaliado por *experts* do Método Delphi Ajustado, baseado em relações interfederativas complexas que ocorrem na regionalização do SUS, ressalta-se a condição do programa como imprescindível para atender as necessidades

de saúde de uma população vulnerável e desfavorecida, no interior do semiárido, em um cenário política e economicamente adverso. É provável que as imperfeições detectadas façam parte de um panorama mais extenso no Brasil, relacionado à situação desfavorável pela natureza intergovernamental desse programa, que mostra problemas provenientes de uma crise institucional e grande alteração das políticas advindas do governo federal, com medidas de austeridade adotadas no SUS, que compõem a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016.

Nesse cenário adverso, desde 2015, torna-se fundamental fortalecer a RC em PE. O caminho mais apropriado dada a natureza intergovernamental do SUS, seria a criação de novas soluções colegiadas que busquem eliminar a persistente verticalidade dos programas governamentais, com possibilidade de uma construção ascendente, com base nas necessidades reais das regiões de saúde. De tal forma que se vinculem os objetivos finais dos programas às condições de saúde dessas populações, com base numa estrutura operacional que reconfigure o desenho da rede regional de serviços e suas conexões para efetivo compartilhamento no processo de atenção à saúde, de alocação de recursos e de logística.

Referências

ALVES, C. K. A. et al. Interpretação e Análise das Informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. et al. (Org.). *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Científica, 2010. Cap. 8, p. 98.

ARAGÃO, A. A. V.; OLIVEIRA, S. R. A.; GURGEL JÚNIOR, G. D. O uso do Método Delphi ajustado para avaliar a Rede Cegonha: da Imagem-objetivo à Realidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. e20180318. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n2/pt_1414-8145-ean-23-02.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2019.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* Rio de Janeiro, v.

19, n. 1, p. 169-173. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: LDA, 70, 2009.

BISCARDE, D. G. S. et al. *Rede de atenção à saúde materno-infantil: desafios para a organização de serviços de saúde no município de Salvador-Bahia*. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.politicasaude.com.br/anais/trabalho/publicacoes/242.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2018.

BLOOR, M. et al. *Useful but no Oracle: Reflections on the use of a Delphi Group in a multi-methods policy research study*. Qualitative Research, 2014.

BOULKEDID, R. et al. *Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: A Systematic Review* Plos One, Oxford, n. 6, p. e20476, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 2011. Seção 1. 2011b.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um Modelo Lógico da Rede Cegonha. *Physis Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

CHAMPAGNE, F. et al. Avaliação no Campo Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Orgs.). *Avaliação: Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41- 60.

CUNHA, M. A. O. *Análise da política Rede Cegonha: a atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife, 2011 a 2015*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

FELISBERTO, E. *Análise da Implantação e da Sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil*,

no período de 2003 a 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, 2010.

FERRARO, A. H. A.; COSTA, E. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Imagem-objetivo para descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2201-2217, 2009.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: SAMICO, I. et al. (Org.) *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Científica, 2010. cap. 1.

FLICK, U. Triangulation in qualitative Research. In. FLICK, U. et al. (Org.). *Companion of qualitative research*. London: Sage, 2004.

FONSÊCA, G. S.; JUNQUEIRA, S. R. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): o olhar dos tutores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1151-1162, 2014.

GURGEL, G. D. J. et. al. The National Health Services of Brazil and Northern Europe: Universality, Equity, and Integrality – Time Has Come for the Letter. *International Journal Health Service*, London, v. 47, n. 4, p. 690-702, 2017.

GURGEL JÚNIOR, G. D. *Health Sector Reform in Brazil: Past, present and future. A Theoretical Approach to Structural Changes*. Tese (PhD in Social Sciences) – Faculty of Humanities, School of Social Sciences, University of Manchester, Manchester, 2008.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba, 2005.

HSIEH, H-F; SHANNON, S. E. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Quality Health Research Journal*, n. 15, p. 1277, 2005. Disponível em: <<http://qhr.sagepub.com/content/15/9/1277>>. Acesso em: 5 ago. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo 2010*. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

JANUZZI, P. M. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias da pesquisa avaliativa. *Revista Planejamento Política Pública*, Brasília, n. 36, p. 251-275, 2011.

KONDRACKI, N. L.; WELLMAN, N. S. Content analysis: Review of methods and their applications in nutrition education. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, Elsevier, n. 34, p. 224-230, 2002.

KVALE, S.; BRINKMANN, S. *Interviews: Learning the craft of qualitative research*. California: Sage, 2009.

LOPES, G. V. D. O.; VILASBÔAS, A. L. Q.; CASTELLANOS, M. E. P. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 241-254, 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, Recife, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, S. K. M. et al. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. *Caderno Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 307-314, 2014.

OLIVEIRA, S. R. A.; TEIXEIRA, C. F. Avaliação da regionalização do SUS: construção de Modelo Teórico-lógico. *Revista Baiana Saúde Pública*, Salvador, v. 37, n. 1, p. 236-254, 2013.

PEREIRA, R. D. M.; ALVIM, N. A. T. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção em enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 174-180, 2015.

PESSOA, T. R. R. F.; NORO, L. R. A. Caminhos para a avaliação da formação em Odontologia: construção de modelo lógico e validação de critérios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2277-2290, 2015.

RASELLA, D. et. al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide micro simulation study. *Journals Plos*, London, 2018.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. L. Governança regional no SUS: um ensaio conceitual. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1075-1084, 2017.

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

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

SANTOS, F. A. S. *Política de Saúde em Pernambuco e os novos arranjos jurídicos: processo, definição de prioridade e evidências*. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

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

SILVEIRA FILHO, R. M. et al. Ações da Comissão Intergestoras Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878. 2016.

SOUZA, L. E. P. F.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Orgs.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programa e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba/; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SPEDO, S. M.; TANAKA, O. Y.; PINTO, N. R. S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1781-1790, 2009.

VALDÉS, M. G.; MARÍN, M. S. Empleo del método Delphi en investigaciones sobre salud publicadas en revistas científicas cubanas. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, Havana, v. 24, n. 2, p. 133-144, 2013.

VIANA, A. L. A; LIMA, L. D. (Orgs.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.

YIN, R. K. *Estudo de Caso*. Planejamento e Método. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

6

Análise do sistema de governança do componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha na X Região de Saúde de Pernambuco

Cláudia de Espíndola Mamedes
Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Introdução

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde e reflete a qualidade da atenção e os cuidados prestados à população feminina. Esse indicador é afetado de forma significativa pela desigualdade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (VIANA *et al.*, 2011; SILVA JUNIOR *et al.*, 2015; CARLO; TRAVERS, 2016). Após 1980, várias iniciativas de políticas e programas de saúde para as mulheres passaram a fazer parte da agenda de saúde do País e a mortalidade materna alcançou maior destaque governamental. Devido à magnitude do problema de saúde pública, foi estabelecido como Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (VICTORA *et al.*, 2011; SILVA JUNIOR *et al.*, 2015).

No Brasil, a mortalidade materna se encontrava no patamar de 58/100.000 NV no ano de 2008, estando bem abaixo das metas do milênio (MORSE *et al.*, 2011). Os altos índices de mortalidade materna nos países de renda média com direito universal à saúde, como o Brasil, têm demonstrado deficiências estruturais do sistema de saúde, visto que praticamente todas essas mortes podem ser evitadas com prestação de atenção à saúde precoce e de qualidade (VICTORA *et al.*, 2011).

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

Logo, a efetivação do cuidado integral em saúde enfrenta históricos desafios, dentre eles, a fragmentação dos serviços, com precária organização na lógica de articulação e integração da rede de cuidados, práticas de atenção e gestão da saúde conservadoras e pouco

participativas, e uma intensa medicalização com intervenções iatrogênicas, além de subfinanciamento e baixo monitoramento (GIOVANNI, 2014).

A partir dos anos 2000, organismos internacionais e nacionais iniciaram a normatização e sistematização de um modelo de atenção ao parto e nascimento que proporcionasse às gestantes, puérperas e recém-nascidos uma assistência à saúde humanizada e de qualidade (DINIZ, 2005; BRASIL, 2011b). Nesse contexto histórico, em 2011, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.459, regulamentou a Rede Cegonha (RC), uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) voltada ao enfrentamento das mortalidades materna e infantil, violência obstétrica e baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, propondo um arcabouço de cuidados que garantisse às mulheres o direito à gravidez, ao parto e ao puerpério seguros e humanizados; e às crianças o direito ao nascimento humanizado e seguro, com crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011c).

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

O componente Parto e Nascimento compreende ações que objetivam a garantia das boas práticas e a segurança da atenção ao parto e nascimento para a gestante e seu bebê, como: suficiência de leitos obstétricos e neonatais (Unidade de Terapia Intensiva – UTI, Unidade de Cuidados Intermediários – UCI e Canguru), de acordo com a região; ambiência das maternidades orientadas pela RDC nº 36 da ANVISA; práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas; garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco; implementação de equipes horizontais do cuidado;

Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008b).

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

A RC, através de seu componente Parto e Nascimento, tem priorizado ações de boas práticas de atenção ao parto, associadas ao aumento e à qualificação da capacidade instalada e à melhoria da eficiência gestora do sistema de saúde (BRASIL, 2011b). A governança das RAS, portanto, está prevista na Portaria nº 4.279, entre os componentes que estruturam a RAS, e é definida como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. É constituída de complexos mecanismos, processos, relações e instituições (RONDINELLI, 2006; BRASIL, 2010), ou seja, a capacidade de intervenção de uma gestão regional compartilhada entre diferentes atores, mecanismos e procedimentos. Logo, o exercício da governança implica o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização (BRASIL, 2010; COSTA; SANTOS, 2014).

Nesse contexto, a governança da RAS, como ferramenta analítica, se propõe a descrever e compreender a dinâmica dos processos e as 'regras do jogo' relativas às decisões e condutas de uma sociedade (HUFTY *et al.*, 2006), devendo ser usada para investigação e transformação de processos de formulação de políticas e de gestão de sistemas, com inserção dos interesses sociais na agenda de Governo (FLEURY *et al.*, 2010; SANTOS; GIOVANELLA, 2014). Por conseguinte, os espaços de governança como base para a pactuação solidária e cooperativa, como as Comissões Intergestores Regional (CIR), têm importante papel na

consolidação da Rede Cegonha, ao viabilizarem aos gestores a oportunidade de interpretar a realidade regional e buscarem as melhores propostas para a resolução dos problemas da região (BRASIL, 2010).

Este estudo tem por objetivo geral analisar a estrutura e os processos de governança na condução da Rede Cegonha, com foco em seu componente Parto e Nascimento, na X Região de Saúde do estado de Pernambuco, tomando por ponto de partida sua implantação no ano de 2012. Fez-se necessário, portanto, conhecer o Plano de Ação/Desenho da RC pactuado e caracterizar os serviços existentes; compreender a estrutura e participação da CIR na implantação e condução da RC; e descrever o comportamento dos indicadores locorregionais de morbimortalidade materno-infantil em série histórica (2012-2016).

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso selecionado por se tratar de uma investigação empírica que inquirir sobre um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real e tenta definir os limites entre os fenômenos e o contexto, quando estes não estão bem claros (YIN, 2001). Este estudo apresenta como recorte temporal o início do ano de implantação da RC na X Região de Saúde, ocorrida em 2012, seguindo até o ano de 2016. A X Região de Saúde está inserida na Macrorregião 3 – Sertão, localizada no Alto Sertão do Pajeú. É constituída por doze municípios, com sede no município de Afogados da Ingazeira e um total de 180.780 habitantes, segundo censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com área territorial total de 4.308,55 km².

As fontes principais de informação deste estudo foram os documentos institucionais Plano de Ação Regional da Rede Cegonha e as Atas das Reuniões da CIR referentes ao período de 2012 a 2016, obtidas no setor de Planejamento e Regulação em Saúde da X Geres; complementados por série histórica dos indicadores locorregionais de morbimortalidade materno-infantil obtida através do setor de Vigilância em Saúde da X Geres, pelos Sistemas de Informação sobre Nascimento e Mortalidade (SINASC e SIM respectivamente).

O processo de análise dos dados teve início com a organização e a seleção do material empírico coletado de forma cronológica. A análise das atas das reuniões da CIR foi guiada pelo objetivo principal de identificar os processos de negociação, pactuação e planejamento de ações e serviços relacionados ao componente Parto e Nascimento da RC na X Região de Saúde. Para isso, foi utilizada a modalidade de análise temática, tendo o tema 'Rede Cegonha' e suas referências (materno, obstétrico, infantil, parto, nascimento) como núcleo de sentido, e cuja frequência ou presença serviu de critério de classificação do material (MINAYO, 2008).

Em seguida, foi realizada leitura sistemática de todo o material, com identificação dos aspectos mais relevantes, frequentes e semelhantes entre os documentos. Nessa etapa, foi possível a classificação dos achados em três dimensões de análise: o processo de implantação da Rede Cegonha (pactuação, desenho e capacidade da rede); estrutura e processos de governança; e a situação locorregional de morbimortalidade materno-infantil.

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

A observação e a análise da estrutura e das características institucionais da Comissão Intergestores Regional foram realizadas segundo critérios de funcionamento e regularidade das reuniões, assim como pela presença e participação dos membros representantes do estado e dos municípios. Os indicadores de mortalidade materna e infantil foram calculados com o auxílio de programa de livre acesso e visualmente organizados em gráficos. As variáveis analisadas dentro da série histórica foram número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10-29 anos), com causa do óbito, por município; taxa de óbitos infantis, neonatais (0-27 dias) e pós-neonatais (28-365 dias) com principal causa dos óbitos, por município; e tipo de parto, por município.

Este estudo está inserido em uma pesquisa mais ampla intitulada “Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)”, sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 - CONEP, desenvolvido de forma cooperativa pelo Grupo de Estudos em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE, e segue os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

O processo de implantação da Rede Cegonha

A construção da proposta de implantação da Rede Cegonha na X Região de Saúde de Pernambuco data de 2012, consequência de discussões ocorridas em 2011 na cidade de Serra Talhada, durante a ‘Oficina para construção da Rede Cegonha no estado de Pernambuco’, tendo como principal objetivo estruturar e qualificar a Rede Materno-Infantil na região. Em 26 de março de 2012, a Resolução CIB/PE nº 1.882 homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da X Região de Saúde do estado de Pernambuco, considerando, dentre outras atribuições legais, a Resolução CIR nº 147/2012 – X Região de Saúde, de 29 de fevereiro de 2012, que aprova o Plano Regional da Rede Cegonha – X Geres. Segue-se, portanto, em parte, o recomendado pela Portaria nº 1.459/2011, Art. 8º, II – FASE 2, retificada pelo Diário Oficial da União (DOU) nº125 de 1º de julho de 2011, Seção 1, p. 61: “c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional pactuado no Colegiado de Gestão Regional e homologado pela CIB, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil [...]” (BRASIL, 2011c). Contudo, no documento em questão, não foram incluídas as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado e pelos Municípios envolvidos, também previstos pela referida portaria.

O estado de Pernambuco, através da Resolução CIB/PE nº 1.723, de 19 de setembro de 2011, homologou a Rede Cegonha nas regiões prioritárias I, IV e VIII. Esse fato, atrelado à justificativa encontrada no

Plano de Ação, não deixa claro o que motivou a implantação da RC na X Região de Saúde. A pactuação descrita no Plano de Ação Regional da RC da X Região de Saúde apresenta o Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães (HOSPAM), no município de Serra Talhada (sede da macrorregião), como referência para os encaminhamentos de Alto Risco e UTI/UCI Neonatal, entretanto, passados cinco anos dessa pactuação, o serviço ainda não está implantado no referido hospital. Por conseguinte, nenhum município da X Regional de Saúde possui leitos para atendimento a gestante de alto risco, Leitos Canguru, UTI e UCI neonatal e UTI adulto. Os encaminhamentos de alto risco se concentram no município de Recife através de cinco serviços: o Hospital Agamenon Magalhães, o Hospital Barão de Lucena, o Hospital das Clínicas, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM). O Plano de Ação apresenta um Desenho da Rede pactuada (Figura 1) e, tal como apresentado, não há nenhuma descrição sobre seu processo de construção ou o motivo das escolhas/disposições realizadas para cada município. No entanto, trata-se de uma proposta, pois o Centro de Parto Normal (CPN) descrito ainda não foi construído e as ambiências nas maternidades relatadas não estão concluídas.

A necessidade de se estruturar toda essa rede de cuidados materno-infantis revela sua importância no sentido de que muitos dos serviços de apoio diagnóstico para a realização dos exames recomendados durante a gravidez e o próprio parto nem sempre são contemplados pelos municípios, o que resulta em peregrinação das gestantes para encontrar um estabelecimento de saúde durante a gestação e no momento do parto (BRASIL, 2011a). Os dados constantes do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponíveis no respectivo *site*, datam de fevereiro de 2012 (registro mais antigo). O quantitativo de leitos obstétricos operacionais é 60 atendendo ao SUS, e distribuídos entre os municípios da X Região de Saúde, com aumento para 71 leitos obstétricos operacionais em dezembro de 2016. O município sede da X Região de Saúde concentrava 47% e 55% (28 e 39) do total de leitos em 2012 e 2016 respectivamente, sendo referência para oito dos doze

municípios que compõem a região. Apenas um município não possui estabelecimento de saúde com leitos obstétricos operacionais, seja de natureza pública ou privada.

No decorrer dos cinco anos (2012 a 2016), o número de leitos operacionais de obstetrícia do SUS no Hospital Regional Emília Câmara (HREC) passou de 8 para 19, portanto, um aumento de 137,5%. Entretanto, a oferta ainda é menor que o número de leitos disponibilizados pelo Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura, empresa de natureza privada, conveniada ao SUS, que oferta, desde 2012, 20 leitos.

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

Estrutura e processos de governança

A pesquisa das atas das reuniões da CIR revelou o total de 42 arquivos. Após triagem, com leitura sistemática, na busca pelo tema 'Rede Cegonha' e suas relações (materno, obstétrico, infantil, parto, nascimento), chegou-se a um total de 11 atas de interesse para os objetivos desta pesquisa (quadro 1). Ademais, a pré-análise dessas atas indicou que a RC foi um tema pouco frequente e/ou pouco discutido nas reuniões ao longo dos cinco anos analisados (2012-2016).

De acordo com os achados, só há dois registros de atas do ano 2012 (ano de implantação da RC na região), os quais não abordam nenhum dos tópicos deste estudo. As características e estrutura da CIR encontradas, após análise das atas, indicam a periodicidade das reuniões do colegiado gestor, através da numeração sequencial, que acompanha a data da reunião, presente em cada ata. O resultado constatado foi de reuniões mensais, com exceção do mês de janeiro. A participação dos gestores municipais na definição das pautas esteve atrelada a

proposições de pactuação, principalmente de serviços para o próprio município. A Gerência Regional foi a principal proponente de pauta nas atas da CIR. Barrios (2009), em seu estudo, relaciona a pouca participação dos gestores municipais na definição das pautas ao aspecto definidor e à lógica normativa e centralizada do sistema de saúde, que impõe, às reuniões regionais, o debate de questões previamente definidas em outros espaços da gestão. No entanto, essa característica da participação dos gestores não implica a ausência de participação no debate geral, já que eles se organizam previamente às reuniões da CIR, através das Câmaras Técnicas, e produzem o que Merhy (2002) definiu, em seu estudo, como linhas de fuga ao instituído.

Ainda, foi possível inferir a assiduidade dos membros representantes do Estado às reuniões e a frequência dos secretários municipais ($n \pm 7$), garantindo-se número maior ou igual ao quórum ($n=7$) para a realização das reuniões da CIR. Mesmo com certo caráter normativo, em reuniões nas quais eram discutidos os pactos (Pacto pela Saúde, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ, Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQA-VS), houve 100% da presença dos gestores ($n=12$). Todavia, os convidados (técnicos das secretarias municipais e da regional, estudantes e representantes de serviços de saúde da região) estiveram presentes em número expressivo, com uma frequência de 71% no total de atas analisadas, o que pode demonstrar uma expansão do diálogo com novos atores numa perspectiva de ampliação da governança regional. Santos e Giovanella (2014), em estudo, afirmam que a dinâmica de participação na CIR é importante componente da aprendizagem institucional que fortalece a gestão intergestores e a construção da rede regionalizada. A análise das atas dos anos de 2013 e 2014 ($n=5$) revela um olhar mais atento da Regional aos óbitos maternos e infantis ocorridos e investigados na região, deixando por encaminhamentos a pactuação de Grupo Técnico de óbitos materno e infantil. Além do mais, há divulgação e discussão do monitoramento dos óbitos materno, infantil, fetal e de mulheres em idade fértil investigados, o que demonstra uma preocupação com os indicadores de mortalidade e suas causas.

Em ata do ano de 2015, foi discutida a necessidade de revisão das pactuações da Rede Cegonha e de encaminhamentos para construção do Centro de Parto Normal na região. Foi colocada a necessidade de formação do Grupo Condutor da Rede Cegonha, que, em reunião seguinte, foi instituído por livre escolha e aprovado por todos os presentes. Em 2016, proposto pelo nível central (SES), foram discutidos em reunião a Rede Materno-Infantil da X Região de Saúde e os recursos financeiros para sua implantação. Houve questionamentos, principalmente no quesito financiamento, o que resultou, como encaminhamento, a formação de Grupo Técnico para discutir a Rede Materno-Infantil da região, acordado por todos os presentes. No entanto, até o fim do ano de 2016 não está relatada a formação desse grupo. Percebe-se que o Grupo Condutor da Rede Cegonha, como um espaço de governança clínica, já está instituído e, mesmo assim, é colocada, como necessidade, a formação de um grupo técnico que discuta a Rede Materno-Infantil da região.

Além do mais, não estão relatados nas atas quaisquer deliberações ou encaminhamentos do Grupo Condutor da RC após sua formação. Ainda no ano de 2016 foi pactuado o Fórum Materno-Infantil na X Região de Saúde, assim como o recomendado pela Portaria nº 1.459, Art. 8, Fase 2 - Da operacionalização da RC (2011c). Na mesma ata, foi aprovada a oferta de Curso de Pré-natal de Baixo Risco, Puerpério e Puericultura, tendo como ator proponente a X Gerência Regional de Saúde. A possível indução estadual no processo decisório da CIR é um dos problemas encontrados em vários estudos (VASCONCELOS, 2005; BARRIOS, 2009; IANNI *et al.*, 2012; SOUZA; SOUZA, 2017) que pode interferir na autonomia municipal e regional. Neste estudo, pode-se inferir essa indução pela adesão não voluntária a muitos programas e estratégias federais, como a própria Rede Cegonha (ou outras, como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE, etc.), de grande importância para a saúde, mas que na maioria das situações encontradas não consegue operacionalizar-se na realidade localregional.

Mostra-se imprescindível, portanto, para o avanço da Rede Regional Integrada, que o tema Rede Cegonha esteja presente na agenda política decisória da região. E, para que isso ocorra, os gestores precisam ampliar suas capacidades de intervenção, ao extrapolar resultados preconizados e saídas padronizadas, a fim de singularizar respostas mediante condições singulares (BARRIOS, 2009). Conforme Nascimento (2007), a dificuldade de implantar ações regionais, que congreguem o conjunto de municípios, deriva das relações perpassadas pelo conflito e agravadas pelas diferenças partidárias. E, embora a regionalização tenha facilitado a implantação de Redes Assistenciais, a pactuação em instâncias de governança para compartilhamento de poder, informações, recursos e responsabilidades ainda tem se mostrado um desafio para os gestores (BRASIL, 2011a). A partir da frequência dos secretários municipais de saúde, foi possível analisar a rotatividade deles, com ênfase nos anos 2012, 2014 e 2016, por terem sido anos eleitorais. Essa análise identificou uma rotatividade igual a 2 ($n=2$) em quatro municípios; outros quatro municípios apresentaram grande rotatividade com número maior ou igual a 3 ($n \geq 3$); enquanto em outros quatro municípios não houve mudança de secretário ($n=0$). Ressalta-se, portanto, a dificuldade em formar quadro de gestores e técnicos qualificados, devido à grande rotatividade de gestores das secretarias (SILVEIRA *et al.*, 2016). Muitas vezes, essa rotatividade se dá em função de eleições ou questões político-partidárias, o que precariza os vínculos de trabalho e a condução do processo de regionalização, levando à descontinuidade de ações e serviços de saúde (KEHRIG *et al.*, 2015). Medeiros *et al.* (2017, p. 133), em estudo de caso sobre a governança em região de pequenos municípios, apontaram como potencialidades da CIR a possibilidade de articulação entre os municípios e o favorecimento da participação dos gestores municipais. Em contrapartida, afirmaram que tais potencialidades não estão plenamente desenvolvidas, devido à capacidade limitada de articulação dos gestores envolvidos.

No contexto deste estudo, muitas discussões sobre a Rede Cegonha relativas à garantia de ações e serviços de saúde e a consórcios municipais ou microrregionais estão sendo novamente realizadas,

devido à mudança no quadro de gestores. Portanto, é inegável que a CIR representa um fórum potencial de debates e construção de estratégias de governança regional, capaz de expandir o diálogo com diferentes atores numa perspectiva de ampliação da capacidade de governança para permitir o desenvolvimento e aprimoramento das relações intergovernamentais (BARRIOS, 2009; KISHIMA *et al.*, 2012; SILVEIRA *et al.*, 2016).

Em suma, conclui-se que a X Região de Saúde, segundo tipologia proposta por Lima *et al.* (2012), apresenta uma governança do tipo conflitante, em que a relação entre os atores é tensa e marcada por posições políticas antagônicas, com baixa capacidade de coordenação e com institucionalidade intermediária. Fica evidente, portanto, que a maturidade regional e a integração entre os atores ainda não se consolidaram ou são incipientes, mas que há indicativos nessa direção (ALBUQUERQUE; MELLO, 2011; LIMA *et al.*, 2012; SANTOS, 2013).

Situação de morbimortalidade materno-infantil

De acordo com os dados do SINASC, coletados na X Geres, os nascimentos ocorridos em todos os municípios da X Região de Saúde se mantiveram em números próximos ao longo dos cinco anos pesquisados (gráfico 1), apresentando redução ao se considerar o primeiro (n=2.932) e o último ano (n=2.538). O município onde ocorrem mais nascimentos é também o município mais populoso e sede da X Região de Saúde. A tendência de redução do número de nascimentos no Brasil é uma realidade já confirmada em estudo (BRASIL, 2012), assim como a tendência de redução das taxas de fecundidade. Logo, acompanhar essa tendência e as características da natalidade é fator relevante para o dimensionamento das demandas do setor saúde.

É importante lembrar que Pernambuco foi um dos epicentros da emergência da Zika a partir de novembro de 2015 e que, posteriormente, tal fato inibiu muitas mulheres de engravidarem. Por outro lado, pesquisas do IBGE têm identificado relação entre crise, desemprego e nascimentos. Dessa forma, tanto a crise política quanto a crise

econômica aparecem como fatores significativos para o aumento ou diminuição dos nascimentos (FRANCO, 2017). Os nascimentos ocorridos na faixa etária de risco materno (10-14; 15-20; 41-50 anos), na X Região de Saúde, apresentaram um percentual de 28%. A predominância ocorreu na faixa etária de 15-20 anos, com significativa redução dos nascimentos ao longo dos anos, paralela a um expressivo aumento de nascimentos na faixa etária madura de n=35 em 2012 para n=53 em 2016. Importante estar atento aos problemas mais frequentes encontrados no recém-nascido de jovens mães, que tendem a ser baixo peso ao nascer, prematuridade e anóxia, paralelamente àqueles de mães mais maduras, com maiores chances de anomalias de crescimento fetal e cromossômicas (GUIMARÃES, 2015; XIMENES; OLIVEIRA, 2012), corroborando os achados de prematuridade e causa do óbito infantil, apresentados mais adiante. O número de prematuros (nascidos vivos com idade gestacional menor que 37 semanas), assim como o dado anterior, apresentou uma proximidade de valores com tendência de redução até o ano de 2015, com aumento expressivo em 2016.

