

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
Doutorado em Saúde Pública

Antônio Augusto Vieira de Aragão

ANÁLISE DA GOVERNANÇA NOS COLEGIADOS REGIONAIS EM RELAÇÃO À REDE
CEGONHA NA III MACRORREGIONAL DE SAÚDE EM PERNAMBUCO

RECIFE
2019

Antônio Augusto Vieira de Aragão

**ANÁLISE DA GOVERNANÇA NOS COLEGIADOS REGIONAIS EM RELAÇÃO À
REDE CEGONHA NA III MACRORREGIONAL DE SAÚDE EM PERNAMBUCO**

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração/Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde (Políticas, funções gestoras, sistemas de saúde e suas organizações).

Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Sydia Rosana de Araújo Oliveira

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

- A659g Aragão, Antônio Augusto Vieira de.
Análise da Governança nos Colegiados Regionais em relação à Rede Cegonha na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco / Antônio Augusto Vieira de Aragão. – Recife:[s.n.], 2019.
137 p.: il., tab.
- Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2019.
Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Júnior; coorientadora: Sydia Rosana de Araújo Oliveira.
1. Avaliação em Saúde. 2. Saúde Materno-infantil. 3. Saúde Pública. 4. Política de Saúde. I. Gurgel Júnior, Garibaldi Dantas. II. Oliveira, Sydia Rosana de Araújo. III. Título..

CDU 614.39.008.5

Antônio Augusto Vieira de Aragão

**ANÁLISE DA GOVERNANÇA NOS COLEGIADOS REGIONAIS EM RELAÇÃO À
REDE CEGONHA NA III MACRORREGIONAL DE SAÚDE EM PERNAMBUCO**

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde Pública ao Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração/Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde (Políticas, funções gestoras, sistemas de saúde e suas organizações).

Aprovada em: 4 de setembro de 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior
Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Aggeu Magalhães - IAM/Fiocruz

Prof^a. Dr^a. Kátia Rejane de Medeiros
Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Aggeu Magalhães - IAM/Fiocruz

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Aggeu Magalhães - IAM/Fiocruz

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE / Depto. Medicina Social

Dr. Alexssandro da Silva
Ministério do Exército / Hospital Militar da Área de Recife

Dedico este Trabalho a minha família, Maria do Carmo, minha esposa; Antônio Augusto, meu filho; Ruana nossa nora (que para nós é uma filha); e, Manoela, nossa netinha, razão da nossa alegria e felicidade, pois, só eles têm a dimensão dos obstáculos que tive que superar para conseguir cumprir este objetivo na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por tudo o que sou, o que tenho, e por tudo o que ainda serei ou terei. Ao meu Senhor, meu Pastor e a sua Imaculada Mãe, que nada me falta. Restaura minhas forças e me conduz pelo caminho certo, pelo amor de Seu Nome.

À minha esposa Maria do Carmo, meu carinho especial, e por sempre estar ao meu lado inspirando-me na busca de mais esta conquista.

Ao meu filho, Antônio Augusto, minha nora Ruana, que para mim é uma filha, e minha netinha Manoela, razão da minha vida e porque representa a minha consciência e meu incentivo agora e sempre.

Ao meu inesquecível sogro, João Godoy (*in memoriam*), que para mim foi um pai e meu maior amigo, pela força que sempre me proporcionou, e por ter dado asas aos meus sonhos. Os meus sinceros respeitos.

Aos meus amados pais, Jaime (*in memorian*) e Giséle, por serem os responsáveis pela minha formação.

Ao ex-ministro da justiça e sempre amigo da nossa família Dr. Fernando Lyra (*in memorian*), desde os tempos do nosso antigo Caruaru, porque fez com que as portas da SES-PE se abrissem para este pesquisador.

Ao meu irmão George, minha cunhada Anita e minha sobrinha Letícia, eles firmes da nossa corrente que ao passarem-se os anos se consolida cada vez mais.

Ao meu orientador desta pesquisa, Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior, pelas inestimáveis sugestões, ensinamentos, antes mesmo, e ao longo do meu Curso de Doutorado tornando possível a concretização deste trabalho, acima de tudo um orientador com letras maiúsculas, um líder, um homem de especial caráter, um grande profissional e amigo, que deu todo o suporte que estava ao seu alcance para que essa minha trajetória transcorresse da melhor forma possível.

À minha coorientadora, Professora Doutora Sydia Rosana de Araújo Oliveira, por sua alta capacidade de compreensão e objetividade, por seu contínuo bom humor, em sempre inspirar segurança e tranquilidade nos momentos de maior dificuldade durante a condução e construção desse trabalho.

À Professora Doutora Idê Gurgel, por ter confiado e me ajudado a colocar os primeiros tijolos na construção deste processo de me tornar um Doutor, com a organização e publicação dos nossos três livros sobre a Saúde Pública.

À Professora Doutora Kátia Medeiros, por ter tido o privilégio de ser seu aluno no Curso de Mestrado, e por ter sempre me incentivado também com a organização dos nossos três livros sobre a Saúde Pública.

À Professora Doutora Ana Brito, que durante o processo de seleção do Curso de Doutorado ratificar e acreditar no real objetivo do Pré-projeto de Pesquisa.

Ao Professor Doutor José Luís Araújo Júnior, por ter me dado a honra de ter sido seu aluno nos cursos de Mestrado e Doutorado, e ter me direcionado para uma visão macro em Saúde Pública.

Aos funcionários da biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Márcia, Mégine e Adagilson, pela especial sensibilidade de me auxiliarem nos momentos que precisei e pelo alto nível profissional.

Aos que fazem parte da Secretaria Acadêmica (Seac), do IAM, pela disposição em sempre colaborar, dar apoio e, às vezes, apenas ouvir. Dentre todos, preciso destacar Glauco, Semente e Rivaldete, que sempre foram muito presentes.

Aos Doutores George Diniz e André Sá, do IAM, pelo grande apoio que me proporcionaram durante o período do Doutorado.

Aos Professores e colaboradores que compõem o IAM, e de outras instituições que direta ou indiretamente foram responsáveis pela elaboração deste Trabalho.

A todos os que concordaram em participar deste estudo como entrevistados, ou subsidiando com documentos, merecem um agradecimento muito especial pela

generosidade em disponibilizar um tempo de suas agendas, às vezes bastante apertadas.

Aos membros do Grupo GSS por suas inestimáveis sugestões para este estudo, e pelo privilégio em compor o mesmo.

Ao ex-Diretor Geral da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa), Jaime Brito, que me deu muito apoio para a realização deste Estudo.

Aos companheiros da Apevisa e da VI Gerência Regional de Saúde – Arcoverde, a qual me honra fazer parte da equipe, meus agradecimentos.

Às minhas grandes amigas de fé, Socorro Patriota e Rosângela Rodrigues, pela ajuda inestimável, que estiveram ao meu lado durante este período e comigo compartilharam alegrias e felicidades dando-me forças e fazendo com o meu objetivo fosse alcançado em sua plenitude.

Aos colegas de Curso de Doutorado em Saúde Pública – turma 2014, aos quais tive o prazer de pertencer a esta turma, meu sincero respeito.

E, finalmente a todos que direta ou indiretamente contribuíram com esse trabalho, o meu muito obrigado. Sem o apoio de vocês, certamente ele não teria sido possível.

“A mente que se abre a uma nova ideia
jamais voltará ao seu tamanho original”.

Albert Einstein

“A Ciência une os povos, e cria uma
linguagem universal”

Ilya Prigogine

“Nem tudo o que se enfrenta pode ser
modificado, mas nada pode ser
modificado até que seja enfrentado”.

Helena Besserman

“Não aprendemos pelas palavras que
repercutem exteriormente, mas, pela
verdade que ensina interiormente”.

De Magistro, Aurelius Augustinus

“Cessem as palavras, falem as obras”.

Antônio de Pádua

ARAGÃO, Antônio Augusto Vieira de Aragão. **Análise da Governança nos Colegiados Regionais em relação à Rede Cegonha na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco.** 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

Esta tese analisa o processo de governança regional, em Comissões Intergestores Regionais (CIRs), relacionada à Rede Cegonha (RC), pela avaliação do grau de implantação, na III Macrorregião de Saúde. A governança traz à baila a inserção dos interesses sociais na agenda de governo, podendo ser usada como categoria analítica para transformação dos processos de formulação de políticas, e gestão de sistemas de saúde. Realizou-se um estudo de caso, com abordagem qualitativa, aplicou-se o Método *Delphi* de forma ajustada, com 13 especialistas, em três momentos. Inicialmente, com a construção de um Modelo Lógico, com a Proposta da Imagem-objetivo, posteriormente avaliou-se o Grau de Implantação da RC. Usou-se análise documental, 14 entrevistas semiestruturadas com atores-chave, e observação em reuniões CIRs. Mostrou-se que a RC está classificada em nível Insatisfatório, na III Macrorregional de Saúde. Conclui-se que a aplicação do Método *Delphi* Ajustado se mostrou coerente com a complexidade do objeto de pesquisa não estruturado, corroborando com a opinião dos juízes, diante da carência de modelos específicos para essa finalidade, baseada em novas relações institucionais na regionalização do SUS. E, no nível de governança regional direcionada a RC, mostrou ser conflitiva, apresentando características semelhantes nas três Geres. Não existem etapas para fortalecer e operacionalizar a RC, e o desenho da rede está desatualizado. As CIRs mostraram-se com pouca resolutividade, caracterizadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão, o que provoca um vácuo na governança. É imprescindível definir novas estratégias e mecanismos que proporcionem maior cooperação entre os entes federados, quanto a utilização dos recursos, pois, há um ciclo de não operacionalidade da RC. Este estudo aponta que é imperativo tornar a RC mais efetiva, sobretudo diante de uma população vulnerabilizada e desfavorecida, no interior no semiárido, num cenário político-econômico adverso.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Saúde Materno-infantil. Saúde Pública. Política de Saúde.

ARAGÃO, Antônio Augusto Vieira de Aragão. **Governance Analysis in the Regional Collegiate in relation to the Rede Cegonha in the III Macro-regional Health in Pernambuco.** 2019. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

This Thesis analyzes the process of regional governance, in Regional Inter-managerial Committees (CIRs), related to Rede Cegonha (RC), by assessing the level of implementation in the III Macro-Regional Health. Governance brings the inclusion of social interests in the government agenda, and can be used as an analytical category for transformation of policymaking processes and health systems management. A qualitative case study was carried out. The *Delphi Method Adjusted* was applied in manner, with 13 specialists, at three moments. Initially, with the construction of a Logical Model, with the objective-image proposal, and subsequently evaluated the RC Program Deployment Degree. Document analysis, 14 semi-structured interviews with key actors, and observation at CIR meetings were used. It was shown that RC is classified as Unsatisfactory in the III Macro-Region Health. It is concluded that the application of this *Delphi Method Adjusted* was consistent with the complexity of the unstructured object, corroborating the judges' opinion, given the lack of models specific for this purpose, based on new institutional relations in SUS regionalization. And, at the level of regional governance directed at RC, it is proved to be conflictive, presenting similar characteristics in the three Geres. There are no steps to strengthen and operationalize RC, and network design is out of date. The CIRs showed little resolution, characterized by the presence of institutional actors without decision-making power, which causes a vacuum in governance. It is essential to define new strategies and mechanisms that provide greater cooperation between the federated entities, regarding the use of resources, as there is a non-operational cycle for RC. This study points out that it is imperative to make RC more effective, especially in the face of a vulnerable and disadvantaged population within the semi-arid, in an adverse political and economic scenario.

Key words: Health Evaluation. Maternal and Child Health. Public Health. Health Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.	- Artigo
Caae	- Comissão de Apresentação para Apreciação Ética
Capex	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	- Centro de Ética em Pesquisa
CF	- Constituição Federal
CGPRC	- Comitê Gestor Pernambucano da Rede Cegonha
CIB	- Comissão Intergestora Bipartite
Cies	- Comissão Estadual Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIR	- Comissão Intergestores Regional
CIT	- Comissão Intergestora Tripartite
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
Coap	- Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
Conass	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conep	- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Cosems	- Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado
CRR	- Coordenador Regional de Regulação
CT	- Câmara Técnica
Dec.	- Decreto
Depto.	- Departamento
DF	- Distrito Federal
DOU	- Diário Oficial da União
DP	- Decreto Presidencial
DP	- Desvio Padrão
EC	- Emenda Constitucional
Facepe	- Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco
Fenfa	- Faculdade de Enfermagem de Arcoverde
GCRC	- Grupo Condutor da Rede Cegonha
Geres	- Gerência Regional de Saúde
GI	- Grau de Implantação
GGs	- Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde

GM	- Gabinete Ministerial
GMS	- Gestor Municipal de Saúde
GR	- Gestor Regional de Geres
Hosp.	- Hospital
IAM	- Instituto Aggeu Magalhães
km	- Quilômetro
M	- Média
MI	- Mortalidade Infantil
ML	- Modelo Lógico
MM	- Mortalidade Materna
MS	- Ministério da Saúde
NE	- Região Nordeste
Noas	- Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NT	- Nota Técnica
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OS	- Organização de Serviço
PDI	- Plano Diretor de Investimento
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PE	- Estado de Pernambuco
Pfap	- Política de Fortalecimento da Atenção Primária
Port.	- Portaria
PPI	- Programação Pactuada Integrada
Proep	- Programa de Expansão da Educação Profissional
RAS	- Rede Assistencial de Saúde
RC	- Programa Rede Cegonha
RDC	- Resolução da Diretoria Colegiada
REG-SUS	- Regulação do SUS
Resol.	- Resolução
SES-PE	- Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SMS	- Secretaria Municipal de saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TAC	- Termo de Ajuste de Conduta
TCG	- Termo de Compromisso de Gestão

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI - Tecnologia da Informação
VS - Vigilância em Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	As Macrorregiões de Saúde do Estado de Pernambuco	49
Quadro 1 -	Jurisdição da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco	50
Figura 2 -	As Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco	50
Quadro 2 -	Perfil; codificação e quantitativo dos(as) entrevistados(as)	52
Quadro 3 -	Marco Legal. Disposição das Fontes Documentais	53
Quadro 4 -	Registros em Diário de Campo através de observação não participante nos eventos	54
Figura 3 -	Modelo Lógico da Rede Cegonha (RC)	57
Quadro 5 -	Matriz para Análise da Dimensão Governança nas CIRs em Rede Regionalizada de Saúde relacionada à Rede Cegonha	59
Quadro 6 -	Síntese das perguntas e condensação de significados	61
Quadro 7 -	Matriz <i>Delphi</i> de Concordância com Proposta de Imagem-objetivo para avaliação do Programa Rede Cegonha em Nível Macrorregional	64
Quadro 8 -	Atividades executadas da III Macrorregional de Saúde quanto à dinâmica da Governança Regional e aos pontos de relevância para a RC nas CIRs	75
Quadro 9 -	Atividades executadas da III Macrorregional de Saúde quanto às Relações Interfederativas e aos pontos de relevância para a RC	83
Quadro 10 -	Atividades executadas da III Macrorregional de Saúde quanto à Alocação de Recursos e aos pontos de relevância para a RC	89
Quadro 11 -	Operacionalização dos Sistemas de Logística para fortalecimento da RC na III Macrorregional de Saúde: atuações de informação, regulação, e transportes empreendidas pelos gestores para otimização dos serviços	93

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 PRESSUPOSTOS	21
4 REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1 A Rede, as Redes de Atenção à Saúde e o Programa Rede Cegonha ...	22
4.1.1 Os princípios, objetivos, componentes da Rede Cegonha e o Pacto pela Saúde	22
4.1.2 O processo de descentralização e os componentes estratégicos da regionalização para a Rede de Atenção à Saúde	25
4.1.3 O processo de redirecionamento das políticas públicas no SUS para a Rede de Atenção à Saúde	28
4.1.4 As Redes na Administração Pública: uma tipologia para a corroboração e a análise de interdependência	30
4.2 A Governança	31
4.2.1 A origem	31
4.2.2 A governança colaborativa	32
4.2.3 A governança em rede	37
4.2.4 A Governança Regional e os seus mecanismos	37
4.3 A Comissão Intergestores Regional	39
4.3.1 A região de saúde e a sua importância	39
4.3.2 O Colegiado de Gestão Regional: institucionalidade, representatividade e dinâmica dos sujeitos	40
4.4 A avaliação em saúde	43
4.4.1 A importância da avaliação em saúde	43
4.4.2 A avaliação com foco em sustentabilidade para fortalecimento de programas	45
5 PERCURSO METODOLÓGICO	48
5.1 Delineamento do estudo	48
5.2 Período do estudo	49

5.3 Área do estudo	49
5.4 Sujeitos da pesquisa	51
5.5 Produção dos dados	52
5.5.1 Produção e organização das fontes documentais	53
5.5.2 Coleta de entrevistas semiestruturadas	54
5.5.3 Coleta dos questionários	55
5.5.4 Construção do Modelo Lógico	56
5.6 Plano de análise	58
5.6.1 Análise dos documentos	58
5.6.2 Análise das entrevistas semiestruturadas	60
5.6.3 Método <i>Delphi</i> Ajustado	62
5.7 Considerações éticas	67
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
6.1 Avaliação da implantação do Programa Rede Cegonha em nível da III Macrorregional de Saúde	68
6.2 Identificação das ações em CIRs, visando averiguar a dinâmica de Governança Regional no que tange à RC	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	112
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MATRIZ DE CONCORDÂNCIA <i>DELPHI</i>	116
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MATRIZ DE AVALIAÇÃO <i>DELPHI</i>	120
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA TESE	124
APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DE VINCULAÇÃO DE RECORTE DA PESQUISA	125
APÊNDICE F – ARTIGO 1 - O USO DO MÉTODO <i>DELPHI</i> AJUSTADO PARA AVALIAR A REDE CEGONHA: DA IMAGEM-OBJETIVO À REALIDADE	126

1 INTRODUÇÃO

O Programa Rede Cegonha (RC) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria (Port.) nº 1.459/2011, com padrão inovador, baseado em ações não verticalizadas, para execução em rede de serviços públicos (ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019; CAVALCANTI *et al.*, 2013).

Esse Programa em rede foi articulado diante da necessidade de incremento de gastos públicos para assistência ao segmento materno-infantil e referenciado como marca e estratégia governamental, pelo MS, no auge do governo Dilma Rousseff, entre os anos de 2011 e 2012. Nos três anos seguintes, ainda havia um contexto economicamente favorável à realização do programa, do ponto de vista da gestão pública: respaldo político, recursos financeiros para sua implantação em todo território nacional, alicerçado em ações horizontalizadas, para execução em rede de serviços públicos, e com a formação de rede regional temática no Sistema Único de Saúde (SUS), (CAVALCANTI *et al.*, 2013; MARTINELLI *et al.*, 2014). O RC atendeu à necessidade de enfrentar o panorama sanitário desfavorável, evidenciado pelos precários indicadores de morbimortalidade que atingiam o segmento materno-infantil, sua população-alvo (ARRUDA *et al.*, 2015; BISCARDE *et al.*, 2013; BRASIL, 2010a; CERON *et al.*, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2014; RASELLA *et al.*, 2018).

No Brasil, conforme o Pacto pela Saúde, firmado em 2006, a regionalização tinha o objetivo de garantir o direito à saúde da população, reduzir as desigualdades sociais e territoriais, por meio da identificação e do reconhecimento das Regiões de Saúde e da gestão compartilhada. A criação das instâncias regionais veio garantir a participação da totalidade dos municípios que comporiam uma região de saúde, em oposição aos sistemas locais isolados, uma questão estrutural emperrada por falta de pactos institucionais que resolvessem a questão orçamentária do SUS (NASCIMENTO *et al.*, 2014; SANTOS, 2013).

Neste estudo, a RC será definida como um Programa inserido nas Redes Assistenciais de Saúde (RASs), vez que foi concebido em formato de Rede para as regiões de saúde previstas desde 2002, pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), (CAVALCANTI *et al.*, 2013; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013).

O Estado de Pernambuco (PE) foi o primeiro, no país, a aderir ao Programa do Governo Federal que previa, até 2014, um investimento de R\$ 9 bilhões em ações de cuidados desde o pré-natal até o segundo ano de vida do recém-nascido, uma vez

que os indicadores de Mortalidade Materna (MM) e Mortalidade Infantil (MI), estavam aquém dos padrões desejáveis (PERNAMBUCO, 2019).

A criação da RC, em 2011, constituiu um marco para a otimização do panorama, através do incremento de financiamentos destinados a qualificar a atenção ao binômio mãe-filho. Contudo, certos desafios detectados desde o início da implantação de ações e enfrentamentos devem ser objeto de avaliação, devido à natureza dessa iniciativa intergovernamental, focada em compartilhar responsabilidades sanitárias, numa rede regional de serviços públicos de saúde. Desafios estes, que merecem destaque, em relação aos modelos tradicionais avaliativos de programas de saúde pública, executados no processo de descentralização (RASELLA *et al.*, 2018).

Quanto aos serviços regionais de saúde, em rede, há necessidade de melhoria da capacidade de governança regional para solucionar os problemas relacionados à fragmentação das ações e desarticulação da organização. Esses fatores têm dificultado a melhoria dos indicadores, com forte impacto nas regiões mais carentes do Brasil (ARRUDA *et al.*, 2015; BISCARDE *et al.*, 2013; RASELLA *et al.*, 2018).

A implantação de ações intergovernamentais dirigidas à saúde materno-infantil, em programas com essa configuração, reivindica a construção de novas metodologias e técnicas avaliativas que priorizem a junção, de forma precisa e rigorosa, de questões relacionadas à interdependência dos serviços, à articulação contínua dos cuidados à saúde e ao compartilhamento de responsabilidades quanto à governança da rede responsável pelas decisões relativas ao planejamento e execução das ações da RC (CAVALCANTI *et al.*, 2013; SANTOS, 2013).

O Decreto Federal nº 7.508/11 (BRASIL, 2011a) estabelece os mecanismos e instrumentos para a montagem de Redes Integradas de Atenção à Saúde (RASs), a fim de desenvolver os programas de saúde pública do SUS. Inclui também as atribuições dos Grupos Condutores da Rede Cegonha (GCRCs) para a mobilização regional do Programa, que deve ser alicerçado nas prioridades pactuadas para a implantação das ações, monitoramento e avaliação de estratégias (SANTOS, 2013).

A institucionalização de Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) objetivou gerar um fluxo ininterrupto de negociação e decisão entre os municípios e a autoridade sanitária estadual, dentro do contexto em que se aponta um “vácuo” de governança (SANTOS, 2013). Essas instâncias de deliberação e negociação aprimoraram o conceito de regionalização, fortalecendo as correlações de interdependência e

responsabilização sanitária entre os entes estadual e municipais (SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016; SOLLA; CHIORO, 2014).

Esta tese pretende contribuir para um maior conhecimento do tema, através da análise, das relações intergovernamentais no SUS, por meio das ações das CIRs, no processo de governança regional, direcionada à RC, e demonstrar como se encontra o Grau de Implantação (GI) do Programa RC nesse contexto.

Diante do exposto, podem ser levantados os seguintes questionamentos:

- Como está configurado o processo de governança regional, através relações intergovernamentais no SUS, por meio das ações em CIRs, relacionadas ao Programa RC, na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco?
- Como está o grau de implantação, em termos de rede de serviços regionais, do Programa RC na III Macrorregião de Saúde em Pernambuco (PE), através do Método *Delphi* Ajustado, coerente com a complexidade do objeto de pesquisa não estruturado?

2 OBJETIVOS

Abaixo estão explicitados o Objetivo geral e os Objetivos específicos.

2.1 Objetivo geral

Analisar o processo de Governança Regional em Comissões Integestores Regionais, relacionada ao grau de implantação do Programa Rede Cegonha, no que se refere à rede de serviços na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco.

2.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar o grau de implantação do Programa Rede Cegonha na III Macrorregional de Saúde de Pernambuco, em termos de rede de serviços regionais;
- b) Identificar as ações das Comissões Intergestores Regionais no que tange à formação/fortalecimento da rede de serviços regionais do Programa Rede Cegonha;
- c) Averiguar a dinâmica da Governança Regional direcionada à formação/fortalecimento da rede de serviços regionais do Programa Rede Cegonha.

3 PRESSUPOSTOS

Partindo da premissa de que: não há integração na Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil (RAS), e por sua natureza complexa; na qual está inserido o Programa RC, este por sua vez não se encontra implantado e nem operacionalizado.

Pressupõe-se que: a escolha da aplicação do Método *Delphi* Ajustado para avaliar o Programa RC preenche as lacunas do conhecimento e transpõe os obstáculos da avaliação normativa, mesmo diante da escassez de métodos avaliativos, para responder, à avaliação em rede de serviços regionais, alicerçada na opinião de *experts* (juízes), coerente com a complexidade do objeto de pesquisa não estruturado; e ainda: que o processo de pactuação, nos espaços de governança da III Macrorregional de Saúde, em Serra Talhada, ocorre de forma conflitiva, incipiente, e sem base em evidências científicas.

Implica-se que: para compreender o processo de Governança Regional, é preciso identificar as ações em CIRs e averiguar a dinâmica dessa governança no que tange à formação/fortalecimento da rede de serviços regionais do Programa RC, para suprir e suplantat esse hiato no campo da ciência, tomando como foco o parecer, através de entrevistas, de especialistas inseridos nesse processo.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Este Capítulo abordará a Rede e seu conceito, as Redes de Atenção a Saúde e o Programa Rede Cegonha com seus componentes, princípios e objetivos.

4.1 A Rede, as Redes de Atenção à Saúde e o Programa Rede Cegonha

Conforme Teixeira e Ouverney (2007), o termo “rede” tem sido utilizado em vários campos, por exemplo: na psicologia social, na sociologia, e na administração pública. E, na gestão intergovernamental ela é vista ou como um tópico proveniente da junção das disciplinas de administração e de política, ou como, um modelo estratégico de gestão de políticas, ou mesmo, como um novo modelo de governança que abarca os níveis local e global.

O objetivo da RAS é propiciar a integração das ações e serviços de saúde para oportunizar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção (SILVA, 2011), com foco na satisfação dos usuários, bem como a otimização dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil (MENDES, 2011). O Programa Rede Cegonha (BRASIL, 2011b) está inserido no contexto das RASs (BRASIL, 2011c).

Para compreender as Redes e o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde (RASs) é essencial o uso de métodos inovadores de avaliação. Dentre as Redes Temáticas Prioritárias no SUS, destaca-se a Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil, na qual está inserido o Programa RC.

4.1.1 Princípios, objetivos e componentes do Programa Rede Cegonha e o Pacto pela Saúde

A saúde materno-infantil vem surgindo como uma área governamental com capacidade de mobilização de recursos institucionais. Em 2011, com a Port. nº 4.279/2010, que organiza, no SUS, as RASs (BRASIL, 2010b), o MS implantou o Programa RC, normatizado pela Port. nº 1.459/2011. Conforme a portaria, o Programa RC é uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e, às crianças, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis; com o

objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e nascimento; ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida; e, ao sistema logístico, através do transporte sanitário e regulação (CAVALCANTI *et al.*, 2013; CUNHA, 2017).

A Rede Cegonha tem como princípios:

- I - O respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - O respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - A promoção da equidade;
- IV - O enfoque de gênero;
- V - A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - A participação e a mobilização social;
- VII - A compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011b; CAVALCANTI *et al.*, 2013; CUNHA, 2017).

E, como objetivos:

- I - Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- III - Reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b; CAVALCANTI *et al.*, 2013).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é um instrumento de ordenamento do processo de regionalização em cada Estado e Distrito Federal (DF), definido pela Portaria do Gabinete Ministerial (GM) nº 2.048/2009. No mesmo ano, a Port. nº 1.473/2011, do MS, instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas, com atribuições que contribuem na implantação, mobilização de gestores e monitoramento e avaliação da estratégia (BRASIL, 2011c; CAVALCANTI *et al.*, 2013).

No Estado de Pernambuco (PE), o PDR foi revisado e atualizado em 2011, aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e publicado, e tem como principal objetivo garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços,

com a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, alocando ordenadamente os investimentos necessários, cuja conformação regional está expressa em quatro macrorregiões e doze Regiões de Saúde (PERNAMBUCO, 2011).

Para alicerçar sua área de atuação prioritária, a RC parte do diagnóstico de que as mortalidades materna e infantil continuam elevadas, prevalecendo intensa medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto); medicalização como forma de avolumar progressivamente o campo de intervenção da Biomedicina, por intermédio da redefinição de experiências e comportamentos humanos, como se significassem problemas médicos (TESSER, 2006).

Cavalcanti *et al.* (2013) chamam a atenção para a acentuada medicalização no processo do nascimento, acrescido do acúmulo de conhecimento e desenvolvimento tecnológico, mesmo assim com a continuidade de altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil. Estas características são explicadas, por Diniz (2009), como o paradoxo perinatal brasileiro, direcionando para uma reorientação imprescindível do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, no qual a incorporação tecnológica seja embasada pelas necessidades das mulheres e crianças, a partir de evidências científicas concretas.

O emprego de procedimentos não se reflete obrigatoriamente nos níveis de saúde, tanto assim que o acesso ao pré-natal é praticamente universal no país, sem, contudo, demonstrar qualidade satisfatória. O modelo de atenção ao pré-natal tem agregado custos gradativos causados pela inclusão acrítica de tecnologias (exames, procedimentos, medicamentos); entretanto, a contrapartida dos resultados não tem sido suficiente (OLIVEIRA NETO, 2009).

Em 2007, o pré-natal atingiu 89% de cobertura e a captação precoce das gestantes foi de 83,6% (primeira consulta do pré-natal no primeiro trimestre). Porém, as mortes causadas por síndromes hipertensivas e por causas perinatais e a incidência de sífilis congênita revelam a necessidade de qualificar o pré-natal. Essas circunstâncias permitem considerar que o pré-natal tem se transformado, em grande medida, num ato burocrático. Outra questão importante é que, no país, o número de partos cirúrgicos (cesáreas) em relação aos outros países, ainda permanece alto. Os quantitativos mostram que as cesáreas se elevaram de 40%, em 1996, para 46,5%, em 2007 (BRASIL, 2010a).

O marco conceitual, o discurso técnico-político e as formas de operacionalização da RC originam-se de valorosos esforços e de iniciativas de âmbito nacional no campo materno-infantil no SUS – como as diretrizes do Pacto pela Saúde, o Pacto Pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil (e o Programa de Qualificação das Maternidades) – e de experiências municipais e estaduais.

O Programa RC pressupõe ações para melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por intermédio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro, além da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher, no momento do parto. Como dito anteriormente, as ações estão enquadradas em quatro componentes:

- 1) Pré-natal;
- 2) Parto e Nascimento;
- 3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança;
- 4) Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011b).

O Pacto pela Saúde é um acordo assumido entre os gestores responsáveis pela implementação do SUS, nos Municípios, Estados, DF e MS, com o objetivo de estabelecer novas estratégias na gestão, no planejamento e no financiamento do sistema, de forma a avançar na consolidação do SUS. O Pacto envolve ainda o compromisso de ampliar a mobilização popular e o movimento em defesa do SUS. O horizonte então é a busca por mais qualidade de vida para o cidadão (MACHADO *et al.*, 2009).

A perspectiva de um sistema integrado à gestão de uma rede regionalizada é vital no cerne de uma política social como o SUS. E esse conjunto de problemas de saúde necessita enfrentamento e demanda um sistema articulado, interdependente e cooperativo, com múltiplas dimensões de integração entre variados subsistemas, correlacionando a avaliação e a governança às suas representações e valores coletivos (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; TEIXEIRA; OUVENEY, 2007).

4.1.2 O processo de descentralização e os componentes estratégicos da regionalização para a Rede de Atenção à Saúde

A descentralização é um fato, na grande maioria dos países. No Brasil, esta tendência foi reforçada a partir da década de 1990 e, nas políticas do setor saúde, sua

abrangência foi elevada, o que aumentou o acesso da população a serviços e ações de saúde, mobilizou a organização de serviços alicerçados em adversidades de interesse local e propiciou a incorporação de recentes atores sociais. Além disso, proporcionou maior participação e controle social na definição e execução orçamentária dos gastos em saúde, reforçando a autonomia e a responsabilidade de cada ente subnacional (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Não obstante essa descentralização ter constituído um grande avanço para a saúde, ela se depara com a assimetria financeira e gestora dos variados níveis de governo, bem como com a permeabilidade das instituições de saúde à democracia, causando problemas que envolvem princípios e diretrizes do SUS. Problemas estes que dificultam a consolidação de uma política nacional de saúde, cujo modelo federativo é trino, em que não há vinculação hierárquica entre os entes (União, Estados e Municípios), o que exacerba, em diversas situações, a competição frente à cooperação (SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009).

Para Campos (2006), a discussão dessas questões tem a ver com o desenho construído para essa descentralização da política de saúde brasileira: um sistema em que o município fica com a responsabilidade pela organização e gestão local, mesmo sendo a instância menor e com menor poder formal na República. Trata-se de um sistema que difere dos modelos de caráter nacional cubano, inglês e português, provincial canadense ou autônomo espanhol.