A prematuridade é um dado preocupante, à medida que a mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros. Ademais, o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, o que aumenta consideravelmente a pressão econômica associada a esses nascimentos (KENNER, 2001; RAMOS; CUMAN, 2009). Torna-se maior a complexidade por se tratar de uma região na qual nenhum dos municípios possui leitos para o atendimento à gestante de alto risco, Leito Canguru, UTI ou UCI neonatal e UTI adulto. Não obstante, os achados sobre o percentual de partos cesáreos realizados na região demonstram um alto número de ocorrências (>60%) em comparação ao total de partos hospitalares. Segundo Padilha *et al.* (2013), números elevados de partos cesáreos têm influência do modelo de assistência obstétrica adotado, fatores culturais, condições socioeconômicas e de saúde da gestante, disponibilidade de recursos especializados (tecnologias e serviços) e alusão ao afastamento da dor e do sofrimento. Considerando que muitos desses casos sejam influenciados pela realização de partos sem indicação

precisa, acredita-se que uma redução deles também reduza a taxa de prematuridade (gráfico 2).

Em contrapartida, percentuais elevados ainda podem significar uma concentração de partos considerados de alto risco (ENSP/FIOCRUZ, 2016). Para se chegar a essa conclusão, os partos cesáreos teriam que apresentar indicação precisa, mas tal análise foge dos objetivos deste estudo. A mortalidade materna, dentro da faixa etária analisada (10-14; 15-19; 20-24 anos) e período (2012-2016), na X Região de Saúde, apresentou o número absoluto de uma morte materna. Na faixa etária de 20-29 anos, por complicações indiretas à gravidez, parto e puerpério, no ano de 2013 no município-sede da região, houve causa definida pela CID 10 como “Doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, o parto e o puerpério”. No entanto, por se tratar de uma região de saúde composta por municípios de pequeno porte, os resultados desse indicador podem apresentar dificuldades de interpretação.

Uma alternativa a esse problema, segundo Soares *et al.* (2001), é realizar a análise dos dados em série de anos ou grupo de municípios. Sendo assim, com um total de 13.810 nascidos vivos, numa série de 5 anos (2012-2016), a X Região de Saúde (composta por 12 municípios) apresentou um coeficiente de mortalidade materna de 1,5 para 10.000 NV. E, ainda assim, existem limitações nos parâmetros desse indicador relativas à subnotificação das mortes maternas e declaração inexata da causa nos atestados de óbito. No Brasil, a cobertura tem se mostrado boa em capitais e cidades de médio e grande portes. Entretanto, em áreas menos populosas, como regiões Norte e Nordeste, os dados podem não corresponder à realidade (BRASIL, 2008a). Com efeito, esse indicador se torna comprometido para análises mais profundas, em especial em regiões menos populosas e menos desenvolvidas, como é o caso da região analisada neste estudo (BRASIL, 2008a; LAURENTI *et al.*, 2004).

A mortalidade infantil, na X Região de Saúde, apresenta baixas taxas (menor que 20) na maioria dos municípios. Desse caso, excetuam-se três municípios com taxas médias (20-49): o município sede da região, que apresentava redução até 2015 e disparou com taxa de $n=22$ em 2016; o terceiro município mais populoso, com taxa de $n=20$; e um

município menos populoso, com a maior taxa (n=39) no último ano. Além disso, quatro municípios da região apresentaram coeficiente de mortalidade infantil zerado no ano de 2016, mas não foi possível relacionar esse dado com uma melhora, ou não, da assistência à saúde materna e infantil deles. Acresce-se o fato de que o cálculo direto da taxa de mortalidade infantil, a partir de dados derivados de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subenumeração de óbitos infantis e de nascidos vivos, principalmente no Norte e Nordeste (BRASIL, 2008a). Por conseguinte, através da análise das taxas de mortalidade neonatal (precoce [0-6 dias], tardia [7-27 dias]) e pós-neonatal (28-364 dias) paralelamente à infantil (menores de 1 ano), da X Região de Saúde, observou-se redução até o ano de 2015 e aumento considerável no ano de 2016 (gráfico 3).

Altas taxas de mortalidade infantil podem refletir baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida, assim como reduzidas taxas podem encobrir más condições de vida em segmentos mais vulneráveis da sociedade (BRASIL, 2008a). Atualmente, o principal componente da mortalidade infantil é o neonatal precoce (0-6 dias), pois grande parcela das mortes infantis acontece nas primeiras 24 horas, revelando uma estreita relação com a atenção ao parto e nascimento (LANSKY *et al.*, 2014; FRANÇA e LANSKY, 2016). Neste estudo, a taxa de mortalidade neonatal precoce supera a neonatal tardia e a pós-neonatal em todos os cinco anos analisados, responsável por 51% das mortes infantis.

Ao analisar os grupos de causas de óbitos em menores de um ano, entre 2012 e 2016, baseando-se nos capítulos da CID 10, é possível observar que as afecções perinatais se mantêm como a primeira causa e as anomalias congênicas aparecem em segundo lugar, cenário que se mantém desde 1999 (BRASIL, 2009; OMS, 2017). Tal observação corrobora os dados anteriormente apresentados sobre prematuridade e nascidos vivos de mães em idades de risco, lembrando que os efeitos ao recém-nascido podem ser graves e demandar uma maior atenção e gasto do sistema de saúde (GUIMARÃES, 2001; KENNER, 2001; RAMOS; CUMAN, 2009; XIMENES; OLIVEIRA, 2012). Dessa forma, segundo a

Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde (MALTA *et al.*, 2007), à exceção do capítulo XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte), que trata de causa mal definida, todos os outros óbitos infantis ocorridos na X Região de Saúde poderiam ter sido evitados por ações de imunoprevenção; atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido; adequado diagnóstico e tratamento; e promoção da saúde vinculada a ações de atenção à saúde (MALTA *et al.*, 2007; BRASIL, 2009).

Considerações finais

É importante salientar que este estudo não tem a pretensão de esgotar as inúmeras possibilidades de análise que suscita o estudo da governança regional, do qual apenas alguns recortes foram objeto de reflexão, diante de um processo ainda recente de mudanças no modo de conduzir a política de saúde no nosso país em Rede Regional. Podemos destacar como fatores que influenciam negativamente a institucionalidade da governança regional da RC a rotatividade dos gestores atrelada a questões político-partidárias na condução do processo; e principalmente a ausência do tema na agenda política decisória da região.

Por outro lado, a assiduidade e o compromisso com a realização das reuniões da CIR nos permitem inferir a importância desse espaço de negociação e pactuação entre os gestores da região. O pouco detalhamento na transcrição das atas, contudo, pode gerar uma impressão de normatividade das reuniões, mas certamente é um indicador de governança incipiente. Dentre os assuntos pertinentes ao componente Parto e Nascimento, tiveram destaque as pautas sobre a Rede Materno-Infantil; a formação do Grupo Condutor da Rede Cegonha Regional, do Grupo Técnico da Rede Materno-Infantil; e a Pactuação do Fórum Materno-Infantil. Entretanto, sem a presença de encaminhamentos e deliberações.

O Plano de Ação Regional da Rede Cegonha apresentou uma necessidade de revisão e atualização de seus dados, pactuações, visto que, passados cinco anos, as propostas e o desenho pactuado de rede não se

tornaram realidade. Conseqüentemente, nenhuma das fases da Rede Cegonha alcançou 100% de operacionalização. Ademais, o aprofundamento do tema, através dos Grupos Técnicos e do próprio Grupo Conductor da Rede Cegonha, pode incrementar a capacidade de tomada de decisões e proporcionar uma ampliação da discussão do tema na região.

Os indicadores locorregionais de morbimortalidade materno-infantil apresentam uma região com promissora redução das taxas de mortalidade infantil, mesmo que alguns municípios tenham contrariado essa perspectiva no último ano (2016). A mortalidade materna apresentou um dado satisfatório, com apenas um óbito em cinco anos, porém, devido às limitações dos parâmetros desse indicador, relativas à subnotificação das mortes e declaração inexata da causa nos atestados de óbito, este estudo não pode afirmar com precisão o valor desse dado.

Partindo do pressuposto de que a região e a macrorregião não apresentam suficiência de leitos obstétricos, para realização de partos de risco habitual ou de alto risco, uma dificuldade operacional que se destaca, no segmento da atenção secundária à saúde, é a necessidade de maior aporte de serviços e recursos humanos especializados para prestação da assistência à saúde da gestante e do recém-nascido. A realidade é que os partos cesáreos se revelam em altos índices, agravados pelos nascimentos prematuros.

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

Referências

ALBUQUERQUE, M. V.; MELLO, G. A.; IOZZ, F. L. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros: Regionalização e relações

federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 117-173.

BARRIOS, S. T. G. *Micropolítica e gestão regionalizada da saúde: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do Estado do Rio Grande do Sul*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 29 de junho de 2011a.

BRASIL. *Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2008a. p. 349.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. 2. ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília, 2012.

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

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

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

BRASIL. Resolução MS/ANVISA nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de

Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União*, Seção I, Col. 1, p. 45, 09 de julho de 2008b.

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

COSTA, A. M.; SANTOS, F. P. O processo da construção de Redes de Atenção à Saúde. *Revista Divulgação em Saúde para debate*, n. 52, p. 220, 2014.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. Saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

ENSP/FIOCRUZ. *Taxa de bebês prematuros no país é quase o dobro do que em países da Europa*. Rio de Janeiro, 7 dez. 2016.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. L. M.; KRONEMBERGER T. S.; ZANI F. B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*, v. 28, n. 6, 2010.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: REDE INTERAGENCIAL PARA SAÚDE (Org.). *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. p. 85-112.

FRANCO, L. Zika e crise derrubam nascimentos no país. *Folha de São Paulo*, São Paulo, Caderno Cotidiano, 14 nov. 2017.

GIOVANNI, M. D. *Rede Cegonha: da concepção à implantação*. 99 p. Monografia (Especialização) – Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2014.

GUIMARÃES, E. M. B. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. *Pediatria Moderna*, n. 37, Ed. Especial, p. 29-32, 2001.

HUFTY, M.; BÁSCOLO, E.; BAZZANI, R. Gobernanza em salud: un aporte conceptual y analítico para La investigación Governance in health:

a conceptual and analytical approach to research. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. S35-S45, 2006.

IANNI, A. M. Z.; MONTEIRO, P. H.; ALVES, O. S.; MORAIS, M.L.; BARBOZA, R. Metropolitan and regional health planning: dilemmas of the Pact for Health in the Baixada Santista Metropolitan Area, São Paulo State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 5, p. 925-934, 2012.

KEHRIG, R. T.; SOUZA, E. S.; SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 107, p. 948-961, 2015.

KENNER, C. A. *Enfermagem neonatal*. 2. ed. [S.l.]: Reichmann e Affonso, 2001. 375 p.

KISHIMA, V. C.; ZANATTA, C. L.; JÚNIOR, A. E. O Colegiado de Gestão Regional como estratégia para aprimorar as relações intergovernamentais e fortalecer o Sistema Único de Saúde. In: ENCONTRO DA ANPAD, 36., Rio de Janeiro, 2012.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; SILVA, A. A. M.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, D. A. S.; CARVALHO, M. L.; FRIAS, P. G.; CAVALCANTE, R. S.; CUNHA, A. J. L. A Birth in Brazil survey: neonatal mortality profile, and maternal and child care. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, p. 192-207, 2014.

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

LIMA, L.; VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V.; ALBUQUERQUE, M. V.; OLIVEIRA, R. G.; IOZZI, F. L.; SCATENA, J. H. G.; MELLO, G. A.; PEREIRA, A. M. M.; COELHO, A. P. S. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2012.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C.; ALMEIDA, M. F.; DIAS, M. A. S.; NETO, O. L. M.; MOURA, L.; FERRAZ, W.; SOUZA, M. F. M. Lista de causas de mortes

evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 16, n. 4, p. 233-244, 2007.

MEDEIROS, C. G.; SALDANHA, O. M. F. L.; GRAVE, M. T. Q.; KOETZ, L. C. E.; DHEIN, G.; CASTRO, L. C.; SCHWINGEL, G.; SANTOS, M. V. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. *Saúde e Sociedade*, v. 26, p. 129-140, 2017.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. In: SAÚDE: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORSE, M. L.; FONSECA, S. C.; BARBOSA, M. D.; CALIL, M. B.; EYER, F. P. C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 4, p. 623-638, 2011.

NASCIMENTO, V. B. *SUS: pacto federativo e gestão pública*. São Paulo: Hucitec, 2007.

PADILHA, J. F.; TORRES, R. P. P.; GASPARETTO, A.; FARINHA, L. B.; MATOS, K. M. Parto e idade: características maternas do estado do Rio Grande do Sul. *Revista Saúde*, Santa Maria, v. 39, n. 2, p. 99-108, 2013.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

RONDINELLI, D. A. Government Decentralization and Economic Development: The Evolution of Concepts and Practices. In: OTENYO, E. E.; LIND, N. S. (Eds.). *Comparative Public Administration (Research in Public Policy Analysis and Management)*. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, 2006. v. 15, p. 43-445.

SANTOS, A. M. *Gestão do Cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista/BA: desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde*. Tese

(Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

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

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, M. G. M.; COSTA, M. G. L.; LIMA, R. H. P. Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate. In: ALMEIDA P. F.; SANTOS A. M., SOUZA M. K. B. (Orgs.). *Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: Edufba, 2015. p. 65-88.

SILVEIRA, R. M.; SANTOS, A. M.; CARVALHO, J. A.; ALMEIDA, P. F. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 853-878, 2016.

SOARES D. A.; ANDRADE, S. M.; CAMPOS, J. J. B. *Epidemiologia e indicadores de saúde*. Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL, 2001. p. 183-210.

SOUZA. M.; SOUZA, M. *Regionalização em Saúde e Colegiados/Comissões de Gestão: dinâmica, contribuições, potencialidades e desafios*. Atas - Investigação Qualitativa em Saúde, v. 2, 2017.

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

VIANA, R. C.; NOVAES, M. R. C. G.; MP CALDERON, I. Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. *Comun. Ciênc. Saúde*, v. 22, Sup. Esp. 1, p. 141-152, 2011.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO C. A.; BARROS F. C.; SZWARCOWALD C. L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*, p. 32-46, 2011.

XIMENES, F. M. A.; OLIVEIRA, M. C. R. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 17, n. 2, p. 56-60, 2012.

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

7

Institucionalidade da Comissão Intergestores Regional em duas regiões de saúde do estado de Pernambuco e sua forma de atuação na condução do Programa Rede Cegonha

Anderson Danilo Dario Lima
Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Sydia Rosana de Araújo Oliveira
Hélder Freire Pacheco

Introdução

A atenção à mulher e à criança demandada pelos usuários do SUS, tanto no campo específico da saúde quanto em ações intersetoriais, conferiu resultados positivos na melhoria dos indicadores das mortalidades materna e infantil no Brasil. Todavia, esse processo tem ocorrido de forma gradual e heterogênea no vasto território nacional, o que, por sua vez, figura-se como reflexo de uma complexa relação entre determinantes sociais da saúde; acesso a ações e serviços de saúde; e como a esfera pública e a sociedade civil têm se posicionado quanto a essa demanda social (Victora *et al.*, 2011). Apesar dos avanços, os indicadores de saúde dessa população-alvo objeto dos programas governamentais apresentam grandes desafios para atingir patamares compatíveis com países de renda alta, sobretudo quanto à saúde do binômio materno-fetal.

Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2011, a Rede Cegonha (RC), como estratégia de organização da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e da criança até os 24 meses de idade, com ênfase no cuidado neonatal (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014). Essa proposta de rede integrada de serviços é permeada pelas reflexões do Relatório Dawson sobre a análise dos sistemas fragmentados de saúde e de suas alternativas de enfrentamento, por meio da busca pela maior articulação na organização do cuidado mediante as necessidades de saúde da população, integrando os serviços curativos e preventivos, mediados por profissionais dos centros primários (SILVA, 2011).

Preconiza-se que a RC seja planejada e implementada a partir das decisões colegiadas dos gestores públicos municipais de saúde no espaço decisório da Comissão Intergestores Regional (CIR). Logo, busca romper as barreiras municipais para um contexto territorial da região de saúde (RS) e alcança, potencialmente, a integralidade das

ações e serviços no âmbito da macrorregião de saúde. Todavia, diante dos conflitos de interesses naturais à arena da saúde, salienta-se a necessidade de que as decisões ocorram por meio de processos de pactuação dentro da estrutura de governança regional, definindo os rumos da política de saúde no âmbito localregional (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Partindo da compreensão do posicionamento estratégico da saúde materna e infantil em acordos nacionais e internacionais, bem como da quantidade de recursos financeiros da União descentralizados e destinados à RC (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014), este capítulo tem como objetivo realizar uma análise da institucionalidade da CIR em duas Regiões de Saúde do estado de Pernambuco e compreender a Rede Cegonha como objeto do processo decisório em saúde localregional.

Método

Trata-se de um estudo de caso que utilizou o referencial da análise de políticas públicas e do neoinstitucionalismo histórico na definição de uma narrativa sobre os padrões decisórios adotados pelos atores e dos condicionantes internos e externos do desenvolvimento da política, como apontam Baptista e Rezende (2011). A pesquisa apresenta dois domínios de análise, a saber: 1 - estrutura e dinâmica de trabalho das Comissões Intergestores Regionais; e 2 - Rede Cegonha como objeto do processo decisório da CIR.

Como técnica de coleta de dados, adotou-se a análise documental das atas das reuniões plenárias, compreendendo esse documento oficial como o registro do processo de governança regional, listas de frequência das plenárias da CIR, Plano de Ação da Rede Cegonha e regimento interno da CIR.

O recorte temporal foi o de janeiro de 2013 a dezembro de 2016, período no qual o processo de implantação da RC havia sido descentralizado pelo Ministério da Saúde (MS). A análise documental, nesta pesquisa, foi utilizada, tanto de coleta de dados como técnica de análise dos dados. Para tanto, foram seguidas duas etapas: localização,

seleção e análise crítica dos documentos; e revisão dos dados, apresentação dos dados e conclusões (CALADO; FERREIRA, 2005).

A VIII e a IX Regiões de Saúde, recorte territorial do estudo, estão localizadas no extremo oeste do estado de Pernambuco, apresentando como municípios-sede Petrolina e Ouricuri respectivamente. Tal território tem apresentado, no contínuo histórico, persistência de elevados indicadores de mortalidade infantil, o que o tem posicionado como prioridade governamental estadual na implantação de ações e serviços de saúde voltados à mulher e à criança.

Resultados e Discussão

A coleta das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIR e listas de frequência ocorreu *in loco* e pelo envio de cópias digitalizadas via e-mail. Dessa forma, o universo amostral dessa etapa do estudo se deu com 38 atas (34 reuniões ordinárias e 4 reuniões extraordinárias) para a VIII Região de Saúde e 43 atas (40 reuniões ordinárias e 3 reuniões extraordinárias) para a IX Região de Saúde. Elas estão identificadas no corpo do texto de acordo com a região de saúde (VIII Região de Saúde, VIIIIRS; IX Região de Saúde, IXRS) e natureza da plenária (Reunião Ordinária, RO; Reunião Extraordinária, RE).

Em ambas as regiões, observam-se similaridades na estrutura básica de organização das atas das reuniões do colegiado, sendo possível a identificação de elementos envolvidos no processo de condução da política de saúde regional, dos quais podem ser salientados ator responsável pela coordenação da reunião, proponente da discussão, conteúdo das pautas, processo de discussão, encaminhamentos posteriores às discussões, bem como seus prazos e responsáveis. Como instrumentos de formalização das discussões, temos as resoluções e ofícios.

Nesse panorama, deve-se salientar que as atas da VIII Região de Saúde apresentaram maior detalhamento na descrição, em todo o recorte selecionado, incluindo até o posicionamento que os diversos atores presentes na reunião adotavam no decorrer das discussões. Realidade um pouco diferente para os documentos coletados junto à IX Região

de Saúde, que, por sua vez, realizou a descrição de forma resumida, incluindo aspectos mais centrais do processo de discussão, entretanto não inviabilizando a validade do documento como fonte de dados.

Pode-se evidenciar o caráter mensal quanto à frequência das reuniões ordinárias, achado que corroboram os estudos de Vianna e Lima (2013), Kehrig, Souza e Scatena (2015), ao analisarem a implantação e processo de trabalho dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) no estado do Rio de Janeiro e a gestão em uma região de saúde no estado do Mato Grosso do Sul respectivamente. As reuniões ocorreram, mais proeminentemente, a partir do mês de fevereiro de cada ano, com regularidade mensal até o mês de dezembro.

Seguindo o regimento interno, a plenária da CIR pode ser iniciada logo que haja o quórum de secretários municipais de saúde (SMS) da respectiva RS, ou seja, metade dos secretários municipais mais um. As reuniões podem ocorrer sem o quórum de gestores municipais, entretanto nesses casos não há poder deliberativo. Já as reuniões extraordinárias ocorrem a depender das necessidades percebidas pelos atores locorregionais de discussões de temas estratégicos para a região de saúde (IXRS-RO).

Apesar de as reuniões extraordinárias serem posicionadas como aquelas com menor número de pautas informativas e o maior número de pautas deliberativas, nem sempre há pactuações nesses momentos quando a pauta central é referente aos aspectos de financiamento e/ou reorganização dos serviços de média e/ou alta complexidade de âmbito regional (VIIIRS-RE), devido, entre outros aspectos, ao fato de a maior oferta de serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar ser realizada por um serviço sob a administração indireta da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Nessas situações, a plenária comumente solicita a presença dos profissionais da SES nas pactuações (IXRS-RE e VIIIRS-RO) e o próprio acesso ao contrato que rege a relação entre os envolvidos (IXRS-RO). Tal contexto pode ser compreendido como um impasse ao processo de regulação das ações e serviços do prestador privado pela plenária que, sob o ponto de vista de gestão da saúde, está mais próximo do

território que demanda o cuidado e possivelmente com maiores subsídios para a reorientação das ações do prestador às peculiaridades sanitárias locais e regionais.

Para Kissler e Heidemann (2006), “os atores locais e regionais desenvolvem ação conjunta movidos pela expectativa de que conseguem avaliar melhor os problemas de sua região do que os atores nacionais ou estaduais”, entretanto a ausência de poder deliberativo sob o prestador privado se apresenta como um fator limitante desse processo de regulação pública sobre o agente privado na perspectiva da governança regional.

No panorama do incongruente federalismo brasileiro, as políticas sociais trazem consigo as mazelas decorrentes do forte caráter centralizador nacional (LIMA, 2005). Assim, pensar no exercício da autonomia dentro do sistema de governança de uma RS infere a necessidade de descentralização de poder decisório e administrativo sobre a imagem, objetivo do processo de regionalização, que é a negociação e pactuação daqueles serviços de saúde de maior complexidade tecnológica e maiores custos econômicos, passíveis aos preceitos da teoria da economia de escala. Tal descentralização legitima o espaço da CIR como ambiente de decisão e contratualização de uma RS entre os atores locais e regionais.

Na estrutura das listas de frequência das reuniões, documento essencial na estruturação do perfil dos atores que têm participado das discussões, são preenchidas as seguintes características pessoais dos sujeitos: nome completo, função, local de residência e endereço pessoal de contato, e-mail e/ou telefone celular. Leva-se em consideração a importância da diversidade de interesses postos e defendidos pelos diversos atores locais e regionais, analisando-se essa categoria de forma ampla e abrangendo-se o perfil de atores que participam das plenárias do colegiado por reunião/ano em números absolutos, como também afirmam Kishima, Zanatta e Escrivão Júnior (2012).

Ainda nessa perspectiva, para Martins (2011), em seu movimento de busca por maior clareza e definição do conceito e dinâmica do que seria governança pública, a categoria “atores” refere-se ao “com quem”

ocorre o processo de governança, ou seja, agentes públicos, privados, beneficiários. Essa categoria de análise se soma ao aspecto do “como” ocorre o processo de governança contido, por sua vez, em um dos cinco componentes analisados e discutidos pelo autor, a saber: “Coprodução”.

Dessa forma, observou-se diversidade de atores sociais presentes nas reuniões do colegiado, em ambas as Regiões de Saúde, para além dos membros com poder de voz e voto, de acordo com o regimento interno, como os secretários municipais de saúde. Contexto alinhado aos achados de Vianna e Lima (2013), que, a partir de entrevistas realizadas com os coordenadores das plenárias dos Colegiados de Gestão Regional, salientaram a presença de prestadores privados, representantes dos consórcios locais, instituições de ensino e pesquisa e conselheiros de saúde.

No estudo de Silveira Filho *et al.* (2016), partindo da perspectiva da análise da forma, pela qual a temática da regulação de serviços de saúde é abordada pelos atores da CIR e seus possíveis encaminhamentos, observou-se a presença de uma heterogeneidade de atores nas plenárias, a saber: técnicos e assessores municipais de saúde, técnicos regionais, representantes de instituições de ensino e dos prestadores de serviço locais.

Quando somados, apresentaram maior quantitativo de membros presentes nas plenárias do que o total de atores com poder de voz e voto. Os autores justificam esse cenário como sendo necessário para o aprofundamento em temáticas que são objeto do processo de trabalho na plenária, como assinalam Silveira Filho *et al.* (2016), logo, com maiores subsídios técnicos, podendo ampliar as reflexões sobre alternativas aos diversos impasses e demandas locais para efetivação do cuidado em saúde.

Ambos os contextos supracitados, referentes às categorias encontradas, como também a relação quantitativa entre membros formais e informais, corroboram os achados nas duas Regiões de Saúde aqui analisadas. Nelas, é enfatizada a necessidade de que os gestores municipais de saúde selecionem, de acordo com os assuntos presentes na pauta, aqueles técnicos municipais que conheçam mais profundamente a

temática a ser discutida no colegiado, com destaque para atenção à saúde, vigilância e planejamento em saúde.

Há forte representatividade das categorias técnico regional e técnico municipal em ambas as Regiões de Saúde. Esse contexto pode estar associado, em parte, à própria caracterização do conteúdo das pautas das reuniões, que é proeminentemente de caráter informativo vinculado a demandas burocráticas e administrativas do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde.

Foram observadas, em ambas as Regiões de Saúde, dificuldades de adesão do gestor público municipal às reuniões da plenária. Tal realidade pode ser constatada ao se observar que na IX Região de Saúde, em todo o período analisado, não houve participação de 100% dos secretários municipais de saúde. O maior quantitativo de presença alcançado foi de 10 gestores, e o menor, de 4, esta última caracterizando uma reunião sem poder deliberativo. Na VIII Região de Saúde, ocorreram reuniões com participação de 100% dos gestores municipais de saúde, ou seja, 7 gestores públicos municipais e o quantitativo mínimo de 4 secretários municipais de saúde.