Vale esclarecer que a descentralização, por si só, não é capaz de viabilizar as diretrizes e princípios do SUS: muitas vezes gera efeitos paradoxais. De certa maneira, responde ao valor ético-político almejado pelo espírito democrático, ao oportunizar a distribuição de poder e ampliação dos mecanismos de participação social. Contudo, as forças centrípetas geradas por essa descentralização podem criar um funcionamento autárquico, reforçando uma fragmentação incongruente no sistema, gerando um processo de municipalização com baixo nível e precária capacidade de solidariedade e de integração entre as partes (CAMPOS, 2006; CARNOY, 2013; SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009).

No Brasil, o atraso da regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) diminuiu a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, aumentando as disputas por recursos entre os municípios, ao invés de conformar uma rede interdependente e cooperativa. Isso prejudicou o planejamento regional para as estratégias de descentralização no SUS, já praticamente ausentes, aumentando as

desigualdades entre os entes subnacionais, bem como comprometendo e fragilizando o papel das esferas estaduais. O que resultou, desde 1990, em inúmeros sistemas locais isolados, sem capacidade de gestão para viabilizar a integralidade, e sem mecanismos e *expertise* para conformação de redes intermunicipais (SANTOS; GIOVANELLA, 2014; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010; VIANA; LIMA, 2011).

As disparidades entre os municípios brasileiros, por condições geográficas, demográficas, políticas, financeiras, técnico-administrativas, socioeconômicas, além da complexidade das demandas e necessidades da população são indicativos inequívocos de problemáticas cujo enfrentamento se sobrepõe ao âmbito municipal, visto que o alcance da integralidade precisa da articulação dos sistemas municipais de atenção em redes regionais (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Essas disparidades evidenciam a importância das articulações intermunicipais que abrem espaço para reconfigurações da relação entre Estado e sociedade, colocando no âmbito da discussão pública os embasamentos da estrutura de poder, organização e gestão das instituições políticas vigentes. O que pode instituir um novo modelo de governança, que alie a necessidade de integração solidária com a descentralização (SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009; TEIXEIRA; OUVENEY, 2007).

A multiplicação das redes gestoras de políticas públicas é um fenômeno mundial, sobretudo no campo das políticas sociais, num cenário de adensamento do tecido social resultante dos processos de estruturação, democratização e descentralização nas sociedades latinoamericanas. A gestão de redes procura responder à complexidade de problemas que envolvem variados atores sociais, em estruturas policêntricas que interagem para proporcionar maior integração, flexibilidade e interdependência, onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais. A isto se deve acrescentar uma demanda crescente por benefícios e por participação cidadã (TEIXEIRA; OUVENEY, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) postulou a implantação de sistemas integrados ou Redes de Atenção à Saúde (RASs), com a aplicação de um modelo de atenção que propicie ofertar atenção eficiente, contínua, integral, prestada no lugar e tempo adequados, com custo e qualidade certos, de maneira humanizada, que responda às necessidades de saúde da população. As RASs são organizações poliárquicas de serviços de saúde, unidas por uma missão e objetivos comuns, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, prestada no lugar e tempo, com custo e qualidade certos, de forma humanizada, com equidade,

gerando valor para a população (MENDES, 2010).

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde (MS), estabelece as diretrizes para a organização das RASs, no âmbito do SUS:

Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010b).

A construção dessas redes regionais sustentáveis, integradas, conformadas a uma política de natureza regulatória, é costumaz no debate político-institucional, no intuito de estruturar, com base em pactos operacionais e inter-institucionais; e linhas do cuidado no SUS, que vêm sendo pautadas desde a publicação das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas), em 2001 (CUNHA, 2017).

Os principais componentes das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde são:

- 1) os espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde;
- 2) os serviços de saúde “ou pontos da rede”, devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos;
- 3) a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários;
- 4) o sistema de governança.

Esses componentes que configuram este constructo organizacional têm como objetivo garantir uma assistência integral, de qualidade, equânime, e com eficiência econômica (CUNHA, 2017; FERNANDES DA SILVA, 2011).

4.1.3 O processo de redirecionamento das políticas públicas no SUS para a Rede de Atenção à Saúde

De acordo com Gurgel *et al.* (2017), no ano de 1990 os serviços nacionais de saúde do Reino Unido e da Suécia começaram a se dividir, nos mercados internos, com compradores e fornecedores. Este foi também o ano em que o Brasil começou a implantar um serviço nacional de saúde (SUS) inspirado no Serviço Nacional de Saúde britânico, que buscava princípios de universalidade, equidade e integralidade

(GURGEL JÚNIOR, 2008). Enquanto a reforma, no Brasil, visava melhorar a equidade e a efetividade, as reformas na Europa visavam melhorar a eficiência, para conter os custos. As reformas europeias aumentaram a oferta e a utilização, mas nunca proporcionaram o grande aumento na eficiência que se esperava, e as desigualdades aumentaram (GURGEL *et al.*, 2017).

A reforma do setor saúde no Brasil, por outro lado, contribuiu para grandes melhorias na saúde da população (PAIM, 2008), mas, nunca conseguiu mudar o fato de que mais da metade dos gastos com saúde era privada. Mudanças demográficas e epidemiológicas, doenças crônicas e co-morbidades muito desiguais colocam a questão da integralidade na vanguarda, em todo o país. Nem o mercado comprador público, nem o sistema de dois níveis, no Brasil, atua nessa frente. Portanto, serão necessários liderança política e planejamento estratégico de responsabilidade com a população para lidar com esses desafios (GURGEL *et al.* 2017).

Nas sociedades, embora haja uma ascendente competência para ampliar a longevidade e debelar doenças, as iniquidades são perduráveis e preocupantes. No decorrer do tempo, tem sido estabelecido padrão semelhante entre os países (HERNÁNDEZ-QUEVEDO; MASSERIA, 2013; UMUHOSA; ATAGUBA, 2018). Os governos têm dificuldades para desenvolver e sustentar sistemas equânimes de saúde, para o que contribui o intenso debate político por trás das experiências de reformas setoriais (GURGEL JÚNIOR, 2014).

Desde a Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988), com o processo de redirecionamento das políticas públicas que regulamentam o SUS (BRASIL, 2009), o estudo alusivo às políticas de saúde adquiriu impulso (SILVA; PINTO, 2013). Os obstáculos na implementação de novas práticas, na área da saúde, geraram questionamentos em relação ao processo pelo qual as políticas públicas em saúde ocorrem, isto é, o entendimento de como e porque os governos priorizam determinadas ações (BRASIL, 2010a; OLIVEIRA, 2014; PINTO, 2008).

Kushnir e Chorny (2010) consideram que a regionalização é um atributo dos sistemas nacionais de saúde que se organizam para ampliar o acesso e diminuir as desigualdades, fortalecendo os princípios de universalidade e equidade. Nesse sentido, a regionalização deve viabilizar a utilização da tecnologia mais adequada ao cuidado, em tempo e local oportunos, em qualquer parte do território, guiado por racionalidade sistêmica, que contemple cooperativamente as disparidades na

distribuição de diferentes serviços e recursos necessários à integralidade, além da articulação intersetorial (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Como a equidade é o principal foco do SUS, nas duas últimas décadas o Brasil investiu consideravelmente em políticas para minorar as disparidades e cuidados em saúde (GURGEL *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2011).

Mas, esse modelo econômico empregado atualmente colabora para a concentração de renda, apresentando desigualdades e imensas discrepâncias regionais nos resultados de saúde (ALVES; DE MORAIS NETO, 2015; MULLACHERY; SILVER; MACINKO, 2016). Nos coeficientes de saúde materno-infantil, este modelo tem impactos negativos (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2014). Na Região Nordeste, determinados fatores entram o progresso desses indicadores, dentre os quais: financiamento insuficiente; regulação ineficaz do Sistema de Saúde; fragmentação das ações; organização inadequada dos serviços (BRASIL, 2015; CAVALCANTI *et al.*, 2013).

4.1.4 As Redes na Administração Pública: uma tipologia para a corroboração e a análise de interdependência

A Rede deve ser entendida como o englobamento de tecnologia, pessoas e conhecimento que substituiu a corporação hierarquizada do modelo fordista, com embasamento em capital, trabalho e gerenciamento e trabalho; enquanto, na gestão intergovernamental, ela pode ser considerada um recente modelo de governança que abrange os níveis global e local (TEIXEIRA; OUVENEY, 2007). Para estes autores, a administração pública apresenta obstáculos como campo legítimo no processo de desenvolvimento das democracias contemporâneas no Ocidente, que se fortaleceram de forma evidente na década de 1990, com a criação de variadas estratégias de reformulação dos processos do Estado. Processos esses que podem figurar nas esferas pública e privada ou, de outra maneira, no redirecionamento da dinâmica e dos nexos de intercâmbio de determinados recursos entre Estado, sociedade e mercado. Essas mudanças fizeram vir à tona dúvidas e impasses relacionados às variadas manifestações da ação estatal nas áreas política, econômica e social, dando ênfase à problemática do poder, da eficácia e da eficiência do Estado (CARNOY, 2013).

Neste contexto, surgem importantes questionamentos: a constância dos obstáculos a respeito da proteção social; as consequências, no mercado de trabalho, decorrentes da reorganização produtiva proporcionada pela crise do modelo fordista-taylorista; a relevância de compreender o poder e o princípio de mercado como mecanismos de orientação da economia, em detrimento do direcionamento estatal; o forte movimento de internacionalização das economias; os entraves na reconstrução dos alicerces da cidadania; a redefinição dos sistemas políticos, à procura de formatos mais horizontalizados e fragmentados de governança, bem como a maneira relevante de reformular os alicerces da democracia liberal representativa (CARNOY, 2013; FLEURY, 2004; GILPIN, 2004).

4.2 A Governança

A seguir serão conceituados a origem e os tipos de Governança (colaborativa, em rede e regional e seus mecanismos).

4.2.1 A origem

O conceito de governança foi propagado a partir da publicação do documento “Governance and Development” do Banco Mundial (WORLD BANK, 2007), no contexto de produções institucionais internacionais que analisaram o papel do Estado no desenvolvimento, em busca da maior efetividade das políticas públicas (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

Segundo Pereira (2011), é interessante diferenciar Governabilidade de Governança. A Governabilidade se refere às condições substantivas/materiais de exercício de poder e de legitimidade do Estado e do seu governo; é criada como a autoridade política do Estado em si, entendida como a capacidade que este tem para agregar os múltiplos interesses dispersos pela sociedade e apresentar-lhes um objetivo comum; a fonte principal da Governabilidade são os cidadãos e a cidadania organizada. A Governança diz respeito aos aspectos adjetivos/instrumentais da governabilidade; é a capacidade (financeira, gerencial e técnica) que um determinado governo tem para formular e implementar as políticas de forma correta e que atenda aos múltiplos interesses; sua fonte principal são os agentes públicos ou servidores do

Estado, que possibilitam a formulação e implementação certa das políticas públicas e representam sua face diante da sociedade civil e do mercado.

Portanto, Governança, “*Governance*”, é a capacidade dos governos em exercer autoridade, controle e poder na administração dos recursos sociais e econômicos de um país, por meio do planejamento, da formulação, da implementação de políticas e do cumprimento de funções para o desenvolvimento; é um mecanismo para tomada de decisão em espaços interinstitucionais (GONÇALVES, 2006); é a auto-organização reflexiva de atores imparciais implicados em relações complexas de recíproca interdependência, alicerçada no diálogo contínuo, na distribuição de recursos visando criar projetos conjuntos mutuamente benéficos, para gerenciar os dilemas e as contradições que se apresentam (JESSOP, 2003); e uma forma de transformar a complexidade desestruturada em estruturada, ainda que não possa controlar os diversos efeitos da simplificação e estruturação almejadas, ou seja, a governança, origina-se da premência, tentativa ou esperança de minimizar o risco e a complexidade inerente; é governar e comedir os fenômenos do mundo real, os quais seriam necessários e contingentes (ALMEIDA, 2013; PEREIRA, 2011).

Para Andrade (2006), a Governança é um fenômeno vasto, pois abrange as instituições governamentais e implica também mecanismos informais, de caráter não governamental, os quais fazem com que as pessoas e as organizações dentro de sua área de atuação tenham uma conduta determinada, satisfaçam suas necessidades e respondam às suas demandas.

4.2.2 A governança colaborativa

É definida como o conjunto de instrumentos que proporcionam a coordenação dos atores envolvidos em redes, bem como o resultado de um processo de negociação entre as organizações participantes da rede e seus gestores, cada qual considerando as vantagens da cooperação no alcance dos objetivos individuais e, principalmente, os coletivos (BRETAS JÚNIOR; SHIMIZU, 2017; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015).

Compreende, também, um agrupamento de processos para controle e tomada de decisões que facilitam a execução de políticas; está relacionada ao exercício do poder e da autoridade. Poder este que tem um conceito amplo, pois envolve a capacidade de produzir ou contribuir para resultados que influenciam de modo

considerável o(s) outro(s), por meio de relações sociais (LUKES, 2007). Que é intercambiável e utilizável como recurso para viabilizar planos (ARAGÃO; OLIVEIRA, 2018); mas, sobretudo, através do exercício da influência e da negociação.

Um poder que define processos, regras, normas, rotinas e demais procedimentos, divisão de responsabilidades, limites de autonomia, estabelecimento de alicerces para compartilhamento de recursos e de resultados, entre outros aspectos relacionados ao funcionamento da rede. Utiliza variados tipos de instituições, com o objetivo de garantir a coordenação e a execução das atividades compartilhadas pelos parceiros (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016; ROTH *et al.*, 2012).

Estes procedimentos, normas e regras (informais ou formais) são constituídos no decorrer do tempo, por intermédio de um processo de aprendizado incremental, que muda a percepção dos atores em relação à problemática em tela, suas identidades e a própria estrutura de governança. Trata-se de estrutura em processo de mudança, que pode variar de acordo com o contexto que a engloba e com a alteração da percepção dos agentes que nela estão inseridos. Essa estrutura de governança também influencia a ação de seus componentes (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; MENDES, 2010; SANTOS, 2013).

Diante da complexidade das relações estabelecidas entre os atores, a governança colaborativa impõe o estabelecimento de novos processos que intermediem as relações entre as organizações e os indivíduos, o que prognostica alterações no comportamento dos entes. Estes, provavelmente, agiriam de outra maneira se estivessem atuando de forma isolada em suas organizações. Também demanda a utilização de comunicação e de Tecnologia da Informação (TI), para organizar a informação propagada entre os atores e as instituições. Deve-se ressaltar que a disponibilidade e o intercâmbio de informação são percebidos como os principais elementos para o correto andamento da rede; necessita, ainda, modelos de gestão de desempenho para acompanhamento das atividades individuais e coletivas que incidirão no resultado pretendido. Para isso, há necessidade de englobar o capital humano que, além de captar recursos para a rede, tenha habilidade de negociação, coordenação e facilitação de processos (PARKER, 2007).

A governança colaborativa constitui um modo distinto das outras formas tradicionais de governança; inter-relaciona-se com processos de tomada de decisão que não são obrigatoriamente hierarquizados, mas que pretendem promover a

interação e o empoderamento dos envolvidos; nessa circunstância, podem ser mais efetivos, porque esse maior envolvimento proporciona, além do comprometimento, também as soluções configuradas de forma mais adequada para os problemas que serão enfrentados; nesse parâmetro do Estado, a ação não é marcada necessariamente por modificações no conteúdo das políticas, mas, pela alteração na maneira de atuação (BRETAS JÚNIOR; SHIMIZU, 2017).

Contudo, é necessário diferenciar a demanda pela atuação do Estado em rede, a participação do Estado e de outras formas de organizações em arranjos que procuram a solução de questões coletivas (redes) e as ações de coordenação da rede constituída (governança colaborativa); à medida que a sociedade se modifica e variados paradigmas se afirmam, novos desafios se impõem ao Estado (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016; SANTOS, 2013). Atualmente, há um debate acerca dos limites de sua atuação. Ocorre muitas vezes que o Estado não tem capacidade de resolver vários problemas vivenciados pela sociedade contemporânea. Não obstante, este não é um debate atual, visto que em variadas épocas esta situação esteve no foco das discussões.

Embora haja concordância a respeito dos limites da atuação e de se admitir a incapacidade do Estado, a literatura se divide quanto aos alicerces e implicações desse diagnóstico; de um lado, os que têm o mesmo pensamento dos adeptos da escola liberal: preconizam que o Estado deve se limitar às suas funções básicas, atuar de forma eficiente nos moldes das organizações privadas e gerar as condições para o mercado atuar; do outro, os que preconizam que o Estado deveria atuar em rede, formar arranjos colaborativos que envolvam variados “*stakeholders*”, que, de maneira comum, o Estado procure soluções para problemas em comum. Por isso o entendimento de que, no contexto atual, os problemas são complexos, fragmentados, sua solução depende de variadas formas de conhecimentos e, por isso, nem o Estado nem os demais envolvidos no contexto seriam capazes de encontrar soluções isoladamente. A combinação dos variados recursos e a procura por entendimento compartilhado é condição promordial para encontrar, sistematizar e implementar a solução (MENDES, 2011; SANTOS, 2013).

Existem diferenças em relação à interpretação do papel que o Estado deve desempenhar, mesmo entre os apoiadores dos arranjos colaborativos: alguns entendem que deveria ser o ator central e, nessa direção, caberia a ele a função de gerar as condições, construir, gerir e coordenar as redes. Tudo isso com base na

premissa de que é função do Estado achar a solução para os problemas-alvo dessas redes.

Vangen, Hayes e Cornforth (2015) afirmam que é perceptível a relevância do papel do Estado, porém admitem outras maneiras para sua atuação e configuração. Do mesmo modo, não consideram ser necessário que o Estado seja o ator principal em todas as circunstâncias; admitem, por exemplo, que a coordenação seja exercida por outros parceiros, aceitam e apontam situações nas quais o Estado apenas expanda o espaço para a configuração da rede, mas, não seja um componente da fase de execução.

Já Ansell e Gash (2008) veem essas redes como um mecanismo de democratização porque, ao abarcar a sociedade, um espaço seria aberto para expandir a participação dos cidadãos na definição de políticas públicas. Block e Paredis (2013) questionam essa afirmação, mas apenas com base em estudos empíricos.

Devido aos variados posicionamentos ideológicos e considerações em relação ao grau de aproximação do Estado nas redes, não se pode ignorar que há uma elevação do quantitativo de redes conformadas entre governos, empresas, sociedade civil e demais organizações; movimento este que se reflete no número crescente de estudos e registros a respeito das variadas experiências vivenciadas. Nessa circunstância, qualquer escolha não é marginal, precisa de entendimento e atenção (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016; TEIXEIRA; OUVENEY, 2007).

Esses estudos sinalizam alguns casos, entre eles o fato de que a atuação em rede não precisa ser visualizada como uma solução que se usa para todas as situações; ao invés disso, algumas especificidades precisam ser observadas, como os elementos antecedentes que direcionem ou não para a viabilidade de formá-las. Determinados campos de atuação do Estado não se adequam à formação das redes, como, por exemplo, a área fiscal (TORFING, 2012).

A análise conjunta desses estudos possibilita afirmar que não existem evidências definitivas que comprovem que esta seara seja mais efetiva e que possa garantir os melhores resultados; os estudos comparativos ainda são escassos, bem como um consenso entre os variados conceitos aplicados, que permitam generalizar resultados, conclusões e discussões. Pode-se afirmar que o elemento principal na rede é sua estrutura e a dinâmica da governança, definida por sua capacidade de

influenciar os resultados e o alcance dos objetivos estabelecidos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016; FRANCESC *et al.*, 2012).

Nessa situação, justifica-se plenamente uma maior dedicação dos gestores públicos ao funcionamento dessas redes, em particular quanto à estrutura de governança. Para facilitar este entendimento, é necessário listar alguns pontos de atenção. O entendimento das especificidades da governança das redes contribui de forma significativa para o alcance dos resultados desejados. É necessário chamar a atenção para a elevação dos indicadores propostos; muito mais que acompanhar e aferir os objetivos específicos projetados e estabelecidos pela rede, é imprescindível que os resultados obtidos sejam avaliados, em virtude dos interesses dos diferentes “*stakeholders*”, seu nível de satisfação e o envolvimento dos que participam diretamente da governança da rede (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016; FRANCESC *et al.*, 2012).

De modo inverso ao que se pressupõe normalmente, as relações em ambientes colaborativos são marcadas por conflitos e, por conseguinte, é primordial o cuidado com a promoção de um ambiente colaborativo, uma vez que este influencia ou até mesmo impede que os resultados pretendidos sejam alcançados; portanto, o estabelecimento de critérios de mensuração de resultados intermediários e para a avaliação de aspectos intangíveis da rede é de enorme relevância, porque é importante que se avalie a capacidade da rede em criar excedente colaborativo e os custos políticos envolvidos. Block e Paredis (2013), dizem que as relações não se modificaram: o que houve foi um deslocamento da zona de poder, dos espaços tradicionais do governo para a arena da rede. Conforme essas evidências, os políticos muitas vezes assumem este espaço para a promoção de agendas individuais.

Contudo, se o Estado procura utilizar redes colaborativas para entregar determinados bens e serviços públicos, é imprescindível que compreenda os meandros da governança. Assim, é salutar que seja armazenado o aprendizado acumulado e disperso em variadas áreas do governo. É necessário organizar e sistematizar as informações e experiências das variadas instâncias de governo compreendidas nas redes colaborativas; nessa direção, as informações sobre parceiros, registro de experiências passadas e capacidade de leitura de contexto podem auxiliar a decisão de por que, quando, onde e como formular as redes. A redação de contratos, a análise de quando, quais, e em que circunstância as estruturas são mais apropriadas, a configuração de processos e instrumentos, e o

registro e análise dos elementos que constituem a governança relacional podem ser utilizados como aprendizado e aprimoramento de futuras experiências de atuação em rede (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016; MENDES, 2011).

As redes são vistas como arranjos nos quais se privilegiam as relações horizontais, onde a hierarquia é substituída pela procura de consensos e pela liderança compartilhada; porém, o Estado é uma instituição cujo *status* e poder não auxiliam a quebra de hierarquia; do mesmo modo, várias instâncias governamentais são marcadas por poderosa politização e burocratização (MENDES, 2011).

4.2.3 A governança em rede

A governança em rede se relaciona às políticas de redes. As formas para realização dessa modalidade nas redes são mais complexas que nos mercados e hierarquias, porque nas redes é imprescindível a adesão voluntária às normas sociais consolidadas em reciprocidade e confiabilidade. Por isso, as diretrizes das Noas buscam investigar essas relações de interdependência municipal dentro do SUS, sob a coordenação do gestor estadual, como forma de ampliar o caráter universal, equitativo e integral das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2010b; TEIXEIRA; OUVENEY, 2007).

Na governança em rede a coordenação ocorre por meio do compartilhamento entre gestores interdependentes, em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas. Os meios para realização da observância nas redes são mais intrincados que nos mercados e nas hierarquias, porque nas redes é imprescindível a adesão voluntária às normas sociais alicerçadas em reciprocidade e confiança. A definição de governança de redes está associada à de políticas de redes (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016; MENDES, 2011).

4.2.4 A governança regional e seus mecanismos

Para Mendes (2011), a governança regional é uma das partes de uma rede regionalizada, e inclui o processo de participação e negociação entre uma miríade de sujeitos com variados graus de autonomia; expõe pluralidade de interesses (público e

privado) em um quadro institucional equipendente, concedendo relações de cooperação entre governos, organizações, agentes e cidadãos, de modo a construir elos e redes entre sujeitos e instituições (SANTOS, 2013; VIANA; LIMA, 2011). As relações de poder intergovernamental estão imbricadas nas redes de políticas públicas no SUS, com redefinição do *lócus* de produção, e tomam vulto na necessidade de compartilhar o processo de tomada de decisão nos espaços de governança (SANTOS, 2014).

O Decreto nº 7.508/11 instituiu os dispositivos para o planejamento governamental regional em saúde, com orientações para a ação integrada entre as unidades político-administrativas da Federação, em nível regional (BRASIL, 2011a).

Fleury *et al.* (2010) esclarecem que, assim, a governança regional deve trazer à baila os modos de exercício da autoridade e os processos de inserção dos interesses sociais na agenda de governo, podendo ser usada como ferramenta analítica para investigação e transformação dos processos de formulação de políticas e gestão de sistemas de saúde.

O uso analítico da governança regional permite descrever e explicar as interações de atores, processos e regras do jogo e, assim, compreender melhor as condutas e tomada de decisões, na sociedade (HUFTY; BÁSCOLO; BAZZANI, 2006).

Essas disposições provocam alterações no processo de elaboração de políticas públicas e na lógica operacional do sistema, com efeitos nos mecanismos e nos arranjos da governança em saúde, na qual se destaca a instituição de um novo instrumento para a formalização de acordo de colaboração entre os entes federativos. Este novo instrumento será pactuado em âmbito regional, visando a estruturação (ou reestruturação) da rede assistencial, imprescindível à integração das ações, definindo responsabilidades, indicadores e metas de saúde, fundamentos de avaliação de desempenho e recursos financeiros ofertados: o Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap) constitui um termo multilateral, a ser assinado juntamente pelo MS, governador, secretário estadual de saúde, prefeitos e secretários municipais de saúde da região (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017; SANTOS; CAMPOS, 2015).

Conforme Ribeiro, Tanaka e Denis (2017), os compromissos oficializados e pactuados através deste dispositivo legal estão relacionados a perspectivas de respaldo jurídico para efetivação das obrigações dos entes da Federação com a saúde pública.

4.3 A Comissão Intergestores Regional

Neste tópico será explanado: a região de saúde e sua importância e o Colegiado de Gestão Regional.

4.3.1 A região de saúde e sua importância

Para Santos e Campos (2015), a região de saúde é imprescindível para se afastar do impasse fracionado das ações e serviços de saúde, do retraimento, do centralismo federal programático e sem visão de planejamento regional. Então, é através da região que ocorrerá a integração dos serviços que se encontram fracionados, em rede, agregando os municípios de maneira sistêmica, com o objetivo de proporcionar integralidade da assistência à saúde sem deixar faltar a descentralização como princípio constitucional.

A região de saúde é muito importante para a integração das ações e serviços de saúde dos entes federados; portanto, é necessário qualificar a gestão e assegurar a integralidade; do mesmo modo, deve ser formada não apenas administrativamente, mas sob a ótica sanitária, e não ser organizada como uma simples divisão do Estado: necessita ter um caráter qualitativo, para ter o *locus* da integralidade. Não tem total capacidade de resolver as necessidades de saúde da população de uma região, mas, no mínimo, é vital resolvê-las quase que totalmente. Na realidade, a região de saúde é um espaço de atuação para o usuário, por fazer parte de um sistema nacional, estadual e inter-municipal (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Apenas uma região sólida pode agregar o que a descentralização, por si só, segmenta, não removendo a função imprescindível do gestor público municipal de compor o sistema público e dele participar de forma real, do ponto de vista técnico, político e financeiro (SANTOS, 2013; SANTOS; CAMPOS, 2015).

É inquestionável a imprescindibilidade da regionalização para que as RASs atuem de forma resolutiva e sistêmica, com a região de saúde sendo o centro direcionador das referências entre os serviços dos variados entes federados. Portanto, surge o questionamento: De que maneira a soma articulada das individualidades assimétricas municipais cria uma unidade regional equitativa? Para responder a esta dúvida: é que esta soma deve se direcionar à formação de um espaço de

planejamento e de gestão regional unificado: com um único gerenciamento regional, com controle colegiado da União, Estados e municípios (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Sem dúvida, ocorreram vários avanços: a circunstância quase informal, mas reconhecida por lei, dos mecanismos de co-gestão com os entes federados; a gestão colegiada, que originou as Comissões Gestoras Tripartite (CITs), em nível nacional; e as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), em nível estadual, com a governabilidade sobre os projetos em cada Estado, e finalmente, as Comissões Intergestores Regionais (CIRs), que agrupam delegados do governo estadual e os gestores municipais da respectiva região (SANTOS, 2013; SANTOS; CAMPOS, 2015).

Com o surgimento desses espaços de deliberação interfederativa, observa-se que o MS e as Secretarias Estaduais de Saúde (SESs) estão inclinados a usar mecanismos de repasse financeiro para promover a adesão dos municípios, estabelecer prioridades e determinados programas. Porém, apesar dos esforços, ainda se pode observar que, no Brasil, a integração em rede que se regionaliza é limitada (SANTOS; CAMPOS, 2015).

4.3.2 O Colegiado de Gestão Regional: institucionalidade, representatividade e dinâmica dos sujeitos

É imperativo mostrar o valor das CIRs, de acordo com o previsto no Decreto (Dec.) nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011a, p.1); na Lei nº 12.466/2011, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços relacionados e dá outras providências”, para ordenar as Comissões Intergestores do SUS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dá outras providências, com suas respectivas atribuições de planejamento regional, de modo interfederativo, a execução e o financiamento das ações e serviços de saúde do Estado e municípios, baseados na Lei complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012), que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), para ordenar a respeito dos valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos da Lei nº

8.080, de 19 de setembro de 1990; e da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. E é imprescindível nos acordos objetivando a equidade regional no SUS (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Para Santos (2013), o que continua a causar surpresa são as circunstâncias que envolvem a governança na região: embora alicerçada em consensos e pactuações interfederativas, por intermédio da CIR, fica solitária em relação à articulação da gestão e solidária do cumprimento rotineiro dos serviços relacionados a uma população regional. O atual ordenamento político-jurídico não descomplica a real construção da região e sua governança; com isso, sob a ótica administrativa e sanitária, é necessário solucionar o que a região de saúde requer e necessita (MENDES, 2011). O autor afirma que, atualmente, não há como executar uma análise política sem debater questões relacionadas ao poder e aos diversos atores que compõem o processo político. Contudo, ultimamente, existe uma pluralidade de personagens que ocasionalmente influenciam a constituição das políticas de saúde; estes atores são aqueles conhecidos como tradicionais (representantes eleitos ou escolhidos pelos eleitos), ou então aqueles formados por grupos de coação, como exemplo: representantes de empresas, profissionais ou outras entidades. Diante das características legais do SUS, há a garantia da participação social e a criação de comissões intergestores, favorecendo, com isso, a distribuição do poder de decisão (SANTOS, 2013).

É possível fazer uma análise política, aprofundar questões relacionadas ao poder diante da miríade de atores que participam do processo político, principalmente quanto à definição de prioridades, observando-se a presença e percepção da pluralidade de atores político-institucionais que vêm influenciando a conformação das políticas de saúde (SANTOS, 2014). O autor afirma que o poder é gerado a partir de uma miríade de forças, que de forma modelar atuam não somente em escala vertical descendente, mas, em todas as direções. Quando o tema é relacionado aos processos de políticas de saúde, algumas forças agem de forma mais organizada na edificação dessas políticas. Para Santos *et al.* (2011), os grupos de atores podem ser divididos em função de seus interesses e poderes para atuar no processo político. Esses grupos ainda são distribuídos em: sujeitos ou profissionais (técnicos); líderes; população ou usuários. Dependendo do processo, qualquer um destes grupos pode ser um jogador (*player*) de uma política de saúde.

Advoga-se a ocorrência de, pelo menos, três grupos distintos, que podem estruturar a conformação da política pública: a gestão, a academia e os profissionais (técnicos). Estes campos de ação têm expectativas e comportamentos diversos, que não os impede de atuação conjunta na edificação de uma política de saúde (JANSEN *et al.*, 2010; SANTOS, 2014).

Com as diretrizes do Pacto pela Saúde, nos seus três eixos (Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS), o MS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006) estabeleceu novas bases de negociações para o financiamento, definição de responsabilidades, estabelecimento de metas sanitárias e compromisso entre as três esferas de gestão do SUS, tendo como diretriz fulcral o processo de regionalização.

O Pacto pela Saúde revisitou e atualizou os instrumentos experimentados na Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), inicialmente, através do Plano Diretor de Regionalização (PDR); Plano Diretor de Investimento (PDI); e Programação Pactuada Integrada (PPI), os principais instrumentos normativos de planejamento da Regionalização (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006). Alicerçados num conjunto de reformas institucionais pactuadas entre os entes federados, estes instrumentos substituíram o processo de habilitação pela adesão voluntária aos Termos de Compromisso de Gestão (TCGs), constituindo espaços regionais de planejamento e co-gestão, representados pelos Colegiados de Gestão Regionais, num processo de “regionalização viva” (BRASIL, 2006, 2007, 2008; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006).

O Decreto nº 7.508, de 2011 (BRASIL, 2011a), normatiza a constituição de redes regionalizadas e define as Regiões de Saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde, tendo como ponto de partida o PDR, mas fazendo as devidas composições que respondam adequadamente às dinâmicas dos territórios, favorecendo a ação cooperativa intergestora. Define, amplia e legitima o papel das CIRs, fortalecendo a governança local como instância de articulação dos gestores municipais, que devem propor, de maneira coordenada e solidária, a distribuição dos serviços e trabalhadores da saúde, visando garantir amplo acesso às ações de saúde em diferentes níveis de atenção, possibilitando, assim, a equidade e a integralidade por meio da gestão do cuidado (SANTOS, 2013).