A baixa adesão, compreendida neste estudo como as seguidas ausências e atrasos às reuniões da CIR, bem como a própria participação limitada em demandas de aspecto municipal, também foi evidenciada nos estudos de Santos e Giovanella (2014), Vianna e Lima (2013). Segundo os autores, esse fato tem indo de encontro às possibilidades de fortalecimento do processo decisório em um contexto de cooperação interfederativa.

Realidade distinta foi encontrada por Barrios (2009) ao realizar um estudo de caso partindo da análise da micropolítica e processo de trabalho do colegiado regional em uma RS do estado do Rio de Janeiro: foram evidenciadas mudanças cíclicas na frequência de gestores municipais às plenárias. Entretanto, esses valores se mantiveram superiores à frequência das representações estaduais no colegiado.

A baixa adesão dos gestores públicos municipais, no âmbito das Regiões de Saúde no qual este trabalho se debruça, limitou as discussões e possíveis encaminhamentos da plenária, sendo necessária

a retomada dos mesmos assuntos em reuniões nas quais houvesse maior adesão de gestores municipais. Em momentos pontuais, o coordenador da plenária disparava a discussão sobre a necessidade de maior frequência e participação dos gestores municipais.

Como alternativa, visando dirimir essa realidade, é solicitado o envio de uma comunicação oficial sobre os motivos que levaram o secretário de saúde a se ausentar da reunião (IXRS-RO), ou ainda uma comunicação institucional aos prefeitos municipais sobre a frequência dos gestores públicos municipais às plenárias (IXRS-RO). Em contrapartida, é posicionada por gestores a dificuldade de deslocamento dos seus municípios de residência até o município-sede da região de saúde para participação nas reuniões do colegiado (VIIIIRS-RO).

A análise da atuação de gestores municipais de saúde no processo de condução de uma política pública inclui reflexões sobre a própria autonomia ou, ainda, autonomia relativa conferida a esses atores sociais, perante as demandas de atenção à saúde municipal. Portanto, sob a perspectiva do financiamento da política de saúde, há fortes limitações de atuação, por um lado da própria vinculação federal dos recursos e, por outro, pelo fato de os recursos próprios municipais já se apresentarem fortemente vinculados ao pagamento dos recursos humanos (LIMA, 2005).

Somam-se a esse contexto as prerrogativas referentes à natureza do vínculo empregatício do gestor que, semelhante às diversas categorias e funções na gestão pública, são destituídas de uma política de gestão do trabalho (ALMEIDA *et al.*, 2016) e ainda permeadas pelas influências do poder executivo municipal, que apresenta um mandato eletivo e poder de sancionar as decisões dos secretários municipais de saúde (LOTUFO; MIRANDA, 2007).

Para Santos e Giovanella (2014), a baixa autonomia dos gestores municipais de saúde em relação ao executivo municipal tem influenciado as decisões e posicionamentos deles no contexto do planejamento de cunho regional, no qual se observa maior ênfase e participação em discussões restritas às barreiras político-administrativas municipais do que sobre as temáticas de regionalização.

Na categoria referente à relação quantitativa entre pautas de caráter informativo e pautas que envolvem deliberações, evidenciou-se que, em ambas as regiões de saúde analisadas, a caracterização do espaço da CIR é como um ambiente de comunicação e orientação dos atores regionais, principalmente aos secretários municipais de saúde e técnicos municipais, quanto a leis e portarias ministeriais ou estaduais que demandam dos atores locais o cumprimento de determinadas ações. Já o não cumprimento geralmente se associa à diminuição ou à interrupção de transferências de recursos.

Tal cenário, no qual a CIR tem se caracterizado como ambiente informativo em detrimento do deliberativo, também foi um achado presente no estudo de Kishima, Zanatta e Escrivão Júnior (2012), ao analisarem as relações interfederativas, partindo da análise documental das atas e de entrevistas com atores estratégicos de um Colegiado de Gestão Regional em São Paulo. Os autores elucidaram que, no recorte temporal estabelecido para o estudo, de 2007 a 2010, 60% do conteúdo das pautas eram informativos e a compressão do “caráter predominante das reuniões é informativo” esteve presente no discurso dos entrevistados pelos pesquisadores.

Apesar do forte potencial do espaço da CIR, como ambiente de estreitamento das relações interfederativas entre os gestores municipais e demais atores locais, e do posicionamento estratégico que o compartilhamento de informações tem para estimular a horizontalidade das relações interfederativas com vistas ao alcance dos objetivos propostos no planejamento da política de saúde (SERPA, 2013), deve-se compreender que esse espaço também é de decisão colegiada, não devendo essa atribuição, por fatores estruturais da não descentralização de recursos para se negociar regionalmente, dirimir o potencial de discussão e planejamento sob a ótica da região de saúde.

Salienta-se ainda que, para tais demandas verticais, as duas RS estudadas estão orientadas sob a perspectiva da administração pública municipal e não sob a ótica de ações e etapas a serem cumpridas pelo conjunto dos atores regionais em uma diretriz de solidariedade e cooperação interna à região de saúde. Quando isso se soma aos achados

de categorias supracitadas neste estudo, fortalece o caráter indutor que as demandas verticais (advindas do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde), sob a ótica exclusiva e isolada do município, têm diante da fragilização do pensamento e planejamento sobre a perspectiva da RS.

No tocante às deliberações, menos frequentes, quando elas ocorrem, versam sobre a implantação e redistribuição intrarregional de leitos de retaguarda, na perspectiva da distribuição de cotas por município; aprovação de relatório/atas da CIR; formação e alteração de Grupos Condutores (GC); avaliação de projetos de implantação de serviços na atenção básica; e, ainda, seleção de temáticas específicas para a estruturação de cursos de educação permanente, apesar de se restringirem a abordagens sob a perspectiva da educação continuada.

A atenção primária/básica é posicionada no Sistema Único de Saúde (SUS) como ponto estratégico da Rede de Atenção à Saúde, porta de entrada preferencial e coordenadora do “caminhar” do paciente entre os pontos de atenção à saúde. Tal perspectiva está alinhada às reflexões de Kuschnir e Chornya (2010), à luz do Relatório Dawson (1920), no qual definem-se os Centros Primários, ou seja, o núcleo do sistema em que os profissionais de saúde desenvolvem suas atribuições em um contexto de “comunicação completa e recíproca” entre este e os níveis secundários de atenção à saúde, localizados, por sua vez, em territórios/cidades com maior densidade de redes de serviços e de redes de comunicação viária.

Apesar das diretrizes amplamente discutidas nos marcos teóricos e normativos das Redes de Atenção à Saúde, no âmbito das duas Regiões de Saúde analisadas, elas têm suas discussões na CIR em duas principais perspectivas: uma indireta, referente à realização de eventos associados à Política de Educação Permanente que se limitam, na prática, a capacitações pontuais visando qualificar a atenção à saúde prestada pelos profissionais da atenção básica; e a análise de projetos de ampliação de serviços, mais associados ao ritual burocrático necessário para aprovação da proposta, no qual ocorre a homologação mais

do que propriamente a discussão e pactuação diante da coordenação do cuidado no âmbito regional pela atenção básica.

Essa realidade também foi evidenciada no estudo de Santos (2013), ao analisar a gestão do cuidado em uma microrregião do estado da Bahia: pôde observar a ausência de debates no âmbito do planejamento regional do cuidado, partindo da ESF. Além disso, há o posicionamento da atenção básica nessa região de saúde como uma atribuição exclusiva dos municípios, sendo os poucos momentos de discussão na CIR associados aos ritos burocráticos de homologação de propostas de ampliação dos serviços.

Nesse mesmo panorama, salienta-se o estudo de Almeida *et al.* (2016) que buscou analisar as estratégias da Comissão Intergestores Regional para a integração do cuidado à saúde em um contexto de rede, tendo como foco a atenção básica e, para tanto, utilizando-se da técnica da análise documental, observação não participante e entrevistas com gestores/gerentes. A pontualidade e a limitação das discussões no colegiado sobre a atenção básica foram justificadas pelos respectivos autores como sendo devido ao alcance, pelos municípios da região de saúde analisada, de elevadas taxas de cobertura da atenção básica, cumprindo “metas” institucionais de cobertura, restando esse tema preterido, contraditoriamente à implantação das redes de serviços de saúde.

Para tal descompasso, em que as discussões na CIR são voltadas, principalmente, à implantação de pontos de atenção à saúde ou ações de saúde que contemplam a possibilidade de incremento de recursos (serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar e aqueles sob a perspectiva da educação continuada), não é encontrada realidade semelhante quanto às discussões sobre o processo de trabalho da atenção básica. Agora, sob a perspectiva das diretrizes da RAS, evidencia a fragilidade no planejamento em âmbito regional.

A dificuldade de inclusão da temática da atenção básica, seja pela indução da portaria ministerial da RC que não contempla discussões mais amplas e integração da atenção básica aos diversos pontos de atenção à saúde, seja pela própria lacuna técnica dos atores envolvidos

no âmbito regional, repercute diretamente sobre a continuidade do cuidado entre os diversos serviços da rede, especialmente para aquelas gestantes que são classificadas pelo médico da Estratégia Saúde da Família como de risco gestacional intermediário ou alto risco. Logo, existe a necessidade de consultas e exames prestados por serviços distantes, não só geograficamente da unidade básica de saúde, mas também sem uma comunicação dinâmica sobre as decisões terapêuticas entre os profissionais de saúde.

Trazer à CIR as discussões sobre o processo de trabalho na atenção básica, no âmbito do cuidado materno e infantil, pode consequentemente dirimir as diversas barreiras de comunicação entre os pontos de atenção à saúde que apresentam características de cuidado distintas, como os serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, com vistas a um cuidado, à mulher e à criança, mais próximo das necessidades de saúde daqueles que demandaram o serviço.

A atenção básica pode representar um objeto de discussão e negociação potencialmente fomentador da ruptura das barreiras tradicionais de planejamento exclusivamente sob a perspectiva municipal, pois, apesar de toda a influência regulatória do Ministério da Saúde sobre esse nível de atenção, ainda estão presentes algumas atribuições residuais relacionadas ao processo de trabalho das equipes, linhas de cuidado, mecanismos inovadores regionais de comunicação entre serviços passíveis de serem reorientados a partir das compreensões e decisões dos gestores públicos municipais em consonância com os demais atores localregionais.

A Câmara Técnica, Comissão de Integração Ensino Serviço, Secretaria Executiva e a Plenária formam a estrutura organizativa da Comissão Intergestores Regional, segundo os regimentos internos da CIR das duas Regiões de Saúde. A respectiva estrutura organizativa também foi evidenciada por Santos (2013) em uma região de saúde da Bahia, todavia não constava da descrição do autor a presença da CIES.

Já no trabalho de Vianna e Lima (2013), em uma RS do Rio de Janeiro, a estrutura organizativa da CIR incluía somente a Plenária, Câmara Técnica e Grupo de Trabalho, não havendo relatos da presença

da Secretaria Executiva como componente integrante da CIR. Ainda, houve relato da presença de uma CIES na RS, entretanto esta não foi parte integrante da CIR (VIANNA; LIMA, 2013).

A CT apresenta um conjunto de funções que podem ser polarizadas em dois domínios principais: um referente ao apoio no processo de trabalho da CIR, e outro de aspecto técnico facilitador e orientador das discussões e negociação no colegiado. O segundo domínio contempla ações de coordenação e proposição, bem como o acompanhamento dos trabalhos das Comissões Temáticas e o desenvolvimento de estudos e análises com vistas a assessorar e subsidiar o Plenário da CIR na discussão da política no âmbito do SUS.

Nessa perspectiva, as atribuições da CT aproximar-se-iam da função conhecida no âmbito da administração de projetos como a do gestor do projeto, ou seja, aquele profissional, órgão ou instituição responsável pela proposição técnica e condução estratégica da política ou programa, de acordo com o planejamento (GRANJA, 2010). À luz dessas compreensões, pode-se evidenciar forte semelhança entre os achados empíricos referentes às duas CTs, em ambas as Regiões de Saúde analisadas. Na subcategoria “forma de atuação”, os achados comuns foram a “Estruturação e avaliação de projetos de expansão de serviços municipais” e “Apoio técnico ao processo de negociação da CIR”.

Diferencia-se na IXRS o apoio que a CT tem dado à organização dos instrumentos de planejamento municipais, a saber: Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão. No âmbito das fragilidades, salienta-se em ambas as CTs a “Baixa adesão e participação dos técnicos municipais”. No contexto da VII-IRS, foram levantadas também as discussões sobre a “Elevada rotatividade dos membros”, salientada pelos autores como uma barreira à aproximação do processo de trabalho dessa instância aos objetivos estabelecidos.

No âmbito das potencialidades, foi observada nos diversos relatos das atas das CIR, em ambas as Regiões de Saúde, a “Compreensão da necessidade da CT para a atuação da CIR”. Tais falas estiveram presentes em pontuações feitas pelos técnicos e gestores municipais, como

também por membros da estrutura administrativa da Geres. Diferenciam-se na VIIIRS as reorientações que foram realizadas nos projetos após a análise e considerações da CT evidenciadas na subcategoria “Readequação/reestruturação de projetos após as considerações da CT”.

Apesar da vasta produção científica debruçando-se sobre a análise da governança regional, em abordagens com maior orientação estrutural e outras de análises da dinâmica, observa-se pouca ênfase ao aprofundamento sobre a CT no apoio às discussões e negociações da CIR. Assim, os estudos se referem ao caráter intermitente de atuação da Câmara Técnica fragilizando a proposição de estratégias às diversas demandas da CIR (SANTOS; GIOVANELLA, 2014); implantação de uma CT concomitantemente à da CIR, entretanto sem relatos de atuação e participação da CT no apoio à primeira (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015); CT como espaço estratégico para o fortalecimento do processo de trabalho nas Regiões de Saúde, principalmente naquelas nas quais o processo de regionalização se encontra incipiente (MENDES *et al.*, 2015); CT apresentando papel estratégico sobre a condução da política de saúde por meio da CIR (VIANNA; LIMA, 2013).

Os diversos cenários supracitados referentes à análise, mesmo que não aprofundada, do processo de trabalho da CT em apoio técnico ou organizativo para a CIR evidenciam uma heterogeneidade nos níveis de maturação dessas duas instâncias imbricadas na governança regional em saúde. Essa realidade também está presente no âmbito das duas regiões de saúde neste estudo, tendo a implantação sistematizada da CIR, enquanto a CT, apesar da importância estratégica conferida pelos atores locorregionais, figura como um espaço com ciclos de maior atividade e institucionalização intercalados por espaços de dificuldade de desenvolvimento de um processo de trabalho dinâmico e necessário à continuidade das discussões da região de saúde.

Questiona-se, aqui, se esse cenário apresenta relação direta com a indução federal através do Decreto nº 7.508 de 2011 que infere a necessidade do fluxo ascendente de análise dos projetos que buscam a ampliação das ações e serviços de saúde, impreterivelmente partindo do nível local representado pelos municípios em seus respectivos

colegiados regionais (BRASIL, 2011). Disso resultou, por sua vez, a instituição dos respectivos espaços de governança para cumprimento da prerrogativa burocrática ministerial, todavia dissociados do planejamento de uma proposta de regionalização solidária e focada nas necessidades de saúde locorregionais que tem objetivo estratégico de proposição à Câmara Técnica.

Soma-se a esse contexto a própria atuação da CT na orientação sobre os diversos instrumentos de planejamento municipais de saúde, como o Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Gestão (PAG) e Relatório Anual de Gestão (RAG), com poucas iniciativas de ampliação da pauta para o contexto de interdependência em saúde dos municípios da região de saúde, com vistas à integralidade do cuidado.

Ainda no âmbito da CIR, a heterogeneidade dos graus de maturação do processo de governança tem sido associada, em parte, às características socioeconômicas e de complexidade da rede de serviços de saúde presente nos territórios, partindo da seguinte relação: aquelas regiões de saúde mais desenvolvidas economicamente e com maior complexidade da rede de serviços de saúde apresentam maior capacidade de condução da política pública de saúde através de uma governança regional mais atuante e estruturada, sendo a relação contrária também verdadeira (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Especificamente no âmbito das duas Regiões de Saúde, os achados empíricos evidenciam que, apesar das diferenças socioeconômicas entre elas, a VIII Região de Saúde se destaca como polo da fruticultura, comércio e educação do Vale do São Francisco. Não se observam diferenças entre ambas no processo de institucionalização dos espaços de governança e de suas estruturas de apoio. Assim, surge a necessidade de compreensão mais aprofundada sobre o processo de início da regionalização no estado de Pernambuco, principalmente sob a perspectiva dos seus fatores condicionantes e estruturantes. Parte-se da compreensão de que as diferenças socioeconômicas, para as regiões de saúde analisadas, não se apresentaram como um fator determinante de maior maturidade institucional dos espaços de decisão colegiada e das instâncias de apoio a elas.

Na perspectiva da CIES Regional, os processos de trabalho, fragilidades e potencialidades também se apresentam de forma semelhante entre as duas Regiões de Saúde analisadas. Ênfase deve ser dada ao caráter de autonomia que essas instâncias apresentaram em deliberar sobre o planejamento da execução dos recursos vinculados e descentralizados da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de Pernambuco, contribuindo para a proposição de estratégias de educação para os trabalhadores dos serviços de saúde adaptadas às demandas locorregionais de saúde.

As estratégias desenvolvidas são as seguintes: vigilância epidemiológica para a atenção primária; atualização em coleta de material citopatológico para enfermeiras dos PSFs; capacitação em saúde mental para equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (IXRS-RO); e realização de eventos, como a “Mostra de Experiências e Saberes em Saúde”, alinhados com o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), que teve o objetivo de apresentação e troca de experiências e saberes associados ao cuidado em saúde desenvolvidos pelos municípios da RS (VIIRS-RO).

Quanto ao Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), última categoria relacionada ao primeiro domínio do estudo em análise, foi instituído, mediante o Decreto nº 7.508, como um “acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde”, o qual apresenta como objeto “a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde” (BRASIL, 2011; OUVENEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017). Para Santos e Campos (2015), esse instrumento norteador do pacto federativo se apresenta como sendo estratégico no planejamento em saúde locorregional, pois tende a dirimir as fronteiras da competitividade interfederativa ao fortalecer a cooperação e solidariedade entre entes federados, mediante a corresponsabilização pelo cuidado à saúde da população da região de saúde.

Nesse panorama, foi evidenciado que para a IX Região de Saúde não houve assinatura do COAP, apesar da ocorrência de oficinas

regionais de discussão sobre esse instrumento no ano de 2012 e oficinas macrorregionais no ano de 2013. Na VIII Região de Saúde, não é possível afirmar sobre a situação atual do COAP, apesar de existirem relatos nas atas da CIR de discussões para definição de um Grupo Conductor do COAP (VIIIIRS-RO), formação essa induzida pela Secretaria Estadual de Saúde, entretanto sem indícios de tentativas de formalização do acordo.

Observa-se que a ação pública nas Regiões de Saúde analisadas não é orientada por um único instrumento pactuado entre os gestores e atores locais regionais. Persiste, todavia, uma série de instrumentos municipais de planejamento em saúde que, de acordo com a análise documental, não são objeto de monitoramento de execução e avaliação da plenária regional, somente são citados de forma cíclica como requisitos obrigatórios administrativos para os municípios. A perspectiva mais próxima de um planejamento regional se evidencia nas discussões do Pacto pela Saúde, frequentemente em pauta nas plenárias do colegiado, onde são discutidos os indicadores de saúde prioritários para o estado de Pernambuco.

Tais indicadores são apresentados por município, sendo apresentado o escore total da região de saúde. Em momentos pontuais, as discussões se aprofundam sobre as principais estratégias que cada município, de forma isolada, pode lançar mão para responder à situação sanitária evidenciada. O histórico de organização da ação pública da região de saúde mediante o COAP revela um cenário de caminhos diferentes nos diversos estados da federação, englobando contextos de “avanços, estagnação e retrocessos”, evidenciando que as diretrizes das políticas nacionais apresentam percursos singulares em cada estado da federação, apesar das possíveis sanções referentes às limitações de transferências de recursos da União que podem ocorrer (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

Essa heterogeneidade de cenários de implantação e a implementação de estratégias federais de cunho regional têm estado associadas a fatores contidos em três domínios distintos e fortemente imbricados. Os *estruturais* estão relacionados ao desenvolvimento

socioeconômico e autonomia fiscal e sob a rede de serviços de saúde, nos quais as regiões com municípios que apresentam essas características mais desenvolvidas tendem a acionar os demais municípios somente em caráter consultivo, não se aprofundando sob a ótica da interdependência na busca pela integralidade na assistência à população (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017). Têm-se os fatores *institucionais*, contidos no âmbito do amadurecimento da solidariedade interfederativa acumulada no contínuo histórico, associado à instituição de espaços de decisão onde há clareza de regras e corresponsabilização. E, ainda, os *políticos*, referentes às relações de poder entre os atores em posição de destaque na política de saúde, como as direções estaduais e municipais, principalmente em cenários onde a regionalização e as estratégias de integração dos serviços de saúde regionais sejam prioritários na agenda governamental (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

As fragilidades evidenciadas no movimento de ampliação das barreiras de planejamento do âmbito municipal para o da região de saúde se apresentam por fatores multicausais. Todavia, deve-se salientar o papel indutor que a Secretaria Estadual de Saúde apresenta sobre as políticas e estratégias de saúde a serem demandadas pelas Regiões de Saúde. Em Pernambuco, um estudo de Santos *et al.* (2015) evidenciou a desarmonia de estratégias realizadas no contexto da regionalização no qual ocorreu a implantação das Comissões Intergestores Regionais, porém desalinhada a uma descentralização de recursos financeiros, principalmente sob a perspectiva dos recursos para a atenção básica, ou seja, uma redistribuição de poder limitada.

Soma-se a esse contexto a maior capacidade técnica e amadurecimento político-administrativo do ente federado estadual, o qual se tem posicionado como prestador principal de serviços de saúde, evidenciado através da centralização que existe nas Regiões de Saúde dos serviços de média e alta complexidade, sob administração direta ou indireta do governo do estado. Limita-se, dessa forma, o monitoramento, avaliação e reorientação do cuidado à saúde pelos gestores municipais, de acordo com as perspectivas sanitárias locais.

Descrição do conteúdo objeto da governança regional das Comissões Intergestores Regionais no âmbito da Rede Cegonha

A compreensão sistematizada sobre como a temática da saúde materna e infantil é posicionada nas reuniões do colegiado regional, a partir da análise documental das atas da CIR, evidencia um cenário no qual o seu caráter informativo é proeminente. Dessa forma, está alinhada aos resultados anteriormente apresentados neste estudo sobre a relação quantitativa entre pautas deliberativas e pautas informativas, nas quais a primeira, em todo o recorte temporal analisado, destacou-se quantitativamente menor.

No âmbito dos atores locorregionais envolvidos nessa discussão, destaca-se a participação proeminente dos técnicos regionais partindo da análise dos indicadores de atenção à saúde e de morbimortalidade materna e infantil contidos no âmbito da Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde e Regulação assistencial. Soma-se, ainda, como ator locorregional em destaque, disparador e condutor de pautas, o gestor da Geres com discussões acerca dos indicadores do Pacto pela Saúde, tema frequente nas reuniões em ambas as Regiões de Saúde, seguido pelo prestador privado sob regime da administração indireta da SES, referência regional de média complexidade ambulatorial e hospitalar para a mulher e criança, salientando sobre o processo de trabalho, fluxos e produção da unidade.

Observa-se, quanto à participação dos gestores e técnicos municipais, um padrão caracterizado por menor envolvimento na condução, proposição e desenvolvimento das discussões, logo participando quando solicitados a explanar ao colegiado as particularidades do cuidado à saúde demandado à gestante e criança no seu município ou, ainda, estes são acionados visando à condução das informações discutidas na plenária até os profissionais do município. Para Kishima, Zanatta e Escrivão Júnior (2012), os municípios de pequeno porte “são menos participativos e trazem poucas discussões técnicas para o Colegiado”.

O protagonismo dos atores vinculados à estrutura administrativa do estado e da Geres na proposição, condução, indução de pautas nas reuniões de colegiados regionais tem sido evidenciado em estudos

que se aproximam da perspectiva de análise da governança regional em saúde. Para Barrios (2009), o cenário de maior protagonismo dos atores vinculados à estrutura administrativa estadual no colegiado regional está ligado a dois contextos: primeiro, o “formato do fórum” regional, no qual se tem uma estrutura administrativa descentralizada da Secretaria Estadual de Saúde; segundo, pelo caráter “centralizador” da política de saúde que se reflete diretamente na pauta de discussões a serem incluídas nas reuniões da plenária regional.

Nas regiões de saúde analisadas, discute-se saúde materna e infantil tendo como disparador principal a avaliação e o monitoramento que são realizados pelos técnicos regionais dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil e dos indicadores de atenção à saúde contidos no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP) e Pacto pela Saúde, conduzidos pelo setor da Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde e gerente da Geres respectivamente. Tal cenário de indução externa na pauta de discussão locorregional também foi evidenciado por Vianna e Lima (2013), ao qual se somam, além do ente estadual, influências federais abarcadas nas demandas estaduais, como também demandas municipais.

Apesar de se discutir com frequência os indicadores de saúde relacionados à mulher no ciclo gravídico-puerperal e criança até os 24 meses de idade, tal processo não se faz à luz de uma compreensão, *a priori*, de ações ligadas à RC, o que pode ser evidenciado pelos longos períodos em que esse termo não aparece nas pautas da CIR. Nesse panorama, as discussões geralmente tendem a não se aprofundar sobre as particularidades e causas locorregionais que impulsionam os indicadores a alcançar ou não as metas pactuadas. No colegiado, essa função de análise é atribuída aos Grupos Técnicos de Vigilância do âmbito municipal, que, além da função supracitada, estão incumbidos da proposição de alternativas para os indicadores considerados insatisfatórios no contexto municipal, sem a perspectiva de comunicação dessas reflexões com a totalidade da plenária da CIR em um cenário de planejamento regional.

No âmbito da Regulação da assistência em saúde, os achados empíricos evidenciam fragilidades operacionais de acesso das gestantes aos serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar de forma regulada no âmbito da atenção ao pré-natal e parto de alto risco, principalmente pelo fato de os municípios-sede das Regiões de Saúde não apresentarem uma referência própria para as gestantes de risco habitual. Essa situação tem sido posicionada pelos gestores municipais como causa base da lotação e dificuldade do prestador privado responsável pelos serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar, em regime de administração indireta do ente estadual, em atender às demandas regionais pactuadas da saúde materna e infantil.

Apesar da prioridade governamental tripartite em relação à Rede Cegonha, expressa através dos diversos marcos legais de sua institucionalização, associados à mobilização de recursos financeiros que têm ocorrido ao longo de sua gradual implantação, principalmente para a estruturação da rede de média complexidade ambulatorial e hospitalar, as evidências documentais apresentam um cenário de fragilidade na sua condução locorregional, ocorrendo por meio de pautas pulverizadas em “pastas setoriais”, o que prejudica a análise, compreensão e identidade regional da RC em sua plenitude de componentes e estratégias.