Conforme Viana, Lima e Ferreira (2010), os Colegiados Regionais são a grande inovação instituída pelo Pacto pela Saúde, constituindo instâncias de co-gestão no

espaço regional, pois criam um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o Estado, com regras definidas e funcionamento estável, o que possibilitará preencher aquilo que pode se intitular de “vácuo” de Governança Regional.

De acordo com Viana e Lima (2011), a CIR, em seu papel estratégico no processo de regionalização, está apta a identificar tipos específicos de governança. Estes dependem do desenho institucional e da interlocução com os grupos organizados da sociedade, para definição, acompanhamento e implementação de políticas públicas (AZEVEDO; ANASTÁCIA, 2002).

4.4 A avaliação em saúde

Neste ítem mostra-se a importância da avaliação em saúde, e em seguida, a avaliação com foco em sustentabilidade para fortalecimento de programas.

4.4.1 A Importância da avaliação em saúde

Em relação às políticas de saúde, o tema avaliação tem grande relevância e centralidade, pois, ela é utilizada para auxiliar na elaboração de uma intervenção. Esse enfoque permite melhor sistematização do processo de avaliação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; MAYER *et al.*, 2015; SAMICO *et al.*, 2010).

Diante da vasta convergência do incentivo à prática avaliativa no cenário internacional, a partir da reforma do Estado, é imprescindível referenciar a multiplicidade de processos reformistas que ocorreram na América Latina, devido a fatores históricos, sociais e políticos relacionados à conjuntura de cada país. Esses processos interferem nos propósitos dos sistemas de avaliação (FARIA, 2005; GERSCHMAN; SANTOS, 2006; LIMA *et al.*, 2010).

A avaliação em saúde abrange amplo campo de discussão na área de saúde pública de diversos países, incluindo o Brasil, principalmente com relação à sua implementação e implantação nos serviços de saúde. Assim, ao se refletir sobre as políticas de saúde no Brasil, é imprescindível pontuar a relevância da contra-posição que ocorre entre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – alicerce político de formulação do SUS, e a Reforma do Estado. Ambos, movimentos sócio-políticos de elevada envergadura, se mantêm na disputa por espaços entre a defesa da eficiência

e do atendimento adequado às demandas sociais (FELISBERTO, 2010; MAYER *et al.*, 2015).

O SUS constitui um desafio ainda a ser vencido, fazendo-se necessário que a saúde continue na agenda política e que influencie robustos movimentos sociais, determinados a enfrentar a inércia reducionista e persistente lógica econômico-gerencial (GÖTTEMS *et al.*, 2019). Sua forma de administração, na contramão dos movimentos reformistas na América Latina (GERSCHMAN; SANTOS, 2006), tende à 'institucionalização da avaliação', com a finalidade de se adequar aos princípios que inicialmente a embasaram, ao mesmo tempo em que procura colaborar com mudanças em prol da otimização da eficiência e efetividade administrativa. Com isso, às vezes ocorre uma convergência dos objetivos da política de avaliação de políticas com as diretrizes dos dois movimentos reformistas quando estes se aproximam, no caso da descentralização. Outras vezes divergem, quando os princípios doutrinários das duas reformas se distanciam, no caso da universalidade do acesso diante do provisionamento do Estado (FELISBERTO, 2010).

As resoluções indispensáveis para atender aos preceitos da universalidade de acesso, qualidade da atenção prestada e viabilidade econômica do SUS são particularmente difíceis de tomar, porque se trata de um sistema de saúde complexo, com campos amplos de incerteza nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de encontrar resolutividade, bem como as expectativas crescentes da população. Nessa circunstância, a necessidade de informação sobre forma de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários do sistema de saúde é cada vez mais reconhecida e a avaliação se mostra uma alternativa adequada (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Conforme a teoria do ciclo da política pública, a agenda é definida com referência aos processos pelos quais as condições sociais são consideradas e reconhecidas como um "problema público", não mais sujeitando-se a um destino natural ou social, nem pertencente à esfera privada - tornando-se assim o foco de debate. Compreende-se que o direcionamento de uma política se inicia com a convergência entre três fluxos: problemas, soluções ou alternativas, e política, que cria uma oportunidade de mudança e a ascensão de uma questão à agenda (FELISBERTO, 2010; SAVARD, 2012).

Uma vez introduzida na agenda governamental, é de fundamental importância definir as linhas de ação que serão adotadas para solucionar o problema; a decisão

deve ser tomada em relação às alternativas propostas a partir do equacionamento dos interesses dos atores e as intenções de enfrentamento do problema (SECCHI, 2011).

Na fase de implementação, a política pública em vigor é inserida, ou seja, quando os resultados concretos da política são produzidos (MÉGIE, 2004; PINTO, 2008). E, por último, a avaliação, a fase final, é o julgamento sobre a validade das propostas adotadas, bem como sobre o sucesso ou as falhas do que foi colocado em prática (CAPELLA, 2006; SECCHI, 2011).

A avaliação permite comprovar a qualidade das ações desenvolvidas coerente com complexidade das intervenções, sejam elas, ações, serviços, programas ou políticas públicas (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010). Passa também a fazer parte do planejamento das ações programáticas e dos serviços, possibilitando a reorientação dos planos de ação (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

4.4.2 A avaliação com foco em sustentabilidade para fortalecimento de programas

A avaliação em saúde constitui uma tarefa difícil, mesmo em países desenvolvidos (PIMENTEL, 2015). Em vários países, têm sido implantados sistemas de monitoramento e avaliação de programas bem estruturados. Contudo, nem todos os sistemas elaboram a informação de forma regular em relação ao seu prosseguimento ou sobre até que ponto o sistema produz os benefícios almejados. Além disso, tem sido dada pouca importância ao monitoramento da sustentabilidade desses programas que, muitas vezes, incluem um quantitativo alto de projetos que apresentam descontinuidade, mesmo durante sua implementação (LENNI, 2005; WORLD BANK, 2007).

Estudos sugerem a importância da atenção em relação às condições de sustentabilidade, a partir do início da implantação de projetos (PLUYE *et al.*, 2005; RIDDE; PLUYE; QUEUILLE, 2006; SCHEIRER, 2005). A concepção de sustentabilidade diz respeito à continuação dos programas (PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004), e o sinônimo mais comumente utilizado é “institucionalização”.

Constantemente considerada sob o prisma do ciclo de vida de um programa, estando inclusos, no seu desenvolvimento, implementação, avaliação, permanência e, em certas circunstâncias, sua disseminação para outras localizações ou beneficiários (PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004; SCHEIRER, 2005), a sustentabilidade diz respeito à provável capacidade de um determinado programa de prosseguir com

suas atividades operacionais no decorrer do tempo. Porém, isso depende de várias circunstâncias, como continuidade da importância e da legitimidade do programa, sua estabilidade financeira, e permanência sob uma direção eficaz, com habilidade para resistir às situações de mudanças (FELISBERTO, 2010).

A estrutura social que tipifica a sustentabilidade de um programa é a rotina organizacional. Assim, para ser sustentável, um programa deve contar com determinada forma de ação organizada, mesmo que ele faça parte de um sistema complexo e esteja sujeito a fatores contextuais variados (PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004).

A partir desse conceito teórico, a sustentabilidade deve ser avaliada sob dois parâmetros: um, intra-organizacional, e outro, relacionado às forças externas que influenciam as organizações, principalmente em relação aos padrões institucionais. Deste modo, temos um conceito de sustentabilidade como tendo a ver com processos primários de rotinização, e secundários de padronização (PLUYE *et al.*, 2004; PLUYE *et al.*, 2005; PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004).

Pluye *et al.* (2004), afirmam que a rotina organizacional é um evento durável, na medida em que se apoia em práticas sociais de avaliação. Conceitos como adaptação, memória, regras e valores fazem parte da rotinização, processo primário através do qual a sustentabilidade de uma intervenção é alcançada (FELISBERTO, 2010).

Se há necessidade de novas rotinas, elas precisam ser integradas às rotinas normais, por meio do aprendizado organizacional; rotinas programáticas devem ser renovadas periodicamente, para que os programas perdurem. A sustentabilidade de um programa acaba quando as rotinas atualizadas deixam de se inter-relacionar com os objetivos do programa. Verifica-se, assim, que a rotina organizacional é uma condição interna de sustentabilidade de uma determinada intervenção (PLUYE *et al.*, 2004; PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004).

Em relação à lógica extra-organizacional, a sustentabilidade pode seguir padrões institucionais oficiais que produzem rotinas padronizadas mais duradouras. Os padrões institucionais geram as “regras do jogo” que originam os processos de institucionalização. Estes representam princípios, leis, regras e normas para um sistema social como um todo. As regras e diretrizes governamentais que determinam comportamentos para organizações e pessoas propiciam o funcionamento dos padrões institucionais. Fundamentado nesses conceitos de “instituições e padrões

governamentais”, é possível exemplificar como padrões institucionais as diretrizes, regras e políticas preconizadas pela gestão tripartite do SUS (PLUYE *et al.*, 2004; PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004).

Todavia, em relação à avaliação de políticas, a análise e estimativa da extensão em que as diretrizes ou os objetivos das políticas obtiveram êxito com relação a seus objetivos originais, ou seja, se as expectativas iniciais foram atingidas, é o questionamento inicial (VAN DER KNAAP, 2004).

Conforme Van der Meer e Edelenbos (2006), um dos aspectos que devem ser observados na avaliação de políticas e programas complexos que envolvem pluralidade de atores é que a sustentabilidade sofre influência de situações específicas da implantação, ou seja, de eventos mistos relacionados à implantação, e de eventos específicos da sustentabilidade que dependem de fatores contextuais (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; PLUYE *et al.*, 2005; PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo de caso (Yin, 2005), para analisar o processo da Governança Regional, através das CIRs, nas três Gerências Regionais de Saúde (Geres) da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco (PE), no que tange a rede de serviços do Programa RC.

5.1 Delineamento do estudo

O estudo adotou o método misto de triangulação de dados, combinando distintas técnicas para captação do fenômeno estudado (*Mixed Methods*). Nesse sentido, a opção metodológica pressupõe um posicionamento dialético, posto que, conforme Minayo (2005), se apreende “[...] que dados subjetivos (significados, intencionalidades, interação, participação) e dados objetivos (fontes documentais e outros) são inseparáveis e interdependentes”. O que permite criar um processo de dissolução de dicotomia: entre macro e micro, entre sujeito e objeto.

Segundo Greene (2007), o objetivo primordial para utilização dos métodos mistos (*Mixed Methods*) na investigação social é otimizar a compreensão dos fenômenos estudados, que são complexos e multifacetados. Podendo ser usado, entre outros, objetivando a triangulação e complementaridade de dados coletados por diferentes lentes ou perspectivas, acerca de determinado fenômeno social, aumentando a validade interna do estudo e diminuindo as interferências/vieses (*offsetting biases*) nas pesquisas que buscam compreender diferentes facetas de um fenômeno complexo.

A estruturação da pesquisa correspondeu a um estudo de caso, com dados qualitativos. Inicialmente, procurou-se mostrar os resultados relacionados ao primeiro objetivo específico, através da elaboração de um Modelo Lógico (ML) e posterior avaliação do grau de implantação da RC no contexto da rede de serviços regionais na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco (PE). Em seguida, com o panorama do Programa RC, conforme referido, configurado e avaliado, no intuito de expor os resultados relacionados aos dois últimos objetivos específicos, apresentou-se a estrutura e as ações dos Colegiados Regionais, e, finalmente, averiguou-se a dinâmica da Governança Regional direcionada ao Programa RC.

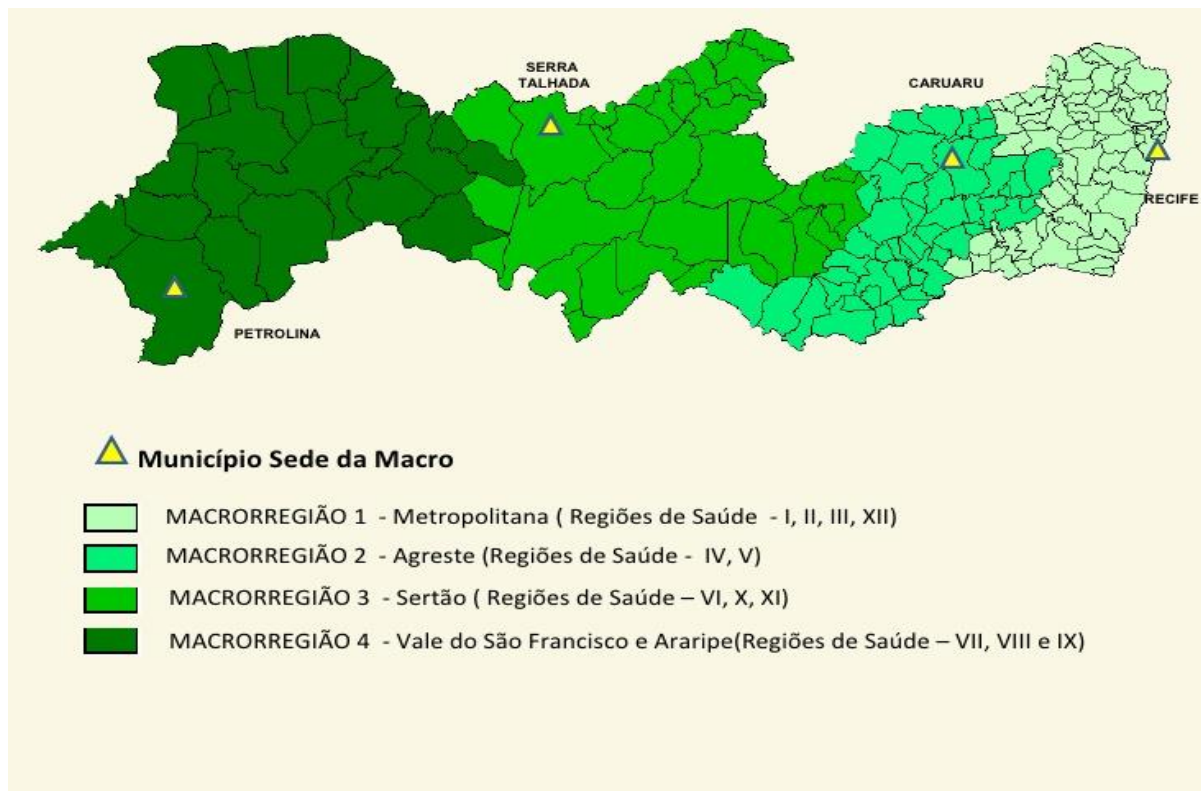
5.2 Período de estudo

O período de estudo ocorreu durante um ano e nove meses, entre os meses de fevereiro de 2017 e novembro de 2018.

5.3 Área do estudo

O estudo foi realizado na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco (PE), cuja sede se localiza no município de Serra Talhada, e tem, sob sua jurisdição, as VI, X e XI Geres, e 35 municípios, conforme se pode verificar na Figura 1.

Figura 1 - As Macrorregiões de Saúde do Estado de Pernambuco



Fonte: Pernambuco (2018).

A III Macrorregional de Saúde é composta pelas: XI Geres que também tem como sede o município de Serra Talhada, e sob sua jurisdição estão 10 municípios – Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo. A X Geres (com sede em Afogados da Ingazeira), tem, sob sua jurisdição, 12 municípios - Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Iguaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa

Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira e Tuparetama. E, a VI Geres (com sede em Arcoverde) tem, sob sua jurisdição, 13 municípios – Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa. Conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Jurisdição da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco

III Macrorregional de Saúde			
Geres	Município-sede	Municípios sob jurisdição	Total
XI Geres	Serra Talhada	Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo	10
X Geres	Afogados da Ingazeira	Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Iguaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira e Tuparetama	12
VI Geres	Arcoverde	Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa.	13

Fonte: O Autor.

As 12 (doze) Regiões de Saúde com seus respectivos municípios-sede estão apresentadas na Figura 2.

Figura 2 - As Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco



Fonte: Pernambuco (2018).

A III Macrorregional de Saúde se compõe de três CIRs e abrange 35 municípios, com população em torno de 830 mil habitantes (IBGE, 2010), as sedes regionais têm as maiores densidades populacionais. Contam com quatro hospitais regionais:

- VI Geres, em Jatobá - Hospital Regional de Itaparica (unidade de média complexidade, possui especialidade em ginecologia, mas não de obstetrícia).

E, três hospitais, de referência para a RC, de média complexidade:

- VI Geres, em Arcoverde (Hospital Regional Rui de Barros Correia, tem 120 leitos, realiza 150 partos/mês);
- X Geres, em Afogados da Ingazeira – (Hospital Emília Câmara, possui 62 leitos, realiza 76 partos/mês);
- XI Geres, em Serra Talhada – (Hospital Prof. Agamenon Magalhães, em ampliação, com 60 leitos, realiza 100 partos/ mês), (PERNAMBUCO, 2018).

5.4 Sujeitos da pesquisa

Para a realização das etapas da pesquisa foi entrevistado um grupo selecionado com 14 (quatorze) indivíduos: três Gestores Regionais de Geres (GR); três Coordenadores Regionais da RC; cinco Técnicos, representantes dos Grupos Condutores da RC (GCRCs), e das Câmaras Técnicas Permanentes (CTPs); e três Gestores Municipais de Saúde (GMSs); dentre estes, quatro especialistas operam como professores na Academia de Enfermagem, a saber, Faculdade de Enfermagem de Arcoverde, em Pernambuco (Fenfa).

A amostra foi definida de forma intencional, considerando os propósitos em compreender a influência dos atores no contexto da governança regional, nas suas relações interinstitucionais e no fortalecimento para a implementação do Programa RC (MARCONI; LAKATOS, 2006).

A escolha desses indivíduos foi baseada em suas posições estratégicas e capacidade de gestão, conforme as funções exercidas nos setores da saúde na Macrorregional. Uma outra razão para a escolha foi buscar maior representatividade em função de sua produção intelectual e conhecimento das práticas relacionadas à Atenção à Saúde Materno-infantil. Todas as entrevistas e observações foram realizadas pelo autor do estudo. O perfil e demais características dos entrevistados estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Perfil, codificação e quantitativo dos(as) entrevistados(as)

Perfil dos entrevistados	Codificação	Número	Tempo
Gestores Regionais de Geres (XI, X e VI Geres)	NR1, IR2, FR3	3	2h 55m 36s
Coordenadores Regionais do Programa Rede Cegonha (RC), das XI, X e VI Geres, respectivamente	MRC1, GRC2, ERC3	3	2h 03m 04s
Técnicos representantes Regionais de Grupo Conductor da RC - GCRC e da Câmara Técnica – CT (três da VI, um da X, e um da XI Geres)	MCT1, KCT2, JCT3, HCT4, DCT5	5	2h 19m 22s
Gestores Municipais de Secretarias de Saúde (um de cada Geres – XI, X, VI Geres, respectivamente)	CMS1, AMS2, BMS3	3	1h 54m 23
Total	-	14	9h 19m 22s

Fonte: O Autor.

Para aplicação dos Questionários de Consenso e Avaliação pelo Método Delphi Ajustado foram convidados os mesmos indivíduos selecionados para as entrevistas. Contudo, apenas 12 sujeitos participaram desta etapa da pesquisa. Então, foi incluído mais um especialista (juíz), em substituição a um entrevistado que se afastou de suas funções. Totalizando 13 *experts* (juízes) para aplicação desse Método através dos questionários.

5.5 Produção dos dados

Os dados foram produzidos para propiciar um processo de acúmulo, exaustão dos levantamentos de dados e análise sistemática. Então, o trabalho foi desenvolvido mediante a sequência dos seguintes passos:

- 1) Coleta e tratamento dos dados provenientes dos documentos;
- 2) Definição das perguntas condutoras das entrevistas semiestruturadas;
- 3) Realização das entrevistas com os atores-chave (especialistas) das três Geres da III Macrorregional;
- 4) Transcrição e tratamento dos dados provenientes das entrevistas;
- 5) Aplicação do Questionário de Consenso, Conferência e aplicação do Questionário de Avaliação da RC com especialistas (*experts*) das três Geres da III Macrorregional;
- 6) Construção de um Modelo Lógico (ML) para a Rede Cegonha;
- 7) Triangulação e análise dos dados documentais, das entrevistas semiestruturadas;

8) Observação não participante em reuniões.

5.5.1 Produção e organização das fontes documentais

O levantamento documental possibilitou a triangulação das informações obtidas nas entrevistas, proporcionando maior robustez ao estudo (MINAYO, 2006). Ainda, favoreceu a confiabilidade das informações. Foram efetuadas buscas e leituras minuciosas dos documentos utilizados como marcos legais para o estudo, constantes do Quadro 3, identificando as ações do Programa RC.

Foram realizadas consultas através do site oficial do MS e selecionados os registros publicados no Diário Oficial da União (DOU), e também da Secretaria Estadual de Saúde - PE e do Comitê Gestor da RC. Além de outras instituições, como: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems).

Quadro 3 – Marco Legal. Disposição das Fontes Documentais

Documentos	Finalidade
Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012	Sobre valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização (BRASIL, 2012).
Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011	Sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011a).
Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011	Institui a Rede Cegonha (BRASIL, 2011b).
Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011	Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados pelas RASs (BRASIL, 2011c).
Portaria nº 650, de 05 de outubro de 2011	Sobre os planos de ação regional e municipal e elaboração do desenho regional da RC (BRASIL, 2011d).
Portaria 2.351, de 05 de outubro de 2011	Altera a Portaria nº 1.459, dispõe que os recursos não aplicados terão que ser devolvidos ao Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 2011e).
Conass - Nota Técnica (NT) nº 31, 2012	Institui diretrizes para organização da atenção à saúde na gestação (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2012)
Cosems – Resolução (Resol.) 1.734, de 29 de setembro 2011	Sobre o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Comissão Intergestores Bipartite (CIB), (PERNAMBUCO, 2011).

Fonte: O Autor.

Foram também analisadas as pautas e atas das reuniões em 16 (dezesseis) Comissões Intergestores Bipartite (CIRs), duas Câmaras Técnicas (CTs), e 4 (quatro)

Grupos Condutores da Rede Cegonha (GCRCs), entre os meses de abril de 2017 e novembro de 2018, nas três Geres sob a jurisdição da III Macrorregional. Totalizaram 22 (vinte e dois) registros em diário de campo do pesquisador, realizado para cada um destes eventos, por meio de observação não participante (Quadro 4).

Quadro 4 – Registros em Diário de Campo através de observação não participante dos eventos

Eventos		
Comissões Intergestores Regionais (CIRs)		
Nº da reunião	Data	Geres
97 ^a	18 de abril de 2017	VI
98 ^a	16 de maio de 2017	VI
184 ^a	19 de junho de 2017	X
99 ^a	20 de junho de 2017	VI
145 ^a	10 de julho de 2017	XI
100 ^a	18 de julho de 2017	VI
101 ^a	15 de agosto de 2017	VI
102 ^a	19 de setembro de 2017	VI
103 ^a	17 de outubro de 2017	VI
104 ^a	23 de novembro de 2017	VI
105 ^a	19 de dezembro de 2017	VI
106 ^a	20 de fevereiro de 2018	VI
153 ^a	21 de fevereiro de 2018	XI
191 ^a	22 de fevereiro de 2018	X
107 ^a	15 de março de 2018	VI
108 ^a	19 de abril de 2018	VI
Câmaras Técnicas (CTs)		
Nº da Reunião	Data	Geres
5 ^a	13 de setembro de 2018	VI
7 ^a	05 de novembro de 2018	VI
Grupos condutores da Rede Cegonha (GCRC)		
Nº da Reunião	Data	Geres
1 ^a	14 de março de 2018	XI
2 ^a	11 de abril de 2018	VI
Reunião Geral	02 de maio de 2018 (por videoconferência)	VI (VI, X e XI)
5 ^a	29 de agosto de 2018	VI

Fonte: O autor.

5.5.2 Coleta das entrevistas semiestruturadas

Optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, pois, conforme Minayo (2010), é o tipo de entrevista que associa perguntas fechadas e abertas e proporciona, ao entrevistado, discorrer sobre a temática, sem ter que se ater a questões fechadas. A entrevista semiestruturada garante um roteiro com melhor grau de uniformidade, e pode ser considerada relevante instrumento em estudos qualitativos, na medida em que permite uma relação mais interativa entre entrevistador e entrevistado (MARTELLI, 2010; MINAYO, 2010).

Foram feitos contatos presenciais, telefônicos, ou por mensagem individual, via correio eletrônico, com os especialistas. Em seguida, foram realizadas as entrevistas, antecedidas da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com texto explicativo mostrando os objetivos do estudo.

O roteiro das entrevistas foi elaborado pelo Líder do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GGS) para os Domínios I, II, III e IV. Para o Domínio V, foi elaborado pelo pesquisador, sob a supervisão de seus orientadores. O roteiro das entrevistas constitui o Apêndice A desta tese. No roteiro, as perguntas foram divididas em cinco domínios: I – Dinâmica da governança interfederativa no contexto da Região de Saúde; II - Relações interfederativas no contexto da Região de Saúde; III - Alocação de recursos no contexto da Região de Saúde; IV - Redes prioritárias no Estado de Pernambuco (Materno-infantil; Urgência e Emergência; Oncologia e Saúde Mental); e, V – Específico - a regionalização da RAS Materno-infantil e a RC. As entrevistas com todos os 14 (quatorze) especialistas foram realizadas e transcritas pelo autor da tese. Ocorreram entre os meses de março e abril de 2017 (Apêndice A).

5.5.3 Coleta dos questionários

O Questionário de Consenso contendo a Matriz de Concordância de Fundamentos da RC foi organizado de acordo com o Método *Delphi*, sendo baseado nos objetivos da RC. Com a Proposta de Imagem-objetivo para avaliação da RC em nível Macrorregional (Apêndice B), ocorreu entre os meses de março até o dia 11 de abril de 2018. Foi enviado aos “*experts*” por forma presencial ou por mensagem individual, via correio eletrônico, incluindo o TCLE para assinatura prévia, e texto explicativo contendo os objetivos e a metodologia de construção do consenso pelo Método *Delphi* Ajustado, além de instruções de preenchimento dos instrumentos de pesquisa.

A Conferência de Consenso ocorreu no dia 16 de abril de 2018, na sede da VI Geres (Apêndice C). Logo em seguida, foi apresentado o Questionário de Avaliação da RC, contendo a Matriz para Avaliação do Grau de Implantação de Fundamentos da RC, pelo Método *Delphi*. Baseada nos Objetivos da RC. Com a Proposta para avaliação da Rede Cegonha em nível Macrorregional; com TCLE e contendo texto e instruções semelhantes aos citados acima.

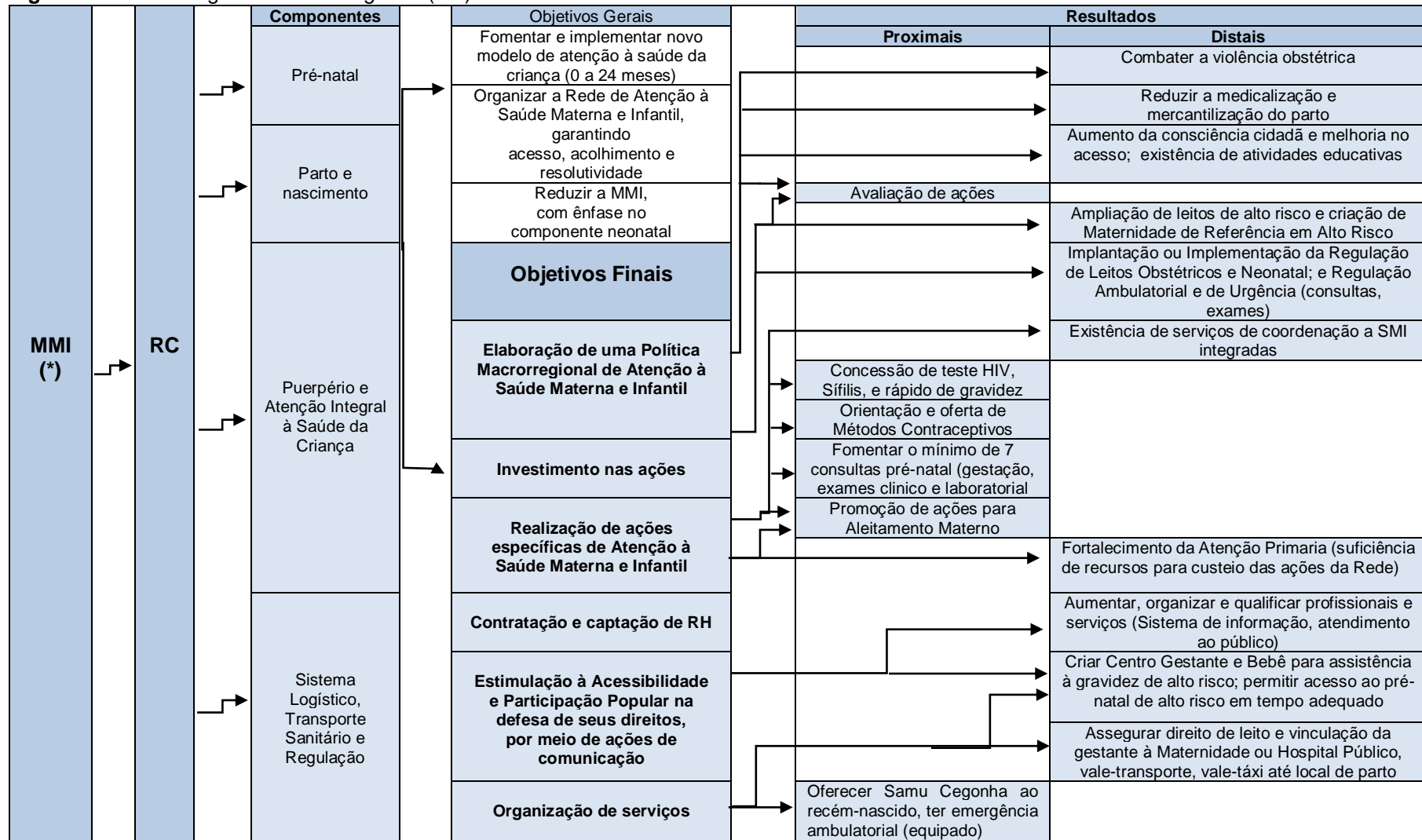
5.5.4. Construção do Modelo Lógico

Inicialmente, houve uma mobilização com os atores-chave (especialistas - juízes) inseridos no contexto da RC na III Macrorregional de Saúde, com a finalidade de fomentar a gestão democrática e participativa; promover alinhamento político-institucional e conceitual das diretrizes para formular, implementar e monitorar a RC, culminando com a construção do Modelo Lógico (ML) para avaliação dos resultados alcançados através da implantação do Programa.

A elaboração do ML teve início com a pesquisa e leitura de documentos relacionados ao objeto e a partir de dispositivos – publicações do MS e da SES-PE, tais como: Lei complementar, Decretos, Portarias. E também de outras instituições (Conass e Cosems), como: Nota Técnica (NT) e Resolução (Resol.). Foi construído com o propósito de mostrar o desenho das ações do Programa RC e seus principais componentes. É um sistema hipotético-dedutivo que direciona a uma Imagem-objetivo, que é a representação conceitual esquemática de algo ou situação real ou supostamente como deveria ser. Representada por símbolos ou diagramas, é imprescindível para a descrição das ideias, dos enunciados que compõem a teoria específica (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013).

O ML, apresentado na Figura 3, corresponde à definição de uma “imagem-objetivo” da RC, funcionando como referência para apreciação do Grau de Implantação (GI) do Programa, quer seja da operacionalização dos processos, quer do alcance dos objetivos pretendidos. Foi embasado na triangulação investigativa, com a associação de instrumentos de pesquisa qualitativos (FLICK, 2004; JANUZZI, 2011) e utilizado como profícua ferramenta para representar, sistemática e visualmente, a RC, seus componentes, objetivos finais, e resultados proximais e distais. Mostrando, de maneira racional, o sequenciamento de passos e relações que focam os efeitos esperados desse Programa (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; HARTZ, SILVA, 2005; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013). Com a finalidade, também, de validar a Proposta de Imagem-objetivo para avaliação da RC em nível Macrorregional (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010), preconizada pelo autor, para então ser aplicado o Método Delphi Ajustado, de consenso entre especialistas.

Figura 3 - Modelo Lógico da Rede Cegonha (RC)



Fonte: O autor baseado na Portaria MS, nº 1.459/2011.

Nota: Causa: (*) Mortalidade Materna e Infantil.

5.6 Plano de análise

Este item decorre sobre análise dos documentos, análise das entrevistas semiestruturadas, e sobre o Método *Delphi* Ajustado.

5.6.1 Análise dos documentos

A análise documental procurou evidências relacionadas à implantação e implementação do RC e o discurso oficial a respeito de sua dinâmica de desenvolvimento. Nesta análise, objetivou-se identificar as estruturas importantes e ideias centrais relacionadas ao Programa RC (BARDIN, 2009; MINAYO, 2010), o que possibilitou a construção inicial do modelo lógico e, posteriormente, a categorização das dimensões de governança.

Optou-se por categorizar as informações coletadas, no que diz respeito à governança, a partir de adaptação das dimensões estabelecidas por Santos (2013) e Silveira Filho *et al.*, (2016), na matriz para análise da governança em rede regionalizada de saúde. Assim, foi elaborada a Matriz para Análise da Dimensão Governança em Rede Regionalizada de Saúde relacionada à RC (Quadro 5), nos níveis político-institucional e organizacional, com subdimensões e respectivos indicadores para construção dos Roteiros de Entrevista e Observação.

Os dados compilados foram classificados a partir das quatro Dimensões da Matriz de Análise quanto ao nível Macrorregional de Saúde: 1) Dinâmica da Governança Regional Interfederativa; 2) Relações Interfederativas; 3) Alocações de Recursos; 4) Sistema de Logística.

No primeiro momento da análise, os dados foram organizados com o material coletado do diário de campo, pautas e atas das CIRs das três Geres. Num segundo momento, esse material foi classificado, as pautas e atas foram minuciosamente vistas, sendo selecionadas as partes com estruturas importantes e ideias centrais relacionadas ao Programa RC; então, foram compiladas e classificadas a partir das dimensões da Matriz de Análise.

Por conseguinte, foi feita a comparação dessas estruturas, e depois a verificação dos variados dados das dimensões da Matriz para Análise. Finalmente, os resultados foram observados através das ações em CIRs relacionadas à RAS Materno-infantil, quanto à Dimensão Governança, com foco na RC.

Quadro 5 - Matriz para Análise da Dimensão Governança nas CIRs em Rede Regionalizada de Saúde relacionada à Rede Cegonha

Componentes da Governança	Nível político-institucional	Nível Organizacional
Subdimensão	Crítérios / Indicadores	Crítérios / Indicadores
Dinâmica da Governança Regional Interfederativa em 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 contribuições dos mesmos no planejamento, regulação, e qualidade da otimização da atuação no processo de pactuação.
		Forma de interrelação da Gerência Regional de Saúde nas CIRs para fortalecimento da RC.
		Definição da agenda que será discutida na CIR. Influência do ator social que propôs a discussão.
		Potencial de efetivação das negociações ocorridas na CIR para condução da RC. Como o Coap é abordado visando formalizar os 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.
		Estruturação da RC nas VI, X e XI Geres, como acordo interfederativo entre municípios. As fragilidades e potencialidades. Próximas etapas e fortalecimento para efetivação da RC.
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 fortemente conflitante na CIR. O ator articulador e negociador entre gestores. Posicionamento dos Gestores Municipais de Saúde (GMSs) no processo decisório do colegiado. Objetos de negociações em que as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) têm maior e menor domínio em CIR.
		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 de alternativas loco-regionais para aprimorar cooperação interfederativa entre municípios para fortalecer regionalização e resposta social do colegiado.
		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) para financiamento, alocação de recursos e incentivo para a RC.	Diante da contínua diminuição de financiamento para a Saúde pela União como colegiado. Alternativas loco-regionais para aprimoramento dos investimentos visando continuidade da Atenção à Saúde Materno-infantil (tendo em vista forte movimento de 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 no 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; 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 Macrorregional, com a finalidade de operacionalizar a estrutura da RC.

Fonte: Adaptado de Santos (2013) e Silveira Filho *et al.* (2016).

5.6.2 Análise das entrevistas semiestruturadas

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, utilizado para discursos diversificados. Segundo Bardin (2009), a multiplicidade das técnicas usadas nessa metodologia de análise se aplica a todos os cinco domínios utilizados nos roteiros das entrevistas semiestruturadas (Apêndice A).

Nesta pesquisa, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo denominada Condensação de Significados, proposta por Kvale e Brinkmann (2009). A estratégia objetiva a abreviação dos significados encontrados nas entrevistas, procurando um formato sintético, contudo, sem perder sua essência.

Então, optou-se pela vertente, Análise de Conteúdo Convencional (HSIEH; SHANNON, 2005). Segundo Kondracki e Wellamn (2002), este tipo de formato geralmente é adequado quando a teoria existente ou literatura de pesquisa sobre um determinado fenômeno tem parâmetros limitados. E evita o uso de categorias pré-concebidas, possibilitando que novas categorias fluam a partir dos dados; permite também que se aprofunde os dados para conseguir novos conhecimentos (KONDRACKI; WELLMAN, 2002), descritos como desenvolvimento de categoria indutiva (MAYRING, 2000). Vários métodos qualitativos compartilham essa abordagem inicial para estudar análise e *design*.

A vantagem da abordagem convencional da análise de conteúdo é obter informações diretas dos participantes do estudo, sem estabelecer categorias pré-concebidas ou perspectivas teóricas. O objetivo de uma abordagem direcionada à análise de conteúdo é validar ou ampliar conceitualmente uma teoria ou estrutura (HSIEH; SHANNON, 2005). Essa teoria pode auxiliar a focalizar de maneira incidente a questão desta pesquisa.

Dessa maneira, todas as entrevistas foram transcritas literalmente. E, em seguida, lidas de forma integral, juntamente com a escuta da gravação, para identificação de erros ou problemas, além de compreender o sentido do todo.

Posteriormente, os dados foram organizados e concatenados, conforme estão expressos no Quadro 6. Cada questão da entrevista foi analisada de acordo com o modelo descrito: na coluna da esquerda foram sequenciadas as “Unidades Naturais” das falas, os extratos condensados de fala que explicitam as ideias centrais

dos entrevistados. Na coluna da direita foram identificados os “Temas Centrais” contidos nas falas. No final, foi realizada uma descrição de alta importância da questão de pesquisa.

Quadro 6 - Síntese das perguntas e condensação de significados

Condensação de Significados - Entrevistado X - Pergunta Condutora X	
Unidades Naturais (da Entrevista)	Temas Centrais
[...] depois que foi feito o regimento, tem influenciado mais positivamente que negativamente, principalmente nos últimos meses, segue horários e pautas... e sempre tem quórum. Porque é mais um instrumento de gestão para o SUS.	Domínio I - Dinâmica da governança interfederativa no contexto da Região de Saúde. - A forma pelo qual a reunião da CIR tem sido organizada, quanto a horários, pautas, coordenação da reunião, tem influenciado positivamente ou negativamente no processo de pactuação entre os gestores?
Descrições essenciais para responder à pergunta condutora: Ainda que tenham sido criados mecanismos operacionais e políticos para a governança regional, as Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e os Grupos Condutores da RC (GCRCs) Estaduais e Municipais têm sua operacionalidade limitada, comprometendo a estratégia de regionalização.	

Fonte: O autor a partir de Kvale e Brinkmann (2009).

A análise da condensação de significados (Quadro 6) foi realizada a partir de uma leitura geral do material transcrito das entrevistas; os dados foram concatenados (ordenados e organizados) (MINAYO, 2004), juntamente com o material coletado nas observações (FLICK, 2009). O material transcrito foi examinado e classificado (MINAYO, 2004); os fragmentos com fundamentos mais importantes e centrais (núcleo de sentido) foram escolhidos, agrupados e categorizados com alicerce nas subdimensões da “Matriz para Análise, no Quadro 5” que embasou a investigação. Após os argumentos dos indivíduos serem averiguados, partiu-se para relacionar os diferentes discursos e as posições desses especialistas que compõem a gestão regional, e suas inter-relações com a RC, a fim de fortalecer a Governança Regional na III Macrorregional de Saúde.

Para a análise final dos dados (MINAYO, 2004) foi feito o entrecruzamento das diversas informações coletadas (FLICK, 2004), complementado com as pautas e atas das CIRs, GCRCs e CTs de todas as Geres, que abordavam o tema Rede Cegonha, detectando as convergências e divergências, complementaridades e diferenças, articulando-se com o referencial teórico para uma melhor compreensão crítica e analítica do foco da pesquisa.

Foi utilizada como referência a Matriz (Quadro 5 - Matriz para Análise da Dimensão Governança em Rede Regionalizada de Saúde relacionada à RC), apresentada anteriormente. Foram usados dois níveis contextuais:

- a) O nível político-institucional foi apresentado pela estrutura legal, através das estratégias governamentais para fortalecimento da Governança Regional e o aperfeiçoamento do Programa RC; governamentais/Institucionais pelos entes federados (União, Estados e Municípios) para fortalecimento da Governança Regional; e, para Financiamento, Alocação de recursos e incentivos para a RC. Através de propostas e intencionalidades das ações dos indivíduos para implementação da RC em nível macrorregional.
- b) O nível organizacional abrange uma perspectiva operativa nos espaços onde acontecem os acordos interfederativos entre os gestores dos entes federados nas regionais de saúde, proporcionando ações e intervenções dos variados indivíduos que conformam, articulam e direcionam uma congruência para a gestão, monitoramento e avaliação da RC.

Finalmente, das análises surgiram quatro subdimensões para configurar os resultados e a discussão:

- a) Dinâmica da Governança interfederativa. Organização e regularidade das CIRs: condução dos sujeitos para a RC, fragilidades e potencialidades;
- b) Caracterização das relações interfederativas nas CIRs: fatores facilitadores de negociações e alternativas para fortalecer a regionalização;
- c) Alocação de Recursos. Implicações do financiamento do SUS para a RC: alternativas loco-regionais, implementação, monitoramento e avaliação, pelas CIRs.
- d) Sistema de Logística no Contexto Macrorregional de Saúde, com estratégias para operacionalizar a logística da RC.

5.6.3 O Método *Delphi* Ajustado

O Método de Consenso *Delphi* constitui um processo estruturado em rodadas de consultas a *experts*, com a finalidade de obter opinião qualificada e coletiva em relação a determinados pontos, até chegar a um consenso (GURGEL JÚNIOR, 2008; PESSOA; NORO, 2015).

Para tanto, aplicou-se o Método *Delphi* de forma ajustada; então, foi feita a seleção e participaram treze indivíduos especialistas “juízes” de forma interativa, alicerçada em *feedback*, de rodadas de respostas, de acordo com critérios definidos (BLOOR *et al.*, 2014; GURGEL JÚNIOR, 2008; PEREIRA; ALVIN, 2015).

Em um primeiro momento *Delphi*, foi elaborado um ML para a RC, com os especialistas selecionados, para mostrar o desenho das ações do Programa e seus principais componentes, podendo-se verificar se este está estruturado para alcançar o resultado desejado (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013).

No segundo momento *Delphi*, baseado no ML, por consenso dos especialistas foi elaborada e validada a Matriz *Delphi* de Concordância com a Proposta da Imagem-objetivo da RC, contida no 1º Questionário (Apêndice B).

Essa Matriz foi composta por seis 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 o uso do Método *Delphi* (BLOOR *et al.* 2014; GURGEL JÚNIOR, 2008, PEREIRA; ALVIM, 2015), (Quadro 7).

Decidiu-se pela adequação denominada Método *Delphi* Ajustado, que se alicerça na inclusão de, pelo menos, uma rodada de discussão presencial entre os especialistas (BOULKEDID *et al.*, 2011; FONSÊCA; JUNQUEIRA, 2014; PESSÔA; NORO, 2015; VADÉS; MARÍN, 2013), através da combinação e aplicação da Técnica de Conferência de Consenso (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005), para, em um terceiro momento *Delphi*, avaliar o Grau de Implantação (GI) do Programa RC na III Macrorregional de Saúde.

Os critérios metodológicos mostram que a quantidade de integrantes para realização do Consenso *Delphi* é relativa; porém, recomendam-se sete especialistas, no mínimo, levando em consideração que o erro de consenso diminui de forma considerável a cada especialista adicionado (VADÉS; MARÍN, 2013). Em um Grupo *Delphi*, o mais importante é o equilíbrio das participações, em vez do tamanho, representado pela miríade de pontos de vista, *expertises* e interesses no contexto (BLOOR *et al.*, 2014). Estudos mostram que, entre 10 e 18 especialistas é o quantitativo mais adequado para desenvolver o Método (BOULKEDID *et al.*, 2011; PESSÔA; NORO, 2015; VADÉS; MARÍN, 2013). A experiência com esse Método sugere cautela ao convidar mais membros em relação ao previsto, pois podem

acontecer desistências (BOULKEDID *et al.*, 2011; VADÉS; MARÍN, 2013). A Matriz *Delphi* de Concordância (Quadro 7) foi submetida a um grupo selecionado de 13 especialistas (juízes).

Quadro 7 – Matriz *Delphi* de Concordância com Proposta de Imagem-objetivo para avaliação do Programa Rede Cegonha em Nível 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 para 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 para condução da RC.	0 a 10
	5. Ter utilizado informações estratégicas no processo de planejamento e estruturação da RC, para 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
(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 ou 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 locais para o aprimoramento dos investimentos visando a continuidade das ações da RC.	0 a 10
(c) Realização de ações específicas na Atenção à Saúde Maternoinfantil	1. Haver serviços de coordenação à saúde maternoinfantil integradas.	0 a 10
	2. Conformidade da RC com o que propõe a Port. n.º 1.459/11 (MS).	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, enfermeiros, 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, para assistência à 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 determinada maternidade ou hospital público, vale-transporte, vale-táxi até o local de parto.	0 a 10
	2. Ter oferecimento Samu Cegonha ao recém-nascido que necessita de emergência ambulatorial (Equipado).	0 a 10

Fonte: O Autor.

Ainda, nesse segundo momento *Delphi*, os especialistas receberam, em mensagem individual, por correio eletrônico ou presencial – um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com texto explicativo sobre os objetivos do estudo e forma de construção do ML para o consenso pelo Método *Delphi* Ajustado (BOULKEDID *et al.*, 2011; FONSÊCA; JUNQUEIRA, 2014; PESSÔA; NORO, 2015; VADÉS; MARÍN, 2013), contendo o 1º questionário com a Matriz *Delphi* de Concordância e a Proposta de Imagem-objetivo (Apêndice B), citado anteriormente, – 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.

E, no terceiro momento *Delphi*, essa Matriz foi usada como instrumento de avaliação do Grau de Implantação (GI) do Programa, entre os especialistas, no âmbito macrorregional no SUS. Esse instrumento é válido para o desenvolvimento de avaliação normativa de programas de saúde (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; JANUZZI, 2011).

Após recebimento das 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 (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005): (a) $M < 7$ = pouco importante; (b) $M \geq 7$ e < 9 = importante; e, (c) $M \geq 7$ = muito importante. Quanto ao grau de consenso: (a) $DP \leq 1$ = fundamento em consenso; (b) $DP > 1$ e < 3 = dissenso; e, (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 nível macrorregional; (b) com DP inferior a 3, seria considerado consensual; caso fosse classificado importante, deveria ser incluído na Imagem-objetivo; e (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, porque não seria consensual.

Depois da Conferência de Consenso *Delphi* Ajustada – que se realizou em espaço público na Sede da VI Gerência Regional de Saúde (Geres) –, iniciou-se o terceiro momento *Delphi*, quando os especialistas receberam, em mensagem individual e presencial, o 2º Questionário contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), e um texto explicativo, que apresentava os objetivos do estudo, além da forma de construção da Matriz *Delphi* de Concordância e a proposta de Imagem-objetivo utilizada como instrumento de avaliação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; JANUZZI, 2011) do Grau de Implantação (GI) do Programa RC, atribuindo-se notas de 0 a 10 sobre a Matriz de Avaliação da RC (ALVES *et al.*, 2010). O zero corresponderia à não implantação total, e o dez indicaria a máxima implantação do fundamento. Destinou-se espaço para comentários, caso a nota fosse zero. Foram calculadas as médias aritméticas (M), para avaliar o GI das dimensões e dos fundamentos apresentados.

O julgamento foi feito de acordo com o valor atribuído, sendo utilizada a divisão por estratos para orientar a realização da síntese e a emissão de avaliação. Não houve necessidade de atribuir pesos aos fundamentos porque, de acordo com o nível de concordância, todos foram considerados muito importantes. A observação do GI da RC foi obtida por meio da M, a partir do somatório do valor atribuído individualmente, pelos especialistas, ao grau de avaliação para cada Dimensão e Fundamento, respectivamente, e divisão pelo quantitativo de participantes dessa 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; e, por fim, abaixo de 5,00 pontos - considerado como Crítico.

O modelo utilizado para o método foi o avaliativo, desenvolvido por meio da avaliação normativa. Conforme Contrandiopoulus *et al.* (1997), avaliar consiste fundamentalmente em realizar um julgamento de valor a respeito de uma determinada intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa).

A pesquisa de avaliação tem como objetivo principal ou prioritário a produção de conhecimento, reconhecido como tal pela comunidade científica, conhecimento este que constituirá um fator orientador de decisão quando forem colocadas questões

como viabilidade, disponibilidade de tempo e de recursos e demandas externas à pesquisa (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Esse método respondeu à necessidade da avaliação em rede de serviços regionais, alicerçada na opinião dos especialistas, e coerente com a complexidade do objeto não estruturado, porque avaliou o processo de implantação e as relações institucionais no SUS em nível regional.

5.7 Considerações éticas

Este estudo faz parte de pesquisa financiada pelo Projeto Facepe/Proep nº 19/2015, com o título de “Redes Assistenciais Integradas e Sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG - SUS)”. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Fiocruz – PE, em 14/06/2016, sob Caae nº 50906915.0.0000.5190/2016 – Conep, conforme a Resolução nº 466/12, do CNS. Com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico para a Tese (Apêndice D); e Declaração de Vinculação de Recorte da Pesquisa (Apêndice E).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste Capítulo, os Resultados e a Discussão serão apresentados de acordo com a ordem dos três objetivos específicos: Inicialmente, referente ao primeiro (também consta no Apêndice F); e, em seguida, alusivos aos dois últimos.

6.1 Avaliação da implantação do Programa Rede Cegonha em nível da III Macrorregional de Saúde

A conformação preconizada da Avaliação da Proposta de Imagem-objetivo e do Grau de Implantação (GI) do Programa RC possibilitou aperfeiçoar a estruturação e percepção dos componentes, para avaliação dos fundamentos envolvidos e dos possíveis nexos entre eles, a partir da construção do ML.

Para chegar a este resultado, foi necessária a criação de um ML, através do qual é possível configurar um sistema hipotético-dedutivo concernente a um objeto-modelo, que é a representação conceitual esquemática de uma coisa ou situação real ou suposta como tal. E pode ser utilizado na composição de trabalhos de avaliação (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013). Então, configurou-se um ML para a RC, uma representação gráfica do Programa RC, que demonstrou ser uma profícua ferramenta de gestão para este estudo. E, na proporção em que novos fundamentos forem sendo incorporados, será importante dinamizá-lo.

A imagem-objetivo é transitória, deve ser considerada uma situação para um tempo futuro e que marca o direcionamento das estratégias que devem ser implantadas (FERRARO; COSTA; SILVA, 2009). Portanto, a configuração da Imagem-objetivo preconizada para a RC possibilitou melhor estruturação e percepção dos componentes para avaliação dos fundamentos envolvidos e dos possíveis nexos entre esses, norteando a composição de proposta da Matriz de Consenso para o Programa RC.

Tal configuração norteou a composição de proposta Matriz *Delphi* de Concordância com Proposta de Imagem-objetivo para avaliação da RC em nível Macrorregional (vista anteriormente no Quadro 7), encaminhada aos especialistas (juízes), que emitiram dois julgamentos, o do nível de concordância com as dimensões que compuseram a Imagem-objetivo elaborada pelo autor, e do GI de seus fundamentos, conforme essas dimensões. Conceituou-se a correlação do fundamento

com a dimensão à qual está associado. Não houve necessidade de nenhuma inclusão ou exclusão de fundamentos, não mostrando, assim, a precisão de remodelações; contudo, proporcionou a aferição do aumento dos consensos, bem como a possível redução dos dissensos.

A avaliação do GI do Programa RC foi configurada mediante pontuação conferida pelos 13 especialistas (juízes), para cada fundamento da Matriz de Consenso e, depois da aferição, todos os 20 fundamentos selecionados das seis Dimensões foram validados, quanto ao Nível de Concordância, como Muito Importantes. Em relação ao Fundamento (a6), que obteve $DP > 1$; mas, como sua média (M) foi 9,46, decidiu-se que seu nível de concordância seria classificado como Muito Importante, o que foi considerado consensual e incluído na Imagem-objetivo.

Os resultados são mostrados na Tabela 1, com Dimensões e Fundamentos sugeridos na Matriz *Delphi*, a Média (M), o respectivo Desvio-padrão (DP), o nível de concordância e o respectivo Grau de Implantação (GI).

Ao ser analisado o GI do Programa RC em suas seis Dimensões (direcionadas pelos objetivos finais do ML), verificou-se que: - uma (d) apresentou Nível Satisfatório; - quatro (a, b, c, e) mostraram Nível insatisfatório; e, - uma (f), mostrou Nível Crítico.

Quanto aos vinte 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); e dois apresentaram Nível Crítico (b4, f2).

A avaliação do GI do programa RC na III Macrorregional de Saúde de PE foi obtida pelo somatório das médias dos Fundamentos das Dimensões, dividido pela sua quantidade, cujo cálculo resultou em média igual a 6,09 (ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019). Concluiu-se que a RC está classificada com Nível Insatisfatório, corroborando com o julgamento de consenso dos especialistas.

É imprescindível ter sempre em mente que os possíveis resultados de uma avaliação, mesmo diante de sua relevância, envolvem variáveis de naturezas distintas, que podem ser utilizadas em diferentes contextos, como o político, o econômico, o social e o profissional, que vão causar impactos, tanto ou mais que os aspectos técnicos informados (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). Então, procurou-se entender a situação, inicialmente partindo do contexto de que a RC constituía um Programa complexo. Além disso, nunca tinha sido feita uma avaliação deste Programa, em nível macrorregional, em PE. Daí a pertinência ou mesmo a necessidade desta intervenção.

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

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
(a) Política e Legislação Macrorregional	-	-	Muito importante	6,77	Insatisfatório
a1 – Existir instrumento legal p/ potencializar a realização das negociações em CIR, para efetivação da RC	10,0	0,0	Muito importante	6,85	Insatisfatório
a2 - Existir política alusiva à consciência cidadã para atividades educativas.	9,62	0,8	Muito importante	5,69	Insatisfatório
a3 - Existir um plano de ações da Rede Cegonha	9,85	0,4	Muito importante	8,46	Satisfatório
a4 - Ter efetivação de negociações ocorridas na CIR para condução da RC	9,70	0,6	Muito importante	6,54	Insatisfatório
a5 - Ter utilizado informações estratégicas no processo de planejamento e estruturação da RC, para pactuações em CIR	9,70	0,8	Muito importante	7,38	Satisfatório
a6 - Ter acordo interfederativo entre os municípios para alcançar objetivos propostos em fortalecer a integralidade no contexto RC	9,46	1,1	Muito importante	6,92	Insatisfatório
a7 - Haver novas etapas para fortalecer a capacidade de efetivação da RC, no atual contexto do sistema de governança regional	9,38	0,8	Muito importante	5,54	Insatisfatório
(b) Investimento nas ações	9,93	-	Muito importante	5,48	Insatisfatório
b1 - Ter ampliação de leitos de alto risco e criação de maternidade de referência de alto risco	9,92	0,3	Muito importante	5,23	Insatisfatório
b2 - Ter implantação ou implementação de regulação leitos obstétricos neonatal, regulação ambulatorial e de urgência, consultas e exames	9,85	0,4	Muito importante	6,31	Insatisfatório
b3 - Ter uma avaliação das ações da RC	9,62	0,7	Muito importante	5,46	Insatisfatório
b4 - Ter alternativas locais para o aprimoramento dos investimentos visando a continuidade das ações da RC	9,62	0,9	Muito importante	4,92	Crítico
(c) Realização de ações específicas na Atenção à Saúde Maternoinfantil	-	-	Muito importante	6,15	Insatisfatório
c1 - Haver serviços de coordenação à saúde maternoinfantil integradas	9,54	0,7	Muito importante	6,85	Insatisfatório
c2 - Conformidade da RC com o que propõe a Port. n.º 1.459/11 (MS).	9,77	0,6	Muito importante	6,15	Insatisfatório
c3 - Existir fortalecimento da atenção primária (suficiência de recursos p/ custeio das ações RC).	9,62	0,9	Muito importante	5,46	Insatisfatório
(d) Contratação e Captação de Recursos Humanos (RH)	-	-	Muito importante	7,23	Satisfatório
d1 - Existir aumento, organização e qualificação profissional e de serviços (sistema de informação e atendimento ao público).	9,70	0,6	Muito importante	7,08	Satisfatório
d2 - Ter equipe técnica que atenda necessidades (médicos, enfermeiros, entre outros).	9,54	0,7	Muito importante	7,38	Satisfatório
(e) Estimulação à acessibilidade e participação da população na defesa de seus direitos mediante ações de comunicação	-	-	Muito importante	5,65	Insatisfatório
e1 - Dispor de centros de gestantes e bebê, para assistência à gravidez e permissão ao acesso ao pré-natal de alto risco em tempo adequado	9,92	0,3	Muito importante	5,15	Insatisfatório
e2 - Existir comunicação entre colegiados e população quanto à condução da Rede Cegonha	9,46	0,7	Muito importante	6,15	Insatisfatório
(f) Organização de serviços	-	-	Muito importante	4,11	Crítico
f1 - Haver garantia do direito de leito e de vinculação da gestante a determinada maternidade ou hospital público, vale-transporte, vale-táxi até o local de parto	9,54	0,9	Muito importante	5,46	Insatisfatório
f2 - Oferecer Samu Cegonha ao recém-nascido que necessita emergência ambulatorial (Equipado)	9,77	0,4	Muito importante	2,77	Crítico
Grau de Implantação Total por Fundamento da RC em Nível III Macrorregional				6,09	Insatisfatório

Fonte: O Autor.

O Programa RC foi implantado em 2011, uma iniciativa política intergovernamental para enfrentar problemas de saúde do segmento materno-infantil em todo o Brasil, com padrão inovador, baseado em ações não verticalizadas para execução em rede de serviços públicos (ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019; CAVALCANTI *et al.*, 2013). Diante de sua importância, em todo o país, é o único programa denominado, configurado e com o conceito de Rede. E, com tudo isso, ainda não se encontra operacionalizado na III Macrorregião de Saúde.

A metodologia, alicerçada em Imagem-objetivo para avaliação da RC em nível Macrorregional e aplicado na Conferência de Consenso com especialistas (juizes), através do Método *Delphi* Ajustado (ALVES *et al.*, 2010; GURGEL JÚNIOR, 2008; PESSOA; NORO, 2015), preenche uma lacuna do saber nessa perspectiva do julgamento de pares visando avaliação da RC. Os instrumentos usados se mostraram adequados à situação complexa, quando problemas não estruturados, relacionados aos programas intergovernamentais em rede de serviços, podem ser melhor avaliados por *experts*. O Método *Delphi* Ajustado transpôs obstáculos da avaliação normativa baseados apenas na utilização do Modelo Lógico tradicional.

O conceito do GI diz respeito à operacionalização adequada de uma intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Nesse parâmetro, a RC na III Macrorregião de Saúde em PE foi avaliada por pares e apresentou GI insatisfatório na perspectiva de *experts* selecionados. O modelo de avaliação utilizado mostra vantagens ao ser aplicado nesse tipo de estudo, porque a opinião estruturada de especialistas (juizes) é potencialmente uma das melhores maneiras de avaliação de situações complexas que abordam múltiplos níveis de tomada de decisão, e execução de ações em rede de serviços intergovernamentais. Foram verificadas as Dimensões e os Fundamentos relacionados pelo ML associados à possível redução das MI e MM.

A avaliação dos *experts* (juizes) mostra que a articulação política da rede de serviços é um ponto de enorme fragilidade no processo de implantação da RC, em nível macrorregional, quando associada aos parâmetros analisados. Embora haja um instrumento legal para potencializar a efetivação das negociações na CIR (CUNHA, 2017) e a implementação da RC (BRASIL, 2011b), é imprescindível elevar a capacidade de articulação da rede, pois não há uma política regional que priorize essas questões na CIR, mas se observa escassez de negociações para a operacionalização da RC.

Embora com as atuais atribuições delegadas a comitês e a mobilização regional relacionados ao Programa RC (SANTOS, 2013), as informações estratégicas disponíveis não são utilizadas no seu processo de planejamento e estruturação pactuada, e não surgem discussões, objetivando a formalização de acordos interfederativos entre os municípios, para alcançar os objetivos propostos visando fortalecer a integralidade no contexto da RC.

Foram mínimas as iniciativas desenvolvidas objetivando o fortalecimento da RC na III Macrorregional de Saúde, e para agregar as instituições estratégicas. Dentre as articulações (LEAL, 2018), veem-se as realizadas de maneira incipiente entre as gestões estaduais e municipais - Gerências Regionais de Saúde (Geres) e Secretarias Municipais de Saúde -, para implantação e implementação da rede de forma articulada.

Evidências nesse contexto podem ser observadas com a aplicação da Matriz de Consenso. Não se verificam novos investimentos em ações (ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019; BRASIL, 2010a) relacionadas à implantação de uma rede resolutiveira nessa macrorregião de saúde para a RC, em virtude que não houve a ampliação de leitos de alto risco e nem criação de maternidade de referência de alto risco. Da mesma forma, não foram implantadas centrais de regulação de leitos neonatal e obstétricos, a regulação ambulatorial e de urgência, consultas e exames. Devido a não ocorrência de monitoramento das ações para correção dos problemas relacionados ao programa, não se observam alternativas locais para o aprimoramento dos investimentos, o que proporcionaria ampliação das ações da RC diferente do que se tem se visto em relação à sua redução.

Quanto à realização de ações específicas na atenção à saúde materno-infantil é insatisfatória, ratificando que, para a RC responder de forma plena ao quadro observado nessa área, deve abordar o problema da implantação da integralidade como princípio estruturante (ARRUDA *et al.*, 2015; SANTOS, 2013), diante da escassez de oferta de serviços mencionados. Existem serviços de coordenação à saúde Materno-infantil, mas estão apenas parcialmente integrados e não há conformidade do Programa RC com o que dispõe a Portaria nº 1.459/11, que necessita ser redesenhada com base no fortalecimento da atenção primária para gestão do cuidado.

Em relação à captação e contratação de recursos humanos na III Macrorregional de Saúde, mostra-se em condição satisfatória, e, mesmo diante do

concurso público realizado recentemente, ainda há uma carência de médicos obstetras. Apesar de ter equipe técnica (médicos, enfermeiros, e técnicos de enfermagem) que atende às necessidades da atenção básica, tal atendimento não se verifica especificamente para a RC. Atualmente, está havendo uma reorganização desse serviço (SANTOS, 2013). Apresentam-se melhorias no tocante à organização e qualificação de profissionais, e de serviços com sistema de informação e atendimento ao público.

Não ocorre o estímulo à participação da população na defesa de seus direitos sobre acessibilidade por meio de ações de comunicação, e ocorre uma comunicação de forma incipiente entre colegiados e população quanto à condução da RC. Nesse parâmetro, o GI dos fundamentos em perspectiva aponta para o aumento da vulnerabilidade das mulheres e crianças dessa população (OLIVEIRA *et al.*, 2014; RASELLA *et al.*, 2018).

É verificada a existência de uma desarticulação na organização de serviços (BISCARDE *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2014), e uma fragmentação das ações (ARRUDA *et al.*, 2015), que apresentam situação crítica. Não existe garantia da oferta de leito e vinculação das gestantes aos hospitais públicos de referência ou maternidades, vale-transporte, vale-táxi até o local de parto, refletindo nos indicadores de morbimortalidade, que curiosamente se deterioraram de forma pontual por complicações decorrentes da gravidez, do parto, puerpério, e assistência à criança, em que a região Nordeste (NE) sempre mostra historicamente uma concentração de taxas mais elevadas (CERON *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2014). Tal fato pode ser confirmado, porque a III Macrorregional de Saúde apresenta uma vasta área territorial no semiárido, fazendo fronteira com quatro Estados da Federação – Alagoas, Bahia, Ceará e Paraíba -, fica localizada distante da capital do Estado de Pernambuco (Recife). Ademais, não tem o serviço do oferecimento Samu Cegonha (equipado) ao recém-nascido que necessita de emergência ambulatorial, apresentando uma condição crítica, demonstrando de maneira explícita que há vulnerabilidade (MARTINELLI *et al.*, 2014; OLIVEIRA, *et al.*, 2014) nesse componente básico da Rede Cegonha.

6.2 Identificação das ações em CIRs, visando averiguar a dinâmica da Governança Regional no que tange à RC

Neste tópico, os achados serão discutidos de forma detalhada, à luz da literatura científica, procurando esclarecimento, comparando-os com os achados de outros autores. Os resultados aqui discutidos se referem ao processo de governança da III Macrorregião de Saúde, no que se refere à RC, onde estão inseridas três situações regionais distintas nas VI, X e XI Geres.

Em relação a identificar as ações das Comissões Intergestores Regionais quanto à RC, por meio da Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil, na III Macrorregional (VI, X e XI Geres), os resultados e com a respectiva discussão mostram que as atividades executadas referentes ao Planejamento, Implantação, Implementação, Alocação de Recursos dos pontos de relevância, bem como a Operacionalização dos Sistemas de Logística para fortalecimento da RC se apresentam comprometidas.