Em parte, tal cenário pode estar associado à incipiente descentralização dos recursos federais relacionados à estruturação dos serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar da RC para a decisão e pactuação nas Regiões de Saúde. No contexto específico do estado de Pernambuco, de acordo com o Plano de Ação da Rede Cegonha de ambas as regiões de saúde, a oferta de ações e serviços desse componente tem estado sob a administração indireta da Secretaria Estadual de Saúde, que induziu a organização da RC nas Regiões de Saúde em torno dos hospitais regionais, sob administração de empresas do Terceiro Setor.

A reorganização da atenção à saúde da criança, desde o nascimento até os 24 meses de idade, é uma das atribuições da Rede Cegonha, expressa na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, através do III Componente, “Puerpério e atenção integral à saúde da criança”, contendo

ações de educação em saúde, assistência e vigilância em saúde diretamente para a criança, e também ações direcionadas à família, como a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; busca ativa de crianças vulneráveis; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 2011).

No recorte temporal estabelecido para este estudo, não se observaram achados relacionados ao desenvolvimento de práticas específicas ao III Componente da Rede Cegonha em ambas as Regiões de Saúde analisadas. Vale salientar que as ações e serviços desse componente da RC estão contidos no escopo prioritário da atenção básica em saúde. Logo, como foi discutido anteriormente, a atenção básica mostrou ser um tema discutido na perspectiva municipal nas respectivas Regiões de Saúde, aparecendo em momentos pontuais de necessidade de ampliação de serviços específicos, através de homologação de projetos, como também em momentos de discussões sobre capacitações, sob a perspectiva da educação continuada em saúde.

A temática da saúde da criança, especificamente na faixa etária preconizada pela portaria, obtém espaço nas discussões do colegiado a partir da epidemia de casos de microcefalia no estado de Pernambuco. Todavia, apesar da maior ênfase que se deu a essa população em específico, as estratégias discutidas no colegiado, para ambas as Regiões de Saúde, não se aproximaram de uma perspectiva de promoção e prevenção da saúde no âmbito da atenção básica, mas sim na organização dos serviços de média complexidade ambulatorial de diagnóstico e tratamento.

Esse cenário evidencia um conjunto de aspectos estratégicos para a análise da governança regional. O primeiro, relacionado à dificuldade de ampliação das discussões do colegiado, além daquelas estratégias induzidas pelos entes estadual e federal que podem ser consolidados através da fala de Kehrig, Souza e Scatena (2015), ao afirmar em seu estudo sobre a governança regional que, “em nome do planejamento

em saúde, observou-se certa obediência ao que é normatizado pelo nível central estadual e mesmo federal, deixando, assim, de contemplar as especificidades locais e regionais”.

Papéis e dinâmica de relação entre as instituições públicas diretamente ligadas ao processo inicial de implantação, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no estado de Pernambuco foram evidenciados, segundo as atas da CIR. Salienta-se que a forma como cada uma das respectivas instituições se posicionou nessa dinâmica esteve associada aos papéis historicamente desenvolvidos por eles em relação à política de saúde no estado de Pernambuco. Assim, observa-se maior aproximação a demandas de cunho municipais, principalmente aquelas relacionadas à atenção básica em saúde.

A Secretaria Estadual de Saúde, historicamente envolvida com a prestação dos serviços de média e alta complexidade hospitalar, no âmbito da RC, esteve envolvida diretamente com a orientação e redefinição do seu desenho regional, tendo como ponto central os hospitais regionais sob gestão do terceiro setor, financiado, em parte, pelas transferências federais.

A Gerência Regional de Saúde, como espaço descentralizado da Secretaria Estadual de Saúde, apesar dos subsídios teóricos e normativos que a posicionam como coordenadora da governança regional, apresenta maior alinhamento à condução de ritos burocráticos e administrativos induzidos via SES-PE e Ministério da Saúde. Pouco movimento se observou para além desses aspectos, estando esses resultados alinhados aos evidenciados por Kehrig, Souza e Scatena (2015), a saber: a instância decisória regional de representação da esfera estadual na região esteve confortável apenas com a própria governança interna, ao não expressar movimentos voltados à construção da governança da regionalização com o conjunto dos gestores municipais.

Considerações finais

No âmbito da institucionalidade da CIR em ambas as Regiões de Saúde, nota-se significativo avanço quanto à regularidade de reuniões

baseadas em regras claras expressas pelo Regimento Interno, com heterogeneidade de atores nas plenárias, incluindo a coordenação da dinâmica de governança regional pelo ente estadual, implantação e atuação das Câmaras Técnicas e Comissões de Integração Ensino-Serviço em apoio às discussões da plenária.

Tal cenário se soma como um fomentador contínuo no amadurecimento da prática de discussão entre os atores localregionais, contexto positivo para a política pública de saúde na região do sertão de Pernambuco, histórica e conjunturalmente distante do lócus de planejamento em saúde presente na região metropolitana do estado. Todavia, o espaço dos colegiados tem sido permeado pela lógica do processo de condução da política de saúde a partir do recorte municipal e com uma agenda influenciada pelas esferas estadual e federal com pontuais abordagens e discussões mais amplas sob a perspectiva do planejamento regional.

Esse cenário também se reflete no processo de condução da Rede Cegonha, que apresentou, em ambas as Regiões de Saúde, uma discussão fragmentada em pastas setoriais, bem como momentos cíclicos de maior discussão e interrupção, com ausência de abordagem sobre a temática. Dessa forma, houve prejuízo na compreensão e legitimação localregional da respectiva Rede de Atenção à Saúde como uma política pública de saúde estratégica em sua plenitude de componentes.

Portanto, entende-se que a institucionalidade da Comissão Intergestores Regional, que já apresenta estrutura e dinâmica de funcionamento em contínuo processo de amadurecimento, infere, para além da descentralização de atribuições e serviços, a necessidade de “transferências de recursos alinhados aos compromissos pactuados, bem como da regularidade e da capacidade de expansão do financiamento tripartite da política de saúde”, como bem antes já apontava Elias (1996) ao analisar o processo de descentralização. Isso legitima o processo decisório localregional a partir de recursos de poder capazes de fazer jus às demandas localregionais em saúde.

Referências

ALMEIDA, P. F. de et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, 2016.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2011. Cap. 5, p. 138-172.

BARRIOS, S. T. G. *Micropolítica e gestão regionalizada da saúde: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do Estado do Rio Grande do Sul*. 2009. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.html>. Acesso em: 11 ago. 2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 19 ago. 2017.

CALADO, S. S.; FERREIRA, S. C. R. *Análise de Documentos: Método de Recolha e Análise de dados*. Disciplina Metodologia da Investigação I (Mestrado em Educação) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2005. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/12123665-Analise-de-documentos-metodo-de-recolha-e-analise-de-dados.html>>. Acesso em: 16 out. 2017.

ELIAS, P. E. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 17-34, 1996.

GRANJA, S. I. B. *Elaboração e avaliação de projetos*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC; [Brasília]: Capes: UAB, 2010. 122 p.

KEHRIG, R. T.; SOUZA, E. S.; SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 948-961, 2015.

KISHIMA, V. C.; ZANATTA, C. L.; ESCRIVÃO JÚNIOR A. O Colegiado de Gestão Regional como estratégia para aprimorar as relações intergovernamentais e fortalecer o Sistema Único de Saúde. In: ENCONTRO DA ANPAD, 36., 2012, Rio de Janeiro. *Anais*. Rio de Janeiro: ANPAD, 2012.

KISSLER, L.; HEIDEMANN, F. G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 479-499, 2006.

LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3, p. 73-139.

LIMA, L. L. *Gestão da política de saúde no município: a questão da autonomia*. 2005. 101 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Porto Alegre, 2005.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143-1163, 2007.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, v. 52, p. 15-37, 2014.

MARTINS, H. F. *Governança Pública*. 2011. Russian National Academy of Economics and Public Administration, jul. 2011. Disponível em: <http://igepp.com.br/uploads/ebook/1.governanca_publica.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

MENDES, Á. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, 2015.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco*. Recife, 2011.

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

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

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

SANTOS, F. A. S. et al. Health regionalization and financing: a case study. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 402-408, 2015.

SERPA, S. M. H. C. Compreendendo os conceitos de governança para controlar. *Revista do Tribunal de Contas da União*, Brasília, n. 127, p. 34-47, 2013.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVEIRA FILHO, R. M. et al. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, 2016.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIANNA, R. P.; LIMA, L. D. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.1025-1049, 2013.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*, Londres, p. 32-46, 2011. Série Brasil.

8

Partos e nascimentos no estado de Pernambuco

Eliane Maria Medeiros Leal
Laisa Fernanda de Vasconcelos
Hélder Freire Pacheco
Filipe Santana da Silva

Introdução

Considera-se o processo do parto e nascimento, ou o processo gestacional, um evento social, influenciado por vários fatores socioculturais e de contexto histórico das distintas sociedades e civilizações. Com as transformações que ocorreram nas sociedades modernas ocidentais, as formas de nascer e de parir foram-se moldando para padrões aceitáveis na saúde pública e, como consequência, houve mudanças significativas nas formas pelas quais os cuidados à saúde são dispensados para o binômio materno-infantil.

No Brasil, apesar de a assistência materno-infantil estar sempre muito bem localizada na agenda de prioridades do Estado, historicamente persistem desafios no campo da assistência ao parto, no setor público e privado da saúde. No SUS, esse segmento é o público-alvo de vários programas governamentais. Nas últimas décadas, visando superar os vazios e as fragilidades do modelo de atenção ao parto no Brasil, foi implantado o Programa de Humanização ao Parto e ao Nascimento (PHPN) no ano 2000. O PHPN tem como princípio a garantia do acesso ao pré-natal de qualidade, melhorias na assistência ao parto e ao puerpério para o binômio mãe-bebê, além da autonomia da mãe na escolha do tipo de parto a seguir. A partir do PHPN, foi possível equacionar melhor as necessidades e a demanda por parto e nascimento saudáveis, minimizando ao máximo a possibilidade de mortes maternas e perinatais (BRASIL, 2002).

Existe uma diversidade de problemas e condições de saúde que podem interferir na qualidade da assistência obstétrica hospitalar e no pré-natal. O modelo de atenção ao parto no Brasil pode estar associado a um cenário ainda bastante desafiador em tempos recentes, em que se observam crescimento de óbitos infantis preveníveis, aumento de prematuridade, baixo peso e, principalmente, manutenção de elevada

mortalidade materna (SILVA *et al.*, 2016). Dificuldades relacionadas ao modelo de atenção, como falta de acesso ao pré-natal de qualidade e falta de garantia de local de parto, podem indicar entraves que, como consequência, levam ao sofrimento da mulher no período gravídico puerperal (CAVALCANTI *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2016).

Um dos possíveis resultados diretos desses problemas recai sobre a falta de referência hospitalar para a gestante. Em decorrência disso, muitas vezes, as gestantes têm que peregrinar entre diversas maternidades até encontrar aquela que é adequada a suas necessidades, ou aquela que apresenta disponibilidade para lhes prestar atenção. Indiretamente, há uma limitação na autonomia das parturientes, tanto sobre a condução como para optar sobre o tipo de parto (LEAL *et al.*, 2015).

Essas dificuldades podem estar relacionadas ao modelo de assistência médica dominante, em particular da assistência obstétrica, que é voltada para a hospitalização do parto. Nesse caso, há a possibilidade de transferir para a figura do médico o controle sobre o processo de parir. Nesse cenário, a indicação fisiológica exercida e demonstrada pela mulher é passível de sobreposição por uma decisão técnica, a qual também pode ser guiada pelos interesses institucionais ou dos profissionais de saúde (CARVALHO *et al.*, 2014).

Como meio de resgatar a humanização no parto, o PHPN propõe mudanças de práticas, colocando em pauta um processo seguro de gestação que se torne prazeroso para a mulher. Entretanto, para que a PHPN seja efetivada, é necessária a mudança do cenário de atenção à saúde gestacional no Brasil (BRASIL, 2002).

Uma iniciativa nesse sentido foi proposta em 2011, em estratégia governamental chamada Rede Cegonha, especificamente voltada para essa situação, diante do grave quadro de saúde pública vivenciado pelas gestantes e puérperas no País. Essa estratégia trouxe uma proposta baseada no modelo da regionalização do SUS, em que, a princípio, a gestante seria vinculada à unidade de referência mais próxima de sua residência. Consequentemente, é possível viabilizar tanto a assistência ao parto quanto a realização do parto e nascimento em um ambiente

em que a gestante se sinta segura e que possa fornecer cuidados baseados em boas práticas (ROHR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2016).

Em Pernambuco, o PHPN é implementado através da Rede Cegonha. Todavia, a própria rede se encontra em processo de implementação, *i.e.*, adequando-se ao melhor desenho a ser seguido há alguns anos. Há um certo nível de desestruturação da rede obstétrica, que indica a impossibilidade da coordenação de redes de atenção de forma integrada e articulada.

Consequentemente, é possível que a realização de um processo compartilhado de gestão do cuidado e referência das gestantes da atenção básica à rede de maternidades seja inviabilizada por essas questões de ordem estrutural e política-institucional. A confluência desses fatores pode resultar diretamente em superlotação e violação dos direitos das mulheres (ROHR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2016).

Nesse sentido, presume-se que analisar a realidade e as características dos partos e nascimentos em Pernambuco pode subsidiar os gestores e a sociedade civil nas estruturas de controle social no entendimento da problemática que cerca os partos e nascimentos no estado. Assim, objetiva-se descrever as características dos partos e nascimentos no estado de Pernambuco no período de 2011 a 2014. Na prática, o intervalo de estudo é determinado pelos dados consolidados para análise, disponibilizados a partir do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

Estima-se que, com este estudo, seja possível promover a discussão sobre a construção de políticas de saúde que gerem mudanças na atenção à saúde das mulheres gestantes nos processos de governança participativa e deliberativa do SUS.

Método

Realizou-se um estudo epidemiológico, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, sobre os partos e nascimentos ocorridos no período de 2011 a 2014 em Pernambuco. O estado de Pernambuco se localiza no nordeste brasileiro e apresenta área de 98.076,001 km². Em

2010, a população era composta de 9.410.336 habitantes; 2.377.651 eram mulheres com mais de 10 anos de idade que tiveram filhos (IBGE, 2011).

Em Pernambuco, para fins de análise e implementação de políticas e ações de saúde, o estado é subdividido em 12 Regionais de Saúde. A subdivisão foi definida com base no Plano Diretor de Regionalização (PDR) (PERNAMBUCO, 2011).

Utilizaram-se dados secundários provenientes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), um sistema oficial do Ministério da Saúde. O SINASC possibilita o acesso a dados sobre os nascimentos no Brasil, sendo esses dados alimentados através da Declaração de Nascidos Vivos (DNV). No momento da realização deste trabalho, o SINASC apresentava dados consolidados apenas entre os anos de 2011 e 2014 (BRASIL, 2015).

Foram descritas e analisadas quinze variáveis, agrupadas em três grupos:

- *características espaciais*: Regional de Saúde, local de ocorrência;
- *características maternas*: número de consultas pré-natal, tipo de gravidez, tipo de parto, instrução da mãe, duração da gestação, faixa etária, situação conjugal;
- *características do recém-nascido*: sexo, peso ao nascer, Apgar 1º e 5º minutos, presença de anomalias congênitas e tipos de anomalias congênitas.

A análise dos dados foi realizada com auxílio do *software* Excel® (Microsoft), aplicando-se estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas.

Esta pesquisa foi realizada com dados secundários, *i.e.*, a partir do SINASC. Os sujeitos estudados não foram identificados, portanto não houve submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa.

Resultados

Durante o período avaliado, identificou-se a presença de 574.284 partos no estado de Pernambuco. A estratificação dos partos por região de saúde por ano de ocorrência está descrita na tabela 1. A descrição da

ocorrência de partos estratificado por estabelecimentos de saúde está descrita na tabela 2.

Características maternas

As faixas etárias que prevaleceram entre as mães que tiveram seus filhos em Pernambuco foram entre 20 e 24 anos (27,50%) e de 25 a 29 anos (24,19%). Um total de 123.717 (21,54%) mulheres tinha idade inferior a 20 anos, com destaque para a faixa etária de 15 a 19 anos (20,36%) (tabela 3).

As faixas de instrução das mães que mais se destacaram foram de 8 a 11 anos de estudo (51,84%) e de 4 a 7 anos de estudo (27,48%). Apenas 1,44% não tinha instrução. As mães, na maioria, declararam-se solteiras (46,92%); 29,95% declararam-se casadas; e 21,63%, em união consensual (tabela 3).

Tabela 1 – Nascidos vivos nas Regionais de Saúde do estado de Pernambuco por ano de ocorrência (n=574.284), no período de 2011 a 2014

Regional de Saúde	2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%
I – Recife	67.003	47,0%	69.794	48,7%	70.745	49,4%	73.667	50,8%
II – Limoeiro	6.254	4,4%	6.887	4,8%	6.659	4,6%	6.719	4,6%
III- Palmares	9.597	6,7%	8.810	6,1%	9.246	6,5%	8.862	6,1%
IV- Caruaru	15.212	10,7%	16.137	11,3%	17.251	12,0%	16.753	11,6%
V- Garanhuns	8.732	6,1%	7.585	5,3%	7.521	5,3%	7.197	5,0%
VI- Arcoverde	6.325	4,4%	5.806	4,0%	5.422	3,8%	5.237	3,6%
VII- Salgueiro	3.163	2,2%	3.283	2,3%	3.010	2,1%	2.769	1,9%
VIII-Petrolina	9.939	7,0%	9953	6,9%	10065	7,0%	10358	7,1%
IX- Ouricuri	6.139	4,3%	5981	4,2%	5395	3,8%	5407	3,7%
X- Afogados da Ingazeira	3.200	2,2%	3160	2,2%	2813	2,0%	2838	2,0%
XI- Serra Talhada	4.202	2,9%	3662	2,6%	3273	2,3%	3432	2,4%
XII- Goiana	2.848	2,0%	2373	1,7%	1815	1,3%	1785	1,2%
Total	142.614	100%	143.431	100%	143.215	100%	145.024	100%

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Tabela 2 – Locais de nascimento do estado de Pernambuco por ano de ocorrência (n=574.284), no período de 2011 a 2014

Local Ocorrência	2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hospital	141.441	99,178%	142.709	99,497%	142.435	99,455%	144.106	99,367%
OES	523	0,367%	158	0,110%	257	0,179%	340	0,234%
Domicílio	501	0,351%	401	0,280%	365	0,255%	405	0,279%
Outros	145	0,102%	156	0,109%	149	0,104%	166	0,114%
Ignorado	4	0,003%	7	0,005%	9	0,006%	7	0,005%
Total	142.614	100%	143.431	100%	143.215	100%	145.024	100%

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Dados sobre as características das gestações estão descritos na tabela 3.

Tabela 3 – Dados obstétricos dos partos ocorridos no estado de Pernambuco (n=568200), 2017

Variáveis	N	%
<i>Nº de consultas pré-natal</i>		
Nenhuma	12.964	2,257%
1-3 vezes	43.967	7,656%
4-6 vezes	180.914	31,503%
7 e + vezes	328.551	57,211%
Ignorado	7.888	1,374%
<i>Idade Gestacional (IG)</i>		
Menos de 22 semanas	399	0,07%
22-27 semanas	3.131	0,55%
28-31 semanas	6.335	1,10%
32-36 semanas	58.930	10,26%
37-41 semanas	449.555	78,28%
42 e + semanas	25.614	4,46%

Variáveis	N	%
Ignorado	30.320	5,28%
<i>Tipo de gravidez</i>		
Única	562.487	97,95%
Dupla	10.744	1,87%
Tripla e mais	241	0,04%
Ignorado	812	0,14%
<i>Tipo de parto</i>		
Vaginal	270.192	47,048%
Cesário	303.167	52,790%
Ignorado	925	0,161%

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Dados sobre o Apgar no 1º e 5º minutos estão descritos na tabela 4.

Tabela 4 – Apgar no 1º e 5º minutos de vida de nascidos vivos no estado de Pernambuco (n=574284), no período de 2011 a 2014

Apgar	1º Minuto		5º Minuto	
	n	%	n	%
0 - 2	4.882	0,85%	2.438	0,42%
3 - 5	17.409	3,03%	2.873	0,50%
6 - 7	57.669	10,04%	9.490	1,65%
8 - 10	487.927	84,96%	553.463	96,37%
Ignorado	6.397	1,11%	6.020	1,05%

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

A presença de malformações congênitas foi detectada em 4.996 recém-nascidos, correspondendo a um percentual de 0,9% da amostra estudada. A caracterização e as respectivas frequências estão descritas na tabela 5.

Tabela 5 – Anomalias congênitas identificadas em nascidos vivos no estado de Pernambuco (n=4.996), no período de 2011 a 2014

Tipos de anomalias congênitas	n	%
Espinha bífida	175	3,50%
Outras malformações congênitas do sistema nervoso	385	7,71%
Malformações congênitas do aparelho circulatório	255	5,10%
Fenda labial e fenda palatina	314	6,29%
Ausência atresia e estenose do intestino delgado	3	0,06%
Outras malformações congênitas do aparelho digestivo	168	3,36%
Testículo não descido	155	3,10%
Outras malformações do aparelho geniturinário	530	10,61%
Deformidades congênitas do quadril	11	0,22%
Deformidades congênitas dos pés	632	12,65%
Outras malformações e deformidades congênitas do aparelho osteomuscular	1.525	30,52%
Outras malformações congênitas	664	13,29%
Anomalias cromossômicas NCOP	164	3,28%
Hemangioma e linfangioma	15	0,30%
Total	4.996	100%

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Discussão

Em relação às características espaciais dos partos, a Regional de Saúde que apresentou maior número de nascidos vivos no estudo foi a I (Recife), composta pelos municípios de Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão.

A I Regional de Saúde apresentou percentuais superiores a 50% dos nascidos vivos; isso foi possível verificar no ano de 2014, em que houve um percentual de 50,8% dos nascimentos totais do estado (tabela

1). Em seguida, a IV Regional (Caruaru) aparece com cerca de 11% do total no período estudado (tabela 1).

Pernambuco, através do PDR, é dividido em doze regiões de saúde. Na prática, a grande quantidade de nascimentos da I Regional deve-se ao fato de abranger a capital do estado (Recife) e a Região Metropolitana do Recife (RMR), mais densamente povoada. Na RMR, concentra-se grande parte das maternidades referências do estado (ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014).

Um estudo no Rio Grande do Norte analisou os partos entre os anos de 2008 e 2011. Nesse estudo, evidenciou-se que a maioria dos nascimentos aconteceu na Grande Natal (51%), região metropolitana do estado (CARVALHO *et al.*, 2014).

Para se ter uma ideia, o município de Recife, em 2012, realizou 46% a mais de partos do que era estimado para aquele ano. Desses, 43% das mulheres poderiam ter sido atendidas em seus municípios de residência. Esse fato está relacionado à dificuldade de acesso às maternidades dos municípios fora da região metropolitana (ROHR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2016).

Um estudo realizado em 2013 buscou avaliar a superlotação das maternidades em Pernambuco. Evidenciou-se que, mesmo com os avanços e mudanças de paradigmas nos documentos oficiais (programas, políticas e desenhos de redes de atenção ao parto e nascimento no estado), a realidade sugere precárias condições da atenção à saúde, falta de humanização na assistência, dificuldades de acesso e uma assistência sem planejamento de natureza emergencial (ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014).

Sobre o maior predomínio de acontecimentos de partos no ambiente hospitalar, evidenciou-se, num estudo realizado em São Paulo, que a escolha do local de parto acontece a partir das experiências passadas das mulheres e pelo modelo de atenção médico intervencionista dominante, que pode influenciar mulheres a optarem por cesarianas e não pelo parto vaginal. É possível que a influência exercida pelos profissionais traga receios não apenas às parturientes, mas também a seus parentes (GONÇALVES *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2016).

Relacionam-se a isso possíveis agravos que podem acontecer no parto normal, como a falta de oxigênio que leva a sequelas, como paralisia cerebral. Vislumbra-se que esse comportamento seja espelho do modelo tecnocrático centrado na hospitalização do parto. Esse tipo de abordagem pode desencorajar a mulher e reforçar a ideia de que ela não consegue dar à luz fora do contexto hospitalar (GONÇALVES *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2016).

Corroborando esses resultados, em estudos na Grande Natal e em São Paulo, cerca de 98% dos partos foram hospitalares e apenas 2% em estabelecimentos não hospitalares, ratificando a ocorrência dessa realidade em outros contextos brasileiros (CARVALHO *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2009). Em todos os anos de estudo, o parto cesáreo se sobrepõe quantitativamente ao vaginal, com destaque para os dois últimos anos, 2013 e 2014, com percentuais de 53,7% e 54,3% respectivamente. Em termos quantitativos de consultas realizadas durante o pré-natal, 57,21% das gestantes realizaram sete ou mais consultas. Por sua vez, 2,25% não realizaram nenhuma consulta.

Observou-se o predomínio de parto entre mulheres jovens em idade fértil. Porém, destaca-se a percentagem de adolescentes grávidas. A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta em que ocorre o desenvolvimento biológico, psicológico e social do ser humano. A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública, visto que complicações obstétricas que podem vir a ocorrer durante a gestação de meninas nessa faixa etária estão entre as principais causas de morte entre meninas de 10 a 19 anos. Uma das justificativas para isso são a imaturidade biológica uterina e dos ossos da bacia. A percentagem de maternidade na adolescência nesse estudo (21,54%) foi próxima da percentagem nacional (19,28%) (MARTINS *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2016).

Pelo avanço das informações sobre métodos contraceptivos entre os adolescentes, um estudo realizado com 20 meninas em Curitiba (Paraná) mostrou que todas conheciam os métodos porém não os utilizavam. Essa realidade pode indicar a necessidade em diversificar as estratégias de prevenção de gravidez para esse público, além de

investimentos em propostas que discutam a sexualidade (CARVALHO *et al.*, 2014; MARTINS *et al.*, 2014).

Em relação à faixa de instrução das mulheres, o que se destacou foi o fato de que a maioria possui até 11 anos de estudo. Isso pode influenciar na compreensão do cuidado em saúde na fase da gravidez e do puerpério. Variáveis como idade mais alta e maior instrução podem ser associadas à adequação da atenção do parto ao preconizado pelo Ministério da Saúde, como ter uma vaga assegurada na maternidade, atendimento digno (com pouca espera) e garantia de acompanhante (LEAL *et al.*, 2015).

Um fator de risco para a continuidade do pré-natal é a situação conjugal instável da mãe. Esse fator pode estar relacionado a suas características individuais e sociodemográficas desfavoráveis. No presente estudo, foi identificado que quase metade das mulheres eram solteiras. A família geralmente pode constituir um fator relevante para a decisão de manter ou interromper a gravidez, bem como para o processo de assistência à gestante. A instabilidade conjugal pode possibilitar a geração de influências negativas no contexto do período de início da gravidez e no gravídico-puerperal, podendo viabilizar dificuldades para a criação dos filhos, *e.g.*, mulheres terão que trabalhar e educar os filhos sem uma ajuda paternal (BRASIL, 2012; CARVALHO *et al.*, 2014).

Em relação à duração da gestação, observou-se que a maioria dos partos aconteceu no período em que os recém-nascidos são classificados como “a termo”, entre as 37 e 41 semanas de gravidez. A prematuridade de recém-nascidos nesse estudo ficou próxima à média nacional, de 11,3%, identificada pela Pesquisa Nascer Brasil (LANSKY *et al.*, 2014) e por outros estudos, como os realizados em Divinópolis (Minas Gerais), 8%, e na Grande Natal (Rio Grande do Norte), 11,4% (CARVALHO *et al.*, 2014; GUIMARÃES *et al.*, 2017).