Foi também realizada análise para compreender o modelo vigente do processo de Governança Regional, no que tange à RC. Os resultados se referem aos dados consolidados das Pautas e Atas nos Colegiados (Apresentação e Pactuação), e associados aos dados condensados durante as entrevistas semi-estruturadas com os especialistas mostrados na Matriz para Análise da Dimensão Governança nas CIRs em Rede Regionalizada de Saúde relacionada à Rede Cegonha (Quadro 5).

Os resultados dos Quadros 8, 9, 10 e 11 demonstram as atividades executadas na III Macrorregional de Saúde, referentes às subdimensões:

- a) Dinâmica da Governança Regional;
- b) Relações Interfederativas;
- c) Alocação de Recursos;
- d) Operacionalização do Sistema de Logística.

Quanto aos pontos de relevância para fortalecer a RC, onde se mostra a consolidação dos temas apresentados e pactuados das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) analisadas.

No que concerne à Dinâmica da Governança Interfederativa em nível da III Macrorregional de Saúde, bem como os pontos de relevância do Programa RC, estão expressos no Quadro 8.

Quadro 8 – Atividades executadas da III Macrorregional de Saúde quanto à dinâmica da Governança Regional e aos pontos de relevância para a RC nas CIRs

Núcleo de Sentido (Dimensões)	Consolidado das Pautas e Atas CIR (Apresentação e pactuação) e Entrevistas Semiestruturadas
Dinâmica de Governança	Critérios
Organização e regularidade das Reuniões CIR. Definição da agenda do colegiado.	Observou-se que todas as CIRs são organizadas pelas CTs e ocorrem regularmente todos os meses; contudo, há alterações nas datas e às vezes acontecem duas reuniões no mesmo mês. Os membros estaduais frequentam e participam de forma assídua, porém, não os municipais. Existe ata de frequência nas reuniões. A demanda da agenda normalmente vem do nível central.
Presença e influência de Secretários/Gestores Municipais (GMSs) nas CIR	Sempre há participação dos GMSs para atingir quorum mínimo. Nenhuma vez ocorreu 100% de presença dos GMSs. Há maior influência dos GMSs dos três Municípios-sede de Geres nas reuniões.
Forma de inter-relação da Gerência Regional de Saúde nas CIRs para fortalecimento da RC.	Existe uma inter-relação de parceria e cooperação entre os entes regional e municipal. Há uma participação dos membros dos Grupos Condutores para implementação e fortalecimento da RC, mas, percebe-se pouca articulação nas discussões sobre o tema.
Definição da agenda que será discutida na CIR. Influência do ator social que propôs a discussão.	Quando o assunto apresentado é do interesse dos maiores municípios ou de todos, é rapidamente pactuado. Normalmente, quem propõe a discussão dos colegiados é o nível central da SES-PE.
Potencial de efetivação das negociações ocorridas na CIR para condução da RC. Como o Coap é abordado visando formalizar os acordos interfederativos.	Não há acordo interfederativo formalizado, porque o Coap não existe no Estado de Pernambuco. Atualmente, só está se limitando ao monitoramento dos indicadores de saúde.
O processo de planejamento de estruturação da RC, e a utilização das informações estratégicas para tomada de decisão na CIR	Observou-se que esse processo foi verticalizado, as estratégias eram atualizadas (perfil epidemiológico, capacidade instalada, dados demográficos), mas, o planejamento (que está dentro do Grupo Conductor) deve ser através do perfil municipal. Foi feito o regimento da Cies, que é menos participativa; percebe-se que a Câmara Técnica (CT) é mais atuante.
Comunicação entre colegiado e população quanto à condução da RC. Aspectos limitantes entre o diálogo e a prestação de contas	Não ocorre inter-relação do colegiado e a população para fortalecimento do Programa, por falta de <i>feedback</i> . E não ocorre prestação de contas em nível estadual, se limitando esse papel diretamente aos gestores municipais.
Estruturação da RC nas VI, X e XI Geres, e como acordo interfederativo entre municípios. As fragilidades e potencialidades. Próximas etapas e fortalecimento para efetivação da RC.	A RC não se apresenta implantada, mas está em conformidade com o que foi proposto na Portaria nº 1.459/11, pelo MS. Fragilidade: só tem três Hospitais Regionais de referência, um em cada município-sede, com Média (M) quantitativa de atendimentos obstétricos (Arcoverde – 8.000/mês; Afogados da Ingazeira - 1.500/mês; Serra Talhada, que se encontra em reforma – 7.000/mês). A estruturação é incipiente. Unidades municipais não referenciadas. Não existem novas etapas para fortalecer a RC.

Fonte: O Autor.

Tudo isso acontece, não obstante por ser a Governança Regional uma das partes da rede regionalizada, e haver um processo de participação e negociação com

pluralidade de interesses (público e privado), em um quadro institucional equilibrado, que mostra relações de cooperação entre governos, organizações e agentes, com elos e redes entre indivíduos e instituições (FLEURY; OUVÉNEY, 2007; MENDES, 2010; SANTOS, 2013; SANTOS, 2014). Mesmo as CIRs se apresentando como proficientes ferramentas de decisão colegiada no espaço regional e fóruns de discussão e construção de estratégias, para suprir essa lacuna na governança (SANTOS, 2013). Mostraram existir uma governança conflitiva. No que diz respeito à Dinâmica da Governança Interfederativa. Esta governança se define como um fenômeno ou uma categoria analítica. Em relação à estrutura organizacional da III Macrorregional de Saúde, verifica-se que não existe o cargo de Gestor Macrorregional. O que comprova que esta estrutura está acéfala para a tomada de decisão nesse nível.

Quanto à organização e regularidade das reuniões da CIR na III Macrorregional de Saúde. Os colegiados são constituídos 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 de todos os Secretários Municipais de Saúde (GMS), sob a jurisdição das respectivas Geres; portanto, na VI Geres: (um GR, um CRR, e 13 GMSs); X Geres: (um GR, um CRR, e 12 GMSs); na XI Geres: (um GR, um CRR, e 10 GMSs). Não obstante as reuniões CIRs, em todas as três Geres, serem frequentes (mensais), registradas e formalizadas, não são paritárias; então, são apenas informativas, sem espaços para pactuações sobre o Programa RC, mostram-se com pouca capacidade resolutiva, e são caracterizadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão, principalmente os GMSs e técnicos dos municípios de menor porte. As CIRs das três Geres limitam-se apenas às questões técnicas regionais e apresentam uma forte desarticulação política, tanto em nível regional como macrorregional.

Os colegiados das três Geres funcionam de forma independente, verificou-se que não há integração e não existem diferenças substanciais entre elas, pois, seguem o mesmo padrão quanto à dinâmica de governança, identificado através das CIRs e dos Comitês Técnicos Consultivos (CTs e GCRCs), em todas estas regionais. Possuem características operacionais semelhantes, demonstrada por uma verticalidade em apontar as prioridades sanitárias quanto aos temas definidos pelas Câmaras Técnicas (CT) para serem pactuados.

Esses recortes mostram isso.

[...] existe regularidade sim [...] atualmente não tenho dificuldade de organização (Ent. 1, NR).
 [...] geralmente a CT é quem define os temas uma semana antes da CIR (Ent. 6, NR).
 [...] refiz o regimento, mas essa demanda vem do nível central (Ent. 9, NR).
 [...] há regularidade das datas, mas, não muito de horários (Ent. 14, AMS).

Há a presença e influência de GMSs nas CIR, bem como mecanismos de incorporação das contribuições dos mesmos no planejamento, regulação e qualidade da otimização da atuação no processo de pactuação. Todos os especialistas concordam que existe um padrão semelhante de organização e regularidade nas três CIRs; e que as coordenações das reuniões têm influenciado positivamente em relação às contribuições dos GMSs. Contudo, existem muitas falhas na dinâmica da governança. O processo de pactuação nos espaços de governança, na III Macrorregional de Saúde, ocorre de forma conflitiva, incipiente, e sem base em evidências científicas. Fato que pode ser observado nas reuniões das CIRs das VI, X e XI Geres respectivamente, com as mesmas características, limitadas às questões técnicas regionais, que demonstram forte desarticulação política, tanto no nível regional como no macrorregional. Mesmo sendo registradas e formalizadas, são puramente informativas. Não há espaços para pactuações para a RC: a capacidade resolutiva é pequena, são caracterizadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão e resolutividade, o que provoca um vácuo na governança.

As falas a seguir corroboram o contexto vivido na macrorregional:

[...] quanto à governança eu não tenho como dizer [...], ela não está bem escrita [...] o problema é a disputa por espaço político (Ent. 5, JCT).
 [...] existe regularidade, mas depende da demanda e as discussões ainda são falhas (Ent. 12, CMS).
 [...] positivamente é claro, principalmente nos últimos meses [...] porque antes não atingia quórum [...] tinha muita evasão [...] (Ent. 13, BMS).

A CIR representa o grande momento da gestão pública, mas, observou-se que há uma governança conflitiva. Quanto aos GMSs dos municípios menores, ocorre um fato negativo: nem sempre se consegue o resultado esperado, devido à ausência e desinteresse dos GMSs dos menores municípios, porque não têm poder de decisão nos colegiados.

Os entrevistados confirmam isso:

[...] há influência na fala sim, principalmente, a do município maior, mas, o menor também recebe desafios diários (Ent. 7, HCT).

[...] a discussão ainda é muito falha [...] e não existe a figura do gestor macrorregional [...] precisa dar apoio aos GMS para criar um debate linear e progressivo (Ent. 14, AMS).

A definição da agenda a ser discutida na CIR surge da demanda das necessidades dos Gestores Municipais de Saúde (GMSs), então a construção da CIR é executada pelas CTs conforme o regimento. Quando o assunto apresentado é do interesse dos municípios-sede ou de todos, a pactuação é rápida. É uma agenda com falhas, porque é específica e não tem um caráter comum e permanente para apoiar todos os GMSs e promover um debate linear e progressivo, com o propósito de estruturar propostas e avanços. Os temas são separados, porém, alguns não são discutidos, pois, sofrem mais influências dos GMSs do que dos membros da CT; geralmente essa demanda vem do nível central. No que tange ao processo organizativo, que deveria operar para pleitear um alto nível de governança regional, expresso nos espaços das CIRs, competentes em construir expertises, reduzindo burocracias, há uma maior influência de interesses, mas, de forma sutil, dos GRs e dos GMSs dos municípios maiores na condução dos processos das deliberações. Falta a construção de uma agenda estruturada, comum e específica, que contemple todos os municípios.

Os pontos destacados pelos entrevistados reforçam estas questões:

[...] essa agenda é feita distante dos técnicos [...], mas, os temas são discutidos pela Câmara Técnica porque vem do nível central (Ent. 2, MCT).

[...] se a agenda é do interesse de todos, a pactuação é bem rápida (Ent. 12, CMS).

[...] precisa reformular a pauta sim porque, só assim irá cumprir o regimento (Ent. 13, BMS).

A conjuntura de negociações políticas para regionalizar as ações programáticas tem sido dificultada por razões estruturais, que impedem sua articulação dentro do processo de compartilhamento de recursos e responsabilidades, mesmo havendo instrumentos e mecanismos de pactuação, destacando-se o dispositivo de planejamento governamental Coap (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017; SANTOS; CAMPOS, 2015).

As CIRs são um espaço de pactuação “deliberação institucional” com conjuntura de governança locorregional; mas, nas três Geres não há autonomia para interceder nas políticas em nível da III macrorregional de saúde. Quanto aos temas relacionados à RC, não ocorre interferência na efetivação dos objetivos para

potencializar o processo das negociações em relação à condução da rede, sendo o Programa muito pouco abordado em colegiados. Embora haja instrumentos e mecanismos de pactuação, destacando-se o dispositivo de planejamento governamental, Coap, o mesmo não está implementado em Pernambuco, e não tem efetividade porque seu alicerce é apenas o monitoramento de indicadores de saúde. Além disso, esse dispositivo não tem sido discutido de forma concreta, de modo que pudesse formalizar acordos interfederativos.

As falas adiante reportam alguns desses pontos:

[...] o Coap não é discutido, [...] não está funcionando, só o Sispacto [...] o Coap só se utiliza de indicadores de saúde [...] em Pernambuco não tem Coap [...] só se discute indicadores antigos (Ent. 1, NR).
 [...] o Coap tem sua importância porque foi através deste que se montou os mapas de saúde (Ent. 2, MCT).
 [...] o Coap o Estado ainda não assinou [...] e não houve avanço (Ent. 10, CRC).
 [...] a RC está precisando de mudanças, antes de estar sendo discutida nas CIRs (Ent. 14, AMS).

A importância das CIRs e seu papel estratégico no processo de regionalização possibilitam identificar tipos específicos de governança (VIANA; LIMA, 2011). Com isso, se torna imperativo o surgimento de novas soluções colegiadas em CIRs. Em Pernambuco, atualmente, o caminho para aprimorar a implementação do modelo de gestão da Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil está em processo de mudança: dá ênfase e é direcionado para as Organizações de Serviços (OSs), em nível macrorregional. Então, se torna imprescindível retirar essa verticalidade do Programa e direcionar as configurações da RAS relacionando à RC, onde haja coerência de certas situações de saúde com sua estrutura operacional, conformando, de maneira transversal, os sistemas de governança regional, de atenção à saúde, de alocação de recursos, e de logísticas; levando em consideração o planejamento ascendente para viabilizar o segmento materno-infantil direcionado, especificamente, às necessidades e vulnerabilidades de cada uma das três Geres que compõem a III Macrorregião de Saúde.

Os gestores regionais e municipais dispõem de informações estratégicas. Contudo, elas são muito pouco utilizadas pelo GCRC nas tomadas de decisão em CIRs, para o processo de estruturação da RC, mesmo em se tratando deste Programa, fundamentado em ações não verticalizadas para efetivação em rede de serviços públicos. Essas informações são atualizadas e orientadas a um parâmetro regionalizado nas CIRs; surgem da demanda municipal, através do perfil

epidemiológico, aspectos demográficos e socioeconômicos, e da capacidade instalada de serviços de saúde. O processo de planejamento é mais direcionado ao GCRC; a participação das Comissões Estaduais Permanentes de Integração Ensino-Serviço (Cies's) é mínima e só ocorre quando é solicitada em pauta. As CTs são mais participativas, mas também não há integração entre estas câmaras, nas discussões.

Estes excertos reforçam essa constatação:

[...] as informações estratégicas são as mais atualizadas possíveis (Ent. 1, NR)

[...] a Cies precisa ser mais discutida nas reuniões [...] precisa se organizar para se tornar mais efetiva (Ent. 8, GRC).

[...] a RC não tem pauta fixa em CIR [...] e a Cies tem participação na CIR, só quando pede pauta (Ent. 9, FR).

Não se visualiza uma comunicação articulada entre os colegiados e a população, não há participação social, e, menos ainda, em relação à condução da RC; não há melhora no fluxo de informação; o que existe é uma ausência participativa e desinteresse por parte da população, proveniente da falta de um “*feedback*”, devido ao excesso de burocracia, o que demonstra a necessidade da construção de novas *expertises* para elevar o nível de governança nos espaços das CIRs. Para isso, seria necessário gerar uma mobilização da população, para exigir uma atuação condizente com os objetivos e propósitos desses órgãos. Uma mobilização e uma chamada à responsabilidade que deveriam ser compartilhadas pelo SUS. As entrevistas com os GMSs deixam clara esta situação. Observou-se que ocorre prestação de contas nas audiências públicas, por parte do Estado; quanto ao acesso, é limitado, e não há divulgação (publicidade), nem diálogo com a sociedade. Observa-se uma falta de interesse dos conselheiros municipais de saúde, que só participam das audiências públicas, e precisam se conscientizar de sua importância, para impor às autoridades sanitárias uma maior integralização dos serviços disponíveis nas três esferas de Governo. Por tudo isso, o processo de consolidação do controle social se apresenta de forma tão incipiente.

Os fragmentos, a seguir, corroboram e destacam o que foi explanado:

[...] no SUS como em todo serviço público existe um problema, é que falta marketing e merchandising (Ent. 4, KCT).

[...] veja só: a comunicação para a população deve se dar pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), [...] e, não sei com o CMS não pode ter cumprido o seu papel (Ent. 5, JCT).

[...] a Geres faz a prestação de contas, nas audiências públicas e os municípios também pelos CMS [...] mas falta os conselheiros municipais saberem da sua importância (Ent. 6, IR).

[...] não há diálogo com a população, [...] não há na Geres [...] e, nem nunca haverá diálogo com a população (Ent. 7, HCT).
 [...] nas Geres, só há esclarecimentos (Ent. 8, GRC).
 [...] quanto a participação social ainda estamos engatinhando (Ent. 9, FR).
 [...] o problema é que a CIR não é aberta a população, só se for convidado (Ent. 11, DCT).
 [...] as informações quanto ao acesso precisam ser divulgadas a população (Ent. 12, CMS).
 [...] não consigo visualizar a ligação dos colegiados com a população (Ent. 14, AMS).

Não obstante ter sido desenhada com padrão inovador, a situação é complexa em relação à estruturação da RC, diante do atual quadro sanitário inquietante, desde 2017 (ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019). O desenho proposto pelo MS aos Estados e municípios é unilateral. O acordo interfederativo entre municípios não tem alcançado os objetivos propostos em fortalecer a integralidade no contexto do Programa: os problemas são praticamente semelhantes nas três Geres. Isso porque a RC, embora formada, está fragmentada, não implantada nem implementada em relação à capacidade instalada. O maior desafio está na própria RC, que não garante um pré-natal de qualidade em nível municipal, embora tenha havido melhora deste componente. O MS desenhou o modelo da rede, mas não indica onde os municípios irão captar os recursos. Com isso, é necessário redesenhar a RC em nível macrorregional; e esses municípios ficam tentando manter suas Unidades de Saúde onde o desenho da rede ainda não foi efetivado.

Dessa forma, o processo de Governança Regional para a Rede de Atenção Materno-infantil constituiu o foco central deste estudo, objetivando melhor conhecimento da RC, suas fortalezas e fragilidades, direcionado na regionalização.

Quanto às potencialidades da RC: se limitam à estratégia de saúde da família através da melhora no acesso à rede básica e da garantia do parto em risco habitual; possui bons equipamentos, porém em pequena quantidade; só foram criadas três Unidades de Pronto Atendimento Especializadas (Upae): uma em cada município-sede das três Gerências Regionais de Saúde (VI – Arcoverde – Upae Deputado Áureo H. Bradley; X - Afogados da Ingazeira – Upae Dom Francisco de Mesquita Filho; e, XI - Serra Talhada – Upae Dr. José Alves de Carvalho Nunes).

As falas a seguir mostram essa realidade:

[...] ainda está na boa estratégia de saúde da família [...] houve uma melhoria da acessibilidade na Rede Básica [...], mas, falta mensurar essa qualidade [...] tem sangue novo nas Secretarias (Ent. 1, NR).

[...] houve concurso público em 2014 [...] houve um chamamento de profissionais e melhoria nas escalas de serviço (Ent. 9, FR).

Quanto às fragilidades da RC: é pouco apresentada nas reuniões colegiadas, e ainda não tem pauta fixa nas CIRs da III Macrorregional de Saúde; os GCRCs, anteriormente, não tinham espaço nas CIRs. Contudo, a partir dos meados de 2017, houve uma preocupação, por parte das CTs, em implementar e fortalecer essa Rede. Mesmo assim, há pouca articulação e poder de decisão nas discussões.

A Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde no Brasil é baixa (TOMASI *et al.*, 2017). Os municípios da III Macrorregional de Saúde não têm pré-natal de qualidade, nem Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pré-natal; há necessidade de maior capacitação dos gestores, principalmente dos municípios menores, porque têm uma visão municipalista e não de regionalização; faltam médicos obstetras; há insuficiência de financiamento; e, ainda, um ponto complicador: a grande distância dos municípios para a capital pernambucana (Recife), em relação ao parto de alto risco. Foi observado que não existem novas etapas para fortalecer a operacionalidade da Rede Cegonha (RC), porque as Câmaras Técnicas (CTs) e os Grupos Condutores da Rede Cegonha (GCRCs) não têm poder de convencimento para mostrar a importância desse Programa e as respectivas responsabilizações aos Getores Municipais de Saúde (GMSs).

O que pode ser constatado nas falas a seguir:

[...] a RC precisa de gestores mais preparados [...] mais os municipais que tem uma visão maior para a municipalização e não para a regionalização (Ent. 3, LRC).

[...] a RC está em uma condição incipiente (Ent. 5, JCT).

[...] a RC não andou [...] não tem nada colocado em prática, fica uma angústia [...] porque está com a Rede formada, mas não implantada (Ent. 6, IR).

[...] a grande fragilidade está na falta de financiamento, porque o MS desenhou a RC, mas não mostra onde o município vai apanhar o recurso porque a maioria dos municípios da região são pobres e não tem arrecadação própria (Ent. 12, CMS).

Não existem novas etapas visando o fortalecimento e a operacionalidade da RC porque as CTs e os GCRCs não têm poder de convencimento para mostrar a magnitude desse Programa e respectivas responsabilizações aos GMSs. Existem fragilidades e incipiência na Governança da Rede de Saúde Materno-infantil na III Macrorregional, que se apresentam de forma semelhante nas três Geres, por várias questões. Dentre estas questões, a principal é de ordem institucional, política e

econômica, porque deriva da falta de incentivos e de capacidade de efetivação da rede regionalizada.

As relações interfederativas no contexto da III Macrorregional de Saúde, no Programa RC, estão explicitadas no Quadro 9.

Quadro 9 – Atividades executadas da III Macrorregional de Saúde quanto às Relações Interfederativas e aos pontos de relevância para a RC

Núcleo de Sentido (Dimensão)	Consolidado das Pautas e Atas CIR (Apresentação e pactuação) e Entrevistas Semiestruturadas
Relações Interfederativas	Critérios
Caracterização das relações interfederativas na CIR entre gestores. Temas que mais induzem a conflitos ou cooperação. Definição da agenda que será discutida na CIR. Influência do ator social que propôs a discussão	As relações interfederativas mostram uma governança conflitante, principalmente quando o tema diz respeito a financiamento ou alocação de serviços. As pactuação nas CIRs não ocorrem de forma passiva. Percebeu-se que as relações interfederativas não são cooperativas em se tratando de Estado para município. O ator negociador e articulador que propõe as discussões é sempre o Gerente da Geres, via CT.
Ocorrência de conduções fortemente conflitantes na CIR. Ator articulador e negociador entre gestores. Posicionamento dos GMSs no processo decisório do colegiado. Objetos de domínio nas negociações.	Não surgem discussões fortemente conflitantes, a não ser quando surgem financiamentos; mas, quando ocorrem conflitos entre os gestores municipais, normalmente, o Gestor Regional é o interlocutor, negociador e articulador. Os GMSs dos municípios menores se colocam de forma passiva nos colegiados; contudo, é nítida uma forte influência dos GMSs dos municípios-sede de Geres, que são mais ativos, por terem sempre maior domínio nas deliberações do colegiado.
Desenho político-territorial como fator facilitador de negociação nas VI, X e XI Geres.	Existe a necessidade de uma reorganização territorial nos municípios da VI e XI Geres. Principalmente na VI Geres, por possuir vasta área territorial. A X Geres apresenta o melhor desenho territorial porque tem municípios que possuem características socioculturais e políticas semelhantes.
Implantação de alternativas loco-regionais para fortalecer e melhorar as condições da cooperação interfederativa entre municípios, para fortalecer a regionalização e a resposta social do colegiado.	Torna-se necessário maior qualificação e capacitação dos GMSs, porque não há critérios para escolha desses gestores. É mínima a cooperação em nível intermunicipal, nas VI e XI Geres. Foi observada maior cooperação entre GMSs na X Geres, devido às características socioculturais semelhantes. Em sua grande maioria, os gestores ainda não conseguiram superar a lógica municipalista. Ainda não foi observada nenhuma alternativa loco-regional para otimizar uma cooperação interfederativa entre os municípios, para favorecer a regionalização.
Caracterização das relações de confiança entre as Secretarias Municipais de Saúde (GMS) das VI, X e XI Geres.	As relações apresentam-se inalteradas, mas, dependendo dos interesses em comum dos GMSs e do tempo em que esses gestores estão ocupando seus respectivos cargos, o grau de confiança dessas relações podem aumentar.

Fonte: O Autor.

Essa conjuntura regional de saúde não fortalece a natureza dessas relações interfederativas nas CIRs, entre os gestores. E estes não propõem abordagens mais extensivas quanto ao planejamento e à alocação dos recursos nas regiões (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017). Há necessidade de definição de estratégias que promovam maior cooperação entre os entes federados, porque não existe uma instância macrorregional com poder para tal, o que contribui para essa lacuna na governança. No todo, o que se apresenta, de forma nítida, é uma desarticulação política entre os gestores municipais, conseqüentemente dificultando as tomadas de decisão.

É preciso julgar a complexidade dessa iniciativa, porque seus resultados poderiam ser capazes de provocar mudanças nas políticas públicas, dispostas pelo MS, cuja responsabilidade é compartilhada no SUS (SANTOS, 2014; SANTOS; CAMPOS, 2015; SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016). Mas, o que se pode comprovar é que a RC e os espaços de governança nos quais estão as CIRs e os Grupos Condutores da RC (GCRC) relacionados à sua implementação estão operando fora da agenda política prioritária dos gestores públicos, ainda que apresentem ações residuais relevantes na Rede, como exemplo, a enfermagem obstétrica. Observa-se que persiste a natureza conflitiva, com dificuldade de pactuação e processos de governança relativos ao caso RC, cujo resultado pode ser compartilhado pelas três esferas de governo, definido como fator determinante de sua desarticulação.

Essa conjuntura da III Macrorregião de Saúde não fortalece a natureza dessas relações interfederativas nas CIRs: entre os gestores, não são propostas abordagens mais extensivas quanto ao planejamento e à alocação dos recursos nas VI, X e XI Geres; há necessidade de definir estratégias e mecanismos que promovam maior cooperação entre os entes federados. Mesmo em relação às decisões colegiadas em CIRs, observou-se uma desarticulação política entre os gestores municipais. Há um perfil de aparente parceria no que diz respeito à caracterização dessas relações nas reuniões dos colegiados, porque essas são simplesmente formais, e quando o tema a ser pactuado é do interesse comum. Mas, quando a temática diz respeito a serviços ou financiamentos para municípios maiores, a governança se torna conflitiva, porque os GMSs, principalmente dos municípios menores, ficam premidos nessa arena de conflitos e sem poder de decisão. E também, como o ator negociador e articulador é sempre o Gerente da Geres, existe uma tendência de maior influência política em benefício dos municípios-sede de Geres. Esse tema foi mais enfatizado pelos GMSs e pelos Técnicos das Câmaras Técnicas Permanentes (TCTs).

Isso pode ser apresentado com as falas a seguir:

[...] houve conflitos com a gestão passada da SMS Arcoverde, o Hospital Regional pediu mais cooperação deles, [...] eu disse a diretora do Hospital que é uma questão de retomar a credibilidade (Ent. 1, NR).

[...] a questão municipalização gera conflito [...] quando o município Sede consegue angariar mais serviços (Ent. 3, LRC).

[...] a gente não faz pactuação [...] já vem definida (Ent. 5, JTC).

[...] de forma geral o convívio é bom com todos os gestores, quando se tem interesse coletivo de custos [...], mas, quando não eles (GMSs) se unem para reclamar (Ent. 9, FR).

[...] muitos temas geram conflitos [...] quando é relativo a equipamentos para servir a região. [...], onde vai ficar? (Ent. 14, AMS).

Não foram observadas ocorrências fortemente conflitantes nas CIRs, mesmo porque os temas que seriam pactuados já tinham sido organizados previamente pelas respectivas CTs; discordâncias surgem apenas no que se refere à distribuição dos escassos recursos federais. Mas, na ocorrência de conflitos, a condução fica a cargo do GR, entre gestores municipais. Observou-se também que os GMSs ficam pressionados entre a decisão e a execução de uma agenda estruturante para legitimar as decisões colegiadas em CIRs, mostrando respostas aos interesses em jogo dos municípios-sede; há uma tensão permanente, entretanto enclausurada, nos fóruns de governança, no controle social e nas CTs, onde a racionalidade do uso dos meios se impõe cada vez mais, em virtude das peculiaridades do setor saúde da III Macrorregional. Nos processos decisórios dos colegiados das três Geres, os gestores dos municípios mais influentes se posicionam de forma mais ativa, muitas vezes pela própria formação profissional na área de saúde, enquanto os gestores dos municípios menores têm atitude passiva, sem autonomia. Mas, em geral, todos eles mostram maior domínio nas CIRs, quando os objetos de negociações se referem à área financeira, e menor domínio em relação às ações estratégicas.

Os entrevistados mostram a situação:

[...] a cooperação solidária nem sempre vai ocorrer devido a configuração política, [...] não tem grandes conflitos [...] quando o tema é negociação normalmente para abertura de serviço vinculado a OS (Hospital Regional), só uma figura criou conflito [...] esse foi o maior conflito da Geres [...] vai ter conflito para negociar a RAPS (Ent. 1 NR).

[...] acredito que seja a nossa gerente da Geres que é negociadora [...] para no final todos ganharem (Ent. 2, MCT).

[...] a negociadora é sempre a Gerente da Geres, isso, é um pouco tebdencioso (Ent. 4, KCT).

[...] como é a presidente da CIR, ela tem jogo de cintura e houver [...] se houver qualquer entrave ela é muito de ouvir [...] os GMSs sempre querem se organizar de forma passiva [...] a dificuldade é na falta de critério para escolha dos secretários municipais [...] há passividade pela falta de domínio do assunto [...] os prefeitos escolhem gestores sem critérios, isso reflete negativamente (Ent. 5, JCT).

[...] a pergunta é, qual o filtro que se usa para convidar para ser gestor de saúde [...] não existe [...] o critério é quem votou em mim [...] para se trabalhar melhor, depende de cada gestor desse [...] no silêncio de cada gestor desse (Ent. 7, HCT).

[...] o grande embate é entre os membros do Cosems e a SES-PE para repasses atrasados e serviços não prestados [...] ou, deixam de ser ofertados a contento (Ent. 9, FR).

[...] no processo decisório de governança alguns municípios são passivos quando o objeto de negociação é a respeito de financiamento da Rede [...] por ter menor domínio (Ent. 10, ERC).

[...] ainda não há discussão fortemente conflitante nessa regional [...] não tenho como opinar (Ent. 12, CMS).

Para que haja uma mudança no desenho proposto na rede de atenção, a fim de torná-la mais efetiva, é necessário aumento de recursos financeiros para implantação e estruturação dos serviços (CUNHA, 2017). E também utilizar novos mecanismos de cooperação entre gestores, com o objetivo de compartilhar as responsabilidades assistenciais e financeiras, e para que as tomadas de decisões políticas estejam engajadas com a organização das redes regionais de atenção à saúde em nível macrorregional.

A RC é um Programa social, de caráter redistributivo, direcionado a beneficiar grande parcela da população (binômio mãe-filho). Esse tipo de Programa implica na alocação de recursos financeiros de grande vulto e na redistribuição de orçamentos e, por conseguinte, enseja conflitos de interesses (CUNHA, 2017; MARTINELLI *et al.*, 2014). Diante do atual quadro sanitário inquietante desde 2017, em relação à elaboração do desenho da RC na III Macrorregião de Saúde, e especificamente em todas as regiões sob sua jurisdição, além de desatualizados, vê-se que os pactos se apresentam estagnados, o que se configura num desafio, porque envolve fatores políticos, econômicos e sociais. Este quadro tem sido agravado pela interferência de atores em nível central/estadual, que não agem no processo de governança regional, comprometendo a operacionalização do Programa. Pode-se citar, por exemplo, uma situação que deixa clara esta afirmativa: na VI Geres, para chegar a uma unidade de referência no município- sede, devido ao sistema viário, uma gestante tem que passar, obrigatoriamente, por dentro de um município sob a jurisdição da V Geres (Garanhuns) da II Macrorregional de Saúde. O que constitui, sem dúvida, uma peregrinação, e ainda mais durante o trabalho de parto. O desenho da RC na XI Geres, por esta ter sido criada mais recentemente, é mais adequado. Já a X Geres tem o desenho da RC mais organizado, por sua área territorial ser menor.

Quanto ao atual desenho político-territorial, as regiões de saúde não foram delimitadas com base em suas identidades culturais, econômicas e sociais, mas, por seus interesses políticos; esse desenho não constitui um fator facilitador de negociação nas VI, X e XI Geres; há necessidade de uma reorganização territorial em todas as três Geres.

O desenho da VI Geres é o que precisa mais urgentemente ser revisto, em virtude de sua vasta área territorial. O desenho político-territorial da X Geres é o mais adequado para a macrorregião, em virtude das semelhanças culturais, sociais, e políticas regionais. Os desenhos, tal como se apresentam, não contribuem para aumentar a resolutividade e aprimorar o processo de condução da política de saúde; os colegiados não têm autonomia para decidir sobre essa ação. Na III Macrorregional, o desenho do território é mais coerente, por ser recente; mas, abrange uma área vasta, o que dificulta a operacionalização das ações e dos serviços, no que concerne à sua integração, e ainda não possui funcionalidade.