No tocante ao tipo de parto, os dados do presente estudo corroboram a tendência atual de hospitalização e medicalização do parto. Em outras palavras, houve um maior número de partos cesáreos. Segundo Silva *et al.* (2016), os partos cesarianos aumentaram 63,68% no Brasil entre os anos de 1999 e 2013.

O quantitativo de partos cesarianos no Brasil está acima dos 15% preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), qualificando o País como um dos campeões em partos operatórios no mundo. Além disso, Rattner e Moura (2016) apontam para uma tendência importante de crescimentos de partos cirúrgicos em todas as regiões do Brasil: 73% na região Norte; 53% na região Nordeste; Sudeste, Sul e Centro-Oeste com aumentos de cerca de 60%.

Em se tratando de número de consultas de pré-natal, o PHPN preconiza que devem ser realizadas, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal. Dessas, preferencialmente, uma deve ser realizada no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2002).

No presente estudo, mais da metade das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. Porém, não podem ser ignoradas as 12.964 gestantes (2,25%) que não fizeram nenhuma consulta. Um estudo em Minas Gerais mostrou que mães com seis ou menos consultas de pré-natal, tipo de parto cesáreo e menor idade da mãe são mais propícias a ter bebês prematuros. A realização do pré-natal é fundamental para o acompanhamento do binômio mãe-feto, desde a concepção até o parto, além de ser um indicador de qualidade importante da assistência à saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2017; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Nesse estudo, a maioria apresentou uma massa corpórea adequada. Porém, 8,06% (46.301) apresentaram baixa massa corpórea e 25,66% (170.329) tiveram massa corpórea abaixo do adequado. Outros estudos no Brasil apresentam resultados semelhantes, como o do Rio Grande do Norte, em que 25% dos recém-nascidos foram identificados como abaixo do peso adequado (ROHR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2016).

A massa corpórea dos recém-nascidos é um indicador importante para compreender o desenvolvimento do feto e o acompanhamento pré-natal. Trata-se de um parâmetro de classificação do recém-nascido, a saber (VIANA *et al.*, 2013):

- baixa massa corpórea (menos de 2.500g);
- massa corpórea insuficiente (2.500g a 2.999g);
- massa corpórea adequada (3.000g a 3.999);
- excesso de massa corpórea (4.000g ou mais).

O nascimento de crianças com baixo peso pode ser associado a baixa qualidade do pré-natal, muitas intervenções médicas e aumento da prematuridade. Isso pode acarretar, inclusive, o aumento do número de mortes de recém-nascidos. Portanto, é necessário o monitoramento dessa variável constantemente, no sentido de identificar as características específicas da mãe e do recém-nascido para que sejam organizadas intervenções cabíveis de controle e prevenção durante o pré-natal (CARVALHO *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2016).

A avaliação clínica do recém-nascido foi proposta por Virginia Apgar em 1953. A metodologia sugerida tem como propósito avaliar a necessidade de reanimação em recém-nascidos quando aplicada em dois momentos: no 1º minuto e no 5º minuto de vida. Nesses dois momentos, são avaliados cinco sinais: respiração, frequência cardíaca, cor, tônus musculares e irritabilidade reflexa. Para cada sinal, existe uma pontuação que vai de 0 a 10. Valores inferiores a 7 indicam que o recém-nascido precisa de cuidados imediatamente. Na prática, o índice de Apgar é considerado um indicador para a prevenção da morbimortalidade perinatal. Portanto, seu monitoramento é fundamental para mensuração da vitalidade do recém-nascido e a evitação da mortalidade (APGAR, 1953; MAIA; SOUZA; MENDES, 2012).

As anomalias congênitas mais prevalentes neste estudo foram as osteomusculares, assim como nos estudos no Rio Grande do Norte (CARVALHO *et al.*, 2014) e no Ceará (FONTOURA; CARDOSO, 2014). Segundo esse último estudo, as anomalias congênitas podem estar associadas a algumas variáveis maternas como idade, uso de drogas, número de consultas pré-natal, escolaridade; e, ainda, a algumas variáveis do recém-nascido: sexo, massa corpórea ao nascer e idade gestacional. Anomalias congênitas também são associadas como fator de risco para a mortalidade infantil (CARVALHO *et al.*, 2014; FONTOURA; CARDOSO,

2014; MAIA; SOUZA; MENDES, 2012). Assim como aquelas associadas mais recentemente a novos fenômenos, como a ação do vírus da Zika, particularmente em Pernambuco, a partir de 2015.

Conclusão

Os achados deste estudo mostraram um predomínio de partos hospitalares, de mães com maioria de faixa etária entre 20 e 29 anos, escolaridade de 8 a 11 anos de estudo, em sua maioria solteiras, com idade gestacional de 37 a 41 semanas, com a realização de sete ou mais consultas pré-natal e, em sua maioria, partos cesarianos. Entre os recém-nascidos, predominaram os pesos adequados com Apgar entre 8 e 10 pontos. Quando houve malformação congênita, predominaram as osteomusculares.

Este estudo pode apresentar limitações, especificamente relacionadas às possíveis subnotificações e ao mau preenchimento dos sistemas de informação em saúde, possibilitando interpretações equivocadas e dados incompletos. Porém, os percentuais de dados ignorados foram baixos, destacando o SINASC como sistema confiável para descrever e avaliar as variáveis relacionadas aos partos e nascimentos.

Os resultados do presente estudo apontam para possíveis problemas na qualidade da assistência e do acesso ao pré-natal no estado de Pernambuco; indicam a necessidade de redefinições da política estadual de atenção à saúde da mulher, principalmente na construção de linhas de cuidado que garantam um efetivo e funcional acesso à rede de atenção e ao local de parto, de acordo com o direito, a necessidade e a expectativa da mulher.

Referências

- APGAR, V. A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant. *Anesthesia & Analgesia*, v. 32, n. 4, p. 260-267, 1953.
- ASSUNÇÃO, M. F.; SOARES, R. C.; SERRANO, I. A Superlotação das Maternidades em Pernambuco no contexto atual da Política de Saúde. *Serviço Social em Revista*, v. 16, n. 2, p. 05, 30 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humanização do Parto: humanização do pré-natal ao nascimento*. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos*. Brasília, 2015.

CARVALHO, I. DA S. et al. Caracterização epidemiológica de partos e nascimentos: estudo ecológico com base em um sistema de informação. *Rev. Enferm. UFPE*, v. 8, n. 3, p. 616-623, 2014.

CAVALCANTI, P. C. da S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, dez. 2013.

FONTOURA, F. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Association between congenital malformation and neonatal and maternal variables in neonatal units of a Northeast Brazilian city. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 23, n. 4, p. 907-914, dez. 2014.

GONÇALVES, R. et al. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 1, p. 62-70, mar. 2011.

GUIMARÃES, E. A. de A. et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, n. 1, p. 91-98, jan. 2017.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. Supl. 1, p. S192-S207, ago. 2014.

LEAL, M. DO C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 15, n. 1, p. 91-104, mar. 2015.

MAIA, L. T. de S.; SOUZA, W. V. de; MENDES, A. da C. G. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 11, p. 2163-2176, nov. 2012.

MARTINS, P. C. R. et al. Gravidez na adolescência: estudo ecológico nas microrregiões de saúde do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil - 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 23, n. 1, p. 91-100, mar. 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. *Plano Diretor de Regionalização*. Recife, 2011.

RATTNER, D.; MOURA, E. C. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 16, n. 1, p. 39-47, mar. 2016.

ROHR, L. K.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T. V. B. DE. Delivery care and the inadequacy of the obstetric care network in Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 16, n. 4, p. 447-455, dez. 2016.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 4, n. 3, p. 269-279, set. 2004.

SILVA, A. L. A. da et al. Childbirth care in Brazil: a critical situation has not yet been overcome. 1999-2013. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 16, n. 2, p. 129-137, jun. 2016.

SILVA, Z. P. da et al. Características dos nascidos vivos, das mães e mortalidade neonatal precoce na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 9, p. 1981-1989, set. 2009.

VIANA, K. de J. et al. Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 2, p. 349-356, fev. 2013.

9

Rede Cegonha Pernambuco

Uma avaliação do acesso regionalizado das parturientes

Isabel Helena de Souza Leal Costa
Renata Alves Gomes Villani
Kesia Valentim do Nascimento Duarte
Amanda Correia Paes Zacarias
Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Introdução

“Acesso” é um conceito complexo, composto por várias dimensões, sendo compreendido como categoria-chave na análise das inter-relações entre usuários e serviços de saúde de diferentes níveis assistenciais, na construção da continuidade do cuidado. O acesso a serviços de saúde está profundamente relacionado à capacidade dos sistemas em se organizarem de modo a responder adequadamente às necessidades dos usuários, sendo a sua ampliação um dos desafios vigentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUZA *et al.*, 2015; SOUSA *et al.*, 2014; BARROS *et al.*, 2016).

Publicações científicas levantadas entre os anos de 1998 e 2013 mostram a relevância de estudos sobre acesso aos serviços de saúde, principalmente para orientar a tomada de decisão por gestores e trabalhadores, auxiliando na sinalização dos desafios existentes e contribuindo para subsidiar políticas e ações necessárias à efetivação da garantia do direito universal, constitucionalmente assegurado (NUNES *et al.*, 2016).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelecidas pela Portaria MS n. 4.279/2010, no contexto da segunda geração de reformas institucionais do SUS, reafirmam a importância desse acesso e discorrem sobre a articulação da região como novo espaço de governança e decisão política para a execução das ações de saúde no sistema (BRASIL, 2010). Nesse contexto, a região de saúde (RS) caracteriza-se como um novo dispositivo essencial para integração de ações e serviços de saúde dos entes federativos e para a garantia de atenção integral, devendo, portanto, ser pactuada visando à capacidade sanitária dos municípios agregados e ao compromisso de ser um lócus gerador de

integralidade. Logo, a regionalização do território com a RS sendo o centro integrador das referências entre os serviços dos entes federativos é fundamental para que as RAS sejam sistêmicas e resolutivas (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Em Pernambuco, o processo de regionalização da saúde está expresso no Plano Diretor de Regionalização (PDR). O PDR pernambucano divide sanitariamente o estado em 12 RS, cenários para a organização e execução das Redes Temáticas de Atenção à Saúde, a exemplo da Rede de Saúde Materno-Infantil, reportada neste estudo (PERNAMBUCO, 2011).

A Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil de Pernambuco está regida pelas diretrizes nacionais referentes às RAS e tem entre seus objetivos qualificar o acesso à atenção prestada no estado. Tal objetivo fora impulsionado pela instituição, em âmbito nacional, do programa Rede Cegonha (RC), através da Portaria MS n. 1.459/ 2011, que traz como proposta promover um modelo de atenção pautado numa rede de serviços centrada no acolhimento e na resolutividade, tendo como bases organizacionais a regionalização e a integralidade, com orientação dos serviços de saúde para a adoção de práticas seguras na atenção a gestação, parto, nascimento, puerpério, crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2011).

A operacionalização da RC se dá em cinco fases: i – adesão e diagnóstico; ii – desenho regional da Rede Cegonha; iii – contratualização dos pontos de atenção; iv – qualificação dos componentes; v – certificação. Ficam sob responsabilidade das RS a elaboração e a pactuação em Colegiado de Gestão Regional (CGR) de planos de ação regionais como parte integrante da II fase desse processo. Esses instrumentos são compostos pela programação da atenção integral à saúde materna e infantil prestada na RS e incluem as pactuações dos locais de parto; juntas, elas conformam o desenho da Rede Cegonha estadual.

Tais pactuações estabelecem um fluxo de acessibilidade às unidades de saúde, de acordo com a localização e situação clínica da parturiente. Para implementação desse desenho de rede, Pernambuco possui uma central de leitos que integra a gestão da atenção obstétrica

do estado e regula gestantes de todo o seu território (BRASIL, 2011a, 2011b; PERNAMBUCO, 2014).

Entretanto, mesmo com o fortalecimento do arcabouço institucional e a comprovada ampliação de acesso formal e cobertura da atenção ao parto e nascimento, a qualificação desse acesso ainda persiste como um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) e, consequentemente, para seus gestores, uma vez que a peregrinação de mulheres em busca de assistência durante o trabalho de parto é uma realidade presente em muitos locais do País, principalmente entre as parturientes residentes da região Nordeste (VIELLAS *et al.*, 2014).

Em Pernambuco, especificamente, a literatura aponta iniquidades no acesso ao parto e desordenamento dos fluxos assistenciais, evidenciados por deficiente vinculação a locais de parto, grandes distâncias percorridas por parturientes e entradas em mais de uma unidade hospitalar (ARAÚJO, 2012; ROHR; VANLOGUEIRO; ARAÚJO, 2014).

Considerando a conformação da Política de Atenção à Saúde Materno-Infantil instituída no estado de Pernambuco, a regionalização dos serviços de saúde e os mecanismos de articulação de rede, este estudo avaliou o acesso de parturientes às referências pactuadas para parto e nascimento no desenho institucional regionalizado da Rede Cegonha em Pernambuco, com vistas a evidenciar o itinerário real reproduzido nas Regiões de Saúde.

Objetivo

Avaliar o acesso de parturientes às referências formais pactuadas para parto e nascimento no desenho institucional regionalizado da Rede Cegonha do estado de Pernambuco.

Método

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, realizada de novembro de 2016 a abril de 2017, no estado de Pernambuco, com uso da estratégia de métodos mistos para a coleta de dados e de abordagem quantitativa para sua análise.

A pesquisa avaliativa visa analisar a adequação de diferentes componentes de uma intervenção, viabilizando a análise de sua pertinência, lógica, produtividade, efeitos e eficiência, relações com o contexto na qual se aplica. Os tipos de avaliação compreendem apreciação normativa, análise estratégica, análise lógica, análise da produção, análise dos efeitos, avaliação econômica e análise da implantação – cada uma recorrente a métodos de pesquisa característicos (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

A apreciação normativa foi a abordagem adotada neste estudo, por se tratar de um recurso metodológico em que se procura verificar se uma intervenção corresponde às expectativas, possibilitando a emissão de um juízo acerca do acompanhamento e controle de uma intervenção, que neste estudo tratou-se do acesso de parturientes às referências formais pactuadas de parto nas 12 RS de Pernambuco.

Considerou-se que, de maneira geral, o conceito de “acesso” aos serviços de saúde engloba a relação geográfica de acessibilidade entre as instituições físicas e os indivíduos que dela necessitam. Assim, o sentido de “acesso” foi entendido como o direcionamento e a recepção do usuário às ações de saúde que respondam às suas necessidades (SOUZA *et al.*, 2015).

A coleta de dados aconteceu em três etapas. A primeira compreendeu visitas à sede da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), durante os meses de novembro e dezembro de 2016, na coordenação do Programa Rede Cegonha. Foram levantados os documentos formais vigentes para pactuação da Rede Cegonha e para ordenamento dos fluxos assistenciais expressos pelas Resoluções das Comissões Intergestores Regionais (CIR). O desenho firmado por esses documentos oficiais de referência para parto em Pernambuco foi aqui sinteticamente denominado “Rede Formal”.

A segunda etapa consistiu na caracterização dos estabelecimentos integrantes da RC, considerando as variáveis disponíveis no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) do Departamento de Informática do SUS, disponível para acesso público via internet. Nessa fase, compararam-se, por distribuição de frequência, as

variáveis tipo de estabelecimento, porte e leitos obstétricos vinculados ao SUS. Esses dados foram coletados durante o mês de janeiro de 2017 e analisados com suporte do programa Microsoft Excel® 2007, tendo sido realizadas a sistematização dos dados em tabelas e gráficos e, posteriormente, a análise de acordo com o método de apreciação normativa.

Num terceiro momento, foi realizado o levantamento de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), da base de dados referente ao ano de 2015 da SES-PE, autorizado via carta de anuência emitida pela própria instituição, que permitiu extrair o número de partos de parturientes residentes no estado. Foi realizada a comparação numérica entre os partos ocorridos na Rede Formal e o total de partos de residentes realizados no estado como um todo. Nessa etapa, foi também levantado o itinerário geográfico dos partos de residentes em Pernambuco ocorridos nas unidades de referência, comportamento aqui denominado “Rede Real”. Os dados obtidos foram tabulados no Programa Tab para Windows (TabWin) do Departamento de Informática do SUS, disponível para acesso público via internet; em seguida, foram submetidos a tratamento estatístico por distribuição de frequência e analisados sob o enfoque quantitativo.

Após consolidação dos dados coletados, verificou-se o alcance das Redes Materno-Infantis Regionais no atendimento à demanda pactuada e foi discutida a realidade encontrada a partir de valores percentuais calculados com base nos resultados esperados com a implantação do desenho de rede.

Os resultados foram analisados à luz das orientações postuladas para estudos de apreciação normativa e a discussão dos resultados se empenhou em debater os eixos temáticos oferta de leitos obstétricos na Rede Cegonha de Pernambuco; acessibilidade das parturientes pernambucanas à Rede Formal; acomodação das demandas regionais ao modelo Rede Cegonha.

Sobre as considerações éticas, o estudo seguiu as orientações da Resolução N. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e está vinculado ao macroprojeto “Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica

interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)”, aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE sob o parecer n. 1.589.404, desenvolvido de forma cooperativa pelo Grupo de Estudos em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ-PE (BRASIL, 2012).

Resultados

Rede Formal de referência

O PDR do estado de Pernambuco vigente, homologado na Reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de 19 de setembro de 2011, definiu a conformação territorial do estado para fins sanitários em 4 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde (PERNAMBUCO, 2011).

Assim, hierarquicamente, têm-se microrregiões compondo as Regiões de Saúde, e estas se agregando em macrorregiões, com o objetivo de garantir a integralidade do acesso às ações e serviços de saúde e a efetividade das redes. Cada uma dessas regiões possui em seu território uma estrutura gerencial representativa da SES-PE, a Gerência Regional de Saúde (Geres) – existem, portanto, 12 Geres no estado.

A Rede de Saúde Materno-Infantil de Pernambuco, configurada formalmente através da Rede Cegonha Pernambuco (RC/PE), toma como base essa divisão sanitária do estado em Regiões de Saúde e, desta forma, tem suas referências pactuadas regionalmente em Redes de Saúde Materno-Infantil Regionais (PERNAMBUCO, 2015).

Assim, de acordo com as pactuações realizadas pelas Regiões de Saúde no ano de 2012, com última atualização em 2015, e respectivas portarias e resoluções dos Colegiados Intergestores Regionais – alcançadas na etapa de levantamento documental da pesquisa com a coordenação estadual do programa –, a RC/PE foi constituída por 79 unidades hospitalares, com demanda referenciada de acordo com o local de residência da parturiente e classificação de risco atribuída a sua gestação e parto, sendo um total de 10 unidades credenciadas para o referenciamento dos partos de alto risco e 69 unidades pactuadas para atender aos partos de risco habitual.

As unidades de referência para os partos de alto risco estão distribuídas entre as Redes Materno-Infantis Regionais da I, IV, V, VIII e XI RS. Conforme definido no método deste estudo, esse é o detalhamento da rede aqui referenciada como “Formal” (PERNAMBUCO, 2015).

De acordo com o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), houve poucas atualizações no *status* das unidades de referência desde o lançamento da RC, em 2012, de maneira que 95% das unidades se mantêm ativas, 4% foram desativadas entre os anos de 2013 e 2014 e 1% foi extinta. As modificações ocorreram na Rede Materno-Infantil Regional da I RS, que teve duas unidades desativadas e uma extinta, e na Rede Materno-Infantil Regional da III RS, que teve uma unidade desativada nesse período. Sobre as alterações, todas envolveram unidades hospitalares de pequeno porte, autorreferência de seus municípios-sede para a realização de partos de risco habitual, os quais tiveram sua demanda redirecionada para outros estabelecimentos da própria RS. Logo, 75 unidades hospitalares conformam a Rede Formal, sendo 79% hospitais gerais, 17% unidades mistas e 4% hospitais especializados/maternidade – estes últimos, concentrados 100% na I RS.

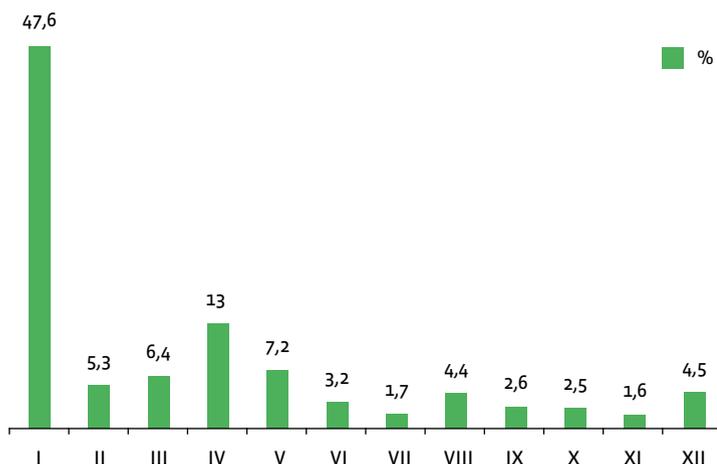
Do total de estabelecimentos integrantes da RC/PE, 75% seguem em gestão municipal, 20% estadual e 5% gestão dupla. A caracterização da rede também permite dizer que 52% de seus estabelecimentos são unidades de médio porte, 45,3% de pequeno porte e 2,7% de grande porte.

Assim como as unidades especializadas, as unidades de grande porte também se concentram na I Regional de Saúde, mais especificadamente nos municípios de Jaboatão dos Guararapes e Recife – este, sede da Macrorregião I e capital do estado.

Conforme os dados disponibilizados no SCNES, o conjunto dos estabelecimentos que integram a RC/PE disponibiliza um total de 1.578 leitos obstétricos SUS, que, distribuídos por Regiões de Saúde, têm sua maior densidade nos estabelecimentos que compõem a I RS (47,6% desses leitos), seguidos por 13% da IV RS, 7,2% da V RS e 6,4% da III RS. Os leitos complementares (25,8%) estão distribuídos entre as demais RS, como mostra a figura 1.

O conjunto desses leitos configura a oferta pactuada pelo estado de Pernambuco através do Programa Rede Cegonha para o atendimento preferencial e ordenado de suas residentes.

Figura 1 – Percentual de leitos obstétricos SUS por Rede Materno-Infantil Regional – Pernambuco, 2017



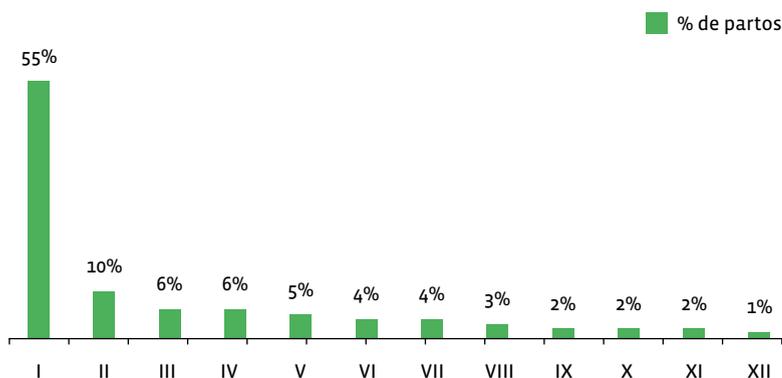
Fonte: CNES (2017)

Representação dos estabelecimentos Rede Cegonha nos partos de residentes de Pernambuco

De acordo com os dados do SINASC, no ano de 2015, foram registrados 145.028 partos de residentes em Pernambuco. Desse total, 67% (97.508 partos) aconteceram nas unidades de saúde que integram a RC/PE, evidenciando uma parcela representativa no total de partos do estado.

Observando a distribuição desses partos sob o critério da regionalização da oferta, segundo o qual, considerando-se as pactuações regionais, as parturientes teriam preferencialmente direcionamento a unidades de referência mais próximas de sua residência, observa-se na figura 2 a distribuição da ocorrência dos partos segundo a localização do estabelecimento por RS.

Figura 2 – Percentual de partos de residentes em Pernambuco realizados nas Redes Materno-Infantis Regionais – Pernambuco, 2015



Fonte: SINASC; SES-PE (2015)

Destacam-se, a partir da leitura da figura 1, as RS que, apesar de dotarem um número expressivo de leitos obstétricos pactuados, realizaram um baixo número de partos no conjunto de seus estabelecimentos no período avaliado. É o caso da XII RS, cujos resultados expressam um número de leitos representativo (4,5% do total da disponibilidade do estado) em relação a sua baixa resolutividade (realiza apenas 1% dos partos de residentes em Pernambuco).

Observa-se que os estabelecimentos da I RS, a qual comporta 30% das unidades ativas da RC, executaram 55% dos partos analisados, tendo como possível explicação a concentração de 15% dos estabelecimentos de médio porte e de 100% dos de grande porte para justificativa desse resultado.

Dentre esses estabelecimentos, estão as unidades hospitalares de referência para os partos de alto risco, que, via central de regulação, recebem partos regulados de todo o estado: Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Barão de Lucena, Centro Integrado de Saúde Amauri Medeiros (CISAM), Hospital das Clínicas e Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP).

Itinerário geográfico dos partos realizados nas Redes Materno-Infantis Regionais por região de saúde de residência

Em estudos sobre acesso a serviços de saúde, a consideração da dimensão geográfica do acesso (acessibilidade) demanda a observação da localização dos serviços de saúde em função do domicílio dos pacientes, sendo oportuno verificar e refletir a respeito da distância percorrida e do percurso realizado no deslocamento desses a partir de seus domicílios até os serviços demandados por sua necessidade. Desta forma, o percurso realizado pelos pacientes de seus domicílios aos serviços de saúde nos quais buscam acesso será referido como “itinerário geográfico” (SOUZA *et al.*, 2015).

Partindo desta compreensão, buscando apresentar o itinerário geográfico traçado pelas parturientes pernambucanas em busca de local para parto na RC/PE, a tabela 1 mostra verticalmente a RS de origem das parturientes que tiveram seus partos realizados nos estabelecimentos de cada uma das 12 Redes Materno-Infantis Regionais, expressando, em números percentuais, as entradas de parturientes de diferentes RS em uma Rede Materno-Infantil Regional e destacando com sublinhado o percentual que cada rede atendeu de sua demanda dentro do total de partos realizados por ela no período analisado.

Tabela 1 – Região de Saúde de origem das parturientes atendidas em cada Rede Materno-Infantil Regional – Pernambuco, 2015

Região de Saúde de origem dos partos realizados na I GERES	%	Região de Saúde de origem dos partos realizados na II GERES	%
I GERES – Recife	77,07	I GERES – Recife	4,6
II GERES – Limoeiro	5,30	II GERES – Limoeiro	67,8
III GERES – Palmares	4,66	IV GERES – Caruaru	6,8
IV GERES – Caruaru	6,37	XII GERES – Goiana	20,2
XII GERES – Goiana	3,37	Outras GERES	0,5
Outras GERES	3,23	TOTAL	100,0
TOTAL	100,00		

Região de Saúde de origem dos partos realizados na III GERES	%	Região de Saúde de origem dos partos realizados na IV GERES	%
IV GERES – Caruaru	91,0	III GERES – Palmares	1,7
V GERES – Garanhuns	4,6	IV GERES – Caruaru	85,7
VI GERES – Arcoverde	3,3	V GERES – Garanhuns	6,7
Outras GERES	1,1	VI GERES – Arcoverde	2,9
TOTAL	100,0	Outras GERES	2,9
		TOTAL	100,0

Região de Saúde de origem dos partos realizados na V GERES	%	Região de Saúde de origem dos partos realizados na VI GERES	%
IV GERES – Caruaru	2,0	IV GERES – Caruaru	3,5
V GERES	96,6	V GERES – Garanhuns	2,5
Outras GERES	1,4	VI GERES – Arcoverde	87,2
TOTAL	100,0	X GERES – Afogados da Ingazeira	3,2
		XI GERES – Serra Talhada	3,4
		Outras GERES	0,2
		TOTAL	100,0

Região de Saúde de origem dos partos realizados na VII GERES	%	Região de Saúde de origem dos partos realizados na VIII GERES	%
VII GERES – Salgueiro	83,2	VII GERES – Salgueiro	2,1
VIII GERES – Petrolina	11,9	VIII GERES – Petrolina	94,5
XI GERES – Serra Talhada	3,8	IX GERES – Ouricuri	3,4
Outras GERES	1,1	Outras GERES	0,1
TOTAL	100,0	TOTAL	100,0

Região de Saúde de origem dos partos realizados na IX GERES	%	Região de Saúde de origem dos partos realizados na X GERES	%
IX GERES – Ouricuri	99,9	VI GERES – Arcoverde	1,7
Outras GERES	0,1	X GERES – Afogados da Ingazeira	95,6
TOTAL	100,0	XI GERES – Serra Talhada	2,6
		Outras GERES	0,1
		TOTAL	100,0

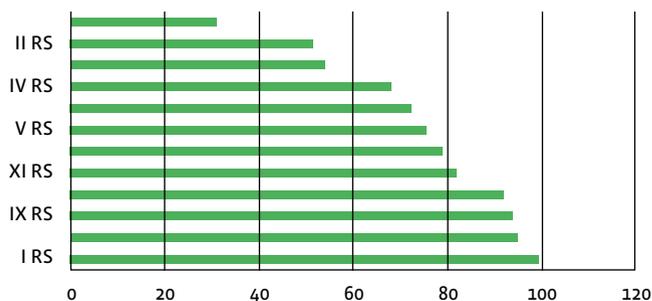
Região de Saúde de origem dos partos realizados na XI GERES	%	Região de Saúde de origem dos partos realizados na XII GERES	%
VI GERES – Arcoverde	2,0	XII GERES – Goiana	98,2
VII GERES – Salgueiro	1,6	Outras GERES	1,8
X GERES – Afogados da Ingazeira	3,4	TOTAL	100,0
XI GERES – Serra Talhada	91,9		
Outras GERES	1,2		
TOTAL	100,0		

Fonte: SINASC; SES-PE (2015)

Percentual de partos de suas residentes alcançados pelas Redes Materno-Infantis Regionais

Os dados levantados viabilizaram a verificação do alcance das Redes Materno-Infantis Regionais no atendimento à demanda pactuada, através da visualização do percentual de partos de suas residentes realizados nos estabelecimentos de sua rede pactuada, como mostra a figura 3.

Figura 3 – Percentual de partos de residentes das Regionais de Saúde realizados nos estabelecimentos de sua Rede Materno-Infantil – Pernambuco, 2015



	I RS	VIII RS	IX RS	VII RS	XI RS	X RS	V RS	VI RS	IV RS	III RS	II RS	XII RS
% Realizado na rede	99	95	94	92	82	79	75	72	68	54	52	31

Fonte: SINASC; SES-PE (2015)

A leitura da figura confere a visualização da garantia de cobertura da demanda correspondente atingida satisfatoriamente por grande parte das RS, onde se observa que a I, VIII, IX, VII e XI RS alcançaram, nessa sequência, os melhores resultados em cobertura de sua demanda, garantindo o acesso a mais de 80% das parturientes do território adscrito.

As Redes Materno-Infantis da X, V, VI e IV RS apresentaram, decrescentemente, coberturas entre 80% e 60% de sua demanda correspondente. Já a II, III e XII RS apresentaram valores preocupantes: inferiores a 60% de cobertura da demanda territorial. A XII RS, por sua vez, se destaca negativamente ao cobrir apenas 31% de sua demanda regional.

Discussão

Oferta de leitos obstétricos na Rede Cegonha de Pernambuco

No contexto da avaliação do acesso a serviços de saúde, a oferta se relaciona diretamente com demanda. A relação oferta/demanda compreende a interlocução entre a capacidade de oferecer serviços e a necessidade de assistência de uma dada população (JESUS; ASSIS, 2010).

A ampliação do acesso à atenção à saúde para grande parte da população brasileira é considerada um dos importantes avanços trazidos pela implantação do SUS com a expansão da cobertura assistencial. Dentre as características dos sistemas e serviços de saúde que interferem diretamente nesse processo, destacam-se aquelas relativas à oferta: disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica. Alguns estudos discutem sobre o tema trazendo a compreensão de que a “disponibilidade” representa a relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidades (SOUZA *et al.*, 2015; GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

A rede hospitalar brasileira, incluindo a rede de assistência obstétrica, é heterogênea, tanto em termos de distribuição espacial quanto em relação a outras características, como o tipo de prestador, o porte, a infraestrutura e a complexidade dos serviços oferecidos. Esta rede, por sua vez, encontra-se marcadamente perpassada por insuficiências

estruturais históricas, relativas tanto ao acesso propriamente dito quanto à má organicidade na distribuição dos leitos em relação à demanda (MONTESCHIO *et al.*, 2014).

De acordo com os dados levantados neste estudo, a RC/PE acompanha esta tendência heterogênea característica da rede hospitalar brasileira, sendo constituída por unidades de gestão municipal, estadual e dupla, de pequeno, médio e grande portes e atendendo aos casos de risco habitual, como as unidades mistas, ou realizando atendimentos de média e alta complexidade através dos hospitais gerais e especializados e maternidades. Em termos de quantitativos, sobressaem os números de unidades em gestão municipal (75%), os hospitais gerais (79%) e as unidades de médio porte (52%) (MONTESCHIO *et al.*, 2014).

Sobre a organicidade dos leitos, no ano de 2015, Pernambuco dispunha de 75 unidades hospitalares ativas na RC e ofertava um total de 1.578 leitos obstétricos físicos, de acordo com o SCNES. Considerando o parâmetro de tempo médio de permanência (dias) para clínica obstétrica de três dias, de acordo com a Portaria n. 1101/2.002/GM-MS (BRASIL, 2002), teve-se a disponibilidade de 191.990 leitos obstétricos no ano. No mesmo período, o total de estabelecimentos da rede realizou 97.508 partos de residentes em Pernambuco (gráfico 2), utilizando, portanto, 50,8% dos leitos obstétricos disponibilizados no estado.

Logo, teoricamente, a Rede Formal disponibilizou quase que o dobro do quantitativo de leitos obstétricos necessários para o atendimento à demanda de partos do estado no período. Reitera-se que esses leitos também acolhem os episódios de internações de gestantes por afecções maternas – dentre essas, as condições determinantes de alto risco –, bem como as mulheres que vivenciaram abortamento e óbito fetal.

Os dados deste estudo, portanto, apontam para a suficiência formal de leitos obstétricos de acordo com o cadastro oficial de estabelecimentos no CNES, o que vai de encontro a situações vivenciadas pelas parturientes no estado, cuja inconsistência se evidencia pela peregrinação das mulheres em busca do local de parto, uma vez que não alcançam acesso resolutivo nas unidades da pactuação mais próximas a sua residência (ARAÚJO, 2012).

Além dos leitos obstétricos, os de cuidados intensivos para recém-nascidos estão concentrados na Região Metropolitana, ocasionando a peregrinação das parturientes não apenas para a ocorrência do parto, mas também para a garantia de assistência adequada em casos de previsão de necessidade de especificidades assistenciais ao neonato (ARAÚJO, 2012).

Como eixo estrutural, a oferta do estado está definida sob o critério da regionalização: as redes regionalizadas de atenção obstétrica orientam o processo de descentralização e integração das ações e serviços de saúde a fim de alcançar o atendimento resolutivo às gestantes de risco habitual e a consequente diminuição de deslocamentos desnecessários que subutilizam a rede local e superlotam a rede de referências (ARAÚJO, 2012).

Os dados levantados refletem que o processo de regionalização apresenta significativas diferenças entre as RS de Pernambuco, de maneira que, embora a oferta tenha sido pactuada com vista à descentralização e resolutividade, através do acesso ao local de parto mais próximo da residência das parturientes, temos regiões que se organizaram e utilizam a rede com otimização da oferta e outras que enfrentam desafios que limitam a utilização racional de sua rede pactuada para a execução de atenção resolutiva ao parto no território.

Dentre os desafios enfrentados no dia a dia pelos gestores do SUS, a ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde merece destaque. O enfrentamento dessa problemática requer organização e a disponibilização de mecanismos que, integrados, colaborem para a consolidação do sistema do ponto de vista estrutural e funcional. Assim, são elementos ou instrumentos considerados facilitadores para o alcance de impacto com as ações de Atenção Primária à Saúde (APS) resolutiva e ordenadora; encaminhamentos adequados e criteriosos; protocolos assistenciais; e a estruturação de centrais reguladoras de vaga (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

A Superintendência de Atenção Primária à Saúde da SES-PE aponta a necessidade da incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, como gestão das listas de espera, e afirma que as

práticas de regulação realizadas na APS devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede (PERNAMBUCO, 2017). Com essa compreensão, para direcionar o fluxo geográfico de gestantes nos estabelecimentos da rede – buscando garantir o atendimento nos serviços disponíveis mais próximos da mulher, considerando o nível de complexidade necessário e, assim, combater a realidade de peregrinação e má distribuição e uso dos leitos –, a SES-PE conta com uma Central de Regulação de Leitos (PERNAMBUCO, 2014).

No entanto, estudo realizado em um hospital de referência da V Região de Saúde de Pernambuco revelou que, das parturientes referenciadas pelas unidades hospitalares dos municípios da Região, apenas 3,8% estavam devidamente reguladas. Esse dado evidencia a precariedade dos atendimentos nas unidades mistas e hospitais de pequeno porte municipais, o que contribui para a peregrinação das parturientes de forma incerta na busca de um lugar seguro para a assistência ao parto (SANTOS; CRUZ; SILVA, 2011).

Acessibilidade das parturientes pernambucanas às Redes Materno-Infantis Regionais

A acessibilidade compreende a relação entre localização da oferta e dos usuários, levando em conta os recursos para transporte, distância, entre outros. A constituição de redes funcionais integradas e a ordenação dos diversos agentes que atuam na saúde são estratégias desafiadoras para a garantia de acessibilidade pelos usuários a um conjunto temático de serviços de saúde ou a uma linha de cuidado. Logo, superar os efeitos da fragmentação que persistem na rede de serviços públicos de saúde é ponto fundamental para a constituição de redes de atenção à saúde, assim favorecendo a acessibilidade no SUS (GIOVANELLA; FLEURY, 1996; SOUSA *et al.*, 2014).

A avaliação do itinerário geográfico dos partos ocorridos nos estabelecimentos da RC/PE mostrou que os fluxos estabelecidos na Rede Formal não são alcançados por muitas RS, principalmente as mais

próximas dos limites geográficos da I RS Recife. É o caso da II e XII RS, que acabam tendo uma Rede Real diferente da pactuada com suas parturientes, adentrando em grande fluxo na rede da I RS, por critérios não previstos na pactuação, como, por exemplo, para realizarem partos de risco habitual. Corroborando essa evidência, estudos recentes mostraram um número real superior ao número estimado de partos de risco habitual acontecendo nos hospitais da sede (Recife), em detrimento da realização abaixo do esperado de partos em alguns municípios da I RS, causando transferências desnecessárias e superlotação das maternidades do Recife (ROHR; VANLOGUEIRO; ARAÚJO, 2014).

Lançando o olhar para as demais redes regionais, essa é uma realidade também vivenciada pela XII, II, III e IV RS, que, apesar de terem um alto percentual de partos de suas residentes dentre os realizados por seus estabelecimentos, possuem uma grande evasão para os estabelecimentos de outras RS, ultrapassando a expectativa de referenciamentos necessários de acordo com as pactuações estaduais para o atendimento dos respectivos níveis de complexidade.

Apesar das estratégias de regionalização e regulação implantadas, Pernambuco enfrenta fragilidades na ordenação de sua rede e consequente violação do direito da mulher de vinculação à maternidade, caracterizada pelos deslocamentos desnecessários e superlotação de unidades de referência, o que leva à peregrinação de mulheres pelas maternidades do estado (ROHR; VANLOGUEIRO; ARAÚJO, 2014).

A peregrinação também é um problema recorrente para as parturientes em outros estados. Um estudo realizado em 2014 no estado do Rio de Janeiro identificou no discurso de puérperas três conotações a respeito do direito, da ausência de cuidados e dos sentimentos vivenciados por elas na busca pelo acesso ao atendimento, explicitando descumprimento das ações responsáveis pela garantia dos direitos sexuais, bem como despreparo das instituições metropolitanas em oferecer-lhes uma assistência de qualidade (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Um estudo realizado em uma maternidade de referência de Teresina (PI) apontou a precariedade do sistema de saúde, com consequente redução de acesso, como ensejo à violência obstétrica no processo de

partejamento, o que os autores também associam a arriscada peregrinação por vagas nos serviços públicos (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Dados do SCNES evidenciam redução no número de leitos obstétricos pelo SUS no País (de 47.903 para 39.746), e em Pernambuco (de 2.516 para 2.324, uma redução de 7,6%), nos últimos dez anos. Pesquisas apontam a redução na oferta de leitos obstétricos no estado, assim como falta de profissionais e materiais para assistência às mulheres que recorrem ao serviço (BRASIL, 2018; FIGUEIROA *et al.*, 2017).

O quadro supracitado contribui, ainda, para situações como a peregrinação de parturientes por maternidades, internações de alto risco em locais inapropriados, como macas e cadeiras nos corredores e, até mesmo, pacientes deitadas no chão, motivadas pelo excesso de transferências para outros locais que potencialmente disponham de recursos materiais e/ou humanos (profissional qualificado) (FIGUEIROA *et al.*, 2017).

A partir da análise do caminho que a usuária faz em busca de assistência, desde a atenção básica até a especializada, observou-se a necessidade de fortalecer a integração entre os serviços e os profissionais para pactuação de fluxos assistenciais na rede saúde (SOUSA *et al.*, 2014).

Acomodação das demandas regionais ao modelo Rede Cegonha

Acomodação sob a perspectiva de dimensão de acesso é entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade de os usuários acomodarem-se a esses fatores e perceberem sua conveniência (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Em Pernambuco, a oferta de serviços materno-infantis está organizada de acordo com a pactuação vigente de referências para parto, publicada em 2012, revisada em 2015, a qual apresenta os estabelecimentos que integram as Redes Materno-Infantis Regionais e, por conseguinte, compõem juntos a RC/PE – Rede Formal. Tal organização detalha o fluxo esperado das parturientes de cada um dos municípios pernambucanos aos estabelecimentos pactuados, prezando pela regionalização do acesso como característica fundamental para o julgamento da efetividade das redes regionais (PERNAMBUCO, 2015).

O desenho da RC/PE aponta, através da compreensão das pactuações, que todas as redes regionais têm capacidade instalada para executar os partos de risco habitual de suas residentes, uma vez que não há pactuação para partos desse grau de complexidade fora de nenhuma das redes regionais.

Apenas para partos de alto risco a maioria das redes têm pactuados estabelecimentos fora de seu território. As exceções são a I, IV, V, VIII e XI Regiões, que têm pactuados serviços situados na própria região, das quais, portanto, espera-se maior efetividade no atendimento a seu público local, sobretudo no tocante ao acesso real. O Ministério da Saúde prevê que, em um recorte populacional, 15% dos partos ocorridos sejam partos de alto risco e os demais, 85%, sejam partos de risco habitual (BRASIL, 2011a).

Logo, quando verificado o percentual de partos de residentes das RS realizados nos estabelecimentos de sua própria Rede Materno-Infantil, observamos que o que expressaria a efetividade para o acesso real no desenho da RC pactuada do estado não tem sido alcançado em todas as regiões: a realização de 85% dos partos de suas parturientes na rede regional (para as regionais que não dispõem de autorreferências para alto risco), e em torno de 100% para aquelas que têm referências pactuadas para atenção a demanda de alto risco em seu território.

Rohr, Vanlogueiro e Araújo (2014), ao estudarem o fluxo dos municípios integrantes da I RS, mostraram que, apesar de 11 de seus municípios terem maternidade, nenhum corresponde ao volume esperado de partos de risco habitual, executando menos do que o esperado e, conseqüentemente, transferindo mais.

Em 2015, das RS com estabelecimento de alto risco instalado, das quais, portanto, espera-se maior resolutividade na atenção à demanda local, apenas a I e a VIII RS alcançaram o atendimento de mais de 85% dos partos de suas residentes no período: respectivamente, 99% e 95% (gráfico 4).

Conforme os dados observados no gráfico 4, a VII e a IX RS, apesar de não possuírem referências instaladas para alto risco, mostraram excelente cumprimento da pactuação, atendendo a mais de 90% dos partos

de suas residentes. Em contraponto, as redes regionais da II, III e XII RS mostraram menor resolutividade no período, com valores, respectivamente, de 52%, 54% e 31% de partos de suas residentes. É evidente que o número mais preocupante são os 31% da XII RS, que mostram a incipiência da rede em atenção à demanda pactuada e consequente cumprimento do objetivo do Programa Rede Cegonha, que preconiza a regionalização do acesso de parturientes aos locais de parto.

A RC orienta o estabelecimento do Plano Regional, de modo que cada município esteja descrito conforme sua capacidade de execução, estimulando sua ação compartilhada não somente nos cuidados pré-natais, no âmbito da APS, como também da assistência ao parto de suas muncípes, ao menos nos casos de partos de risco habitual. Entretanto, as disputas estabelecidas no âmbito das pactuações regionais apontam um descompasso entre o pactuado entre os gestores da saúde e o que é, de fato, executado na Rede Real (BRASIL, 2011a).

O estudo de Silva e Benito realizado no estado do Espírito Santo aponta similaridade com a situação de Pernambuco, enquanto relata a existência das instâncias colegiadas de pactuação regional e a realização de reuniões sistemáticas. Entretanto, estas são, via de regra, um recinto burocrático, subaproveitadas, com ausência de membros efetivos para deliberação, com reuniões de caráter informativo que não discutem amplamente as questões da região. Aponta, ainda, baixa autonomia dos gestores da saúde em relação aos poderes instituídos municipais, o que representa uma barreira para o fortalecimento das decisões colegiadas nas unidades de saúde e o processo de governança organizacional e clínica, que, somada às assimetrias de poder informacional, técnico e econômico, atrelava as deliberações ao critério político, às vezes de natureza partidária, para tomada de decisão (SILVA; BENITO, 2013).

Conclusão

Este estudo demonstra que o estado de Pernambuco tem, na composição de sua Rede Formal, um quantitativo de leitos obstétricos

condizente teoricamente com a demanda de partos de suas residentes, exceto para leitos de maior tecnologia incorporada. Esses leitos estão configurados nas Redes Materno-Infantis Regionais definidas para cada uma das 12 RS que integram a divisão sanitária do estado.

Quando realizado aprofundamento do itinerário geográfico vivenciado pelas parturientes de cada RS, verificou-se desordenamento no fluxo pactuado para muitas RS, principalmente aquelas mais próximas à região metropolitana comportada pela I RS, como a II e a XII, levando à evasão de gestantes do seu território para entrada sem pactuação nas referências da I RS, sobretudo nas unidades hospitalares instaladas na capital, Recife. O estado também dispõe de pactuações formais para ordenamento de fluxos em cada RS e de um mecanismo potencial de regulação do acesso, a Central de Regulação de Leitos.

Contudo, foi constatada uma realidade de desordenamento de fluxos, com uma Rede Real caracterizada por baixa utilização de referências regionais no interior do estado e procura excedente pelas referências metropolitanas, o que converge para uma possível superlotação dessas unidades e consequente peregrinação de gestantes em busca de locais de parto.

Sugerimos, portanto, a rediscussão dos protocolos de ordenação do acesso pelas instâncias colegiadas de governança, bem como a repactuação nas instâncias colegiadas regionais, considerando a real capacidade instalada das unidades de atenção ao parto nas RS, a fim de garantir o acesso nas referências pactuadas, potencializar o desempenho da Rede Formal e reduzir o sofrimento das parturientes em busca de acesso às referidas unidades. Nesse sentido, caberia rever dentro do princípio da econômica de escala o desenho da Rede Cegonha para repactuação nos espaços de governança deliberativa ascendente em todo o estado.

Referências

ARAÚJO, F. R. F. *A bioética da proteção e as implicações morais no acesso desigual ao parto: o caso de uma maternidade de referência no agreste*

de Pernambuco. 2012. 127 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2012.

BARROS, F. P. C.; LOPES, J. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde e Debate*, v. 40, n. 110, p. 264-271, jul.-set. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 466/12*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES*. Quantidade SUS por Unidade da Federação segundo Leitos obstétricos. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintbr.def>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Consolidada da Rede Cegonha (Portaria Nº 1.459 de 24/06/2011 e Portaria Nº 2351 de 05/10/2011)*. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.101 de 2.002*. Parâmetros Assistenciais do SUS/GM-MS. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 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). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria-SAS-MS- nº 650 do dia 05 de outubro de 2011*. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Brasília, 2011b.

BROUSSELLE, A. et al. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 292 p.

FIGUEIROA, M. N. et al. Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em

maternidade-escola. *Rev. Escola Anna Nery de Enfermagem*, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2017.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

MONTESCHIO, L. V. C.; SGOBERO, J. K. G. S.; MARCON, S. S.; MATHIAS, T. A. F. Acesso de parturientes para a assistência ao parto em hospitais universitários: caracterização e fatores associados. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 35, n. 1, p. 22-30, 2014.

NUNES, B. P. et al. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 25, n. 4, p. 777-787, out.-dez. 2016.

OLIVEIRA, T. R. O. et al. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. *Rev. Enferm. UFPE*, v. 11, n. 1, p. 40-6, 2017.

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.; OLIVEIRA, W. F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde e Debate*, v. 40, n. 111, p. 63-73, out.-dez. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Guia Pernambucano de Atenção Primária*. Recife, 2017. 46 p.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Manual Operacional da Central de Regulação de Leitos*. Recife, 2014. 43 p.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. *Pactuação de Referências para Parto do Programa Rede Cegonha*. Recife, 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão em Saúde. *Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco*. Recife, 2011. 20 p.

RODRIGUES, D. P. et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Revista Escola Anna Nery de Enfermagem*, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015.

ROHR, L. K.; VANLOGUEIRO, S.; ARAÚJO, T. V. B. Assistência ao parto e inadequação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, v. 16, n. 4, p. 457-465, 2014.

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

SANTOS, M. A. S.; CRUZ, J. B.; SILVA, V. R. Desafios da regionalização da assistência à gestante e ao parto na V GERES, Garanhuns, Pernambuco. *Journal of Management and Primary Health Care*, v. 2, n. 2, p. 11-4, 2011.

SILVA, B. F. S.; BENITO, G. A. V. A voz de gestores municipais sobre o acesso nas práticas de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8, p. 2189-2200, 2013.

SOUSA, F. O. S.; MEDEIROS, K. R.; JÚNIOR, G. D. G.; ALBUQUERQUE, P. C. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014.

SOUZA, M. S. P. L. et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 1, p. 111-120, jan. 2015.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, n. 30, Sup., p. 85-100, 2014.

10

Governança clínica e cuidado de enfermagem

Um modelo decisório para
segurança do paciente
materno-infantil

Alexssandro da Silva
Garibaldi Dantas Gurgel Junior
James Anthony Falk

Introdução

A ocorrência de eventos adversos à saúde em ambiente hospitalar tem sido considerada um problema primordial para a segurança do paciente mundialmente (MARTINS *et al.*, 2011), trazendo consequências graves e desafiadoras para a saúde pública (SOUSA *et al.*, 2014).

Considera-se evento adverso (EA) a lesão ou o dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado ao paciente pela intervenção assistencial (AMAYA, 2009; MENDES JÚNIOR *et al.*, 2008). A ocorrência de dano ou prejuízo do evento adverso está relacionada aos cuidados médicos e não à doença de base (MARTINS *et al.*, 2011) e, mesmo que indesejáveis, essas ocorrências são preveníveis (NASCIMENTO *et al.*, 2008). Os EA não estão relacionados apenas a ‘erro médico’ – por vezes o termo é restringido, devido a erro de tradução; são eventos muito mais de natureza sistêmica que individual (MENDES JÚNIOR *et al.*, 2005). São gerados a partir da forma como as instituições hospitalares estão organizadas, motivo pelo qual a prevenção exige a atenção para as causas e as consequências das lesões, sendo necessário um esforço que vai muito além da identificação de indivíduos culpáveis (LEAPE *et al.*, 1991).

A ocorrência de um EA não significa obrigatoriamente que houve erro no cuidado com o paciente. Pacientes podem sofrer danos inerentes ao cuidado de saúde que não podem ser evitados. Já o EA ‘evitável’ representa o dano ao paciente que está associado a uma falha ativa ou a uma condição latente, ou mesmo a uma violação de normas e padrões (MENDES JÚNIOR *et al.*, 2013). Assim, torna-se necessária uma distinção entre os eventos adversos (EA) assistenciais e outros desfechos indesejados; o primeiro é causado pelo cuidado prestado na

organização hospitalar, e o segundo é decorrente da evolução natural da enfermidade (MENDES JÚNIOR, 2007).

A alta incidência de EA em hospitais vem preocupando estudiosos, profissionais e gestores em saúde. Estudos recentes apontam que cerca de 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de EA, o que incorpora a questão da ocorrência de EA na discussão sobre a qualidade do cuidado em serviços de saúde (MENDES JÚNIOR *et al.*, 2008). Uma preocupação central na avaliação dos resultados dos cuidados de saúde, especialmente em relação a eventos adversos ou óbitos hospitalares, é a identificação de casos evitáveis (MARTINS *et al.*, 2011). Eventos adversos a medicamentos têm sido investigados extensivamente porque são predominantemente evitáveis (WEINGART *et al.*, 2000). Um relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos chamou a atenção para o fato de que a taxa de mortalidade devido a eventos adversos foi maior do que a atribuída a algumas das principais causas de mortalidade, tais como acidentes rodoviários, câncer de mama e AIDS (MARTINS *et al.*, 2011).

Em um estudo realizado em hospitais britânicos para viabilizar a detecção de eventos adversos, 1.014 registros médicos e de enfermagem foram revisados, nos quais 10,8% dos pacientes tiveram pelo menos um evento adverso, com uma taxa global de eventos adversos de 11,7% quando foram incluídos no cálculo aqueles que tiveram mais de um evento adverso. Cerca de metade desses eventos foram considerados evitáveis de acordo com as normas para cuidados assistenciais, e um terço dos eventos adversos levaram a incapacidade ou morte, o que sugere que os eventos adversos são uma séria fonte de dano aos pacientes e um grande gasto de recursos do NHS (VINCENT; NEALE; WOLOSZYNOWYCH, 2001).