Os excertos a seguir reforçam essa constatação:

[...] na VI Geres [...] a dificuldade é em relação há municípios distantes Petrolândia, Tacaratu e Jatobá [...] se pudesse redesenhar [...] se pudesse abrir nova região [...] se tivesse desenho menor [...] independente de critério de população [...] é preciso rever esse desenho (Ent. 1, NR).

[...] o desenho da VI Geres dificulta [...] tem municípios a mais de 300 km de distância de Arcoverde [...] é um pouco complicado para trabalhar (Ent. 5, JCT).

[...] a X Geres está bem localizada [...] não precisa de mudança [...] a distância não é grande [...] municípios na mesma região de desenvolvimento [...] em relação a VI e XI Geres a situação não é boa (Ent. 6 IR).

[...] os doze municípios da X Geres tem fluxo bom [...] território é positivo para o gerenciamento [...] não adianta mudar o cenário atual [...] é ideal (Ent. 7, HCT)

[...] a XI Geres foi a última a ser montada [...] o desenho é bem tranquilo para a gerência [...] a decisão política decidiu a nova Geres [...] não sei se ainda é muito cedo para dizer algo (Ent. 9, FR).

[...] aqui na XI Geres pela questão geográfica o desenho precisa [...] para chegar em Carnaubeira da Penha é preciso passar por um município da Geres de Sagueiro, de outra Macrorregional (Ent. 10, ECT).

Da forma como a regionalização vem sendo conduzida, a dinâmica de Governança Regional, carente de estímulos para sua concretização, mesmo com programas prioritários de saúde pública, gera fortes impactos negativos sobre esse segmento (MARTINELLI *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2014). Com o atual panorama de alterações focado à política de saúde do Brasil, o resultado é o esvaziamento

gradual da RC, com dificuldade de recursos e adequação, bem como menor capacidade de articulação na agenda política dos gestores do SUS nos Estados.

- a) Alguns aspectos importantes foram observados:
- b) Não há cooperação interfederativa entre municípios sob a jurisdição de suas respectivas Geres, para fortalecer a regionalização e a resposta social do colegiado às demandas da saúde. E, muito menos, quando esta cooperação é em nível macrorregional;
- c) O processo organizativo da III Macrorregião funciona através de uma rede interfederativa frágil, no âmbito da gestão e da atenção à saúde. As alternativas para aprimorar essas demandas se resumem a esparsos treinamentos para os GMSs; não são realizadas oficinas para treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
- d) A indicação de GMSs com maior qualificação na área de saúde é imprescindível; seu nível de qualificação deve ser aperfeiçoado, para gerar um padrão homogêneo na composição do colegiado;
- e) Não houve mudança na forma de financiamento por parte da União, para superar essa lógica municipalista.

As falas dos entrevistados mostram esta situação:

[...] é preciso instrumentalizar os gestores municipais [...] precisam de acessoria [...] não precisam inventar metas e sim estratégias (Ent. 1, NR).
 [...] falta critério para escolher gestores [...] não depende só de nós para escolher representantes [...] tem que capacitar gestores para reforçar a regionalização (Ent. 5, JCT).

Nas três Geres, não foi observada melhoria nas relações de confiança entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMSs) e as respectivas Gerências. Essa relação de confiança é caracterizada pelo grau de transparência, visibilidade, compromisso de responsabilizações e compartilhamento de poder, sendo este último priorizado para os municípios maiores. Surgiram grupos de “*WhatsApp*”, mas, não ocorre maior inter-relação entre os GMSs, talvez devido à grande mudança por conta das últimas eleições, em média de 70%; as relações de confiança crescem com o tempo; e, por último, constatou-se maior grau de ajuda mútua entre o grupo de gestores municipais da X Geres.

O entrevistado faz essa confirmação:

[...] me sinto tranquilo e confio nos meus colegas, a ajuda é forte na X Geres [...] em outras regiões não consigo ver isto [...] em outras regiões que já passei (Ent. 14, AMS).

A alocação de recursos para a III Macrorregional de Saúde, relacionados à RC, está expressa no Quadro 10.

Quadro 10 – Atividades executadas da III Macrorregional de Saúde quanto à Alocação de Recursos e aos pontos de relevância para a RC.

Núcleo de Sentido (Dimensão)	Consolidado das Pautas e Atas CIR (Apresentação e pactuação) e Entrevistas Semiestruturadas
Alocação de Recursos	Crítérios
Alternativas loco-regionais do Colegiado em aprimorar investimentos, visando a Atenção à Saúde Materno-infantil, diante da contínua diminuição de financiamento para a saúde pela União como colegiado	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 à continuidade da Rede de Atenção à Saúde 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.	<p>Nas reuniões das CTs, foi discutida a implantação e implementação do Programa, de acordo com a Portaria 1.459/2011. Nas CIRs, em todas as Geres, só eventualmente é abordado algum ponto condutor.</p> <p>Os quatro componentes da RC estão pactuados: Assistência pré-natal, Parto e nascimento, Puerpério e atenção integral à criança. Mas, ainda apresentam fragilidades. Sistema logístico não operacionalizado.</p> <p>Houve apresentação do plano e estruturação da RC; e, apresentação de alterações na composição dos CGRCs.</p>
Monitoramento e Avaliação através da CIR. Processo de alocação e utilização de recursos vinculado à RC, pelos entes federados.	<p>Não tem ocorrido monitoramento nem acompanhamento de transferência de recursos financeiros vinculados à RC, pelas VI, X e XI Geres.</p> <p>Não está ocorrendo <i>feedback</i> do Ministério da Saúde (MS) em relação às Geres (ficam à parte), via Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE). Os recursos são repassados diretamente aos municípios.</p>

Fonte: O Autor.

Assim, o grande problema em relação à Rede Regional de Atenção Maternoinfantil diz respeito ao subfinanciamento do SUS. Porque, mesmo o MS prevendo recursos para reformas, obras e serviços, uma parcela desses recursos é de responsabilidade municipal (CUNHA, 2017). E, em relação aos municípios desta Macrorregião, nota-se que, ultimamente, os percentuais de despesas com serviços de

saúde têm sido paulatinamente crescentes, e, com isso, também aumentam as dificuldades para responsabilização, em virtude da ampliação da oferta dos serviços.

Não ocorrem novos financiamentos para a saúde, por parte da União, para o Estado e municípios, principalmente relacionados ao Programa RC: ao contrário, o que se observa é uma redução. Diante de tal situação, individualmente, os colegiados das VI, X e XI Geres têm discutido e buscam, mesmo que de forma esparsa, alternativas loco-regionais para aprimorar a utilização dos parques investimentos para dar continuidade e otimização às ações da Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil. Os GMSs esclarecem que, por ser este um tema de caráter complexo, e em nível estadual e regional não haver governabilidade sobre a alocação desses recursos, não há um caráter regulador, apenas de parceria. Com isso, só ocorrem discussões superficiais, na CIR, sobre o que está alocado no nível municipal.

Ao mesmo tempo, aflora uma coalisão e maior responsabilização sanitária por parte desses GMSs, em relação aos gastos com os escassos recursos disponíveis. Há uma iniciativa de desenvolver ações intergovernamentais voltadas para a saúde materno-infantil, e por compartilhar a tomada de decisão, planejamento e execução das ações da RC em nível municipal, principalmente as relacionadas à atenção primária. Mesmo diante dessa dificuldade de financiamento, os municípios sinalizam em formar consórcios e parcerias, com a finalidade de melhorar a acessibilidade e integralidade.

Os extratos a seguir mostram o que os entrevistados pensam:

[...] o tema é muito complexo [...] não é só diminuição de recursos e sim aumento de responsabilidades para os municípios [...] a frase é “cada vez mais tem que se fazer com menos” (Ent. 3, LRC).

[...] em recursos nem tem o que falar [...] o problema é que as Geres não têm como ver, acompanhar ou trabalhar com recursos (Ent 5, JCT).

[...] com essa dificuldade de financiamento na saúde, os municípios já sinalizam para fazer consórcios (Ent. 6, IR).

[...] tem que ter responsabilidade sanitária [...] em jogo estão vidas, não fetos (Ent. 12, CMS).

A RC foi vista como uma prioridade na agenda governamental em saúde, desenhada com padrão inovador, numa iniciativa política intergovernamental (ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL, 2019). Quanto ao acompanhamento da implantação e implementação da RC, após oito anos de sua criação, em 2011, esse programa na III Macrorregional de Saúde, através das respectivas CIRs das três Geres, respectivamente, pactuou os quatro componentes: Assistência Pré-natal; Parto e

Nascimento; e, Puerpério e Atenção à Saúde da Criança. Porém, o componente: Sistema Logístico, Transporte Sanitário, e Regulação não está operacionalizado. Estão havendo poucas deliberações em relação à implementação da RC, eventualmente, quando existe algum ponto condutor apresentado em CIR, como em relação à Assistência pré-natal ou à cobertura vacinal. O Estado dispõe de uma Política de Fortalecimento da Atenção Primária (PFAP). Todos os componentes da RC necessitam de consideráveis melhorias; contudo, a Assistência Pré-natal possui um bom percentual de cobertura. Quanto ao parto e nascimento, existem entraves financeiros, e não há referência para parto de alto risco regulado; esse tipo de parto geralmente é encaminhado para as Upaes. Em relação à saúde integral da criança, ainda são necessários grandes esforços para melhorar esta situação.

Os fragmentos de fala, a seguir, destacam o que foi exposto:

[...] o problema é que em 2016 o número de óbitos subiu [...] está relacionado com a qualidade do pré-natal [...] assistência pré-natal [...] também o pós-parto (Ent. 2, MCT)

[...] dentro do grupo condutor da Rede Cegonha tem acompanhamento, mas não leva para a CIR [...] o componente mais incipiente é o transporte sanitário [...] muita coisa tá faltando (Ent. 3, LRC).

[...] quando a CIR traz algum ponto condutor da RC [...] apresenta indicadores [...] reforçamos a qualidade e não quantidade (Ent. 6, IR).

[...] consegue-se ter um bom percentual de pré-natal [...], mas, para o pré-natal de alto risco precisa ampliar a oferta de consultas para gestantes referenciadas [...] quanto a parto e nascimento tem deficiência de serviços e profissionais [...] não tem escala completa. Essa é a maior dificuldade [...] na realidade a gente não escuta mais, e nem ouve falar de RC [...] no tempo da Presidente Dilma a gente ouvia falar muito da RC (Ent. 9, FR).

A mulher é o ponto central desse processo, inserida na experiência da gravidez, do parto e da maternidade com segurança (CAVALCANTI *et al.*, 2013). No Brasil, a Região Nordeste (NE) é a que apresenta as taxas mais elevadas de morbimortalidade materna e infantil, em relação às demais regiões, e, com isso, gera mais desigualdades (NASCIMENTO *et al.*, 2014; UMUHOSA; ATAGUBA, 2018). Em Pernambuco, esta é a situação que se apresenta, de que decorre a necessidade de priorização de investimentos nessa área, no intuito de acelerar a redução dessas desigualdades, ainda mais acentuadas no interior e na região do semiárido do Estado.

Os municípios nordestinos ali situados apresentam pior capacidade de arrecadação em relação às demais regiões do país (MEDEIROS, 2011). No Brasil, em 2015, o índice de Mortalidade Materna (MM) apresentou redução de 56%, o que demonstra a existência de um quadro de estabilidade; a partir de 2017, essa taxa se

eleva (NAÇÕES UNIDAS, 2018a, 2018b). Esse quadro voltou a apresentar grandes vulnerabilidades relacionadas a esse grupo populacional, sobretudo com a ruptura institucional e o novo ciclo de crises, conjugadas a uma política e economia contracionistas no Sistema Único de Saúde (SUS), por parte do Governo Federal. O Programa Rede Cegonha (RC), que desde seu lançamento sofria redução de sua capacidade de se efetivar, acentuou ainda mais sua vulnerabilidade, por falta de recursos na proporção adequada para priorização de seus componentes.

Os colegiados da III Macrorregional não têm monitorado e avaliado o processo de alocação e utilização de recursos financeiros pelos entes federados vinculados à RC. Existe prestação de contas nas audiências públicas, por parte do Estado e dos municípios, mas, não há conhecimento e divulgação para a sociedade, do mesmo modo que não há integralização dos serviços disponíveis nas três esferas de governo. Por isso, esse processo de consolidação do controle social se apresenta de forma incipiente.

Confirmando o fato, foi observado que, nos colegiados, não é apresentada nem acompanhada a forma de utilização dos recursos financeiros referentes à Rede. O argumento das Câmaras Técnicas (CTs) é que o repasse da União para os municípios é feito pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). As Câmaras Técnicas não estão levando para a pauta das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) o quantitativo que está sendo investido. Só são apresentados os serviços ofertados; e o monitoramento só ocorre eventualmente, quando são recebidos recursos (ex. para o teste rápido de gravidez). E ainda, há casos em que os Gestores Municipais de Saúde (GMSs) não ficam cientes desses repasses.

Esses recortes mostram isso:

[...] o financiamento a gente não tem acompanhado [...] não tem esse dado financeiro [...] eu só acompanho o número de consultas de pré-natal e quantos exames estão fazendo. Não recebo planilha de custos do Ministério da Saúde [...] cada município deve receber (Ent. 6, IR).

[...] na CIR a gente não tem apresentado recursos financeiros [...] a CT não trouxe esse assunto à pauta, de quanto está sendo investido (Ent. 9, FR).

A importância de operacionalização dos sistemas de Logística da RC, na III Macrorregional de Saúde, para fortalecê-la e assegurar a configuração dos sistemas de apoio, fluxos e contrafluxos, sistema de referência e contrarreferência etc. estão mostrados no Quadro 11.

Quadro 11 - Operacionalização dos Sistemas de Logística para fortalecimento da RC na III Macrorregional de Saúde: atuações de informação, regulação e transportes empreendidas pelos gestores para otimização dos serviços.

Núcleo de Sentido (Dimensão)	Consolidado das Pautas e Atas CIR (Apresentação e pactuação) e Entrevistas semiestruturadas
Sistema de Logística	Critérios
Otimização da regulação da acessibilidade e continuidade de ações específicas da RC.	Cada município tem seu núcleo de regulação, o qual é supervisionado pelo Estado (Atenção Primária, Sistema de Informação). A RC é pouco colocada em pauta; Não ocorre comunicação entre as Redes Temáticas (RAS). 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 Regulação e controle e ampliação de leitos de alto risco	São pouco referenciadas nas CIRs, em relação à falta de capacidade instalada nos hospitais de referência das Geres. Há fomento ao acesso de, no mínimo, sete consultas no pré-natal. E orientação sobre a oferta de métodos contraceptivos. Teste de sífilis foi apresentado em CIRs.
Organização de Serviços. Transporte Sanitário	O componente foi pactuado em CIR. O serviço Samu Cegonha foi apresentado, mas não pactuado, portanto, não operacionalizado (oferecido) ao recém-nascido que necessita de emergência ambulatorial (equipado) na III Macrorregional de Saúde.
Cadastramento de estabelecimentos, contratação e capacitação de profissionais da III Macrorregional com a finalidade de operacionalizar a estrutura da Rede Cegonha	Há cadastramento de estabelecimentos e profissionais pelo CNES. Observou-se que as pautas abordam o CNES em relação à demanda sobre Regulação de Leitos Hospitalares e às ações do GCRC. É importante a detecção da capacidade instalada e a oferta potencial dos leitos nas três regionais de saúde (VI, X e XI Geres), em relação ao planejamento e utilização dos serviços em local mais adequado. Cada GCRC de cada regional tem 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: O Autor.

É necessário enfatizar a importância da Região de Saúde para se afastar do impasse fracionado das ações e serviços de saúde, do retraimento do centralismo federal programático e sem visão de planejamento regional (SANTOS; CAMPOS, 2015). É inquestionável a importância da regionalização (SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016; SOLLA; CHIORO, 2014), para que as RASs se comportem de forma resolutiva e sistêmica, nessa Macrorregião de Saúde, sendo o centro direcionador das referências entre os serviços dos variados entes federados nos três níveis de gestão.

Houve uma otimização no setor de Regulação, mesmo porque é o setor responsável pela organização das reuniões das CTs e das CIRs; mas precisa de adequações, porque a acessibilidade do paciente só ocorre via Atenção Básica, principalmente nas X e XI Geres. Atua também na marcação de consultas e exames. Os exames de biologia molecular (no caso de Zika, Chikungunya e Dengue, Toxoplasmose, HTLV - Vírus T linfotrófico humano, e Citomegalovírus, que causam

teratogenia) são encaminhados ao Lacen, para realização. Os exames e sorologias para casos de arboviroses, Dengue, igm (anticorpo para infecção aguda) são realizados nos laboratórios das Geres. E os exames de teste rápido para Hepatite B, Hepatite C, VDRL (sífilis) e HIV são realizados nos centros de especialidades dos municípios.

Esse tema é discutido, mas, pouco abordado nas CIRs; em relação à capacidade instalada nos hospitais de referência das três Geres, não existem leitos de alto risco, nem UTI pré-natal nas unidades da III Macrorregional de Saúde. Mas, para consulta de alto risco, a regulação encaminha para a Upae. Com isso, fica demonstrado que a organização da RC, nesse território sanitário, apresenta importantes entraves para a garantia de atenção integral e acesso aos serviços de alta densidade tecnológica. Quanto à Regulação, por ser complexa no patamar regional, foge à governabilidade.

Os entrevistados constatarem estas afirmativas:

[...] na regulação do acesso dentro da rede muitos itens de agendamento são feitos na central de regulação [...] aqui é dentro da regional [...] diferente das outras regionais que têm a central de regulação dentro dos municípios Sede [...] isso gera conflitos [...] termina o município regulando mais para ele do que para os outros (Ent. 1, NR).

[...] (Ent. 4, TCT) as coordenações regionais principalmente a de regulação está crescente [...] o acesso do paciente na porta de entrada não deve ser na atenção básica [...] era para regular [...] a porta de entrada pode ser qualquer atenção [...] as redes não se comunicam [...] cai na regulação (Ent. 4, KCT).

[...] a regulação é nova [...] de cinco anos para traz, não tinha [...] (Ent. 7, HCT).

[...] agora chegou o Teste Rápido para gravidez [...] é feito pela Rede Cegonha [...] é pelo FNS (Ent. 8, GCT)

[...] a Rede Cegonha funciona aqui na XI Geres [...] regula procedimentos para Upae [...] Hospam [...] saúde da mulher [...] consultas sim [...] de alto risco [...] pré-natal não [...] regula mastologia e ultrassom [...] regula só questão ambulatorial, nada de internamento [...] alguns casos o encaminhamento é para Hospitais do Recife (Ent. 11, DCT).

Em relação ao aspecto transporte sanitário (Samu Cegonha), ainda não foi pactuado em reunião colegiada, por se tratar de investimento elevado (veículos, equipamentos, recursos humanos), bem como devido à vasta extensão da área jurisdicional das três Geres da III Macrorregional de Saúde; acresce a isso, o fato de os municípios se localizarem relativamente distantes uns dos outros. Os gestores municipais ficam num impasse: além da dificuldade financeira, a escolha de qual município tem melhor logística para ser a sede operacional do serviço, visto que o município que obtiver esta condição será automaticamente mais beneficiado em

relação aos outros. Como esse componente da RC não foi operacionalizado, o tema não é debatido em CIR; então, fica comprometida a garantia de atenção integral à paciente e ao recém-nascido. Conforme os SMSs, o ponto mais vulnerável ainda é o Sistema Logístico, Transporte Sanitário.

A palavra dos entrevistados evidencia o que foi afirmado, nessa macrorregião:

[...] o transporte sanitário foge a governabilidade regional [...] é mais complicado (Ent. 1, NR).

[...] o mais importante é o transporte sanitário [...] foi pactuado [...], mas, não existe [...] o Samu Cegonha não foi pactuado [...] o custo é alto (Ent. 3, LRC).

[...] a grande fragilidade é o transporte sanitário [...] é um problema (Ent. 9, FR).

Quanto ao cadastramento dos estabelecimentos, os documentos analisados (pautas e atas das CIRs das respectivas Geres) indicam que, em relação ao cadastramento de estabelecimentos, houve pactuação da Rede; e também para aumentar, organizar e qualificar profissionais para operacionalizar a Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil, por meio da capacitação pré-natal de risco habitual para médicos e enfermeiros. Contudo, há escassez de médicos especialistas em obstetrícia e pediatria em todas as regionais de saúde.

No que diz respeito, aos municípios de pequeno porte, na III Macrorregional de Saúde. Esses têm uma grande dificuldade em manter uma equipe técnica capacitada, onde muitos desses municípios procuram solucionar tais problemas através de suporte técnico por consultorias.

Estas falas abordam o problema:

[...] falta obstetras e pediatras na VI Região (Ent. 1, NR).

[...] o Hospam tem capacidade instalada de 74 (setenta e quatro) leitos, mas, só tem 11 (onze) para obstetrícia com equipe mínima [...] sem obstetras e pediatras todos os dias (Ent. 9, FR).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar o processo de Governança no nível da III Macrorregional de Saúde de Serra Talhada, direcionado para a Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil, com ênfase nas características e grau de implantação do Programa Rede Cegonha, a fim de verificar sua adequação em relação à configuração interinstitucional. Demonstrou que a Governança é conflitiva e têm características semelhantes nas três Geres.

O Modelo Lógico (ML) elaborado para a RC mostrou ser uma profícua ferramenta de gestão, porque permitiu esquematizar uma imagem-objetivo da real situação do Programa nessa circunstância.

A utilização do Método *Delphi* Ajustado, alicerçado em relações interfederativas na regionalização do SUS, preencheu as lacunas do conhecimento e tranpôs os obstáculos da avaliação normativa, mesmo diante da escassez de métodos avaliativos, respondendo de forma plena à necessidade da avaliação em rede de serviços regionais, com base na opinião de especialistas e coerente com a complexidade do objeto de pesquisa não estruturado. E, através deste, avaliou-se que o GI do Programa RC está em nível Insatisfatório na III Macrorregional de Saúde de Serra Talhada, corroborando o julgamento de consenso dos *experts* selecionados. É imprescindível ressaltar a condição em que se encontra a estruturação da RC na III Macrorregional de Saúde, porque, nessa conjuntura, para sua otimização, é importante o apoio social e político, diante de uma população vulnerabilizada e desfavorecida, no interior no semiárido pernambucano, num cenário política e economicamente adverso.

Não existem novas etapas para fortalecer e operacionalizar o Programa RC, porque as CTs e os GCRCs não têm poder de convencimento para demonstrar a magnitude desse Programa em relação à sua configuração interinstitucional, e das respectivas responsabilizações aos GMSs, porque foge à governabilidade.

É imprescindível definir novas estratégias e mecanismos que proporcionem maior cooperação entre os entes federados, quanto à utilização dos recursos: pois, quando são recebidos, muitas vezes não são aplicados, o que cria/incentiva um ciclo de não operacionalidade para o Programa RC.

As reuniões CIRs das VI, X e XI Geres, respectivamente, apresentaram as mesmas características, limitadas apenas a questões técnicas regionais. Embora

registradas e formalizadas, são apenas informativas, sem espaço para pactuações para a RC. Mostraram pouca capacidade resolutiva, e são caracterizadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão, o que provoca um vácuo na governança. E, também, não há uma instância macrorregional.

O desenho do território da III Macrorregional de Saúde é mais coerente, por ser recente, mas, não possui funcionalidade. Em nível regional, há necessidade de uma reorganização territorial em todas as três Geres. O desenho da VI Geres necessita ser revisto, em virtude de sua vasta extensão territorial.

É possível que as imperfeições detectadas sejam parte de um panorama ainda mais extenso no Brasil, em relação ao contexto desfavorável de natureza intergovernamental, que se caracteriza por problemas amplos na saúde pública, provenientes de uma crise institucional e grande alteração das políticas do Governo Federal, com medidas de austeridade adotadas no SUS, contidas na Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016.

Como essa situação é inevitavelmente contingencial, mostra-se a necessidade de novas avaliações dos programas governamentais implementados em rede regional compartilhada, a fim de corrigir distorções, ineficiências, e adequá-los às necessidades dos segmentos populacionais a que se destinam. Nesse contexto adverso, desde 2017, é fundamental implementar e fortalecer a RC em Pernambuco.

Faz-se necessária a criação de novas soluções colegiadas nas CIRs, o principal caminho para otimizar a implementação de um modelo de gestão satisfatório e eficaz para a Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil, que elimine a verticalidade da RC. E mais: direcionar a forma de organização das RASs relacionadas a este Programa, vinculando seus objetivos a uma estrutura operacional condizente, que inclua, de forma transversal, os sistemas de governança, de atenção à saúde, de alocação de recursos e de logística. E que considere o planejamento ascendente para viabilizar o atendimento adequado ao segmento materno-infantil, com foco nas prioridades e necessidades das três Geres da III Macrorregional de Saúde, de forma a eliminar a governança conflitiva e ineficaz existente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. L. **O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/13564>. Acesso em: 5 mar. 2019.
- ALMEIDA, W. S.; SZWARCOWALD, C. L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 68 - 76, 2012.
- ALVES, C. G.; DE MORAIS NETO, O. L. Trends in premature mortality due to chronic non-communicable diseases in Brazilian federal units. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; v. 20, n. 3, p. 641 - 654, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00641.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2019.
- 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.
- ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ANSELL, C.; GASH, A. Collaborative Governance in Theory and Practice. **Journal of Public Administration Research and Theory**, Oxford, v. 18, n. 4, p. 543-571, 2008. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpart/articleabstract/18/4/543/1090370?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 3 ago. 2019.
- ARAGÃO, A. A. V.; OLIVEIRA, S. R. A. O Poder do Poder de Polícia à Luz do Direito Sanitário e da Vigilância Sanitária” **Revista SANARE**, Sobral, v. 17, n. 1, p. 58 - 64, 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1223>. Acesso em: 3 jun. 2018.
- 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**, 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-e20180318.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**, 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.
- AZEVEDO, S.; ANASTÁCIA, F. Governança, “accountability” e responsividade. **Revista Economia Política**, São Paulo, v. 22, n.1, p. 79 - 97, 2002.

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

BEZERRA, L. C. A; CAZARIN, G; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. *In: SAMICO I. et al. (org.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.

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. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE*, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais**. Belo Horizonte: Abrasco, 2013. Disponível: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/242.pdf>. Acesso em: 12 maio 2018.

BLOCK, T.; PAREDIS, E. Urban Development Projects Caralyst for Sustainable Transformations: the need for entrepreneurial political leadership. **Journal of Cleaner Production**, Tennessee, v. 50, p. 181-188, 2013. DOI: 10.1016/j.jclepro.2012.11.021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959652612006130>. Acesso em: 15 ago. 2019.

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**, Salt Lake City, 2014. DOI: 10.1177/1468794113504103.

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. DOI: 10.1371/journal.pone.0020476.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Art. 198º. *In: BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988*. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_198_.asp. Acesso em: 2 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde**. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde. v.5). 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série Pactos pela Saúde, v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, 01 de agosto de 2008**. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 23 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009**. Aprova o regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil, 2009**: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, Brasil, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivo/pdf/29_11_10_saude_brasil_web.pdf. Acesso em: 3 fev. 2019. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2011**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 6 ago. 2019. 2010b.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2014, 8 jul. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 8 mar. 2019. 2011a.

BRASIL. Ministério da 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.473, 24 de junho de 2011. Instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2011. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html. Acesso em: 28 nov. 2018. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html. Acesso em: 6 ago. 2019. 2011e.

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jan. 2012. p. 1.

BRETAS JUNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1085-1095, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1085.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2019.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. *In: FLEURY, S. (org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha.* Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417- 442.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 61, p. 25 – 52, 2006. Disponível em: <http://anpocs.com/index.php/bib-pt/bib-61/580-bib-61-integra/file>. Acesso em: 10 ago. 2019.

CARNOY, M. **Estado e Teoria Política.** 17. ed. Campinas: Papirus, 2013.

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.

CERON, M. I. *et al.* Assistência pré-natal na percepção de puérperas provenientes de diferentes serviços de saúde. **Revista CEFAC**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 653-662, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n3/184-11.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2018.

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

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Diretrizes operacionais. Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série Pactos pela Saúde. v.1). 2006a.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Nota Técnica n. 31, 17 de outubro de 2012 e 21 novembro de 2012.** Disponível em: www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-31_2012-Atenção-à-Saude-Gestação-de-Alto-Risco-final.pdf. Acesso em: 5 ago. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Conass, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **CONASS Debate: Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: CONASS, 2016. (CONASS Debate, n. 6).

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In: HARTZ, Z. M. A. (org.) Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

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

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313 - 326, 2009. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf>. Acesso em: 22 out. 2017.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-110, 2005.

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**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

FERNANDES DA SILVA, S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753 - 2762, 2004.

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. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2056/1/per%20nac2009.8.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2018.

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.

FLEURY, S. Ciudadanías, excusion y democracia. **Nueva Sociedad**. Buenos Aires, Argentina. v. sept/oct, n. 193, p. 62-75, 2004. Disponível em: https://www.nuso.org/media/articles/downloads/3219_1.pdf. Acesso em: 26 maio 2018.

FLEURY, S. *et al.* Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 28, n. 6, p. 446 - 455, 2010.

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

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

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 & Saude Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1151-1162, 2014.

FRANCESC, J. M. *et al.* **La gobernanza de las redes integradas de salud (RISS): contextos, modelos y actores en América Latina**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2012.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como Desdobramento das Políticas de Saúde do Século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177-227, 2006.

GILPIN, R. **O Desafio do Capitalismo Global**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GONÇALVES, A. O Conceito de Governança. *In*: CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI, Conpedi, 2006, Manaus, **Anais**, São Paulo: Integra, 2006.

Disponível em:

<http://www.conpedi.org/manaus/arquivos/Anais/Alcindo%20Goncalves.pdf>. Acesso em: 9 maio 2018.

GÖTTEMS, L. B. D. *et al.* O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1997 - 2008, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-1997.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2019.

GREENE, J. C. **Mixed methods in social inquiry**. San Francisco: Wiley Imprint, 2007.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Panamericana Salud Pública**. Washington, v. 16, n. 4, p. 283 - 288, 2004.

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. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020731417732543>. Acesso em: 28 jan. 2019.

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

GURGEL JÚNIOR, G. D. Health sector reform and social determinants of health: building up theoretical and methodological interconnections to approach complex global challenges. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v.17, (s2), p. 53 - 67, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s2/1415-790X-rbepid-17-s2-00053.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 Suppl., n. 2S, p. 331 - 336, 2004.

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.

HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C.; MASSERIA, C. Measuring income-related inequalities in health in multi-country analysis. **Estudios de Economía Aplicada**, Almería, Espanha; v. 31, p. 455-476, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30128236011>. Acesso em: 25 jan. 2019.

HUFTY, M; BÁSCOLO, E; BAZZANI, R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22 S, p. 35-45, 2006.

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

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>. Acesso em: 21 ago. 2019.

JANSEN, M. W. *et al.* Public health: disconnections between policy, practice and research. **Health Research Policy and Systems**, London, v. 8, n. 1, p. 37, 2010. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-8-37>. Acesso em: 11 ago. 2019.

JANUZZI, P. M. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 36, p. 251 - 275, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/228/212>. Acesso em: 2 jul. 2018.

JESSOP, B. **Governance and Metagovernance**: On Reflexivity, Requisite Variety, and Requisite Irony. Published by the Department of Sociology, Lancaster University, LA1 4YN, Lancaster, UK. 2003. Disponível em: <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Jessop-Governance-and-Metagovernance.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018.

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

KUSHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 2307 - 2316, 2010.

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

LEAL, M. C. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. e00063818, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00063818.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2018.

LENNI, E. J. An evaluation capacity-building process for sustainable community initiatives empowering and disempowering impacts. **Evaluation: the International Journal of Theory, Research and Practice**, London, v. 11, n. 4, p. 390-414, 2005.

LIMA, L. D. *et al.* O Pacto Federativo Brasileiro e o Papel do Gestor Estadual no SUS. In: UGÁ, M. A. D. (org.) **A Gestão do SUS no Âmbito Estadual – O Caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 27 - 58.

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.

LUKES, S. M. **El poder. Un enfoque radical**. Madrid: Siglo XXI; 2007.

MACHADO, R. R. *et al.* Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 181 – 187, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a23.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2019.

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

MARTELLI, P. J. L. **Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: Um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

MAYER, B. L. D. *et al.* Profissionais de saúde da atenção básica e a avaliação: revisão integrativa da literatura. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 19-28, 2015.

MAYRING, P. Qualitative content analysis. **Forum: Qualitative Social Research**, Retrieved March; n. 1, v. 2, 2000. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=6lwPkSo2XW8C&oi=fnd&pg=PP282&dq=Forum:+Qualitative+Social+Research,+2000,+qualitative+content+analysis.+mayring,+p.&ots>. Acesso em: 21 dez. 2018.

MEDEIROS, K. R. **Lei de Responsabilidade Fiscal e despesas com pessoal da saúde: um estudo dos municípios brasileiros**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz; Recife, 2011.

MÉGIE, A. Mise en oeuvre. In: BOUSSAGUET, L.; JACQUOT, S.; RAVINET, P. (orgs.) **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 2004. p. 283 - 289.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297 - 2305, 2010.

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.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006. p. 163-190.

MULLACHERY, P.; SILVER, D.; MACINKO, J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. **International Journal Equity Health**, London, v. 15, p. 140, 2016. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12939-016-0431-8>. Acesso em: 29 jan. 2019.

NAÇÕES UNIDAS. **Agência da ONU discute Prevenção à Mortalidade Materna em Congresso no Rio, 2018**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencia-da-onu-discute-prevencao-a-mortalidade-materna-em-congresso-no-rio/>. Acesso em: 2 set. 2018. 2018a.

NAÇÕES UNIDAS. **UNICEF: 386 mil bebês nasceram no 1.º dia de 2018**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/unicef-386-mil-bebes-nasceram-1o-dia-2018/>. Acesso em 2 set. 2018. 2018b.

NASCIMENTO, S. G. *et al.* Mortalidade Infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 208 – 212, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0208.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008. p. 435 - 472.

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, v. 3, p. 307-314, 2014.

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

OLIVEIRA, S. R. A. **Sustentabilidade da estratégia saúde da família: o caso de um município baiano**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal da Bahia. 2014.

OLIVEIRA NETO, A. V. **O Modelo Tecnoassistencial em Saúde na Cidade do Recife no período de 2001-2008: em busca de seus marcos teóricos**. 2009. Monografia (Residência em Medicina de Família e Comunidade) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. Recife, 2009.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PARKER, R. Networked governance or just networks? Local governance of the knowledge economy in Limerick (Ireland) and Karlskrona (Sweden). **Political Studies**, London, v. 55, n. 1, p. 113-132, 2007.

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**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 174 – 180, 2015. Disponível em: http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1262. Acesso em: 10 ago. 2018.

PEREIRA, R. R. Governança no Setor Público - origem, teorias, modalidades e aplicações. **Revista do TCU**, Brasília, v. 122, p. 122 - 133, 2011. Disponível em: <http://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/200>. Acesso em: 21 nov. 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. **Resolução nº 1.734, de 29 de setembro de 2011**. Plano Diretor de Regionalização. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Recife, 2011. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_1734_aprova_pdr_pe_2011.pdf. Acesso em: 5 ago. 2019.

PERNAMBUCO. **Secretaria Estadual de Saúde**. Recife, 2018. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude>. Acesso em: 04 set. 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Pernambuco é o primeiro Estado a aderir a Rede Cegonha**. Recife, 2019. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/pernambuco-e-o-1o-estado-aderir-rede-cegonha>. Acesso em: 22 jul. 2019.

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.

PIMENTEL, F. C. **A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: organização das equipes por porte populacional e sua evolução entre os anos de 1999 e 2009.** 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

PINTO, I. C. M. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de política. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 12, n. 1, p. 27 – 36, 2008. Disponível em: <http://www.periodicoselétronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3832/1960>. Acesso em: 27 jan. 2019.

PLUYE, P. *et al.* Program sustainability: focus on organizational routines. **Health Promotion International**, Oxford, v. 19, n. 4, p. 489 - 498, 2004.

PLUYE, P. *et al.* Program sustainability begins with the first events. **Evaluation and Program Planning**, Amsterdam, v. 28, p. 123 - 137, 2005.

PLUYE, P.; POTVIN, L.; DENIS, J. L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. **Evaluation and Program Planning**, Amsterdam, v. 27, n. 2, p. 121 - 133, 2004.

RASELLA, D., *et al.* Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **Journals Plos**. London. 2018. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002570>. Acesso em: 27 mai. 2018.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1075-1084, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1075.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2018.

RIDDE, V.; PLUYE, P., QUEUILLE, L. Évaluer la pérennité des programmes de santé publique: un outil et son application en Haïti. **Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique**, Amsterdam, v. 2006, n. 54, p. 421-431, 2006.

ROTH, A. L. *et al.* Diferenças e inter-relações dos conceitos de governança e gestão de redes horizontais de empresas: contribuições para o campo de estudo. **Revista de Administração - RAUSP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 112-123, 2012.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. *In*: SAMICO, I. *et al.*, (orgs.). **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

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, 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, F. A. S. *et al.* Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1154 - 1159, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2916.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2019.

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. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200438&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 6 jul. 2019.

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.

SAVARD, J. F. Policy Cycles. In: CÔTÉ, L.; SAVARD, J. F. (ed.). **Encyclopedic Dictionary of Public Administration**. 2012. Disponível em: http://www.dictionnaire.enap.ca/dictionnaire/docs/definitions/definitions_anglais/policy_cycles.pdf. Acesso em: 20 mar. 2019.

SCHEIRER, M. A. Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. **American Journal of Evaluation**, Fairhaven, MA, v. 26, n. 3, p. 320-347, 2005.

SECCHI, L. Ciclo de políticas públicas. *In*: SECCHI, L. **Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: ed. FGV, 2011. Disponível em: <http://encontroprogramadeprotecao.files.wordpress.com/2011/11/ciclodepolic3adticas-pc3bablicas.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, Z. P. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003–2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a16v16n9.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

SILVA, V. O.; PINTO, I. C. M. Construção da identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 549-560, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832013000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 26 jan. 2019.

SILVEIRA FILHO, R. M. *et al.* Ações da Comissão Intergestores 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. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-00853.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

SOLLA, J.; CHIORO, A. **Atenção Ambulatorial Especializada**. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: CEBES, Editora Fiocruz, 2014.

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 programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/RJ: Editora Fiocruz; 2005. p. 65-102.

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.

TEIXEIRA, S. M. F.; OUVENEY, A. M. **Gestão de Redes:** a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: ed. FGV, 2007. p. 27.

TESSER, C. D. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinic. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 1-19, 2006. Disponível em: http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832006000200004&script=sci_abstract. Acesso em: 21 set. 2017.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde no Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. e00195815, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

TORFING, J. *et al.* **Interactive governance:** advancing the paradigm. Oxford: University Press, Prime, 2012.

UMUHOSA, S. M.; ATAGUBA, J. E. Inequalities in health and health risk factors in the Southern African Development Community: evidence from World Health Surveys. **International Journal Equity Health**, Oxford, v. 17, p. 52, 2018. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0762-8>. Acesso em: 5 jan. 2019.

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. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S230721132013000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 2 maio 2018.

VAN DER KNAAP, P. Theory-based evaluation and learning: possibilities and challenges. **Evaluation:** the International Journal of Theory, Research and Practice, London, v. 10, n. 1, p. 16-34, 2004.

VAN DER MEER, F-B.; EDELENBOS, J. Evaluation in multi-actor policy processes: accountability, learning and co-operation. **Evaluation: the International Journal of Theory, Research and Practice**, London, v. 12, n. 2, p. 201-218, 2006.

VANGEN, S.; HAYES, J. P.; CORNFORTH, C. Governing cross-sector, inter-organizational collaborations. **Public Management Review**, London, v. 17, n. 9, p. 1237-1260, 2015. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14719037.2014.903658>. Acesso em: 12 jul. 2019.

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

VIANA, A. L. A; LIMA, L. D, FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317- 2326, 2010.

WORLD BANK. The Independent Evaluation Group. **Sourcebook for Evaluating Global and Regional Partnership Programs. indicative principles and standards**. Geneve, 2007. Disponível em: <http://www.worldbank.org/ieg/grpp>. Acesso em: 8 jul. 2019.

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

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

DOMÍNIO I – Dinâmica da governança interfederativa no contexto da Região de Saúde.

1

– A forma pelo qual a reunião da CIR tem sido organizada, quanto a horários, pautas, coordenação da reunião, tem influenciado positivamente ou negativamente no processo de pactuação entre os gestores?

2

- Como ocorre a definição da agenda que será discutida na reunião do colegiado? A forma como os temas são discutidos sofrem influência do ator social que propôs a discussão? (caracterizando a discussão de forma breve ou aprofundada, conduzindo a deliberações, ou permanecem como discussões).

3

- Qual tem sido o potencial de efetivação das negociações ocorridas na CIR para a condução da Rede Cegonha? Como o COAP tem sido discutido visando formalizar os acordos interfederativos na Região de Saúde?

4

- No processo de planejamento da estruturação da Rede Cegonha na Região de Saúde, como as informações estratégicas têm sido utilizadas para a tomada de decisão na CIR? (informações estratégicas: perfil epidemiológico, aspectos demográficos e socioeconômicos, capacidade instalada de serviços de saúde) Como a CIES e Câmara Técnica tem participado nas discussões entre os gestores?

5

– Como tem se dado a comunicação entre o colegiado e a população quanto a condução da Rede Cegonha da Região de Saúde? Quais aspectos têm favorecido ou limitado esse diálogo e prestação de contas à sociedade?

6

- A estruturação da Região de Saúde, como um acordo interfederativo entre os municípios, tem alcançado os objetivos propostos inicialmente de fortalecer a integralidade no contexto da Rede Cegonha? Quais fragilidades e potencialidades são encontradas nesse arranjo político-territorial?

7

Partindo do contexto atual do sistema de governança da Região de Saúde, qual (is) seriam as próximas etapas para fortalecer a capacidade de efetivação da Rede Cegonha?

DOMÍNIO II - Relações interfederativas no contexto da Região de Saúde.

1

- Como tem se caracterizado as relações interfederativas no colegiado regional, entre os gestores públicos? (está mais associado à competição, conflito, cooperação, solidariedade interfederativa) Nesse âmbito, quais temas tem se apresentado com maior potencial de induzir conflitos e quais temas estão relacionados a cooperação entre os atores presentes?

2

- Quando em negociações fortemente conflitantes, e com dificuldades de consenso do grupo, qual ator social do colegiado se posiciona de forma ativa como articulador e negociador entre os gestores com posicionamento conflitantes? Como ocorre a condução da negociação?

3

- Como se posicionam os secretários municipais de saúde dentro do processo decisório do colegiado? (forma ativa ou passiva) Quais são as temas objeto das negociações que os secretários municipais de saúde apresentam maior e menor domínio?

4

- O desenho político-territorial da Região de Saúde tem sido um fator facilitador da negociação de forma regionalizada? Você acredita que o processo de condução da política de saúde poderia ser positivamente diferente se fosse realizado uma reorganização dos municípios que fazem parte dessa Região de Saúde? Quais mudanças você proporia?

5

- Quais alternativas poderiam ser implementadas visando o aprimoramento da cooperação interfederativa entre os municípios, fortalecendo a regionalização e a resposta social do colegiado, as demandas de saúde?

(treinamento para os gestores, oficinas, mudanças na forma de financiamento, superando a lógica municipalista para a da Região de Saúde)

6

- Como você caracterizaria as relações de confiança entre os secretários municipais de saúde da Região de Saúde?

DOMÍNIO III - Alocação de recursos no contexto da Região de Saúde.

1

- Com a contínua diminuição do financiamento da saúde pela União como o colegiado tem discutido quanto a alternativas loco-regionais para o aprimoramento dos investimentos visando a continuidade da atenção a saúde materno-infantil? (tendo em vista o forte movimento de responsabilização sanitária da Região de Saúde).

2

- Como tem sido realizado o acompanhamento da implantação e implementação da Rede Cegonha na região de saúde pela CIR? Qual dos 4 componentes (assistência ao pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação) apresenta-se de forma mais incipiente? Quais são os fatores que possivelmente estão associados a esse contexto?

4

- Como a CIR tem monitorado e avaliado o processo de alocação e utilização dos recursos financeiros pelos entes federados (união, estados e municípios) vinculados ao financiamento da Rede Cegonha na Região de Saúde?

DOMÍNIO IV - Redes prioritárias no Estado de Pernambuco (Rede Cegonha; Urgência e Emergência; Oncologia e Saúde Mental)

OBSERVAÇÃO: incluir na entrevista que vai ser realizada para os atores da SES.

1

Quais têm sido os mecanismos de articulação entre os pontos de atenção a saúde e utilizados nas redes prioritárias? Como se dá essa articulação no território?

2

Quais os atores responsáveis pela coordenação das Redes no arranjo das Regiões de Saúde? Como têm ocorridos esse processo?

3

Como tem se desenvolvido a regulação do acesso e continuidade no cuidado pelas redes prioritárias no arranjo das Regiões de Saúde? Quais atores diretamente envolvidos?

4

Diante da necessidade de cooperação para planejamento e implementação das Redes Prioritárias, quais têm sido as atribuições da união, estado e municípios para mobilização dos recursos financeiros, humanos e materiais? (o que se compartilha e o que não se compartilha).

5

Como têm ocorrido o processo de monitoramento e avaliação das redes prioritárias? (instâncias onde ocorrem, atores responsáveis, metodologias utilizadas)

DOMÍNIO V – A RAS Materno-infantil e a Rede Cegonha

1 – Na sua opinião como funciona as Redes de Atenção e o processo de regionalização na sua Região (Geres)?

1.a – Como está se dando o compartilhamento de Poder (deliberação CIR etc.)?

1.b – Quanto ao Direcionamento e a integração de recursos?

1.c – Quanto as Responsabilidades (através de Portarias ou determinação local – PPI)?

1.d – E quanto aos Resultados: Como está sendo avaliado (existem ajustes etc.)?

2. Como funciona na sua Região (Geres) a Rede Materno-infantil?

2.a – Fale como se iniciou?

2.b – Quem eram e quem são os autores envolvidos que você ressaltaria nesta Rede?

2.c – Comente qual a influência destes?

2.d – O que você acha que está em jogo nesse Processo?

3. Na sua opinião a Rede Cegonha está em conformidade com o que foi proposto na Portaria nº 1.459/2011 pelo Ministério da Saúde?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MATRIZ DE CONCORDÂNCIA DELPHI



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES

Ministério da Saúde

APÊNDICE B – Instrumento de validação da categorização das ferramentas da avaliação, baseada nos objetivos da Rede Cegonha (RC), através da Matriz de Concordância de Fundamentos da Rede Cegonha pela Técnica Delphi (1ª Etapa).

ITEM 1 - Instrutivo para preenchimento do Instrumento de validação de Categorização das ferramentas da Avaliação baseada nos objetivos da RC, através da Matriz de Concordância de Fundamentos da RC, pela Técnica Delphi (1ª Etapa).

PROJETO DE PESQUISA:

“

”

O estudo faz parte da pesquisa intitulada **“REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: TEORIA, PRÁTICA E POSSIBILIDADES DE INOVAÇÃO NA DINÂMICA INTERINSTITUCIONAL DA REGULAÇÃO DO SUS (REG-SUS)”**.

PESQUISADORES: Antônio Augusto Vieira de Aragão, Garibaldi Dantas Gurgel Júnior e Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Instruções para os experts convidados para a validação de Categorização das ferramentas da Avaliação baseada nos Objetivos da Rede Cegonha, através da Matriz de Concordância de Fundamentos pela Técnica Delphi (1ª Etapa):

Prezado participante,

1. O Sr.(a) está recebendo em anexo o arquivo **MATRIZ DE AFERIÇÃO DO GRAU DE CONCORDÂNCIA DAS FERRAMENTAS DA AVALIAÇÃO BASEADA NOS OBJETIVOS DA REDE CEGONHA, através da Matriz de Concordância de Fundamentos da RC pela Técnica Delphi (1ª Etapa)**; a qual contém um Quadro.
2. No Quadro são apresentados a Proposta de Imagem-objetivo para a Avaliação da Rede Cegonha em nível Macrorregional, que compõe as ferramentas através do Nível de Gestão (categorizada por meio de Dimensões e Fundamentos); e a Classificação do Nível de Concordância (na qual, cada item varia em nível de 1 a 10), com a finalidade de serem valorados quanto ao grau importância.
3. Para cada categoria apresentada estão descritas as suas dimensões e fundamentos, segundo Souza LPF; Vieira-da-Silva LM, Hartz ZM. A Conferência de consenso sobre a imagem

Investimento nas Ações	Ter ampliação de leitos de alto risco e criação de maternidade de referência de alto risco.																		
	Existir implantação ou implementação de regulação de leitos obstétricos e neonatal; e regulação ambulatorial e de urgência, consultas e exames.																		
	Ter uma avaliação das ações da Rede Cegonha.																		
	Ter alternativas loco-regionais para o aprimoramento dos investimentos visando a continuidade das ações da RC.																		
Realização de Ações específicas na Atenção à Saúde Materno-infantil	Existir serviços de coordenação a saúde materno-infantil integradas.																		
	Ter conformidade da RC com o que foi proposto pela Port. 1.459/11 (MS).																		
	Existir fortalecimento da atenção primária (suficiência de recursos para custeio das ações da Rede Cegonha).																		
Contratação e Captação de Recursos Humanos (RH)	Existir aumento, organização e qualificação profissional e de serviços (sistema de informação e atendimento ao público)																		
	Existir equipe técnica que atenda necessidades (médicos, enfermeiros etc.)																		
Estimulação a acessibilidade e participação da população na defesa de seus direitos através de ações de comunicação	Ter criação de centros de gestantes e bebê, para assistência à gravidez de alto risco; permissão para o acesso ao pré-natal de alto risco em tempo adequado.																		
	Existir de comunicação entre colegiados e população quanto a condução da RC.																		
Organização de serviços	Existir garantia para o direito de leito e de vinculação da gestante a determinada maternidade ou hospital público, vale-transporte, vale-taxi até o local de parto.																		
	Existir oferecimento SAMU Cegonha ao recém-nascido que necessita de emergência ambulatorial (Equipado).																		

OBS. 1 – Marcar com um X na Classificação do Nível de Concordância atribuindo as notas de 0 a 10.

OBS. 2 – Caso a nota seja 0 (zero) para algum fundamento. Pode sugerir um novo fundamento.

Comentários:

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa, a qual também pode ser enviada assinada e escaneada em PDF, e enviada ao pesquisador por endereço eletrônico.

Em caso de dúvidas, o (a) senhor (a) poderá procurar o Comitê de Ética do CPqAM-FIOCRUZ-PE pessoalmente ou pelo telefone (81) 21012639. End.: Av. Prof. Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012629. Ou através do contato com **Antônio Augusto Vieira de Aragão**, pelo End. Rua das Acácias, s/n, São Cristovão, Arcoverde, Pernambuco, CEP – 56512-380; Tel: (87) 38218360. E-mail: augustoaapevisa@gmail.com

Eu, _____
_____ RG nº _____, tendo recebido as informações necessárias e
ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Assinatura do sujeito da pesquisa:

_____ de _____ de 2017

*O presente documento consta de duas vias, a primeira ficará em posse do pesquisador e a segunda em posse do participante.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MATRIZ DE AVALIAÇÃO DELPHI



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES

Ministério da Saúde

APÊNDICE C – Instrumento de validação da categorização das ferramentas da avaliação, baseada nos objetivos da Rede Cegonha (RC), através da Matriz para Avaliação do Grau de Implantação dos Fundamentos da Rede Cegonha (RC), pela Técnica Delphi (2ª Etapa).

ITEM 1 - Na data _____, antes do preenchimento do Apêndice C, foi realizada uma Conferência de Consenso Delphi (2ª Etapa), no Auditório da VI Geres – Arcoverde-PE. Para em seguida iniciar com o Item 2.

ITEM 2 - Instrutivo para preenchimento de Categorização das ferramentas da avaliação baseada nos objetivos da RC, através da Matriz para Avaliação do Grau de Implantação de Fundamentos da RC, pela Técnica Delphi Ajustada (2ª Etapa).

PROJETO DE PESQUISA:

“ _____ ”

O estudo faz parte da pesquisa intitulada “**REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: TEORIA, PRÁTICA E POSSIBILIDADES DE INOVAÇÃO NA DINÂMICA INTERINSTITUCIONAL DA REGULAÇÃO DO SUS (REG-SUS)**”.

PESQUISADORES: Antônio Augusto Vieira de Aragão, Garibaldi Dantas Gurgel Júnior e Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Instruções para os experts convidados para a validação de Categorização das ferramentas da Avaliação baseada nos Objetivos da RC, através da Matriz para Avaliação do Grau de Implantação de Fundamentos da RC pela Técnica Delphi Ajustada (2ª Etapa):

Prezado participante,

1. O Sr.(a) está recebendo em anexo a **MATRIZ DAS FERRAMENTAS DA AVALIAÇÃO BASEADA NOS OBJETIVOS DA RC, através da Matriz de Implantação de fundamentos da RC pela Técnica Delphi Ajustada (2ª Etapa)**; a qual contém um Quadro.

2. No Quadro são apresentados a Proposta de Imagem-objetivo para a Avaliação da Rede Cegonha (baseada nos objetivos do programa) em nível Macrorregional, que compõe as

	Existência de novas etapas para fortalecimento da capacidade de efetivação da Rede Cegonha, no atual contexto do sistema de governança regional.																		
Investimento nas Ações	Existe para ampliação de leitos de alto risco e criação de maternidade de referência de alto risco.																		
	Existência de implantação ou implementação de regulação de leitos obstétricos e neonatal; e regulação ambulatorial e de urgência, consultas e exames.																		
	Existência de uma avaliação das ações da Rede Cegonha.																		
	Existência de alternativas loco-regionais para o aprimoramento dos investimentos visando a continuidade das ações da Rede Cegonha.																		
Realização de Ações específicas na Atenção à Saúde Materno-infantil	Existência de serviços de coordenação a saúde materno-infantil integradas.																		
	Existência de conformidade da Rede Cegonha com o que foi proposto pela Port. 1.459/11 (MS).																		
	Existência de fortalecimento da atenção primária (suficiência de recursos para custeio das ações da Rede Cegonha).																		
Contratação e Captação de Recursos Humanos (RH)	Existência de aumento, organização e qualificação profissional e de serviços (sistema de informação e atendimento ao público)																		
	Existência de equipe técnica que atenda necessidades (médicos, enfermeiros etc.)																		
Estimulação a acessibilidade e participação da população na defesa de seus direitos através de ações de comunicação	Existe a criação de centros de gestantes e bebê, para assistência à gravidez de alto risco; permissão para o acesso ao pré-natal de alto risco em tempo adequado.																		
	Existência de comunicação entre colegiados e população quanto a condução da Rede Cegonha.																		
Organização de serviços	Existência de garantia para o direito de leito e de vinculação da gestante a determinada maternidade ou hospital público, vale-transporte, vale-taxi até o local de parto.																		
	Existência do oferecimento SAMU Cegonha ao recém-nascido que necessita de emergência ambulatorial (Equipado).																		

OBS. 1 – Marcar com um X na Classificação do Nível de Avaliação atribuindo as notas de 0 a 10.

OBS. 2 – Caso a nota seja 0 (zero) para algum fundamento. Pode sugerir um novo fundamento.

Comentários:

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa, a qual também pode ser enviada assinada e escaneada em PDF, e enviada ao pesquisador por endereço eletrônico.

Em caso de dúvidas, o (a) senhor (a) poderá procurar o Comitê de Ética do CPqAM-FIOCRUZ-PE pessoalmente ou pelo telefone (81) 21012639. End.: Av. Prof. Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012629. Ou através do contato com **Antônio Augusto Vieira de Aragão**, pelo End. Rua das Acácias, s/n, São Cristovão, Arcoverde, Pernambuco, CEP – 56512-380; Tel: (87) 38218360. E-mail: augustoapevisa@gmail.com

Eu, _____
_____ RG nº _____, tendo recebido as informações necessárias e
ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Assinatura do sujeito da pesquisa:

_____ de _____ de 2017

*O presente documento consta de duas vias, a primeira ficará em posse do pesquisador e a segunda em posse do participante.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA TESE



Centro de Pesquisas _____

AGGEU MAGALHÃES

Ministério da Saúde

Apêndice D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, declaro estar de acordo com a proposta de estudo sobre _____ o _____ tema “_____”.

O estudo faz parte da pesquisa intitulada “**REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)**”. Foi-me esclarecido que a minha participação no referido estudo consistirá em responder algumas perguntas numa entrevista, correspondendo ao objetivo de levantar as informações necessárias ao estudo. Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre o referido tema. A entrevista será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para o material poder ser analisado pelo pesquisador. Ao participar o (a) senhor (a) tem garantido os seguintes direitos:

- 1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;**
- 2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;**
- 3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;**

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Em caso de dúvidas, o (a) senhor (a) poderá procurar o Comitê de Ética do CPqAM-FIOCRUZ-PE pessoalmente ou pelo telefone (81) 21012639. End.: Av. Prof. Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012629. Ou através do contato com **Antônio Augusto Vieira de Aragão**, pelo End. *Rua das Acácias, s/n, São Cristovão, Arcoverde, Pernambuco, CEP – 56512-380; Tel: (87) 38218360.*

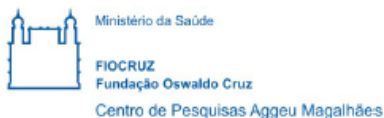
Eu, _____
RG nº _____, tendo recebido as informações necessárias e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Assinatura do sujeito da pesquisa:

_____ de _____ de 2017

*O presente documento consta de duas vias, a primeira ficará em posse do pesquisador e a segunda em posse do participante.

APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DE VINCULAÇÃO DE RECORTE DA PESQUISA



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada “**Análise da Governança nos Colegiados Regionais em relação à Rede Cegonha na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco**”, conduzida pelo pesquisador ANTÔNIO AUGUSTO VIEIRA DE ARAGÃO, aluno do curso DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA (Turma 2014-2018), está vinculada ao Macro-projeto: REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS). Este Macro-projeto e seus recortes são conduzidos pelos membros do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GGS/CNPq) do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 14/06/2016 sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

Recife, 09 de julho de 2019.

Profº. Dr. GARIBALDI DANTAS GURGEL JÚNIOR

Pesquisador Responsável/Coordenador do Grupo de Pesquisa GSS/CNPq

**APÊNDICE F - ARTIGO 1 - O USO DO MÉTODO DELPHI AJUSTADO PARA
AVALIAR A REDE CEGONHA: DA IMAGEM-OBJETIVO À REALIDADE**



O uso do Método Delphi ajustado para avaliar a Rede Cegonha: da Imagem-objetivo à Realidade

The use of the Delphi Method adjusted to evaluate the Stork Network: from Image-objective to Reality

Uso del Método Delphi ajustado para evaluar la Rede Cegonha: de la Imagen-objetivo a la Realidad

Antônio Augusto Vieira de Aragão¹

Sydia Rosana de Araújo Oliveira¹

Garibaldi Dantas Gurgel Júnior¹

1. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães. Recife, PE, Brasil.

RESUMO

Este estudo objetiva avaliar a Rede Cegonha (RC), um novo padrão de programa intergovernamental. O Método foi aplicado por meio do Método Delphi ajustado, com 13 especialistas. Constituiu-se em três momentos. Foi elaborado um Modelo Lógico (ML), com o propósito de mostrar o desenho das ações do programa e seus principais componentes. Por consenso, foi elaborada e validada a Matriz Delphi de Concordância com a proposta da Imagem-objetivo. Finalmente, essa Matriz foi utilizada como instrumento de avaliação do Grau de Implantação do programa. Os Resultados mostram que a RC está classificada em Nível Insatisfatório, na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco, corroborando a irrelevância das iniciativas desenvolvidas para fortalecer o programa. Conclui-se que a aplicação desse Método Delphi se mostrou coerente com a complexidade do objeto, diante da carência de modelos específicos para essa finalidade, baseada em novas relações institucionais na regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo mostrou suas implicações com a prática de enfermagem, na busca de soluções para segurança das pacientes na atenção à saúde materno-infantil, apontando a imprescindibilidade desses profissionais para tornar a RC mais efetiva, sobretudo diante de uma população vulnerabilizada e desfavorecida, no interior do semiárido, num cenário político-econômico adverso.

Palavras-chave: Saúde Pública; Saúde Materno-infantil; Avaliação em Saúde; Política de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the Stork Network (SN), a new pattern of intergovernmental program. The method was applied through the adjusted Delphi Method, with 13 specialists. It was constituted in 3 moments. A Logical Model (LM) was elaborated, with the purpose of showing the design of the actions of the program and its main components. By consensus the Delphi Matrix of Concordance with the proposal of the Goal Image was elaborated and validated. Finally, this Matrix was used as an instrument to evaluate the degree of implementation of the program. The results show that SN is classified in the Unsatisfactory Level, in the III Macro-regional Health in Pernambuco, corroborating the irrelevance of initiatives developed to strengthen the program. It is concluded that the application of this Delphi Method was consistent with the complexity of the object, given the lack of specific models for this purpose based on new institutional relations in the regionalization of the Unified Health System (SUS, acronym in Portuguese). This study showed its implications for nursing practice in the search for solutions for patient safety in maternal and child health care, pointing out the indispensability of these professionals to make SN more effective, especially in the face of a vulnerable and disadvantaged population in the interior of the semi-arid region, in an adverse political-economic scenario.

Keywords: Public Health; Maternal and Child Health; Health Evaluation; Health Policy.

RESUMEN

Este Estudio objetiva evaluar la Rede Cegonha (RC), un nuevo estándar de programa intergubernamental. El Método fue aplicado a través del Método Delphi ajustado, con 13 especialistas. Constituyó en 3 momentos. Elaboró un Modelo Lógico (ML), con el propósito de mostrar el diseño de las acciones del programa y sus principales componentes. Por consenso es elaborada y validada la Matriz Delphi de Concordancia con la propuesta de la Imagen-objetivo. Esta Matriz se utiliza como instrumento de evaluación del Grado de Implantación del programa. Los resultados muestran la RC clasificada en Nivel Insatisfactorio en la III Macrorregional de Salud en Pernambuco, corroborando la irrelevancia de las iniciativas desarrolladas para fortalecer el programa. Se concluye que la aplicación de este Método Delphi, se mostró coherente con la complejidad del objeto, ante la carencia de modelos específicos para esa finalidad basada en la regionalización del Sistema Único de Salud (SUS). Este estudio mostró sus implicaciones con la práctica de enfermería, pues buscó proporcionar soluciones, en el área de la Atención a la Salud Materno-infantil, apuntando la imprescindibilidad del enfermero como base para hacer la RC más efectiva, sobre todo ante una población vulnerada y desfavorecida, interior del semiárido, en un escenario político-económico adverso.

Palabras clave: Salud Pública; Salud Materno-infantil; Evaluación en Salud; Política de Salud.

Autor correspondente:

Antônio Augusto Vieira de Aragão.
E-mail: augustoapevisa@gmail.com.

Recebido em 01/11/2018.
Aprovado em 22/01/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0318

INTRODUÇÃO

No Brasil, desde 2000, diversas temáticas de preocupação da agenda de Saúde Pública têm merecido relevância, dentre elas à atenção à saúde materno-infantil¹. Nesse contexto, em 2011, uma iniciativa política intergovernamental para enfrentar problemas de saúde desse segmento foi a implantação do Programa Rede Cegonha (RC) em todo o país², com padrão inovador, baseado em ações não verticalizadas para execução em rede de serviços públicos.

No Sistema Único de Saúde (SUS), esse programa foi articulado diante da necessidade de incremento de gastos públicos para a assistência ao segmento materno-infantil, face ao quadro sanitário preocupante relacionado aos precários indicadores de morbimortalidade que atingiam essa população-alvo, associados especificamente ao pré-natal, parto e puerpério^{1,2}.

Resultado desse programa, houve melhoria do cenário com o incremento de recursos destinados a qualificar a atenção do binômio mãe-filho. No entanto, esse quadro voltou a demonstrar grandes vulnerabilidades relacionadas a esse grupo populacional^{3,4}, sobretudo com a crise institucional e o novo ciclo de políticas contracionistas no SUS^{4,5}.

Embora a taxa de Mortalidade Materna (MM) no país, em 2015, tenha apresentado uma redução de 56% em relação a 1990, num sinal de estabilização, a partir de 2017 essa taxa voltou a subir⁶⁻⁸. A região Nordeste apresenta taxas mais elevadas de morbimortalidade materna e infantil em relação às demais regiões do país, levando à priorização de investimentos nessa região, no intuito de acelerar a redução dessas desigualdades².

Questão preocupante é que o programa RC foi implantado no país numa conjuntura que apresentava relativa convergência de propósitos políticos como prioridade nacional entre os gestores do SUS, o que permitiu focalizar nesse público-alvo as ações pactuadas, num cenário economicamente ainda favorável⁹⁻¹².

Entretanto, a conjuntura atual de mudanças de rumo na política de saúde do país resultou em menor capacidade de articulação do programa na agenda política dos gestores do SUS, levando à redução de gastos, reverberando na situação da RC com impacto negativo sobre o segmento materno-infantil^{3,4,6}.

Fatores identificados a partir da implantação das ações e do enfrentamento devem ser objeto de avaliação rigorosa, em virtude da natureza dessa iniciativa intergovernamental, voltada para o compartilhamento de responsabilidades sanitárias, numa rede regional de serviços públicos de saúde^{6,9}. Destacam-se como fatores desafiadores aos modelos tradicionais de avaliação de programas verticais de saúde pública, quando executados, no processo de descentralização, por municípios isoladamente^{10,11}.

A implantação, em rede, de serviços regionais de saúde pressupõe a necessidade de melhorar a capacidade de governança regional para resolver problemas relacionados à fragmentação das ações e desarticulação da organização dos serviços. Esses fatores têm dificultado a melhoria dos indicadores^{6,9-12}, com impacto sobre as regiões mais pobres do país.