No mesmo sentido, avaliando a ocorrência e o impacto de eventos adversos em hospitais públicos da Nova Zelândia, foram revisados 6.579 registros médicos, de admissões ocorridas no ano de 1998, em 13 hospitais gerais. A proporção de internações associadas a um evento adverso foi de 12,9%, das quais 15% estavam associadas a incapacidade permanente ou morte. Esse estudo forneceu parâmetros

representativos que puderam contribuir para a compreensão mais ampla e a melhoria da segurança dos pacientes e da qualidade da assistência nos hospitais públicos da Nova Zelândia. Esse resultado está entre os níveis registrados em dois países com tradições médicas: Austrália (16,6%) e Reino Unido (10,8%) (DAVIS *et al.*, 2002). Igualmente, acredita-se que, nos hospitais europeus, um em cada dez pacientes sofra danos evitáveis durante a assistência (O'CONNOR *et al.*, 2010).

Em hospitais suecos, também foi realizada uma revisão de 1.967 prontuários das 1,2 milhões de hospitalizações, entre outubro de 2003 e setembro de 2004. Dessa revisão, 12,3% das admissões tiveram eventos adversos, 70% eram evitáveis. Dos eventos evitáveis, 55% levaram a deficiência ou incapacidade, o que foi resolvido durante a internação ou no prazo de um mês a partir da alta; outros 33% levaram quase um ano para resolução; 9% dos eventos evitáveis levaram a invalidez permanente; e 3% dos eventos adversos contribuíram para a morte do paciente. Percebeu-se que os eventos adversos evitáveis eram comuns, causando sofrimento humano e consumindo uma quantidade significativa dos recursos disponíveis para os hospitais (SOOP *et al.*, 2009).

Em estudo semelhante realizado na Itália, dos 1.501 registros revisados, foram relacionados 46 (3,3%) a algum evento adverso; 71,7% destes ocorridos em enfermarias de leitos de clínica médica, seguidos pelos cirúrgicos (19,6%) e de tratamento intensivo (UTI) (8,7%). Nesse estudo, a incidência de eventos adversos foi associada à duração da estadia, ao tipo de internação e à unidade em que ocorreu a internação, independentemente da comorbidade. Com base nos resultados, parece que as características organizacionais são os principais fatores responsáveis pelos eventos adversos, superando a vulnerabilidade do próprio paciente (SOMMELLA *et al.*, 2014).

Em 2009, na direção de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde de forma a evitar a ocorrência de eventos adversos, o Ministério Libanês de Saúde Pública (MOPH) lançou o programa de acreditação de cuidados de saúde primários (CSP). Com o apoio do *Accreditation Canada*, realizou a pesquisa de acreditação em 25 centros de APS em 2012, tendo aparecido vários desafios a serem superados: limitados

recursos financeiros, infraestrutura precária e falta de pessoal (EL-JARDALI *et al.*, 2014).

No Canadá, os eventos adversos em hospitais estão estimados em 7,5 por 100 internações de adultos. Apesar de apenas 36,9% dos eventos serem considerados evitáveis, um total de 20,0% foram associados com incapacidade permanente ou morte. Taxas semelhantes são relatadas por outros países desenvolvidos, com taxas um pouco mais baixas apresentadas em dois estudos norte-americanos. Eventos relacionados à cirurgia foram os mais comuns, seguidos por eventos relacionados a medicação ou a fluidos administrados (BAKER; NORTON, 2006).

Já em Portugal, a ocorrência de eventos adversos em hospitais ainda não tinha sido estudada de forma sistemática. A fim de estimar a incidência de eventos adversos em hospitais portugueses, foi realizado estudo que analisava a viabilidade de se aplicar uma metodologia de detecção de eventos adversos através de revisão de registro, como os que já foram utilizados em outros países. Analisando uma amostra aleatória de 1.669 prontuários, no ano de 2009, obteve-se uma incidência de 11,1% de eventos adversos, dos quais cerca de 50,0% foram considerados evitáveis, sendo 18,3% relacionados a erro de medicação (SOUSA *et al.*, 2014).

Por último, o estudo desenvolvido no Brasil para analisar as características de eventos adversos evitáveis (EA) em internações de hospital do Estado do Rio de Janeiro foi conduzido por Mendes Júnior e colaboradores (2013). Esse estudo visava identificar os elementos que servem de substrato para as ações prioritárias destinadas a melhorar a segurança do paciente. Em uma amostra de 1.103 pacientes, foram identificados 65 eventos adversos evitáveis de 56 pacientes. Os EA evitáveis foram responsáveis por 373 dias adicionais de internação hospitalar, indicando que ações como a higienização das mãos, o incentivo à adesão às diretrizes de protocolo de clínicas e a criação de programas de educação continuada para profissionais de saúde devem compor a lista de prioridades de gestores hospitalares e profissionais de saúde envolvidos no cuidado a pacientes hospitalizados (MENDES JÚNIOR *et al.*, 2013).

Para comparar a eficácia, a confiabilidade e a aceitabilidade de estimar as taxas de eventos adversos e as taxas de eventos adversos evitáveis, foi realizado também um estudo no sudoeste da França que avaliou de forma independente três métodos: corte transversal (dados reunidos em um só dia); potenciais (dados recolhidos durante a internação); e retrospectivos (revisão dos prontuários médicos). Participaram desse estudo 778 pacientes e obteve-se o seguinte desfecho: os métodos prospectivos e retrospectivos identificaram número semelhante de casos médicos e cirúrgicos (70% e 66% do total respectivamente), mas o método prospectivo identificou casos mais evitáveis (64% e 40% respectivamente). O método transversal mostrou um grande número de falsos positivos e não identificou nenhum dos efeitos adversos mais graves. Nenhum dos métodos foi apropriado para obstetria. O método prospectivo de coleta de dados pode ser mais apropriado para estudos epidemiológicos que visam convencer as equipes clínicas de que seus erros contribuem significativamente para eventos adversos, para estudar os fatores organizacionais e humanos, e para avaliar o impacto dos programas de redução de riscos (MICHEL *et al.*, 2004).

No mesmo sentido, em estudo realizado nos Estados Unidos para determinar o grau de congruência entre várias medidas de eventos adversos, foram utilizados três métodos: (i) indicadores de segurança do paciente da Agência de Investigação de Saúde e Qualidade, (ii) eventos relatados pelo provedor, e (iii) Ferramenta Gatilho Global do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) com a confirmação do médico. Como resultado, cerca de 4% (2401) de baixas hospitalares tiveram um evento adverso identificado por pelo menos um método. Em torno de 38% (922) dos eventos identificados foram relacionados a eventos do provedor. Quase 43% dos eventos adversos relatados foram eventos relacionados à integridade da pele, 23% eventos de medicação, 21% quedas, 1,8% eventos de equipamentos e 37% eventos diversos. Os pacientes com eventos adversos identificados por um método não eram normalmente identificados usando outro método. Diferentes métodos de detecção identificaram diferentes eventos adversos (NAESSENS *et al.*, 2009). Estima-se que a ocorrência de eventos

nos Estados Unidos da América (EUA) é de um em cada três pacientes internados, variando desde objetos esquecidos no corpo durante cirurgias a risco de vida por infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) (STEENHUYSEN, 2011).

Como se percebe, modelos de mapeamento para o gerenciamento de riscos tornam-se urgentes nas instituições de saúde, pois a existência de vários níveis de especialização e sua interdependência caracterizam essas instituições como ambientes de alto risco para eventos adversos e incidentes (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010). Os riscos de danos hospitalares são comparados aos riscos existentes na aviação civil e militar, usinas nucleares, navios, submarinos e aeronaves, que são denominadas como organizações altamente confiáveis ou *High Reliability Organizations* (GOMES, 2012).

O termo “risco” é proveniente da palavra *risicu* ou *riscu*, em latim, que significa “ousar” – *to dare*, em inglês. Costuma-se entender risco como possibilidade de ‘algo não dar certo’, mas seu conceito atual envolve a quantificação e qualificação da incerteza, tanto no que diz respeito às ‘perdas’ como aos ‘ganhos’ com relação ao rumo dos acontecimentos planejados, seja por indivíduos, seja por organizações (BERNSTEIN, 1996).

“Os erros levam a gente a questionar o atual e a pensar em algo diferente. Com as lições de ontem, procuramos hoje não cometer as mesmas falhas [...]” (TARABOULSI, 2004, p. 32), pois “risco” emerge como conceito quando “[...] se torna possível pensar o futuro como passível de controle. Esse é um processo que envolve tanto o desenvolvimento do instrumental necessário – como a teoria da probabilidade – quanto à emergência de um novo objeto de governo – a população.” (SPINK, 2001, p. 1287).

Farmer (1967) foi pioneiro em conceituar “riscos” como um diagrama com os termos “consequência” e “probabilidade”. Seu estudo sugeria uma relação entre a dimensão e a frequência aceitável de liberação de iodo radioativo de acidentes de centrais nucleares. Ao final de 1970, o conceito foi desenvolvido numa expressão $R = F \times N$, sendo a probabilidade de ocorrência do evento normalmente expressa em termos

do número de eventos por ano (F) que podem causar danos aos seres humanos, e as consequências são frequentemente medidas em ‘número de óbitos’ (N). A mensuração qualitativa de riscos pode ser gerada através de uma matriz, em que o nível de risco é definido pela composição das variáveis frequência (probabilidade) e severidade (impacto), associadas aos eventos de perda (fatores de risco) inerentes ao processo avaliado (CROUHY; GALAI; MARK, 2004; MARSHALL, 2002).

Várias iniciativas, em termos de regulamentação, têm surgido para impulsionar o gerenciamento de riscos. As duas normas mais atuais de atuação mundial que tratam exclusivamente de riscos são a AS/NZS 4360/2004 (*Australian Standard for Risk Management*), publicada pela primeira vez em 1995 pela *Australian Standards*, e a ISO 31000, publicada no Brasil em 2009 pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2009). A AS/NZS 4360/1995 foi considerada a primeira norma do mundo de gerenciamento de riscos, sendo aprimorada ao longo dos anos até sua mais recente edição, em 2004. A estrutura dessa norma foi a base da ISO 31000/2009 (BRAGA, 2010).

Em 2004, foi criada a *World Alliance for Patient Safety*, aliança vinculada às Nações Unidas composta por organizações internacionais e nacionais de diversos países que tem como missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente em termos mundiais (GOMES, 2008).

Na mesma direção, em 2005, a Organização Mundial da Saúde designou nos Estados Unidos as organizações *The Joint Commission e Joint Commission International (JCI)* como o primeiro Centro Colaborador para as Soluções na Segurança do Paciente (*WHO Collaborating Center For Patient Safety Solutions*). A missão do Centro é implementar as soluções bem-sucedidas para a grande variedade de problemas relativos à segurança do paciente (GOMES, 2008).

Uma evolução para o gerenciamento de riscos à saúde no Brasil foi o advento, em 2005, das primeiras portarias de regulação da Norma Regulamentadora (NR) 32 do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2005) e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, publicada

pela Anvisa em 25 de julho de 2013 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013), a qual institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, dentre elas a elaboração, implantação, divulgação e atualização do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, tendo como primeira estratégia identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática.

Para Baraldi (2005), o gerenciamento de riscos empresariais são os conhecimentos, os métodos, as técnicas e os processos organizados sistemicamente com suas ações práticas melhoradas continuamente para reduzir os prejuízos e aumentar os benefícios na concretização dos objetivos e metas estratégicos. No mesmo sentido, Bernstein (1996) apresenta a administração de risco como geradora de uma ampla gama de aspectos para tomada de decisões.

Quando investidores compram ações, cirurgiões realizam operações, engenheiros projetam pontes, empresários abrem negócios e políticos concorrem a cargos eletivos, o risco é um parceiro inevitável. Contudo, suas ações revelam que o risco não precisa ser hoje tão temido: administrá-lo tornou-se sinônimo de desafio e oportunidade (BERNSTEIN, 1996).

A melhoria da cultura de segurança nas organizações de cuidados de saúde tem trazido grande contribuição para o processo de desenvolvimento que fornece um quadro global da instituição, aumentando a confiança dos profissionais (VALLEJO-GUTIÉRREZ *et al.*, 2014). Nesse sentido, Quinto Neto (2006) tece considerações sobre o conceito de “segurança” e suas implicações para os pacientes, profissionais e organizações, e destaca a importância de substituir a cultura da culpa e do castigo pela cultura da aprendizagem a partir da identificação e análise das falhas e acidentes.

Para Nordocci (2002), as políticas de risco devem incluir uma abordagem ética e procedimentos democráticos, e não apenas considerações técnico-científicas. O gerenciamento de risco deve incluir todas as decisões e escolhas sociais, políticas e culturais que se relacionam direta e indiretamente com as questões de risco na nossa sociedade.

E é necessário ampliar o debate, no Brasil, não apenas dos critérios e ferramentas, também das suas implicações sociais, políticas e éticas envolvidas na tomada de decisão sobre a aceitabilidade de riscos.

No contexto dos cuidados de saúde, a avaliação de qualquer medida do resultado consiste em determinar a extensão em que as diferenças observadas podem ser atribuídas a fatores de risco do paciente ou a variações no processo de tratamento. Isso destaca a importância de medir as diferenças na gravidade dos casos em estudos sobre eventos adversos (MARTINS *et al.*, 2011). Essa necessidade de medição da frequência de eventos adversos e a da identificação das causas mais comuns têm sido importantes etapas adotadas por vários países para chamar a atenção à gravidade do problema pouco conhecido e para orientar o desenvolvimento de políticas de segurança do paciente. O estudo da incidência global de pacientes com eventos adversos durante internação hospitalar tem sido importante para compreender a magnitude desse problema (MENDES JÚNIOR *et al.*, 2009).

Métodos para mensuração de riscos têm surgido em o todo mundo. A Espanha implantou o *Sistema de Notificación y la Seguridad del Aprendizaje para Paciente* (SiNASP), um sistema de comunicação genérica para todos os tipos de incidentes relacionados com a segurança do paciente, sendo de caráter voluntário, confidencial, não punitivo, anônimo, com análise local dos casos e com base na Classificação Internacional da OMS para a Segurança do Paciente (VALLEJO-GUTIÉRREZ *et al.*, 2014).

Fatores da prática clínica que influenciam a ocorrência de eventos adversos podem ser usados para orientar a investigação de incidentes, para gerar formas de avaliação do risco, centradas na análise de causas e prevenção de ocorrência de eventos adversos (VINCENT; TAYLOR-ADAMS; STANHOPE, 1998). Análises de sistemas e suporte para pacientes e funcionários devem ser prioridades absolutas em qualquer estratégia de gestão de risco e segurança (VINCENT, 2003).

Sistemas de notificação para eventos adversos são uma excelente fonte de conhecimento, a partir dos quais podem surgir medidas de melhoria que visam reduzir impactos ou consequências (ANGLÈS *et*

al., 2012). De instituições como a OMS, a Comissão Europeia e o próprio Ministério da Saúde Espanhol (SiNASP), assuntos sociais e de igualdade de políticas têm incentivado o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes como uma estratégia fundamental para melhorar a segurança dos pacientes (ANGLÈS *et al.*, 2012).

Os eventos adversos constituem um problema significativo de saúde, que exige uma melhor comunicação de incidentes juntamente com a melhoria da consistência do atendimento, o reforço da comunicação e maior atenção aos riscos envolvidos na prestação de cuidados (BAKER; NORTON, 2006), sendo necessária a comparação de métodos para aplicar-se o mais apropriado na determinação do nível dos eventos adversos.

Portanto, a promoção de intervenções mais seguras de saúde em hospitais de forma a evitar danos para o paciente tem se tornado um tema de saúde pública relevante (SOMMELLA *et al.*, 2014), visando à redução da morbimortalidade, do tempo de tratamento dos pacientes e, conseqüentemente, dos custos assistenciais (BRASIL, 2013, p. 7).

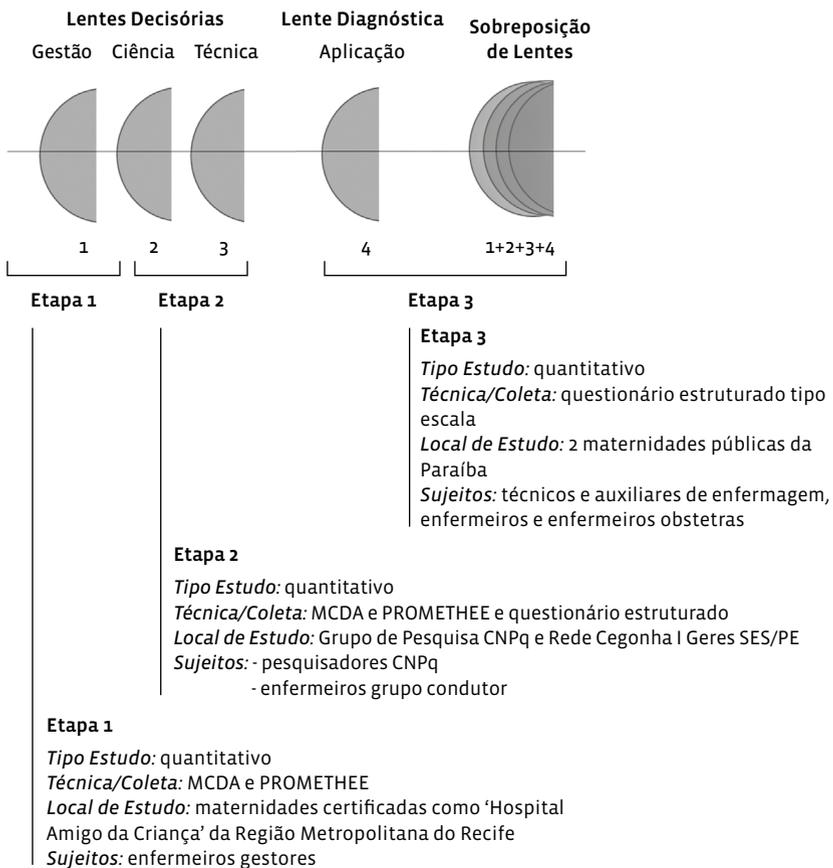
É notória a necessidade de ampliar a discussão no Brasil no tocante a eventos adversos, em especial na assistência materno-infantil, a fim de adotar métodos, modelos decisórios e sistemas de notificações que possibilitem clarear a temática e mensurar antecipadamente a possibilidade da ocorrência de eventos adversos evitáveis, garantindo uma tomada de decisão focada na segurança do paciente.

Nesse sentido, buscou-se responder no presente estudo as seguintes *perguntas condutoras*: *a)* Quais as preferências decisórias dos enfermeiros gestores dos hospitais de Recife certificados pela UNESCO como ‘Amigo da Criança’? e *b)* Que parâmetros devem ser estudados para elaboração de um modelo decisório que possua sobreposição de olhares (lentes) – de gestão, técnica e da ciência – para direcionar investimentos e ações referentes à segurança do paciente materno-infantil? Para responder a essas perguntas, foi estabelecido como *objetivo* desenvolver um modelo decisório de priorização de investimento e ações para a segurança do paciente materno-infantil baseado nas dimensões da governança clínica para o processo de cuidado de enfermagem.

Método

Para estruturar as atividades de pesquisa, o estudo foi dividido em três etapas. Na 1ª Etapa, foi construída a *lente decisória da gestão*; na 2ª Etapa, foram construídas as *lentes decisórias da ciência e da técnica*; na 3ª Etapa, foi construída a *lente diagnóstica* para validação do modelo. Todas as lentes foram sobrepostas, formando o *modelo decisório de sobreposição de lentes*, como sintetizado na figura 1.

Figura 1 – Sobreposição de Lentes



Fonte: elaboração dos autores

1ª Etapa: construção da lente decisória da gestão – análise multicritério das preferências decisórias dos enfermeiros gestores

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com amostragem por conveniência e abordagem baseada na metodologia MCDA (*Multiple Criteria Decision Analysis*), operacionalizada pelo algoritmo PROMETHEE (*Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluations*), mediante o uso de ferramenta de captura gráfica de preferências e com análise de sensibilidade para garantir a robustez do modelo (MARESCHAL; DE SMET, 2009).

Nesse sentido, modelou-se o estudo por meio de técnicas MDCA-C com abordagem construtivista em quatro fases de apoio à decisão, diferenciadas mas intrinsecamente correlacionadas: (1) identificação do contexto e dos decisores, (2) estruturação do modelo multicritério, (3) análise dos resultados e (4) recomendações de apoio à decisão (BANA; COSTA, 1993; ENSSLIN; MONTIBELLER NETO; NORONHA, 2001).

O cenário institucional da pesquisa foram os hospitais certificados como ‘Hospital Amigo da Criança’ na cidade do Recife: Hospital das Clínicas, Hospital Agamenon Magalhães, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques, Maternidade Bandeira Filho, Unidade Mista Professor Barros Lima, Hospital Barão de Lucena e Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros.

O Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) certificam desde 1992, por meio da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), instituições de saúde públicas e privadas que cumprem os ‘Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno’, o ‘Cuidado Amigo da Mulher’ e uma série de outros requisitos que buscam a adequada atenção à saúde da criança e da mulher (BRASIL, 2014a).

Os atores envolvidos no processo decisório são classificados em três grupos: decisores, representantes e agidos. Os *decisores* são os que têm poder institucional para ratificar uma decisão, que estabelecem limites do problema, especificam o objetivo a ser alcançado e emitem julgamentos – a eles é formalmente delegado o poder de decisão; os *representantes* são os atores incumbidos de representar o decisor no processo de

tomada de decisão; e os *agidos* são os que sofrem de forma passiva as consequências das decisões tomadas, podendo intervir indiretamente no processo por meio de pressão sobre decisores e seus representantes (BANA; COSTA, 1993; ENSSLIN; MONTIBELLER NETO; NORONHA, 2001).

Os oito coordenadores de enfermagem das maternidades certificadas foram incluídos como sujeitos da pesquisa. Esses sujeitos foram a população-alvo da pesquisa, e cada um foi identificado, neste estudo, como ator ‘decisor’, único a responder na coleta de dados. Os representantes – técnicos/auxiliares, enfermeiros e enfermeiros obstetras – e os agidos – pacientes e acompanhantes – foram identificados apenas para contextualizar o processo de tomada de decisão, mas não responderam na coleta de dados.

Consideraram-se como critérios as atribuições dos profissionais de enfermagem envolvidos no acolhimento e a classificação de risco em obstetrícia constante do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia da Rede Cegonha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b). Totalizaram-se 25 critérios (TA1, TA2, ..., E1, E2, ..., EO4), agrupados em três categorias profissionais de enfermagem (TA, E EO), como listado na tabela 1.

Tabela 1 – Critérios baseados nas atribuições dos profissionais de enfermagem

Categorias Profissionais	Ordem	Código	Critérios (Atribuições da Enfermagem)
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (TA)	1	TA1	Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável.
	2	TA2	Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.
	3	TA3	Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.
	4	TA4	Aferir sinais vitais da mulher.
	5	TA5	Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.
	6	TA6	Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.
	7	TA7	Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento.

Categorias Profissionais	Ordem	Código	Crítérios (Atribuições da Enfermagem)
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (TA)	8	TA8	Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.
	9	TA9	Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.
Enfermeiros (E)	10	E1	Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada.
	11	E2	Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.
	12	E3	Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.
	13	E4	Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso.
	14	E5	Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.
	15	E6	Registrar classificação no mapa do A&CR.
	16	E7	Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.
	17	E8	Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.
	18	E9	Reclassificar as usuárias quando necessário.
	19	E10	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.
	20	E11	Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.
	21	E12	Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.
Enfermeiros Obstetras (EO)	22	EO1	Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.
	23	EO2	Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.
	24	EO3	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.
	25	EO4	Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.

Fonte: elaboração dos autores

2ª Etapa: construção das lentes decisórias da ciência e da técnica – definição da matriz governança clínica x atribuições da enfermagem

Para melhor delimitar as abordagens e os sujeitos da pesquisa, a segunda etapa consistiu em duas fases – *lentes decisórias*. Na primeira fase, a *lente da ciência*, aplicou-se um questionário baseado na metodologia MCDA a pesquisadores do Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil; na segunda fase, a *lente da técnica*, os enfermeiros do Grupo Condutor da Rede Cegonha responderam um questionário baseado na matriz [D1 x D2].

Na primeira fase, foram incluídos como sujeitos da pesquisa todos os pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O critério de inclusão para seleção do Grupo de Pesquisa foi possuir mais de cinco anos de criação e ter em seu título as palavras-chave “governança” e “saúde”.

Os Diretórios de Grupo de Pesquisa constam da Plataforma Lattes, uma plataforma virtual criada e mantida pelo CNPq, integrando em um único sistema de informações as bases de dados de currículos, grupos de pesquisa e instituições das áreas de Ciência e Tecnologia, visando facilitar as ações de planejamento, gestão e operacionalização do fomento à pesquisa, tanto do CNPq quanto de outras agências de fomento à pesquisa federais e estaduais, e de instituições de ensino e pesquisa.

Os enfermeiros do Grupo Condutor da Rede Cegonha da I Gerência Regional de Saúde (I Geres) foram os sujeitos da segunda fase da pesquisa. Foram selecionados por serem os profissionais que estão constantemente monitorando e avaliando o processo de implantação/ implementação da rede (BRASIL, 2014b).

As Gerências Regionais de Saúde (Geres) são unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco que atuam de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. Pernambuco possui 12 Geres para apoiar os 184 municípios e a ilha de Fernando de Noronha. A I Geres é a maior em número de atividades e possui um parque de assistência médica capaz

de resolver casos de média e de alta complexidade em toda a Região Metropolitana do Recife (RMR), num total de 19 municípios mais a ilha de Fernando de Noronha; ainda, atende diariamente demanda de outras Geres (PERNAMBUCO, 2018).

Para estabelecer os 35 critérios de pareamento, foram consideradas primeiro as sete dimensões da governança clínica (gestão, promoção da qualidade, monitoramento clínico, educação, responsabilidade, segurança no cuidado e dimensão sistêmica) e, em seguida, as 28 subdimensões (G1, G2, G3, ..., DS1, DS2, DS3), como listadas na tabela 2.

Tabela 2 – Dimensões e subdimensões da governança clínica

Dimensões (D1) da Governança Clínica	Ordem	Código	Subdimensões
Gestão (G)	1	G1	Gestão de pessoas
	2	G2	Gestão de processos
	3	G3	Gestão com ação
Promoção da Qualidade (PQ)	4	PQ1	Desenvolvimento de protocolos
	5	PQ2	Eficácia do cuidado
	6	PQ3	Melhores práticas
	7	PQ4	Melhoria da assistência
	8	PQ5	Serviços eficazes
Monitoramento Clínico (MC)	9	MC1	Acompanhamento
	10	MC2	Auditoria
	11	MC3	Regulação da prática médica
	12	MC4	Avaliação dos procedimentos
	13	MC5	Revisão da clínica
Educação (ED)	14	ED1	Compartilhamento
	15	ED2	Correção de desempenho
	16	ED3	Desenvolvimento
	17	ED4	Dispositivos educacionais
	18	ED5	Fertilização de ideias
	19	ED6	Mudanças

Dimensões (D1) da Governança Clínica	Ordem	Código	Subdimensões
Responsabilidade (R)	20	R1	Responsabilidade social
	21	R2	Responsabilidade clínica
	22	R3	Responsabilidade pelas pessoas
	23	R4	Responsabilidade pela melhoria
Segurança no Cuidado (SC)	24	SC1	Gerenciamento de risco
	25	SC2	Ambiente seguro
Dimensão Sistêmica (DS)	26	DS1	Suporte
	27	DS2	Sustentabilidade
	28	DS3	Rede de apoio à distância

Fonte: adaptada do artigo “Polissemia da governança clínica: uma revisão da literatura” (GOMES *et al.*, 2015)

Nesta fase, definiu-se um modelo de avaliação baseado na matriz [D1 x D2], em que D1 são as dimensões da governança clínica, constantes da primeira etapa da pesquisa, e D2 refere-se às atribuições dos profissionais de enfermagem constantes no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia/A&CR e listadas na tabela 1. O objetivo dessa etapa foi construir a lente decisória a partir do olhar dos técnicos.

O questionário utilizado para coletar as opiniões foi do tipo matriz; constavam nas colunas as sete dimensões da governança clínica – gestão, promoção da qualidade, monitoramento clínico, educação, responsabilidade, segurança no cuidado e dimensão sistêmica (tabela 2) – e nas linhas as 25 atribuições dos profissionais de enfermagem constantes no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia/A&CR (tabela 1). Para o preenchimento do questionário, os enfermeiros foram orientados a registrar pesos (de 0 a 100%) nas quadrículas das dimensões (D1 - Colunas) que melhor relacionassem as atribuições dos profissionais de enfermagem (D2 - Linhas).

3ª Etapa: construção da lente diagnóstica – validação de modelo decisório

Nesta etapa, foram estabelecidos critérios para validação do modelo decisório de sobreposição de lentes, a fim de entender o ‘grau’ decisório necessário para que determinada instituição possa obter uma melhor ‘visualização’ na aplicação de investimentos e ações para segurança do paciente materno-infantil. Convencionamos chamar esta etapa de dioptria, por ser uma unidade de medida que afere o poder de vergência – ou refração – de um sistema óptico, pois exprime a capacidade de um meio transparente modificar o trajeto da luz, ou seja, é a unidade de medida da potência de uma lente corretiva (popularmente conhecido como “grau”) (WIKIPÉDIA, 2018).

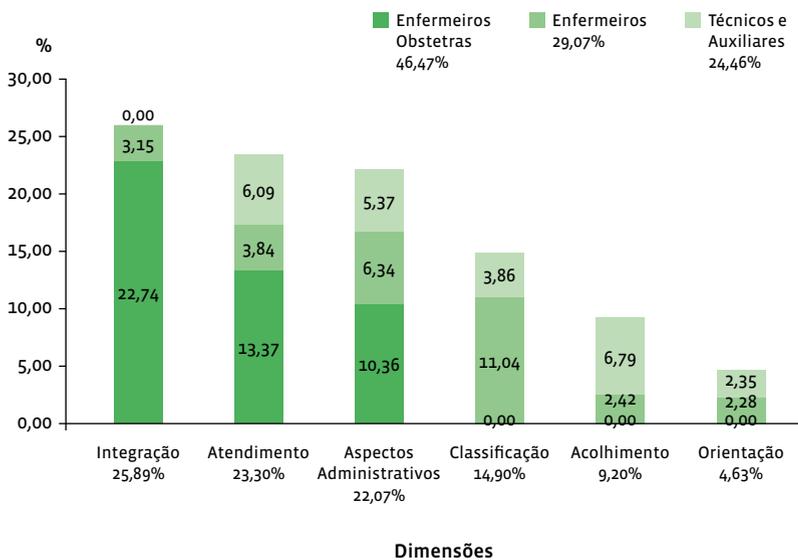
Matematicamente, a dioptria (D) é o inverso da distância focal (F), sendo esta a metade do raio (R) de curvatura: $[D = 1/F = 2/R]$. Neste estudo, o poder de vergência – dioptria – das três lentes decisórias [gestão + ciência + técnica] sobrepostas à lente diagnóstica se deu pela proposta de correção (grau) baseada nos valores expressos nos índices de vergência. O gradiente de cor, de tons contínuos que variam de vermelho a verde, foi utilizado para sinalizar a necessidade de correção. Quando o tom é próximo de vermelho, foi convencionado como área crítica (quente), que necessita de ‘grau corretivo’ para o cuidado seguro (vergência negativa); quando próximo de verde, foi convencionado como área fria (vergência positiva), cujo ‘grau’ não necessariamente precisa de correções em relação a investimentos e ações para segurança do paciente materno-infantil.

O ciclo de validação proposto por Markus, Cooper-Thomas e Allpress (2005) foi adaptado para análise e validação do modelo decisório proposto neste estudo, tendo em vista entender-se que seu foco para competências pessoais possui similaridade com a aplicabilidade das atribuições pessoais dos profissionais de enfermagem. O ciclo de validação, como pode ser observado no quadro 1, abrange quatro categorias: validade de construto, validade de face e conteúdo, validade de critério e validade preditiva.

Resultados

O gráfico 1 consolida os índices de preferência decisória com o resultado de todos os decisores, agrupados por categoria profissional e por dimensão. Observa-se que a maior preferência decisória ou importância relativa foi atribuída aos critérios da categoria profissional de enfermeiros obstetras (46,47%), na qual foram destacadas as três dimensões com maiores preferências: integração (22,74%), atendimento (13,37%) e aspectos administrativos (10,36%). As dimensões não envolvidas diretamente com o paciente (integração da equipe e aspectos administrativos) tiveram em conjunto uma alta preferência decisória ou peso relativo (47,96%).

Gráfico 1 – Preferências decisórias dos enfermeiros gestores, por dimensão e categoria profissional – *lente da gestão*

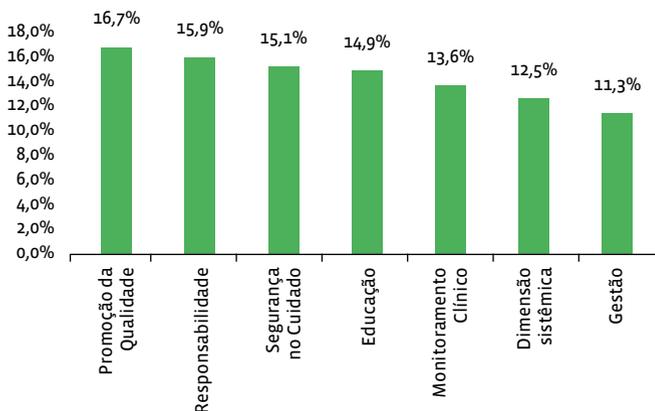


Fonte: elaboração dos autores

Pode-se observar no gráfico 2 que a promoção da qualidade foi considerada pelos pesquisadores a dimensão da governança clínica de maior

preferência (16,7%) para investimentos que refletem na segurança do paciente, e a responsabilidade, a segunda maior dimensão (15,9%).

Gráfico 2 – Preferências decisórias dos pesquisadores (D1), por dimensão da governança clínica – *lente da ciência*



Fonte: elaboração dos autores

Na maternidade A, como apresentado no quadro 1, as atribuições TA3 – ‘acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco’, TA7 – ‘estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento’, E3 – ‘classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado’, EO1 – ‘atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra quando necessário’ e EO2 – ‘comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher’ obtiveram o maior índice de vergência (100,0). Outras atribuições também tiveram índices de vergência acima de 60,00: E5 – ‘registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher’ (87,5), E6 – ‘registrar classificação no mapa do A&CR’ (87,5), E9 – ‘reclassificar as usuárias quando necessário’ (87,5) e TA5 – ‘encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco’ (62,5).

Quadro 1 – Aplicação do modelo decisório de sobreposição de lentes na maternidade A – lente da gestão, da técnica e da ciência

Atribuições dos profissionais de enfermagem (D2)		Índices de vergência da maternidade A	Dimensões da Governança Clínica (D1)						
			Gestão	Promoção da Qualidade	Monitoramento Clínico	Educação	Responsabilidade	Segurança no Cuidado	Dimensão Sistêmica
Técnicos e Auxiliares	TA1	0,0	28,2	37,3	22,2	25,6	39,9	38,4	26,4
	TA2	0,0	16,3	42,1	21,5	29,7	40,6	39,7	24,9
	TA3	100,0	126,0	146,5	118,5	122,6	145,7	138,2	117,4
	TA4	0,0	18,1	47,5	26,6	22,9	46,8	45,9	19,6
	TA5	62,5	80,4	106,8	89,0	84,8	103,7	108,0	80,0
	TA6	0,0	18,5	30,6	27,5	43,7	40,2	37,2	18,7
	TA7	100,0	119,9	137,5	133,1	123,6	146,3	145,5	121,1
	TA8	0,0	18,0	26,7	30,0	21,6	59,1	30,1	28,0
	TA9	0,0	28,8	36,6	17,0	41,7	52,5	31,6	15,9
Enfermeiros	E1	12,5	41,7	55,9	48,2	29,8	46,5	54,3	27,3
	E2	0,0	29,8	43,0	16,0	26,3	48,4	33,1	20,4
	E3	100,0	128,3	137,1	133,3	130,8	134,6	136,6	120,2
	E4	25,0	50,1	58,9	47,1	53,9	77,2	56,5	46,0
	E5	87,5	114,8	125,2	124,7	111,7	124,5	123,6	107,5
	E6	87,5	115,3	120,7	120,2	112,2	121,6	127,5	106,3
	E7	12,5	37,3	47,6	43,7	49,6	54,4	36,7	34,1
	E8	0,0	49,2	30,3	25,8	22,0	35,2	28,7	19,5
	E9	87,5	113,6	126,0	122,8	116,4	125,2	130,5	103,6
	E10	37,5	70,0	73,3	69,5	68,9	70,9	72,4	59,6
	E11	12,5	57,4	44,5	40,8	43,9	45,4	42,5	32,8
	E12	0,0	26,0	36,1	26,0	26,8	35,7	43,6	15,5
E. Obstetras	EO1	100,0	136,9	146,5	141,1	139,0	145,7	155,1	129,3
	EO2	100,0	140,4	139,1	135,4	136,8	143,4	146,5	127,7
	EO3	0,0	43,6	46,3	42,5	41,6	43,8	45,1	27,0
	EO4	0,0	35,5	41,0	29,5	30,9	56,9	56,0	22,8

Fonte: elaboração dos autores

Quadro 2 – Aplicação do modelo decisório de sobreposição de lentes na maternidade B – *lente da gestão, da técnica e da ciência*

Atribuições dos profissionais de enfermagem (D2)		Índices de vergência da maternidade B	Dimensões da Governança Clínica (D1)						
			Gestão	Promoção da Qualidade	Monitoramento Clínico	Educação	Responsabilidade	Segurança no Cuidado	Dimensão Sistêmica
Técnicos e Auxiliares	TA1	0,0	28,2	37,3	22,2	25,6	39,9	38,4	26,4
	TA2	12,5	28,8	54,6	34,0	42,2	53,1	52,2	37,4
	TA3	6,3	32,3	52,7	24,7	28,9	52,0	44,5	23,6
	TA4	0,0	18,1	47,5	26,6	22,9	46,8	45,9	19,6
	TA5	25,0	42,9	69,3	51,5	47,3	66,2	70,5	42,5
	TA6	0,0	18,5	30,6	27,5	43,7	40,2	37,2	18,7
	TA7	31,3	51,2	68,8	64,3	54,8	77,6	76,8	52,3
	TA8	0,0	18,0	26,7	30,0	21,6	59,1	30,1	28,0
	TA9	0,0	28,8	36,6	17,0	41,7	52,5	31,6	15,9
Enfermeiros	E1	28,6	57,8	72,0	64,2	45,8	62,6	70,4	43,4
	E2	0,0	29,8	43,0	16,0	26,3	48,4	33,1	20,4
	E3	42,9	71,2	79,9	76,2	73,7	77,5	79,4	63,1
	E4	71,4	96,6	105,3	93,5	100,3	123,6	102,9	92,4
	E5	0,0	27,3	37,7	37,2	24,2	37,0	36,1	20,0
	E6	71,4	99,2	104,6	104,1	96,1	105,5	111,4	90,3
	E7	14,3	39,1	49,4	45,5	51,4	56,2	38,5	35,9
	E8	0,0	49,2	30,3	25,8	22,0	35,2	28,7	19,5
	E9	28,6	54,7	67,0	63,9	57,4	66,3	71,5	44,7
	E10	14,3	46,8	50,1	46,3	45,7	47,6	49,2	36,3
	E11	0,0	44,9	32,0	28,3	31,4	32,9	30,0	20,3
	E12	0,0	26,0	36,1	26,0	26,8	35,7	43,6	15,5
E. Obstetras	EO1	100,0	136,9	146,5	141,1	139,0	145,7	155,1	129,3
	EO2	100,0	140,4	139,1	135,4	136,8	143,4	146,5	127,7
	EO3	100,0	143,6	146,3	142,5	141,6	143,8	145,1	127,0
	EO4	100,0	135,5	141,0	129,5	130,9	156,9	156,0	122,8

Fonte: elaboração dos autores

No quadro 2, estão apresentados os resultados dos índices de vergência com gradiente de cores que variam de totalmente vermelho a totalmente verde. As lentes decisórias – gestão, ciência e técnica –, as lentes diagnósticas da maternidades (B) e as respectivas sobreposições também constam do quadro 2.

Na maternidade B, além de todas as atribuições do enfermeiro obstetra terem índices de vergência de 100,00, as atribuições E4 – ‘anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso’ e E6 – ‘registrar classificação no mapa do A&CR’ também têm se destacado com índice de vergência de 71,4. Vale, ainda, o destaque para as atribuições E6, EO1 e EO2, que possuem índices de vergência superiores a 60,00 em ambas as maternidades (quadros 1 e 2).

De forma geral, com uma taxa de resposta de 78,4% de 51 questionários enviados para as duas maternidades avaliadas, o modelo foi considerado válido quanto à validade de construto, de face e conteúdo, de critério e preditiva.

Conclusão

A ocorrência de eventos adversos à saúde em ambiente hospitalar tem sido considerada um grande problema para a segurança do paciente em todo o mundo, trazendo consequências graves e desafiadoras para a saúde pública. É notória a necessidade de ampliar a discussão no Brasil no tocante a eventos adversos, a fim de adotar métodos e sistemas que possibilitem aprofundar com base científica a temática e definir processos decisórios baseados em modelos de decisão voltados para a segurança do paciente.

A promoção de intervenções de saúde mais seguras em hospitais, de forma a evitar danos para o paciente, tem se tornado um tema de saúde pública relevante mundialmente, visando à redução da morbimortalidade, do tempo necessário para tratamento dos pacientes e, conseqüentemente, dos custos assistenciais.

Tem-se observado um crescente número de estudos que evidenciam resultados drásticos referentes a eventos adversos ocorridos na

área da saúde, mas não na mesma proporção de estudos e modelos que exploram tomadas de decisões voltadas para o cuidado seguro. Modelos de gerenciamento para a promoção de intervenções mais seguras tornam-se urgentes nas instituições de saúde, pois a existência de vários serviços especializados que se articulam de forma interdependente para prestar o cuidado aos pacientes em regime de internação caracteriza essas instituições como ambientes de alto risco para eventos adversos e incidentes.

Estudos que explorem a possibilidade de incrementar a inteligência decisória para definir as atividades que têm maior impacto na segurança do paciente deveriam ser prioridades nas organizações de saúde, principalmente naquelas voltadas à assistência materno-infantil, pois lidam com uma atividade fisiológica, programável e de acompanhamento contínuo. É fundamental que, para isso, os profissionais envolvidos com a assistência à saúde nas organizações hospitalares, especialmente a enfermagem, que acompanha o paciente durante as 24 horas de sua internação, sejam protagonistas no processo de substituição do atual paradigma para uma cultura focada na segurança. Assim, estratégias efetivas para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados poderão ser propostas.

Nesse sentido, utilizando-se dos métodos multicritério, o presente estudo teve como objetivo levantar as preferências decisórias de enfermeiros com ênfase na segurança do paciente materno-infantil, buscando entender e subsidiar decisões sobre como devem ser priorizadas ações e investimentos voltados para a segurança dos pacientes.

Os métodos multicritério que foram utilizados neste estudo possuem, por concepção, auxiliar as pessoas a fazerem melhores escolhas quando confrontadas com decisões complexas envolvendo várias dimensões, principalmente nas decisões centradas no paciente, que são, por natureza, multidimensionais e envolvem múltiplos tomadores de decisão. As decisões desse tipo incorporam preferências, valores e circunstâncias pessoais únicas no processo de tomada de decisão e envolvem ativamente tanto os pacientes quanto os prestadores de cuidados de saúde.

O resultado da interação entre os diversos critérios e métodos utilizados neste estudo possibilitou um modelo de decisão claro e coerente que sinalizou as atribuições de enfermagem de maior importância relativa para a segurança do paciente. O modelo de decisão sugerido pode ser usado para melhorar a transparência, consistência, responsabilidade, credibilidade e aceitabilidade da tomada de decisão sobre a implementação de cuidados integrados para garantir a segurança do paciente materno-infantil.

Considerando as análises e constatações da pesquisa, o modelo decisório recomendado por este estudo se apresenta como uma ferramenta capaz de oferecer abordagem estruturada e transparente para a tomada de decisão, considerando valores e sintetizando evidências complexas dos critérios de decisão para facilitar sua consideração em cenários da vida real e ajudar a compartilhar perspectivas por meio de decisões seguras no cuidado com o paciente.

O modelo decisório de sobreposição de lentes propôs um olhar multidisciplinar sobre três dimensões: gestão, ciência e técnica, apoiando a tomada de decisão mais precisa e confiável para a segurança do paciente. Sua validação proporcionou robustez na utilização, pois os critérios de validação antecipam parâmetros dos resultados que precisamos respondendo as seguintes perguntas: 1) Qual seu conteúdo? 2) Quem deveria estar envolvido no processo? 3) O que fazer quando houver adversidades, de forma a prevenir riscos e prospectar cenários decisórios?

De forma geral, não obstante suas limitações, a criação e a validação do modelo decisório de sobreposição de lentes fornecem contribuições inovadoras no tocante à priorização de ações e investimentos para proporcionar uma maior segurança do paciente materno-infantil.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 de 25 de julho de 2013*. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 23 nov. 2017.

AMAYA, S. L. Seguridad del Paciente: Conceptos y análisis de eventos adversos. *Centro de Gestión Hospitalaria*, Bogotá, n. 48, p. 6-21, jul. 2009. Disponível em: <<https://oes.org.co/download/seguridad-del-paciente-conceptos-y-analisis-de-eventos-adversos/?wpdmdl=4566&refresh=5d56b6f3199271565964019>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

ANGLÈS, R. et al. Sistema de notificación genérico y gestión de incidentes: Implantación y acciones de mejora derivadas para la seguridad del paciente. *Med. Clín.*, Barcelona, v. 140, n. 7, p. 320-324, abr. 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775312008615>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 31000: *Gestão de riscos – Princípios e diretrizes*. Rio de Janeiro, 11 nov. 2009. Disponível em: <https://gestravp.files.wordpress.com/2013/06/iso31000-gestc3a3o-de-riscos.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2018.

BAKER, G. R.; NORTON, P. G. Adverse events and patient safety in Canadian health care. *CMAJ*, Ottawa, v. 48, n. 7, p. 326-328, set. 2006. Disponível em: <https://www.bcmj.org/sites/default/files/public/BCMJ_48_Vol7_articles_adverse_events.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BANA, E.; COSTA, C. A. Três convicções fundamentais na prática do apoio à decisão. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA OPERACIONAL. *Pesquisa Operacional*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 9-20, jun. 1993. Disponível em: <<http://web.ist.utl.pt/carlosbana/bin/Pesquisa%20operacional.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2017.

BARALDI, P. *Gerenciamento de riscos empresariais: a gestão de oportunidades, a avaliação de riscos e criação de controles internos nas decisões empresariais*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

BERNSTEIN, P. *Desafio aos deuses: a fascinante história do risco*. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

BRAGA, D. M. *Implementação da Estrutura de Gerenciamento de Riscos Operacionais no BNDES*. 2010. Dissertação (Mestrado Profissionalizante

em Administração) – Faculdade de Economia e Finanças, Instituto Brasileiro de Mercado de Capitais, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Cegonha/DAPES/SAS. *Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia*. Brasília, 2014b. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-em-Obstetricia-versao-26-de-maio-4-.pdf>>. Acesso em: 12 nov.2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Norma Regulamentadora nº 32: Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde*. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2011.

CROUHY, M.; GALAI, D.; MARK, R. *Gerenciamento de Risco: Abordagem Conceitual e Prática - Uma Visão Integrada dos Riscos de Crédito, Operacional e de Mercado*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

DAVIS, P. et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *N. Z. Med. J.*, Wellington, v. 115, n. 1167, p. 1-9, dez. 2002. Disponível em: <<https://researchspace.auckland.ac.nz/handle/2292/15553>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

EL-JARDALI, F. et al. The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. *BMC Health Serv Res*, London, v. 14, n. 86, fev. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24568632>>. Acesso em: 13 set. 2017.

ENSSLIN, L.; MONTIBELLER NETO, G.; NORONHA, S. M. *Apoio à Decisão: Metodologias para Estruturação de Problemas e Avaliação Multi-critério de Alternativas*. Florianópolis: Insular, 2001.

FARMER, F. R. Reactor safety and siting: a proposed risk criterion. *Nuclear Safety*, Oak Ridge, v. 8, n. 6, p. 539-548, nov./dez. 1967.

GOMES, A. Q. F. *Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela internet por organizações internacionais: estudo exploratório*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

GOMES, S. M. A efetiva prevenção e reparação do dano cirúrgico: descompasso entre as diretrizes públicas de saúde para a segurança do paciente e a tendência jurisprudencial brasileira. In: CASTRO G.F. (Org.). *Aspectos, opiniões e destaques sobre segurança*. Belo Horizonte: Edições Superiores, 2012. p. 247.

LEAPE, L. L. et al. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients - Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 324, n. 6, p. 377-384, fev. 1991. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199102073240605?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 23 mar. 2017.

MARESCHAL, B.; DE SMET, Y. Visual Promethee: Developments of the PROMETHEE & GAIA Multicriteria Decision Aid Methods. *IEEE International Conference on Industrial Engineering and Engineering Management*, Hong Kong, 2009, p. 1646-1649. Disponível em: <<https://ieeexplore.ieee.org/document/5373124>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

MARKUS, L. H.; COOPER-THOMAS, H. D.; ALLPRESS, K. N. Confounded by competencies? An evaluation of the evolution and use of competency models. *New Zealand Journal of Psychology*, Wellington, v. 34, n. 2, p. 17-126, jul. 2005. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.468.9642&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

MARSHALL, C. *Medindo e gerenciando riscos operacionais em instituições financeiras*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

MARTINS, M. et al. Hospital deaths and adverse events in Brazil. *BMC Health Serv. Res.*, London, v. 11, n. 223, p. 1-8, set. 2011. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-223>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

MENDES JÚNIOR, W. V. *Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

MENDES JÚNIOR, W. V. et al. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 55-66, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100005>. Acesso em: 17 jun. 2017.

MENDES JÚNIOR, W. V. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421-428, set./out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006>. Acesso em: 17 jun. 2017.

MENDES JÚNIOR, W. V. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 393-406, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000400008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 jul. 2017.

MENDES JÚNIOR, W. V. et al. The assessment of adverse events in Brazilian hospitals. *Int. J. Qual. Health Care*, Oxford, v. 21, p. 279-284, ago. 2009. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/279/1801452>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

MICHEL, P. et al. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ*, London, v. 328, n. 119, p. 1-5, jan. 2004. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/328/7433/199>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

NAESSENS, J. M. et al. A comparison of hospital adverse events identified by three widely used detection methods. *Int. J. Qual. Health Care*, Oxford, v. 21, n. 4, p. 301-307, 2009. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/301/1802179>>. Acesso em: 29 maio 2017.

NASCIMENTO, C. C. P. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 746-751, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692008000400015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 dez. 2016.

NORDOCCI, A. C. Gerenciamento social de riscos. *Rev. Dir. Sanit.*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 64-78, mar. 2002. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/81297/84936>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

O'CONNOR, E. et al. Disclosure of Patient Safety Incidents: A Comprehensive Review. *Int. J. Qual. Health Care*, Oxford, v. 22, n. 5, p. 371-379, ago. 2010. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/22/5/371/1787466>>. Acesso em: 1 out. 2017.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Adverse events: analysis of a notification instrument used in nursing management. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-294, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200007&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 17 jun. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Gerências Regionais de Saúde*. Recife, 2018. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *RAS*, São Paulo, v. 8, n. 33, p. 153-158, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.nascecme.com.br/artigos/RAS33_seguranca.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2017.

SOMMELLA, L. et al. The incidence of adverse events in an Italian acute care hospital: findings of a two-stage method in a retrospective

cohort study. *BMC Health Serv. Res.*, London, v. 14, n. 1, n. 358, jan. 2014. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-358>>. Acesso em: 14 out. 2017.

SOOP, M. et al. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int. J. Qual. Health Care*, Oxford, v. 21, n. 4, p. 285-291, jun. 2009. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/285/1802037>>. Acesso em: 5 dez. 2016.

SOUSA, P. et al. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety *BMC Health Serv. Res.*, London, v. 14, p. 311, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25034870>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000600002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 6 jul. 2017.

STEENHUYSEN, J. Errores still common in U.S. hospitals. *Health News [on-line]*, Chicago, 7 abr. 2011. Disponível em: <<https://www.reuters.com/article/us-hospital-errors/errors-still-common-in-u-s-hospitals-idUSTRE7360PU20110407>>. Acesso em: 25 set. 2017.

TARABOULSI, F. A. *Administração de hotelaria hospitalar*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

VALLEJO-GUTIÉRREZ, P. et al. Lessons learnt from the development of the Patient Safety Incidents Reporting and Learning System for the Spanish National Health System: SiNASP. *Rev. Calid. Asist.*, Barcelona, v. 29, n. 2, p. 69-77, mar./abr. 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X13001322?via%3Dihub>>. Acesso em: 11 set. 2017.

VINCENT, C. Understanding and Responding to Adverse Events. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 348, n. 11, p. 1051-1056, mar. 2003. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhpr020760?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed>. Acesso em: 28 nov. 2016.

VINCENT, C.; NEALE, G.; WOLOSZYNOWYCH, M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*, London, v. 322, n. 7285, p. 517-519, mar. 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/322/7285/517.long>>. Acesso em: 8 jun. 2017.

VINCENT, C.; TAYLOR-ADAMS, S.; STANHOPE, N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ*, London, v. 316, n. 7138, p. 1154-1157, abr. 1998. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/316/7138/1154>. Acesso em: 12 fev. 2018.

WEINGART, S. N. et al. Epidemiology of medical error. *West. J. Med.*, San Francisco, v. 172, n. 6, p. 390-393, jun. 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10854389>>. Acesso em: 2 nov. 2017.

WIKIPÉDIA. *Dioptria*. 2018. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Dioptria>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

Título Mecanismos de governança e regulação pública
no SUS – Programa Rede Cegonha: experiências
e desafios institucionais

Organização Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Hélder Freire Pacheco
Sydia Rosana de Araujo Oliveira
Francisco de Assis da Silva Santos

Formato E-book (PDF)

Tipografia Noto Serif (texto) e Vista Sans (títulos)

Desenvolvimento Editora UFPE



Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20 | Várzea, Recife-PE
CEP: 50740-530 | Fone: (81) 2126.8397
E-mail: editora@ufpe.br | Site: www.editora.ufpe.br

ISBN 978-65-5962-004-3



9 786559 620043