A iniciativa de desenvolver ações intergovernamentais para a saúde materno-infantil, a partir de programas com essa

característica, exige a elaboração de novas metodologias e técnicas de avaliação que priorizem abordar - com precisão e rigor - questões relacionadas à interdependência dos serviços, à articulação contínua dos cuidados à saúde, e ao compartilhamento de responsabilidades no processo de governança¹³, da rede responsável, para a tomada de decisão no planejamento e execução das ações no programa RC^{14,15}.

As novas atribuições delegadas aos Comitês Gestores e à mobilização regional em torno do programa - baseada nas prioridades pactuadas para implantação das ações, monitoramento e avaliação de estratégias¹³, com novos mecanismos e instrumentos-guia para a montagem de redes regionais integradas - são parte desse novo cenário complexo para desenvolver os programas de saúde pública no SUS, a partir do Decreto Federal n.º 7.508/11.

A institucionalização de Comissões Intergestoras Regionais (CIRs), voltadas a criar um canal ininterrupto de negociação e decisão entre os municípios e a autoridade sanitária estadual, dentro do contexto em que se aponta um "vácuo" de governança¹³, é desafiador para ciência. Essa situação carece de métodos de avaliação inovadores para compreender o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹⁶. Dentre essas Redes Temáticas Prioritárias no SUS, destaca-se a Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil, na qual se insere o Programa RC.

Portanto, é oportuno realizar um julgamento da complexidade dessa iniciativa, pois seus resultados deveriam ser capazes de compelir alterações nas políticas públicas, relacionadas à RC, definidos pelo Minis tério da Saúde (MS), cuja responsabilidade é compartilhada no SUS^{10,17,18}.

Este trabalho objetiva avaliar a RC do novo padrão de programa intergovernamental implantado numa macrorregião de saúde no Nordeste do Brasil, mediante a aplicação do Método Delphi ajustado, que nos parece propício diante da escassez de modelos específicos que abordem esse objeto.

MÉTODO

O método deste estudo é baseado na construção do Modelo Lógico (ML)¹⁹⁻²², como ferramenta para a representação sistemática e visual do programa, que mostra, de forma racional, a sequência de passos e relações que conduzem aos efeitos esperados^{19,20}, em que se explicita a teoria do programa²¹. O ML está apoiado na triangulação investigativa, com a associação de instrumentos de pesquisa qualitativos^{23,24}.

Esta pesquisa aplica o Método Delphi²⁵⁻²⁷, que utiliza a seleção e participação de indivíduos "especialistas" de forma interativa, baseada em *feedback* e rodadas de respostas, conforme critérios definidos. Quanto ao primeiro momento Delphi, foi elaborado um ML para a RC, com os especialistas selecionados, cuja finalidade mostrar o desenho das ações do programa e seus principais componentes, proporcionando verificar se este está estruturado para alcançar o resultado desejado²². No segundo momento Delphi, baseado no ML, por meio de um consenso, foi elaborada e validada a Matriz Delphi de Concordância com a

Proposta da Imagem-objetivo da RC. E, no terceiro momento Delphi, essa Matriz foi utilizada como instrumento de avaliação^{24,28} do Grau de Implantação (GI) do programa, entre os especialistas, no âmbito macrorregional no SUS.

Esse método responde à necessidade da avaliação em rede de serviços regionais, baseada na opinião dos especialistas, e coerente com a complexidade do objeto não estruturado, pois pretende avaliar o processo de implantação e as relações institucionais no SUS em nível regional.

Este trabalho foi realizado entre os meses de abril de 2017 a agosto de 2018. O cenário de investigação foi a área da III Macrorregional de Saúde, em Pernambuco (PE), localizada na região do semiárido nordestino - que engloba as jurisdições de três Gerências Regionais (VI, X e XI Geres) -, composta por 35 municípios e uma população estimada em 830 mil habitantes²⁹.

A pesquisa documental foi baseada em publicações oficiais: do Ministério da Saúde -Portarias (Port.) MS n.º 1.459/11, n.º 650/11, n.º 2.351/11, n.º 3.161/11, n.º 3.242/11, n.º 77/12, n.º 1.226/12, n.º 1.020/13 -; Diário Oficial da União (DOU); Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE); Comitê Gestor Pernambucano da Rede Cegonha (CGPRC); Câmara Técnica Permanente (CTP) das Gerências Regionais de Saúde do Estado; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

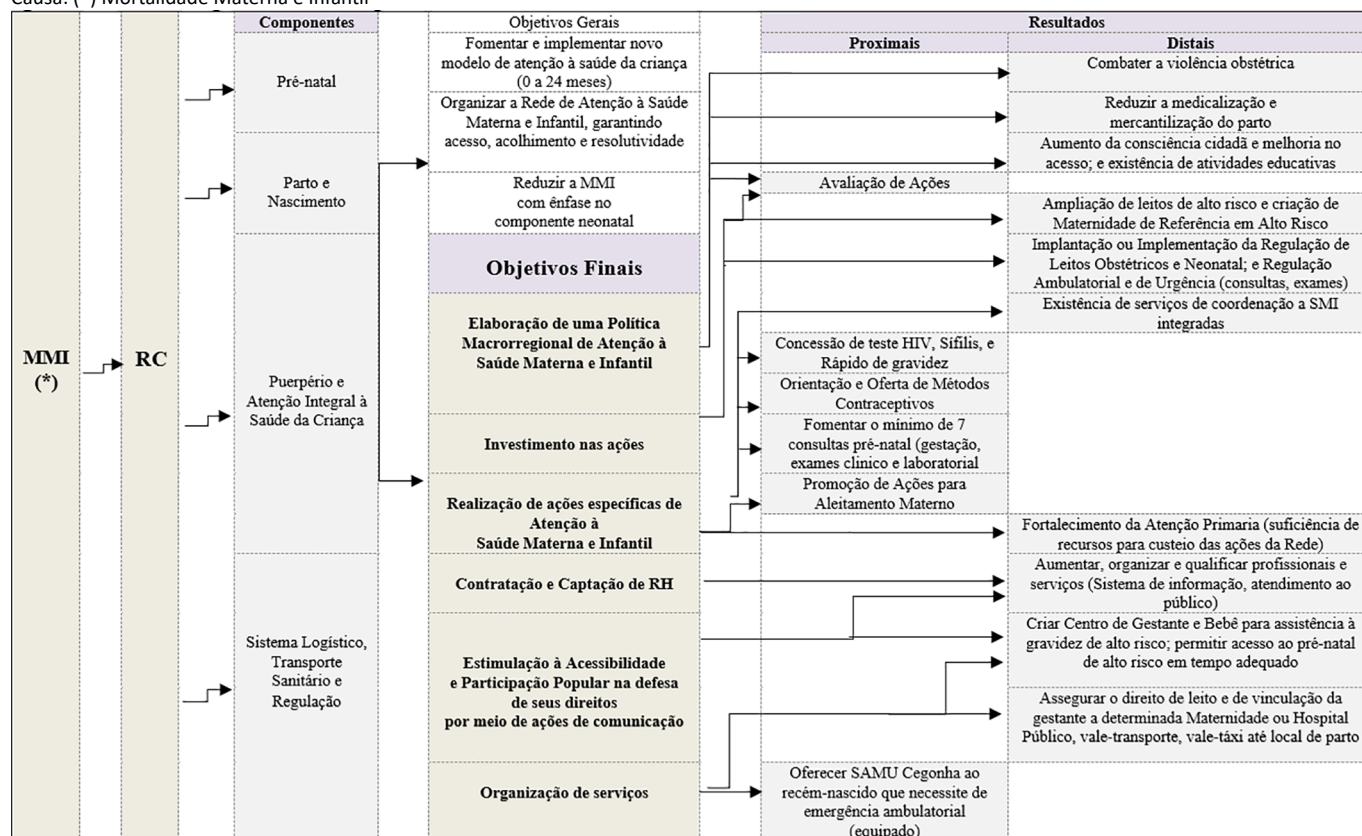
O ML objetivou guiar o momento inicial Delphi da avaliação, para abordar a regionalização desse programa, que é um processo político-institucional que contempla o planejamento, a organização das redes e execução das ações de saúde intergovernamental na macrorregião. Esse instrumento tradicional é válido para o desenvolvimento de avaliação normativa de programas de saúde²⁸. Para subsidiar a elaboração do ML, adotaram-se como maiores problemas a Mortalidade Infantil (MI) e a Mortalidade Materna (MM), provenientes do elevado número de gravidezes indesejáveis, dificuldade de acesso das gestantes ao pré-natal de qualidade, e sua peregrinação no momento do parto. Nele foram especificados os objetivos finais, os resultados proximais e distais desse processo, de acordo com documentos revisados para a execução da ação (Figura 1).

No segundo momento Delphi, com base no ML, foi elaborada a Matriz Delphi de Concordância com a Proposta de Imagem-objetivo, para avaliação da Rede Cegonha, por especialistas em Nível Macrorregional (Quadro1), a partir dos referenciais teóricos e os principais aspectos relevantes. Essa Matriz foi construída a partir dos componentes da RC, que direcionam aos objetivos finais, conduzindo para os resultados finais esperados do programa.

Essa Matriz foi composta por dimensões³⁰, orientada pelos objetivos finais, e fundamentos³¹ - proximais e distais -, para fazer

Figura 1. Modelo Lógico da Rede Cegonha (RC)

Fonte: Modelo Lógico elaborado e alicerçado pela Portaria MS n.º 1.459/11
Causa: (*) Mortalidade Materna e Infantil



Quadro 1. Matriz Delphi de Concordância com Proposta de Imagem-objetivo para avaliação da Rede Cegonha em Nível Macrorregional

Proposta de Imagem-objetivo para avaliação da Rede Cegonha em nível macrorregional		
Dimensão (Objetivos Finais)	Nível de Gestão Fundamentos	Nível de Concordância 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 para 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 para condução da RC.	0 a 10
	5. Ter utilização de informações estratégicas, quanto ao 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 integralidade no contexto da RC.	0 a 10
	7. Existir novas etapas para fortalecer a capacidade de efetivação da RC, no atual contexto do sistema de governança regional.	0 a 10
(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 ou 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 locais 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. Existir serviços de coordenação à saúde materno-infantil integradas.	0 a 10
	2. Ter conformidade da RC com o que propõe a Port. n.º 1.459/11 (MS).	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, enfermeiros, entre outros).	0 a 10
(e) Estimulação da população na defesa dos direitos a ações de comunicação	1. Ter a criação de centros de gestantes e bebê, para assistência à 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. Existir garantia para o direito de leito e de vinculação da gestante a determinada maternidade ou hospital público, vale-transporte, vale-táxi até o local de parto.	0 a 10
	2. Ter oferecimento SAMU Cegonha ao recém-nascido que necessita de emergência ambulatorial (Equipado).	0 a 10

Fonte: Elaborado pelos Autores.

um julgamento dos componentes da estratégia da RC, mediante aferição pelo consenso e a utilização do Método Delphi²⁵⁻²⁷.

Definiu-se pela adequação denominada Método Delphi Ajustado, que se baseia na inclusão de pelo menos uma Rodada de discussão presencial entre os especialistas³²⁻³⁵, por meio da combinação e a aplicação da Técnica de Conferência de Consenso³⁶, para, em um terceiro momento Delphi, avaliar do Grau de Implantação (GI) da RC, na III Macrorregional de Saúde.

Os critérios metodológicos indicam que a quantidade de integrantes para a realização do Consenso Delphi é relativa; recomendam-se sete especialistas, no mínimo, levando-se em consideração que o erro de consenso diminui consideravelmente a cada especialista adicionado³⁴. Em um Grupo Delphi, o mais importante é o equilíbrio das participações, em vez do tamanho, representado pela miríade de pontos de vista, *expertises* e interesses no contexto²⁵. Estudos apontam que entre 10 e 18 especialistas é o quantitativo mais adequado para desenvolver o Método³³⁻³⁵. A experiência com esse Método sugere cautela ao convidar mais membros em relação ao previsto no cenário de indivíduos, pois podem ocorrer desistências^{33,34}.

A Matriz Delphi de Concordância (Quadro 1) foi submetida ao grupo selecionado de 13 especialistas (juízes) - dentre eles Gestores Regionais, Coordenadores Regionais da RC e Técnicos Representantes de Grupo Condutor da RC - GCRC, e da Câmara Técnica Permanente - CTP - e Gestores Municipais - dentre estes, três especialistas operam na academia de Enfermagem, a saber a Faculdade de Enfermagem de Arcoverde em Pernambuco - FENFA. A escolha dos especialistas teve a finalidade de buscar maior representatividade de setores da educação que atuam na saúde, em razão de sua produção intelectual, capacidade de gestão, e conhecimento das práticas relacionadas à saúde materno-infantil.

Nesse segundo momento Delphi, os especialistas receberam - em mensagem individual, por correio eletrônico ou presencial - um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com texto explicativo que apresenta os objetivos do estudo e forma de construção do ML para o consenso pelo Método Delphi Ajustado³²⁻³⁵, contendo o questionário com a Matriz Delphi de Concordância com a Proposta de Imagem-objetivo - Instrumento de validação da categorização das ferramentas da avaliação -, baseada nos objetivos da 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 representando 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^{35,36}.

Os fundamentos foram analisados quanto à importância atribuída, sendo utilizada a seguinte classificação da média de pontos obtidos³⁶: (a) $M < 7$ = pouco importante; (b) $M \geq 7$ e < 9 =

importante; e, (c) $M \geq 9$ = muito importante. Quanto ao grau de consenso: (a) $DP \leq 1$ = fundamento em consenso; (b) $DP > 1$ e < 3 = dissenso; e, (c) $DP \geq 3$ = grande dissenso.

Foram estabelecidos os seguintes pontos de corte para os fundamentos³⁵: (a) Com média inferior a 7, não faria parte da Imagem-objetivo para avaliação da RC em nível macrorregional; (b) com DP inferior a 3, seria considerado consensual, caso fosse classificado importante, deveria ser incluído na Imagem-objetivo; e, (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, porque não seria consensual.

Depois da Conferência de Consenso Delphi Ajustada - que se realizou em espaço público na sede da VI Geres -, iniciou-se o terceiro momento Delphi, quando os especialistas receberam, em mensagem individual e presencial, outro Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com texto explicativo, que apresentava os objetivos do estudo, além da forma de construção da Matriz Delphi de Concordância e da proposta de Imagem-objetivo que é utilizada como instrumento de avaliação^{24,28} do Grau de Implantação (GI) do programa RC, atribuindo-se notas de 0 a 10, sobre a Matriz de Avaliação³⁷. Zero corresponderia à não implantação total, e dez indicaria a máxima implantação do fundamento. Destinou-se espaço para comentários caso a nota fosse zero. Foram calculadas as médias (M), para avaliar o GI das dimensões e dos fundamentos apresentados.

O julgamento foi feito de acordo com valor atribuído, sendo utilizada a divisão por estratos para orientar a realização da síntese e a emissão de avaliação. Não houve necessidade de atribuir pesos aos fundamentos porque, de acordo com o nível de concordância, todos foram considerados muito importantes. A observação do GI da RC foi obtida por meio da média aritmética, a partir do somatório do valor atribuído individualmente pelos especialistas, ao nível de avaliação 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 a 10,0 pontos - Excelente (Implantado); entre 7,00 a 8,99 pontos - Satisfatório; entre 5,00 a 6,99 pontos - Insatisfatório; e, por fim, abaixo de 5,00 pontos - considerado como crítico.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa faz parte do Projeto da FACEPE n.º 19/2015, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Fiocruz-PE, em 14/06/2016, sob CAEE n.º 50906915.0.0000.5190/2016 - CONEP, conforme a Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A configuração preconizada da Avaliação da Proposta de Imagem-objetivo e do Grau de Implantação (GI) da RC possi-

bilitou melhorar a estruturação e percepção dos componentes, para avaliação dos fundamentos envolvidos e dos possíveis nexos entre esses, a partir da elaboração do ML. Tal configuração norteou a composição de proposta da Matriz Delphi de Consenso para a RC enviada aos especialistas (juizes), que emitiram dois julgamentos: o do nível de concordância com as dimensões que compuseram a Imagem-objetivo elaborada pelos autores e do GI de seus fundamentos segundo essas dimensões. Conceituou-se, posteriormente, a correlação do fundamento com a dimensão à qual está associado. Contudo, não houve nenhuma inclusão ou exclusão de fundamentos, e, com isso, não apresentou a necessidade de remodelações, porém proporcionou a aferição do aumento dos consensos, bem como a possível redução dos dissensos.

A avaliação do GI da RC configurou-se mediante pontuação conferida pelos 13 especialistas (juizes), para cada fundamento da Matriz de Consenso, e, depois da aferição, todos os 20 Fundamentos selecionados das seis Dimensões foram validados quanto ao Nível de Concordância como Muito Importantes. Apenas o Fundamento (a6) obteve o DP > 1, mas, como sua média foi 9,46, com isso, seu nível de concordância foi classificado como Muito Importante, considerado consensual e incluído na Imagem-objetivo.

Os resultados estão apresentados na Tabela 1, com Dimensões e Fundamentos sugeridos na Matriz Delphi, a média, o respectivo desvio-padrão e nível de concordância.

Ao analisar o GI da RC das seis Dimensões (direcionadas pelos objetivos finais do ML), observa-se que: uma (d) apresentou Nível Satisfatório; quatro (a, b, c, e) mostraram Nível Insatisfatório; e outra (f), Nível Crítico. Dos vinte 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); e dois apresentaram Nível Crítico (b4, f2).

A avaliação do GI do programa RC na III Macrorregional de Saúde de PE foi obtida pelo somatório das médias dos Fundamentos das Dimensões, dividido pela sua quantidade, cujo cálculo resultou em média igual a 6,09. Concluiu-se que a RC está classificada com Nível Insatisfatório, corroborando com o julgamento de consenso dos especialistas selecionados.

DISCUSSÃO

O método, baseado em Imagem-objetivo para avaliação da Rede Cegonha em nível Macrorregional e aplicado na Conferência de Consenso com especialistas (juizes), por meio do Método Delphi Ajustado^{35,37}, preenche uma lacuna do conhecimento nessa perspectiva do julgamento de pares visando avaliação da RC. Os instrumentos utilizados se mostraram adequados à

situação complexa, quando problemas não estruturados, relacionados aos programas intergovernamentais em rede de serviços, podem ser melhor avaliados por especialistas. O Método Delphi Ajustado transpôs obstáculos da avaliação normativa baseados apenas na utilização do Modelo Lógico tradicional.

O conceito do Grau de Implantação se refere à operacionalização adequada de uma intervenção¹⁵. Nesse sentido, a RC na III Macrorregião de Saúde em Pernambuco foi avaliada por pares e apresentou GI insatisfatório na visão de especialistas selecionados. O modelo de avaliação utilizado apresenta vantagens ao ser aplicado nesse tipo de estudo, porque a opinião estruturada de especialistas é potencialmente uma das melhores formas de avaliação de situações complexas que envolvem múltiplos níveis de tomada de decisão, e execução de ações em rede de serviços intergovernamentais. Foram verificadas as Dimensões e os Fundamentos relacionados pelo ML associados à possível redução das MI e MM⁶.

A avaliação dos especialistas demonstra que a articulação política da rede de serviços é um ponto de grande fragilidade no processo de implantação da RC, em nível macrorregional, quando relacionada aos parâmetros analisados. Embora haja um instrumento legal para potencializar a efetivação das negociações na CIR¹⁶ e a implementação da RC², é necessário aumentar a capacidade de articulação da rede, pois não há uma política regional que priorize essas questões na CIR, mas se observa carência de negociações para a condução da RC.

Mesmo com as atuais atribuições delegadas a comitês e a mobilização regional em torno do programa RC¹³, as informações estratégicas disponíveis não são utilizadas no seu processo de planejamento e estruturação pactuada, e não ocorrem discussões, visando a formalização de acordos interfederativos entre os municípios, para alcançar os objetivos propostos visando fortalecer a integralidade no contexto da RC.

Foram irrelevantes as iniciativas desenvolvidas para fortalecer o programa Rede Cegonha na III Macrorregional, e para agregar as instituições estratégicas. Dentre as articulações^{16,17}, veem-se as realizadas de forma incipiente entre as gestões estaduais e municipais - Gerências Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde -, para implantação e implementação da rede de forma articulada.

Evidências nesse sentido podem ser observadas com a aplicação da Matriz de Consenso. Não se identificam novos investimentos em ações⁹ relacionadas à implantação de uma rede resolutiva na macrorregião para a RC, uma vez que não houve a ampliação de leitos de alto risco e nem criação de maternidade de referência de alto risco. Do mesmo modo, não foram implantadas centrais de regulação de leitos obstétricos e neonatal, a regulação ambulatorial e de urgência, consultas e exames. Em virtude da falta de monitoramento das ações

Tabela 1. 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
(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
(c) Realização de Ações específicas na Atenção à Saúde Maternoinfantil	-	-	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 Humanos (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) Estimulação à acessibilidade e participação da população na defesa de seus direitos mediante 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 Rede Cegonha à Nível III Macrorregional				6,09	Insatisfatório

Fonte: Elaborada pelos Autores

para correção dos problemas relacionados ao programa, não se observam alternativas locais para o aprimoramento dos investimentos, o que permitiria ampliação das ações da RC diferente do que se tem observado em relação à sua redução.

A realização de ações específicas na atenção à saúde materno-infantil é insatisfatória, ratificando que, para a RC responder plenamente ao quadro observado nessa área, deve abranger o problema da implantação da integralidade como princípio estruturante^{12,13}, diante das carências de oferta de serviços mencionados. Existem serviços de coordenação à saúde Materno-infantil, mas estão apenas parcialmente integrados e não há conformidade da RC com o que foi proposto pela Portaria n.º 1.459/11, que precisa ser redesenhada com base no fortalecimento da atenção primária para gestão do cuidado.

Quanto à contratação e captação de recursos humanos na III Macrorregional, apresenta-se em condição satisfatória, e, mesmo diante do concurso público realizado recentemente, ainda há uma escassez de médicos obstetras. Apesar de possuir equipe técnica (médicos, enfermeiros, e técnicos de enfermagem) que atende às necessidades da atenção básica, tal atendimento não se verifica especificamente para o Programa RC. Nessas circunstâncias, é salutar enfatizar a importância da equipe de enfermagem na configuração da Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil³⁸, porque, para a efetivação desse modelo, este tem papel importante ao endossar os princípios da humanização, das boas práticas e da segurança no parto e nascimento³⁹. Atualmente, está havendo uma reorganização desse serviço¹³. Observam-se melhorias no tocante à organização e qualificação de profissionais, e de serviços com sistema de informação e atendimento ao público.

Não há estímulo à participação da população na defesa de seus direitos sobre acessibilidade por meio de ações de comunicação, e ocorre uma comunicação incipiente entre colegiados e população quanto à condução da RC. Nesse sentido, o GI dos fundamentos em perspectiva aponta para o aumento da vulnerabilidade das mulheres e crianças dessa população^{3,10}.

Existe uma desarticulação na organização de serviços^{9,11}, e uma fragmentação das ações¹², que apresentam situação crítica. Não há garantia da oferta de leito e vinculação das gestantes às maternidades ou hospital público de referência, vale-transporte, vale-táxi até o local de parto, refletindo nos indicadores de morbimortalidade, que de forma curiosa se deterioraram pontualmente por complicações decorrentes da gravidez, do parto, puerpério, e assistência à criança, em que a região Nordeste sempre apresenta historicamente uma concentração de taxas mais altas^{1,3}. Tal fato pode ser confirmado, porque a III Macrorregional apresenta uma vasta área territorial no semiárido, chegando a fazer fronteira com quatro Estados da Federação - Ceará, Paraíba, Alagoas e Bahia -, fica localizada distante da capital do estado (Recife). Ademais, não existe o serviço do oferecimento SAMU Cegonha (equipado) ao recém-nascido que necessita de emergência ambulatorial, apresentando uma condição crítica, demonstrando explicitamente que há vulnerabilidade^{3,4} nesse componente básico da RC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho avalia, por meio de especialistas, a implantação do Programa RC, e aponta para uma condição insatisfatória da sua implantação na III Macrorregional de Saúde. Essa abordagem com aplicação do Método Delphi Ajustado se mostrou coerente com a complexidade do objeto, diante da carência de modelos específicos para essa finalidade, baseada em relações institucionais na regionalização do SUS.

Torna-se imperativo frisar a preocupante situação da RC na III Macrorregional de Saúde, sobretudo, nesse contexto, a imprescindibilidade das ações da equipe de enfermagem para a atenção à saúde materno-infantil, e também como significativa apoio social, diante de uma população vulnerabilizada e desfavorecida, no interior do semiárido pernambucano, e em cenário política e economicamente adverso. Há uma possibilidade de essas falhas encontradas serem parte um quadro ainda mais amplo no país, por sua natureza intergovernamental face às questões contextuais desfavoráveis que caracterizam os problemas atuais da saúde pública no Brasil, depois de uma crise institucional e da mudança profunda das políticas, a partir do governo federal, com medidas de austeridade adotadas no SUS, advindas da Emenda Constitucional n.º 95/2016.

Como essa situação é inevitavelmente contingente, indica-se a necessidade de novas avaliações dos programas governamentais implementados em rede regional compartilhada. Nesse contexto adverso, desde 2017, é fundamental implementar e fortalecer a RC em Pernambuco. Concluiu-se que, de acordo com as circunstâncias, os objetivos finalísticos almejados pelo programa, não estão sendo alcançados em sua plenitude, face ao grau de implantação insatisfatório apresentado pela Matriz Delphi, que pode validar de forma consistente o GI da RC, na perspectiva de uma rede regional.

FINANCIAMENTO

Projeto de Pesquisa com o título de “Redes Assistenciais Integradas e Sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)” financiado pela FACEPE/PROEP - nº 19/2015

REFERÊNCIAS

1. Ceron MI, Barbieri A, Fonsêca LM, Fedosse E. Assistência pré-natal na percepção de puérperas provenientes de diferentes serviços de saúde. Rev CEFAC [Internet]. 2013 May/Jun; [cited 2018 Dec 1]; 15(3):653-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n3/184-11.pdf>. DOI: 10.1590/S1516-18462012005000081
2. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2011. [cited 2018 Jan 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
3. Oliveira SKM, Pereira MM, Freitas DA, Caldeira AP. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. Cad Saúde Coletiva [Internet]. 2014; (3):307-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n3/1414-462X-cadsc-22-03-0307.pdf>. DOI: 10.1590/1414-462X201400030013
4. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação

- do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2014; [cited 2018 Dec 20]; 36(2):56-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>. DOI: 10.1590/S0100-72032014000200003
5. Nascimento SG, Oliveira CM, Sposito V, Ferreira DKS, Bonfim CV. Mortalidade Infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 Mar/Apr; [cited 2018 Dec 20]; 67(2):208-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0208.pdf>. DOI: 10.5935/0034-7167.20140027
 6. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil. [cited 2018 Sep 2]. Available from: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/especial-abrasco-sobre-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-brasil/36777/>
 7. Organização das Nações Unidas (ONU). ONU BR Nações Unidas no Brasil. Agência da ONU discute Prevenção à Mortalidade Materna em Congresso no Rio. [cited 2018 Sep 1]. Available from: <https://nacoesunidas.org/agencia-da-onu-discute-prevencao-a-mortalidade-materna-em-congresso-no-rio/>
 8. Organização das Nações Unidas (ONU). ONU BR Nações Unidas no Brasil. UNICEF: 386 mil bebês nasceram no dia 1º dia de 2018. [cited 2018 Sep 1]. Available from: <https://nacoesunidas.org/unicef-386-mil-bebes-nasceram-1o-dia-2018/>
 9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil, 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. [cited 2018 Apr 21]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf
 10. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med* [Internet]. 2018 May; [cited 2018 May 27]; 15(5):e1002570. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=PLoS+Med.+2018+May%3B+15\(5\)%3A+e1002570](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=PLoS+Med.+2018+May%3B+15(5)%3A+e1002570). DOI: 10.1371/journal.pmed.1002570
 11. Biscarde DGS, Pinto KA, Oliveira MTS, Barbosa JC, Oliveira BV, Sousa JS. 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: Universidade Federal da Bahia - Escola de Enfermagem; 2013. [cited 2018 May 12]. Available from: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/242.pdf>
 12. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015; [cited 2018 Aug 18]; 19(1):169-73. Available from: http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1263. DOI: 10.5935/1414-8145.20150023
 13. Santos AM. 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]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
 14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
 15. Cavalcanti PCS, Gurgel Júnior GD, Vasconcelos ALR, Guerrero AVP. Um Modelo Lógico da Rede Cegonha. *Physis* [Internet]. 2013;23(4):1297-316. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000400014&script=sci_abstract&lng=pt. DOI: 10.1590/S0103-73312013000400014
 16. Redes de Atenção à Saúde: A atenção à Saúde Organizada em Redes. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2016. [cited 2018 Dec 20]. Available from: http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes01.pdf
 17. Leal MC. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018; [cited 2018 Aug 28]; 34(5):e00063818. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00063818.pdf>. DOI: 10.1590/0102-311X00063818
 18. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde no Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017; [cited 2018 Aug 20]; 33(3):e00195815. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf>. DOI: 10.1590/0102-311X00195815
 19. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, orgs. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 65-78.
 20. Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; 2005.
 21. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 1999; [cited 2018 Sep 21]; 4(2):341-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123199900200009&script=sci_abstract&lng=pt. DOI: 10.1590/S14138123199900200009
 22. Oliveira SRA, Teixeira CF. Avaliação da regionalização do SUS: construção de Modelo Teórico-lógico. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2013;37(1):236-54. Available from: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/162>. DOI: 10.22278/23182660.2013.v37.n1.a162
 23. Flick U. *Triangulation in Qualitative Research*. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I, orgs. *A Companion to Qualitative Research*. London: SAGE; 2004.
 24. Januzzi PM. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. *Planej Polít Públicas* [Internet]. 2011; [cited 2018 Jul 1]; 36:251-75. Available from: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/228/212>
 25. Bloor M, Sampson H, Baker S, Dahlgren K. Useful but no Oracle: Reflections on the use of a Delphi Group in a multi-methods policy research study. *Qual Res* [Internet]. 2015;15(1):57-70. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1468794113504103>. DOI: 10.1177/1468794113504103
 26. Gurgel Júnior GD. *Health Sector Reform in Brazil: Past, present and future. A Theoretical Approach to Structural Changes* [Thesis]. Manchester: Faculty of Humanities, School of Social Sciences, University of Manchester; 2008.
 27. Pereira RDM, Alvim NAT. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção em enfermagem. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015; [cited 2018 Aug 10]; 19(1):174-80. Available from: http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1262. DOI: 10.5935/1414-8145.20150024
 28. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, org. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 41 p.
 29. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. [cited 2018 Sep 4]. Available from: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude>
 30. Ferraro AHA, Costa EA, Vieira-da-Silva LM. Imagem-objetivo para descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 Oct; [cited 2018 Feb 5]; 25(10):2201-17. Available from: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2056/1/per%20nac2009.8.pdf>. DOI: 10.1590/S0102-311X2009001000011
 31. Lopes GVDO, Vilasbôas ALQ, Castellanos MEP. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). *Saúde Debate* [Internet]. 2017;41(no.spe3):241-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042017000700241&lng=pt&nrm=iso. DOI: 10.1590/0103-11042017s318
 32. Fonsêca GS, Junqueira SR. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): o olhar dos tutores. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014;19(4):1151-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000401151&script=sci_abstract&lng=pt. DOI: 10.1590/1413-81232014194.00192013.

33. Boukchedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2011; 6(6):e20476. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21694759>. DOI: 10.1371/journal.pone.0020476.
34. Valdés MG, Marín MS. Empleo del método Delphi en investigaciones sobre salud publicadas en revistas científicas cubanas. *Rev Cub Inf Cienc Salud* [Internet]. 2013 Apr/Jun; [cited 2018 May 2]; 24(2):133-44. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132013000200004
35. Pessoa TRRF, Noro LRA. Caminhos para a avaliação da formação em Odontologia: construção de modelo lógico e validação de critérios. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015;20(7):2277-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000702277&script=sci_abstract&tlng=pt. DOI: 10.1590/1413-81232015207.13182014
36. Souza LEFF, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZM. A Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, orgs. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA/RJ: Fiocruz; 2005. p. 65-102.
37. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e Análise das Informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, org. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. 98 p.
38. Gomes, IM, Lacerda, MR, Rodrigues, JAP, Camargo, TB, Zaton, DCP, Nascimento, VS. O apoio da rede social no cuidado domiciliar. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016; [cited 2018 Oct 26]; 20(3):e20160062. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160062.pdf>. DOI: 10.5935/1414-8145.20160062
39. Oliveira FAM, Leal GC, Wolff LDG, Rabelo M, Poliquesi CB. Reflexões acerca da atuação do enfermeiro na Rede Cegonha. *Rev Enferm UFPE On Line (Recife)* [Internet]. 2016 Feb; [cited 2018 Dec 22]; 10(Supl. 2):867-74. Available from: [file:///C:/Users/susana/Downloads/11030-24267-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/susana/Downloads/11030-24267-1-PB%20(1).pdf). DOI: 10.5205/reuol.6884-59404-2